



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

Année Universitaire 2010-2011

L'intégration de la culture professionnelle dans la formation de l'étudiant infirmier

La « transmission » de l'implicite par les acteurs de la formation

Présenté par
CLAIRE MALKA

Sous la direction de Laurence Cornu, Professeur des Universités

En vue de l'obtention du
Master Professionnel 2^{ème} année – Arts, Lettres & Langues
Spécialité Sciences de l'Éducation et de la Formation
Mention Professionnelle Stratégie et Ingénierie en Formation d'Adultes

REMERCIEMENTS

J'adresse mes remerciements à toutes les personnes humanistes qui ont contribué à mon travail de recherche :

Laurence Cornu pour son attention discrète et intense. « Prendre soin », c'est être attentif à l'Autre, je me suis sentie cet Autre avec elle. Elle a su respecter mon besoin d'autonomie, et se montrer présente au moment opportun.

Mon père qui est parti avant l'aboutissement de ce travail : il a rempli ma vie à chaque instant de la sienne de ces « petites choses » qui font le « prendre soin » et de sa vision positive de l'existence. Ma mère a pris soin de lui, avec des moments de joie et de découragement, me permettant de vivre plus sereinement mon parcours. Tous deux m'ont transmis le goût des autres et le plaisir d'apprendre.

Les professionnels soignants et formateurs que j'ai pu rencontrer dans mon trajet, qui véhiculent par leur façon d'être et d'agir la culture professionnelle telle que je la conçois.

Tous ceux qui partagent et enrichissent ma vie personnelle et associative, ils se reconnaîtront.

Le soin comme souci de l'autre se révèle d'abord comme un usage de soi que l'on expérimente, comme une manière de se conduire vis-à-vis d'autrui qui nous permet de conserver toute notre humanité, de pouvoir vivre en bonne entente avec nous-mêmes, un peu comme si le souci de soi devait se reporter sur les autres.

P. Svandra in B. Honoré (2009). Le soin en perspective, au cœur d'un humanisme humanisant. Paris : Seli Arslan .p.32

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	2
Sommaire	4
INTRODUCTION	5
PREMIERE PARTIE.....	7
I. APPROCHE CONTEXTUELLE.....	7
1. Cheminement de la recherche	7
2. Histoire de la profession infirmière	18
3. Evolution de la formation infirmière	22
4. Etre infirmière en 2011	25
5. Problématisation de la question de recherche	26
DEUXIEME PARTIE	29
II. APPROCHE CONCEPTUELLE.....	29
1. Le concept de culture professionnelle	29
2. La formation	60
3. La professionnalisation	93
TROISIEME PARTIE	120
III. APPROCHE METHODOLOGIQUE ET RECUEIL DES DONNEES.....	120
1. Choix de la méthode	120
2. Analyse des données	128
QUATRIEME PARTIE	194
IV. SYNTHESE DES APPROCHES CONCEPTUELLE ET METHODOLOGIQUE - PRECONISATIONS.....	194
1. Synthèse générale	195
2. Préconisations pour une ingénierie de formation accentuant l'intégration de la culture professionnelle.	204
CONCLUSION	219
Références et Tables	222
Références bibliographiques	222
Table des Figures	228
Table des Matières	229

INTRODUCTION

Parvenue à un stade de maturité personnelle et professionnelle, le désir de confronter notre expérience à la recherche universitaire est né de l'évolution de la formation infirmière. Responsable de l'ingénierie de formation pour cette profession de santé, nous avons saisi le contexte de la réforme de 2009, permettant aux infirmiers de s'intégrer dans le cursus Licence-Master-Doctorat, pour accéder nous aussi à un niveau universitaire qui pourrait asseoir notre légitimité. Mais au-delà de la reconnaissance officielle du diplôme, nous revendiquons le plaisir d'interroger notre pratique, de nous intéresser aux concepts sur lesquels elle repose. La démarche de recherche représente autant un chemin personnel qu'un enrichissement intellectuel. Elle a occasionné la rencontre avec d'autres personnes, animées par des objectifs analogues aux nôtres, ou attentives à notre accompagnement, au rythme des échanges formels et informels. C'est dans cet état d'esprit que nous allons dérouler le fil de notre travail d'une année.

La première partie retrace le parcours qui nous a amenée à définir notre objet de recherche : l'intégration de la culture professionnelle dans la formation de l'étudiant infirmier. Nous nous sommes positionnée sur la définition de la culture professionnelle par le « prendre soin » ou « care ». Le sous-titre que nous lui avons adjoint souligne la difficulté de cette finalité, car nous touchons là à l'implicite. Alors que le « prendre soin » symbolise notre profession soignante, nous postulons qu'il n'est pas clairement mis en évidence dans la formation, à l'institut comme en stage. Nous nous appuyons sur l'histoire de la profession et de la formation pour mieux comprendre les raisons de nos difficultés à valoriser notre culture.

Dans la deuxième partie, nous développons les concepts qui nous permettent d'approcher notre problématique de façon théorique. Pour chaque concept, nous effectuons d'abord une étude générale, puis nous recentrons progressivement sur la profession infirmière. Nous abordons ainsi successivement la culture professionnelle, en passant par le concept général de culture, la socialisation, l'identité culturelle et professionnelle, le groupe et la communauté, pour arriver au « care ». Puis nous nous intéressons à la

formation, avec les points particuliers de l'apprenant, de l'alternance, de la transdisciplinarité, du modèle de la compétence. Enfin nous abordons le concept de professionnalisation, son articulation dans la formation, l'intérêt de la transdisciplinarité et un focus particulier sur la démarche réflexive.

La troisième partie est consacrée à l'approche méthodologique, avec la présentation de l'enquête auprès de six acteurs de la formation et l'analyse des données recueillies au cours des entretiens. Nous retrouvons des points de rapprochement avec les concepts, mais aussi des propos originaux qui font évoluer nos représentations dans le domaine de la transmission de la culture professionnelle. La rencontre avec ceux qui vivent la formation, soit comme apprenant, soit comme formateur, soit en tant que tuteur, même si elle est limitée en nombre et donc en représentativité, est très riche en préoccupations pragmatiques mais aussi en savoirs.

La quatrième et dernière partie est l'aboutissement de notre long travail. Nous débutons par une synthèse pour mettre en lien les deux approches, conceptuelle et factuelle. Cette phase est nécessaire pour faire ressortir les points de convergence et de divergence, les idées nouvelles, les désillusions, les peurs. Elle nous permet de proposer des préconisations pour notre ingénierie de formation, dans le champ de la transmission de la culture professionnelle, reposant sur des bases argumentées et non des présupposés.

PREMIERE PARTIE

I. APPROCHE CONTEXTUELLE

La formation infirmière repose depuis sa création sur l'alternance et l'apprentissage en milieu professionnel. Formatrice puis responsable de formation dans le domaine de la santé depuis vingt-cinq ans, nous avons suivi les évolutions des différents référentiels de formation infirmière. Selon les finalités ou les courants mis en avant par ces textes, nous avons contribué à l'élaboration de l'ingénierie de formation de notre institut, avec des objectifs opérationnels souvent à court terme. Nous répondions ainsi à nos missions mais sans avoir toujours l'opportunité de nous retourner sur le chemin parcouru. Ce temps de recherche représente justement une parenthèse dans l'action, sur laquelle nous pourrions nous appuyer pour poser un regard global sur la formation.

1. CHEMINEMENT DE LA RECHERCHE

Pour comprendre le trajet qui a abouti à notre objet de recherche, il nous semble nécessaire de faire quelques détours. Un retour sur la formation actuelle et sur le rôle de chaque acteur dans le processus permet de poser le cadre de nos observations.

1.1. Contexte de la formation infirmière

Au cours de notre expérience, nous avons vu progresser la formation d'une alternance de juxtaposition (avec une interface institut/stage très réduite), vers une conception intégrative, accordant à l'étudiant une place centrale dans le dispositif. Plus précisément, dans les années 80, l'institut de formation se chargeait de dispenser un savoir, sur un mode déductif le plus souvent, aux stages incombait la tâche de l'application de ces connaissances, à travers l'acquisition de savoirs procéduraux et de comportements professionnels. L'institut de formation était peu complémentaire avec les

lieux de travail qui accueillaien les apprenants, et les liens n'étaient pas assez formalisés. A titre d'exemple, les modalités de stage étaient élaborées par les instituts de formation pour une application sur les terrains. Les formateurs référents des lieux professionnels ne rencontraient les soignants qu'à l'occasion des évaluations ponctuelles normatives des apprenants, alors que leur mission eût consisté tout autant à élaborer les livrets d'accueil et d'encadrement à partir des ressources des terrains, en collaborant avec les professionnels. Selon Geay¹, « sans interface, l'alternance est un leurre » d'autant que le système de formation est complexe : des exercices professionnels et des structures très variés, des trajets d'apprenants souvent tortueux, une équipe pédagogique nombreuse et un travail collectif difficile.

Progressivement, grâce aux réflexions entre formateurs et professionnels soignants, à l'occasion de l'élaboration du carnet d'apprentissage puis d'un projet de formation au tutorat mené par l'institut, les relations et donc la connaissance mutuelle ont fait évoluer les représentations. Un facteur accélérateur a sans doute été la « fusion » des formations en soins généraux et psychiatriques en 1992, accentuant la part des sciences humaines dans le programme. Le projet pédagogique de 2004 en témoigne par l'élaboration d'un projet pédagogique développé à partir de capacités transversales, pouvant se rapporter aux différents types d'exercice professionnel. L'alternance partenariale² existe vraiment dans les faits et les désirs de chacun des acteurs, cependant nous constatons que cette mise en œuvre se heurte à la réalité du contexte. Et ce, quels que soient les programmes officiels, les tendances pédagogiques (déductive, par objectifs, par compétences, réflexive, inductive,...). La situation socio-économique des établissements accueillant des stagiaires a considérablement changé, notamment depuis la tarification à l'activité dans une coïncidence avec le financement des instituts sanitaires par les Conseils Régionaux (2005). Dans le domaine public auquel nous appartenons, nous sommes passés d'un budget global donnant l'illusion d'un fonds sans limite (pour les soins comme pour la formation) à une réalité financière génératrice d'angoisse pour le futur, voire de culpabilité. En effet, le temps passé à faire vivre cette alternance, ce partenariat, à transmettre les valeurs

¹ Geay, A. (1998). *L'école de l'alternance*. Paris : L'Harmattan. p. 55-56.

²Fonteneau, R. (1993). « L'alternance partenariale » in *L'alternance, Éducation permanente*, n°115. pp. 29-34

essentielles de la profession, ce temps invisible et diffus, a dû être justifié, opérationnalisé, tout comme le temps relationnel, informel des soignants, qualifié de travail invisible³.

Ce système de formation « alternée », structuré, analysé et décrit par de nombreux auteurs en sciences de l'éducation, s'applique à des formations professionnelles très diverses, que l'on s'intéresse au domaine professionnel ou au niveau de certification. Il engage les deux co-constructeurs du cadre de formation, les formateurs de l'institut et les professionnels du soin. Toutefois, l'ingénierie et la responsabilité de la formation relève toujours du centre de formation.

Notre projet actuel s'appuie sur un modèle d'apprentissage triangulaire, avec une approche ternaire⁴ : le triangle pédagogique prend toute sa valeur dans l'alternance, puisque la finalité de la formation par alternance n'est pas d'enseigner un métier, mais de favoriser les situations où l'étudiant devra rechercher et utiliser les ressources (connaissances) de la compétence à mettre en œuvre. C'est bien l'axe « apprendre » du triangle qui est développé, et l'ingénierie pédagogique s'efforce de diminuer l'axe « enseigner » pour les formateurs.

La réforme infirmière préconise l'approche réflexive comme base de l'ingénierie, dans toutes les dimensions de l'alternance. Dans le courant socioconstructiviste, développé par la psychologie (Piaget), la pédagogie (Vygotski)⁵, comme par la sociologie⁶, le postulat est que le sujet construit lui-même ses connaissances, à partir de ses expériences. La subjectivité est donc constitutive de cet apprentissage. Nous avons auparavant été dans une approche transmissive, déductive, sans doute issue de l'enseignement médical par disciplines. La pensée simplifiante ne peut pourtant concilier l'élément et l'ensemble : soit elle généralise et supprime les différences, soit elle place les éléments côte à côte sans vision d'ensemble⁷. Morin évoque une « hyperspécialisation », qui a isolé les savoirs en disciplines séparées. Pour nous situer réellement dans une dimension socioconstructiviste,

³ Catanas, M. (2010). « le care, une notion qui fait difficilement son chemin ». Ressource en ligne. Accédée le 26/12/2010. <http://www.cadresante.com/spip.php?article422>

⁴ Houssaye, J. (1993). *La pédagogie: une encyclopédie pour aujourd'hui*. Paris : ESF. 351 p.

⁵ Ruano-Borbolan, J.C. (1998). *Éduquer et former*. Auxerre : Ed. Sciences Humaines. p. 167-183

⁶ Corcuff, P. (1995). *Les nouvelles sociologies*. Paris : Nathan. Coll. 128. pp. 30-42

⁷ Morin, E. (1990). *Introduction à la pensée complexe*. Paris : Seuil. Coll. Points Essais n°534. p.19-20

la formation doit être perçue comme un tout par l'étudiant. Un lien très fort entre les deux pôles au sein desquels il évolue paraît une assise indispensable.

1.2. Le partenariat mis en œuvre

Que disent les textes? En ce qui concerne le programme de 1992⁸, le directeur est responsable de « l'organisation des stages en collaboration avec les responsables des structures d'accueil ». Les formateurs permanents participent à l'enseignement clinique (en stage), à l'évaluation des étudiants et à l'analyse qualitative afin d'évaluer le degré de réalisation des objectifs. Ce programme, contrairement à celui de 2009, ne mentionne pas l'évaluation des compétences.

La réforme des études d'aide-soignant de 2005 amorce la notion de tutorat et de formation des tuteurs ; néanmoins, le rôle du tuteur reste encore assez flou et le projet de tutorat plus une charte d'encadrement. Les formateurs de l'institut assurent une formation des tuteurs, mais en nombre limité, soit trente par ans, ce qui est insuffisant au regard de la brièveté de carrière des infirmiers à l'hôpital. De plus, l'essentiel des stagiaires de cette formation appartient à l'hôpital, les petits établissements n'ayant pas des possibilités de formation continue suffisantes.

La réforme des études infirmières de 2009 précise enfin les différents niveaux de l'encadrement en stage et nous amène à faire évoluer le partenariat. Outre l'étudiant au centre du dispositif, quatre acteurs sont définis : le maître de stage, le tuteur, le professionnel de proximité et le formateur référent de stage désigné par l'IFSI⁹. Ce dernier est en lien avec le maître de stage en ce qui concerne l'organisation générale des stages dans son unité ou sa structure. Il est également en liaison régulière avec le tuteur de stage afin de suivre le parcours des étudiants.

Les finalités pédagogiques peuvent être atteintes si l'étudiant bénéficie d'un cursus varié, équilibré, progressif dans sa complexité. La formation clinique doit être accessible à son niveau de compétences, lui permettant ainsi d'être actif dans son apprentissage. La compétence se construit au fil des expériences, et le formateur responsable du suivi de

⁸ Arrêté du 23 mars 1992, programme des études conduisant au Diplôme d'Etat d'Infirmier et d'Infirmière

⁹ Lire partout Institut de Formation en Soins Infirmiers

l'apprenant s'efforce de proposer un stage pertinent, offrant les ressources de la compétence à acquérir.

Bien que nous soyons dans un postulat de modèle d'alternance itératif, jusqu'à ce jour, nous avons peu inclus la force de proposition des apprenants. Et pour se situer réellement dans la qualité intégrative de l'alternance, il faut aborder ensemble (apprenants et équipes) les situations signifiantes : contextes sociaux, professionnels et institutionnels spécifiques du système de formation¹⁰. Formateurs comme soignants, nous avons placé tous nos efforts dans le dispositif de formation en négligeant la place centrale du troisième partenaire. Quelle est la place de l'apprenant dans la formation, entre hétéro et auto formation ? Est-ce l'apprenant qui fait le lien, le chaînon manquant dans le partenariat ? Est-ce un oubli ou un problème constitutif de notre conception de la formation ? L'enjeu des réformes est d'accepter d'apprendre du sujet et donc de reconnaître son potentiel et ses expériences. Le sujet est dans un processus de construction (socioconstructivisme), nous devons donc créer les conditions favorables pour entraîner cette dynamique. En nous saisissant de l'approche par compétences, nous pouvons attribuer cette place centrale à l'apprenant. La formation en alternance des infirmiers est aujourd'hui explicitement articulée autour des compétences définies par le référentiel¹¹ ce qui constitue pour nous une révolution. Pour Le Boterf¹², la compétence que vise la formation est « un savoir en action et un savoir agir dans une situation professionnelle ».

Au regard du programme légiféré, le projet pédagogique élaboré par le responsable de formation grâce à un travail en partenariat entre les équipes pédagogiques et les professionnels de terrain, définit des compétences que doit progressivement acquérir l'apprenant. Ce processus de professionnalisation s'opère de façon variable pour chaque étudiant au gré de son cursus de formation, de ses expériences antérieures. Cependant la temporalité de la formation ne lui accorde pas de souplesse sur le cadre global de son

¹⁰ Clénet, J. (2009). « La qualité de l'alternance et son développement, des sujets et leurs autoréférences en actions », in *Soins cadres*, supplément au n°70, mai, le stage au cœur de l'apprentissage, pp. S11-S13

¹¹ Annexe III référentiel de compétences de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État infirmier

¹² Le Boterf, G. (1998). *L'ingénierie de compétence*. Paris : Ed. d'organisation. 415 p.

temps d'apprentissage. Les variables d'ajustement et de progression sont donc liées aux rencontres durant la formation : avec les autres étudiants, avec les formateurs responsables du suivi pédagogique et avec les professionnels.

1.3. La réalité des lieux d'apprentissage et de professionnalisation

Les exercices professionnels auxquels les étudiants se confrontent sont très divers au regard des variables suivantes :

- Dimension des établissements d'accueil : nombre de professionnels et de services de soins, de 1 (libéral) à 100 dans un même service,
- Structuration : de la micro-entreprise au centre hospitalier régional et universitaire organisé en pôles,
- Population cible : personnes atteintes de pathologie aiguë, chronique, en santé (scolaire, entreprise,...),
- Statut : public, privé, associatif, libéral,
- Activités de soins : soins d'hygiène de base à hautement techniques, relationnels,
- Compétences plus ou moins développées à partir du référentiel, selon les structures.

En 2008/2009, sous l'impulsion de l'IFSI, des groupes de travail chargés de définir les missions de ces différents acteurs sont constitués. Un document commun, intégré au projet pédagogique, est rédigé pour les formateurs et les autres partenaires. Les formateurs sont référents de stage par zones, donc interlocuteurs réguliers et privilégiés tant pour l'accompagnement des étudiants que pour celui des professionnels dans l'appropriation du référentiel de formation. Une stratégie de communication et de diffusion amène la direction et les formateurs à rencontrer les acteurs du milieu professionnel avec pour finalité l'appropriation du référentiel et l'utilisation des outils de partenariat. Ces échanges, à première vue fonctionnels à l'occasion d'une réforme, s'avèrent bien plus constructifs : ils permettent d'échanger sur un objectif commun, la formation des infirmiers, leur professionnalisation. Les deux partenaires que sont les formateurs et les soignants partagent aussi leurs pratiques et peuvent ainsi enrichir leur conception de l'apprentissage. Parallèlement, se déroule un travail d'élaboration dans le but de formaliser le partenariat.

Il n'est pas question bien sûr de tout inventer, puisque des supports existants peuvent être encore opérationnels. Un travail de recensement des documents relatifs à l'alternance est donc effectué. Certains sont réajustés, comme le projet de formation au tutorat, d'autres sont abandonnés, comme le carnet d'apprentissage de l'étudiant au profit du portfolio réglementaire. Différents outils sont créés en partenariat, à l'initiative de l'IFSI, sur la base du programme officiel : charte d'encadrement, livret d'accueil, références de stage, ainsi que tous les documents supports de traçabilité écrite des rencontres entre les acteurs. Cette élaboration collective contribue sûrement à diminuer les résistances et les incertitudes et à réguler les jeux de pouvoir entre les acteurs formateurs et soignants¹³. Cependant, passée cette première période d'« euphorie » liée à la nouveauté, peuvent se réinstaller des habitudes ou une lassitude et surtout une diminution du niveau de collaboration, chacun se sécurisant dans son milieu. Notre objectif de recherche s'est donc orienté sur la construction d'un modèle de partenariat opérant, pouvant être investi par chacun des acteurs, dans le présent et sur la durée.

1.4. Evolution de la question de départ : du « comment faire » au « pour faire quoi »

Ce détour par le contexte global nous paraît important en préalable, pour expliquer notre cheminement intellectuel. La démarche exploratoire a bien été un processus de rupture avec nos objectifs initiaux, et nous nous sommes distanciée du partenariat en tant qu'objet de recherche. Notre intention de recherche était d'emblée très fonctionnelle, du type recherche-action, fondée sans doute sur le désir de « rentabiliser » ce travail par la création d'outils opérationnels. Sans doute avons-nous parallèlement projeté des attentes de résultats de la part de notre institution ! Nous avons formulé une première question de départ :

Comment accompagner l'évolution des outils du partenariat pour faire vivre l'alternance dans une formation axée sur les compétences ?

¹³ Crozier, M., Friedberg, E. (1981). *L'acteur et le système*. Paris : Seuil. 500 p

En effet, nous appuyant sur Barbier¹⁴ qui affirme que la recherche-action n'est pas provoquée par le chercheur mais émane de difficultés auxquelles il est confronté, nous avons un recul de plusieurs années au cours desquelles nous avons élaboré différents outils *en* et *de* partenariat. L'utilisation de ces outils nous paraissait malheureusement routinière, peu réfléchie, voire inexistante.

Nous sommes actuellement dans une période de création, cette lassitude se fait moins sentir car les outils sont nouveaux et plus investis. Que faire pour éviter le désinvestissement progressif ? Notre recherche s'orientait logiquement sur le partenariat dans une formation en alternance, et sur la formalisation de cette collaboration à partir du programme officiel et du projet pédagogique, prenant en compte prioritairement la pérennité du partenariat. Ne le réduisons-nous pas ainsi aux outils ?

Nous voulions construire un modèle de partenariat opérant pour qu'il puisse être investi par chacun des acteurs, sans nous focaliser sur le nouveau programme (avenir) mais surtout sur l'existant. Quivy, Van Campenhoudt¹⁵ insistent sur l'intérêt de fonder la recherche sur une réalité, en la présentant comme l'« étude de ce qui existe ou a existé[], saisir un champ de contraintes et de possibilités ainsi que les enjeux que ce champ définit ».

S'est alors posée la question du sens : pourquoi ce partenariat nous semblait-il si important et dans quelle finalité ? Qu'avions-nous donc à partager et pour qui ? En nous focalisant sur les outils, nous percevions que cela nous amènerait à ne pas approfondir la finalité de la formation professionnelle : la professionnalisation des apprenants pour répondre aux besoins des personnes. Le passage par l'essence de la formation s'est dès lors imposé.

Nous avons élargi notre approche à la notion de profession et notamment à la sociologie des professions. Nous avons besoin de clarifier la profession avant de créer des dispositifs d'accompagnement vers celle-ci. Champy¹⁶ s'appuie sur la notion de culture commune et non sur une unité de pratiques pour des professionnels. Cette approche nous a

¹⁴ Barbier, R. (1996). *La Recherche-Action*. Paris : éd. Poche Ethnosociologie. coll. Anthropos. p. 35

¹⁵ Quivy, R., Campenhoudt (Van), L. (2000). *Manuel de la recherche en sciences sociale*. Paris : Dunod. p. 33

¹⁶ Champy, F., (2009). *La sociologie des professions*. coll. Quadriga manuels. Paris : PUF. p. 126.

amenée à cette réflexion : le travail d'accompagnement, de tutorat, la formation en somme, ne participerait-elle pas à rendre plus visibles les traits culturels, les valeurs du soin (du « *care* ») plus que des savoir-faire très réducteurs ? Et les professionnels, encore plus que les formateurs, ne transmettent-ils pas, souvent à leur insu, des éléments constitutifs de cette culture : les valeurs, les savoirs et les savoir-faire ?

Se focaliser sur les outils de l'ingénierie peut par analogie se rapprocher de l'infirmière qui ne peut travailler sans la médiation de l'instrument. N'est-ce pas un écran, plus ou moins conscient, pour éviter de se réinterroger sur ce qui réunit tous les professionnels : le sens du soin à l'Autre. Nous devons donc ouvrir notre réflexion sur la profession et le soin. Nous avons retrouvé dans la culture ce qui nous préoccupait et ce sur quoi nous ne pouvions poser un terme : un lien, un but commun. A ce stade, nous avons cherché à approfondir cette orientation. Nous percevions en effet qu'elle correspondait réellement à nos aspirations, au désir d'ouverture que représente la recherche.

Le concept de « culture » revêt de multiples sens, imprégnés par la religion, l'anthropologie, la psychologie. Mais c'est l'approche sociologique qui nous semble appropriée, puisqu'elle étudie les groupes sociaux. Rocher¹⁷ en donne une définition :

« Ensemble lié de manières de penser, de sentir et d'agir plus ou moins formalisées qui, étant apprises et partagées par une pluralité de personnes, servent, d'une manière à la fois objective et symbolique, à constituer ces personnes en une collectivité particulière et distincte. »

La communauté soignante a souvent été l'objet de recherches sociologiques car elle semble bien représenter une collectivité identifiable. L'objet de la recherche se décentre donc des outils qui seraient le « comment » pour s'intéresser au « pour quoi », c'est-à-dire la finalité de la formation. Quelle que soit l'attractivité de cette orientation, nous ne perdons pas de vue le lien avec l'ingénierie et nous recentrons sur l'apprenant. Nous nous intéressons à ce qui dans l'apprentissage lui permet de se forger une image de lui-même, une identité propre grâce au contact avec les pairs, les professionnels et les formateurs. Nous touchons à la notion de subjectivation, l'apprenant devenant sujet d'un groupe, d'une communauté en intégrant la culture, en la faisant sienne.

¹⁷ Rocher, G. (1970). *Introduction à la sociologie générale, t.1 : l'action sociale*. Paris : Seuil. p. 111

Nous interroger sur la culture professionnelle et non « infirmière » nous amène également à ne pas nous focaliser sur la profession infirmière dans un premier temps, ce qui pourrait nous entraîner sur la pente du corporatisme. D'autres formations s'inscrivent dans le même processus de professionnalisation et peuvent être un terrain d'étude analogique, source d'ouverture vers d'autres réflexions.

A ce moment de notre parcours, la ligne conductrice de notre recherche est la suivante :

L'intégration de la culture professionnelle est-elle le véritable enjeu du partenariat ?

Nous devons confronter ce questionnement à une exploration auprès des trois acteurs du processus de formation.

1.5. Les représentations des acteurs : soignants, formateurs et étudiants

Après cette approche générale, nous allons nous attacher au registre déclaratif des différents intervenants de la formation à propos de la culture professionnelle soignante. Lors de premiers échanges exploratoires, nous avons relevé les représentations de soignants, de formateurs et d'étudiants.

Pour les soignants rencontrés, les formateurs sont idéalistes, déconnectés de la réalité du travail actuel ; reviennent le rythme accéléré, la diminution des durées de séjours des patients, le turn-over, qui ne permettent plus l'approche personnalisée prônée en formation. A leurs yeux, celle-ci est trop généraliste et le tutorat devrait revenir à des acquisitions plus concrètes, rapidement opérationnelles après la certification. Pourtant, paradoxalement, nombreux sont les soignants qui déclarent souffrir d'une dilution des valeurs professionnelles dans les exigences économiques. Individuellement, ils expriment un idéal soignant qu'ils ne parviennent pas à exprimer collectivement, dans le quotidien. Sainsaulieu¹⁸ relève « un tiraillement de l'identité professionnelle, entre l'aspect technique et l'aspect relationnel, notamment chez les infirmières ». Le sentiment de trahir ses valeurs liées au service public est vécu comme une frustration, une tension entre cet idéal et la réalité.

¹⁸ Sainsaulieu, I. (2006). *La communauté de soins en question, le travail hospitalier face aux enjeux de la société*. coll. Fonction cadre de santé. Gestion des ressources humaines. Paris : Lamarre. p. 110

Du côté des formateurs, se développe à l'égard des soignants un sentiment de détérioration des valeurs du « care », qui se manifeste par des pratiques peu éthiques, voire maltraitantes, rapportées par des étudiants à l'issue de leurs stages. Le manque de professionnalisme est souligné, au sens de la prise en considération globale de la personne. Nous observons donc une projection mutuelle d'incompétence et une incompréhension réciproque.

Pour quelques étudiants, et tout au long de leur cursus, parfois même à la veille de leur exercice en tant que professionnel, apparaît une difficulté à s'inspirer de certains modèles professionnels pour construire leur projet. Ils mettent très bien en évidence le décalage entre le déclaratif des professionnels, centré sur la « care », et le manque de professionnalisme des gestes à ce niveau. Cet écart est appréhendé différemment par les chercheurs de l'alternance, certains prônant une approche copulative¹⁹, d'autres comme Vialle²⁰ la remettant en question car elle aplanit les tensions et les contradictions entre les acteurs de l'alternance et donc neutralise la construction paradoxale de l'autonomie de l'apprenant. Serait-ce à dire que les formations en alternance ne souhaitent pas l'autonomie des acteurs? Dans le processus d'intégration des traits culturels, certaines confrontations expérimentées sont décisives. Nous voulons nous interroger sur ces rencontres et sur leur place dans la formation de l'apprenant. Nous nous interrogeons à ce point de la réflexion sur la capacité de l'étudiant à appréhender la culture professionnelle sur le temps de la formation. A-t-il une vision suffisamment large et distanciée ?

Pour nous décentrer du soin, un entretien a été effectué auprès d'un formateur d'un organisme de formation d'adultes dans un autre secteur que le nôtre et construisant ses formations en alternance à partir du métier visé. L'intérêt de réaliser un entretien exploratoire en dehors du champ sanitaire permet une rupture avec notre domaine afin de construire un modèle d'analyse plus large. Les stagiaires accueillis par cet établissement proviennent de publics en désinsertion sociale, donc éloignés de notre population étudiante. Même si l'objectif est centré sur la réinsertion par l'apprentissage d'un métier, le travail de suivi du formateur est surtout axé sur la socialisation et l'acquisition d'attitudes

¹⁹ Lerbet, G. (1995). *Bio-cognition, formation et alternance*. Paris : L'harmattan.

²⁰ Vialle, F. (2005). *La construction paradoxale de l'autonomie en formations alternées*. Paris : L'harmattan. p. 147

compatibles avec la qualification visée. Une co-construction aboutit à l'élaboration pour chaque stagiaire d'un programme de formation en alternance, comprenant autant d'indicateurs d'acquisition technique que d'éléments montrant l'intégration à l'entreprise. Sont cités par exemple les relations avec les collègues et les supérieurs, l'investissement dans les tâches confiées, l'esprit d'entraide, de solidarité, et des facteurs plus personnels comme la ponctualité, l'expression verbale, les règles de savoir-vivre. La formatrice remarque parallèlement les modifications d'attitudes dans la sphère personnelle du stagiaire, l'appropriation de la culture de l'entreprise influant sur toute la personnalité. Cet échange nous a beaucoup intéressée, par l'importance donnée au développement de l'individu et à ses attitudes au travail. Nous avons conscience qu'ici le rôle éducatif est primordial, ce qui n'est pas notre cas. Ce témoignage soulève même quelques interrogations éthiques : jusqu'à quel point l'individu doit-il se conformer à la culture de l'entreprise sans perdre son originalité ? Quelle différence faisons-nous entre culture d'entreprise et culture professionnelle ? Nous reviendrons sur ces questions dans notre approche conceptuelle.

Puisque notre cheminement exploratoire nous conduit vers la culture professionnelle dans le cadre de la formation infirmière, une compréhension historique de la profession est nécessaire : ses origines, ses rapports avec les autres professions de santé, en particulier les médecins et les aides-soignants. Nous pourrions nous appuyer sur ce contexte pour problématiser notre recherche et définir son objet, avant d'aborder le cadre conceptuel.

2. HISTOIRE DE LA PROFESSION INFIRMIERE

2.1. Le poids de la religion

La fonction de soin a depuis toujours été réservée à la femme, adossée à son appropriation des soins liés à la maternité, à l'éducation des enfants, au vieillissement puis à la mort. De nombreux auteurs relèvent que la femme s'est vu attribuer de façon culturelle ces soins que nous pourrions globaliser comme assurant l'entretien de la vie et même plus largement, le bien-être de l'environnement familial et social.²¹

²¹ Mordacq, C. (1972). *Pourquoi des infirmières ?* Paris :Le Centurion. p. 10

Mais c'est surtout la religion qui a imprégné la profession. En stigmatisant l'impureté de la femme, celle-ci, pour continuer à assurer des soins, ne peut que rentrer dans les ordres et se consacrer entièrement à cette mission. Les soins sont même l'occasion de prouver son amour du prochain. Aux cours des XI^e et XII^e siècles, apparaissent des communautés et ordres dédiés aux soins des malades.²²

L'appellation « infirmier » apparaît à la fin du XIV^e : sous la forme d'« infirmier » ou « enfermier » (1398) en lien avec l'« enfermerie » où étaient reclus les malades lépreux.²³ L'enfermière ou infirmière va qualifier la « moniale » soignant les autres religieuses malades, au sein de maisons féminines reliées aux ordres précités. Une date sera marquante pour l'évolution de la fonction : 1633 avec la création par Saint Vincent de Paul de la « compagnie des filles de la charité ». Les critères de recrutement relèvent de la morale et de la capacité physique. Elles sont vouées à consacrer leur vie aux soins des plus démunis. Elles exercent bénévolement, et sont en contrepartie prises en charge par la communauté. « Le soin n'a pas de valeur économique, c'est une valeur culturelle. »²⁴

La profession infirmière est donc issue de la religion et de la charité. Sans formation spécifique, elle s'est progressivement professionnalisée en prenant appui sur des connaissances, des savoirs et savoir-faire. Il faut attendre la laïcisation des hôpitaux, les travaux de Pasteur et les progrès de la chirurgie pour qu'une formation réelle soit élaborée.

Collière²⁵ a réalisé une étude très approfondie de l'évolution culturelle des soins : elle montre comment les garde-malades du XIX^e siècle ont été remplacées progressivement par des garde-malades hospitalières instruites, puis par des infirmières des hôpitaux jusqu'en 1970. A travers différents domaines, on peut mesurer que, même si leurs savoirs scientifiques et leurs pratiques ont évolués, elles restent toujours très « techniques » et soumises. La réflexion professionnelle est notamment découragée ou méprisée par les médecins : « lorsque le chef a parlé, l'infirmière se tait, elle n'a plus d'opinion, n'a plus qu'à exécuter la prescription aussi parfaitement qu'elle saura le faire. »²⁶

²² Charles, G. (1979). *L'infirmière en France d'hier à aujourd'hui*. Paris : Le centurion. p. 27

²³ Duboys-Fresney, C. Perrin, G. (2005). *Le métier d'infirmière en France*. Paris : PUF. Coll. Que sais-je ?. 4^{ème} éd. p. 9

²⁴ Ibid., p. 10

²⁵ Collière, M.F. (2001). *Soigner...le premier art de la vie*. Paris : Masson. 2^{ème} éd. pp. 57-87

²⁶ Ibid., p. 84

Collière²⁷ parle de femmes « consacrées », religieuses soignantes qui ont fortement imprégné le modèle professionnel. Les soins au corps sont dominés par la conception religieuse : le corps est pervers et représente un danger pour le salut de l'âme. Les soins du corps sont par conséquent dégradants et assurés par dévotion et devoir, dans un esprit sacrificiel. De plus, la souffrance est magnifiée et subie. L'expression des émotions, tant des malades que des soignants, n'est pas admise et donc ignorée. Progressivement, cependant non sans résistances, les soins infirmiers vont vivre une émancipation religieuse.

2.2. La laïcisation

L'effacement de l'aspect charitable est d'abord lié à l'augmentation des malades pouvant payer et à l'impossibilité pour les congrégations de faire face à cette affluence²⁸. Le mouvement de laïcisation de la médecine tout au long du XIX^e siècle, s'il a permis de s'affranchir du pouvoir religieux, a amené un monopole médical sur le soin. La loi sur l'exercice illégal de la médecine (1803) donne un pouvoir immense au médecin, notamment sur tous les métiers paramédicaux. Baubérot²⁹ évoque l'institutionnalisation de la médecine, au même titre que l'Ecole. Il compare les médecins à des « clercs » représentant ces institutions, qui « encadrent la population et donnent sens à des conduites sociales », rôle qu'assumait auparavant la religion. Cette institution médicale, en plein développement scientifique au début du XX^e siècle, nécessite des « auxiliaires dociles et dévouées »³⁰ pour asseoir son pouvoir. Dubet rappelle leur rôle à l'époque : « celui d'une mère et d'une sœur ».³¹

Malgré la laïcisation, des traits similaires sont retrouvés chez les infirmières religieuses et laïques : don de soi, qualités relationnelles autant que scientifiques, sens de la hiérarchie, mélange de connaissances et habiletés (exemple de l'infirmière de guerre). Certains auteurs pensent que ce « dévouement » nuit à la professionnalisation: « la notion

²⁷ Ibid., pp. 74-78

²⁸ Aïach, P., Fassin, D. (dir.). (1994). *Les métiers de santé, enjeux de pouvoir et quête de légitimité*. Paris : Anthropos. p. 227

²⁹ Baubérot, J. (2004). *Laïcité 1905-2005, entre passion et raison*. Paris : Seuil. p. 62

³⁰ Knibiehler, Y. (2008). *Histoires des infirmières en France au XX^e siècle*. Paris : Hachette Littératures. p. 51

³¹ Dubet, F. (2002). *Le déclin de l'institution*. Paris : Seuil. p. 199

de don hante encore le travail infirmier »³². Il est indéniable que la prégnance de la dimension religieuse a perduré même lorsque l'infirmière a été clairement identifiée comme auxiliaire du médecin, reconnue juridiquement.

« Le rôle jusqu'alors unifié des [femmes] consacrées revêt deux aspects : le rôle moral et le rôle technique, le premier demeurant le plus important et devant constamment alimenter et servir de guide au second. »³³

Boigelot³⁴ en 1951, décrit les qualités requises de l'infirmière en utilisant les termes de « dévouement souriant, esprit d'apostolat, discrétion » mais aussi de « science professionnelle ». Il consacre un chapitre à « l'obéissance universelle au médecin » ce qui montre bien son allégeance à cette époque.

Dubet présente l'hôpital dans son histoire comme la juxtaposition de deux formes d'institutions³⁵. Une institution représentée par des femmes charitables qui soulagent des personnes souffrantes et une autre dominante, masculine et scientifique, qui ne considère pas des malades mais des maladies. Pour lui, ces deux logiques sont articulées mais non intégrées. De plus, la loi hospitalière de 1970 va donner à l'hôpital une dimension d'entreprise, où la dimension gestionnaire est prépondérante.

2.3. Du métier à la profession:

Pour Collière³⁶, le métier s'appuie sur des connaissances et des techniques apprises pour accomplir un service, alors que la profession se revendique de croyances, de valeurs dont découlent des comportements et attitudes. Peut-on parler de profession infirmière ? « La véritable essence de la profession me semble être l'attitude au travail. »³⁷ Alter définit la profession d'un point de vue sociologique :

« Une profession désigne ainsi le groupement de professionnels partageant un savoir objectif et spécialisé, mais aussi la constitution d'un corps chargé

³² Aiach, *op. cit.*, p. 235

³³ Collière, M.F. (1982). *Promouvoir la vie, de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. Paris : Masson. p. 107

³⁴ Boigelot, R. (1951). *L'infirmière et sa mission dans le monde moderne*. Paris: Casterman. pp.24-25

³⁵ Dubet, F. (2002), *op. cit.*, p. 197

³⁶ Collière (1982), *op.cit.*, pp. 279-280

³⁷ Johada M., *le métier d'infirmière est-il une profession ?* RIAS, décembre 1961, p. 551

de restreindre l'accès à la profession par un parcours sélectif de formation, veiller aux conditions d'apprentissage et garantir l'éthique de ses membres. Il défend les intérêts du corps par le maintien d'un monopole et des privilèges, en contrepartie d'une mission reconnue comme utile socialement.³⁸ »

Nous constatons pour les infirmières que la profession est très réglementée et encadrée par des textes du code de la Santé Publique, d'une part pour les actes relevant du rôle sur prescription ou du rôle propre, d'autre part pour les règles professionnelles. Par ailleurs, le nombre de places de formation est défini par l'Etat et l'accès soumis à des épreuves de sélection organisées par les IFSI. Progressivement, la profession s'est dotée de cadres issus de ses rangs, ce qui favorise la notion de professionnalisation, de même qu'elle a créé une catégorie professionnelle dépendante d'elle, les aides-soignants. Cet étage « inférieur » qui n'existe pas dans tous les pays, nuit à l'identité professionnelle, car elle relègue les soins de base au profit de la technique. La réappropriation de l'intégralité du rôle peut réduire ce conflit. L'infirmière, même si elle ne fait pas tout, assume la responsabilité des actes réalisés par l'aide-soignant, établit les plans de soins,.... L'écart entre le travail déclaratif, le rôle propre, et le travail réel est toutefois présent, plus ou moins selon les secteurs d'exercice. Nous réaborderons la notion de « soins de base » et du rôle propre lorsque nous développerons le « care ». Parallèlement, comme nous allons approfondir le concept de formation, nous devons retracer son histoire, en miroir avec celle de la profession.

3. EVOLUTION DE LA FORMATION INFIRMIERE

Les premières formations émergent à la fin du 19^{ème} siècle. Les écoles ne sont cependant pas des instituts de formation traditionnels, mais des internats, qui par la vie commune et rude au sein des hôpitaux exercent une influence certaine sur l'individu. « L'hôpital constitue le lieu d'élection où l'on peut enseigner la morale professionnelle »³⁹. La soumission au médecin est la règle. L'acquisition de ces valeurs, règles et comportements se fait donc par l'immersion totale dans le milieu hospitalier et laisse peu de place à une vie privée, tant tous les champs de la personnalité sont envahis. Le rôle

³⁸ Alter, N. (Dir.). (2006). *Sociologie du monde du travail*. Paris : PUF. Coll.Quadriges. p. 65

³⁹ Collière (1982), *op.cit.*, p. 109

infirmier est très codifié par les premières écoles. Progressivement, les programmes vont évoluer, mais jusqu'aux années 1970, la sélection comme la formation sont toujours axées sur les qualités morales plus que sur les compétences. Puis, avec l'augmentation des connaissances techniques attendues des médecins qu'elles assistent, elles acquièrent des savoir-faire pratiques, des « conduites à tenir » sans véritable fondement idéologique. Cette fonction subalterne n'est pas socialement valorisée et reste dans l'ombre du pouvoir médical. On ne peut pas véritablement parler de profession pour cette approche très technique, dans laquelle l'hygiène, l'asepsie sont centrales au détriment de la compréhension des comportements humains et des processus liés à la maladie.

3.1. L'essor de la pensée infirmière dans la formation

A partir des années 70, le développement de la psychologie et de la psychanalyse, l'introduction des sciences humaines dans le domaine des soins va amener l'infirmière à investir un rôle propre, centré sur les besoins des malades et le « prendre soin ». Les programmes des études de 1972⁴⁰ puis de 1979⁴¹ et enfin de 1981⁴² vont introduire ces concepts dans la formation et amorcer le rôle propre infirmier. Nous pouvons par exemple nous référer aux travaux de Piaget et de Dolto pour les soins des enfants, ou plus globalement à Maslow pour la conceptualisation des besoins fondamentaux (avec une conception stratifiée dépassée faisant place aujourd'hui à une vision plus systémique), ou encore à l'approche humaniste de Rogers pour tout ce qui sous-tend les relations interpersonnelles. La profession va valoriser la relation soignant-soigné, la prise en compte autonome des besoins de la personne, notamment après la publication d'un rapport de l'OMS qui adopte la définition des soins infirmiers de Virginia Henderson. « C'est à l'infirmière qu'incombe l'initiative et le contrôle de tout ce qui relève de l'assistance à l'individu malade ou bien portant dans l'accomplissement des actes qui contribuent au

⁴⁰ Décret n°72-818 du 5 septembre 1972 relatif aux études préparatoires et aux épreuves du Diplôme d'Etat d'Infirmier.

⁴¹ Décret n°79-300 du 12 avril 1979 relatif aux études préparatoires au Diplôme d'Etat d'Infirmier.

⁴² Décret n°81-306 du 2 avril 1981 relatif aux études conduisant au Diplôme d'Etat d'Infirmier et d'Infirmière

maintien ou à la restauration de la santé (ou à une mort paisible) et qu'il accomplirait lui-même s'il en avait assez de force, de volonté et de savoir. »⁴³

Nous avons réalisé une étude transversale des textes de la formation à partir du programme de 1979 jusqu'à celui de 2009.⁴⁴ Nous pouvons ainsi objectiver la progression de l'autonomie professionnelle, la montée des notions de compétence et de réflexivité. Dès le programme de 92, la prise en charge globale de la personne par un professionnel polyvalent est un axe central, mais le référentiel 2009 place le professionnel infirmier dans une posture d'autonomie et de responsabilité. Nous pouvons également noter l'évolution du rôle d'« aide » en 79 à celui de prise de décision après analyse de la situation en 92. Le terme de professionnalisation apparaît en 92 et est renforcé en 2009 avec la notion constructiviste de parcours professionnel. Le partenariat dans l'alternance est accentué en 2009, en formalisant pour la première fois les rôles des acteurs et les outils de partenariat dans le texte officiel.

Sur un plan plus général, la formation défend l'aspect global de la profession et notamment le «care », ce qui peut renforcer l'opposition école-hôpital ou la différenciation entre travail et formation. D'autant plus que les infirmières qui se sont spécialisées dans la formation, ont pu prendre de la distance vis-à-vis de l'ascendant médical.

« L'école est devenue souvent un lieu d'idéalisation, qui insiste sur les conceptions globalisantes des soins, avec une dimension critique implicite ou explicite envers la machine hospitalière. Cette bipolarité peut être paralysante, mais elle peut aussi déboucher sur des transformations de l'organisation du travail. »⁴⁵

Aujourd'hui, après une histoire parallèle de la formation et de la profession, cette dernière est légiférée assez précisément. Quelle est donc finalement l'infirmière définie par les textes ?

⁴³ OMS (organisation Mondiale de la Santé) (1966), comité OMS d'experts des soins infirmiers, cinquième rapport, Série de rapports techniques n° 347, Genève. p. 33

⁴⁴ Annexe 1. Évolution des programmes et référentiels de formation infirmière, livret d'annexes.

⁴⁵ Aiach, P., Fassin, D., *op.cit.*, p. 255

4. ETRE INFIRMIERE EN 2011

La réforme des études promet de futurs professionnels « responsables, autonomes et réflexifs »⁴⁶. Pour l'heure, les professionnels que rencontrent les étudiants obéissent à une définition de la profession par le code de la santé publique. Ce texte⁴⁷ précise l'exercice de la profession, mais aussi ce que sont les soins infirmiers d'un point de vue légal. L'exercice comporte « l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation,[]. Dans l'ensemble de ces activités, les infirmiers sont soumis au respect des règles professionnelles et notamment le secret professionnel. [] »

Les soins infirmiers sont « préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent la qualité technique et des relations avec le malade. [] 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. »

Nous constatons par la simple approche des textes, toute la complexité du soin, reprise par Hesbeen dans sa conception inspirée de Morin :

« Le principe de la pensée complexe est qu'un système vivant doit à la fois être abordé de façon globale sans ignorer les éléments qui le composent et surtout, sans négliger les multiples interactions qui se produisent constamment entre ces différents éléments. »⁴⁸

Hesbeen développe plus loin la subtilité du soin infirmier, en faisant ressortir plusieurs dimensions : l'attention bien sûr, mais aussi les compétences, car être attentif à l'autre ne suffit pas, des actes concrets sont attendus. C'est le terme « particulière » qui nous semble essentiel, qui va faire que l'Autre se sent sujet.

« l'attention particulière portée par une infirmière [] à une personne et à ses proches [], en vue de leur venir en aide dans leur situation en utilisant, pour concrétiser cette aide, les compétences et les qualités qui en font des

⁴⁶ Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au Diplôme d'Etat Infirmier. Annexe III, référentiel de formation. 1. Finalités de la formation.

⁴⁷ Décret n°2002-194 du 11/02/2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. Article 1 et 2.

⁴⁸ Hesbeen, W. (1997). *Prendre soin à l'hôpital. Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Paris : Masson. InterEditions. p. 32.

professionnels infirmiers. Le soin infirmier s'inscrit dans une démarche interpersonnelle et comprend tout ce que les infirmières [] font, dans les limites de leurs compétences, pour prendre soin des personnes. »⁴⁹

Nous reviendrons à cette notion de « prendre soin » lorsque nous traiterons de la culture infirmière. Ces notions nous ont éclairée sur les dimensions du soin infirmier, elles étayent notre réflexion pour avancer dans la définition des contours de notre recherche.

5. PROBLEMATISATION DE LA QUESTION DE RECHERCHE

Au fil de notre réflexion, de la confrontation de notre questionnement à différents points de vue, de nos lectures dans différents champs, il apparaît que la question formulée précédemment n'est pas suffisamment explicite.

L'intégration de la culture professionnelle est-elle le véritable enjeu du partenariat ?

Cette interrogation ne traduit pas que c'est l'intégration de la culture par l'apprenant au cours de la formation qui est notre objectif réel. Nous pouvons par conséquent la reformuler :

La finalité de la formation infirmière est-elle de développer une culture professionnelle chez l'étudiant ?

Cependant, les trois acteurs en sont-ils conscients ? Les entretiens nous permettront-ils d'amener les interviewés sur ce terrain ? Des questions complémentaires s'imposent :

- *comment cet enjeu implicite peut-il constituer l'axe central de la formation ?*
- *le processus de professionnalisation des infirmiers peut-il accorder une place suffisamment explicite à la culture professionnelle ?*
- *le dispositif de formation permet-il à l'apprenant de s'appuyer sur la rencontre de modèles professionnels pour intégrer la culture soignante ?*

A ce stade de réflexion, nous pouvons élaborer un premier corps d'hypothèses.

⁴⁹ Ibid., p. 65

5.1. Hypothèses de la recherche :

- La culture professionnelle n'est pas investie par les acteurs de la formation car elle n'apparaît pas dans le projet de formation,
- Il est illusoire de concevoir ou de promouvoir des outils de l'alternance si la finalité de leur utilisation n'est pas explicite pour tous les partenaires,
- L'intégration de la culture professionnelle peut être un objectif de formation pour l'étudiant mais elle se développe surtout grâce à l'expérience professionnelle et au contact des pairs.

Lorsque nous utilisons le terme de culture professionnelle, nous le définissons comme Hesbeen en tant que « prendre soin de l'Autre ». Dès lors, l'objet de recherche est l'intégration de la culture professionnelle par l'étudiant au cours de sa formation, ce qui nous entraîne vers la transmission de cette culture. Bien que présente sur le plan déclaratif et par des éléments des textes de formation, elle reste encore implicite. Nous voulons comprendre si elle est perçue par les acteurs, de quelle façon, et appréhender ce qui est mis en œuvre pour l'explicitier et la développer.

5.2. Choix des concepts

Pour mener notre recherche, nous voulons approfondir les concepts suivants :

La culture professionnelle, en passant par une approche générale de la culture. Le terme de culture est très courant, très utilisé, parfois galvaudé, et nous jugeons utile d'en définir les contours, d'une façon historique et générale dans un premier temps, puis dans une optique professionnelle. Nous aborderons dans ce cadre la socialisation, l'identité professionnelle et le « care », centre de notre conception du soin.

La formation, terme semblant « aller de soi », surtout après des années de pratique. Mais finalement, de quelle formation parlons-nous pour les infirmières? Quelle est la part dans l'ingénierie de la prescription par le référentiel, et celle de l'autonomie des acteurs ? Quelle est la place de l'apprenant en particulier, et celle de la culture ou de ses différents aspects ? Le modèle de la compétence est-il propice à notre préoccupation ?

Enfin, nous terminons par l'approfondissement conceptuel par la professionnalisation. La formation infirmière est initiale et professionnelle, l'apprentissage

des attitudes et des gestes professionnels s'effectue principalement sur le terrain professionnel. Nous pensons que les représentations sont un élément à prendre en compte dans ce type de formation, en lien avec la maladie, la souffrance, la mort, l'image de la profession. L'étudiant n'est pas un terrain vierge. Nous abordons une pratique en plein essor dans de nombreuses formations : la pratique réflexive.

5.3. Orientations méthodologiques

La méthodologie nous semblant appropriée est celle de la recherche en sciences sociales⁵⁰. En effet, comme nous l'avons évoqué précédemment, la recherche-action aurait répondu à une demande institutionnelle de résolution de problème, or, nous voulons dans un premier temps nous distancier de cette orientation pour approfondir ce qui sous-tend l'ingénierie (la rupture décrite par les auteurs). Il est toutefois possible que, dans un second temps, ce travail aboutisse à une préconisation de recherche-action.

Nous prévoyons de baser nos observations sur un échantillon d'acteurs de la formation sanitaire (étudiants, soignants tuteurs, formateurs), en faisant le choix de l'entretien semi-directif basé sur l'écoute sensible rogérienne, citée par Barbier⁵¹, déjà expérimentée dans notre pratique de soignante comme de formatrice. La thématique interroge en effet la perception personnelle, le savoir-être, l'implicite et nécessite une méthode favorisant l'expression libre. Il en découlera une analyse de contenu thématique des propos intégralement retranscrits⁵². Nous avons fait le choix d'explorer les trois points de vue, avec la conscience du risque de dispersion que cela représente. Nous pensons grâce à ces entretiens mettre en lumière les aspects autour desquels les acteurs peuvent se rejoindre et travailler en commun.

Nous allons initier l'approfondissement des concepts par la culture et ses différentes dimensions, pour aboutir à celle de culture professionnelle. Nous plaçons ce concept au premier plan de notre travail : il se retrouvera ensuite en filigrane tout au long de l'écrit.

⁵⁰ Quivy, Van Campenhoudt, *op. cit.*

⁵¹ Ibid., pp. 65-72

⁵² Bardin, L. (1977). *L'analyse de contenu*. Paris : PUF. 291 p.

DEUXIEME PARTIE

II. APPROCHE CONCEPTUELLE

1. LE CONCEPT DE CULTURE PROFESSIONNELLE

Cette formulation revêt diverses interprétations en fonction des champs d'exercice ou des angles d'approche : historique, sociologique, philosophique, voire technique dans la dimension managériale (culture d'entreprise). Les significations du terme « culture » sont multiples, elle paraît la moins définie des notions en sciences sociales.⁵³ Nous retracerons son histoire avant de l'aborder sous ses acceptions contemporaines. Nous voulons l'explorer pour préciser ce que nous entendons par culture professionnelle dans le cadre de la formation par alternance, telle que la découvrirons progressivement les étudiants et comme la véhiculent les professionnels soignants et formateurs, qui nous le rappelons, sont tous issus du métier infirmier. La première démarche consiste à approfondir le concept de « culture » avant de développer les différents points de vue plus précis lorsqu'elle est qualifiée de « professionnelle ».

1.1. L'évolution du terme de culture en France

Le terme d'origine latine « cultura » s'intègre au français à la fin du XIII^e siècle, usité dans le domaine agricole. Le sens figuré se développe lentement à partir du XVI^e siècle, mais par métaphore : on cultive l'esprit comme on cultive la terre. Il s'impose au XVIII^e siècle, d'abord relié à un complément d'objet (culture des sciences) puis seul pour qualifier l'éducation de l'esprit⁵⁴. Les philosophes des Lumières envisagent la culture comme propre à l'espèce humaine, accumulée et transmise au fil du temps par l'humanité, en opposition avec la « nature » qui serait l'état brut. Elle est reliée aux notions d'évolution, d'éducation, avec l'idée que l'Homme progresse indéfiniment grâce à ce

⁵³ Ferréol, G., Cauche, P., Duprez J.M., et al. (2002). *Dictionnaire de sociologie*. Paris : Armand Colin, 3^{ème} édition. pp. 38-44.

⁵⁴ Cuhe, D. (2010). *La notion de culture dans les sciences sociales*. (4^{ème} éd.). Paris : La Découverte. Repères. pp.10-11

courant positif. La culture est associée à la civilisation, plus globale et collective, définie comme un processus d'amélioration inéluctable des institutions humaines.⁵⁵

1.2. La différenciation franco-allemande de la culture.

C'est de l'Allemagne du XIX^e siècle qu'une différenciation de conception va se faire en Europe⁵⁶: « Kultur » s'applique aux particularités intellectuelles et morales de la société allemande, plus particulièrement à la bourgeoisie, intellectuelle, en opposition à « civilisation » se rapportant au cérémonial superficiel de la noblesse qui ne s'intéresse pas aux arts et à la science. La bourgeoisie est « cultivée » alors que l'aristocratie est « civilisée ». Progressivement, ce contraste de classes sociales va évoluer en une opposition de nationalité, avec un renforcement de la culture liée à la nation, aboutissant au nationalisme allemand. Elias⁵⁷ soumet l'hypothèse que la culture « marque distinctive de la nation allemande toute entière » serait liée à un sentiment d'infériorité germanique face à la France et l'Angleterre de l'époque. La culture qualifie alors la singularité allemande, supérieure aux autres peuples, ce qui fera le terreau de la pensée nationaliste de supériorité raciale. En France, à cette période, la culture revêt un sens différent : elle est qualifiée d'universaliste car elle considère le genre humain dans sa globalité.

A la lumière de cette récupération de la culture comme mode de nivellement de la pensée et des comportements, nous comprenons les précautions qui doivent absolument accompagner la place de ce concept dans la formation. La culture soignante ne doit en effet pas être définie en opposition à d'autres cultures, mais plutôt comme une richesse spécifique. Au travers de cette évolution historique, nous touchons déjà la prudence sémantique liée à l'usage d'un concept, car à partir d'un même terme, deux sociétés pourtant proches se sont violemment affrontées.

⁵⁵Ibid., pp. 11-12

⁵⁶Ibid., pp. 13-16

⁵⁷ Elias N. (1939). « La civilisation des mœurs » cité par Cuhe (2010), *op.cit.*, pp. 13-14

1.3. L'apport des sciences sociales

L'influence anthropologique anglo-saxonne du XIX^e siècle ajoute une dimension d'héritage social. Tylor (1832-1917)⁵⁸ la présente ainsi :

« culture ou civilisation, pris dans son sens ethnologique le plus étendu, est ce tout complexe qui inclut la connaissance, la croyance, l'art, les choses morales, la loi, la coutume et toutes les autres aptitudes et habitudes acquises par l'homme en tant que membre de la société. »

La conception collective est affirmée clairement de même que le caractère acquis. Nous remarquons également le rapprochement entre culture et civilisation, propre à la conception universaliste de la culture. Sapir⁵⁹ évoque la complexité des interactions entre culture individuelle et collective, et souligne la labilité de l'appartenance de l'individu à une culture. En fait, chacun d'entre nous représente une sous-culture au sein d'un groupe et un même individu est un composé de plusieurs sous-cultures activées suivant le contexte où il se trouve.

Un anthropologue, Boas (1858-1942), lui-même victime d'antisémitisme, fait reposer la diversité des groupes humains sur la culture et non sur la race⁶⁰. Il affirme donc une vision non universaliste, mais qui cependant combat l'idéologie allemande de supériorité raciale. Il n'étudie pas « la culture » mais « les cultures ».

« Chaque culture est dotée d'un « style » particulier, qui s'exprime à travers la langue, les croyances, les coutumes, l'art aussi, mais pas seulement.[] ce style, cet « esprit », propre à chaque culture, influe sur le comportement des individus. »⁶¹

Cette approche nous semble particulièrement importante pour notre recherche. En effet, nous pouvons aussi penser que c'est la culture qui influence le comportement : il ne s'agit donc pas, par la formation, d'intégrer des comportements, révélateurs d'une certaine culture, mais de réussir à se situer en amont. La dimension éthique est également soulignée

⁵⁸ Tylor, E.B. (1871). La civilisation primitive cité par Cuche (2010), *op.cit.*, pp. 18-20

⁵⁹ Sapir, E. (1921). « Anthropologie, T.1, Culture et personnalité ». Paris : Éditions de Minuit, 1967. Collection Le sens commun. p. 46. Édition en ligne. Consulté le 21/02/11. <http://dx.doi.org/doi:10.1522/cla.sae.ant1>

⁶⁰ Cuche, D. (2010), *op. cit.*, pp. 21-24

⁶¹ Ibid., p. 24

par Boas, dans le sens d'un respect interculturel basé sur l'absence de hiérarchie des différentes cultures.

En Europe cependant, l'étude conceptuelle de la culture reste assez marginale. C'est aux Etats-Unis qu'elle va prendre son essor, en particulier par le biais de l'anthropologie. Le contexte de forte immigration est propice à s'intéresser à la notion de culture, le citoyen américain oscillant entre son appartenance nationale et sa communauté d'origine. L'école « culture et personnalité »⁶², influencée par la psychologie et la psychanalyse, représentée par différents auteurs (Mead, Linton, Benedict, Kardiner) nous est apparue très significative pour notre étude, car elle cible les modes d'intégration des schèmes culturels, dans une approche interdisciplinaire. Elle montre que l'individu est façonné par la société : école, institutions, normes, modèles. Il élabore des *patterns*, modèles-types de comportement social. L'approche globale de la culture nous paraît particulièrement intéressante. Elle ne se limite pas à l'accumulation sommative de « traits culturels » mais permet à chaque individu d'évoluer dans un cadre intégré mais inconscient, implicite pour lui. L'accent est également mis sur la réciprocité entre l'individu et sa culture. Si celle-ci apporte à l'individu la capacité d'évoluer dans une communauté, il n'est pas passif dans ce processus et va, par ses aptitudes d'innovation, contribuer à son tour à modifier sa culture.

1.4. La culture aujourd'hui : définitions et dimensions

Les différentes approches sont essentiellement issues de la sociologie et de la psychologie, deux sciences qui ont développé ce concept. Selon l'UNESCO⁶³,

« La culture, dans son sens le plus large, est considérée comme l'ensemble des traits distinctifs, spirituels et matériels, intellectuels et affectifs, qui caractérisent une société ou un groupe social. Elle englobe, au-delà des arts et des lettres, les modes de vie, les droits fondamentaux de l'être humain, les systèmes de valeurs, les traditions et les croyances. »

La culture individuelle, concernant les savoirs propres à un être humain, est distincte de la culture collective qui désigne les institutions et les comportements liés à un groupe

⁶² Ibid., pp. 38-44

⁶³ Déclaration de Mexico sur les politiques culturelles. Conférence mondiale sur les politiques culturelles, Mexico City, 26 juillet - 6 août 1982. Ressource en ligne. Consulté le 21/02/11.http://www.techno-science.net/?onglet=glossaire&definition=5826#_note-0

social. Il est également important de noter le caractère acquis en lien avec l'éducation et l'environnement de l'individu. La culture est basée sur des échanges réciproques. Ardoino⁶⁴ évoque un jeu d'interactions et le « nous », rattaché à la notion de groupe ou de communauté. Pour lui, la culture s'apprend mais elle se transmet tout autant par l'expérience sociale. Chauvière souligne la polysémie du terme de « culture » : croyances, connaissances, morales, coutumes, capacités et habitudes acquises en tant que membre d'une société. Il établit également un lien fort avec les pratiques de transmission, telles que la formation.⁶⁵ Il existe des oppositions entre ses éléments constitutifs, savoirs scientifiques ou habiletés professionnelles acquises de façon empirique.

Pour schématiser la culture, il est possible de distinguer différents niveaux⁶⁶ dans un système de significations acquises et partagées par les membres du groupe. Tout d'abord les valeurs qui amènent à privilégier certains choix et permettent de discerner le « bien » du « mal ». Puis les croyances que les individus tiennent pour vérité dans leur vision du monde. Ensuite des normes, règles communes aux membres du groupe, soit formalisées (règles professionnelles) ou informelles (code de civilité). Ces normes donnent aux individus qui les respectent un sentiment de « normalité » dans la communauté d'appartenance. Enfin, les artefacts sont les aspects extériorisés, fabriqués qui permettent d'identifier cette communauté, comme le langage (jargon médical), l'habillement, les accessoires...

Mezirow évoque même une restriction des capacités d'apprentissage du fait de l'adoption de ces normes culturelles entre autres, car en amenant l'individu à se sentir reconnu dans la société, elles le contraignent en quelque sorte à s'y conformer⁶⁷. Nous voyons que l'intégration de la culture est ambivalente, car elle est soit enfermante et limitante, soit source d'autonomie pour l'individu qui réussit à en faire un facteur de compréhension du monde social.

⁶⁴ Barus-Michel, J., Enriquez, E., Lévy, A. (2002). *Vocabulaire de Psychosociologie. Références et positions*. Ramonville Saint Agne : Erès. pp. 123-126

⁶⁵ Chauvière, M. (2009). « Peut-on parler d'une culture professionnelle des éducateurs ? », in *Sociétés et jeunesse en difficulté*. Ressource en ligne. N° 7 | printemps 2009, mis en ligne le 05 octobre 2009, consulté le 21 novembre 2010. <http://sejed.revues.org/index6067.html>

⁶⁶ Rakotomena Mialy, H. (2005). « Les ressources individuelles pour la compétence interculturelle individuelle », in *Revue internationale sur le travail et la société*, Octobre, Vol. 3, n° 2. pp. 668-691. Ressource en ligne, consultée le 24/12/10. www.uqtr.ca/.../2005RAKOTOMENAMialyHenrietteVol3Num2pp668-691.pdf

⁶⁷ Mezirow, J. (2001). *Penser son expérience. Développer l'autoformation*. Lyon : Chronique Sociale. p. 21

Hofstede⁶⁸ représente la culture dans une structure en « pelures d'oignon »⁶⁹ : différentes strates superficielles (symboles, héros, rituels) explicites et observables à travers nos pratiques et le cœur profond de nos valeurs, central, implicite. Nous nous appuyerons sur cette schématisation lorsque nous aborderons la culture du soin. Selon Hofstede⁷⁰, la rencontre avec une culture nouvelle provoque un « choc » car les attitudes observées sont différentes des nôtres et incompréhensibles avec notre système de références. Après ce qu'il nomme « l'euphorie de la découverte », liée à l'observation des strates explicites de la culture de l'Autre (symboles, héros, rituels), le choc est provoqué car c'est la partie implicite qu'il faut décoder. Cette compréhension est nécessaire sous peine de rejet par méconnaissance. Le choc est d'autant plus rude que les valeurs implicites sont discordantes avec la première impression ressentie face aux apparences. Passé cette phase, le travail d'adaptation et de connaissance mutuelle va pouvoir s'opérer. Cette vision systémique est reprise par d'autres auteurs (Cuche 1996, Baligh 1994)⁷¹, la culture résultant de nombreux éléments interagissant et formant un ensemble cohérent. Plusieurs facteurs jouent sur cette construction, soit institutionnels comme la famille, la religion, la politique, l'éducation, l'économie, soit plus extérieurs comme le climat ou la situation géographique. Et comme dans tout système, la réciproque existe car la culture peut à son tour faire évoluer ces facteurs.

Dubet apporte la notion de réflexivité de l'acteur⁷² qui se construit grâce à des processus intégratifs, stratégiques et moraux. Nous reviendrons sur la réflexivité lorsque nous aborderons la formation infirmière, car elle en est le principe pédagogique essentiel. Morin⁷³ montre la complexité de l'imprégnation de la culture dans le cerveau humain, grâce à toutes ses interactions avec le milieu : le développement du langage, base de la socialisation et la formation de l'esprit (apprentissage, éducation). Il évoque une impression cérébrale de la culture, en utilisant la métaphore de la carte routière (les routes, chemins, carrefours de la culture).

⁶⁸ Hofstede (1994) cité par Rakotomena Mialy, H. (2005), *op.cit.*, p. 671

⁶⁹ Figure 1. Les différents niveaux de manifestation d'une culture.

⁷⁰ Hofstede (1994) cité par Rakotomena Mialy, H. (2005), *op. cit.*, p. 674

⁷¹ Cuche. (2004), Baligh. (1994), cités par Rakotomena Mialy, H. (2005), *op. cit.*, p. 671

⁷² Dubet cité par Sainsaulieu, Y. (2006), *op.cit.*

⁷³ Morin, E. (1994), *La complexité humaine*, Paris : Flammarion, coll. Champs-essais n° 809. p. 199

Il ressort de ces différentes approches les notions d'assimilation et de construction, c'est pourquoi un détour par la socialisation nous paraît incontournable pour appréhender ce qui se joue dans le processus d'intégration de la culture professionnelle.

1.5. La socialisation

Les travaux anthropologiques vont servir de base pour le développement de la sociologie aux Etats-Unis. La dimension culturelle est présente dans bon nombre de recherches en rapport avec les communautés très diverses de la société. Un aspect particulier fait l'objet de nombreuses interrogations : la socialisation. Qu'entendons-nous par ce terme ? Il est indissociable de la culture puisqu'il décrit les modes d'intégration d'un individu à un groupe social, par l'appropriation des façons de penser et de se comporter de ce groupe.

Historiquement, le mouvement culturaliste, au cours des années 30, avec Parsons, Linton, Kardiner, même s'il apporte des éclairages sur la socialisation qui seront repris et modulés, insiste fortement sur la notion de culture commune devant être intégrée par les individus d'une société. Ce sont des membres de cette même société qui vont socialiser l'enfant dès sa naissance, aboutissant à une conformité voire au conformisme. Parsons qualifie de déviant celui qui n'acquiert pas ce sentiment de forte appartenance culturelle.⁷⁴ Il va sans dire que cette approche sera critiquée car trop fonctionnaliste et modélisante. Elle nous renvoie à une conception de la formation dans laquelle l'apprenant est un objet à socialiser et où son autonomie n'est pas stimulée. Merton en 1950 apporte une vision plus personnalisée avec le concept de « socialisation anticipatrice », mieux adapté à notre recherche puisqu'il s'applique aux adultes. Il s'agit du « processus par lequel un individu s'approprie et intériorise, par avance, les normes et les valeurs d'un groupe de référence auquel il n'appartient pas encore et souhaite s'intégrer. »⁷⁵

Nous ne pouvons clore ce bref retour en arrière sur l'essor des travaux sur la socialisation sans citer Weber car son approche nous sera utile pour appréhender la culture professionnelle soignante. Cet auteur différencie deux formes de socialisation : la socialisation communautaire, affective, dominée par le sentiment d'appartenance

⁷⁴ Dubar, C. (2010). *La socialisation, construction des identités sociales et professionnelles*. Paris : Armand Colin. (4^{ème} éd.). p. 57

⁷⁵ Cuche (2010), *op.cit.*, p. 53

commune, et la socialisation sociétaire, dominée par des intérêts communs rationnels.⁷⁶ Cette distinction nous semble essentielle au regard de notre problématique. En effet, les soignants contemporains se considèrent-ils membres d'une communauté, d'une institution ou d'une profession ? Mettent-ils au premier plan, même inconsciemment, la dimension émotionnelle ou professionnelle ? Et comment construisent-ils leurs traits professionnels avant de faire partie d'un collectif ?

1.5.1. Les notions d'habitus et de schème.

Dans le cadre de la construction de l'individu, Bourdieu, qui appartient au mouvement constructiviste structuraliste, élabore une notion clé : l'habitus. On retrouve le double mouvement du constructivisme, intériorisation de l'extérieur et extériorisation de l'intérieur. L'habitus serait l'expression de tous les éléments sociaux que nous avons intériorisés depuis notre enfance et qui se définit par « un système de dispositions durables et transposables »⁷⁷. Par dispositions, il entend des tendances d'action et de pensée inconscientes et intériorisées au fil des expériences de vie. Leur dimension transposable permet de faire appel à ces dispositions dans différentes sphères de la vie sociale. Cette notion nous semble pertinente dans notre recherche, car l'individu en formation professionnelle soignante est déjà porteur d'un habitus sur lequel il s'appuiera pour intégrer de nouvelles dispositions. Mais en même temps, il exprimera forcément un profil d'apprenant puis de professionnel emprunt de cet habitus, dans différentes situations. Nous voyons ici des liens avec la notion de schème, élaborée par Piaget. Un schème d'actions est « ce qui, dans une action, est ainsi transposable, généralisable ou différenciable d'une situation à la suivante, autrement dit ce qu'il y a de commun aux diverses répétitions ou applications de la même action. »⁷⁸ L'intérêt de cette approche est la notion d'invariant, qui est reprise dans la formation, et l'aspect dynamique qui amène l'individu à actualiser ses schèmes déjà constitués en fonction des situations. Malgré leur similitude, ces deux notions (habitus et schème) divergent par leur mode d'intégration par la personne : plus inéluctable

⁷⁶ Dubar (2010), *op. cit.*, p. 87

⁷⁷ Corcuff, P. (1995), *op. cit.*, pp. 32-33

⁷⁸ Perrenoud, P. (1976). « De quelques apports piagétien à une sociologie de la pratique ». Ressource en ligne. Consultée le 26/06/09.
http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_1976/1976_02.html

et objectif pour l'habitus, plus actif pour le schème. Quoiqu'il en soit, c'est un processus acquis, ce qui sous-entend un apprentissage.

1.5.2. La socialisation comme apprentissage.

Mezirow nomme un apprentissage « incident » pour les normes sociales, réalisé grâce aux contacts avec les acteurs de notre environnement (famille, mentors, amis)⁷⁹. Dubar⁸⁰ souligne que « la socialisation comme apprentissage de la culture d'un groupe est aussi diverse que le sont les cultures elles-mêmes. ». Il retrace les travaux de Piaget et de Durkheim relatifs à la socialisation de l'enfant et met en évidence leur divergence. Le premier a une vision constructiviste alors que le deuxième envisage un processus de transmission plutôt contraignante.

« Contrairement à Durkheim, Piaget établit [] une opposition [] entre les rapports de contrainte fondés sur les liens d'autorité et le sentiment du sacré (sociétés traditionnelles) et les rapports de coopération fondés sur le respect mutuel et l'autonomie de la volonté (société modernes). »⁸¹

Pour Piaget, auteur majeur sur ce sujet, la socialisation est « un processus discontinu de construction individuelle et collective de conduites sociales »⁸², dans trois domaines différents mais complémentaires. Le cognitif se traduisant par des règles, l'affectif au travers de valeurs, et l'expressif représenté par des signes. La recherche menée par Percheron et relatée par Dubar⁸³ a mis certains aspects de la socialisation en lumière, qui ont un lien étroit avec notre problématique de formation. Ce processus nécessite des transactions réitérées entre les aspirations de l'individu et les valeurs du groupe. La socialisation ne procède pas d'apprentissages formels et explicites, mais plutôt d'une imprégnation implicite et souvent non intentionnelle. L'individu construit progressivement sa propre représentation du monde à partir de toutes les influences qu'il subit ou recherche en y apportant sa propre interprétation. Nous reviendrons sur la notion de représentation en formation lorsque nous aborderons la professionnalisation.

⁷⁹ Mezirow, J. (2001), *op. cit.*, p. 21

⁸⁰ Dubar, C. (2010), *op.cit.*, p. 8

⁸¹ Ibid., p. 25

⁸² Ibid., p. 26

⁸³ Ibid., pp.31-32

Mauss⁸⁴ introduit la notion de techniques du corps, c'est-à-dire des modes d'agir traditionnels et efficaces, ce qui implique la transmission de ces habiletés. Celle-ci repose sur des bases complexes, physiologiques, psychologiques et sociologiques, dont nous n'avons souvent pas conscience nous-mêmes mais qui cependant sont observables de l'extérieur si on veut y prêter attention. L'auteur superpose l'éducation et l'imitation dans le processus d'apprentissage de ces techniques. L'individu, adulte ou enfant, emprunte des attitudes (techniques du corps) qu'il a vu employées par des personnes qui jouissent de prestige à ses yeux.

« C'est précisément dans cette notion de prestige de la personne qui fait l'acte ordonné, autorisé, prouvé, par rapport à l'individu imitateur, que se trouve tout l'élément social. Dans l'acte imitateur qui suit se trouvent tout l'élément psychologique et l'élément biologique. »⁸⁵

Dubar, dans la continuité des auteurs cités et d'autres comme Vergnaud⁸⁶, insistent sur l'indispensable prise en compte des représentations sociales et culturelles des apprenants, quel que soit leur âge. L'interprétation des situations vécues en apprentissage s'appuie sur ces représentations, et nous étudierons plus avant dans notre cadre théorique, dans quelle mesure les partenaires de la formation (tuteurs, formateurs) interviennent dans ce processus. Avant d'approfondir la culture professionnelle, nous tenons à explorer la notion d'identité, en particulier culturelle. Les deux termes sont très liés voire superposés ou même confondus. Il nous semble important de les distinguer pour la suite de notre recherche, car nous aurons à les employer fréquemment.

1.6. L'identité culturelle (processus identitaire ou culturel ?)

Pour Cuhe⁸⁷, la culture procède essentiellement de l'inconscient, contrairement à l'identité, consciente et revendiquée comme norme d'appartenance. Cela ne sous-entend pas le conformisme forcément. La psychologie sociale⁸⁸ affirme qu'« être social, c'est

⁸⁴ Mauss, M. (1934). « Les techniques du corps ». Ressource en ligne. Consultée le 5/02/2011. <http://dx.doi.org/doi:10.1522/cla.mam.tec>

⁸⁵ Ibid., p. 8

⁸⁶ Vergnaud, G. (1989) in adultes en reconversion M.R.T. pp. 51-62. Cité par Dubar (2010), *op.cit.*, p. 36

⁸⁷ Cuhe (2010), *op.cit.*, p. 97

⁸⁸ Leyens, J.P. (1979). Psychologie sociale. Bruxelles : Mardaga. p. 22

avoir une identité personnelle au travers d'une appartenance à un groupe de référence. » Par l'identité, nous sommes dans une même temporalité inclus dans un groupe et donc assez identiques aux autres membres du groupe, et exclus des autres groupes. La socialisation est une construction identitaire qui amène à se reconnaître comme appartenant à un groupe social : « prendre personnellement en charge ses attitudes au point qu'elles guideront largement sa conduite sans même qu'on s'en rende compte »⁸⁹. Elias⁹⁰ pense qu'il faut sortir de l'opposition individu/société. Pour lui, il existe un tissu d'interdépendances à l'intérieur duquel l'individu trouve une marge de choix individuel et qui en même temps impose des limites à sa liberté de choix.

Cuche définit donc une identité culturelle comme une catégorisation basée sur la différence culturelle. Nous percevons à nouveau les dangers idéologiques d'une telle catégorisation, qui peut facilement dévier vers l'identité ethnique ou raciale. A l'opposé, se situe une conception entièrement subjective de l'identité culturelle qui ne serait qu'un sentiment d'appartenance imaginaire. Ce que nous pouvons retenir dans une approche médiane, c'est que l'identité se situe toujours par rapport à l'autre et l'identification implique la différenciation. Le tout est de se garder de la tentation d'une hiérarchie des identités, et même d'une exclusivité. Cuche note⁹¹ que l'identité peut être une affaire d'Etat, certains Etats dont la France se situant dans la « mono-identification » en se basant sur une seule identité culturelle pour définir l'identité nationale.

L'approche psychologique montre la dualité de l'identité : identité intérieure, pour soi, et identité extérieure, pour autrui.⁹² Nous dépendons du regard de l'autre pour savoir qui nous sommes. Sainsaulieu se réfère à Hegel, pour qui la construction de l'individu se réalise dans un rapport de différence, par rapport à l'autre.⁹³ Nous pouvons remarquer cette différenciation lorsque l'« apprenant-stagiaire » est soudain perçu différent par les professionnels lorsqu'il obtient son statut de « jeune professionnel », alors que lui se considère encore en construction. Ces deux aspects de notre identité peuvent être divergents. Nous pouvons être « classés » dans une catégorie à laquelle nous ne nous

⁸⁹ Dubar (2010), *op.cit.*, pp. 31-32

⁹⁰ Corcuff (1995), *op.cit.*, p. 24

⁹¹ Cuche (2010), *op.cit.*, p. 106

⁹² Dubar (2010), *op.cit.*, p. 104

⁹³ Sainsaulieu (2006), *op. cit.*, p. 107

sentons pas appartenir. Nous devons alors adopter des « stratégies identitaires »⁹⁴ afin de diminuer cette divergence. Pour Dubar, « la construction des identités se joue [] dans l'articulation entre les systèmes d'action proposant des identités « virtuelles » et les trajectoires vécues au sein desquelles se forment les identités « réelles » auxquelles adhèrent les individus. »⁹⁵ Ce processus dynamique sera repris lors de l'étude de la professionnalisation. Il évoque une identité professionnelle de base qui non seulement amène l'individu à se forger une identité de travail mais surtout lui permet de se projeter. De nos jours, la notion de choix d'un métier cède le pas à la « construction personnelle d'une stratégie identitaire » beaucoup plus axée sur l'individu et son identité virtuelle.⁹⁶ Nous retrouvons le conflit individuel et le rapport intérieur/extérieur chez Ion, un autre sociologue, qui définit l'identité professionnelle comme « ce qui permet aux membres d'une même profession de se reconnaître eux-mêmes comme tels et de faire reconnaître leur spécificité à l'extérieur. »⁹⁷ Pour cela, l'individu doit simultanément se forger une certaine unité interne tout en sollicitant la reconnaissance du milieu professionnel. Ion invoque de nombreux facteurs intervenant dans la construction de l'identité professionnelle : non seulement les modèles professionnels, mais aussi une communauté de pratiques, une politique de formation et une culture professionnelle.

1.7. Les notions de groupe et de communauté

L'approche sociologique nous a permis de distinguer de multiples cultures dans une société, relatives à des groupes sociaux divers les caractérisant. Nous avons constaté que le groupe social est un des traits fondamentaux de la culture, puisque c'est son partage parmi les membres d'un groupe qui la définit comme telle. Elle revêt alors de multiples dimensions : familiale, religieuse, nationale, et pour ce qui concerne notre objet de recherche, professionnelle ou socio-professionnelle.

« C'est au long de l'histoire des groupes que des *références culturelles* communes se construisent formant *un code ou référentiel de communication*. Ce code influe sur le comportement et se crée et se

⁹⁴ Dubar (2010), *op.cit.*, p. 107

⁹⁵ Ibid., p. 108

⁹⁶ Ibid., pp. 113-114

⁹⁷ Ion, J. (1996). *Le travail social à l'épreuve du territoire*. Paris : Dunod. p. 91

régénère à travers l'interaction. Le groupe culturel œuvre pour conserver et pour transmettre les valeurs, les normes et les règles que ses membres partagent. Par conséquent, une personne est le résultat de croisements de cultures. »⁹⁸

Sebastian et De Villiers⁹⁹ distinguent les mécanismes d'engagement dans la formation de la construction de l'identité, qui ne correspondent pas aux mêmes temporalités. L'activité identitaire serait liée à la synthèse et à l'analyse de toutes nos expériences, en particulier en contact avec un groupe ou une communauté sociale. Ces auteurs se réfèrent aux travaux de Wenger (1998)¹⁰⁰. Ce dernier décrit une théorie de « communautés de pratiques » comme un groupe de professionnels qui ont à traiter au quotidien des situations problématiques et donc à inventer en permanence des solutions locales. Au fil du temps, ces personnes échangent leurs savoirs, leurs expertises, leurs expériences et donc apprennent ensemble. Ces pratiques contribuent également à créer une culture professionnelle commune et un sentiment d'appartenance. Le sujet met en avant son engagement en invoquant des valeurs propres à la communauté. Il partage non seulement des choix en termes d'activités mais aussi de croyances (idéologies) et de relations, dans un milieu social spécifique. C'est une succession et une répétition de confrontations durables à des pratiques, au sein de la communauté dans lesquelles le sujet se reconnaît, qui lui permettent de se constituer une identité. Sebastian et De Villiers évoquent des « moi transitoires » auxquels le sujet s'identifie : c'est la répétition de ces « moi » dans d'autres situations qui va ancrer cette identité. Il est nécessaire qu'existent également des signes culturels du milieu dans lequel le sujet évolue pour faire le lien entre ces différents « moi » : signes explicites (langage, concepts) et/ou non verbaux (habits, signes d'appartenance au groupe social, uniforme, langage propre, vocabulaire médical). Le sujet va donc progressivement s'affirmer en tant que sujet et se sentir appartenir à une communauté spécifique. L'identité ne peut se faire sans altérité.

⁹⁸ Cité par Rakotomena Mialy, H. (2005), *op.cit.*, p. 673

⁹⁹ Sebastian C., De Villiers, G. (2006). « Activité identitaire et sens de la formation » in Barbier J.M., Bourgeois, E., De Villiers, G. et al. (2006). *Constructions identitaires et mobilisation des sujets en formation*. Paris : L'Harmattan. coll. Action et Savoir. pp. 185-228,

¹⁰⁰ Cité par Grégory Aiguier, (2008). Conférence : « Éthique et compétences: peut-on parler d'une compétence en éthique pour le formateur? Pour l'infirmière? » La Rochelle. Novembre. Non Publié

Blin¹⁰¹, dans une approche fonctionnaliste des professions, affirme que celles-ci constituent des communautés ayant les mêmes valeurs et la même éthique. Il fait référence à des auteurs wébériens (Parkin 1979 et Collins 1990), qui définissent un groupe de statut : « ensemble de personnes construisant par leurs échanges et leur formation une conception commune de leur identité, de leurs buts et de leur honneur »¹⁰². Sainsaulieu¹⁰³ affirme la nécessité d'un cadre pour les individus, que la communauté peut représenter, à l'intérieur duquel ils peuvent élaborer des réponses aux problèmes éthiques qu'ils rencontrent. Elle peut permettre de structurer le moi et de donner un sens à sa vie. Le moi et le cadre communautaire sont intimement liés. La profession peut être un des éléments de ce cadre.

1.8. La culture professionnelle

Qu'entendons-nous par « professionnelle » ? Nous nous appuyerons à nouveau sur la sociologie. Les corporations représentent une origine commune pour les métiers et les professions. Elles impliquent le respect de règles morales et techniques. La profession peut être définie comme un nombre suffisant d'individus qui mettent en œuvre une pratique basée sur une formation spécifique. Nous avons pu mesurer l'évolution du métier vers la profession infirmière dans l'historique. La notion de « formation spécifique » est capitale, « fondée sur un corps systématique de théories permettant l'acquisition d'une culture professionnelle. »¹⁰⁴. Cette dualité « savoirs-pratique » a été étudiée dans le cadre médical par Parsons en 1955¹⁰⁵. Il met en évidence dans la relation professionnel-malade, l'aspect professionnalisant de la formation et une attitude professionnelle à la fois neutre et empathique. Chapoulie en 1973¹⁰⁶ définit un « type idéal professionnel » basé sur différents facteurs : la compétence technique et scientifique, l'éthique professionnelle codifiée, mais aussi une formation professionnelle, et une communauté réelle avec partage d'identité. Il relève également le contrôle des actes réalisé par les professionnels eux-mêmes qui sont estimés les seuls légitimes, ce qui nous évoque les ordres professionnels en

¹⁰¹ Blin, J.F. (1997). *Représentations, pratiques et identités professionnelles*. Paris : L'Harmattan, coll. Action & Savoir. p. 50

¹⁰² Ibid., p.51

¹⁰³ Sainsaulieu (2006), *op.cit.*, pp. 49-50

¹⁰⁴ Dubar (2010), *op.cit.*, p. 128

¹⁰⁵ Ibid., pp. 129-130

¹⁰⁶ Ibid., p. 130

plein essor actuellement dans les professions paramédicales. Carr-Saunders¹⁰⁷ travaille sur le concept de professionnalisme qui associe des compétences techniques spécialisées, une formation technique également spécialisée, une appartenance à une association professionnelle et le respect d'un code éthique. Ce cadre permettrait de lutter contre l'anomie et l'individualisme. Hugues, dans son approche interactionniste, introduit des notions supplémentaires, celles de l'autorité et de la reconnaissance sociale, « une licence » c'est-à-dire « la permission légale d'exercer un certain travail interdit aux autres »¹⁰⁸. Le savoir professionnel est donc confié à un groupe défini, contrôlé par une organisation professionnelle. Cet auteur, dans sa modélisation de la socialisation professionnelle, présente un modèle de formation alliant « initiation » à la culture professionnelle et « conversion » de l'individu à une nouvelle identité. L'immersion initiale dans la culture professionnelle, nous l'avons vu, provoque un choc culturel. L'apprenant doit progressivement renoncer à tous les stéréotypes qu'il s'était forgés sur la profession. Hugues parle de « réalité désenchantée », parfois traumatisante. Pour se construire en tant que professionnel, l'individu va gérer l'écart entre l'image idéale qu'il avait constituée (modèle idéal) et la réalité concrète (modèle pratique), moins valorisante à ses yeux.¹⁰⁹ Ceci nous renvoie à la notion de socialisation anticipatrice de Merton évoquée précédemment, pouvant permettre de s'intégrer alors dans le groupe de référence visé.

Les travaux de Berger et Luckman en 1966¹¹⁰ établissent un lien entre socialisation et culture professionnelle. La socialisation secondaire permet d'intégrer des savoirs professionnels, des savoirs spécialisés construits au regard d'un champ spécifique, mais elle implique une socialisation primaire préalable. Nous retrouvons la notion piagétienne de déstructuration et de restructuration identitaire. Dans cette perspective, la transformation va être possible grâce à des facilitateurs ou socialisateurs (formateurs, tuteurs). Plus récemment, Blin définit la culture professionnelle comme un

« schéma de références partagées guidant la connaissance et l'action de ses membres. Les cultures professionnelles sont donc des systèmes de significations formés dans l'interaction sociale car les connaissances

¹⁰⁷ Champy. (2009), *op.cit.*, p. 42

¹⁰⁸ Blin (1997), *op.cit.*, p. 50

¹⁰⁹ Dubar (2010), *op.cit.*, p.135

¹¹⁰ cités dans Dubar (2010), *op. cit.*, pp. 94-96

existent non seulement dans les règles formelles mais aussi dans les formes qui sont produites dans le quotidien professionnel»¹¹¹.

Hugues renforce la notion de partage, plus axé sur les pratiques et les comportements que Blin qui s'appuie sur des références à la base des actions. Il présente ainsi la culture professionnelle :

« une communauté d'expériences et de pratiques propres à un groupe social, qui s'incarne dans des comportements habituels et des conceptions conventionnelles, partagées par tous. »¹¹²

Les deux auteurs relèvent l'importance du groupe social, des interactions qui aboutissent non seulement à des comportements, mais aussi à une conception commune qui imprime les actions au jour le jour. Nous retrouverons Hugues car il s'est intéressé au domaine soignant que nous aborderons de façon plus précise ultérieurement.

1.8.1. La culture d'entreprise

Il nous paraît à présent important de différencier la culture professionnelle de la culture d'entreprise. La culture d'entreprise est une création du management apparu dans les années 70 aux USA et années 80 en France, dans la mouvance des ressources humaines. Cette stratégie managériale avait pour but d'amener les membres de l'entreprise, (mais faut-il parler de membres, puisque cela sous-entend leur sentiment d'appartenance ?), à adhérer aux objectifs économiques de l'entreprise, donc du patronat, sous couvert de théories sociales et humanistes. De fait, la non-adhésion à cette culture entraîne l'exclusion de l'entreprise. Nous voyons bien la manipulation idéologique opérée dans ce cas.¹¹³ Pour Bernard¹¹⁴ :

« la culture d'entreprise consiste [] en conduite du métier, accomplissement de la vocation, règles de conduite, normes de comportement, attitudes en réponse à des situations données. Elle est faite de valeurs idéologiques, morales et professionnelles, de conceptions de

¹¹¹ Blin (1997), *op.cit.*, p. 54

¹¹² Champy (2009), *op.cit.*, p. 111

¹¹³ Cuhe (2010), *op.cit.*, pp. 115-125

¹¹⁴ Bernard in Lehman D., (1993). Objectifs spécifiques en langue étrangère. Paris : Hachette, p.19 cité par Isani S., *op.cit.*

base, croyances fondamentales plus ou moins bien perçues qui constituent le « subconscient » de la firme. »

Il ressort de cette approche que cette culture ne s'est pas construite au sein de la communauté de façon autonome, mais qu'elle émane de la direction pour l'intérêt de l'entreprise, tout en donnant aux individus un sentiment d'appartenance et d'unité. La visibilité de cette culture est plus ou moins grande. Certaines entreprises en font une médiatisation très importante. Des auteurs comme Sainsaulieu¹¹⁵ ont catégorisé les comportements dans l'entreprise pour montrer que malgré cette culture d'entreprise, différentes cultures professionnelles coexistaient. Différents travaux ont abouti à la conclusion que si la « culture d'entreprise » est une notion artificielle et manipulatrice, il n'en existe pas moins des micro-cultures de groupes constituant cette entreprise, souvent génératrices de conflits. Dans le domaine des soins, Véga¹¹⁶ a mis en évidence ces processus tout au long de ses observations.

Nous sommes parfois à la limite entre les deux notions (professionnelle et entrepreneuriale). Par exemple, la culture professionnelle dans des cadres très normalisés comme le domaine militaire a été étudiée par Letonturier¹¹⁷ et définie comme un « ensemble de valeurs, de pratiques et de comportements supposant des savoir-être, des savoir-faire et des savoir-vivre mis en œuvre au quotidien et, de façon plus ostensible, lors de rites spécifiques, de traditions et de cérémonies officielles. ». Des principes fondateurs sont sous-jacents à la culture, la disponibilité, la mobilité, la loyauté. Sans vouloir assimiler les infirmières à l'armée, nous pouvons cependant faire une analogie avec des valeurs fortes qui sont un rempart contre l'individualisme (respect, solidarité, générosité, sens du collectif), et paradoxalement l'attente de compensations concrètes pour une fidélisation.

¹¹⁵ Sainsaulieu R. (1977), cité par Cuche (2010), *op.cit.*, p. 117

¹¹⁶ Véga, A. (2000). *Une ethnologue à l'hôpital. L'ambiguïté du quotidien infirmier*. Paris, Éditions des archives contemporaines. 213 p.

¹¹⁷ Letonturier, E. (2007) « Des civils chez les militaires. Civilianisation de l'armée et culture militaire » in Porteret V. (dir.), *La défense, acteurs, légitimité et missions : perspectives sociologiques*, Paris : L'Harmattan, 2007. P. 73-87 cité par Cuche (2010), *op.cit.*, pp. 124-125

1.8.2. Structuration de la culture professionnelle

Isani¹¹⁸, dans un article consacré à la recherche en langues, a décrit les composantes d'une culture professionnelle. Celle-ci, complexe, repose sur la culture « idiolectale¹¹⁹ » (l'auteur étend ce concept à la culture de l'individu au-delà de la langue), qui désigne la culture que l'individu a construite en fonction de ses expériences de vie (familiales, éducatives, générationnelles,...). Cette étude nous a paru très intéressante et transposable à notre propre recherche. La notion d'identité culturelle comporte trois dimensions : psychologique propre à la biographie de la personne, sociologique, propre à son groupe social d'appartenance, défini par des traits identifiables et ethnologique en lien avec la culture dont elle est issue. Nous pouvons faire une analogie avec la situation de formation. En effet, un passage par une approche individuelle et réflexive est nécessaire pour explorer ces dimensions avant de prétendre accéder à un niveau plus collectif et professionnel, que l'on pourrait qualifier de patrimoine culturel véhiculé par le professionnel.

Isani distingue cinq composantes de la culture professionnelle et collective :

- Culture de travail : autant sur des aspects très concrets que sur le plan des représentations, comme la perception de la profession, reconnue ou non, pas toujours liée à la rémunération.
- Culture d'entreprise que nous avons définie en amont
- Culture de corporation : elle concerne les individus exerçant la même profession, même s'ils ne travaillent pas dans la même entreprise.
- Culture de service
- Culture de fonction : on est ici dans une transversalité, les personnes exerçant la même fonction dans différents secteurs de l'entreprise.

L'auteure aborde ensuite le concept de compétence en culture professionnelle selon sept degrés de complexité :

- L'éveil à la diversité culturelle qui se fait dès le plus jeune âge en prenant conscience de l'autre (altérité),

¹¹⁸ Isani, S. (2004). « Compétence de culture professionnelle : définition, degrés et didactisation ». ASP 43-44. Ressource en ligne. Consulté le 25/12/10. <http://asp.revues.org/979>

¹¹⁹(masculin) Un idiolecte est l'ensemble des variantes d'une langue propres à un individu donné ». Ressource en ligne. Consulté le 12/03/11. <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/idiolecte/41440>

- Le savoir culturel qui est abordé de façon théorique, descriptive et qui ne peut se suffire en soi car uniquement cognitif et donc non intégré ou pragmatique,
- Le savoir-faire culturel qui permet de se comporter de façon efficace dans différents cadres, même inconnus ; l'individu sait trouver des repères dans un environnement pour savoir comment se comporter. L'absence de ce savoir-faire nuit à l'intégration dans la vie courante et la communauté à laquelle on veut appartenir,
- Le savoir-vivre culturel : on touche ici aux interactions sociales avec l'Autre et plus à l'implicite, comme par exemple le respect de la distance intime, les codes vestimentaires, de langage...
- Le savoir-être culturel : « le savoir-être culturel représente l'étape de l'intégration de l'altérité. Sans pour autant quitter son propre habitus culturel, l'individu développe une attitude moins spontanément ethnocentrique, centrée sur l'écoute »¹²⁰. Cette étape permet aussi de mieux percevoir sa propre culture :

« le conditionnement culturel est si fortement enraciné en chacun de nous qu'en l'absence de contact avec une autre culture on ne peut découvrir qui l'on est. Sur le plan de l'interculturel, on a besoin de la découverte de l'autre pour se repérer, s'identifier, se connaître et devenir conscient de la manière d'être en tant qu'individu appartenant à une culture. »¹²¹

Ce qui est important dans cette dimension, c'est la réciprocité, l'attention portée à l'autre qui nous permet d'évoluer,

- Le savoir-agir culturel qui dépend beaucoup de la motivation de s'intégrer, du projet professionnel : agir-avec plutôt qu'agir-sur...,
- Le savoir-interpréter culturel qui permet d'accéder au sens social de ce qui nous entoure, grâce à des indices.

Isani établit un parallèle avec la schématisation de Hofstede¹²², en couches superficielles visibles et profondes inconscientes. Pour acquérir cet invisible, soit le

¹²⁰ Isani S., *op.cit.*, p. 8

¹²¹ Laurent, A. (1998). « Culture du management et management interculturel », *Management et mondialisation : la gestion des différences culturelles dans les entreprises*. Paris : ENSPTT, 39-45

¹²² Hofstede (1994) cité par Rakotomena Mialy, H. (2005), *op.cit.*, p. 671

savoir-être culturel et savoir-agir culturel, il faut un processus de professionnalisation et une maturation personnelle de l'apprenant. Ces différents degrés ne s'acquièrent pas de façon chronologique, mais de façon complexe et différente selon les individus. Nous retrouverons ce processus itératif dans l'approche de l'alternance. Après ces différentes considérations sur la culture, intéressons-nous à la dimension soignante.

1.8.3. La culture professionnelle soignante

Quelques auteurs ont étudié ce domaine, très imprégné de valeurs et de symboles forts. Etant donné le fort pourcentage de femmes dans la profession infirmière, nous utiliserons le féminin majoritaire. Le terme « soignant » est souvent limité à l'infirmière et à l'aide-soignante, mais en réalité, il concerne toutes les personnes intervenant dans le soin. Nous allons évoquer succinctement quelques études relatives à la profession médicale pour nous intéresser ensuite aux infirmières.

En 1950, Merton¹²³ réalise une enquête collective sur l'appropriation des valeurs professionnelles par les étudiants en médecine, plus prégnante selon lui que celle des savoirs. L'apprentissage permet de se forger une image de soi, une identité propre en majorité grâce au contact avec les pairs : professionnels, étudiants et avec les malades. Ce milieu constitue en soi une organisation sociale.

Hugues lors de ses études sur le milieu soignant a notamment introduit la notion de « sale boulot »¹²⁴. Elle correspond à une division morale du travail, c'est-à-dire la répartition des tâches d'après leur attractivité. La profession médicale est très hiérarchisée en fonction du niveau d'impureté du travail. Les infirmières, en élevant leur statut, délègue les tâches ingrates aux aides-soignantes. En fait, plus la technologie augmente, plus les médecins déclassent certaines activités en les confiant aux infirmières (pratiques avancées), qui à leur tour délaissent les activités moins prestigieuses¹²⁵. Elles ont progressivement amélioré l'intérêt de leurs activités en déléguant celles moins désirables aux aides-soignantes, donc à un grade inférieur au leur. On peut noter la création de nouveaux métiers pour faire les tâches du bas de l'échelle (les différents métiers d'aide à la

¹²³ Champy. (2009), *op.cit.*, p. 46

¹²⁴ Ibid., p. 55

¹²⁵ Hugues, E.C. (1996). *Le regard sociologique. Essais choisis*. Paris : éditions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales. pp. 69-73

personne par exemple). Collière¹²⁶ parle de soins coutumiers pour les soins du corps, et se référant à l'histoire et à la hantise du corps, mentionne l'impureté et le sentiment dégradant pour ces soins. Catanas à partir des travaux de Hugues, fait un parallèle entre le contact avec la saleté et la position hiérarchique « le degré de souillure auquel on est exposé dépend exactement de la position hiérarchique ». Le concept de « care » que nous allons développer, amène les soignants à redonner une noblesse aux soins du corps :

« tenter un travail sur le sens réel de ces actes et d'opérer une transformation d'image, non pas l'utilisation d'un discours technique mais plutôt par la prise en compte du psycho-affectif dans le soin et un travail de la juste distance. »¹²⁷

Ces soins du corps, essence de la profession infirmière, appelés couramment « nursing » dans le jargon soignant, s'inscrivent pourtant « dès l'origine des soins aux malades, dans la culture infirmière ».¹²⁸ Watson¹²⁹ différencie les soins infirmiers en deux aspects indissociables : l'essence des soins qui désigne la démarche interpersonnelle infirmière-patient, et l'accessoire des soins se référant aux aspects techniques, terminologiques, organisationnels,... . Nous pouvons noter une étude anthropologique de la maladie¹³⁰ à mettre en parallèle de la culture soignante, qui met en évidence que la conception de la maladie et par conséquent de la santé est dominée par la « culture bio-médicale » (la notion de sickness anglo-saxonne), que l'auteur qualifie de conception de « maladie-objet ». En Occident, nous avons un rapport de mise à distance de la maladie. L'auteur avance aussi que soignants et malades appartenant à cette même culture, ils adhèrent à cette conception, comme allant de soi.

A propos des infirmières, certains auteurs évoquent la fragilité particulière au regard de la légitimité professionnelle ; elles placent le relationnel, l'éthique, au centre de leur métier. En cela, elles se heurtent aux valeurs scientifiques de la médecine. C'est pourquoi

¹²⁶ Collière. (2001), *op.cit.*

¹²⁷ Catanas, M. (2008). « La question du « sale boulot » à l'hôpital : petite sociologie de la délégation des actes dans les professions du soin. » Ressource en ligne. Accédée le 26/12/2010. <http://www.cadredeante.com/spip/spip.php?article385>

¹²⁸ Wenner, M. (2006). *L'expérience Infirmière, de la pratique des soins à la transmission des savoirs*. Paris : Seli Arslan, p. 157

¹²⁹ Watson cité par Hesbeen, (1997), *op.cit.*, pp. 61-62

¹³⁰ Laplantine, F. (1991). « Anthropologie des systèmes de représentations de la maladie. » in Jodelet, D. (1991). *Les représentations sociales*. Paris : PUF. pp. 277-298

elles recherchent une reconnaissance à l'extérieur de la médecine classique, soit dans la sphère des médecines douces, soit dans les sciences humaines¹³¹. Elles sont donc partagées entre un modèle scientifique, où elles dépendent totalement du médecin, et un modèle relationnel dans lequel elles peuvent prendre une certaine autonomie. Cette dichotomie suscite certaines tensions avec les autres professions.

Catanas, comme d'autres auteurs avant lui, évoque l'invisibilité des paramédicaux et de leurs savoir-faire par les médecins (l'infirmière qui passe un moment à écouter la personne qu'elle trouve soucieuse, propose à boire, qui modifie son planning) ; le travail invisible ne se voit que lorsqu'il est inexistant ou raté !¹³² Hesbeen qualifie tous ces éléments constitutifs du soin de « petites choses »¹³³ ou « mille et un détails »¹³⁴ qui font que le malade se sent sujet et non objet de soin. Elles montrent le souci du professionnel à son égard et le font exister dans son regard. Ces petites choses ne sont pas prestigieuses ni scientifiques, mais ce sont elles qui font le « prendre soin ».

¹³¹ Aïach, P., Fassin, D. (1994), *op.cit.*, pp. 37-38

¹³² Catanas, M. (2010). «Le care, une notion qui difficilement fait son chemin. » Ressource en ligne, accédée le 26/12/2010. <http://www.cadredesante.com/spip/spip.php?article422>

¹³³ Hesbeen,(1997), *op.cit.*, p. 45

¹³⁴ Ibid., p. 69

1.8.4. Modélisation de la culture infirmière

Nous avons tenté une modélisation à partir du modèle d'Hofstede en « pelures d'oignon ».

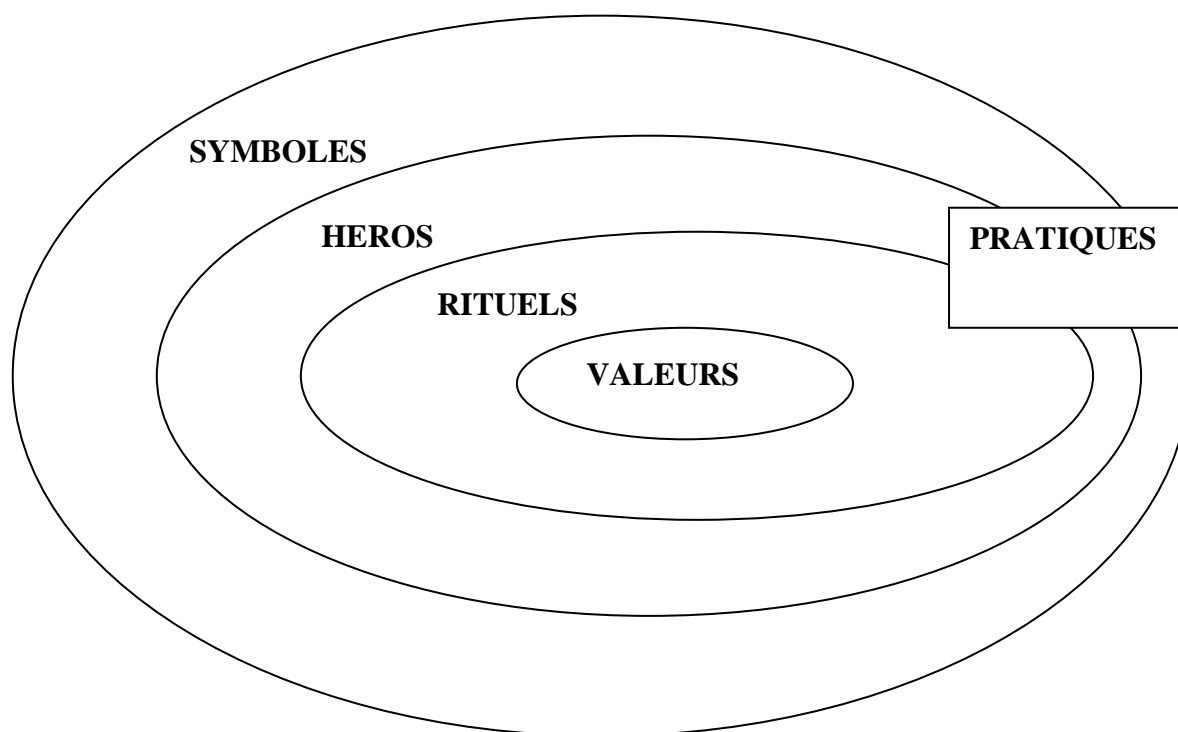


Fig.1 Les différents niveaux de manifestation d'une culture¹³⁵

La profession infirmière possède de nombreux symboles, certains liés à des représentations précises et à des idées reçues comme la seringue, le caducée, l'uniforme, le jargon médical ou les abréviations. Ces dernières sont très significatives pour désigner des examens (NF)¹³⁶, des dispositifs (KT)¹³⁷, des comportements (DT)¹³⁸. D'autres symboles sont plus subtils comme les gestes, le toucher, le massage, le regard. Un formidable film, « Johnny got his gun »¹³⁹ permet de visualiser la figure symbolique de l'infirmière dans cette dimension corporelle. Selon Mezirow, « les signes et les symboles sont organisés en

¹³⁵ D'Halluin, S. (2004). « L'interculturel au cœur de la fonction de tutorat ». Ressource en ligne, accédée le 19/03/11. <http://www.injep.fr/IMG/pdf/intercultureltutoratjanvier2004screen.pdf>

¹³⁶ Numération Formule (examen biologique)

¹³⁷ Cathéter central (abréviation phonétique)

¹³⁸ Delirium Tremens

¹³⁹ Johnny got his gun (Johnny s'en va t'en guerre), réalisateur Dalton Trumbo, 1971, durée 111 min. USA

grammaire par chaque culture »¹⁴⁰, dans le sens où ils constituent leurs règles de compréhension et permettent de donner du sens aux expériences.

L'infirmière a aussi ses héros, ou plus exactement ses héroïnes : Florence Nightingale, Madeleine Chaptal, Virginia Henderson... dont Collière, elle-même figure emblématique, retrace le rôle dans la professionnalisation des infirmiers¹⁴¹. Ces modèles ont eu non seulement des comportements précurseurs, mais ont aussi élaboré des « modèles conceptuels », des théories de soins qui sont enseignées dans les IFSI.

Les rituels sont peut-être plus flagrants en milieu hospitalier, évoluant souvent vers les habitudes ou les routines. Un nouveau diplômé arrivant dans un service adopte rapidement ces rituels sans même comprendre pourquoi, nous verrons en quoi la réflexivité lui permet de les mettre en évidence. Ils ont bien sûr une fonction structurante, comme des normes que le service se serait créées et auxquelles tous les soignants doivent se conformer. Nous retrouvons ici la notion de déviance évoquée avec la culture d'entreprise. Baubérot se réfère à Illich qui a critiqué sévèrement les institutions et renvoie la médecine à son histoire :

« selon Illich, le système médical moderne fonctionne comme une domination religieuse et s'exerce par le moyens de rites médicaux obligatoires et de mythes culturellement imposés. Sous prétexte de nous soigner, la médecine nous impose un univers symbolique où nous ne pouvons être que des malades virtuels. »¹⁴²

Collière renforce cette idée en s'appuyant sur un exemple lié au régime alimentaire : « les aspects culturels profonds et constants [] sont annihilés par la médicalisation des soins ».¹⁴³

Ces trois dimensions (symboles, héros, rituels) de la culture, sont explicites et se manifestent par des pratiques assez codifiées et repérables. Les services tout comme les instituts de formation regorgent de protocoles et critères de qualité. Si nous restions à ce niveau superficiel, nous pourrions considérer que la culture se limite à ces pratiques. La part implicite de la culture soignante, ses valeurs, ne peut être déduite que de l'analyse des attitudes, des comportements, des gestes des soignants.

¹⁴⁰ Mezirow, (2001), *op.cit.*, p. 37

¹⁴¹ Collière, (1982), *op.cit.*

¹⁴² Baubérot, (2004), *op.cit.*, p. 64

¹⁴³ Collière, M.F. (2001), *op.cit.*, p. 60

Nous avons utilisé à maintes reprises le terme de « valeurs », comme allant de soi. A ce stade du travail, il nous semble nécessaire de préciser ce que nous plaçons sous cette notion. Nous intégrons les valeurs au cours de notre enfance (socialisation) ce qui permet de comprendre leur caractère inconscient mais cependant acquis. La valeur est ce qui nous permet de percevoir, d'interpréter le monde auquel nous sommes confrontés et d'orienter nos choix, nos actions. Dans la hiérarchie des définitions d'un dictionnaire courant, il est intéressant de noter que la première est la suivante : « qualité d'une personne. Ce en quoi une personne est digne d'estime (quant aux qualités que l'on souhaite à l'être humain dans le domaine moral, intellectuel, professionnel). » Plus loin viennent « les » valeurs comme « ce qui est vrai, beau, bien, selon un jugement personnel plus ou moins en accord avec celui de la société de l'époque ». ¹⁴⁴ Nous relevons ici deux notions importantes : la première est la notion d'estime qui peut s'appliquer au domaine professionnel, la deuxième est la relativité de la valeur dans un contexte et une époque donnée. Hesbeen décrit la valeur comme quelque chose qui vaut pour nous et que nous avons le désir de faire exister, c'est aussi un aspect de nous important que nous voulons garder, ou bien vers lequel nous essayons de tendre. ¹⁴⁵ Cette définition montre bien plusieurs caractères de la notion de valeur : subjective, collective, et relative puisque liée à un moment donné. Nos valeurs personnelles et professionnelles orientent nos attitudes en fonction de ce qui nous paraît juste, propre, beau, normal, rationnel... A première vue, nous pouvons penser que les deux dimensions (personnelle et professionnelle) sont très proches, mais les pratiques prennent souvent l'ascendant et provoquent un malaise chez l'acteur comme chez l'observateur. Pour Wenner ¹⁴⁶, les motivations pour l'orientation vers ce métier s'appuient souvent sur une idéalisation, un fort besoin d'utilité. On assiste d'ailleurs souvent à des engagements dans le même registre : bénévolat, humanitaire, volontaire... Ces valeurs sont mises en avant par les professionnels autant pour continuer à se motiver dans leur travail que pour obtenir une reconnaissance sociale. Le versant négatif peut être, si le contexte ne permet pas de sentir cette utilité, une considération négative de soi-même. Des attitudes de fuite peuvent alors émerger. Nous avons fait le choix de présenter les valeurs soignantes à

¹⁴⁴ Robert, P. (2011). Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française Le Robert. Paris : Le Robert. pp. 2672-2673

¹⁴⁵ Hesbeen, (1997), *op.cit.*, p. 38

¹⁴⁶ Wenner, M. (2006), *op.cit.*, p. 119

travers la notion de « care » ; nous verrons ensuite comment elle peut se concrétiser dans le quotidien.

1.9. Le concept de « care » : « prendre soin ».

« Soigner, prendre soin est à l'origine de toutes les cultures. Depuis le début de l'histoire de l'humanité, les hommes et les femmes se sont efforcés de trouver comment survivre. C'est autour de cette nécessité impérieuse de prendre soin de la vie, [] que sont nées et se sont développées toutes sortes de façons de faire. »¹⁴⁷

Collière rappelle que les pratiques de soin ne se sont pas développées autour de la maladie, mais pour ce qui permet de vivre et de survivre. Le « prendre soin » en tant que concept est né dans les années 80 aux USA, avec Gilligan, puis dans les années 90 avec Tronto. Il s'opposait à la conception du soin, le « cure », « soigner », qui fait du malade un objet de soin. Pour Tronto, le care est :

« une activité caractéristique de l'espèce humaine qui inclut tout ce que nous faisons en vue de maintenir, de continuer ou de réparer notre monde de telle sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde inclut nos corps, nos individualités et notre environnement, que nous cherchons à tisser ensemble dans un maillage complexe qui soutient la vie. »¹⁴⁸

Des liens sont établis entre « care » et démocratie puisqu'ils luttent contre l'exclusion et les inégalités. Adapté au soin, le « care » s'exprime par « prendre soin » et replace le patient comme sujet, alors que la médecine dans son approche « par organes » l'a plutôt considéré comme un objet. Le « care », en tant que souci de l'autre, est l'attention à la vie humaine, donc quelque chose de très simple qui est évident mais que nous ne voyons pas. Il représente l'axe central de la pensée soignante non médicale. Plus qu'un modèle conceptuel, il est une philosophie de la sollicitude. Foucault exprime que le « rôle de la philosophie n'est pas de découvrir ce qui est caché, mais de rendre visible ce

¹⁴⁷ Collière, (2001), *op. cit.*, p.60

¹⁴⁷ Hesbeen, (1997), *op.cit.*, p. 38

¹⁴⁸ Molinier P., Laugier S., Paperman P., (2009). *Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*. Paris : Petite Bibliothèque Payot. p. 73

qui est précisément visible, c'est-à-dire de faire apparaître ce qui est si proche, ce qui est si intimement lié à nous-mêmes qu'à cause de cela nous ne le percevons pas »¹⁴⁹. Progressivement, le « care » devient intrinsèque à l'individu, comme une seconde nature et de ce fait il devient indiscernable au fil de l'expérience professionnelle. Il rejoint la notion d'hospitalité développée par Gotman¹⁵⁰ qui montre comment l'individu construit son rapport à l'autre et gère ce rapport. Nous éprouvons d'ailleurs souvent ce qu'est l'hospitalité par son absence, quand l'inhospitalité amène à nier l'autre.

L'hospitalité est liée à la sollicitude. Attardons-nous un instant sur cette dernière notion : Honoré¹⁵¹ l'exprime comme une reconnaissance de l'autre en tant que « vivant-existant comme moi-même », ce qui implique que l'autre est capable de percevoir le monde de la même façon que moi. Nous percevons que cette relation est souvent mise à mal dans les soins, si la conception n'est basée que sur le « soigner ». Pour Honoré, le manque de sollicitude peut se manifester soit par l'indifférence, soit par le mépris. L'indifférence est la plupart du temps involontaire, liée à la routine du travail, mais elle instaure dans le soin un sentiment de négation de l'autre. Le mépris, plus explicite, remet en question la dignité de l'autre et le dévalorise. Pour ne pas basculer dans ces deux versants du manque de sollicitude, le soignant doit constamment revenir à ses valeurs et se remettre en question.

Le « care » mobilise donc beaucoup d'énergie affective mais bénéficie d'une faible reconnaissance du fait de son manque de visibilité. Dejours aborde ce problème de la non-reconnaissance de la part invisible et pourtant indispensable de l'activité professionnelle. Il donne un statut de rétribution à la reconnaissance et précise cette notion : le sentiment d'utilité confirmé par le groupe et la hiérarchie, le « jugement de beauté » du travail effectué, renvoyé aussi par le groupe.¹⁵² Cependant, pour être efficace, le « care » doit être discret, car sinon il étouffe le sujet de la sollicitude et peut devenir aliénant. Nous

¹⁴⁹ Ibid., p. 165

¹⁵⁰ Gotman, A. (2001). *Le sens de l'hospitalité. Essai sur les fondements sociaux de l'accueil de l'autre*. Paris : PUF. p. 5

¹⁵¹ Honoré, B. (2003). *Pour une philosophie de la formation et du soin, la mise en perspective des pratiques*. Paris : l'Harmattan. pp. 63-64

¹⁵² Dejours, C. (2001). « Subjectivité, travail et action ». Ressource en ligne. Accédée le 15/01/11. <http://www.sites.univ-provence.fr/ergolog/pdf/bibliomaster/dejours.pdf>

retrouvons ici la théorie du don de Mauss, donner, recevoir et rendre¹⁵³. Le soignant donne sa sollicitude à la personne malade et si elle attend une manifestation tangible de gratitude, elle contraint la personne à lui rendre quelque chose. Or, dans le « care », la relation n'est pas forcément réciproque entre les soignants et les malades. « Trop d'attention à l'autre n'est pas une attention particulière et aussi désagréable et peu professionnel que pas assez. »¹⁵⁴ Par contre, le professionnel doit plutôt attendre la gratification du collectif ou de l'institution pour laquelle il déploie cette compétence. C'est vraiment la sollicitude qui est ressentie comme un don par le soignant, car, contrairement aux soins tangibles qui font l'objet d'un paiement par le patient, il se sent libre d'être « hospitalier » au sens de Gotman¹⁵⁵, qui évoque la part de liberté qui accompagne tout don. Cela renforce son attente de retour et de réciprocité.

Nous percevons ainsi toute la complexité pour élaborer une ingénierie de formation permettant une intégration progressive des valeurs du « prendre soin » par les étudiants infirmiers. Plusieurs difficultés émergent de ce qui précède : percevoir ces valeurs au cours de la formation, et particulièrement lors des stages, les enseigner et évaluer leur acquisition, et pour les professionnels, identifier et parfois mettre en œuvre ces valeurs au quotidien.

Pour approfondir ce dernier point, l'approche ethnologique de Véga¹⁵⁶ nous est apparue intéressante. Nous avons choisi de nous attarder sur cette étude, car elle reflète selon nous la culture soignante dans sa réalité. L'auteure a réalisé un travail descriptif et analytique de la profession infirmière dans le contexte hospitalier. Bien que sa vision soit assez sévère et peut-être déjà ancienne, elle nous conduit à percevoir une dimension de la culture professionnelle que nous avons occultée, même si nous l'avons vécue à plusieurs reprises (personnellement et professionnellement). Sans doute dans une vision très idéalisée, peut-être en raison de notre distance relative aux soins, nous nous situons dans l'acception de la culture du « prendre-soin » comme allant de soi. Sans pour autant

¹⁵³ Alter, N. (2011). Conférence, « Innovation et organisation : une rencontre conflictuelle ». *L'innovation en formation : accompagner les transformations silencieuses pour une meilleure cohésion sociale*. Maison du Peuple Poitiers, 10/01/11 (non publié).

¹⁵⁴ Hesbeen, (1997), *op. cit.*, p. 69

¹⁵⁵ Gotman, (2001), *op. cit.*, p. 267

¹⁵⁶ Véga, A. (2000). *Une ethnologue à l'hôpital. L'ambiguïté du quotidien infirmier*. Paris, Éditions des archives contemporaines. 213 p.

l'abandonner, il nous paraît nécessaire d'aborder cet autre aspect de la culture professionnelle. D'emblée puis tout au long de son travail, Véga relève une discordance entre l'affirmation officielle d'un rôle propre et la réalité quotidienne à l'hôpital¹⁵⁷. Elle parle de « crise de légitimité » pour les infirmières, sans doute parce qu'elles se situent dans une position intermédiaire dans la hiérarchie de l'hôpital. Dans leur apprentissage, elles s'appuient sur des professionnelles mythiques et se transforment grâce à des rencontres humaines, en dépassant souvent le pur plan professionnel. Autre ambiguïté, le modèle médical est très valorisé ce qui fait que les actes relevant du rôle propre sont souvent relégués malgré le discours ; cela renvoie à la notion de sale boulot de Hugues¹⁵⁸. Le rôle technique est valorisé au détriment du « corps-à-corps »¹⁵⁹. Cette relégation du rôle propre est d'ailleurs véhiculée dans la formation des stagiaires : cantonnées au nursing (soins de bien-être et de confort) et aux surveillances, on leur apprend à faire une IM¹⁶⁰, pour qu'elles apprennent quelque chose...¹⁶¹ Les infirmières hospitalières oscillent entre différents rôles : technicienne bras droit du médecin, dévouée et répondant à la morale chrétienne charitable, humaniste et relationnelle¹⁶². L'auteure relève régulièrement les tensions relationnelles entre les professionnels, qui s'accusent mutuellement de mal travailler, le patient jouant souvent un rôle de médiateur involontaire dans ces reproches réciproques, puisqu'on juge l'Autre à partir de son mode de prise en charge du malade. L'apprentissage de la culture hospitalière consiste donc à se situer progressivement en expérimentant soi-même les différentes postures évoquées, en étant confrontés aux malades rapidement (nudité, vieillissement, dégradation corporelle) à la douleur, la folie, la mort. Plusieurs années sont ainsi nécessaires pour devenir professionnel, avec tout ce qu'il faut acquérir gestuellement (ni trop technique, ni trop corps-à-corps), et surtout :

« s'adapter aux dysfonctionnements chroniques de l'institution et faire sienne toute une culture hospitalière qui laisse finalement peu de place aux dialogues et à la reconnaissance des savoirs non-médicaux. »¹⁶³.

¹⁵⁷ Ibid., pp. 13-16

¹⁵⁸ Hugues, (1996), *op.cit.*, pp. 69-73

¹⁵⁹ Véga, A. (2000), *op. cit.*, p. 16

¹⁶⁰ Intra-musculaire (injection), abréviation utilisée à l'oral comme à l'écrit.

¹⁶¹ Ibid., p. 66

¹⁶² Ibid., p. 20

¹⁶³ Ibid., pp. 20-21

L'épuisement professionnel hospitalier est souligné, puisque la durée de vie professionnelle n'est (en 2000) que de huit ans, peut-être au moment où on atteint enfin cet équilibre. La « paperasse » est stigmatisée comme temps qu'on ne passe pas auprès des malades mais qui peut aussi servir de rempart. Cependant, Véga observe une réelle difficulté à développer une véritable écriture professionnelle, car la tradition de la culture orale et intuitive reste très forte.

« La culture écrite n'a pas encore fait l'objet d'une reconnaissance identitaire de la part de nombreuses soignantes, même si certaines d'entre elles en pressentent l'importance stratégique. Dans le quotidien infirmier, l'écrit est en effet un instrument jugé souvent secondaire, presque superflu comparé à la fonction opératoire plus immédiate de la culture orale dans les services. »¹⁶⁴

Véga explore l'apprentissage et la transmission du savoir infirmier. Elle compare les stages à des rites initiatiques. Ils vivent une découverte brutale de l'environnement très spécial de l'hôpital, une soumission relative aux soignants et une incompréhension de ce qu'ils vivent comme une violence de prise en charge des patients. Les attitudes et les gestes professionnels des infirmières leur paraissent souvent inexplicables, de même que les relations dans les équipes. Cela peut les amener à dévaloriser la formation des IFSI car trop décalée par rapport à ce qu'elles vivent. Nous verrons lorsque nous aborderons la formation, comment l'accent mis sur le prendre soin peut être aussi vécue comme intrusive chez les étudiants. Véga souligne l'importance du terrain :

« la transmission légitime du savoir infirmier ne débute véritablement qu'à l'hôpital, lieu d'apprentissage de gestes, de postures et de discours presque impossibles à dévoiler car sous-tendus par des épreuves corporelles et psychologiques parfois douloureuses, presque absurdes. »¹⁶⁵

Elle évoque aussi les propos intolérants, voire racistes de certains soignants qui supportent mal les comportements qui sortent de la norme, en opposition avec le discours humaniste mis en avant. Il faut soigner tout le monde, mais tous de la même manière !¹⁶⁶ Nous pouvons mettre en parallèle de ces propos, ceux de Dubet qui s'est lui

¹⁶⁴ Ibid., p. 64

¹⁶⁵ Ibid., p. 93

¹⁶⁶ Ibid., p. 107

aussi intéressé aux infirmières. Il décrit leur ambivalence face au dilemme de traiter le malade comme sujet et donc à valoriser le « care », et en même temps à le rendre passif pour le soulager de ses souffrances. « L'injonction de traiter le malade comme un sujet les fascine et les terrorise à la fois. » ¹⁶⁷Nous touchons là à une difficulté majeure que rencontrent les étudiants et les professionnels : comment être présent à l'Autre, le considérer comme un sujet, rester professionnel dans ses gestes et ses attitudes, malgré sa peur, ses doutes. Véga étudie également les phénomènes de groupe¹⁶⁸, avec des jalousies, des boucs émissaires (jeunes infirmières, cadres), un discours très négatif et persécutif du métier. Elle évoque un discours de « malheur » peut-être inconsciemment pour lutter contre la demande de reconnaissance de souffrance des patients.

Nous allons clore notre approche de la culture professionnelle, même si chacun de ses aspects nous ouvre une multitude de pistes d'approfondissement. L'intégration de la culture dans la formation infirmière est notre objectif, c'est pourquoi nous allons développer le concept de formation en faisant les liens avec les aspects spécifiques inhérents à notre ingénierie.

¹⁶⁷ Dubet, (2002), *op.cit.*, p. 215

¹⁶⁸ Véga, (2000), *op.cit.*, p. 117

2. LA FORMATION

Nous avons relevé dans la première partie de notre écrit, la perception par le groupe de recherche du manque de place accordé à l'apprenant dans notre problématique initiale. Après une première réaction de contrariété, voire de défense d'une telle intention, nous avons pris du recul. Notre dispositif de formation, lorsqu'il envisage les acteurs, se centre sur le partenariat des formateurs et des soignants ou tuteurs, en direction de l'étudiant. L'apprenant, agent moteur tel que le présente Houssaye¹⁶⁹, reste assez passif, même si les référentiels de 1992 et de 2009 prônent son autonomie et un rôle d'acteur de sa formation.

2.1. L'apprenant en formation

Il nous semble que dans notre questionnement sur l'intégration de la culture professionnelle, orientée sur le « prendre soin », apprentissage expérientiel et informel, les processus mis en œuvre par l'apprenant doivent être approfondis. De plus, nous verrons lors de l'étude de la professionnalisation l'importance de la réflexivité dans la formation. Elle suppose chez l'apprenant des aptitudes et/ou attitudes propices à cette pratique. Ainsi, nous nous appuierons sur différentes notions qui ont toutes le point commun de s'intéresser à l'apprenant en tant que sujet social : l'apprenance, la dynamique identitaire, l'engagement, l'autodétermination, l'apprentissage social, le sentiment d'auto efficacité. Honoré insiste sur le sens de la formation qui ne doit pas se contenter des savoirs et des techniques, mais amener à des confrontations de différents points de vue et histoires, de conceptions de l'homme et du soin. La formation permet d'« apprendre à vivre avec, à travailler avec, elle doit apprendre à apprendre, apprendre à comprendre, apprendre à s'adapter : c'est une culture, une sagesse, une éthique. »¹⁷⁰

¹⁶⁹ Houssaye, (1993), *op. cit.*, p. 13

¹⁷⁰ Honoré, (2003), *op. cit.*, p. 199

2.1.1.L'apprenance

Carré ¹⁷¹ définit le concept d'apprenance :

« ensemble de dispositions favorables à l'acte d'apprendre dans toutes les situations, qu'elles soient formelles ou non, expérientielles ou didactiques, autodirigées ou dirigées, intentionnelles ou fortuites. »

Il précise parallèlement ce qu'est apprendre : « apprendre représente un processus d'acquisition ou de modification durable de connaissances déclaratives, procédurales ou comportementales grâce à l'action intentionnelle ou l'expérience ; son résultat se manifeste par la mémorisation et/ou la compréhension et/ou l'action. »¹⁷²

L'activité propre de l'apprenant est étudiée à partir des années 70, par des chercheurs en sociopédagogie (Schwartz, Dumazedier, Pineau), à l'instar des psychologues de l'éducation (Piaget, Dewey, Rogers, Vygotski). Ils font émerger la notion de « sujet social apprenant » et bouleversent les bases de la formation. En effet, apparaît notamment la notion d'apprentissage informel, au sein des organisations apprenantes, ou d'autodidaxie. Ce qui ressort des différentes approches est le caractère commun à toutes les pratiques : les sujets sociaux s'approprient leur formation.¹⁷³ Le courant transmissif (formé) est abandonné au profit de l'apprenant qui s'empare de ce qui lui est proposé par les formateurs. C'est donc l'apprenant qui devient l'agent principal, le formateur n'étant qu'un médiateur. La pédagogie n'est plus une fin mais un moyen au service de l'apprentissage. La formation initiale scolaire serait pour Dumazedier¹⁷⁴ un moyen de « susciter le goût, la technique et l'art » d'apprendre à tous les âges. La place de l'individu qui apprend a changé, passant d'une hétéro-formation à une auto-formation, tout du moins pour une large part.

Carré centre sa recherche sur les apprentissages professionnels informels ¹⁷⁵ et montre qu'ils sont le premier moyen de développer ses compétences : « volonté de

¹⁷¹ Carré, P. (2005). *L'apprenance, vers un nouveau rapport au savoir*. Paris : Dunod. p.XI (avant-propos)

¹⁷² Ibid., p. 103

¹⁷³ Ibid., pp. 80-81

¹⁷⁴ Dumazedier J. (1978), la société éducative et ses incertitudes, Education permanente, n°44 in Carré, (2005), *op.cit.*, p. 83

¹⁷⁵ Carré P., Charbonnier O. (dir) (2003), Les apprentissages professionnels informels, Paris, l'Harmattan in Carré, (2001), *op.cit.*, p. 101

développer ses compétences par soi-même, en tirant les leçons de sa propre expérience professionnelle à toutes les occasions, avec l'aide d'un bon formateur ». Le caractère indispensable de l'accompagnement par le formateur est à nouveau mis en évidence.

Nous avons identifié l'apprenant comme acteur, mais il est aussi auteur de sa formation. Pour Voisin¹⁷⁶, il devient même co-producteur de la compétence, et doit être associé au processus. Dubar met en avant le lien entre sujet apprenant et identité, avec un versant réflexif, expérientiel, à l'inverse du modèle scolaire.

La dynamique identitaire du sujet

Kadourri¹⁷⁷ distingue deux sortes de projet identitaire du sujet en formation :

- Un projet envisagé : par soi pour soi, volontaire et conscient, pour passer d'un soi présent à un soi futur. Cela lui permet de donner un sens à son existence, de se réaliser, de se projeter,
- Un projet prescrit : par soi pour autrui. L'autre va attribuer au sujet une identité, c'est donc lui qui conçoit le projet pour le sujet. L'autrui peut appartenir à tout champ, privé, social, professionnel...En formation initiale infirmière, la famille joue souvent ce rôle.

Les multiples facettes identitaires du sujet (familiale, professionnelle, de formation,..) qu'il mobilise en fonction des contextes, peuvent parfois être en tension intra-subjective car incompatibles dans un même temps, créant une dissonance cognitive. Des choix douloureux doivent aboutir à renoncer à une des composantes du sujet et génèrent par exemple des tensions entre travail et formation, valables pour les étudiants qui doivent travailler pour se financer, ou des tensions familiales quand la formation occupe toute la place. Mais des conflits intersubjectifs peuvent aussi se produire quand projet envisagé et projet prescrit rentrent en tension. Kaddouri parle de dynamique identitaire, qui intègre toutes ces dimensions et des stratégies mises en œuvre par le sujet pour gérer les tensions et ainsi conserver une intégrité de l'identité : « une totalité complexe, jamais déstabilisée puisque soumise de façon permanente à un travail identitaire de construction, de

¹⁷⁶ Voisin A. (2001), « L'apprenant introuvable, ou les incertitudes de la recherche », *Education permanente*, n°147 in Carré, (2001), *op.cit.*, p. 103

¹⁷⁷ Kaddouri, M. (2006). « Dynamique identitaire et rapport à la formation » in Barbier J.M., Bourgeois, E., De Villiers, G. et al. (2006). *Constructions identitaires et mobilisation des sujets en formation*. Paris : L'Harmattan. coll. Action et Savoir. pp. 121-145

destruction et de reconstruction de soi. »¹⁷⁸ Nous retrouvons des éléments constructivistes dans cette approche. Ce processus est parfois conscient, parfois non, mettant en jeu toutes les dimensions de l'identité, en interaction avec les différents environnements et contextes. L'auteur décrit différents types de dynamique identitaire, dont celle de transformation identitaire (acquisition d'une nouvelle identité), dans une démarche constructive. Dans le cas de la formation, ce sont des transformations exogènes puisqu'on quitte un statut. De plus elles sont planifiées dans le temps, et donc organisées ; le sujet peut obtenir le soutien d'autrui, ce qui fait qu'on est en même temps dans le projet envisagé et dans le projet prescrit.¹⁷⁹ Il décrit différents rapports possibles envers la formation, dont celui d'engagement¹⁸⁰.

L'engagement en formation

C'est un « processus qui conduit l'adulte à un moment donné de sa vie, à prendre la décision d'entamer telle ou telle formation, c'est à dire, le plus souvent à renoncer à d'autres options qui s'offrent à lui. »¹⁸¹ Kadourri établit un rapport entre stratégie identitaire et engagement. Il souligne que si le sujet a recours à la formation comme acte principal de sa stratégie identitaire, l'engagement est total en formation, et entraîne momentanément des désengagements dans d'autres champs. Par contre, si le sujet est dans un rapport à sa formation inconciliable avec les stratégies identitaires, il devient hostile à la formation. De même, s'il n'a pas envisagé lui-même la formation, elle n'a pas de sens pour lui. Enfin, s'il vit la formation à un moment inconciliable avec le projet envisagé, il se désengage.

Carré explore lui aussi l'engagement de l'apprenant¹⁸², clé pour qu'il s'inscrive dans la production de sa formation. Il distingue des motifs d'engagement intrinsèques à l'individu, comme épistémique, lié à la connaissance, source de plaisir pour elle-même, ou socio-affectif et hédonique, pour bénéficier de contacts sociaux et évoluer dans une ambiance agréable. Dans les deux dernières dimensions, nous pouvons penser que les

¹⁷⁸ Ibid., p. 129

¹⁷⁹ Ibid., pp. 132-133

¹⁸⁰ Ibid., p. 137

¹⁸¹ Bourgeois, E. (1998), « Apprentissage, motivation et engagement en formation », Paris, *Education Permanente*, N° 136, pp. 101-109

¹⁸² Carré (2005), *op.cit.*, pp. 130-136

étudiants sont particulièrement réceptifs aux éléments liés à la culture professionnelle. Cela rejoint la notion d'autodétermination¹⁸³ avec des éléments comme le projet, le sens donné au travail et l'image de soi au premier plan. Carré reprend la théorie étudiée par Deci et Ryan en y associant celle d'agentivité (De Charms)¹⁸⁴. Ces individus fonctionnent selon une causalité interne. On les définit comme proactifs : ils développent leur potentiel de façon autonome et en faisant leurs propres choix. Pour les auteurs, le sujet agit selon trois besoins fondamentaux : se sentir compétent, autonome et socialement intégré. Dans l'autodétermination, le sujet ne subit aucune stimulation extérieure pour s'engager. L'action est même effectuée pour elle-même, pour le plaisir, la curiosité, l'attrait de l'exploration.

Il nous semble que pour ces apprenants, les habiletés se manifestant par des gestes professionnels n'appartiennent à aucun protocole ni référentiel d'activités, la notion développée par Denoyel¹⁸⁵ de « pensée en creux » prend tout son sens. Nous pouvons faire une analogie entre la culture de l'artisan évoquée par l'auteur et celle de l'infirmière (l'art de soigner de Collière), pour affirmer que l'apprenant par ses interactions avec l'environnement va intégrer des éléments culturels. Parfois cependant, Carré mentionne des motifs d'engagement extrinsèques :

- *Dérivatif* : pour éviter des activités désagréables (cela peut être le cas pour des aides-soignants voulant fuir le « sale boulot » évoqué précédemment).
- *Opératoire professionnel* : pour acquérir des compétences nécessaires à l'exercice professionnel.
- *Identitaire* : afin d'obtenir un statut social ou personnel, une reconnaissance sociale, une image de soi, la profession d'infirmière ayant une image sociale très valorisée.

¹⁸³ Conjard P., Devin, B., (dir.) (2007). *La professionnalisation, acquérir et transmettre des compétences*. Paris : ANACT. p. 26

¹⁸⁴ Carré (2005), *op.cit.*, pp. 139-141

¹⁸⁵ Denoyel N. (2005). « Alternance tripolaire et raison expérientielle à la lumière de la sémiotique de Peirce », in *Transdisciplinarité et formation*. Paris : L'harmattan. Coll. Interfaces et transdisciplinarité. pp. 115-125

- *Vocationnel* : dans le sens d'orientation de carrière plus que de vocation, assez présent car la profession offre une employabilité élevée.
- *Economique* : pour avoir des conditions d'emploi satisfaisantes, ce qui n'est peut-être pas toujours explicite mais sans doute existant.
- *Prescrit* : ce motif est assez subtil car la prescription est souvent morale (incitation parentale ou influence d'une personne importante) et difficile à identifier.

A contrario, la motivation extrinsèque peut être vécue par le sujet comme une contrainte et nuire à sa détermination, puisque dans ce cas, on peut évoquer une « hétérodétermination ». Nous mesurons toute la complexité de ce qui amène les apprenants en formation ; ces motifs n'étant pas exclusifs les uns des autres et surtout la plupart du temps peu clairs pour les étudiants eux-mêmes.

Carré a abordé la question de la disposition à l'autoformation dans un précédent ouvrage¹⁸⁶ : la notion d'autodirection de l'apprenant est définie comme « une capacité ou désir du sujet d'assumer la responsabilité de ses apprentissages »¹⁸⁷. Les individus qui sont ainsi les agents de leur progression possèdent bien sûr des capacités cognitives mais tout autant un style, une personnalité avec une image plus ou moins positive d'eux-mêmes en tant qu'apprenant. Certains étudiants sont déjà dans cette attitude en début de formation, mais pour la plupart, c'est la formation qui les amènera à la développer. En nous référant au conformisme et à l'inertie institutionnelle décrite par Véga¹⁸⁸, faire preuve de détermination, d'indépendance et de persistance dans l'apprentissage s'avère souvent ardu pour les apprenants. S'ils ne sont pas soutenus et accompagnés, ils peuvent se décourager et ne pas développer, ou perdre cette disposition « d'apprenance ».

¹⁸⁶ Carré P., Moisan A., Poisson D. (1997). *L'autoformation : psychopédagogie, ingénierie, sociologie*. Paris : PUF. (2ème éd. 2002). 276 p.

¹⁸⁷ Ibid., p. 47

¹⁸⁸ Véga, (2000), *op .cit.*

Carré et al. reprennent la théorie de la motivation de l'apprenant, à partir du modèle de Vroom¹⁸⁹, schématisé par l'équation :

$$M=VIE$$

M= motivation

V= valence (valeur + ou – attribuée par le sujet aux résultats terminaux attendus)

I= instrumentalité (relation perçue entre grandeur de la performance et un résultat attendu)

E= expectation (relation entre intensité de l'effort déployé et performance accomplie)

Cela signifie que :

(V) anticipation de la satisfaction + (I) perception de l'utilité de l'action + (E) probabilité de réussite = prédiction de la satisfaction au travail, l'effort déployé et le choix professionnel. Nous constatons à travers ce modèle combien la part du sujet et la perception qu'il a de son propre contrôle sont importants dans l'apprentissage.

« Les croyances sur le contrôle ne sont pas de simples cognitions mais de chaudes convictions bourrées d'émotions et de sens pour soi, capables de propulser les gens dans l'action ou de les figer sur place »¹⁹⁰

Dans le même ordre d'idées, Bandura a élaboré la notion d'auto-efficacité, qui serait une conviction que l'on peut réussir : « à mesure que s'élève l'auto-efficacité, les buts que les gens se fixent à eux-mêmes s'élèvent et leur engagement à apprendre s'affirme »¹⁹¹. Nous reviendrons sur cet auteur. Le tableau suivant représente pour nous la synthèse des facteurs inhérents à l'apprenant, la proactivité représentant le contexte idéal pour qu'un étudiant s'approprie les éléments d'une culture professionnelle, c'est-à-dire modifie ses attitudes et ses valeurs à partir d'apprentissages informels.

¹⁸⁹ Carré, Moisan, Poisson (1997), *op.cit.*, p. 66

¹⁹⁰ Ibid., p. 69

¹⁹¹ Ibid., p. 79

Origine du projet	Mobilisation des dispositions motivationnelles	
	NON	OUI
Les autres (directionnalité externe)	Inactivité	Réactivité (peu initiatives)
Le sujet (directionnalité interne)	Velléité	Proactivité

Tableau 1. La notion de pro-activité¹⁹²

Nous venons de nous intéresser à l'apprenant d'un point de vue général, mais quelle place le référentiel lui accorde-t-il réellement, et particulièrement dans cette dimension d'apprenance ?

L'apprenance à la lumière des référentiels de formation infirmière

Dans le référentiel de formation de 1992¹⁹³, qui est encore en vigueur jusqu'en 2012, l'étudiant est nommé à plusieurs reprises. Les principes pédagogiques précisent que sa créativité et sa faculté d'adaptation doivent être développées ; l'importance de sa responsabilisation est nécessaire pour l'amener à élaborer son projet professionnel. Les aptitudes et les attitudes personnelles sont soulignées comme devant s'articuler avec les savoirs. Le suivi pédagogique est basé sur l'accompagnement et le développement personnel. L'enrichissement du patrimoine culturel infirmier est relié à l'élaboration des projets professionnels des étudiants, de même que l'objectif d'une prise en charge holistique.

Nous constatons que des termes forts sont employés et recherchons dans le référentiel de 2009¹⁹⁴, articulé autour de l'acquisition de compétences, si cette tendance est maintenue voire renforcée. D'emblée, la professionnalisation du parcours est affirmée,

¹⁹² Ibid., p. 91

¹⁹³ Programme des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier et d'infirmière, annexe à l'arrêté du 23 mars 1992 modifiée par l'annexe à l'arrêté du 28 septembre 2001 (B.O du ministère de l'emploi et de la solidarité n°2001-40 du 1^{er} octobre 2001)

¹⁹⁴ Annexe III à l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au Diplôme d'Etat Infirmier (BO santé-protection sociale-solidarités n°2009/7 du 15 août 2009)

notamment au travers de l'acquisition progressive d'attitudes et de comportements. La finalité est de former un *praticien autonome, responsable et réflexif*. Nous retrouvons le projet professionnel, cette fois à partir d'un portefeuille de compétences. Des éléments relatifs au savoir-être, au relationnel sont très présents, sans doute majoritaires : capacités relationnelles, aptitude à reconnaître ses émotions, distance relationnelle, éthique professionnelle, réflexion critique. Un accent très fort est mis sur la progression individuelle des étudiants grâce à un parcours qui amène l'étudiant à construire son cheminement vers la professionnalisation. La notion de réflexivité est « exigée » comme posture de l'étudiant. Enfin, les valeurs humanistes sont présentées comme la base de la pédagogie.

Contrairement au programme de 1992, les principes de la formation clinique en stage sont très développés et reprennent le principe de réflexivité. Nous n'en donnerons que l'esprit général. Le stage permet la confrontation de l'étudiant avec la pratique soignante. Celui-ci se forme en analysant ses actions grâce aux professionnels. Le dispositif de formation s'appuie sur différentes méthodes et outils pour accompagner l'apprenant dans son parcours individuel : des méthodes basées sur la pratique réflexive (regroupements en stage, entretien de suivi, analyses de situation...) et des outils (portfolio, carnet de bord, écrit de stage...). Quels que soient les référentiels, la constante de la formation par les pairs, infirmiers, formateurs ou professionnels, est présente.

Nous pouvons mesurer que les deux référentiels sont explicites sur la dimension d'autonomie et que le dernier apporte la notion de réflexivité. De plus, en rapport avec les valeurs culturelles soignantes, les dimensions humanistes et relationnelles sont soulignées. Cette attente de réflexivité et d'autonomie peut être perçue comme une charge mentale lourde par les étudiants infirmiers. Dubet le rapporte dans son étude sur les infirmières¹⁹⁵ : les différentes sollicitations pédagogiques pour être dans le souci du malade en tant que personne, qu'elles soient à l'IFSI ou en stage, leur donnent un sentiment d'intrusion. Ils évoquent même une « déformation » plutôt qu'une formation, en raison du travail sur soi très intense et répété, et de nombreuses injonctions autour de l'autonomie, l'authenticité, la remise en question. Nous mesurons ici combien l'autonomie et la considération du malade comme sujet peuvent être coûteuses en formation.

¹⁹⁵ Dubet, (2002), *op. cit.*, p. 214

Pour compléter notre compréhension de l'apprenant dans un contexte professionnel, nous nous sommes intéressée à la théorie de l'apprentissage social car elle est centrée sur l'acquisition d'attitudes et de comportements et nous paraît donc appartenir au champ de notre étude.

2.1.2. L'apprentissage social

Bandura¹⁹⁶ a élaboré une théorie sociale cognitive qui explique le fonctionnement humain par des déterminants internes (dispositions) mais aussi par des influences réciproques entre des facteurs liés à la personnalité, aux comportements et à l'environnement. Cette théorie nous paraît pertinente car elle donne une place privilégiée à l'action. Bandura s'intéresse à la capacité à traiter l'information symbolique et à intégrer des informations issues de l'expérience pour construire des modèles pour leurs futures actions. Par l'activité symbolique, les individus donnent un sens à ce qu'ils vivent et surtout une cohérence à leurs expériences successives. Nous pouvons supposer que l'étudiant infirmier, au contact récurrent de soignants intégrant le « care » dans leur pratique, se projeteront dans cette attitude. Bandura évoque également l'apprentissage « vicariant » résultant de l'observation d'un pair agissant dans une situation. Ici, l'apprenant est dans une posture d'observateur plus que d'acteur, et nous nous approchons plus de l'imitation. Toutefois, cela peut être une première étape pour l'étudiant, notamment lors de ses premières confrontations avec le milieu professionnel, qui lui permettra d'amorcer une prise de conscience des attitudes professionnelles. Bandura insiste sur la capacité humaine à mettre ses expériences à l'épreuve de ses valeurs, afin d'interpréter le monde et d'agir en conséquence. Nous rejoignons la notion de pratique réflexive qui sera développée ultérieurement. L'auteur étudie aussi les rencontres fortuites et leur impact sur la vie des individus. Dans la formation infirmière, nous pourrions opposer que la rencontre avec des professionnels n'est pas « fortuite » puisque c'est la base de l'alternance, toutefois, certaines rencontres avec des « personnalités » qu'on pourrait qualifier d'« emblématiques », à un moment donné du parcours, peuvent être déterminantes notamment dans la sphère émotionnelle et comportementale. L'apprentissage social est l'aspect majeur de la théorie de Bandura. Il repose sur quatre processus :

¹⁹⁶ Bandura, A. (1979). *L'apprentissage social*. Bruxelles: Mardaga. pp. 23-57

- Le processus attentionnel : l'apprenant observe sélectivement des influences parmi la profusion des possibles, en quelque sorte, il se choisit des modèles et s'attarde sur certains comportements qui le touchent,
- Le processus représentationnel : l'information modélisée est transformée en information symbolique ce qui implique un processus actif d'interprétation,
- Le processus de production de comportement : l'information symbolique est traduite en action appropriée,
- Le processus motivationnel : lié aux bénéfices ressentis, ou au résultat, nous ne serions pas éloignés du renforcement behavioriste s'il n'y avait pas un codage symbolique. Par ailleurs, et particulièrement dans la formation professionnelle, les standards personnels sont prégnants dans la motivation.

Bandura explore parallèlement le *sentiment d'efficacité personnelle*, approprié pour notre recherche. Il met les croyances de l'individu en son efficacité au centre de ses comportements. La notion de sécurité, c'est à-dire de vivre des expériences réussies est capitale pour développer ce sentiment. L'autoévaluation va permettre à l'apprenant de le percevoir et de le renforcer. Toutes ces notions permettent de mieux comprendre le déclenchement du désir d'apprendre et les capacités de l'apprenant à se projeter dans un rôle professionnel. Nous les reprendrons lors de nos préconisations.

Pour conclure sur l'apprenant, nous pouvons évoquer également l'influence de la dimension collective sur l'apprentissage : apprentissage coopératif, climat socio-affectif, relation, facteurs de groupe, notion de médiation. Nous allons développer ces points en abordant la formation de façon plus générale.

2.2. La formation en alternance

La formation infirmière s'est toujours structurée dans l'alternance. Elle s'intègre dans les formations postsecondaires, même si elle est initiale. Nous allons d'emblée préciser le champ très large que ce terme recouvre. Palazzeschi¹⁹⁷ distingue à l'origine, l'éducation, centrée sur le développement de comportements sociaux-culturels, de la formation professionnelle visant à l'acquisition de compétences attendues. Ces dernières peuvent

¹⁹⁷ Palazzeschi, Y. (1999). « Histoire de la formation post-scolaire », in Carré, Caspar, (2004), *Traité des sciences et techniques de la formation*. (2^{ème} éd.) . Paris : Dunod. pp. 19-39

être ciblées sur une profession précise ou plus transverses, comme c'est le cas dans la profession infirmière. Palazzeschi insiste sur le nécessaire lien entre éducation et formation, qui doit conserver son « essence » éducative. Si nous nous intéressons au champ du « prendre soin », nous dépassons largement la pratique infirmière et cette « ambition » ne peut se construire que sur une alternance intégrative ou itérative. Nous allons reprendre les grands traits de ce concept avant de nous intéresser aux articulations plus précises du domaine infirmier.

2.2.1. Une alternance intégrative

Geay critique la mise en œuvre effective de l'alternance, souvent en opposition plus qu'en complémentarité entre le lieu de formation et le lieu de travail. Les écoles, puis les instituts ont eu tendance à réduire la formation à un ensemble de techniques qui ont simplifié le système. Les professionnels novices étaient capables d'appliquer des techniques mais pas d'agir face à l'imprévisible dans la complexité. Ils étaient qualifiés mais non compétents¹⁹⁸. Perrenoud¹⁹⁹ déplore déjà en 1998 que les formateurs, bien qu'issus du métier, ont tendance à se situer dans une démarche déductive, et donc à « dispenser » tous les savoirs théoriques avant la pratique et non à montrer que ces savoirs sont la ressource de l'action. L'auteur prône un apprentissage basé sur la résolution de problèmes. Comme pour Mosconi, l'articulation théorie/pratique, l'alternance réelle est la seule voie pour l'apprentissage par problèmes, mais les organisations sont plutôt sur un mode juxtaposé.

Selon Mosconi²⁰⁰, la théorie scientifique ne permet pas de prévoir la situation réelle, car celle-ci est complexe; le théoricien n'est donc pas plus savant que le praticien sur les savoirs d'action. Pour les sciences humaines et sociales, les savoirs procéduraux sont nécessaires, sans toutefois constituer des « recettes » à appliquer. Il s'agit plus d'articuler théorie et pratique, pour ne pas être uniquement dans une pratique instinctive mais plutôt une pratique réfléchie. Nous espérons que cette vision date quelque peu et qu'aujourd'hui

¹⁹⁸ Aubret, J., Gilbert, P., Pigeys, F., (1993). *Savoir et pouvoir, les compétences en question*. Paris : PUF. p. 33

¹⁹⁹ Perrenoud, P. (1998). « La qualité d'une formation professionnelle se joue d'abord dans sa conception ». Ressource en ligne. Consultée le 15/04/08.
http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_1998/1998_11.html

²⁰⁰ Mosconi, N. in Blanchard-Laville, C., Fablet, D. (2001). *Sources théoriques et techniques d'analyse des pratiques professionnelles*. Paris : L'Harmattan. pp. 15-34

les liens sont plus évidents. Une interface est indispensable, « sans interface, l'alternance est un leurre ».²⁰¹ Dans le champ de la culture professionnelle, nous sommes dans une dimension personnelle de l'alternance, telle que la définit Geay, comme un apprentissage par production de savoirs²⁰², en autonomie. Nous entendons ici « savoirs » au sens global, particulièrement des attitudes, des gestes professionnels et non restrictif (connaissances ou techniques). Si l'alternance s'opère dans deux lieux (institut de formation et milieu professionnel), dans son style intégratif, elle implique trois acteurs : l'étudiant, le professionnel et le formateur. Malglaive²⁰³ définit l'alternance intégrative comme une structuration qui place l'étudiant au centre du dispositif et l'amène à construire ses compétences professionnelles grâce à l'interface entre les deux lieux de la formation. La formation combine deux types d'apprentissage : un style inductif s'appuyant sur les expériences vécues des apprenants pour construire des savoirs, et un style déductif où les connaissances servent d'appui à la pratique. De nombreux auteurs de l'alternance, affirment que ce système, structuré, formalisé par les deux partenaires (institut et lieu de stage), engage réellement l'apprenant en reliant l'action et la réflexion. Fonteneau²⁰⁴ a modélisé pour sa part l'alternance partenariale dans une vision systémique qui place l'apprenant au centre du système. Barbier et Nkoum s'appuient sur la définition de l'alternance copulative de Lerbet²⁰⁵ soit la « compénétration effective des milieux de vie socioprofessionnel et scolaire ».

Morin²⁰⁶ lorsqu'il évoque le savoir, nomme un « paradigme de simplification » qui entraîne la disjonction ou la juxtaposition. Cette tendance, majoritaire dans l'enseignement scolaire par disciplines, a pu être reproduite dans la formation professionnelle. La formation était modulaire, disciplinaire, basée sur une pédagogie par objectifs, ce qui était sans doute rassurant car traditionnel. Morin parle de « pensée simplifiante » qui juxtapose les différences sans envisager l'unité. Il affirme ainsi que les « sciences humaines n'ont

²⁰¹ Geay, (1998), *op. cit.*, p. 55

²⁰² Ibid., p. 56

²⁰³ Malglaive, G.(1994) . « Alternance et compétences », in *Cahiers pédagogiques*, n°320, janvier 1994. pp. 26-28.

²⁰⁴ Fonteneau, (1993), *op.cit.*, pp. 29-31

²⁰⁵ Lerbet, G. in Barbier, N., Nkoum, B.A. (2001). « Pour un bon usage de l'alternance à l'intention des personnels de santé » in *Objectifs Soins*, mars, n°94, pp. 14-16

²⁰⁶ Morin, (1990), *op. cit.*, p. 18

plus besoin de la notion d'homme. » !²⁰⁷ Lorsque nous nous intéressons au domaine du savoir-être, la vision complexe est essentielle pour ne pas décomposer des attitudes en éléments juxtaposés. Barbier et Nkoum reprennent une métaphore de Morin qui représente pour nous cette dimension complexe : « tisser les différents fils du savoir pour qu'ils forment une corde unie, un tissu dense »²⁰⁸. L'alternance est basée sur une action en boucle²⁰⁹ entre des connaissances, des compétences et une expérience verbalisée et réfléchie. Le fondement de l'alternance pour Astier se situe dans la confrontation à ce qui est différent de nous²¹⁰. L'ingénierie constructiviste va amener l'apprenant à élaborer ses apprentissages en exploitant les écarts entre les deux milieux.

Les formateurs comme les tuteurs adoptent dans ce cadre une posture de médiateur. Pour Astier, on ne peut pas prétendre à un discours uniforme de tous les acteurs de l'alternance et cela ne serait même pas souhaitable. Il est juste important que les acteurs puissent se situer par rapport aux différents discours et idées pour pouvoir ainsi réaliser leurs apprentissages et développer leur identité. Nous touchons là aux limites de l'alternance intégrative.

Limites de l'approche intégrative

Nous percevons que nous ne devons pas entretenir l'illusion que les deux milieux sont superposables et identiques. Ce sont les tensions, les contradictions entre lieu de stage et lieu de formation qui permettent ce travail sur les représentations et la construction de la compétence. Astier par exemple²¹¹, discute cette notion « d'intégration » qui serait un leurre car les apprenants vivent les deux milieux comme bien distincts quant à leurs exigences. Et au-delà, la disjonction serait fondatrice de la construction des compétences. L'auteur définit la « charge de l'apprentissage », soit un coût pour apprendre, plus ou moins à la charge de l'apprenant ou du dispositif, ou partagé. Le dispositif peut mettre en place des outils pour diminuer ce coût (accompagnement, documentation,...) ou au

²⁰⁷ Ibid., p. 19

²⁰⁸ Barbier, N., Nkoum, B.A. (2001), *op.cit.*, pp. 14-16

²⁰⁹ Mauduit-Corbon, M., Martini, F. (1999). *Pédagogie de l'alternance*. Paris. Hachette Education. coll. Nouvelles Approches. pp. 13-48

²¹⁰ Astier, P. (2007). « Alternance construite, prescrite, vécue » in *L'alternance, pour des apprentissages situés (1) Éducation Permanente*, n°172, Paris, pp. 61-72

²¹¹ Ibid., pp. 61-72

contraire laisser toute la charge à l'apprenant, comme constitutive de l'apprentissage. La difficulté réside dans l'équilibre à trouver entre ces deux tendances.

Vialle ²¹² remet en question l'alternance copulative, qui aplanit les tensions et les contradictions entre les acteurs de l'alternance et donc neutralise la construction paradoxale de l'autonomie de l'apprenant; serait-ce à dire que les formations en alternance ne souhaitent pas l'autonomie des acteurs ? Le paradoxe peut constituer un puissant levier d'autonomie et d'apprentissage. Vialle décrit les fonctions des processus cognitifs mis en œuvre par l'apprenant ²¹³, dont la fonction polémique. Elle conduit à une construction dialectique du rapport au savoir, le travail sur les écarts voire les oppositions étant très constructif et permettant de faire les liens avec la théorie. La contradiction permet de se poser des questions et de construire son rapport au savoir. L'auteur se réfère au concept d'énaction ²¹⁴ de Varela, qui lie la perception et l'action, sans leur donner un ordre préétabli, ni forcément d'explication rationnelle. Pour Varela, l'autonomie d'un apprenant se construit dans un système d'alternance cognitive, en partie par la production de savoirs. Le sujet utilise ses processus mentaux les plus appropriés à la situation-problème qu'il construit grâce à son questionnement. Cela l'amène à se transformer structurellement tant sur le plan des processus cognitifs que de son identité. Vialle renvoie plusieurs questions provocantes au formateur : « l'élève qui résiste au changement, pour préserver son identité est-il plus ou moins autonome que celui qui semble s'adapter aux situations au point d'en devenir transparent ? » ²¹⁵ Et comment mettre en actes l'autonomie au-delà du discours ? Cela suppose en effet une perte de maîtrise, une démarche vers sa propre inutilité. C'est pourquoi, il est plus facile de « donner » de l'autonomie ce qui confère un rôle à l'enseignant et entretient l'apprenant dans une certaine dépendance. Face aux contradictions, le formateur développe une tendance à réduire tous les conflits cognitifs avant que les étudiants ont pu s'appuyer dessus pour se forger un savoir. Par exemple, par rapport à des attitudes contradictoires observées en stage, il explique la « bonne » façon de se comporter, sans laisser l'occasion aux étudiants de se positionner. Dans les formations en alternance, il existe même un double paradoxe : l'apprenant est attendu comme

²¹² Vialle (2005), *op. cit.*, p. 147

²¹³ Ibid., pp. 13-39

²¹⁴ Ibid., pp. 41-67

²¹⁵ Ibid., p. 66

professionnel à l'institut et comme étudiant en milieu professionnel. Ces propos nous amènent à nous interroger sur le référentiel de formation qui « décrète » l'autonomie dans l'alternance, forme d'injonction paradoxale. Quel que soit le niveau intégratif, nous percevons que le lien entre les professionnels et les formateurs est essentiel car aux yeux des étudiants, ils doivent se montrer réellement partenaires.

2.2.2. La place du partenariat dans l'alternance

Reprenant Fonteneau, l'alternance partenariale nécessite de la part des acteurs une ouverture en dehors de leur champ d'exercice. L'auteur parle de jeu partenarial, dans lequel chaque partenaire entre volontairement avec un objectif commun : « être partenaire, c'est accepter de modifier son identité en fonction du projet défini avec les autres partenaires »²¹⁶. L'espace ou plutôt les espaces spatio-temporels du partenariat est une notion sur laquelle nous pourrions nous appuyer. Les partenaires s'y rencontrent autant pour construire la formation que pour échanger sur leurs représentations. Ces lieux et moments de rencontre, parfois avec l'apprenant, parfois sans lui, permettent autant d'inventer ensemble, de parler de sa pratique, que de tisser des liens entre individus. Le partenariat offre par conséquent des opportunités d'échanger sur notre culture commune et de la construire en commun, non seulement à partir de notre vision de la profession, mais aussi sur les pratiques de nos champs respectifs. Nous retrouvons là ce qui a déterminé notre cheminement : partant d'une approche fonctionnelle du partenariat basée sur des outils, nous parvenons à une conception de partage de pratiques et de création entre des professionnels appartenant à la même culture.

Lors de notre étude de la culture, nous avons évoqué de multiples approches disciplinaires. C'est pourquoi nous pensons qu'un détour par la dimension de transdisciplinarité nous permettra de mieux comprendre cette nécessité en formation.

2.3. Apports de la notion de transdisciplinarité en formation

Nous souhaitons aborder cette notion dans notre approche de l'autoformation et notamment en lien avec notre recherche, sur l'identité professionnelle, la formalisation de l'expérience et l'anthropoformation. Celle-ci est définie par Paul comme :

²¹⁶ Fonteneau (1993). *op.cit.*, p. 29

«l'ensemble du processus qui dialectise ce fait humain total en situant les relations entre extérieur et intérieur (par l'écoformation) , entre soi et les autres (par l'hétéroformation), entre le sujet existentiel et le sujet transcendant (par l'autoformation), enfin entre singulier et universel (par l'ontoformation).»²¹⁷

Dans leur ouvrage collectif²¹⁸, Paul et Pineau ouvrent des perspectives nouvelles pour la formation et se centrent sur le sujet dans son rapport à la formation. La formation relève de plusieurs niveaux de réalité, pour un individu dans son milieu physique et social. Ils renforcent l'idée que les savoirs sont aussi construits à partir des expériences, des images symboliques et de l'environnement. La notion de sens et de sa perte dans les institutions²¹⁹ est évoquée. Nous ne pouvons nous empêcher de faire un parallèle avec une perte de la culture professionnelle dans ces mêmes institutions. Paul insiste dans l'ouvrage sur « l'importance de l'imagination dans les relations qui se tissent entre l'universel et le singulier »²²⁰. Denoyel développe une approche de la formation en alternance basée sur trois raisons, « sensible, expérientielle et formelle »²²¹, que nous reprendrons lorsque nous aborderons la réflexivité. Galvani cite Honoré :

« L'homme existe en formation. Il n'en décide pas. Ce qu'il faut décider, ce sont les conditions de son existence formative. Ainsi, lorsqu'on parle d'actions de formation, il conviendrait de considérer qu'il s'agit d'actions portant sur les conditions favorables au dévoilement de la formation dans notre existence.

- créer les conditions favorables au dévoilement de la formation
- mettre des pratiques en questions
- développer le sens formateur essentiel de toute production
- découvrir l'origine interformative de toute pratique
- laisser se déployer l'intercompréhension de ce qu'il y a à comprendre dans une situation

²¹⁷ Paul, P. (2005). «Le concept d'anthropoformation » in Paul, P., Pineau, G. (2005). *Transdisciplinarité et formation.*, Paris : L'harmattan. Coll. Interfaces et transdisciplinarité. p.174

²¹⁸ Paul, P., Pineau, G. (2005). Ibid., 218 p.

²¹⁹ Ibid., p.9

²²⁰ Ibid., p.9

²²¹ Ibid., p.9

- trouver sa manière d'exister en un lieu. »²²²

Pour Galvani, le développement de compétences et l'acquisition de savoirs ne suffit plus en formation, la question du sens de l'expérience est essentielle. Bachelart resitue l'apprentissage et l'apprenant dans toutes ses dimensions, y compris culturelle.²²³ Il interprète l'apprentissage comme une participation à une pratique socioculturelle, « le métier et toute l'histoire de ce métier en même temps ». Denoyel renforce cette approche lorsqu'il évoque la culture de l'artisan, résultat d'un trajet anthropologique en perpétuelle interaction avec l'environnement matériel et social. Il la décrit comme un art de vivre, de faire, dire en dehors de tout référentiel.²²⁴

Paul aborde la quête identitaire, évoquée lors de notre étude du concept de culture ; elle se construit progressivement en intégrant les dimensions apparentes et cachées de l'individu. La confrontation à des milieux divers donne sens à la formation en permettant de vivre des expériences différentes. L'autoformation amène à se construire, à s'adapter et à se stabiliser.²²⁵ L'auteur émet cependant une réserve : cette quête ne doit pas devenir une injonction paradoxale qui pousse le sujet à l'échec. La formation infirmière peut accorder une grande place à l'expérience et reconnaître l'auto formation, examinons si le modèle élaboré pour la réforme accentue cette tendance.

2.4. Le modèle socioconstructiviste axé sur les compétences

Nous l'avons compris, l'ingénierie de la formation en alternance peut créer des conditions favorables à une dynamique de construction pour l'apprenant. En nous saisissant de l'approche par compétences du référentiel de formation de 2009, nous pouvons repenser et renforcer cette place centrale de l'apprenant. Les principes pédagogiques²²⁶ du référentiel stipulent les axes suivants :

« - Le référentiel de formation est articulé autour de l'acquisition des compétences requises pour l'exercice des différentes activités du métier d'infirmier.

²²² Ibid., p.45

²²³ Ibid., p.61

²²⁴ Ibid., pp. 121-122

²²⁵ Ibid., pp. 198-200

²²⁶ Annexe III à l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au Diplôme d'Etat Infirmier

- Le référentiel de formation met en place une alternance entre l'acquisition de connaissances et de savoir-faire reliés à des situations professionnelles, la mobilisation de ces connaissances et savoir-faire dans des situations de soins, et, s'appuyant sur la maîtrise des concepts, la pratique régulière de l'analyse de situations professionnelles.
- La formation est structurée autour de l'étude de situations donnant aux étudiants l'occasion de travailler trois paliers d'apprentissage :
 - « comprendre », l'étudiant acquiert les savoirs et savoir-faire nécessaires à la compréhension des situations,
 - « agir », l'étudiant mobilise les savoirs et acquiert la capacité d'agir et d'évaluer son action,
 - « transférer », l'étudiant conceptualise et acquiert la capacité de transposer ses acquis dans des situations nouvelles. »

Cette logique est analysée par Denoyel et Pesce en référence aux travaux de Peirce sur la sémiotique²²⁷, fondée sur l'explication suivante : dès qu'un signe relié à un objet se présente à la perception d'un individu, apparaît un « interprétant » dans la pensée de cet individu, bien différent de la définition statique académique. L'interprétant est une image mentale, formalisée ou non en mots. Pour les auteurs, le sens est produit par l'action, ce qui renvoie à Piaget, consistant à dire que non seulement l'individu interprète les signes quand il comprend, mais qu'il construit ensuite un sens singulier qui lui est propre.

2.4.1. Qu'entendons-nous par compétence ?

Le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière donne la définition suivante :

« La compétence est la maîtrise d'un savoir-faire opérationnel relatif aux activités d'une situation déterminée, requérant des connaissances et des

²²⁷ Denoyel, N. Pesce, S. (2009). « Raison expérientielle et habitude d'action pratique : les ingénieries réflexives sous l'angle de l'interprétant ». in Guillaumin C., Pesce S., Denoyel N. (dir.), (2009). *Pratiques réflexives en formation, ingéniosité et ingénieries émergentes*. Paris :L'Harmattan. Coll. Interfaces et transdisciplinarités. pp. 183-204

comportements. Elle est inséparable de l'action et ne peut être appréhendée qu'au travers de l'activité.²²⁸»

Différents auteurs ont défini la compétence et l'approche de Zarifian²²⁹ nous paraît significative dans le contexte qui est le nôtre :

- « prise d'initiative et de responsabilité de l'individu sur des situations professionnelles auxquelles il est confronté »
- « 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 »

La compétence vue par cet auteur nous interpelle car elle précise la notion de responsabilité, qui est d'une part pouvoir répondre de ce que l'on fait, et d'autre part se préoccuper de l'Autre, tout en laissant à cet Autre la possibilité de valider ce que l'on veut faire pour lui. Cela nous renvoie au concept du « care ». Zarifian analyse le processus qui permet à la compétence de se développer en situation. Il insiste sur le contexte, la notion d'obstacles à dépasser qui amène à rechercher des ressources et à prendre des initiatives pour résoudre le problème.

Minet reprend cette logique²³⁰, pour lui, la compétence est la mobilisation pour l'action :

- de savoirs indispensables pour comprendre la situation et les buts,
- de procédures adaptées au résultat visé,
- de techniques pour la mise en œuvre de l'action,
- de l'expérience acquise.

Il insiste également sur la notion de défi pour l'apprenant, qui le pousse à mobiliser des ressources. En outre, la compétence, indissociable de l'activité, est le fruit d'un apprentissage qui combine différents savoirs. Elle est abstraite car on ne perçoit que les manifestations de cette compétence, ou comme nous l'avons évoqué pour le « prendre soin », on la perçoit quand elle fait défaut. Pour Pastré, c'est « un ensemble complexe qui

²²⁸ Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière, (en ligne), mise à jour non renseignée, disponible sur : <http://www.sante-sport.gouv.fr>, (consulté le 23 janvier 2011).

²²⁹ Zarifian, P. (2001). *Le modèle de la compétence*. Reuil-Malmaison : Liaisons. p. 77

²³⁰ Minet, F. (2008). « Formation et logique compétence, des principes à la mise en pratique », conférence CEFIEC *Etre formateur dans une formation par compétences*, La Rochelle, 5 novembre

est fait d'habiletés, de maîtrise de procédures, de capacités de communication, de capacités à gérer ses propres ressources et, bien entendu, de savoirs conceptuels. »²³¹

Blin reprend la vision de Giddens pour une évocation de la compétence du point de vue de la psycho sociale²³² :

« conscience discursive, tout ce que les acteurs peuvent exprimer de façon verbale (orale et écrite) » et « conscience pratique, tout ce que les acteurs connaissent de façon tacite, tout ce qu'ils savent faire dans la vie sociale sans pouvoir l'exprimer directement de façon discursive. »

La notion de « connaissance tacite » résonne avec ce que nous avons pu exprimer sur la culture. Minet fait référence au constructivisme de Piaget pour modifier les compétences (assimilation, accommodation, équilibration) et reprend le cycle de Kolb pour schématiser l'apprentissage dans cette logique.

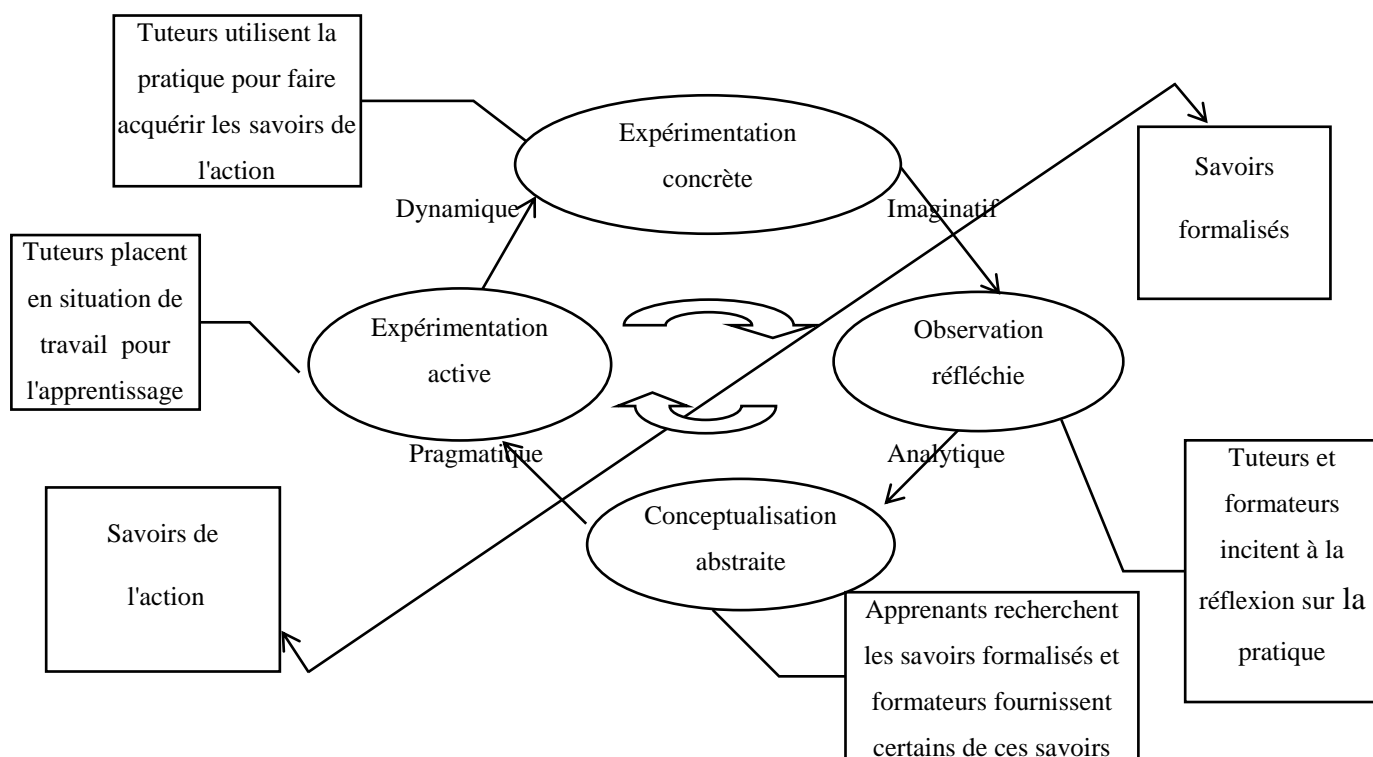


Fig.2. Styles d'apprentissage selon le cycle de Kolb, 4 phases d'un cycle²³³

²³¹ Pastré, P. (2004). « L'ingénierie didactique professionnelle » in Carré, Caspar, (2004), *op.cit.*, p. 469

²³² Giddens cité par Blin, (1997), *op.cit.*, p. 59

²³³ Minet, (2008), *op.cit.*

Nous constatons que les savoirs de l'action complètent l'acquisition des savoirs formalisés et inversement.

Scallon relève la notion de situation-problème dans la définition de Roegiers :

« La compétence est la possibilité, pour un individu, de mobiliser de manière intériorisée un ensemble de ressources en vue de résoudre une famille de situations-problèmes »²³⁴. L'intériorisation est ce qui permet au sujet d'avoir une constance dans ses comportements et habiletés, ce qui pourrait être qualifié de « style ».

Scallon a recensé différentes expressions désignant le concept de compétence²³⁵, nous en avons relevé certaines, en lien avec les traits de la culture soignante : la qualité globale de la personne, un ensemble intégré d'habiletés, l'intégration appropriée de savoirs, savoir-faire et savoir-être. En outre, il précise ce que n'est pas la compétence, évitant ainsi la confusion avec la performance, trop réductrice, ou à l'opposé une capacité abstraite décontextualisée²³⁶. De même, la compétence est plus globale que l'habileté seule, la première représentant un « savoir-agir » et la deuxième un « savoir-faire ».

Nous mesurons la nécessité d'une co-construction entre acteurs de l'alternance pour modéliser la formation sur l'approche par les compétences, ainsi que l'affirme Clénet²³⁷. Un processus alternant « faire pour comprendre » et « comprendre pour faire », sans négliger pour autant l'approche conceptuelle qui apporte une ouverture à nos pratiques. Clénet appuie sur la dimension éthique pour amener l'apprenant à donner du sens à sa pratique, pour nous, l'attitude sous-jacente du prendre soin.

Jonnaert relie la compétence au schème de Piaget²³⁸, pour lui, la compétence n'est effective que si la sollicitation des ressources met en œuvre des schèmes, définis par Vergnaud comme une « organisation invariante de la conduite d'un sujet pour une classe

²³⁴ Scallon, G. (2007). *L'évaluation des apprentissages dans une approche par compétences*. Bruxelles : De Boeck (2^{ème} édition). Coll. Pédagogie et développement. p. 105

²³⁵ Ibid., p. 104

²³⁶ Ibid., p. 103

²³⁷ Clénet, J. (2009). « La qualité de l'alternance et son développement, des sujets et leurs autoréférences en actions », in *Soins cadres*, supplément au n°70, mai. Le stage au cœur de l'apprentissage, pp. S11-S13

²³⁸ Jonnaert, P. (2002). *Compétences et socioconstructivisme, un cadre théorique*. Bruxelles: De Boeck. Coll. Perspectives en éducation et formation. p. 48

de situations ». Jonnaert rappelle que le schème opératoire est intériorisé, nous revenons ainsi sur la notion de socialisation. Nous retrouvons également la dimension complexe :

« L'architecture d'une compétence est donc très complexe. Elle s'observe en situation. La situation est mouvante et évolue en cours de traitement. Un sujet ne travaille jamais sur une situation telle qu'elle lui est suggérée mais bien sur la représentation qu'il s'en est construite. »²³⁹

Nous avons relié la compétence au modèle socioconstructiviste et devons préciser à quoi nous nous référons. Jonnaert présente le socioconstructivisme comme un paradigme épistémologique de la connaissance qui relie toutes les étapes de la construction des connaissances²⁴⁰. Dans ce courant, le postulat est que l'apprenant construit lui-même ses connaissances, à partir de ses expériences et de ses représentations, lorsqu'il est confronté à une situation nouvelle. La subjectivité est donc constitutive de cet apprentissage, de même que l'activité réflexive et dialectique. C'est grâce aux interactions avec le milieu que l'on acquiert de nouvelles connaissances et qu'on transforme ce que l'on sait déjà. Jonnaert se réfère au modèle SCI : sociologique, constructiviste, interactif. Pour lui, la compétence possède quatre qualités : construite, située, réflexive et temporairement viable. Elle possède des objectifs particuliers : solliciter et articuler plusieurs types de ressource, traiter avec un résultat positif les différents aspects d'une situation et s'assurer que les résultats de ces actions sont éthiquement et socialement acceptables. Pastré²⁴¹ renforce l'importance de la pédagogie de situations, pour une intégration des compétences dans l'action. Cela nécessite une ingénierie proposant, outre les confrontations réelles avec le milieu professionnel, différentes situations pédagogiques construites : cas concrets, situations-problème, simulation. Nous reviendrons sur ces éléments avec la pratique réflexive.

En synthèse, ce qui nous apparaît essentiel dans cette logique, c'est que la compétence sollicite différentes ressources, cognitives, procédurales, personnelles, expérientielles, comportementales, pour agir en situation, et que c'est l'acteur qui effectue ce travail, consciemment ou non. Examinons à présent plus finement le référentiel et notamment les unités d'enseignement, sous cet éclairage à la fois de la compétence et de la culture professionnelle.

²³⁹ Ibid., p. 57

²⁴⁰ Ibid., p. 64

²⁴¹ Pastré, P. (2004). « L'ingénierie didactique professionnelle » in Carré, Caspar, (2004), *op. cit.*, p. 471

Les unités d'enseignement

Une étude approfondie du référentiel de formation²⁴² est indispensable pour ne pas ignorer des éléments de base de la formation concernant la culture professionnelle. Nous avons en effet fait ressortir les finalités pédagogiques pertinentes avec notre étude, elles sont déclinées dans le référentiel sous forme d'objectifs, d'éléments de contenu et de recommandations pédagogiques. Les unités sont regroupées par champ : le champ 1 regroupe les enseignements des sciences humaines. Nous retrouvons l'objectif suivant : « développer une vision intégrée de la personne humaine et de sa santé »²⁴³ Les contenus associés se rapportent à la relation soignant-soigné, dont le concept de bientraitance. Ils développent également des concepts de base en anthropologie et ethnologie, comme le groupe, la culture, les représentations de la santé et de la maladie. L'éthique et la déontologie font partie du champ 1. L'étudiant doit identifier les valeurs de la profession d'infirmière, et explore les concepts philosophiques et éthiques suivants :

- « homme, liberté, humanité, altérité, dignité, vulnérabilité, identité sociale, reconnaissance,
- éthique, morale, déontologie, responsabilité, altérité, dilemme, conflit, consensus,
- respect, intégrité, engagement, parole donnée, impuissance,
- normes, valeurs »²⁴⁴

Cette unité vise précisément les valeurs et les droits humains et invite les étudiants à s'interroger sur leur propre système de valeurs tout comme à reconnaître celui des autres en fonction des références utilisées. Il apprend progressivement à distinguer ce qui relève du droit, de la déontologie, de la morale et de l'éthique, dans le but de situer ses actions dans un contexte sociétal porteur de valeurs humanistes.

Le champ 3 est centré sur les sciences et techniques infirmières et notamment sur le raisonnement et le jugement clinique, centré sur la personne dans son contexte. C'est l'occasion pour les étudiants de s'intéresser à l'histoire des pratiques soignantes et à la culture professionnelle au travers des différents modèles conceptuels.

²⁴² Annexe V à l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au Diplôme d'Etat Infirmier

²⁴³ Unité d'enseignement 1.1. S2 : Psychologie, sociologie, anthropologie

²⁴⁴ Unité d'enseignement 1.3 S1 : Législation, éthique, déontologie

« Les connaissances abordées permettent de situer la pratique soignante dans son contexte historique et culturel et de comprendre la démarche intellectuelle de l'étude des situations de santé et de soins vécues par les personnes »²⁴⁵.

Enfin, dans le champ 4, centré sur les interventions infirmières, les soins relationnels approfondissent la communication autant verbale et culturelle que non verbale, le toucher dans les soins et dans la relation thérapeutique. Un travail de réflexion est mené sur la posture professionnelle dans la relation soignant-soigné. Dans ce domaine, une attention particulière est soulignée par le texte :

« Les comportements professionnels font l'objet d'analyses approfondies permettant à l'étudiant de trouver une position juste et acceptable dans sa relation avec les personnes dont il prend soin. Les soins relationnels sont réalisés en stage et validés sur le portfolio ».

Nous voyons clairement ici le lien particulièrement fort mis en évidence par le législateur avec la professionnalisation et l'alternance du « prendre soin ». Les recommandations pédagogiques, quelle que soit l'unité, précisent que les cadres théoriques sont approfondis et que l'étudiant doit poursuivre ses propres recherches à partir des concepts ou des mots clés. Elles engagent les formateurs à développer des exemples pour contextualiser les savoirs, ce qui est spécifiquement la finalité des unités d'intégration des savoirs et posture professionnelle infirmière. Il y est précisé que :

« Le formateur propose des études de situation en présentant les éléments de la situation et son contexte. Il suscite le questionnement chez l'étudiant et guide celui-ci dans la recherche des informations qui lui permettront d'agir dans la situation. Enfin il travaille sur les éléments qui seront transférables dans d'autres situations ».

Cette dernière proposition est particulièrement intéressante car elle amène les apprenants à travailler sur les schèmes d'action ou invariants que nous avons évoqués précédemment à partir de situations pédagogiques variées proposées par les formateurs.

²⁴⁵ Unité d'enseignement 3.1.S1 : Raisonnement et démarche clinique infirmière

Qu'en est-il du stage clinique ?

Le référentiel présente plusieurs modalités pédagogiques²⁴⁶ selon la définition du stage clinique au niveau européen. La directive européenne 2005-36 précise ce qui est entendu par « stage clinique » :

« L'enseignement clinique se définit comme étant le volet de la formation d'infirmier par lequel le candidat infirmier apprend, au sein d'une équipe, en contact direct avec un individu sain ou malade et/ou une collectivité, à organiser, dispenser et évaluer les soins infirmiers globaux requis à partir des connaissances et compétences acquises²⁴⁷. »

Les modalités comportent différents axes :

- la confrontation avec la pratique soignante et sa formation grâce aux activités qu'il réalise, puis à leur analyse autant avec les professionnels du terrain qu'avec les formateurs, en « instantané » ou en différé.
- La double finalité du stage, lieu d'intégration de connaissances déjà construites par l'étudiant et d'acquisition de nouvelles connaissances grâce aux situations rencontrées.
- L'accompagnement de la démarche réflexive par le professionnel-tuteur et par le formateur, afin de développer chez le futur professionnel non seulement des compétences mais aussi une posture réflexive sur laquelle il s'appuiera durant toute sa vie professionnelle.

Le référentiel précise les objectifs des stages, que nous ne détaillerons pas ici. Nous avons simplement relevé ceux qui sont en rapport avec notre recherche :

- « acquérir une posture réflexive, en questionnant la pratique avec l'aide des professionnels,
- centrer son écoute sur la personne soignée,
- reconnaître ses émotions et les utiliser avec la distance professionnelle qui s'impose,

²⁴⁶ Annexe III à l'arrêté du 31 juillet 2009, art. 6

²⁴⁷ Directive Européenne sur la reconnaissance des qualifications – JOCE du 30.9.2005

- prendre la distance nécessaire et canaliser ses émotions et ses inquiétudes »

Nous ne négligeons pas les objectifs centrés sur l'acquisition des habiletés gestuelles, bien sûr essentiels, mais nous les envisageons plus comme révélateurs de dispositions relationnelles et éthiques par rapport à l'Autre. Grâce à l'étude des référentiels, nous pouvons constater qu'ils offrent de multiples opportunités voire des injonctions pour travailler sur l'intégration de valeurs, d'attitudes et de gestes professionnels. Il nous reste donc à étudier les postures des formateurs et des professionnels qui vont mettre en œuvre ce processus, du point de vue des prescriptions du texte et des sciences de l'éducation.

2.4.2. Le formateur dans une formation basée sur les compétences

Geay présente ainsi la dimension didactique de l'alternance : la rencontre de deux désirs, celui du formateur et celui de l'apprenant²⁴⁸. Dans ce cadre épistémologique, l'enseignant devient formateur, car il ne s'agit plus de transmission de savoir, mais de partage d'expériences entre adultes. Il adopte une posture d'accompagnateur, de médiateur. Une étude réalisée par Péoc'h²⁴⁹ a approfondi la notion d'accompagnement du formateur en IFSI. Elle montre que de nombreux dispositifs existent de façon empirique et ne sont pas explicitement exprimés en termes d'accompagnement. Pourtant, c'est essentiellement dans ces espaces de la formation que sont travaillées les représentations et valeurs professionnelles avec les étudiants. L'auteure formalise notamment un « mode d'accompagnement pédagogique dialogique » qui touche à la sphère personnelle et existentielle. Elle compare le formateur à un « éveilleur » qui guide l'apprenant dans la conscientisation de ses valeurs, de ses modes de fonctionnement, grâce à une démarche réflexive. Il stimule ainsi des « potentialités existentielles, psychologiques, et culturelles ». Il est intéressant de noter le parallèle qu'elle établit entre le « prendre soin » du patient et celui de l'étudiant, les deux étant à considérer dans leur globalité et à respecter dans leur progression individuelle.

Nous avons vu que le « care » relevait de l'attention portée à l'autre, il s'agit donc pour le formateur de développer une compétence relationnelle, à l'interface du personnel et

²⁴⁸ Geay, (1998), *op.cit.*, p. 62

²⁴⁹ Péoc'h, N. (2008). « L'accompagnement de l'étudiant en soins infirmiers, une pratique entre l'explicite et l'implicite », in *soins cadres de santé*, n°66, mai, pp. 51-55

du professionnel. Cet apprentissage difficile touche plusieurs dimensions de la formation : l'exploration de ses valeurs personnelles à des fins professionnelles, la réflexion éthique sur la conception de l'homme et de la santé, l'étude des relations soignant-soigné²⁵⁰. Le formateur doit sortir d'une logique de disciplines pour entrer dans une logique de compétences transférables, couvrant plusieurs disciplines, et travaillées à partir de situations emblématiques. Cela nécessite une approche inductive et expérientielle de la formation, à partir de situations professionnelles qui sont problématisées. La difficulté pour les formateurs est de trouver la place des enseignements généraux, devenus ressource de la compétence, mais ne devant pas être réduits à de simples outils. Ils méritent d'être approfondis pour eux-mêmes car ils permettent d'accéder au raisonnement logique et à la culture. « Le problème n'est donc pas seulement de partir de la pratique, il est aussi de ne pas y rester ! »²⁵¹

Grâce au partenariat et à l'analyse des situations, les formateurs peuvent « repérer les savoirs en usage et les savoirs-outils (fondamentaux) permettant de poser et résoudre les problèmes, d'analyser et comprendre les situations. »²⁵² Nous voyons que travailler à partir des situations-problèmes complexes est une compétence à développer chez les formateurs. Le référentiel précise la posture pédagogique à plusieurs niveaux.

A l'institut de formation, nous avons vu que la pédagogie vise la construction de savoirs par l'étudiant. Elle s'appuie sur des valeurs humanistes, adaptées en fonction de la diversité des situations vécues par les personnes.

« Le formateur développe des stratégies qui aident l'étudiant dans ses apprentissages en milieu clinique. Il trouve des moyens qui affinent le sens de l'observation et permettent à l'étudiant d'exercer sa capacité de recherche et de raisonnement dans ses expériences. »

Il doit construire ses interventions pour amener l'apprenant à faire des liens entre toutes les données objectives d'une situation, les représentations de chaque acteur, le contexte, etc. Il accompagne l'apprenant dans l'acquisition d'un raisonnement inductif, analogique ou déductif. Le texte insiste sur la médiation du formateur dans l'étude des

²⁵⁰ Chetelat-Beguet, C., Froger, O. (2010). « L'enseignement de la relation professionnelle » in *Soins cadres*, n°76, novembre. pp. 43-45

²⁵¹ Geay, (1998), *op.cit.*, p. 68

²⁵² Ibid., p. 66

représentations, et l'analyse des conflits socio-cognitifs. A partir de ces attentes, nous pouvons nous interroger sur la complexité de la place du formateur, peu préparé d'emblée à cette logique. La formation se déroule à part égale entre l'IFSI et le terrain professionnel, nous devons nous pencher tout particulièrement sur les soignants que va rencontrer l'étudiant, avant d'envisager les liens qui existent avec les formateurs.

2.4.3. Les liens entre les formateurs et les acteurs professionnels.

« Des liens forts sont établis entre le terrain et l'institution de formation, aussi les dispositifs pédagogiques et les projets d'encadrement en stage sont-ils construits entre des représentants des IFSI et des lieux de soins et sont largement partagés. »

Le texte précise le rôle de chacun des acteurs de la formation et particulièrement sur celui du tuteur de stage, ce qui représente une innovation dans le domaine de la formation infirmière, et correspond à l'importance de la construction de la compétence en situation professionnelle.

Le tuteur de stage

Avant de reprendre le référentiel, nous nous appuyons à nouveau sur Geay pour appréhender cette fonction. Cet auteur a établi un rapprochement du tutorat avec le compagnonnage qui nous a interpellés. En effet, Geay²⁵³ définit l'apprentissage chez les compagnons comme un « *modèle culturel* ». C'est pourquoi nous avons voulu effectuer un détour par cette notion avant d'approfondir le tutorat. Pour Denjean, il dépasse la formation technique pour se centrer sur l'acquisition de codes, de valeurs et d'une culture forte²⁵⁴. Guédez précise :

« Doublée d'un apprentissage moral, l'acquisition des connaissances professionnelles l'est aussi d'un apprentissage proprement philosophique. Des idées circulent en même temps que des savoir-faire »²⁵⁵.

²⁵³ Ibid., p. 14

²⁵⁴ Denjean, M. (2002) « Compagnonnage et compétences », fiche technique du CEDIP n°22, *La lettre du CEDIP*. Ressource en ligne. Consultée le 3/04/11.
http://www.cedip.equipement.gouv.fr/IMG/pdf/ftechnique22a4_cle577277.pdf

²⁵⁵ Guédez, A. (1994). *Compagnonnage et apprentissage*. Paris : PUF. p. 30

L'organisation compagnonnique repose donc sur un système de valeurs partagées avec des obligations et des droits dont les maîtres d'apprentissage sont les garants. Guédez développe la transmission de ces valeurs :

« Véritables gardiens du savoir, les Anciens sont investis d'un tel rôle en fonction de leur compétence plutôt que de leur âge. (...) seules importent l'expérience du tour et une qualité à la fois professionnelle et humaine »²⁵⁶.

Le compagnonnage facilite donc l'intégration des apprenants au sein d'une culture professionnelle. Il repose sur la réalisation d'activités professionnelles en présence d'un pair qui transmet ses connaissances et son savoir-faire par la démonstration. Ainsi, comme nous l'explique Denjean²⁵⁷, l'interprétation des valeurs, de la culture, la confrontation aux stratégies des différents acteurs, l'apprentissage du langage amènent l'apprenant à construire son identité professionnelle et sa propre représentation de son environnement de travail. En ce sens le compagnonnage, s'il est une dimension de l'encadrement, semble particulièrement correspondre à nos interrogations. De plus, la réforme de 2009 allonge la durée des stages de quatre à dix semaines, ce qui devrait faciliter cette dimension d'accompagnement. Paul évoque une figure de mentor dans l'accompagnement :

« le mentor fait partie de ces figures d'accompagnement qui se justifient par le fait qu'un individu ne peut se développer par le seul contact avec des pairs : il a besoin d'être au contact avec des aînés. »²⁵⁸

Cependant, l'encadrement des étudiants infirmiers ne peut se réduire à un compagnonnage, trop axé sur la transmission. Le tutorat apporte la dimension réflexive que nous approfondirons lorsque nous traiterons la professionnalisation. Selon Geay, le tutorat doit être institué dans le cadre de l'alternance partenariale, concept repris à Fonteneau. Il est enfin (et seulement aujourd'hui ...) inscrit officiellement dans le référentiel infirmier, même si de nombreux établissements et instituts ont déjà formalisé le tutorat et élaboré des formations. Cette « officialisation » peut changer la conception de l'encadrement des étudiants car elle précise la fonction pédagogique attendue du tuteur. La pratique

²⁵⁶ Ibid., p. 83

²⁵⁷ Denjean, (2002), *op. cit.*

²⁵⁸ Paul, M. (2002). « L'accompagnement : une nébuleuse », in *Education permanente*, n° 153, avril, p. 48

d'encadrement, bien que constitutive du rôle infirmier²⁵⁹, est jusqu'à aujourd'hui fondée sur le volontariat et la disponibilité dans un contexte ponctuel. La réforme infirmière devrait amener à identifier les professionnels et à décliner leurs compétences, ce qui suppose un référentiel « tuteur ». Le rôle des tuteurs est l'accompagnement des étudiants dans l'acquisition de compétences en situations réelles. Pour Geay, les tuteurs ne se substituent pas aux formateurs, ils ne sont pas là pour « appliquer » les cours. Ils représentent la partie pédagogique du stage et travaillent en collaboration avec les formateurs, à partir d'outils co-construits. Ils ont pour mission de placer les apprenants en situation pour qu'ils vivent les différentes dimensions du métier, ces situations étant formatrices, dans lesquelles l'apprenant est obligé de s'engager, et même de prendre des risques. Il évoque, outre la transmission de pratiques, une mission de socialisation professionnelle²⁶⁰:

« échange symbolique fort dans lequel les tuteurs mettent en œuvre leur rôle d'aîné par rapport à des jeunes en remaniement identitaire. Ces jeunes vont alors construire leur identité professionnelle par des identifications successives à des adultes pris comme modèles de rôles professionnels. »

Selon Paul²⁶¹, l'accompagnement constitue une posture spécifique qui nécessite de la part du professionnel de savoir combiner des compétences issues de pratiques diverses. Accompagner sous-entend d'être à côté de l'autre. Elle dégage quatre notions principales de l'accompagnement :

- La secondarité, qui place la personne accompagnée au premier plan et non l'accompagnant.
- L'ensemble, qui suppose la création d'une « unité impliquant des relations entre les éléments du binôme »²⁶².
- Le cheminement, « faire route ensemble »²⁶³, qui entend la notion de progression.
- La transition, qui donne une dimension provisoire à l'accompagnement.

²⁵⁹ Article R4311-15 du code de la Santé Publique. Livre III. Titre I^{er} : profession d'infirmier ou d'infirmière. Exercice de la profession- actes professionnels.

²⁶⁰ Geay, (1998), *op.cit.*, p. 163

²⁶¹ Paul, M. (1994). *L'accompagnement, une posture professionnelle spécifique*. Paris : L'Harmattan. 356p.

²⁶² Ibid., p.58.

²⁶³ Ibid., p.58

Cette dernière notion nous paraît importante, car l'apprenant ne doit pas devenir dépendant du tuteur. L'aliénation peut se retrouver dans la formation tout comme dans la culture. Perrenoud précise sa conception du tuteur²⁶⁴, et le qualifie même de « praticien-formateur » qui:

- aide à expliciter les attentes de part et d'autres,
- peut verbaliser ses raisonnements et décisions,
- ne cherche pas à être un modèle à tous prix évitant ainsi la « comédie de la maîtrise »,
- sait exprimer ses interrogations, ses peurs, parfois son ignorance,
- accepte les différences,
- saisit les erreurs comme des opportunités de progression.

Nous percevons les différentes facettes de l'encadrement de l'étudiant en stage, cristallisées sur le tuteur qui en est le parangon : l'accueil des étudiants, la collaboration avec l'institut sur la base d'un référentiel commun, l'organisation du parcours de l'apprenant dans le stage, la transmission des habiletés professionnelles, l'accompagnement et l'évaluation. Nous ne pouvons pas occulter cependant le contexte de travail des tuteurs, confrontés à des logiques paradoxales, entre les valeurs professionnelles dont ils voudraient être porteurs, et la réalité économique de la santé²⁶⁵. Que trouvons-nous dans le référentiel à propos de la posture du tuteur ? De nombreuses similitudes apparaissent avec les points des auteurs cités.

Le tuteur est identifié pour assurer la fonction pédagogique durant le stage. Il est volontaire, expert dans un domaine de soins. Le référentiel préconise des compétences pour l'encadrement de même que la connaissance des référentiels liés à la formation infirmière. La mission d'accompagnement est soulignée, le tuteur étant un médiateur, un pivot qui oriente les étudiants vers des ressources formatrices et fédère les observations des professionnels ayant travaillé avec eux. Il peut ainsi formaliser leur progression sur leur portfolio en cours et à la fin du stage, lors d'entretiens. Il suit des relations régulières

²⁶⁴ Perrenoud, P. (2001) (1). « Mettre la pratique réflexive au centre du projet de formation ? », in *Cahiers Pédagogiques*, n° 390, janvier, pp. 42-45

²⁶⁵ Chetelat-Beguet, Froger, (2010), *op.cit.*, p. 45

avec le formateur de l'institut de formation, référent du stage. Il propose des solutions en cas de difficultés ou de conflits.

Le référentiel décrit également les missions de professionnels de proximité, qui seraient plus dans une dimension de compagnonnage et donc peut-être plus à même de permettre aux étudiants d'appréhender la culture soignante au quotidien, dans les gestes professionnels. Ils sont en effet tenus d'explicitier leurs interventions, de nommer sur quels savoirs ils s'appuient. Ils accompagnent aussi les stagiaires dans l'explicitation de leurs apprentissages et permettent au tuteur d'avoir une vision transversale de la progression des étudiants. Ils ont des contacts avec le tuteur afin de faire le point sur l'encadrement de l'étudiant de manière régulière.

Le référentiel a prévu les missions du formateur au niveau du stage, identifié comme référent. Outre son rôle d'encadrement ponctuel, il organise des regroupements, innovation du texte de 2009, destinés à réaliser des analyses de la pratique professionnelle. Ces séances rassemblent les trois partenaires de l'alternance dans une situation formatrice et réflexive. Enfin, le formateur assume le lien global et transversal de la formation en réalisant le suivi pédagogique individuel de l'étudiant chaque semestre et en guidant les orientations de l'étudiant pour la suite du parcours. Nous percevons ainsi que le tuteur, même s'il permet à l'étudiant de se professionnaliser sur le lieu d'exercice infirmier, n'a une intervention que limitée dans la temporalité de la formation. C'est le formateur responsable du suivi pédagogique qui va amener l'étudiant à faire les liens de toutes ses expériences et acquisitions. Les éléments relatifs à la culture professionnelle entrent dans ce cadre.

Après avoir exploré les dimensions théoriques et pragmatiques de la formation infirmière, il nous semble important de nous approcher au plus près de la complexité de la construction professionnelle et donc d'approfondir le concept de professionnalisation.

3. LA PROFESSIONNALISATION

Nous assistons actuellement à un renforcement de la professionnalisation des formations, forme de réaction contre un courant trop scolaire qui séparait le savoir, (réservé exclusivement à l'école), de la pratique. Le modèle de la compétence est en pleine émergence, ce qui signifie l'intégration des expériences dans la formation comme objet de savoir et pas seulement comme mise en œuvre de la théorie, et une alternance axée sur les compétences. Pourquoi nous intéresser à la professionnalisation dans le cadre de notre recherche ? Tout d'abord, parce que celle-ci s'inscrit dans un contexte prescriptif en lien avec le programme des études axé sur ce processus. La finalité première de référentiel de 2009 est très claire :

« Le référentiel de formation des infirmiers a pour objet de professionnaliser le parcours de l'étudiant, lequel construit progressivement les éléments de sa compétence à travers l'acquisition de savoirs et savoir-faire, attitudes et comportements. »²⁶⁶

Mais au-delà de l'attente officielle, la dynamique d'apprentissage dans une optique de professionnalisation est particulièrement adaptée à l'acquisition progressive d'une culture soignante puisqu'elle s'appuie sur les interactions socio-professionnelles. L'apprenant acquiert une culture professionnelle grâce aux confrontations réitérées avec le milieu professionnel, mais nous nous intéresserons tout autant à la façon dont ces expériences prennent un sens dans un dispositif basé sur l'alternance. Après avoir défini le concept et ses approches, nous en verrons les intérêts et les limites. Nous consacrerons ensuite une partie aux méthodes pédagogiques facilitant le processus, en approfondissant le travail sur les représentations et la pratique réflexive.

²⁶⁶ Annexe III à l'arrêté du 31 juillet 2009, *op. cit.*, art . 1

3.1. Définitions et processus

Nous allons tenter de définir ce concept, avant de l'aborder dans le cadre de la formation infirmière. La vision de Dubar nous en donne une idée générale: « la professionnalisation ne sera pas se confondre avec l'autre, mais se construire grâce à son contact et en se différenciant de lui »²⁶⁷. Wittorski introduit également la notion de transformation des personnes par l'action²⁶⁸. Après ce que nous avons étudié en lien avec la culture et la formation, nous percevons d'autant plus que ce sont les sujets dans leur globalité qui évoluent et non uniquement leurs pratiques professionnelles. Pour autant, leur construction, ou plutôt leur transformation, va s'exprimer dans leurs attitudes et comportements professionnels. En sociologie, Blin pense que le dispositif de professionnalisation doit permettre de développer l'identité, les compétences et attitudes professionnelles avec pour finalité

« le développement professionnel défini comme l'ensemble des transformations individuelles et collectives de compétences et de composantes identitaires mobilisées ou susceptibles d'être mobilisées dans des situations professionnelles. »²⁶⁹

Ce même auteur prône une stratégie de professionnalisation (a contrario d'une stratégie de prolétarianisation qui codifie les comportements), qui guide vers l'autonomie et la responsabilisation des individus et des collectifs ; la formation doit donc réussir à former des praticiens réflexifs et autonomes (termes que nous retrouvons dans le référentiel infirmier) tout en sachant que l'autonomie ne peut résulter d'une injonction mais se construit sur des compétences claires.

« Être professionnel, c'est être capable de se construire sa propre pratique, ses propres outils en relation avec ses pairs dans le cadre d'une éthique et d'objectifs généraux. La possession d'un savoir spécifique à un groupe

²⁶⁷ Dubar, C. (2001). *La crise des identités. L'interprétation d'une mutation*. Paris: PUF. (2^{ème} édition). p. 95

²⁶⁸ Wittorski, R. (2007). *Professionnalisation et développement professionnel*. Paris : L'Harmattan. coll. Action et Savoir. p. 32

²⁶⁹ Blin, (1997), *op.cit.*, p. 211

d'acteurs constitue la ressource indispensable à toute démarche de professionnalisation de ce groupe. »²⁷⁰

Blin cite Perrenoud qui met en évidence le paradoxe de la confrontation des apprenants avec des professionnels qui ne sont pas toujours réflexifs mais plutôt fixés sur des pratiques routinières. Il insiste sur la nécessité de développer la pensée réflexive chez les encadrants. Nous retrouvons cette approche chez Le Boterf²⁷¹ qui l'associe au développement des compétences opérantes en situation de travail, connues ou non. Dans une dimension plus opérationnelle, pour Conjard et Devin, la professionnalisation :

« définit un processus d'accroissement de capacités à faire face à des situations complexes, en combinant des capacités d'analyse et de résolution de problème avec la mise en œuvre de techniques peu courantes, voire innovantes »²⁷²

3.1.1. Essor de la notion de professionnalisation

Ce concept très actuel et prépondérant dans les formations professionnelles initiales ou continues, est pourtant récent. Nous pouvons situer son essor dans les années quatre-vingt, simultanément avec la notion de compétence, au lendemain de la crise économique des années soixante-dix. Elle se substitue à la qualification, plus axée sur le savoir-faire et sur la performance. Wittorski établit un rapport avec la responsabilisation et la pensée libérale où chaque individu est responsable de son efficacité. De même, il y associe la notion de citoyen appartenant à une communauté et cite Bourdoncle qui a étudié la professionnalisation des enseignants. Il introduit l'idée de formation en communautés de pairs (confréries), avec une notion de hiérarchie.²⁷³

²⁷⁰ Ibid., p. 208

²⁷¹ Le Boterf, G.(2006). *Ingénierie et évaluation des compétences*. Paris : éd. D'Organisation. (5^{ème} éd.). Fiches 62, 63, 67

²⁷² Conjard , Devin, (2007), *op.cit.*, p. 22

²⁷³ Wittorski, (2007), *op.cit.*, pp. 16-17

3.1.2. Les différentes approches

Le Boterf²⁷⁴ s'est intéressé à l'ingénierie des parcours de professionnalisation. Les formations par alternance, centrées sur la professionnalisation, font intervenir de multiples acteurs, tant en qualité qu'en quantité. Il est donc indispensable de construire et d'entretenir une collaboration entre ces différents intervenants pour rester dans une organisation globale et non une juxtaposition d'interventions. Les parcours des apprenants sont individualisés, et donc chaque intervenant doit apporter sa contribution au parcours en cohérence. La coordination permet de maintenir ce dispositif. On ne peut pas professionnaliser les personnes, ce sont elles qui se professionnalisent en trouvant un contexte favorable, une motivation. Le développement des compétences ne relève plus seulement de la formation, mais aussi des parcours individualisés avec diverses opportunités de professionnalisation. Le Boterf a modélisé le schéma de l'action compétente, autour du dispositif de formation.

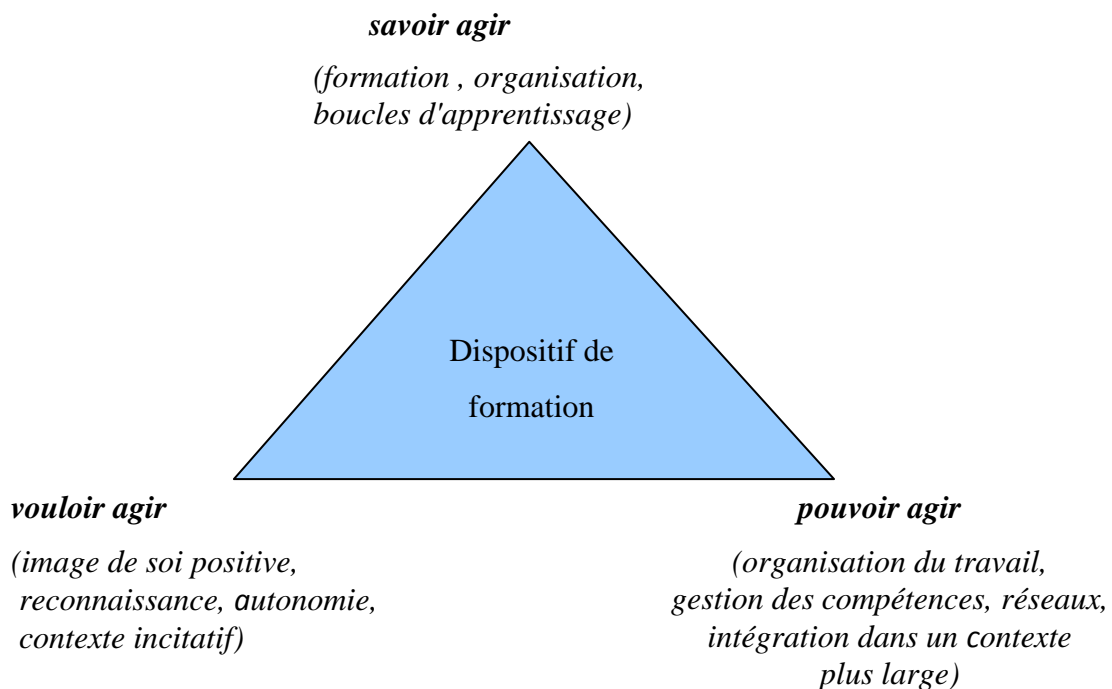


Fig.3 Schéma de l'action compétente²⁷⁵

²⁷⁴ Le Boterf, G. (2004). « Ingénierie de la formation : quelles définitions et quelles évolutions ? » in Carré, Caspar, (2004), *op.cit.*, pp. 365-382

²⁷⁵ Ibid., p. 377

Wittorski recense différentes approches du processus, dont certaines sont pertinentes avec l'intégration de l'implicite :

- la clinique de l'activité de Clot ; cet auteur introduit la notion de « réel de l'action » qui dépasse ce qui est observable, ce qui est effectif, donc avec un genre (règles d'une profession donnée) et un style (touche personnelle qui se démarque des règles de la communauté). Pour lui, il existe une triple détermination de l'action : le sujet, l'objet et les autres²⁷⁶,
- la notion d'invariant de l'action en lien avec la didactique professionnelle de Pastré²⁷⁷, et celle de schème qu'elle produit, liée à la vision sociologique constructiviste de Bourdieu, l'habitus et les déterminismes culturels et sociaux. Nous avons déjà abordé ces notions lorsque nous avons exploré la culture et la formation, et nous constatons qu'elles sont présentes chez tous les auteurs qui traitent de la professionnalisation, ce qui renforce leur poids. Nous pouvons penser qu'elles existent avant la formation, plus ou moins latentes, et que le dispositif va les révéler,
- le courant de l'action située de Paquay (2004) qui oblige à toujours replacer l'action dans un contexte avec toutes ses dimensions, cognitive, affective et matérielle. Il existe un couple action-sujet, avec une classification par types qui permet de réagir par analogie. Les conditions sont réparties entre l'individu (interne) et l'environnement (externe). Cette approche concerne à chaque instant l'infirmier, qui bien sûr s'appuie par analogie à des expériences, mais évolue dans des contextes très variés et avec des individualités multiples.

Le développement professionnel

Wittorski différencie l'apprentissage (dans une situation donnée) et le développement (transformation sur le long terme).²⁷⁸ Il rappelle les différents niveaux d'apprentissage dont l'inférieur est le conditionnement et le supérieur la réflexivité. Il fait référence à Bandura et l'apprentissage social et surtout à Vygotski pour l'intériorisation progressive de l'action par le langage (d'où l'importance de l'oral et de l'écriture professionnelle) dans un

²⁷⁶ Wittorski, (2007), *op.cit.*, p. 34

²⁷⁷ Pastré, P., Mayen, P., Vergnaud, G. (2006). « La didactique professionnelle » in *Revue française de pédagogie*, n°154, janvier-février-mars. pp. 145-198

²⁷⁸ Wittorski, (2007), *op.cit.*, p. 39

contexte culturel. Nous percevons le lien entre les niveaux culturel et cognitif. Il recense six thèses sur le développement professionnel :

- l'incorporation croissante des compétences à l'action (Leplat),
- la construction du sens des actions par l'individu, à partir de l'expérience. L'expérience est une construction subjective, qui s'appuie sur les actions réalisées, d'où l'importance d'une prise de conscience (Dubet). D'autres auteurs comme Mezirow, expliquent qu'apprendre transforme les expériences passées et les fait envisager sous un autre jour,
- Le socio-constructivisme et les interactions entre le sujet et le contexte, avec l'importance du conflit socio-cognitif comme facteur d'apprentissage²⁷⁹,
- Le développement de soi par l'écriture biographique qui permet de se réapproprier des expériences,
- La construction de soi par la confrontation à plusieurs mondes, qui fait particulièrement écho à notre recherche. Elle permet d'aborder la notion de responsabilité professionnelle et celle de reconnaissance sociale, avec des actions dirigées par des normes culturelles spécifiques²⁸⁰.

« L'apprentissage en situation se présente [] comme le résultat d'un processus de confrontation de la personne à un contexte à la fois matériel, culturel et social objectif dans lequel cette personne redéfinit subjectivement ce contexte en fonction du sens donné à son activité. »²⁸¹

Nous terminerons cet inventaire par une approche du développement professionnel encore plus en lien avec la formation : l'apprentissage informel par soi, les autres et les choses,²⁸² (Galvani, Pineau), les niveaux auto-, hétéro-, éco- formation sur lesquels s'appuient Carré, Enlart, avec un lien avec le sentiment d'auto-efficacité (Bandura) et avec la mètis. Cette approche ternaire mérite qu'on s'y arrête car elle permet une réflexion sur les niveaux de construction de notre ingénierie. Ces trois niveaux sont les suivants :

- Un *micro-niveau*, psychopédagogique, axé sur le sujet, sa motivation, son projet personnel, ses apprentissages ; nous sommes dans l'autoformation,

²⁷⁹Ibid., p. 46

²⁸⁰ Ibid., p. 49

²⁸¹ Zeitler cité par Wittorski, *ibid.*, p. 49

²⁸² Ibid., p. 44

- Un *méso-niveau*, technico-pédagogique, niveau de l'ingénierie, des dispositifs, des méthodes, avec des aides extérieures à l'auto-formation ; cela est désigné par l'hétéro-formation,
- Un *macro-niveau*, socio-pédagogique, constitué par l'environnement social et naturel non explicitement prévu à des fins éducatives, mais dans le quel évolue l'apprenant ; c'est l'éconiveau.

Nous retrouvons cette typologie chez différents auteurs comme Enlart²⁸³, ou Carré :

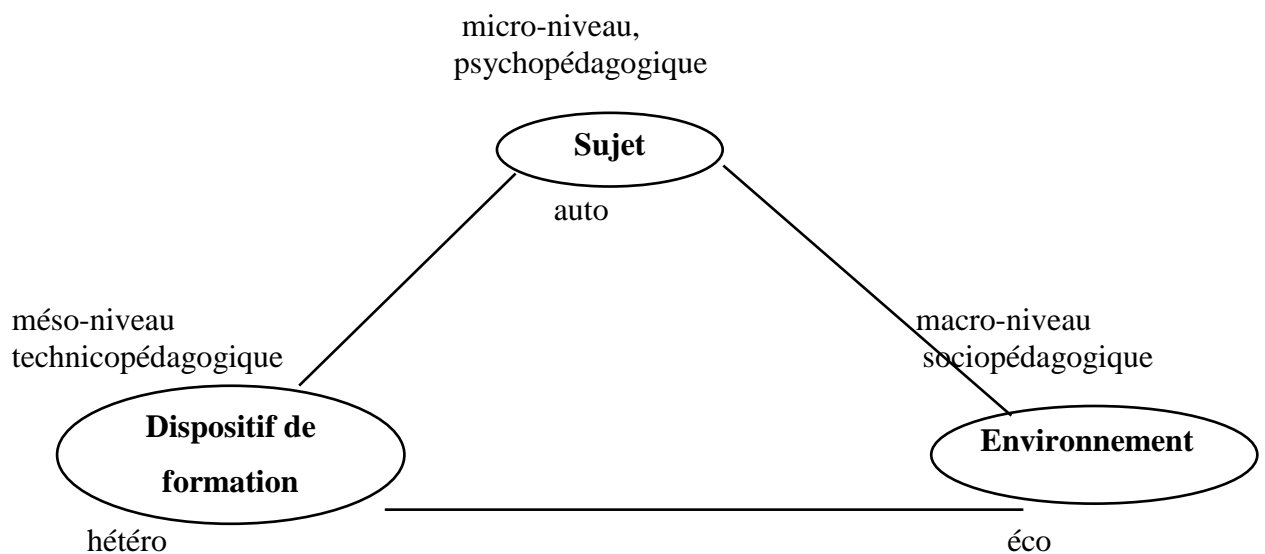


Fig.4 approche ternaire de la formation²⁸⁴

Avant d'approfondir la démarche de professionnalisation en formation, il nous semble nécessaire de soulever un problème éthique lié à l'engouement pour ce nouveau concept.

Limites du concept

Pour les organisations, le lien fort avec la notion de compétence, renforce l'idéologie libérale de flexibilité du travailleur. Il doit aller au-delà de l'exécution et se servir de son expérience pour créer des ressources supplémentaires, subjectives. Wittorski met en garde contre une fonction de la professionnalisation : amener l'individu à accepter que les

²⁸³ Enlart, S. (2007) . *Concevoir des dispositifs de formation d'adultes: du sacre au simulacre de changement*, Paris : Demos. p. 20

²⁸⁴ Carré, Moisan, Poisson, (2002), *op.cit.*, p. 36

changements professionnels vécus soient différents de ceux annoncés. Il considère cette notion réductrice car elle est souvent ramenée à la compétence, aux nécessités du travail, en occultant les aspirations personnelles et culturelles.²⁸⁵

3.2. Professionnalisation et formation

Wittorski s'intéresse au versant professionnalisant de la formation²⁸⁶ qui revêt deux aspects : l'autoformation et l'alternance. Tous deux reposent sur une articulation entre le milieu du travail et la formation, donc entre une action pratique et la réflexivité. Il évoque le « fameux » praticien réflexif de Schön²⁸⁷, qui construit des savoirs d'action dans l'après-coup. Il fait référence au compagnonnage, à la transmission et à la médiation que nous avons développés en lien avec la formation en alternance. Péoc'h met l'accent sur l'accompagnement de l'étudiant dans une dimension éthique et anthropologique, personnalisée pour la professionnalisation²⁸⁸.

Une étude de Davis vient apporter une vision moins personnalisée du processus de transformation que vivent les étudiants infirmiers, au fur et à mesure de la confrontation de leurs représentations avec le milieu professionnel. Selon Davis, il va ainsi incorporer les valeurs, les normes de la profession. Davis a mené une enquête auprès de cinq promotions successives d'infirmières. Il présente cette socialisation en six stades²⁸⁹:

- *L'innocence initiale* avec des représentations idéalisées et stéréotypées de la profession,
- *La conscience d'incongruité*, car l'étudiant perçoit le décalage entre les idéaux et le monde professionnel approché ; l'auteur parle de "choc de la réalité",
- *Le déclic*, l'apprenant commence à entrevoir ce qu'on attend de lui pour être intégré,
- *La simulation du rôle* avec une notion d'aliénation et de rôle à jouer même au prix de l'inauthentique,

²⁸⁵ Wittorski, (2007), *op.cit.*, pp. 22-23

²⁸⁶ Ibid., pp. 27-29

²⁸⁷ Schön D. (1984). *Le praticien réflexif, à la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*. Montréal : Ed. Logiques

²⁸⁸ Péoc'h, (2008), *op.cit.*, p. 55

²⁸⁹ Dubar, (2010), *op.cit.*, pp. 136-137

- *L'intériorisation anticipée* avec la formation d'une dualité entre le moi du départ et le moi professionnel nécessaire pour sa carrière,
- *L'intériorisation stable et durable*, qui serait l'aboutissement de la professionnalisation avec l'acquisition des réflexes professionnels, l'incorporation du rôle et l'installation dans une nouvelle appréhension professionnelle du monde, renforcée par les contacts réguliers des pairs.

Le Boterf introduit la notion de parcours, basé sur des situations en formation et en milieu de travail. Il fait un focus sur la pratique réflexive, la distanciation, et la collaboration des partenaires de l'alternance. Le rôle de l'institut est d'organiser cette collaboration, les parcours, de proposer différentes méthodes d'apprentissage.²⁹⁰ L'auteur schématise le plan de formation d'un dispositif professionnalisant de la façon suivante :

- « approfondir les ressources mobilisables pour agir avec compétence,
- développer les résolutions de situations-problèmes favorables au savoir combinatoire,
- favoriser la formation de l'identité professionnelle, grâce à l'articulation des ressources et des situations professionnelles,
- entraîner à la réflexivité,
- favoriser l'entraide dans le travail collectif,
- aider à construire le projet professionnel. »

Nous nous appuyerons sur ces différentes étapes dans notre développement.

3.2.1. La spécificité de « l'apprentissage » de la culture professionnelle

Ce domaine est bien particulier, nous l'avons constaté à plusieurs reprises. Le caractère implicite est récurrent, c'est pourquoi nous avons souhaité nous référer à l'apprentissage communicationnel²⁹¹ de Mezirow qui nous semble correspondre à notre champ d'étude. En effet, ce type d'apprentissage vise la compréhension de ce que veulent dire les autres, de leurs intentions, leurs valeurs, leurs sentiments. Il se différencie par

²⁹⁰ Le Boterf, (2006), *op.cit.*, Fiches 62, 63,67.

²⁹¹ Mezirow, (2001), *op.cit.*, pp.93-103

conséquent de l'apprentissage instrumental plus axé sur la technique. Il s'intéresse à l'intersubjectivité, soit le « processus de mise en rapport à l'autre considéré comme sujet psychologique (c'est-à-dire comme agent semblable à soi) et non comme objet à maîtriser et à manœuvrer. »²⁹² L'apprenant possède une intention et construit son cheminement grâce à des confrontations sociales ; il utilise aussi bien pour cela le langage que le geste. Par ailleurs, Mezirow souligne le paradoxe de l'implication : plus il y a d'implication et donc d'appropriation, moins nous sommes conscients de nos connaissances ou compétences.²⁹³ Cette remarque nous semble importante car lorsque la culture est implicite et profondément ancrée, elle est inconsciente pour les professionnels, ce qui la rend difficile d'accès et encore plus à exprimer.

3.2.2. Les ressources mobilisables en rapport avec la culture professionnelle

Cette phase consiste à se demander : « lorsque j'agis ou que je vois agir en milieu professionnel, quels sont les savoirs, les schèmes ou les expériences sur lesquels je m'appuie ? » Nous passerons rapidement sur les ressources du référentiel car nous les avons largement abordées précédemment lors de son analyse. Il ne s'agit donc pas ici de les répertorier, mais plutôt de rendre le projet pédagogique suffisamment explicite pour que l'apprenant repère ces ressources. Dans le champ de la culture et du « prendre soin », les ressources ne vont pas de soi car elles appartiennent au champ « historico-herméneutique » tel que le désigne Habermas, repris par Mezirow²⁹⁴. Il est donc illusoire ou en tous cas peu réaliste de penser que l'apprenant va être totalement autonome dans l'identification de ces ressources. Il appartient aux formateurs de l'accompagner dans cette recherche, à travers différents rôles qu'ils développent dans le parcours de professionnalisation de l'étudiant :

- un rôle dans l'ingénierie pédagogique qui, en lien avec le programme, apporte une progression dans les contenus de ce champ et décrit précisément les liens des

²⁹² Ibid., p.97

²⁹³ Ibid., p.102

²⁹⁴ Ibid., p. 103

éléments théoriques et de l'exercice professionnel ; dans ce cadre, la sollicitation de professionnels est souvent pertinente,

- un rôle de réfèrent de stage qui entretient des liens privilégiés avec les tuteurs de terrain et peut faire le lien entre les situations vécues et les ressources conceptuelles nécessaires à leur compréhension, notamment lors des regroupements,
- un rôle de responsable du suivi pédagogique de l'étudiant dans un accompagnement personnalisé pour la recherche de ces ressources, tant théoriques, qu'empiriques ; l'aide à l'élaboration interprétative et l'incitation à l'écriture dans un carnet de bord sont des exemples de ce rôle.

3.2.3. La résolution de situations problèmes

La notion de situation problème ou d'obstacle à surmonter est une des clés de la professionnalisation. Nous la retrouvons chez de nombreux auteurs, comme Mezirow, Le Boterf, Perrenoud, Jonnaert, Minet et bien sûr avant eux les constructivistes déjà évoqués. Mezirow, dans son approche de l'apprentissage communicationnel, évoque la confrontation avec l'inconnu, donc une situation qui ne correspond pas à nos schèmes de sens, et qui nous pousse à construire de nouveaux schèmes.²⁹⁵ Minet différencie la situation professionnelle de la situation professionnalisante ce qui nous permet de dégager ce qu'est la situation d'apprentissage, telle que nous pouvons l'envisager en formation.²⁹⁶

Situation professionnelle	Situation professionnalisante
Rencontrée dans le travail Atteinte d'un résultat Appel à la mobilisation des savoirs acquis	Appui sur une situation professionnelle Accompagnement par professionnel Construction de savoirs pour atteindre un résultat
Centrée sur le résultat à atteindre	Centrée sur les savoirs à mobiliser dans l'action

Tableau 2. Les situations d'apprentissage

²⁹⁵ Ibid., pp. 100-101

²⁹⁶ Minet, (2008), *op.cit.*

La situation d'apprentissage présente les caractéristiques suivantes :

- objectifs et consignes clairs,
- activité réelle,
- défi pour l'apprenant (obstacle à surmonter),
- nécessité d'une stratégie de résolution de problème,
- nécessité de mobiliser des connaissances acquises dans plusieurs domaines,
- possibilité de faire des choix,
- temps suffisant,
- erreur autorisée,
- produit « fini » attendu.

Il appartient au formateur et au tuteur de proposer des situations en lien avec le « prendre soin », la bientraitance, le relationnel, les ressentis du patient et de l'étudiant. Pour le Boterf, c'est à ce niveau notamment qu'intervient le transfert des compétences; pour cela il faut réussir à créer de nouveaux schèmes d'action ou à combiner de façon différente les ressources du savoir. Ce travail nécessite de reconnaître une similitude et des invariants entre les situations connues et nouvelles, d'avoir élargi son répertoire d'actions possibles, une motivation et une capacité à structurer les situations de façon à pouvoir transférer sa compétence.²⁹⁷

Jonnaert dans son modèle socio-constructiviste interactif, rappelle que grâce aux interactions avec le milieu, quel qu'il soit, nous acquérons de nouvelles connaissances et compétences en transformant ce que nous savons déjà lors de la confrontation avec de nouvelles situations.²⁹⁸ Il évoque une dialectique permanente entre nos schèmes existants et ce que nous devons faire pour agir avec compétence dans la situation nouvelle.

Nous pouvons illustrer cette approche en formation avec le modèle de l'analyse de situation-problème proposé par Marga.²⁹⁹ Il présente cette méthodologie de travail comme un levier d'apprentissage pour construire la compétence, grâce à un processus itératif alternant travail collectif animé par un formateur et travail individuel. Le partage et la confrontation de ses représentations, connaissances, expériences en groupe, puis la recherche individuelle favorisent les questionnements du type : qu'est ce que j'ai appris ? Comment avons-nous fonctionné ? Qu'est-ce que cela a modifié dans ma façon

²⁹⁷ Le Boterf, (2006), *op.cit.*, Fiche 83

²⁹⁸ Jonnaert, (2002), *op.cit.*, p. 77

²⁹⁹ Marga, P. (2008). Formation pédagogie et compétences. IFSI de Poitiers. Non publié

d'apprendre ? L'étudiant intègre ainsi progressivement les savoirs qu'il a lui-même construits, le formateur ayant un rôle d'animateur, alimentant surtout la situation d'éléments au fur et à mesure. Il va augmenter la complexité des situations, tout en amenant les étudiants à repérer les invariants, dont fait partie le « prendre soin ». Le travail par situation-problème permet en outre le transfert et l'identification des « gestes professionnels », pas forcément descriptibles car parfois purement intellectuels et qui sont alors « décortiqués »³⁰⁰. En effet, dans le cas du « prendre soin », les situations d'apprentissage sont informelles et débouchent sur un développement de compétence fortuit et souvent inconscient. La complexité croissante et réfléchie des situations proposées, en lien avec les compétences, accroît les capacités de transfert et ainsi l'intégration des valeurs et attitudes propres au « care ». Nous l'avons évoqué lorsque nous avons abordé la socialisation, l'appropriation des valeurs au cours de la formation n'est pas primaire, elle repose sur des représentations déjà ancrées pour tous les acteurs.

3.3. Les représentations

Tout au long de notre travail, revient la notion de « représentations », qu'elles soient déjà ancrées chez l'apprenant en lien avec le processus de socialisation, ou que la professionnalisation l'amène à en développer de nouvelles, grâce à analyse réflexive. Nous nous sommes appuyée sur Laplantine³⁰¹ pour préciser ce que nous entendons par représentation. Il s'agit d'une notion transversale dans le champ des sciences humaines, dont les traits constants sont les suivants : elle se situe à l'interface de l'individuelle et du social, et est à considérer sous trois éclairages. La connaissance, car pour l'individu, elle constitue un savoir certain. La valeur, le sujet évaluant que sa représentation est bonne dans le sens qualitatif du terme. Enfin, l'action, car elle engendre l'agir. Partant de ces considérations, Laplantine propose de définir la représentation par « la rencontre d'une expérience individuelle et de modèles sociaux dans un mode d'appréhension particulier du réel : celui de l'image-croyance qui, contrairement au concept et à la théorie qui en est la rationalisation seconde, a toujours une tonalité affective et une charge irrationnelle. »³⁰²

³⁰⁰ Conjard, Devin, (2007), *op.cit.*, p. 55

³⁰¹ Laplantine, F. (1991). « Anthropologie des systèmes de représentations de la maladie. » in Jodelet, D. (1991). *Les représentations sociales*. Paris : PUF. pp. 277-298

³⁰² Ibid., p. 278

Pourquoi attacher tant d'importance aux représentations dans le champ de l'intégration de la culture professionnelle ? Blin³⁰³ distingue quatre niveaux d'analyse des représentations en référence aux travaux de Doise :

- *Intra-individuel* : façon dont les individus organisent leurs expériences de l'environnement, et dont ils les expliquent en fonction d'éléments individuels (image de soi, histoire personnelle, motivations),
- *Inter-individuel* : interactions pour trouver des explications avec des phases de construction et de déconstruction de ses représentations grâce à la relation avec l'autre (interactions dans les équipes) ; la pratique tutorale se situe à ce niveau,
- *Positionnel* : car les acteurs n'occupent pas tous la même position dans le tissu social (statuts, grades),
- *Idéologique* : la culture et l'idéologie du groupe de référence donnent un sens aux comportements et construisent des différenciations (normes, valeurs) basées sur des principes généraux ; ce niveau nous concerne particulièrement.

L'auteur précise sa conception des représentations professionnelles :

« représentations portant sur les métiers ou professions et exprimant les reconstructions que le sujet effectue à partir d'éléments connus dans son milieu familial, trouvés dans les médias ou rencontrés dans les pratiques scolaires. »³⁰⁴

Il cite Jodelet pour qualifier les éléments qui les constituent : « informatifs, cognitifs, idéologiques, normatifs, croyances, attitudes, opinions, images,... »³⁰⁵ Il replace le sujet dans un contexte, avec une interaction permanente entre le sujet et le contexte, ce qui permet au sujet d'intégrer le contexte et de trouver un sens. Blin se réfère à différents auteurs qui tous montrent l'importance de l'analyse réflexive de l'action pour construire des représentations et une identité.

Poplimont³⁰⁶ cite Moscovici pour définir la notion de représentation qui permet au sujet de faire le lien entre son « monde individuel » et son « monde social ». En formation,

³⁰³ Blin (1997), *op.cit.*, p. 56

³⁰⁴ Ibid., p. 79

³⁰⁵ Ibid., p. 87

³⁰⁶ Poplimont C. (2003). « Représentations sociales et formation par alternance », in *Education Permanente*, n° 155, février. pp. 67-78

ces représentations accompagnent les actions des apprenants ; elles permettent de donner du sens à ce qu'ils vivent, une interprétation. De plus, apparaît le pouvoir d'adaptation que constituent les représentations : en permettant au sujet de trouver une signification à ce qu'il apprend, elles sont une base pour les comportements. Et surtout, le sujet peut organiser son environnement en catégories structurantes de la réalité. Par rétroaction, cette catégorisation joue sur la représentation. Dans une formation socioconstructiviste, même si le principe de base est le conflit socio-cognitif, les pratiques auxquelles le sujet est confronté ne doivent pas être en totale contradiction avec « l'histoire socio-culturelle » du sujet ou du groupe, sous peine de rejet.

Sallabery³⁰⁷ insiste pour sa part sur le temps et le geste dans la construction des représentations, car le temps et le geste permettent la prise de conscience et l'élaboration des représentations. Nous retrouvons l'approche de Mauss dans les techniques du corps. L'auteur s'appuie sur l'apprentissage du charpentier qui doit rechercher par tâtonnements et réflexion pour construire un escalier. Pour chacun ce temps est variable et les gestes personnalisés. Nous approfondirons cette approche du geste avec la pratique réflexive qui permet d'intégrer ces gestes du professionnalisme durablement.

3.4. La démarche réflexive

Nous avons à maintes reprises au cours de notre travail fait référence à la réflexivité, montrant sa place essentielle dans le processus d'intégration de la culture professionnelle. C'est pourquoi nous pensons indispensable de développer cette notion au regard de la professionnalisation.

3.4.1. Le développement de la pratique réflexive

L'ouvrage collectif de Blanchard-Laville et Fablet³⁰⁸ permet de comprendre les principaux courants qui ont présidé à son essor et les rapports qu'ils entretiennent avec d'autres approches, comme la psychologie, la sociologie, l'autoformation, l'analyse institutionnelle, les sciences de l'éducation. Nous voyons d'ailleurs tout au long de notre

³⁰⁷ Sallabéry, J.C. (2003). « Représentations à bords flous, représentations rationnelles, concepts » in *Education Permanente*, n° 155, février. pp.7-35

³⁰⁸ Blanchard-Laville, C., Fablet, D. (2001). *Sources théoriques et techniques d'analyse des pratiques professionnelles*. Paris : L'Harmattan. 207 p.

travail comment ces sciences sont intriquées et ont toutes un lien avec la culture professionnelle. C'est notamment dans cet ouvrage, que Miron et Presseau³⁰⁹ retracent la chronologie de la pratique réflexive. Dewey en 1929 en pose les bases ; pour lui, la réflexion donne du sens à l'expérience et nous permet de nous donner d'autres objectifs. Il distingue un « sens social » pour prendre de la distance avec des intérêts immédiats, intégrer des valeurs, et pouvoir utiliser plus tard ce qu'on a appris de l'expérience, processus que nous avons abordé lors du transfert de la compétence. Il place la réflexion au centre de l'apprentissage: la réflexion naît de l'expérience et est guidée par la recherche d'une solution. Il développe aussi la notion d'intérêt, interne ou externe et ses répercussions sur l'effort et le désir, ce que nous avons évoqué dans l'engagement et la motivation en formation. Lewin ensuite à partir des années cinquante, relativise le poids de l'expérience qui ne crée pas forcément la connaissance ; il insiste sur l'importance de l'apport de la théorie dans l'action pour ne pas répéter les erreurs des expériences antérieures. C'est notamment le développement de la notion de « recherche-action ».

Argyris et Schön marqueront réellement l'essor de la réflexivité dans l'apprentissage, en 1974. Argyris détermine quatre étapes dans l'apprentissage : l'expérience, la réflexion, l'élaboration de règles, la vérification de leur pertinence dans des situations analogues. On assiste véritablement à une rupture entre la théorie professée et celle en usage. Schön, quant à lui, en 1983, apportera l'expression du « praticien réflexif » qui se définit par une « connaissance-en-action » implicite et tacite. La réflexion se situe en cours d'action ce qui permet ensuite de s'adapter à des situations similaires. Ce mode d'apprentissage est bien entendu très difficile à intégrer à la formation fractionnée en disciplines juxtaposées, où l'apprenant n'occupe pas la place centrale. Pineau propose une schématisation pour résumer le tournant réflexif, en confrontant la science appliquée au praticien réflexif.

³⁰⁹ Miron, J.M., Presseau, A. (2001). « Les origines du concept de pratique réflexive » in Blanchard-Laville, Fablet, (2001). Ibid., pp. 91-108

Paradigmes Questions constituantes	La science appliquée	Praticien réflexif
<u>Quoi réfléchir ?</u> Objet de recherche	Le monde conçu, abstrait : les théories, les lois, les modèles	Le monde vécu, concret : les pratiques, les actions, les expériences
<u>Qui réfléchit ?</u>	Les chercheurs : professionnels de la réflexivité valable, objective	Les praticiens, les acteurs, les sujets
<u>Comment réfléchir ?</u> Méthodologie Epistémologie	<ul style="list-style-type: none"> • Méthodologie dichotomique de division sociale et technique de la recherche : sujet/objet, pratique/théorie, action/réflexion • Epistémologie disciplinaire positiviste d'un savoir analytique, précis, certain, organisateur 	<ul style="list-style-type: none"> • Méthodologies interactives de recherche avec des traits d'union : recherche-action, -participative, -collaborative, -formative • Epistémologie transdisciplinaire d'un savoir systémique, complexe, dialectique
<u>Pour quoi réfléchir ?</u> Axiologie, éthique	Objectifs d'explicitation et de compréhension théorique pour trouver des lois, des modèles, des principes à appliquer	Objectifs de compréhension pratique et théorique mais aussi objectif d'autonomisation de l'agir et de l'acteur

Tableau 3. Le tournant réflexif comme passage paradigmatique³¹⁰

L'auteur nous semble aborder l'ensemble de nos préoccupations, tant sur les finalités de cette pratique d'apprentissage, que sur les méthodes investies par les acteurs de la formation. Nous retrouvons notamment la notion de complexité que permet d'appréhender la réflexivité car elle envisage les situations professionnelles dans leur globalité et du point de vue de tous les acteurs, en particulier ceux qui sont au cœur de l'action. De même, nous percevons l'interactivité, concomitamment impulsée au début du processus et induite par la démarche, dans un système en boucle.

³¹⁰ Pineau, G. (2009). « Les réflexions sur les pratiques au cœur du tournant réflexif » in Guillaumin, Pesce, Denoyel, (2009), *op.cit.*, p. 23

3.4.2. La démarche réflexive base de la formation professionnelle

La prise de conscience des représentations sous-jacentes aux pratiques est essentielle dans le processus de professionnalisation. La démarche réflexive amène une distance critique sur l'action, et conduit le sujet apprenant à en repenser le sens et l'origine. Nous pouvons proposer une décomposition schématique de l'agir sur laquelle la démarche peut se reposer.

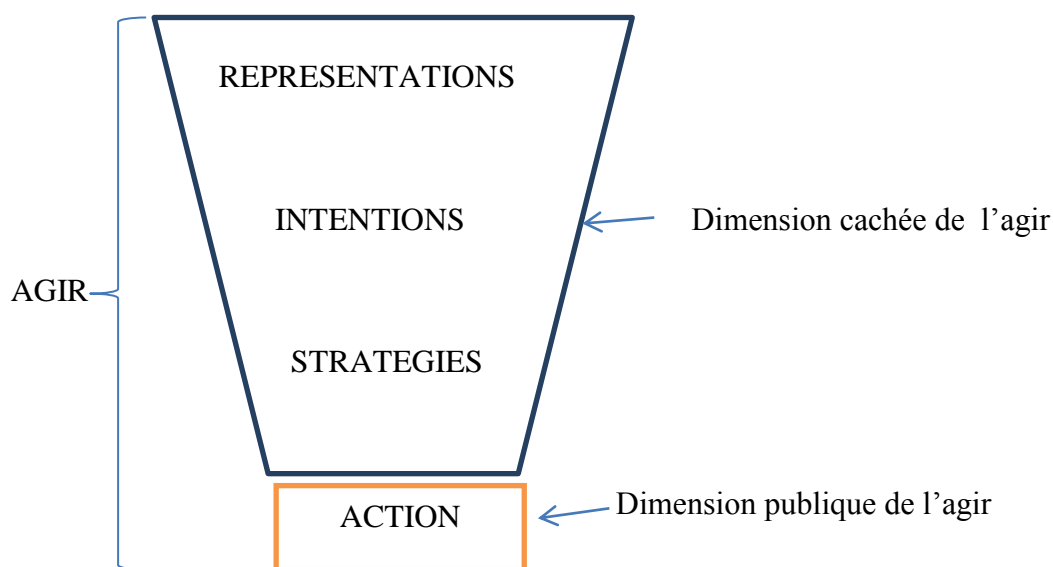


Fig.5 La décomposition de l'agir.³¹¹

L'intérêt de cette décomposition est de comprendre sur quoi se fondent nos actions, et donc de travailler le professionnalisme des gestes. L'apprenant peut se poser la question : « dans cette relation ou ce soin, est-ce que je me situais dans le « prendre soin » ? Et pour y répondre, il aborde la dimension cachée ce qui lui permet d'appréhender sur quoi repose le « prendre soin » et de revenir à l'action. L'alternance invite l'apprenant à confronter son modèle personnel du futur professionnel à des modèles différents. Il peut ainsi travailler sur l'écart grâce à un travail cognitif, dans un modèle itératif. La réflexivité est développée dès le début de la formation pour analyser toutes les expériences de terrain. Elle permet notamment de se construire une éthique professionnelle (sens, valeurs et finalités). Galvani affirme que :

³¹¹ Péron, V. d'après Bourassa, Serre et Ross. Formation « Démarche réflexive et apprentissage ». (2010). Formation Partenaires. IFSI de Poitiers. Non publié.

« les savoirs d'action et les savoirs d'expérience ont comme caractéristique d'être incorporés à la vie des personnes qui les portent. L'expérience et l'action doivent être réfléchies individuellement et collectivement selon des modalités qui leur conviennent, pour que puissent se construire et s'exprimer les savoirs dont elles sont porteuses. »³¹²

Pourrait-on faire une analogie entre savoirs expérientiels et culture ? Et le passage de l'implicite à l'explicite passe-t-il par la pratique réflexive ? Pour Jonnaert³¹³, dans le courant constructiviste, l'individu élabore ses connaissances à partir de ce qu'il sait déjà, grâce à une action réflexive et en étant confronté à une situation nouvelle. Le sujet apprend en établissant des liens entre ses actes et le résultat de ses actes dans la situation. C'est une activité réflexive et dialectique permanente à partir de ce que l'on connaît et de ce que l'on doit faire dans une situation nouvelle. Le savoir codifié a sa place dans ce processus, car il peut être un des éléments auquel l'apprenant est confronté dans la situation, mais dans ce cas, il fait partie de la situation.

Mezirow reprend la notion d'apprentissage émancipateur d'Habermas, acquis par la « réflexivité critique ». Celle-ci nous permet de cerner toutes nos conceptions ou représentations déjà ancrées et inconscientes qui influencent notre agir.

« La réflexivité critique implique un regard investigateur sur les présuppositions aveuglément acceptées qui alimentent nos peurs, nos inhibitions et nos modèles d'interactions, [] et sur les conséquences qu'elles ont sur nos relations. »³¹⁴

Cette théorie montre une dimension évaluative de la réflexivité, permettant d'interpréter nos attitudes et comportements, et ainsi de faire des choix d'actions plus éclairés. Nous trouvons un intérêt particulier à cette approche dans le domaine de la culture professionnelle. Perrenoud s'est intéressé à la différenciation de l'enseignement, aux pratiques pédagogiques, à l'innovation et à la formation des enseignants. Selon lui, « face à la complexité et à la diversité des situations de travail, l'enjeu est de réhabiliter la raison pratique, les savoirs d'action et d'expérience, l'intuition, l'expertise fondée sur un

³¹² Galvani in Paul, Pineau, (2005), *op.cit.*, p. 34

³¹³ Jonnaert, (2002), *op.cit.*

³¹⁴ Mezirow, (2001), *op.cit.*, p. 105

dialogue avec le réel et la réflexion dans l'action et sur l'action. »³¹⁵ La pratique réflexive permet d'accéder à la complexité, et Perrenoud conseille d'adopter ce modèle à long terme de façon régulière et planifiée, pour qu'elle ne se réduise pas uniquement à des situations de crise ou d'échec. Cette méthode permet de ne pas se situer en dehors des problématiques du travail, mais d'en faire partie intégrante.³¹⁶ La posture réflexive permet de se distancer du travail par tâches, de l'application de consignes prescrites et de se forger sa propre identité professionnelle. On ne peut plus penser les compétences professionnelles de façon individuelle, mais à l'échelle de l'équipe. Cela ne peut s'entendre sans le développement de compétences en interaction et en concertation.

La réflexivité peut s'opérer au cours de l'action, pour prendre du recul avec la programmation et comprendre ce qui est en train de se jouer et pour réajuster au fur et à mesure. Elle a tout son intérêt a posteriori, pour construire de nouvelles connaissances qui seront utiles dans des situations analogues. La pratique réflexive s'appuie certes sur une part d'intuition, d'observation empirique, mais aussi sur des savoirs théoriques issus des sciences humaines ; nous revenons ici à la notion de ressource de la compétence.

L'approche de Perrenoud est en effet intéressante car elle n'oppose pas les savoirs académiques et la pratique réflexive, car celle-ci s'adosse aux sciences humaines et sociales. Elle remplit deux fonctions : cathartique, surtout si l'expérience est émotionnellement forte, et d'apprentissage car elle permet de se préparer à d'autres situations. Les deux temps, immédiat et à distance, sont utiles mais ne poursuivent pas les mêmes objectifs. L'immédiat est plus chargé émotionnellement et a plus à voir avec l'individu. Le différé en est la continuité et permet de mieux revenir sur l'action pour anticiper. Cependant, le retour réflexif est stimulé par la tension émotionnelle (sentiment d'avoir fait une erreur, une injustice, d'impuissance, de préjugés,...). Perrenoud relève d'ailleurs une ambivalence entre l'envie d'effacer ce moment et de comprendre pour progresser. D'où « l'importance de la posture du praticien, de son éthique, de sa vision de l'erreur, de la perfection, du progrès, de la responsabilité »³¹⁷.

³¹⁵ Perrenoud, P. (2001). *Développer la pratique réflexive dans le métier d'enseignant*. Paris : ESF. coll. Pédagogies. 4^{ème} de couverture

³¹⁶ Ibid., p. 182

³¹⁷ Perrenoud, P. (2004). « Adosser la pratique réflexive aux sciences sociales, condition de la professionnalisation », in *Education Permanente*, n° 160, septembre. p. 40

La démarche réflexive opère sur deux registres :

- Individuel, avec une réflexion sur l'habitus et les schèmes d'action,
- Collectif, car chaque praticien est dépendant des autres dans une organisation ; la pratique réflexive oblige à aborder son rapport aux autres, satisfaisant ou non, comme les conflits, les coopérations plus ou moins explicites, la comparaison aux autres, son style...

« On ne peut réfléchir à sa pratique en faisant abstraction du monde social dans lequel elle se déploie, des réseaux de concurrence, de coopération dans lesquels elle s'inscrit, de l'organisation et de la division du travail qui délimitent son champ d'action, de la structure de pouvoir et de contrôle dont elle dépend. »³¹⁸

Par ailleurs, la pratique réflexive s'appuie non seulement sur l'expérience personnelle, mais aussi sur la culture professionnelle et les concepts qui la sous-tendent. Sinon, l'analyse est approximative, intuitive. Les théories du sens commun sont utiles, mais pas suffisantes pour progresser, pour apprendre. Les liens avec les sciences humaines et sociales, comme par exemple, les sciences du travail, la sociologie sont indispensables. Un animateur de groupe d'analyse de pratiques doit posséder une culture en sciences humaines et sociales pour aller au-delà de la catharsis (groupe de parole). Breton analyse l'intérêt de la capacité réflexive dans le cadre de la professionnalisation³¹⁹. Il interpelle directement notre questionnement car relève la difficulté à mettre les savoirs d'action en lumière car ils sont trop familiers, voire invisibles. Il relève notre tendance à plutôt nous projeter vers l'avenir qu'à nous pencher sur ce que nous avons réalisé ; il évoque donc ce processus comme « contre-intuitif ». Il le qualifie également d'« improductif »³²⁰ car le sentiment de ralentissement de retour nous freine dans notre élan. Selon Breton, l'approche réflexive demande donc un engagement et un accompagnement pour réaliser deux « gestes psychiques »³²¹ :

- mise en suspens pour passer d'un « moi-agissant » à un « soi-vigilant »,

³¹⁸ Ibid., p. 44

³¹⁹ Breton, H. (2009). « De l'échange intentionnel à l'analyse attentionnelle des pratiques : se professionnaliser par développement de la capacité réflexive » in Guillaumin, Pesce, Denoyel, (2009), *op.cit.*, pp. 57-65

³²⁰ Ibid., p. 58

³²¹ Ibid., p. 59

- renversement pour faire un retour sur le vécu de la situation grâce à l'explicitation.

L'auteur insiste sur la nécessité de « s'entraîner » à cette pratique, grâce à des sessions de groupe par exemple. La pratique réflexive permet d'optimiser sa pratique professionnelle et donc de se professionnaliser bien sûr mais aussi de réfléchir à son trajet professionnel, de découvrir en soi des potentiels. Un autre intérêt de la réflexivité sur les pratiques, est l'échange et la coordination des formateurs et des tuteurs qui se voient impliqués dans une formalisation de leurs pratiques pédagogiques, leur communauté de pratiques. Cette notion déjà évoquée avec la culture professionnelle se réfère à un « groupe ayant construit un langage et des savoirs communs d'une manière informelle, en partageant des activités et des situations »³²². Elle constitue un facteur de professionnalisation pour les acteurs de la formation. Breton précise par ailleurs :

« ce travail de réfléchissement de l'expérience professionnelle vise à la professionnalisation des pratiques professionnelles selon 3 modalités :

- L'analyse des situations professionnelles réussies pour en identifier les facteurs de réussite,
- L'analyse des situations professionnelles problématiques pour identifier et traiter les problèmes,
- L'analyse des conditions de transférabilité des bonnes pratiques dans des contextes multiples et singuliers. »³²³

Nous en venons ainsi à la compétence des formateurs et des professionnels qui interviennent auprès de l'étudiant tout au long de son parcours. Perrenoud insiste sur la nécessité pédagogique de former des praticiens réflexifs à travers la pratique réflexive et cite Meirieu : « apprendre, en le faisant, à faire ce qu'on ne sait pas faire. »³²⁴ Il aborde l'intérêt des séminaires d'analyse de pratiques dans ce but : ils permettent une approche personnelle, éprouvée, intériorisée, et collective ; une opportunité de réfléchir sur les

³²² Carré, Caspar, (2004), *op.cit.*, p. 460

³²³ Ibid., p. 64

³²⁴ Perrenoud, (2001), *op.cit.*, p. 19

résistances, l'identité, l'expérience.³²⁵ De cette façon, les formateurs se forment à cette pratique, de façon approfondie pour que cela devienne un mode de fonctionnement naturel.

3.4.3. Les différents temps et les différents lieux de la démarche réflexive

La notion globale de démarche réflexive recouvre des pratiques diverses, bien sûr en lien avec les individualités des acteurs, mais également en fonction des moments, des méthodes et supports pédagogiques et des lieux de la formation : durant le stage, en début ou en fin, à l'institut de formation, en individuel ou en collectif, avec un formateur ou un tuteur, connu ou non. De plus, chaque établissement et chaque institut opère selon sa philosophie ou son courant de pensée. Par exemple, un projet pédagogique peut être basé sur une conception humaniste rogérienne, ou plus scientifique ; les compétences des formateurs en la matière ont pu être développées individuellement ou dans le collectif, sur le versant de l'explicitation (Vermersch), très descriptif, ou sur l'analyse du vécu, plus interprétatif. Nous allons tenter de répertorier les différentes situations pédagogiques proposées en IFSI dans une approche réflexive.

Situations pédagogiques	Méthode	Institut	Stage
Analyse de situation-problème	Collectif /individuel	Situation emblématique construite par les formateurs (unités d'intégration UE 5)	Situation vécue par les apprenants et apportée par eux (regroupements)
Entretien : conscientisation d'une pratique ou d'un vécu	<ul style="list-style-type: none"> • Explicitation (de l'action) • Réflexif : analyse de vécu (sur l'action) Individuel	En retour de stage avec formateur RSP ³²⁶ à partir du portfolio et situations analysées à l'écrit (réflexivité dans l'après-coup)	En cours de stage avec tuteur de stage (réflexivité dans l'action) et en fin de stage avec portfolio

³²⁵ Perrenoud, (2003), *op.cit.*

³²⁶ Responsable de Suivi Pédagogique

Programme 92 Exploitation de stage	Expression libre ou thématique en groupe restreint	Le dernier jour du stage à l'institut avec formateur animateur, à partir de situations librement évoquées par étudiants	
Encadrement quotidien par professionnels (92 et 2009)	Observation, démonstration, réalisation sous contrôle		Apprentissage social, imitation, autoévaluation axé sur des pratiques, axé sur toutes les dimensions du soin
Bilan intermédiaire avec tuteur ou maître de stage	Entretien duel		Axé sur atteinte des objectifs de l'étudiant, autoévaluation, remarques des soignants Axes d'amélioration dégagés
Carnet de bord (CB)	Autonomie de l'étudiant pour le support et l'investissement	Formalisation des temps d'écriture sur le CB Incitations multiples des formateurs	Formalisation des temps d'écriture sur le CB Incitations multiples des tuteurs

Tableau 4. Les situations pédagogiques réflexives à l'IFSI

Les situations construites par les formateurs sont clairement axées sur les compétences, pour répondre aux exigences du référentiel, ce qui peut conduire, si on n'en a pas explicitement le projet, à ne jamais aborder le sens du soin dans sa philosophie ou son éthique. Le « prendre soin » se situe au-delà des compétences dans une « métaposition » et mérite d'être questionné dans chaque situation. Nous observons par ailleurs qu'alternent des situations à l'IFSI et en stage, les premières étant construites et plus emblématiques, les secondes ancrées dans la réalité des soins. Cet équilibre est important pour que se construisent les strates cognitives et gestuelles qui constituent le professionnalisme. Nous constatons que de multiples situations pédagogiques, à l'IFSI et sur le terrain professionnel, peuvent être exploitées pour aborder et approfondir la culture du soin, donc le « prendre soin ». La conception tripartite de la formation professionnelle impose que chacun des acteurs soit investi de cette finalité. Nous allons conclure notre approche de la

démarche réflexive par deux théories qui donnent une place centrale au sujet, dans sa construction originale de sens : la mise en perspective de la pratique et la pragmatique des trois raisons.

3.4.4. La mise en perspective de la pratique

Honoré introduit une dimension complémentaire : la mise en perspective formative de la pratique³²⁷, moins limitée que la notion de pratique, circonscrite dans une situation donnée. La mise en perspective s'ajoute à la réflexivité car elle amène à « se mettre en condition de comprendre une action mais aussi un événement, [] en allant au-delà de leur signification connue pour donner à cette action ou événement un sens que nous construisons et qui sera la source de nouvelles significations »³²⁸. Pour Honoré, cette mise en perspective est formative car elle permet aux acteurs de s'interroger sur leurs significations antérieures (socialisation primaire), de comprendre comment se construit leur pratique et de déterminer l'évolution qu'ils souhaitent lui donner. Selon lui, la mise en perspective est supérieure à la réflexion, car elle pose la question du sens de la pratique. Il distingue différents plans de réflexion dans cette démarche³²⁹ :

- La compréhension du milieu où s'exerce la pratique, donc un dépassement du niveau descriptif pour s'attacher aussi au ressenti, et à soi dans ce milieu avec notre culture et notre éducation,
- La compréhension du mode de valorisation de la pratique : les valeurs sociales, individuelles, symboliques qui sous-tendent la pratique ; leur différenciation permet d'effectuer ensuite des choix plus éclairés et responsables,
- La compréhension des rapports de forces, des résistances, des conflits, que nous avons pu évoquer avec Véga et la recherche de leur sens.

Elle interroge les significations du soin auxquelles la pratique se réfère, et s'effectue en spirale, de la signification au sens et du sens vers la signification, nous renvoyant à la démarche itérative de l'alternance.

³²⁷ Honoré, (2003), *op.cit.*, pp. 184-191

³²⁸ Ibid., p.1 85

³²⁹ Ibid., pp.186-187

3.4.5. La pragmatique des trois raisons

Nous avons déjà évoqué la théorie de Peirce reprise par Denoyel et Pesce, lors de l'approche de la formation infirmière. Nous pouvons la solliciter à nouveau dans la compréhension de la pratique réflexive, avec la notion de pragmatique des trois raisons.³³⁰ Nous avons repris le tableau synoptique de cette théorie.

	Raison sensible	Raison expérientielle		Raison formelle
Catégories peirciennes	Priméité (possibilité)	Secondéité (existence concrète)		Tiercéité (loi, habitudes)
Pragmatique de l'interprétant	Interprétant immédiat	Interprétant dynamique		Interprétant final
Primat logique	Analogique	Dialogique		Tautologique
Primat inférentiel	Transduction	Abduction	Induction	Déduction
Règles générales	Pas de contact avec une règle instituée	- Inventer une règle - Formaliser une règle implicite	- Retrouver une règle déjà instituée	- Partir d'une règle déjà instituée

Tableau 5. Pragmatique des trois raisons³³¹

Selon les auteurs, le travail d'accompagnement de la pratique réflexive permet à l'apprenant de retrouver les valeurs et le sens qui sous-tendent ses expériences (actions, vécu, observations,...). L'enjeu sera pour lui de créer un sens singulier, propre à lui et non d'essayer de trouver des analogies avec des modèles déjà existants, apportés par les supports de la formation (tuteurs, formateurs, ouvrages,...). Dans cette conception, l'habitude dépasse ce qu'on entend habituellement, puisqu'elle porte le sens de ce qui a permis de la produire. A partir de l'expérience d'une formation de mécanicien en alternance, que nous pourrions rapprocher de la formation infirmière, Denoyel conclut

³³⁰ Denoyel, N. Pesce, S. (2009). « Raison expérientielle et habitude d'action pratique : les ingénieries réflexives sous l'angle de l'interprétant ». in Guillaumin, Pesce, Denoyel, (2009), *op.cit.*, pp. 183-204

³³¹ Ibid., p. 188

que dans leur apprentissage, les apprenants font appel alternativement aux trois raisons pour construire les « gestes » du métier qui deviendront ensuite leurs habitudes.

« On peut alors décrire cette ingénierie, [] comme une manière d'accompagner les apprentis dans la progressive appropriation des habitudes caractéristiques de la culture de leur métier. »³³²

Dans la formation infirmière, les gestes professionnels s'acquièrent bien sûr au fil des expériences vécues en stage ; il serait cependant trop simple de penser que le stage est le moment exclusif d'intégration du professionnalisme des gestes. Les reprises réflexives opérées par l'apprenant en autonomie ou pilotées par les professionnels (formateurs ou tuteurs), vont l'amener à une appropriation au rythme de chaque apprenant. Ce dernier constitue ainsi progressivement sa culture soignante. Ainsi les auteurs poursuivent :

« dans une multitude de formations privilégiant les méthodes actives, l'ingénierie développée vise finalement la construction par les participants du biais constitutif de leur culture professionnelle. »³³³

Nous retrouvons ici le point de départ de notre problématique, c'est pourquoi nous avons souhaité conclure notre cadre théorique par cette approche. Nous ne pouvons nous contenter d'une dimension conceptuelle pour étudier une problématique, même si les auteurs ont apporté des points de vue riches et divers. Le recueil de données et leur analyse vont apporter une dimension plus concrète et nous l'espérons vont faire évoluer notre appréhension de l'objet de recherche.

³³² Ibid., p. 197

³³³ Ibid., p.197

TROISIEME PARTIE

III. APPROCHE METHODOLOGIQUE ET RECUEIL DES DONNEES

Nous retrouvons notre parcours de recherche dans le propos de Grawitz : « tout processus de recherche comporte un certain nombre de démarches qui s'enchevêtrent et se commandent, plus qu'elles ne suivent un ordre strictement hiérarchisé. »³³⁴ Nous avons fait l'expérience de cette réflexion, naviguant entre la recherche conceptuelle, l'étude des textes, les entretiens, les impressions personnelles. Nous allons cependant décrire aussi schématiquement que possible les différents axes méthodologiques que nous avons adoptés.

1. CHOIX DE LA METHODE

Nous nous sommes orientée sur une enquête qualitative car nous souhaitons recueillir des données subjectives et complexes. Sans doute avons-nous négligé une phase exploratoire plus approfondie qui nous aurait permis de mieux cerner notre objet de recherche. Ce type d'enquête nous correspondait mieux, car l'interprétation et la sensibilité de l'enquêteur priment sur l'analyse méthodologique. Grawitz³³⁵ avance même qu'elle peut faire émerger de nouvelles questions parallèles à la recherche.

Nous avons opté par conséquent pour l'entretien à réponses libres avec des questions pré-formulées a minima et modulées en fonction des interactions. Cette technique est adaptée pour la recherche d'opinions, de ressenti sur l'implicite. Nous verrons que cette

³³⁴ Grawitz, M. (1993). Méthodes des sciences sociales. Paris : Dalloz. (9^{ème} éd.). p. 479

³³⁵ Ibid., pp. 486.487

pratique nous a parfois piégée car elle nous a éloignée de notre sujet ou amenée à trop orienter les réponses. Cependant nous avons apprécié la liberté qu'elle nous laissait.

« L'enquêteur reste libre quant à la façon de poser les questions, leur libellé, leur ordre, il peut en ajouter, mais il est tenu de recueillir les informations exigées pour la recherche. »³³⁶

Nous avons également souhaité accorder un degré de liberté élevé aux interviewés afin d'obtenir un niveau d'information le plus riche possible.

Notre recherche touche sans cesse à l'implicite, ce qui constitue une ouverture et une souplesse qui nous convient, mais aussi une difficulté méthodologique. Bardin aborde cet aspect, pour elle « les contenus implicites sont omniprésents »³³⁷. Nous serons souvent amenée à faire des inférences, des propositions interprétatives à partir des énoncés recueillis, des allusions, des phrases inachevées. Nous avons conscience que notre connaissance des différentes fonctions peut parfois induire des interprétations trop personnelles.

1.1. Les guides d'entretien³³⁸

Nous avons construit trois grilles différentes selon les interlocuteurs, du fait de leur place dans le triangle pédagogique. Nous les avons constituées en lien avec notre exploration décrite en début de travail. Nous souhaitons explorer les trois champs développés dans le cadre théorique :

- la culture professionnelle sans la nommer, exprimée par les acteurs au travers des signifiés,
- la formation en explorant les pratiques des acteurs et les attentes de chacun,
- la professionnalisation en mesurant l'évolution professionnelle des étudiants et la contribution de chacun à ce processus.

Pour les étudiants, nous avons axé nos questions sur leur vécu de la formation, leur perception des événements et des personnes jalonnant leur parcours : formateurs, soignants, malades. Cela doit nous permettre de constater si ressortent des traits culturels.

³³⁶ Ibid., p. 573

³³⁷ Bardin (1977), *op.cit.*, p. 241

³³⁸ Annexes 2, 3, 4, livret d'annexes

En leur demandant de décrire leur formation à un tiers, nous pouvons inférer ce qui leur semble essentiel. Les transformations personnelles ressenties nous paraissent utiles à cerner car elles touchent à ce qui est profond et ancré, c'est à dire aux valeurs.

Pour les soignants, nous nous sommes centrée sur la pratique d'encadrement et la perception des étudiants. Nous sommes ainsi sur du descriptif à partir duquel nous pouvons faire des interprétations, et sur du ressenti qui nous permet de déduire les valeurs professionnelles prioritaires. Le partenariat et la perception de la formation sont explorés, car nous pensons que leurs propos vont nous éclairer sur les axes d'amélioration.

Enfin, pour les formateurs, nous sommes également sur la pratique, notamment du suivi de l'étudiant. La demande de définition de leur posture doit nous éclairer quant aux valeurs qu'ils véhiculent. De la même façon que les soignants, nous questionnons sur les compétences à développer chez l'étudiant et le nouveau professionnel attendu pour analyser si le « prendre soin » ressort de leurs propos. Les attentes de chacun vis-à-vis des autres acteurs est une question transversale, cela nous semblant essentiel pour poursuivre la réflexion relative à l'ingénierie de formation infirmière centrée sur la culture professionnelle.

1.2. Les interviewés

Nous avons choisi des personnes que nous connaissions et qui nous connaissaient dans notre position professionnelle, toutes sauf une, le tuteur de psychiatrie. Cette orientation s'est faite par commodité, car nous avons sur place tous les acteurs, mais nous avons conscience du biais que cela représente. Nous pouvons en effet présumer que la neutralité est moindre, notamment pour les étudiants qui ont pu se censurer. Par exemple, ils développent plus l'importance du formateur dans leur professionnalisation, peut-être ont-ils projeté cette attente sur nous. Nous avons relevé le jargon soignant, signe d'appartenance communautaire, peut-être ne l'auraient-ils pas utilisé si nous n'étions pas identifiée comme « membre du groupe », donc forcément initiée. Autre biais : certains propos manquent de concrétisation, les interlocuteurs présupposant que nous connaissons ce qu'ils évoquent (par exemple les outils de partenariat), et nous n'avons pas relancé pour qu'ils précisent leurs idées.

Nous avons tenu à interviewer des représentants des trois acteurs de la formation. Tous sont concernés par la culture professionnelle car tous soignants. Nous voulions explorer comment chacun se retrouvait autour de ce concept : est-il fédérateur, est-il nommé ou inféré ? Cette orientation présente l'avantage de la vision globale qui nous tenait à cœur ; elle a cependant l'inconvénient de disperser les points de vue et d'obtenir des données parfois difficiles à croiser. Nous sommes notamment amenée à présenter les personnes enquêtées séparément, à utiliser trois grilles d'entretien différentes.

1.2.1. Les critères de choix des interviewés

Les étudiants

Nous avons demandé la contribution de deux étudiants de fin de cursus : Claude débute sa dernière année de formation et a donc validé deux ans, comprenant trente-neuf semaines de stage et quarante semaines de formation à l'IFSI. Amélie est en fin de formation, en cours d'épreuves de diplôme d'Etat³³⁹. Tous deux ont donc une expérience suffisante pour témoigner de leur vision de leur professionnalisation. Nous nous trouvons au croisement temporel de deux types de formation : le programme 92 et la réforme 2009. Ces deux étudiants appartiennent au premier programme, ce qui fait qu'ils n'évoquent pas certains axes du partenariat développés par les autres acteurs : les regroupements, le portfolio, les situations emblématiques.

	Amélie	Claude
Age	23 ans	23 ans
Parcours scolaire antérieur	<ul style="list-style-type: none"> •Bac scientifique •Hésitation entre sage-femme et infirmière •Première année de médecine 2 fois (échec) •Concours infirmier en parallèle 	<ul style="list-style-type: none"> •Bac scientifique •Première année de médecine 2 fois (échec) •Première année vétérinaire en Belgique (6 mois effectués) •Concours infirmier
Stade de la formation	Fin de troisième année	Fin de deuxième année

³³⁹ Amélie a obtenu son diplôme d'Etat Infirmier le 21 avril 2011

Les professionnels soignants

Nous avons choisi deux professionnels issus des deux domaines les plus représentatifs de l'exercice professionnel : la psychiatrie et les soins généraux. Avec du recul, nous pourrions objecter que leur profil n'est pas le plus courant dans la communauté soignante ; nous savons en effet que la durée d'exercice infirmier à l'hôpital ne dépasse pas dix ans et que ce secteur souffre de la proportion croissante de jeunes diplômés. Nous avons opté pour l'expérience, pensant qu'elle nous apporterait plus de données. Nous n'avons donc pas le témoignage de ces jeunes professionnels qu'évoque Bernard, ni du secteur extrahospitalier qui est de plus en plus important.

Pour solliciter Bernard, nous avons emprunté la voie hiérarchique, que ce soignant considère si lourde. Nous avons demandé au Directeur des Soins de l'établissement psychiatrique si nous pouvions interviewer un infirmier tuteur dans le cadre de notre recherche. Il nous a indiqué Bernard comme une personne très impliquée dans cette mission. Nous comprenons mieux pourquoi après l'entretien, puisque Bernard a interpellé sa hiérarchie par écrit sur le thème de l'encadrement des étudiants et des jeunes professionnels. Au-delà de la personne, la psychiatrie nous intéresse car elle représente un soin centré sur l'Autre avec des gestes professionnels basés sur le relationnel.

Nous avons demandé la participation de Mona car nous la savions très engagée dans l'encadrement des étudiants, recommandée elle-aussi par sa hiérarchie. De plus, la gériatrie est un domaine où il nous semble que le « prendre soin » est central. Mona peut ainsi témoigner de la concrétisation de ses valeurs au quotidien. Son parcours très « tortueux » est intéressant par sa richesse et le recul qu'elle a sur la profession.

	Bernard	Mona
Age	54 ans	57 ans
Parcours	<ul style="list-style-type: none"> •Certificat d'études •CAP d'électricien et un CAP d'électronique •BEP d'électronique •ESEU au CNAM •Concours infirmier •Hôpital général (6 mois) •Infirmier libéral Roubaix •Infirmier libéral Poitou (21 ans) •Hôpital psychiatrique •Licence sciences sanitaires et sociales, UE éthique •DU statistiques en santé publique 	<ul style="list-style-type: none"> •Diplôme d'Etat 1975 •Chirurgie CHU •Humanitaire Rwanda •Hôpital France interim •Infirmière libérale Maroc •Cabinet médical Maroc •Clinique en France •Infirmière au Maroc, formation aide-soignante •Chirurgie viscérale (10 ans) •Hospitalisation à Domicile (1 an)
Exercice actuel	•Psychiatrie en unité d'hospitalisation	•Gériatrie Soins de suite dans un CHU

Les formateurs

Nous avons sollicité deux formateurs au profil très différent. François est issu de la formation psychiatrique, puis a validé un diplôme d'Etat pour accéder aux deux filières. Il possède une expérience d'encadrement dans les services de soins et exerce en tant que formateur depuis dix ans. Nous l'avons sollicité car il était susceptible de cerner s'il existait une diversité de cultures au sein d'une même profession.

Rose est proche de la retraite. Elle est issue de la formation diplôme d'Etat en soins généraux, et a exercé presque exclusivement dans le domaine de la formation. Elle a donc une vision intéressante de l'évolution des étudiants, de la formation, moins de la profession soignante puisqu'elle ne fait que la côtoyer.

	François	Rose
Age	47 ans	59 ans
Parcours	<ul style="list-style-type: none"> ●Infirmier psychiatrique 1988 ●Infirmier DE 1995 ●Cadre de santé 1999 ●Encadrement en service de soins de psychiatrie (2 ans) 	<ul style="list-style-type: none"> ●Infirmière 1972 ●Infirmière en cardiologie ●Cadre en 1978
Exercice actuel	●Formateur IFSI depuis 2001	●Formatrice IFSI depuis 1978

1.3. Méthodologie de conduite des entretiens

1.3.1. Les conditions matérielles

Nous avons déjà abordé le problème du biais que pouvait représenter la connaissance des interviewés. Nous voulons préciser que lieu n'est pas neutre non plus, car les entretiens se sont déroulés dans notre bureau au sein de l'institut pour des raisons pratiques. Nous avons fait en sorte de ne pas être sollicités, ni directement, ni par téléphone, ce qui a été respecté. Les personnes, prévenues de l'enregistrement, ont toutes accepté cette condition. Le fait d'enregistrer nous a permis de nous centrer sur les interviewés, sans avoir à nous préoccuper d'une prise de notes. Nous avons cependant le guide à notre disposition. Lors de la passation des entretiens, nous nous sommes détachée du guide pour suivre librement le cheminement de pensée des interlocuteurs, ce qui comporte l'aspect positif de ne pas entraver l'expression mais nous a ensuite gênée dans le séquençage des entretiens retranscrits et l'exploitation des données.

1.3.2. L'interviewer

Notre statut particulier, à la fois infirmière et responsable de formation est ressenti dans les entretiens. Nous avons souvent fait plus que relancer, car étant du métier, et donc de la communauté soignante, nous avons eu tendance à utiliser des termes professionnels qui ont été repris comme tels par les interviewés. Vis-à-vis des étudiants, notre statut a

peut-être entravé leur expression ou leur sincérité. De même, les soignants nous ont plus répondu ou interpellée comme responsable de la formation.

1.3.3. La retranscription des entretiens

Nous avons retranscrit intégralement les entretiens³⁴⁰, avec les hésitations ou les fautes de syntaxe, les interruptions, ce qui augmentent le nombre des interactions. Les lignes ont été toutes numérotées, et les interactions codifiées : en italique pour nous, en gras pour les interviewés. De plus, les interactions de chaque entretien sont codifiées avec l'initiale de l'interviewé, par exemple M1 pour la première réponse de Mona. Nous avons changé les prénoms pour respecter l'anonymat. Toutefois, par la description des caractéristiques de chaque personne, une identification pourrait être possible malgré nous.

1.3.4. L'analyse des entretiens

Cette méthode a été très compliquée pour nous, en raison de la diversité de déroulement des entretiens, des publics différents, de la longueur des retranscriptions, de nos maladresses lors des passations. Nous avons dans un premier temps fait une lecture flottante qui aboutit à la pré-analyse et nous donne déjà des pistes des thématiques émergentes. Nous avons ensuite effectué un découpage des discours en séparant les mots porteurs de sens ou mots- pleins, et les mots-outils. Sur cette base, nous avons procédé au découpage des entretiens en séquences thématiques et élaboré des présentations sous formes de tableaux placés en annexe³⁴¹. Plusieurs thèmes se dessinaient alors. Notre difficulté a résidé dans la volonté de quantifier les unités de sens. Nous avons commencé ce travail avec les entretiens des formateurs, mais cette phase nous a semblé apporter un éclairage peu significatif pour notre analyse. Nous avons donc surligné dans le texte les termes du même registre pour faire ressortir visuellement les thématiques. Ce surlignage n'apparaît pas dans les tableaux en annexes, car il nuit à la lecture.

A partir de ce travail, nous avons isolé les propositions signifiantes et ainsi fait émerger des thèmes et des sous-thèmes qui constituent le plan de l'analyse interprétative. Nous nous sommes aperçue que certaines parties des discours étaient intéressantes mais en

³⁴⁰ Annexes 5, 7, 9, 11, 13, 15, entretiens retranscrits, livret d'annexes.

³⁴¹ Annexes 6, 8, 10, 12, 14, 16, tableaux des séquences, livret d'annexes.

dehors de notre problématique, ne pouvant pas apporter un autre éclairage. L'aspect quantitatif est intégré dans l'analyse interprétative qui suit chaque tableau thématique. Cette présentation peut sembler peu académique, nous avons tenté d'allier les exigences méthodologiques et la catégorisation qui avait le plus de sens pour nous.

2. ANALYSE DES DONNEES

Plusieurs thèmes et sous-thèmes ressortent des entretiens semi-directifs menés auprès d'étudiants, tuteurs de stage, formateurs. La terminologie « culture professionnelle » n'ayant pas été employée par l'interviewer, du moins en début d'entretien, nous retrouverons des éléments constitutifs du concept de culture dans les discours. De même, les différentes dimensions du processus de professionnalisation transparaissent dans les propos. Nous avons fait émerger les principaux thèmes et sous-thèmes, et nous établirons pour chacun des liens entre les propos des interviewés et les concepts développés dans le cadre théorique.

2.1. La pré-analyse

Nous séparons l'approche des trois types d'entretien car ils ont été menés différemment, et procédons à l'examen de chacun sans classement des données dans un premier temps, à l'issue d'une lecture « flottante »³⁴². Cette phase nous permet de nous imprégner de la vision de chaque acteur et de dégager intuitivement les thèmes de l'analyse interprétative.

2.1.1. Les étudiants : Claude et Amélie

Du fait du degré de liberté déjà mentionné des deux protagonistes de l'entretien, les échanges ne s'organisent pas chronologiquement de façon identique : le temps écoulé entre les deux entretiens, soit deux mois, nous a amenée à axer différemment les interactions car nous voulions approfondir certains points comme l'accueil. Chaque entretien débute par ailleurs par le parcours avant la formation, dont nous relèverons les points forts, communs ou non.

³⁴² Bardin, (1977), *op.cit.*, p. 126

Claude³⁴³

L'entretien avec Claude est constitué de 62 interactions que nous n'avons pas toutes retenues car certaines sont très brèves et ne relèvent que de la relance ou de marque d'écoute de notre part. La durée totale est de 45 minutes, coupée par une interruption imputable à notre manque de méthode dans l'enregistrement. Les hésitations sont plus nombreuses au début, plutôt sur son vécu puis moins fréquentes quand nous abordons la formation et la profession. La proportion de mots outils est faible soit 6,8% et l'emploi du « je » avec 69 « je pense » ou « pour moi » ou « je trouve » montre une grande implication et un positionnement certain.

Claude s'est orienté d'emblée sur un métier de santé après l'obtention de son baccalauréat, mais le choix de l'IFSI s'est fait dans un troisième temps (C2-C3). Il s'oriente rapidement sur des valeurs humaines en évoquant le stage (C4). Pour décrire le soignant encadrant, il utilise des mots forts comme mentor (C6-43, C7-51), père spirituel (C7- 45.46) et le terme de compétence (C6-38) se concrétisant par rigueur (C6-38) et globalité (C6-40). La notion de globalité revient plusieurs fois dans le discours, comme une finalité reconnue par lui mais aussi une difficulté de la professionnalisation (C11-78, C54-402). Nous comprenons que pour Claude, concrètement, l'approche globale de la personne soignée ne peut se faire tant qu'il n'a pas acquis la « technique » (C11-80.81), alors qu'il comprend intellectuellement que ce soit nécessaire (C55-399). Les encadrants eux sont dans l'approche globale, ce qui crée un décalage entre ces deux partenaires. Il décrit la notion de seuil, d'étapes à franchir pour réussir à être dans le « prendre soin » (C11-81, C12-85, C12-91). Claude est clairvoyant car il a conscience de parfois s'abriter derrière la pratique, moins impliquante que le prendre soin global. Son conflit intérieur est très bien résumé par « quand on est dans la pratique, c'est plus facile de se détacher, mais quand on est dans le ressenti, dans le vécu, quand on vit les choses, c'est beaucoup plus difficile de faire des liens de manière globale » (C53- 389.391).

Claude décrit une conception de l'encadrement fondée sur l'autonomie (C9-60) et la confiance montrée à son égard (C9-57, C9-60), tout en attendant une certaine vigilance des professionnels (C9-59). Il souhaite de leur part des arguments concrets pour des axes d'amélioration et des réponses à ses besoins du moment (C10, C11). Il perçoit la réflexivité, pour lui mais aussi nécessaire pour les soignants qu'il juge parfois peu

³⁴³ Annexes 5 et 6, livret d'annexes.

empathiques, en particulier les médicaux. Le terme de responsabilité revient plusieurs fois (C26-205, C32-259, C56-407), comme quelque chose de difficile à dépasser mais de nécessaire pour être professionnel. Sa vision des relations en équipe est compliquée (C14, C15), avec des conflits internes dont l'étudiant est témoin malgré lui.

Il décrit à plusieurs reprises les étapes de la professionnalisation, progressives et nécessitant une participation active de l'étudiant avec une certaine ambivalence : d'une part, il reproche de ne pas être assez guidé (C11, C12, C42), d'autre part il rappelle la nécessité pour l'étudiant de faire la démarche de compréhension lui-même pour s'approprier les valeurs de la profession (C56, C59).

Les valeurs du « prendre soin » sont retrouvées dans des attitudes assez claires ou par leur absence (C16), en écho à Mona, tuteur en gériatrie, les valeurs sont inconscientes (C16- 139), renvoyant à la schématisation de la culture de Hofstede. Claude évoque autant des gestes, comme le toucher (C16-132), que des attitudes, comme la distance, les intonations, le regard (C13, C16, C17). Des éléments de la culture du « prendre soin » sont évoqués indirectement tout au long de l'entretien, de même que la construction identitaire progressive, mais lorsque nous dévoilons le terme de culture professionnelle, Claude fait référence à la culture médicale (C48), sans doute avec une représentation plus forte de groupe ou de communauté à part.

Claude montre des liens forts de la formation avec sa vie personnelle (C20), ce que Bernard, tuteur en psychiatrie, évoque également dans sa vision des jeunes professionnels. D'ailleurs, son projet professionnel de psychiatrie est affirmé, et donne une vision assez tranchée (comme Bernard) et manichéenne entre soins généraux (techniques) (C11) et psychiatrie (la relation, l'approche globale) (C29). La notion de formatage par la formation apparaît (C22-168.170), plutôt vécu sur le versant technique de la formation, obligatoire, les valeurs communes permettant de sortir de ce formatage (C22-174.176). Cette remarque nous renvoie à Dubet, qui évoque la déformation plutôt que la formation. Enfin, sur le plan des rencontres de professionnels marquants, nous avons conscience que nous ne l'avons pas guidé de façon assez neutre pour qu'il puisse évoquer un soignant ; cependant, la personne qu'il mentionne comme l'ayant accompagné dans sa progression en formation et même au-delà est une formatrice (C36, C38).

Amélie³⁴⁴

L'entretien avec Amélie comprend 77 interactions, toutefois elle répond souvent très brièvement, nous contraignant à relance ; nous n'en avons donc exploité que 64. La durée totale est de 36 minutes, plus brève que Claude, l'étudiante ayant une moindre propension à développer ses réponses. Son discours est assez hésitant, elle utilise les mots outils en grande proportion (23%). Le nombre de « je pense » ou « je trouve »... est de 57, ce qui montre une bonne implication. Nous remarquons qu'elle a moins d'hésitations dans les réponses où justement elle emploie la première personne, un peu plus quand nous abordons un sujet plus flou ou difficile pour elle, et nous pouvons noter qu'alors elle emploie le « on », comme une mise à distance par rapport à l'équipe (A10-74.78). Mais ce style est rarement employé et l'impression dominante est vraiment celle d'une étudiante qui est convaincue de ses propos et qui se positionne. Elle finit d'ailleurs souvent ses réponses par « voilà » et même « donc voilà », montrant ainsi qu'elle assume ses propos. Elle affirme d'emblée être sûre de son orientation, qui pourtant s'est faite au départ par défaut et présente un idéal de la profession assez proche de la réalité (A59-317) ; elle avance cet argument pour expliquer son parcours fluide en stage (A34-185), nous renvoyant à Hugues avec le notion de conversion professionnelle, moins coûteuse pour Amélie puisqu'elle affirme que l'écart est faible entre son idéal et la réalité, ou la notion de « projet envisagé » de Kadourri.

Nous notons que d'elle-même elle aborde les valeurs du « care », sans le nommer : prendre soin (A39-206), souci de l'autre (A5-33), relation à l'autre (A5- 33), et même « les petites choses » nommées par Hesbeen (A50-267.268). Elle présente ces valeurs comme communes à tous les soignants et futurs soignants (A74 - 401). Pour nous, et sans doute en lien avec des idées préconçues, apparaît un paradoxe entre ces valeurs soignantes mises au premier plan et l'attrait, voire le projet professionnel d'Amélie, en réanimation ou aux urgences. Nous avons en effet une représentation très technique et déshumanisée de ces secteurs, justement par manque du souci de l'autre. Il paraît donc réconfortant que des soignants animés de ces valeurs aient le désir de les investir dans ces services. Amélie avance une analyse assez fine et compréhensive de l'usure professionnelle (A12).

En cours d'entretien, elle réalise le parallèle entre sa position d'étudiante et celle de malade, nous renvoyant à la notion d'hospitalité de Gotman, pour l'Autre « qui ne sait pas

³⁴⁴ Annexes 7 et 8, livret d'annexes.

encore tout » (A20 - 132). Elle aborde empiriquement les notions de socialisation primaire et secondaire (A44- 232.236 et A45- 240.242), le « care » étant déjà une attitude présente à développer en formation. Nous sommes surprise lorsque nous abordons le thème de la figure emblématique (A21) : nous attendons une réponse de figure soignante, nous obtenons comme pour Claude une réponse de formateur. Pour Amélie, les professionnels de stage lui transmettent des gestes professionnels, mais le fil conducteur, la ressource sur la durée de la formation est le formateur, qu'elle présente comme une personne extérieure, qui elle aussi présente des qualités du « care ». Nous retrouvons également la posture d'accompagnateur du formateur, transversale sur la formation. La formation représente pour elle à la fois la réflexivité, vécue positivement, et le stress, plus difficile à vivre, mais cependant pas complètement négatif. Elle a bien la notion de groupe professionnel, mais ne s'y sent pas encore car le diplôme semble représenter un « permis » d'en faire partie (A64-348 et A70-384). A l'issue de cette lecture et de l'analyse plus fine, nous réalisons que parler de « culture professionnelle » à cette étudiante est prématuré dans la terminologie car elle n'appartient pas à la communauté soignante tant qu'elle a un statut d'étudiante.

2.1.2. Les soignants : Bernard et Mona

Les entretiens des deux soignants sont également espacés dans le temps (cinq semaines) ; ils présentent des similitudes, notamment sur la description de leur parcours, mélange de chronologie et de considération sur le soin et la profession. C'est pourquoi nous intégrerons ces interactions dans l'analyse.

Bernard³⁴⁵

L'entretien comporte 90 interactions, ce grand nombre étant lié à nos marques d'attention régulières qui scandent le discours dense de Bernard (10% de mots outils). La durée totale est de 53 minutes, mais il aurait pu durer encore tant cet infirmier était volubile. La lecture de l'entretien de Bernard est difficile car il suit un cheminement intérieur qui n'est pas toujours évident pour l'auditeur, ou revient sur des propos précédents par association d'idées ou par inférences. Il présente très peu d'hésitations, plutôt un foisonnement d'idées qui le débordent lui, ainsi que l'interviewer parfois ! Il est à la limite du hors sujet (shoah en réponse à l'analyse réflexive a posteriori, B77- 559.564).

³⁴⁵ Annexes 9 et 10, livret d'annexes.

Il ne finit pas ses réponses, incitant l'interviewer à le faire à sa place, ce que nous faisons régulièrement. Cela lui permet d'enchaîner, comme si le fil n'avait pas été interrompu. Il fait de nombreuses digressions, presque des envolées lyriques très théâtrales avec des termes forts : excessivement (B13-95, B23-158), apocalyptique (B15-107). De même, son langage est ponctué de métaphores : pour parler d'une jeune infirmière touchée par un entretien, il emploie « elle a pris une balle » (B86-660) ou pour se protéger, « bétonnant avec des corsets » (B42-340). Nous relevons également de nombreuses répétitions pour marquer ce qui est important à ses yeux (B5-37.38, B6-49, B9-77.78, B12-88, B83-620...).

A plusieurs reprises il insiste sur l'absurdité et la lourdeur du système hospitalier, qu'il a d'ailleurs évité durant une grande partie de sa carrière et avec lequel il essaie de s'accommoder à présent, tout en paraissant assez critique également sur ses collègues, tout comme Mona. Il est intéressant de relever comment il se démarque des autres soignants ou de l'administration quand il décrit des expériences particulières, et comment à d'autres moments du discours il parle de la psychiatrie en employant le « nous » (B83-632). Dans ce cas, il oppose une culture psychiatrique (sans la nommer comme telle), un groupe fédéré par les soins en psychiatrie, plus difficiles et plus profonds (B7-57.59, B23-158.159, B65-504), à un groupe de soins généraux, plus technique (B7-60, B56- 441, B68- 519, B83-630), avec une vision assez manichéenne.

Il réussit à transmettre ce qui fait l'essentiel du soin en psychiatrie, à savoir l'Autre en tant que sujet avec sa propre histoire. Même s'il n'emploie pas le terme de « prendre soin », il cite régulièrement les éléments qui le constitue : l'Autre comme sujet, les valeurs humanistes, le respect, l'écoute, la responsabilité, l'éthique, l'authenticité. Il évoque aussi de manière récurrente la difficulté, notamment pour les étudiants et les jeunes professionnels, à ne pas confondre leur propre histoire avec celle des patients et les conflits psychologiques que cela génère (B40, B90).

Bernard a besoin de partir d'emblée sur l'évocation d'une situation problème ou emblématique pour répondre à une question posée : par exemple, les relations avec l'IFSI, où il développe la prise en charge des patients atteints de TOC (troubles obsessionnels compulsifs), qui nous apparaît hors-sujet. Nous comprenons seulement en fin de réponse qu'il avait échangé de cela avec une formatrice. Elle avait d'ailleurs reconnu sa compétence en la matière en le faisant intervenir à l'IFSI (B56, B57). Il tient des propos paradoxaux sur le lien IFSI/terrain, en affirmant que la clinique et les valeurs éthiques ne

peuvent s'acquérir que sur le terrain, mais en déplorant que les jeunes professionnels et a fortiori les étudiants ne soient pas préparés à l'exercice en psychiatrie, avec un discours de l'IFSI peu réaliste et peu pertinent avec la réalité du terrain.

Mais ce qui est très remarquable, ce sont les références constantes aux auteurs sur lesquelles il appuie sa pratique. Est-ce majoré par le fait qu'il est à l'IFSI et qu'il parle avec nous de la formation, voulant ainsi théoriser son exercice ? Ou bien fait-il ces liens réellement au quotidien avec les étudiants ? Il évoque un écrit qu'il a réalisé à cette fin et qu'il a même envoyé à sa hiérarchie (B59-472), document auquel il fait référence de façon récurrente tout au long de l'entretien comme un support qui nous permettrait de mieux comprendre ses propos ; il conclut souvent ses réponses par son intention de nous faire partager cet écrit (219, 236, 472, 475, 488, 534, 550). Il nous l'enverra d'ailleurs dans les jours qui suivent l'entretien, en réaffirmant l'intérêt qu'il porte à l'encadrement des étudiants, et aux messages qu'il veut leur faire passer. En ce qui concerne le partenariat avec l'IFSI, il ne réussit pas à exprimer clairement sa position, même si on perçoit un sentiment de décalage avec la réalité de terrain qu'il regrette.

Nous n'avons pas su le canaliser assez, il nous a parlé des jeunes diplômés et de la difficulté du travail en psychiatrie ce qui décrit indirectement la culture psychiatrique, les valeurs, mais pas assez son rôle de tuteur auprès des étudiants. Au terme de cet entretien, se pose la question de l'expertise du tuteur. Il doit avoir suffisamment d'expérience et de réflexion sur sa pratique pour transmettre sa culture. Toutefois, nous avons le sentiment qu'une trop grande expertise peut l'amener à se trouver toujours en décalage avec les étudiants et les jeunes professionnels, les « novices », entraînant un découragement chez ces derniers comme chez lui. Nous retrouvons cette interrogation avec Mona.

Mona³⁴⁶

L'entretien de Mona comporte 83 interactions la durée totale est de 49 minutes. Comme pour Bernard, de nombreuses réponses de Mona sont interrompues par des marques d'attention de notre part, mais toutes celles qui évoquent son expérience passée et actuelle sont très longues. Son discours contient 15% de mots outils. L'entretien présente une structure inégale en fonction des thèmes abordés. Il est très riche lorsqu'elle évoque son parcours très varié, tant au niveau géographique, que de types de structure, et

³⁴⁶ Annexes 11 et 12, livret d'annexes

d'activités de soin (115 lignes). Elle réussit d'ailleurs à parler de ses valeurs au détour de ce parcours, quand elle décrit l'évolution des soins hospitaliers en soins de suite (M11 à M16). On sent pourtant un enthousiasme lorsqu'elle évoque la chirurgie viscérale par exemple (M8-51.53). Elle s'exprime en terme de « je » (57 je pense, je trouve, pour moi,...), est très impliquée sur le thème de l'encadrement. Nous pouvons noter une reproduction des échanges avec les étudiants : elle s'adresse rétrospectivement à la stagiaire en la tutoyant, comme si elle revivait la scène, ce qui rend le discours très vivant. Nous percevons des dimensions évoquées dans le compagnonnage, faire avec pour transmettre des valeurs (M19). Elle a vraiment le besoin de répondre à nos questions assez théoriques par des situations concrètes vécues, même si elle débute ses propos avec des considérations plus conceptuelles, cette fois exprimées à la troisième personne.

Le thème du « prendre soin » que nous souhaitons faire ressortir comme une préoccupation de transmission par les soignants apparaît rapidement et spontanément, il est récurrent. Ce qui est très intéressant, ce sont justement les illustrations qui concrétisent les gestes professionnels du « prendre soin » : elle insiste beaucoup sur la bouche (245, 251, 253, 254, 268, 269, 270, 271, 273, 274, 275), mais pas forcément sur un aspect technique et de soin à faire par obligation. Ce qui nous intéresse, c'est qu'elle se place du point de vue du patient et de son entourage, par exemple pour la communication. La bouche devient alors un symbole du « prendre soin », par laquelle on prend soin de la personne entière, parce qu'on dépasse le superficiel. Ce n'est pourtant pas un soin « noble », tout comme la toilette qu'elle évoque également comme essentielle (M23). Son approche de la relation soignante, qui n'a pas besoin de la barrière de l'instrument, correspond tout-à-fait à notre recherche sur le « prendre soin ».

Par rapport à l'apprenant, nous ressentons son implication et son professionnalisme ; par contre, nous percevons son appréhension de la réforme, vécue comme un changement de métier, une crainte de ne plus savoir comment faire pour transmettre son métier qui serait dépassé (M37-290) ; elle profite de l'entretien pour avoir des informations de notre part (449, 461, 514, 534), comme pour être rassurée de ce qu'elle fait. Plusieurs fois apparaît une distanciation de l'équipe, qui serait trop laxiste (Véga) (132, 216 par personne interposée, 246, 269)

En fin d'entretien, lorsque nous abordons le concept de compétence et la culture, les réponses sont très laconiques, mettent en évidence un malaise relatif à ces notions assez

abstraites. Avec du recul, nous percevons que nous induisons trop certains termes : « valeurs conformes » (M11-70), « soins nobles » (M15-102).

2.1.3. Les formateurs : François et Rose

François³⁴⁷

L'entretien avec François est composé de 48 interactions pour une durée de 49 minutes. Il y a donc peu de relances de notre part et des réponses longues et étayées. Peut-être avons-nous moins besoin de relancer en raison d'une communauté de pratiques ! La proportion de mots outils est de 13,5%, le style assez fluide, ponctué en fin de propos par « voilà » ou « je sais pas si j'ai répondu » qui témoigne de sa centration sur nos attentes et nous permet de les compléter éventuellement. Nous constatons peu d'hésitations sur un domaine qu'il semble bien appréhender, avec des adverbes pour ponctuer cette impression : nécessairement(9), évidemment (7), précisément (6), justement (6), effectivement(5). François s'implique beaucoup dans son discours, avec 99 « je pense », « je trouve », « pour moi ».... Sa posture est affirmée d'emblée sur le pédagogique et la pratique réflexive pour laquelle nous percevons un véritable engouement et enthousiasme. François a un recul de sa pratique de formateur de dix ans, avec une participation à la mise en œuvre récente de la réforme, sans toutefois en être un des artisans principaux. Nous recherchions ce profil, car les étudiants interviewés ont effectué leur cursus selon le programme 92 et non 2009.

Bien que François se positionne tout au long de nos échanges, nous percevons qu'il agit au sein d'une équipe dont il reconnaît les compétences. Celles-ci sont acquises par diverses formations qu'il considère comme un bénéfice (F7- 48, F11- 98, F19- 274). Par ailleurs, sa conception du partenariat est concrète, illustrée de nombreux exemples et travaux qu'il a accomplis. Est-ce son expérience antérieure de responsable de stagiaires en tant que professionnel de terrain qui lui donne cette dimension ? Il développe une vision très claire de la professionnalisation, en reconnaissant la part majeure du terrain dans l'acquisition des gestes et attitudes professionnels. Le terme de culture n'est pas utilisé, cependant nous retrouvons différents traits qui la constitue :

³⁴⁷ Annexes 13 et 14, livret d'annexes.

- Le « prendre soin » avec la centration sur l'autre (F16- 201), l'humilité (F31-474) citée sept fois, qui place le malade au centre du soin, le travail sur l'émotion (F18-226),
- La construction identitaire et professionnelle (F17-220.221), initiée grâce aux expériences professionnelles analysées par les étudiants avec les formateurs et les professionnels (F22-324.326),
- Les valeurs humanistes comme l'écoute, l'ouverture, en lien avec la relation d'aide (F18-252),
- Les savoirs a minima que tous les étudiants doivent avoir développés dans leur cursus (F9-78).

Nous retrouvons ces attitudes du « prendre soin » dans sa pratique de formateur, ce qui renforce l'idée que ce sont des dispositions qui ne sont pas cloisonnées à une sphère de la vie d'une personne, mais transversales dans tous ses actes. François décrit assez précisément l'intérêt qu'il porte aux méthodes pédagogiques et outils de la démarche réflexive, et précise comment il les réinvestit dans son champ professionnel : regroupements (F13, F14), suivi individuel (F16 à F18), situations emblématiques (F9). Il semble également très actif dans l'élaboration des livrets d'accueil en stage (F23), en précisant la contribution de ce travail pour l'appropriation des compétences professionnelles par les étudiants bien sûr, mais aussi par les professionnels, amenés ainsi à explorer leur pratique par le prisme du référentiel de compétences.

Rose³⁴⁸

L'entretien avec Rose se déroule en 47 interactions et dure 32 minutes 30. C'est le plus bref des six entretiens, car selon nous Rose est très synthétique et ne fait pas de digressions, elle utilise peu de mots outils (8%) et hésite rarement. Elle ne s'est pas vraiment impliquée dans la mise en œuvre de la réforme, partant à la retraite fin 2011. Elle décrit donc sa pratique liée au programme 92, nous l'avons d'ailleurs choisie en raison de cette expérience. Sa carrière s'est centrée sur la formation presque exclusivement, elle peut donc témoigner d'une évolution de la profession et de la formation. Des mots-clés apparaissent tout au long de l'entretien : autonomie (R3-17, R10-88), accompagnement

³⁴⁸ Annexes 15 et 16, livret d'annexes.

(R4), de même que les valeurs du « prendre soin », transversales (R16-138, R17-148.152.153).

Rose est très centrée sur l'autonomie de l'étudiant, et le développement professionnel variable, et parfois après la formation (R14-125.126) ; nous retrouvons la position d'Amélie, qui évoquait sa culture étudiante tant qu'elle est à l'IFSI. Le rôle du formateur dans l'accompagnement du projet professionnel est visible, un peu comme un révélateur (R7- 49).

Rose a la vision d'une population d'étudiants très hétérogène (R13-113), avec un point commun qui est celui de l'investissement en formation (R6-39.40), mais pas forcément de de vocation (R15-132) ; des stades sont perçus (R7-46), des paliers différents de dimension professionnelle selon les étudiants, comme le décrit Claude. Elle apporte une vision personnelle du partenariat, et insiste sur les liens de connaissance mutuelle qui se constituent et s'entretiennent sur le long cours (R8-59.63). Ils sont indispensables à la confiance nécessaire pour travailler ensemble (R8- 60.69). Le binôme formateur référent et tuteur est pour Rose le pivot du partenariat indispensable pour accompagner l'étudiant dans son autonomie progressive (R10-87).

Cette première prise de contact avec les entretiens nous paraissait nécessaire pour mieux cerner chaque interviewé et son approche. Nous allons procéder à une analyse plus approfondie et croisée des différents entretiens.

2.2. Analyse interprétative

Nous avons organisé l'analyse croisée des entretiens en lien avec les concepts clés développés précédemment : la culture professionnelle soignante, la formation et la professionnalisation. Nous avons réalisé, à partir des entretiens retranscrits intégralement, puis épurés des questions de l'interviewer et des mots outils, une extraction des unités de sens. Nous avons pu ainsi faire émerger des thèmes à l'intérieur de ces trois concepts généraux. Nous voulions présenter les tableaux synthétiques de ces unités de sens pour chaque interviewé. Cependant, confrontée à la réalisation de cet exercice, nous avons constaté que cela nous conduisait à isoler chaque acteur (étudiant, soignant, formateur) et nous retombions ainsi dans une vision morcelée que nous ne souhaitons pas. Nous

sommes plus dans une approche qualitative, complexe, que quantitative. Nous préférons soumettre par conséquent les propositions ou des extraits les plus significatifs au regard des thèmes³⁴⁹, ce qui nous permet d'analyser les données dans une vision globale des trois acteurs de la formation.

Nous avons dégagé les thèmes et sous-thèmes suivants :

En lien avec la culture professionnelle soignante, nous avons pu faire émerger :

- Les dimensions du « prendre soin », pour les trois acteurs de la formation
 - Le « care » dans la pratique
 - L'humilité
 - Les différents secteurs d'activité de soins et le « care » qu'ils expriment
 - L'opposition technique/relationnel, soin de confort
 - La désillusion soignante
- La notion de communauté soignante
 - L'évolution du métier
 - Le jargon professionnel
 - Les réactions sur le terme de « culture professionnelle »

En lien avec la formation infirmière, nous traiterons :

- L'apprenant perçu par lui-même, par le formateur et par le professionnel, du point de vue de son apprenance, de son engagement en formation
 - La naissance du désir de devenir infirmier
 - La notion de stades, de seuils à franchir
 - Les capacités des étudiants propices ou non à la formation infirmière.
- Le partenariat mis en œuvre

³⁴⁹ L'ensemble des propositions reportées dans les tableaux sont issues des tableaux de séquences en annexe, sans les mots outils.

- La construction des liens
- La formalisation du partenariat
- La conception des compétences pédagogiques du formateur et du tuteur

Nous avons délibérément choisi de conclure par la professionnalisation, car cela nous permet de faire le lien entre les deux précédents concepts. Les thèmes qui émergent des entretiens montrent les attentes ou les réalisations concrètes des acteurs et mettent ainsi en évidence les pistes de réflexion pour une optimisation du système.

- La construction professionnelle
 - De l'étudiant
 - Du jeune professionnel
 - Les intrications avec la sphère personnelle
 - L'acquisition d'un positionnement professionnel
- Les rencontres professionnelles décisives, la transmission implicite
- L'accueil et l'encadrement par les professionnels
- La pratique réflexive opérationnalisée
 - La réflexivité liée aux situations d'apprentissage
 - Les regroupements
 - Les situations problèmes ou emblématiques

2.2.1.La culture professionnelle

Les dimensions du « prendre soin »

Le « care » dans la pratique

C16- I.132.134	une manière de toucher, le fait de le toucher ou de ne pas le toucher, pour moi, ça indique un peu les valeurs et la manière d'être vis-à-vis du patient, la manière de lui parler, l'intonation de la voix, tout ça c'est des indicateurs
C17- I.139.142	on voit vite les valeurs, je pense, de manière inconsciente. Après dans le parler, dans les choses conscientes, ça peut être les valeurs de la relation d'aide
C22- I.175.178	des valeurs, tout ce qui est par exemple la relation d'aide, je reviens à ça, c'est parti de valeurs humanistes qui sont vraiment intéressantes, je pense qu'il faut aussi s'inspirer d'autres références, d'autres milieux, d'autres cultures
C34- I.269.270	on est tout le temps au contact des gens, l'outil premier, c'est nous !
C50- I.367.371	Des valeurs soignantes, qui peuvent être intéressantes, après les gens les prennent ou les prennent pas, y a des gens qui auront jamais, qui pourront jamais être dans la communication non verbale par exemple, être dans le toucher, des choses comme ça, je pense que c'est pas possible pour eux
A4-I.32.33	je pense que c'est la variété qui fait le souci de l'autre, la relation à l'autre
A14- I.103.104	c'est tout un savoir être, être rassurant pour la personne, prendre le temps d'écouter
A16- I.118.120	c'est important, même si on n'est pas forcément disponible tous les jours sinon au départ y aura toujours quelqu'un dans l'équipe disponible en cas d'urgence
A44- I.232.234	C'est le relationnel, c'est tout le savoir être, c'est ce que je vous disais le souci de l'autre, tous ces concepts qu'on retrouve en relation d'aide, l'authenticité, l'empathie
A50- I.265.268	je suis beaucoup là-dedans, le toucher, tout le non verbal, sourire en entrant dans une chambre, ça se manifeste par plein de toutes petites choses, c'est pas la peine d'être trop exubérant, c'est plein de toutes petites choses
B25- I.173.175	ce que j'essaie de mettre dans la relation c'est des valeurs humanistes, la relation de soin c'est les relations humaines,
B27- I.191.197	les valeurs humaines c'est tout ce qui est éthique, tout ce qui est relationnel, tout ce qui est rapport à l'autre, tout ce qui fait que l'autre existe, qui fait que moi j'existe à ce moment-là
B32- I.245.248	c'est que la rencontre, on attend le patient, on dit pas au patient on va à un entretien comme un rendez-vous, comme une obligation, non c'est une invitation, c'est Levinas qui dit « on l'invite », asseyez-vous, au moment où on l'invite, on devient responsable de lui

<i>B64- l.495.496</i>	c'est la rencontre en première intention, la dimension éthique, le respect de l'accueil du sujet
<i>M8-l.47.48</i>	Quand tu commences, tu te rends compte que même les choses de base...c'est culturel, c'est un terrain sensible
<i>M21- l.181.184</i>	moi j'aime toucher la personne, l'envelopper, lui dire au revoir en la touchant, en l'enveloppant, lui remettre les draps, bien lui remonter, lui attacher sa chemise si elle est détachée pour couvrir ses épaules, remettre ses oreillers, pas la laisser comme ça
<i>M21- l.185.187</i>	ça prend pas de temps pour toucher la personne, ce geste de toucher c'est dans le savoir être
<i>M23- l.199.200</i>	le relationnel c'est très important, de regarder la personne, prendre en compte tout son global
<i>M27- l.231.234</i>	parler avec un patient avec la main sur la poignée de la porte par exemple, avoir un discours automatique, qui n'est pas sincère, très stéréotypé, c'est quelque chose de rédhibitoire, c'est pas du tout soignant, c'est tout sauf soignant
<i>F13- l.152.154</i>	un étudiant en soins infirmiers de première année il ne sait pas par exemple que la déambulation ça peut avoir comme sens quelque chose d'existentiel, de continuer à exister dans un espace que le sujet ne reconnaît plus
<i>F16-201</i>	regarder du côté de l'humain, regarder l'étudiant humainement
<i>R17- l.146.148</i>	avoir envie de travailler pour quelqu'un, le social, si on n'a pas envie de travailler avec les autres, pour rechercher ou aider l'autre à rechercher ce qui est mieux pour lui
<i>R17- l.152.153</i>	c'est l'attrait, l'intérêt pour l'autre, la relation à l'autre
<i>R38- l.302.304</i>	ce qui fait le lien, la valeur prioritaire, c'est encore l'attention à l'autre, la relation, moi je fais pas la différence

Nous constatons que tous les acteurs placent les éléments du « prendre soin » au centre de leurs pratiques, que ce soit dans l'apprentissage, la conception de la profession ou la formation. Amélie, étudiante en fin de formation, pourtant attirée par des services très « techniques » comme la réanimation, oriente d'emblée son apprentissage sur la relation à l'autre. Elle fait ressortir toutes les dimensions du « care » au fil de sa description de l'accueil du patient (de A13 à A20) : l'accueil, se présenter, une présence discrète, l'accompagnement, la disponibilité. L'écoute discrète revient comme un leitmotiv que ce soit pour le patient, l'étudiant ou le soignant, en respectant le rythme et le désir de l'autre. Elle utilise des termes comme le savoir être, le souci de l'autre. Dans la proposition relevée en A.50, elle précise les gestes du care : le toucher (deux fois), le sourire, sans envahir (exubérant, entrée en relation), toutes petites choses (trois fois). Nous retrouvons dans l'accueil de « l'autre qui ne sait pas encore tout » (A20-l.132) un lien avec le sens de l'hospitalité de Gotman. Le terme « contribue » (l.269) laisse entrevoir cette complexité de

Morin, un tissu de petites choses qui font une relation et le « prendre soin ». Elle relativise cependant la disponibilité pour l'écoute « pas disponible, en cas d'urgence » (A16), comme si elle savait déjà que la réalité du travail ne lui permettrait pas toujours d'être attentive au patient, malgré son désir. A la notion d'accueil du patient, induite par l'interviewer, Amélie fait rapidement au fil du discours, l'analogie avec l'accueil de l'étudiant ; elle dit en effet « c'est un peu pareil » (A13-l.101), sans doute inconsciemment le perçoit-elle, puis, « c'est un peu la même chose » (A14-l.106), pour aboutir à « énorme parallèle » (A16-l.121).

Claude, lui, est en recherche de cette pratique soignante, sans doute en raison d'un stade moins avancé dans la formation qu'Amélie. Il réussit néanmoins à percevoir le « prendre soin », « on voit vite les valeurs de manière inconsciente » (C16-l.140), non perçu par l'acteur lui-même (la part enfouie de la culture), et en comprend la nécessité essentielle, mais avoue sa difficulté pour ce soin global : « il faut prendre en charge le patient de manière globale, c'était là où était aussi une difficulté pour moi » (C6-l.41.42). Pour lui, les valeurs sont perçues dans les attitudes du soignant avec le patient, tant en positif qu'en négatif « demander de loin » (C16-l.136), renvoyant à Mona qui évoque « parler avec un patient avec la main sur la poignée de porte » (M27-l.231). Il dit « on est formé pour tout faire mais on peut pas tout faire concrètement » (C50-l.373) : cette phrase résume tout à fait la formation polyvalente et aussi la formation par compétences, qui donne des bases générales transférables qui se développeront au fil des expériences et en fonction du projet professionnel. La partie volontaire du « prendre soin » est exprimée dans les pratiques relationnelles, primordiales pour lui. Il oppose ces dernières à la technique, ce qui est assez paradoxal avec son désir d'acquisition de cette dimension, serait-ce parce qu'il a un projet de psychiatrie et donc certains préjugés sur les soins généraux, comme Bernard ? La notion d'être l'« outil premier » est intéressante et rejoint Mona, qui n'a pas besoin d'un instrument pour entrer en relation.

François tout comme Rose cherche à repérer et à développer les compétences du prendre soin chez les étudiants. Pour Rose, « la valeur prioritaire, c'est encore l'attention à l'autre, la relation » (R38-l.304.305). François ne décrit pas les valeurs du soin, mais son attachement à donner du sens au soin nous paraît traduire la centration sur le patient, notamment lorsqu'il explique le sens de la déambulation du patient dément (F13).

L'intégration d'éléments de compréhension dans la pratique, donner du sens aux gestes professionnels revient huit fois sur ce passage.

Les soignants, plus ancrés dans leur pratique quotidienne auprès du malade, ont une appréhension qui diffère en raison des soins qu'ils effectuent. Mona, qui exerce en gériatrie, est vraiment centrée sur des gestes relationnels et corporels simples, les « petites choses » décrites par Amélie en référence à Hesbeen, comme les soins de bouche (M32 et M33, cité onze fois). En outre, Mona dans cette expression : « c'est culturel, c'est un terrain sensible » aborde une autre dimension de la culture du soin sans le vouloir. Elle exprime toute la difficulté à transformer des pratiques ancrées souvent inconsciemment (couches profondes de la culture de Hofstede ou socialisation primaire). Elle décrit précisément les gestes du « prendre soin » (M21-l.171 à 187, treize fois), retraduisant ainsi le professionnalisme des gestes. Elle distingue clairement le message qu'elle transmet verbalement et de façon comportementale aux étudiants et utilise le terme de « concevoir » (M21-l.185). Elle nous montre ainsi que nous sommes bien sur des valeurs, des concepts. Elle nomme également l'« humanité » (M47-l.370), renvoyant à la notion universelle et première du soin. A notre question sur ce qui lui semble rédhibitoire pour la profession, elle fait référence aux gestes et propos qui symbolisent le manque de congruence du soignant, l'inverse des valeurs précédentes : absence de personnalisation, standardisation, un très intéressant « être là tout en étant déjà parti » (M27-l.236). Nous rejoignons la perception du « prendre soin » par son absence (Catanas, Hesbeen).

Bernard, infirmier en psychiatrie, insiste énormément sur la différenciation du soignant et du soigné comme essentielle à la relation de soin avec les notions de limites de soi et de l'autre, et sur tous les éléments du « care » : éthique, respect, existence dans le regard de l'autre, dimension humaine et toujours le caractère unique de chaque histoire (histoire singulière B29-l.201). L'Autre revient quinze fois dans ces lignes (B29). Bernard développe son utilisation et son appui sur les auteurs, pour chacun il explique même pour quel aspect du soin il est le plus pertinent, allant des philosophes comme Kant, Ricœur, Levinas, Arendt à Saint-Exupéry, Proust ou Levi. Il revient ainsi sur les valeurs du « prendre soin » et leur transversalité.

Les principes de la relation d'aide rogérienne.

Nous retrouvons une « imprégnation » forte de la relation d'aide chez les étudiants mais aussi chez les formateurs. Nous pouvons le relier à la place privilégiée, et même centrale de cette approche dans le projet pédagogique de l'IFSI. Amélie évoque l'authenticité, l'empathie (A44-1.233.234), Claude outre l'empathie parle de reformulation, d'écoute et de personne humaniste (C17- 1.142.145). Il revient aux valeurs humanistes du projet pédagogique (C22) et les élargit avec sa propre expérience, notamment culturelle : pas une seule appréhension des soins, des nuances philosophiques, rejoignant ainsi Bernard. François a pour sa part transféré sa pratique de la relation d'aide en tant que soignant dans la pédagogie, ce qui lui permet d'avoir une approche humaniste de l'étudiant « le métier de formateur à l'IFSI m'a permis d'expérimenter la relation d'aide du côté de la formation alors que moi je l'avais expérimentée du côté soignant (F18-1.251.253).

Cependant Bernard émet une critique pour l'IFSI, dont le projet s'appuie sur Rogers (relation d'aide comme vous dites ! B82-1.587), inadapté selon lui pour ce qui apparaît en filigrane comme l'essence du soin en psychiatrie : l'entretien. Bernard critique la conception de l'empathie de Rogers mais n'est pas si opposé que cela puisqu'il l'utilise. Ce qui lui fait repousser l'empathie rogérienne, c'est le risque de confusion des histoires et des émotions du soignant et du soigné. L'époché de Ricœur, auteur cher à ses yeux, permet cette neutralité tout en restant à l'écoute. Une valeur revient dans plusieurs discours, en lien avec le soin ou la pédagogie : l'humilité. Nous avons voulu la souligner car elle est très liée au « prendre soin », à la nécessaire discrétion du « care » soulignée par Hesbeen.

L'humilité

<i>C21-1.164</i>	c'est là où il faut plutôt passer le relais à quelqu'un je pense..
<i>B29-1.211.213</i>	reconnaître qu'on est parfois soi-même vulnérable, des valeurs qui sont liées à la relation humaine ne permettent pas de faux-semblants, de faux-semblants, ne permettent pas de faux-semblants
<i>B32-1.252.255</i>	effectivement il faut être conscient de ce poids là, ce poids là c'est pas pour autant qu'il doit vous figer, par contre il doit nous aider à mesurer surtout à respecter la vitesse du patient, s'il veut pas avancer ou s'il peut pas avancer, on n'avance pas c'est tout
<i>B45-1.355.361</i>	ça me rappelle toujours que je sais rien, on est toujours surpris par leurs questions, au plus une question elle est naïve, au plus elle paraît simple et idiote, au plus elle est percutante, c'est les seules questions qui peuvent honnêtement , les questions qui m'étonnent, les questions qui me mettent en difficulté, c'est vraiment des choses du B.A.BA, c'est pas de la clinique, on est vraiment dans une relation, c'est sur un détail dans un entretien

<i>B83- l.638.640</i>	quelqu'un qui a cette dimension, quelqu'un qui est capable de se remettre en cause, de reconnaître qu'il est en difficulté, quelqu'un qui va reprendre son entretien par rapport à celui de la veille
<i>M19- l.160.161</i>	je prétends pas tout savoir, tu verras que dans ta carrière, tu sais pas répondre à tout, je crois qu'il faut être honnête
<i>M45- l.359.362</i>	l'honnêteté, ... l'humilité aussi, tu y arrives pas, tu vas pas massacrer les veines, tu insistes pas si tu y arrives pas, tu viens me chercher
<i>M53- l.439.444</i>	être humble, on peut pas être performant partout la gériatrie, je trouve qu'elles peuvent apprendre énormément, c'est un excellent terrain de stage pour apprendre, si on le fait avec l'humanité nécessaire ...il y a des choses qu'il faut pas accepter de faire pour apprendre
<i>F32- l.474.477</i>	si c'est une valeur, c'est l'humilité. Si y a quelque chose que j'ai envie de défendre, c'est l'humilité dans le soin parce que c'est l'autre qui est malade
<i>F32- l.481.482</i>	je crois que c'est en ayant conscience de cette humilité qu'on arrive à écouter ce qui se passe chez l'autre
<i>F33- l.485.487</i>	je me suis retrouvé trop souvent piégé dans le fait que ce manque d'humilité m'empêchait d'aller rencontrer l'autre, d'être centré sur ma problématique, de renvoyer quelque chose de sécurisant, de renvoyer quelque chose d'efficace

François, en réponse aux valeurs qu'il veut transmettre, et même défendre, cite immédiatement l'humilité (sept fois F.32), déjà évoquée avant (l.313) comme capacité recherchée chez l'étudiant ; cette valeur soignante semble être centrale pour tous les partenaires selon François, car elle seule permet de quitter sa centration sur soi-même pour se centrer sur la personne malade (l'autre). Cependant, quand il évoque son expérience professionnelle (l.480), on comprend bien que le temps des études ne suffit pas. Il rapporte qu'il a parfois été piégé (F33-l.485) à manquer d'humilité, emporté par la toute-puissance soignante. Il est par ailleurs intéressant de voir qu'il oppose l'humilité et la centration sur l'autre avec le rôle sécurisant et efficace traditionnel du soignant, associés avec la toute-puissance évoquée plus haut. Il étend cette humilité à la relation pédagogique, comme une difficulté à surmonter « si j'arrive pas à me mettre dans cette position suffisamment humble, j'arrive pas à écouter ou entendre ce que l'autre a à dire » (F33-l.492-493).

Mona renforce l'opposition de l'humilité au concept connu de toute-puissance du soignant, l'associant à l'honnêteté et à l'humanité. Elle relie aussi de façon très pertinente l'humilité au positionnement. Claude évoque également l'humilité, comme une valeur nous permettant de reconnaître nos limites. Il est intéressant de noter que même si tous les interviewés ne citent pas l'« humilité » comme élément de la culture soignante, elle

transparaît dans d'autres expressions comme l'« authenticité », l'absence de « faux-semblants » (B29), la remise en question (B83). Bernard évoque aussi une dimension très intéressante de l'humilité vis-à-vis de l'apprenant (B45) : par sa naïveté, il réactive le sens critique du soignant qui s'interroge sur sa pratique. Cette position humble serait donc aussi un facteur d'évolution des pratiques.

Les différents secteurs d'activité de soins et le « care » qu'ils expriment

Cette différenciation est apparue à la lecture des entretiens et nous semble intéressante à analyser car elle contribue à affirmer ou non le sentiment d'une culture commune à tous les soignants.

<i>C23- I.186.191</i>	je pense que dans un service de chirurgie où on voit 10 patients différents toutes les 2 semaines, on n'a pas le temps, les patients tournent, c'est quand même beaucoup plus compliqué de voir ça que dans un service de gériatrie où les patients vont être là pendant très longtemps, dans un service de psychiatrie long séjour, dans un service de soins à domicile, je pense que les approches ne sont pas les mêmes
<i>A15- I.113.116</i>	souvent dans les services on parle beaucoup, quand il y a beaucoup d'entrées, on explique, on explique, on explique, c'est bien de pouvoir écouter un peu ce que les gens ont à dire, c'est bien de préciser qu'on est là en cas de besoin.
<i>B23- I.156.159</i>	j'ai beaucoup de compassion pour ces jeunes parce que c'est un métier qui est excessivement difficile, la psychiatrie, je pense que c'est doublement difficile en psychiatrie parce qu'ils sont toujours seuls
<i>B83- I.610.614</i>	une collègue qui va faire une bonne soignante en psychiatrie, c'est tout à fait subjectif, je crois c'est quelqu'un qui a une valeur humaniste, qui a du respect pour l'autre, c'est quelqu'un qui quand elle arrive d'un entretien elle vous dit putain, j'étais en entretien, je sais pas quoi dire, ça c'est bon
<i>M14-M15 I.100.103</i>	les EHPAD ils ont pas les moyens avec peu d'infirmières, la tour, il faut garder la tour, pour les soins techniques...les soins nobles
<i>M15- I.103.106</i>	la gériatrie, nous on se rend compte qu'on les garde 8 jours, 15 jours, il faut les renvoyer parce que y en a d'autres qui attendent, une semaine après, ils reviennent, moi je trouve que c'est pas de la bonne gestion
<i>M23- I.197.200</i>	les soins de confort chez les personnes âgées, quand elles passent en gériatrie, faut qu'elles acquièrent un minimum, pour moi, insister sur ça c'est très important, le relationnel c'est très important, de regarder la personne, prendre en compte tout son global
<i>M33- I.268.275</i>	regarder les bouches, avec un collègue on est les seuls à faire tirer les langues des patients, à examiner les bouches, pour moi, l'entretien de la cavité buccale c'est essentiel
<i>F14- I.175.176</i>	les EHPAD inscrits dans un principe de réalité en lien avec une pénurie certaine, ils font tout ce qu'ils peuvent
<i>F14- I.179.181</i>	ils sont assez partants pour d'une part rencontrer les professionnels des autres structures, deuxièmement être une vraie ressource en terme de pratiques pour les étudiants

<i>F13- l.153.154</i>	la déambulation ça peut avoir comme sens quelque chose d'existentiel, de continuer à exister dans un espace que le sujet ne reconnaît plus
<i>R19- l.158.159</i>	L'infirmière hospitalière actuellement elle ne sera que dans l'urgence, le court séjour, son rôle sera essentiellement de passer le relais à des réseaux
<i>R19- l.160.161</i>	je vois les soins infirmiers beaucoup plus extra-hospitaliers, en lien très important avec tous les partenaires sociaux
<i>R38- l.308.311</i>	ils n'ont pas le temps nécessaire, peut être pas la volonté, j'en sais rien, le temps pour établir la même relation qui est établie entre les familles et les malades en soins de suite par exemple ou en EHPAD
<i>R41- l.319.321</i>	certaines ne l'auront jamais, ceux qui ont le profil, « urgence, réa, samu ou bloc », je pense que pour eux, c'est pas qu'ils ne veulent pas avoir de relation, ils privilégient tellement l'aspect valorisant de la technique

Tous les interviewés valorisent le « prendre soin » lié à leur secteur d'activité ou de prédilection. Claude a bien conscience que les théories de soin, que ce soit celles enseignées à l'IFSI ou celles recherchées par étudiant, sont à s'approprier et à adapter en fonction des contextes. Il a un projet de psychiatrie et stigmatise la chirurgie, symbole du court séjour, qui met à mal la culture et les valeurs soignantes. Nous relevons son ambivalence car il mentionne qu'il s'intéresse spécifiquement à la technique lorsqu'il est en stage en court séjour, alors que les soignants l'incitent à une prise en charge plus globale. Il cite judicieusement différents lieux d'exercice (prison, école, domicile, formation) (C35- l.280.282), montrant que la culture soignante n'est pas la culture hospitalière.

Amélie associe l'activité du service et le fait de parler sans écouter, ce qui n'est pas dans le « prendre soin » : elle répète « on explique » (trois fois), comme si l'autre ne pouvait que recevoir passivement et n'avait rien à donner, nous renvoyant à la théorie du don de Mauss. Nous ne pouvons nous empêcher de faire le parallèle avec Rose qui isole une infirmière hospitalière, très technicienne. Amélie vient en contradiction de ce point de vue car elle a beaucoup développé le « prendre soin » et a un projet de réanimation. Rose évoque les infirmières extrahospitalières, comme Claude, beaucoup plus en lien avec tous les acteurs gravitant auprès du malade.

Bernard considère la psychiatrie comme un métier en soi, ce qui tendrait à nouveau à séparer soins généraux et soins psychiatriques. Il utilise le thème de l'entretien comme fil rouge, spécificité de la psychiatrie. Il souligne son extrême sollicitation du soignant par des termes très forts. De belles métaphores montrent le plaisir, voir le challenge que représente l'entretien pour Bernard : caviar (l.608), fenêtre (l.610) et l'envie qu'il a de le faire

partager aux étudiants et à ses jeunes collègues. Outre l'entretien comme reflet du professionnalisme, l'analyse réflexive (1.616), la remise en cause (1.615, 1.638) semble essentielle dans sa pratique soignante

Mona souligne un décalage de la gériatrie et des soins dit nobles, avec une accélération des séjours qui nuit à la prise en charge humaine, elle conclut son propos par « je pense que c'est une question humaine » (M16-1.113.114). Par contre, elle atténue plus loin en valorisant les soins de confort pour la personne âgée, richesse des soins de suite de gériatrie (M23). La thématique de la bouche (onze fois), déjà évoquée, apparaît dans ses propos, récurrente et symbolique de la clinique et du soin de base, essentiel au bien-être. Nous l'avons retrouvé en entretien exploratoire en soins palliatifs, comme un soin délaissé et pourtant essentiel pour la personne tout autant que pour son entourage car pouvant créer de l'isolement. Mona se démarque du reste de l'équipe, donc ce serait la minorité qui prend soin. Cela nous renvoie à Bernard qui relève ce problème de la minorité dans l'encadrement.

François remarque un contexte peu propice à l'échange sur les valeurs, les gestes professionnels avec les différents acteurs lors des regroupements, mais néanmoins un engagement dans son secteur (EHPAD très démunis en personnel mais par contre dispersés et trouvant un intérêt à se retrouver autour des étudiants et de la réforme). Il rappelle la ressource première pour la pratique professionnelle que sont les soignants. La distinction des secteurs nous amène naturellement à mettre en lumière une confrontation de la technique et du « prendre soin ».

L'opposition technique/relationnel, soin de confort

C28-C29-1.221.227	la vision des gens d'un infirmier, c'est quelqu'un dans un service qui fait des prises de sang et des pansements... des fois l'infirmier à domicile quand ils ont eu affaire à eux ; après une vision technique du métier, pas toute cette vision humaniste basée sur les besoins des gens, leurs capacités, leurs limites, des choses comme ça ... aussi tout le côté qui est un peu nié de la psychiatrie
A47-1.254.256	les paramédicaux sont plus dans le domaine émotionnel, dans toute cette dimension que les médicaux, ils sont un petit peu plus axés sur la technique
B7-1.57.60	ça m'a passionné dans le sens où on était sur autre chose que sur les soins généraux, c'est ce que je dis toujours aux élèves, les seuls moments où j'ai été en difficulté c'est en psychiatrie ça a jamais été en soins généraux, j'avais toujours une réponse, c'était très sécurisant

B83- 1.627.630	la différence entre la douleur et la souffrance, c'est des primats à poser avec un patient parce qu'effectivement ils ont pas de mots pour exprimer leur souffrance, elle est muette, elle est muette, c'est pas comme la douleur, on peut crier, en plus de ça on fait une radio, on la voit, on sait que vous avez mal
B68-B69- 1.517.522	c'est dommage parce que les mots, il faut qu'il y ait des adjectifs, il y a un vocabulaire très riche, elles osent pas le mettre, c'est des termes, en soins généraux, ça pose pas de problème, j'y ai travaillé, ça pose aucun problème, que nous, honnêtement, il y a des mots
M22- 1.191.192	je me souviens quelqu'un qui voulait acquérir des gestes très techniques, je lui ai demandé, qu'est-ce que tu cherches derrière tout ça, ça te rassure ?
M23- 1.202.204	c'est pas parce que tu fais une toilette que tu vas être dégradée, c'est pas dégradant, la toilette, c'est un soin parmi les autres, c'est un soin technique
M30-M31- 1.258.262	pour moi non, j'ai pas besoin d'un appareil de tension pour passer, de faire une sat à tout le monde, pour moi, j'ai pas besoin de ça, il y a des choses que cliniquement je peux détecter, j'ai pas besoin de faire une sat pour voir que les extrémités sont bleues,
M43- 1.340.342	ce que je souhaite transmettre, c'est les valeurs c'est important, ne pas être forcément que des techniciennes
R16- 1.135.139	je ne m'attache pas à la pratique, l'acte, parce que l'acte, la gestuelle, on peut l'acquérir, l'améliorer à tout moment, la dimension relationnelle qui me permet de mesurer qu'un étudiant est bien
R38- 1.299.300	je vois pas beaucoup de différence entre le monde extra-hospitalier et le monde hospitalier en dehors de la technicité
R38- 1.304.307	il y aurait une différence majeure avec des services comme la réanimation, les blocs opératoires, des services de pointe, autrement la différence elle existe dans la courte durée de séjour ce qui fait que le rythme de travail

Claude souffre de la perception erronée ou en tous cas très technique de la profession, et incrimine la médiatisation qui met plutôt cela en avant. Dans ses propos, nous avons l'impression qu'il faut faire partie du milieu soignant pour percevoir la dimension humaniste, méconnue (ne se rend pas compte 1.230, 1.232). Il veut communiquer sur celle-ci, car elle est centrale. Nous rappelons par ailleurs le postulat de symbole de la culture soignante que nous lui attribuons. De même, il souhaite mettre au grand jour des aspects rejetés comme la psychiatrie et cite deux types d'atteintes particulièrement tabous : la pédophilie (1.228) et la schizophrénie (1.233), comme Bernard quand il se réfère à l'inceste et au viol. Il replace bien le rôle du soignant centré sur la personne et non sur ce qu'elle a fait.

Pour Amélie, la distinction se situe plus entre les médicaux et les paramédicaux, les premiers plus techniques, les deuxièmes plus émotionnels. Elle module sa vision (ça dépend des personnes, 1.253, les personnes que je rencontre, 1.254), et ne veut pas

généraliser (nous retrouvons peut-être l'explication du choix paramédical de son parcours).

Bernard est plus catégorique : il oppose soins généraux et psychiatrie dans l'exercice, avec une vision très programmée et simple des soins généraux. Nous retrouvons pour ces derniers la simplicité des traitements de la douleur, des situations, du vocabulaire. La psychiatrie au contraire, prend en compte la souffrance psychique, utilise un vocabulaire riche et traite des situations complexes. Nous notons le « nous » (l.522) qui désigne la psychiatrie comme une communauté soignante distincte des soins généraux, avec une culture propre.

Mona veut transmettre les valeurs de la profession, elle leur oppose la technique. Elle insiste sur l'aspect non systématique de la médiation de l'instrument (rituel et symbole professionnel, Hofstede), comme pour donner une légitimité technique à sa présence. Elle utilise un terme à double sens : dégrader (l.203), évoquant pour nous le grade dans l'échelle hiérarchique (sens interprété), comme si la toilette était réservée à un grade inférieur, et aussi au sens de « salissant », en référence au « sale boulot » de Hugues. Mona revient spontanément sur sa pratique car cela semble le meilleur moyen de transmettre sa conception du soin, son professionnalisme ; elle insiste sur la dimension personnalisée d'attention à l'autre (patient et famille). Elle se démarque au passage de la tendance générale.

Rose reste assez prudente pour les secteurs très techniques oscillant entre des causes externes à l'individu (rythme, turn-over) et des causes internes (attrait pour la technique). Nous notons une certaine ambivalence : parfois elle ne voit pas de profil infirmier particulier en fonction des lieux d'exercice, nous pourrions penser que le care peut s'intégrer en tout lieu de stage pour les étudiants. Mais plus loin, elle évoque des professionnels très techniques et des profils infirmiers pour chaque exercice distinct de la profession. Pour Rose, la dimension professionnelle se mesure à la dimension relationnelle autant entre collègues que patients : une authenticité, une juste distance, alors que la gestuelle est plus à acquérir en fonction des contextes. Ce serait la relation qui pourrait fédérer tous les soignants, de façon transversale, même ceux qui comme elle, ne sont pas auprès des patients. Nous touchons à une conception de dispositions, de schèmes, mais sont-ils déjà présents ou sont-ils acquis grâce à la formation et à la professionnalisation ?

La désillusion soignante

Nous avons relevé plusieurs éléments en lien avec ce que Véga et Hugues ont étudié sur ce thème. Il nous a donc semblé pertinent de les analyser, car ils sont un facteur à prendre en compte dans l'implication des acteurs. En effet, comment être bienveillant et empathique lorsque nous souffrons dans notre activité ?

C14-1.105.107	les soignants entre eux des fois sont assez durs quoi je trouve que dans les services y a beaucoup de « on dit », beaucoup de choses dites derrière le dos, je trouve que ça nuit à l'atmosphère d'une équipe
A12-1.88.90	pour elle venir travailler c'était plus agréable ça se ressentait dans ses relations avec moi, avec le reste de l'équipe, avec les patients je l'ai pas mal vécu
A62-1.338.340	pour eux l'idéal soignant c'était quelque chose d'idyllique, de ce fait, elles ont perdu cet idéal sans pour autant perdre leurs motivations
B71-1.535.538	le quotidien nous défasse, nous décharge, par ce quotidien, on fait comme tout le monde, comme on fait comme tout le monde, c'est tout le monde, le téléphone, le téléphone dans le service: « U. bonjour », je dis putain, c'est pas U., tu t'appelles A.
B55-1.418.421	on sait très bien que la vie affective au travail, c'est 80% des rencontres qui se créent, c'est un milieu principalement féminin y a peu de garçons très vite il y a des relations de charme qui viennent déstabiliser
B86-1.657.659	Un suicide dans un service quand on a 22, 23 ans, c'est terrible, ça reste à vie, quand on voit que nos cadres, nos médecins ils débriefent pas, ils laissent les filles comme ça, c'est grave, c'est inadmissible, ça c'est inadmissible
M11-M12-1.71-73.78.84	depuis 1 an, le service s'est transformé, y a plus de soins de suite, les soins de suite j'étais très bien parce que les gens, on prenait le temps de les remonter [] maintenant il y a plus ça [] ça je le vis mal
M15-1.106.107	c'est pas de la bonne gestion, au lieu de prendre les choses normalement, accepter que les patients ils meurent en EHPAD

Nous remarquons que seuls les étudiants et les soignants s'expriment sur ce sujet, sans doute directement et quotidiennement confrontés. Amélie se situe dans une approche positive de la profession, et lorsque nous lui demandons d'évoquer des attitudes soignantes qui l'auraient heurtée (A12), elle adopte une position empathique pour expliquer l'attitude négative de l'infirmière. Elle aborde la notion d'usure professionnelle, donc non dirigée contre elle, mais intrinsèque à la personne, ce qui lui permet de supporter la situation, surtout parce qu'elle est limitée dans le temps du stage. Elle est d'emblée assez réaliste, ce qui lui a évité des désillusions comme à d'autres étudiants à qui elle attribue une vision idyllique du métier. Pour elle par contre, elle a rationalisé et n'a pas l'impression d'avoir perdu son idéal soignant (A59). Elle dit s'être conformée à ses valeurs car elle ne vise pas

la perfection (A61). Nous n'avons malheureusement pas exploré ce qu'est la perfection pour elle, ce que nous regrettons a posteriori.

Bernard donne un autre exemple du manque d'engagement et de positionnement : s'abriter derrière l'institution, le service, et ne pas se nommer, sans doute majoré par le fonctionnement institutionnel. Pour lui, il est nécessaire de se différencier de l'Autre pour lui signifier qu'il existe. Bernard formule des griefs contre l'encadrement hiérarchique qui ne protège et n'accompagne pas assez ces jeunes professionnels dans l'intégration des difficultés du soin en psychiatrie : médecins, cadres ; cela place parfois le tuteur face à un dilemme : rester collègue quand on voit l'autre en souffrance extrême, avec des mots très forts (crever, blessé, l.663, l.664) ou bien devenir soignant pour lui, alors que ce n'est pas son rôle. Bernard mentionne un autre exemple de difficulté des jeunes professionnelles, encore en dehors de la question (B55). Il nous a cependant semblé utile de nous y attarder, car nous comprenons que ces jeunes diplômées sont tellement soumises à des conditions difficiles, y compris liées au contexte du travail et aux collègues, qu'elles ont beaucoup de mérite à pouvoir encore prendre soin des patients (discours de malheur de Véga). Serait-ce à dire qu'il faudrait les protéger plus, créer des conditions de début de carrière plus facilitantes ?

Cela nous interroge sur cette approche durant la formation, comment prendre appui sur ces situations difficiles qui sortent même du champ des soins mais qui n'en font pas moins partie du travail ? Il est incontestable que les étudiants se construisent également avec ces expériences, comme l'évoque Claude avec les relations entre collègues (C14). Nous retrouvons les conflits d'équipe évoqués par Véga, l'ambiance, la communication, les jeux de pouvoir, qui suscitent l'interrogation des étudiants, leur perplexité. Pour faire le lien avec la culture observée par les étudiants, nous pouvons évoquer certains rituels de communication propres aux institutions et aux équipes de soins qui font partie aussi de la professionnalisation s'ils sont repris en analyse réflexive à distance.

Mona évoque d'emblée la conformité des valeurs dans son choix de la gériatrie mais aussitôt après une désillusion, en parlant du service au passé (M11) pour des dimensions du « prendre soin ». Elle décrit assez durement la réalité des soins de suite (servent à ne pas encombrer les services de court séjour, l.81), l'expression « faire de la T2A » (l.83) revient à mettre en priorité les facteurs économiques avant les facteurs humains. Nous nous interrogeons sur ce vécu à propos d'un service pour lequel elle a finalement très peu

de recul pour comparer au passé. Nous nous demandons si elle ne retransmet pas le discours ambiant du service, un discours groupal (Véga) des soignants des soins de suite, ce qui n'enlève rien au sentiment de déliquescence des soins « humains ».

La notion de communauté soignante

Abordée dans notre approche conceptuelle, notamment en référence à Sainsaulieu, la communauté soignante n'est pas nommée en ces termes. Elle transparait cependant dans les discours des acteurs de la formation infirmière. Nous avons retrouvé trois thèmes différents qui l'expriment, de façon assez limitée cependant.

L'évolution du métier

<i>B15-B16- l.107.111</i>	c'était apocalyptique, c'était Kafka, c'était Ionesco, c'était, c'était incroyable, je m'aperçois qu'à tous les niveaux ça fonctionne comme ça, chacun son pré-requis, attention marche pas sur mes plates-bandes, le territoire
<i>B40- l.328.329</i>	ce qui est dommage actuellement c'est qu'il y a plus, elles sont plus, il y a pratiquement plus que des jeunes
<i>M12- l.78.80</i>	maintenant il y a plus ça, on gère les patients qui arrivent là en urgence, dont les EHPAD ³⁵⁰ ne veulent plus puisqu'ils n'ont plus les moyens de s'en occuper
<i>M12- l.82.83</i>	on gère des situations aiguës, on se rend compte, qu'on fait trop de T2A
<i>R5-l.25.27</i>	évolution très importante, depuis que j'ai commencé, quand j'ai commencé on apprenait les soins infirmiers en lien avec des pathologies, nous étions les assistantes des médecins
<i>R5-l.28.31</i>	un rôle plus important, une autonomie plus importante, avec ce nouveau programme un accent qui est mis sur....la fonction propre de l'infirmière, qui n'est plus que l'auxiliaire du médecin mais qui a vraiment un rôle important
<i>R10- l.161.162</i>	l'infirmière hospitalière qui a existé au début de ma carrière, qui s'est progressivement étiolée

Bernard est très emphatique sur l'aspect bureaucratique de l'hôpital, il s'appuie sur des références littéraires communes pour appuyer son propos : Kafka, Ionesco, alors que ce n'est pas tout à fait le sujet. Il évoque le problème actuel de la présence presque exclusive de jeunes professionnels dans les services, ce qui rend difficile l'encadrement et par extension la transmission d'une culture qu'ils n'ont pas eux-mêmes intégrée. Peut-être relève-t-il cela comme des obligations qui nuisent à l'essentiel, au soin et donc aussi à l'encadrement des étudiants sur des points plus importants. Ces éléments ont été soulignés par Véga.

³⁵⁰ Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

Mona s'insurge plus sur le tournant économique que prend l'hôpital, et son incidence sur les soins. Nous sentons dans son discours une amertume, comme si elle collaborait à ce système sans pouvoir s'y opposer. Nous la percevons en dissonance avec ses valeurs.

Rose, grâce à sa longue expérience professionnelle, mesure l'évolution en presque quarante ans, de la profession et par conséquent de la formation, plus orientée sur un rôle autonome de l'infirmière. Elle remarque aussi une évolution des étudiants chez qui, de fait, l'autonomie et l'implication sont stimulées, comme une qualité professionnelle.

Le jargon professionnel

Seuls trois interviewés ont utilisé des termes d'initiés ou indiquent qu'ils ont un langage propre. Nous pensions avoir plus de données, et avons recherché une explication à ce constat. Etant nous-même professionnel soignant, nous ne percevons peut-être pas la complexité du langage, et seul un lecteur non soignant pourrait préciser si l'expression est absconse.

A66-1.365	les gens ont parfois un petit peu de mal à comprendre
B56-1.442	c'est des gens qu'il faut connaître, des TOC de rangement, des TOC de propreté
B65-1.504.505	les mots ont du sens en psychiatrie, à force de tourner, de tourner, ça fait une observ comme ça,
M31-1.262	j'ai pas besoin de faire une sat pour voir que les extrémités sont bleues,
M19-1.149	dans le tour, quand on fait le premier tour

Amélie introduit la notion de groupe avec un langage commun qui peut exclure les autres, mais pas délibérément, plutôt par le plaisir d'évoquer son métier. Mona et Bernard utilisent des termes d'initiés sans les expliciter, présumant sans doute que nous n'avons pas besoin de précisions puisque nous sommes du métier. Nous relevons des abréviations (sat pour saturation en oxygène), (TOC pour troubles obsessionnels compulsifs), (observ pour observations écrites dans le dossier de soins). Nous notons également un mot, « le tour », très usité dans le milieu du soin et connoté sur un versant systématique. Il est associé à des soins en série et donc assez éloigné du « prendre soin ». Il est assez dissonant avec le discours général de Mona, mais montre à quelle réalité sont confrontés les étudiants et les aménagements qu'ils doivent faire entre les discours et le quotidien. L'analyse de cet écart est centrale dans le processus de professionnalisation d'une alternance intégrative. Nous avons à ce sujet pris appui sur Astier et Vialle qui encouragent le travail sur les paradoxes.

Les réactions sur le terme « culture professionnelle »

Nous précisons que le terme de « culture professionnelle » n'a jamais été utilisé spontanément par les interviewés. Sans doute nos questions ne les y ont pas incités, car elles étaient axées sur des demandes concrètes. Nous avons cependant révélé ce terme à trois personnes, et avons relevé leurs réactions.

C48- I.353.354	La culture professionnelle, ça dépend de la profession, ça me fait penser tout de suite au système confraternel au niveau des médecins,
C49- I.357.360	Pour eux, c'est un corporatisme, culture professionnelle, pour moi je sais pas si c'est le terme de culture, pour moi ça serait une sorte de convergence professionnelle, culture pour moi ça veut dire qu'on se détache un peu de la société, qu'on reste un peu dans notre coin, qu'on est soignant, qu'on a un savoir un peu à part
C49- I.361.363	pourtant la notion de culture c'est très intéressant, parce que ça implique aussi les savoirs qu'on apprend, les savoir-faire, les savoir être
A70- I.382.384	je pense à tout ce qui est IFSI, pour moi, je suis encore étudiante, pour l'instant, ma culture professionnelle, c'est l'IFSI
A72- I.390.391	induit par le regard de l'autre, cette appartenance à un groupe, peut-être que c'est comme ça pour tout métier
A73- I.394.395	quand je travaille je fais partie du groupe infirmier
M81-I.568 M83-I.578	la transmission d'une culture professionnelle moi je crois beaucoup à ça...

Claude associe la culture professionnelle au corporatisme, à la fraternité entre confrères médecins. Le terme de culture ne lui convient pas car il isole du reste de la société avec un savoir propre, ce qui est contradictoire puisqu'il a développé cette notion avant. Il préfère le terme de convergence car est plus rassembleur. Il identifie bien la culture par la base des connaissances sur laquelle elle repose mais c'est l'identification d'un groupe professionnel qui ne lui convient pas, le met mal à l'aise.

Amélie rapproche la culture professionnelle de la notion de groupe auquel on appartient et pour elle, cela nous semble logique, c'est le groupe d'étudiant tant qu'elle est en formation. Elle peut cependant se sentir appartenir au groupe infirmier quand elle travaille. La légitimité vient donc de l'extérieur pour elle.

Mona semble désarçonnée, nous nous sentons contrainte d'explicitier ce que nous mettons sous ce terme, mais sans plus de réaction. Elle affirme cependant que cette transmission est nécessaire.

Au terme de l'analyse des propos relatifs à la culture professionnelle, nous constatons que le « care » est très présent. Nous voulons nous intéresser maintenant à la formation, et aux nombreux propos qui qualifient l'apprenant. Nous retrouvons des éléments relatifs à l'apprenance, concept développé dans le cadre théorique.

2.2.2.La formation infirmière

L'apprenant perçu par lui-même, par le formateur et par le professionnel, du point de vue de son apprenance, de son engagement en formation

Plusieurs thèmes se dégagent en lien avec l'apprenant :

La naissance du désir de devenir infirmier

C27- 1.212.214	des choses comme ça un peu de l'inconscient, des histoires de vie, des choses liées à l'enfance je pense qu'il y a toujours quelque chose comme ça qui revient. L'envie d'aider les autres
A44- 1.234.236	c'est des choses qu'on a déjà un petit peu en nous, qu'on travaille au fur et à mesure, qui ne cessent de s'améliorer et de croître,
A45- 1.240.242	le sentiment que chaque professionnel soignant qui était professionnel soignant n'était pas ici par hasard
A59- 1.320.323	j'ai pas l'impression d'avoir perdu mon idéal soignant, je pense qu'il a quand même évolué, j'ai pas l'impression d'être si loin que ça de ce que je veux être comme infirmière
A74- 1.400.402	notre motivation, à tous, c'est le patient, le souci de ce patient, je vais pas dire que c'est universel, je suis prête à parier que si on pose la question à n'importe qui
M19- 1.126.128	est-ce qu'elles obéissent à une demande de la famille, comment leur est venue la voc...je parle pas de la vocation, mais l'envie d'être soignante, infirmière
F18- 1.228.230	c'est pas par hasard qu'on s'engage dans une profession où on va prendre en charge des patients qui souffrent, qui sont malades, qui sont mourants
F18- 1.233.234	comment il panse ou il a pansé les blessures narcissiques que ça peut induire ou provoquer de prendre en charge des personnes malades

Certains propos se rapportent à la genèse du désir de devenir soignant. Claude avance que la motivation provient de raisons personnelles profondes, liées à l'histoire de vie et au développement psychoaffectif, ce qui nous renvoie à la socialisation primaire décrite par Dubar (C26, C27). Amélie est dans le même courant, elle pense qu'un capital préalable existe, qui ne demande qu'à être développé (A44, A45), avec une notion de

d'évolution progressive (au fur et à mesure, s'améliorer et croître). Elle recentre sur les valeurs du soin (souci de l'autre), qu'elle pense communes à tous les étudiants et infirmiers. Elle se réfère très judicieusement notre expérience des oraux de sélection, comme pour nous engager dans ce qu'elle avance. Elle définit son idéal : agir selon ses valeurs, ce qu'elle veut être, pour le patient (x2), mais dans un contexte qu'elle sait difficile, sur le plan de l'organisation plus que du sens du soin. Mona fait appel à l'histoire de vie pouvant expliquer l'engagement dans la profession. C'est pourquoi elle a une approche de l'accueil centrée sur l'étudiant (M19), avec une prise de connaissance de son cursus antérieur et de ses motivations pour le métier, pour une perception individualisée. François parle même de « blessures narcissiques » (l.233), provoquées par la formation. Nous pouvons aussi interpréter ces blessures comme origine de la formation ; qu'elles soient la cause ou la conséquence de la formation, il faudra les aborder dans le parcours.

La notion de stades, de seuils à franchir

4-1.30.31	j'aime bien pouvoir prendre des initiatives mais pouvoir aussi me reposer des fois sur l'encadrant pour être sûr de pas faire d'erreur
C12-1.85.89	pour moi, une première étape c'est d'acquérir les compétences techniques de base que ce soit autant dans un soin dit de « nursing » ou dans un soin plus technique, infirmier, après il y a tout ce qui vient autour, voir globalement les choses ça va être mettre en relation pourquoi on a fait cette chose
C54-1.393.396	des fois on n'arrive pas à se détacher de ça, c'est une limite, moi je le ressens comme ça, on veut bien faire tout seul mais on n'arrive pas à dépasser un certain seuil un certain stade ; on n'arrive pas à dépasser un point de vue « la prothèse de hanche du patient »
F21-1.315.318	il y a des nœuds qui sont des vraies limites, je dis pas que ça évoluera pas un jour, mais à ce moment-là c'est pas possible d'aller plus loin, on est dans la fuite ou l'évitement
R6-1.36.40	une population différente, à l'entrée peut-être identique, ils ne savent pas certains ce qu'ils vont rencontrer, au bout d'un an une population qui a bien compris pour ceux qui sont investis dans la formation, qu'ils étaient là pour se former, non pas pour être formés, pour tirer parti de toutes les expériences
R6-R7-1.40.45	aussi bien à l'IFSI qu'en stage, je vois la différence, dans mon groupe de suivi pédagogique de fin de première année, il y a vraiment tous les gradients, dans cette dimension, tous à un stade très différent
R13-1.111.113	certaines sont prêts, d'autres ne le sont pas, ça se développe, ça ne se décrète pas, je reviens toujours à certains étudiants qui n'ont pas l'envie de faire ce métier-là
R15-1.130.132	étudiants qui sont d'emblée très bien dès la fin de première année, alors qu'ils n'étaient pas forcément entrés là avec des motivations affirmées, c'est qu'ils trouvent vraiment ce qu'ils recherchaient

Claude décrit très bien ces seuils (C12) : il a besoin d'avoir une base de pratique axée sur des actes, des savoir-faire techniques, pour comprendre ensuite la raison de ces actes et accéder à une vue globale des situations. Cette chronologie rejoint les trois piliers de l'apprentissage de la réforme (agir, comprendre, transférer), cependant elle est censée être continue dans le processus d'apprentissage ; il ne s'agit pas de consacrer par exemple la première année à faire tous les actes, puis un autre temps à comprendre tout ce qu'on a effectué, et enfin la fin de formation à transférer. C'est un processus itératif. Pourtant, cela semble impossible à cet étudiant. Il revient sur la notion de seuil dans l'acquisition de l'attitude professionnelle : il sait intellectuellement que le geste n'est pas primordial mais ne réussit pas à le dépasser. Il évoque un blocage (C53, C54).

Rose fait ce constat : les étudiants au même niveau chronologique de la formation sont en réalité à des stades différents, que le formateur repère, respecte et accompagne. Elle utilise le terme scientifique de gradient. François parle de « nœuds », de limites qu'il faut prendre en compte dans l'accompagnement pédagogique. Cette notion est importante pour comprendre les processus d'intégration progressive des éléments de la culture soignante. Les formateurs et les soignants sont tentés de définir des niveaux attendus liés à la chronologie de la formation, qui ne correspondent pas toujours à la réalité vécue par les étudiants.

Les capacités des étudiants propices ou non à la formation infirmière.

C24- 1.195.198	Autant d'implication personnelle, non, je ne pensais pas, c'est ce qu'on nous dit, qu'on est beaucoup trop scolaire, je pense que oui, des fois on est trop scolaire
B8- 1.64.67	y a tout un questionnement avant l'entretien, dans l'accompagnement de l'entretien qui nécessite vraiment une réflexion très profonde, très introspective que les jeunes étudiantes n'ont pas, c'est dommage, c'est vraiment dommage .
B59- 1.472.475	le leitmotiv qu'on entend avec les élèves ou les jeunes diplômés, c'est le sacrosaint, le jugement de valeur, ils se réfugient derrière ça, c'est effrayant, ils disent « on est dans le jugement de valeur »
B64- 1.496.497	leurs observ., les observ. sont pauvres à crever, faut prendre des risques, faut prendre des risques
B69- 1.527.530	quand on pose les mots, on pose le « je » la condition première, moi je trouve ce qui manque avec nos jeunes diplômées, sincèrement, elles y arrivent pas, c'est en cela que je trouve avec l'IFSI, il y a un décalage énorme. On les autorise pas à poser le « je »
M19- 1.130.131	j'aime consulter leur portfolio, consulter leurs objectifs, ce qu'elles aimeraient qu'on leur apporte dans ce stage-là,

M20-1.165.166	elles nous disent des choses qui nous remettent en question, c'est important, moi j'ai une formation qui date de 75
M38-1.300.302	c'est ce qu'ils cherchent tous à avoir en ce moment, ils sont focalisés là-dessus, après il faut passer à autre chose, ça a un effet pervers
F20-1.289.292	regarder en terme de potentiel, l'étudiant qui va être capable de faire évoluer ses représentations pour partir d'une situation où il avait des certitudes, ça devienne des doutes pour à nouveau réinscrire ses représentations dans quelque chose d'un peu plus certain
F21-1.299.301	des facultés de pouvoir avec une même problématique explorer dans un champ philosophique, plus social, plus environnemental, personnel, professionnel, cette ouverture
R10-R11-1.87.92	un étudiant qui ne veut vraiment pas s'investir dans l'autonomie, je crois qu'il n'a pas sa place dans la formation, je vais être un peu dure, je pense qu'il n'y arrivera pas, la motivation à se former c'est l'autonomie pour se former

Claude a conscience de la part d'implication personnelle et d'engagement nécessaires dans l'intégration d'une culture et dans la construction de son identité professionnelle. Il reconnaît que la tendance à être scolaire (au sens de passif) n'y est pas propice. Est-ce un message véhiculé par les formateurs, qu'il s'approprie, ou le déduit-il lui-même ? Rappelons ce que Vialle constate du rapport des formateurs à l'autonomie : il oscille entre l'injonction d'être autonome, donc non scolaire, et le désir de maîtrise pour ne pas perdre son utilité. Claude revient en fin d'entretien sur cette difficulté personnelle d'apprentissage, récurrente : il attend qu'on lui donne la clé (qui, les soignants, les formateurs ?) pour appréhender la globalité de la personne ce que nous comprenons comme le « prendre soin » (C53, C54). Pour lui, donc, l'apprentissage expérientiel est un équilibre entre la prise initiatives (autonomie) et le regard du professionnel sur ses actes pour le sécuriser et évaluer son travail (C4).

François travaille sur le repérage et la stimulation des capacités propices au métier (F21). Elles sont dans le champ humaniste, social, psychologique. Il évoque l'ouverture (x5) associée à l'évolution des représentations (x3), la capacité à douter, la reconnaissance de ses limites. Dans une formation qui amène à travailler avec les humains touchés par la maladie, donc sur le plan émotionnel, François pense que le formateur doit travailler avec l'étudiant sur ce champ émotionnel et ne pas se limiter au technique. Il se heurte cependant à une difficulté à formaliser des temps de travail dans ce champ, et donc à signifier à l'étudiant l'importance qu'il accorde à cette dimension. C'est bien le problème dans la formation pour tout ce qui est en lien avec l'émotionnel et la personne « c'est un temps qui est moins facilement, difficilement formalisé en terme de méthode » (1.235-236).

Rose est dans l'idée d'une dynamique de formation socioconstructiviste qui part des expériences pour se former. Elle reconnaît une disposition d'apprenance, lorsqu'elle dit que l'étudiant doit se former et non être formé. Nous notons à ce propos une divergence avec Claude qui parle de formatage. Rose apporte une rupture avec la notion de « vocation » si facilement rattachée à la fonction soignante. Pour elle, la qualité des apprentissages n'est pas forcément en lien avec une motivation initiale, elle avance plutôt la notion d'engagement dans la formation et de coïncidence avec ce que recherchent les étudiants. Elle rapproche d'ailleurs motivation et autonomie, la manifestation de l'autonomie serait-elle une extériorisation de la motivation ? Pour elle, la notion d'autonomie de l'étudiant revient comme un leitmotiv, le rôle du formateur serait aussi de déceler des étudiants qui n'ont pas envie de faire le métier et pourquoi pas de les accompagner dans l'expression de cette impossibilité.

Nous avons relevé des constats assez négatifs de la part des tuteurs soignants. Bernard exprime le regret que les étudiants n'aient pas de profondeur de réflexion, ce qui ne leur permet pas d'aborder l'entretien comme il se doit : est-ce un grief contre l'IFSI qui devrait forger cette réflexion, ou contre le type d'étudiant sélectionné, voire même contre le programme de formation ? En effet, avant 92, la formation psychiatrique était séparée de celle des soins généraux et plutôt accessible à des étudiants ayant déjà une certaine maturité. Pourtant Bernard est issu des soins généraux, et a forgé sa réflexion sur l'expérience. La profondeur peut difficilement s'acquérir sans vécu professionnel. Bernard, déplore un décalage entre l'IFSI et les terrains qui se manifeste par des difficultés des jeunes diplômées à poser le « je », et Bernard affirme même que c'est délibéré puisque l'IFSI n'autorise pas à le poser. Il observe que la crainte du jugement de valeur dans les écrits, également prohibé par l'IFSI, entraîne un manque de prise de risque, qui aboutit à des écrits standards et peu personnalisés, à un manque d'engagement (B64). Nous avons le sentiment que Bernard se représente l'IFSI comme un tout, dans l'incompréhension d'une notion clé qu'est le jugement de valeur, mentionné neuf fois en quelques lignes (B59 à B62). Il est curieux qu'évoquant les attentes vis-à-vis de l'IFSI, il mentionne un document qu'il a envoyé à sa hiérarchie et non au formateur ou à l'IFSI (B59). La référence à cet écrit sera ensuite récurrente dans les propos de Bernard, comme la synthèse de tout son cheminement sur la culture psychiatrique.

Mona relève le décalage entre ce qu'elle veut transmettre de la profession, ce qui lui semble essentiel comme la toilette, soin global, et les attentes de validation séquentielle des étudiants (une des compétences, la 3, centrée sur les soins de confort, est à valider séparément en fin de première année) (M 38 à M40). Elle s'appuie spontanément sur une situation problème pour concrétiser sa difficulté. Elle cherche cependant sans cesse de trouver des éléments d'explication de la situation (impressionnée par la présence, 1.315, peu de personnel pour encadrer en EHPAD, 1.325)

Le partenariat mis en œuvre

Il s'organise entre les formateurs et les professionnels pour l'étudiant, théoriquement à l'initiative des formateurs. Nous avons séparé deux aspects de ce partenariat : une facette moins formelle, de construction ou d'entretien des liens, une autre plus formalisée par des supports élaborés en commun ou non.

La construction des liens

C42-1.312.313	il y en a un, ne serait-ce parce qu'il y a des conventions de stage, là c'est sûr qu'il y a un partenariat, c'est dans les valeurs éducatives
C42-1.325.328	ce qu'on attend de nous est assez clairement défini, après je sais pas si on nous évalue d'une manière assez objective dans tout ce qui est « relation avec le patient », dans tout ce qui est « le contact », la « relation d'aide
B56-1.435.439	J'en n'ai pas beaucoup, il y avait des formatrices qui venaient, je sais pas, il y avait qui, madame A. je connais pas trop, je l'avais vue une fois sur une prise en charge là, pour des TOC, un élève qui est venu chez nous, il arrive avec un, mais ça c'est normal, il y a toujours une critique à faire sur l'IFSI actuellement, ils arrivent avec des choses comme ça
B57-1.457.459	je crois elle avait demandé de faire une petite intervention, ce que j'avais eu plaisir à faire d'ailleurs, c'est peut-être un peu compliqué
M37-1.285.287	dans les stages on a drôlement besoin d'avoir les monitrices, étant donné que tout est nouveau, nous dans les stages on a besoin d'être accompagné
M37-1.293.295	faut qu'on fasse attention à ne pas faire n'importe quoi ! du coup on est trois à faire la formation tutorat, c'est bien, c'est drôlement important, ces échanges
M54-1.449.451	le problème, c'est qu'on ne sait pas trop, avec le nouveau programme, ce qui est enseigné, avant que les gens se retrouvent en stage, nous quand on a commencé il y avait un minimum de notions d'hygiène
M56-1.457.461	nous ne communiquons pas suffisamment avec l'IFSI pour savoir ce que nous devons leur enseigner ne serait-ce que le secret professionnel, c'est quelque chose qu'on apprend.. je suppose qu'elles arrivent toutes en stage avec cette notion ?
F12-1.130.132	ça serait un groupe ressource le regroupement, je le verrais comme un groupe ressource qui s'inscrirait dans le champ professionnel

F23-1.389-390	c'est l'occasion dans un certain nombre de rencontres concernant la pratique, concernant la pédagogie
F25-1.420.423	j'ai mal vécu, inconsciemment il y a une résurgence de ça, d'avoir le sentiment que l'IFSI était toute puissante dans la façon de proposer aux étudiants des apprentissages en soins infirmiers
F26-1.439.442	l'un ne peut pas fonctionner sans l'autre de façon efficace, la théorie y en a forcément besoin pour arriver à comprendre la pratique, la pratique y en a nécessairement besoin pour expliciter le champ théorique
F27-1.451.453	l'intérêt de travailler en collaboration pour permettre aux étudiants de construire un savoir qui va devenir des compétences
R8-1.59.61	des échanges d'emblée très faciles puisque nous nous connaissons, une confiance qui s'est établie, je les appelle, ils m'appellent, on essaie de faire au mieux pour les étudiants
R8-1.61.63	j'ai avancé tout doucement pour informer sur le nouveau programme, me faire connaître, me faire accepter, avant de travailler en partenariat auprès des étudiants
R8-1.68-69	un climat de confiance qui s'est instauré pour le bénéfice de l'étudiant
R44-1.337.341	il faut qu'on aille nous, dans les services, pour qu'ils puissent venir, il faut avoir, il faut que les équipes soient à l'aise avec nous, on représente l'IFSI, il faut pas oublier, moi je représente toujours la monitrice! Puis la formatrice
R45-1.347.351	c'est à nous d'y aller, de réexpliquer, de réajuster, de dédramatiser ce nouveau programme qui leur fait très peur, c'est là que ça se crée, le partenariat dans l'autre sens, il va se faire tout seul

L'IFSI est bien perçu par Claude comme l'acteur à l'initiative du partenariat qui définit le rôle des encadrants dans le cadre de la professionnalisation. Il pense d'emblée au devoir d'encadrement des soignants qui serait à rappeler par l'IFSI notamment dans les conventions de stage, et pour tous les professionnels de santé : apparaît là une notion de communauté soignante globale qui travaille en collaboration pour le patient (professionnels de santé 1.316) mais plus loin il précise « chacun ses compétences » (1.323), donc une culture commune mais avec des compétences spécifiques pour des contextes différents. Claude reconnaît assez clairement les attentes communes des partenaires relatives au savoir-faire (reliées à l'évaluation notée), par contre pas assez pour ce qui est lié au « prendre soin » qu'il voudrait voir évalué de façon objective : comment développer cet axe et surtout dans l'objectivité ? Cette remarque n'est pas anodine, car elle montre à nouveau le caractère implicite de ce qui touche à l'attitude soignante, et parallèlement l'attente des étudiants qu'elle soit prise en compte. En effet, c'est ce professionnalisme qui leur pose la plus grande difficulté.

Nous n'avons malheureusement pas exploré cette dimension avec Amélie, par oubli.

Les considérations de Bernard sont assez difficiles à suivre, est-ce parce qu'il est mal à l'aise sur la question ? Il ne ressort pas de collaboration claire en tous cas. L'image qu'il en a se manifeste par un discours décalé par rapport à la réalité du terrain, (ils arrivent avec des choses comme ça, l.439) et oppose à nouveau les soins généraux et psychiatriques. Il relate des liens avec l'IFSI en termes d'expertise sur les TOC, à la suite d'une situation de soins observée chez un étudiant (inventaire inapproprié). Il fait lui-même le constat que l'intervention en dehors du contexte est compliquée, oscillant sans cesse entre deux points de vue : une culture psychiatrique ou un savoir spécifique qui ne serait pas véhiculé aux étudiants par l'IFSI avant d'aller en stage ou des propos contradictoires (B63) affirmant que le métier ne peut s'acquérir que sur le terrain.

Mona développe plus ses attentes de liens avec IFSI sur deux plans : une co-intervention lors des regroupements étudiants/formateur/tuteurs, qui permet de travailler sur le vécu des étudiants, mais surtout une attente d'accompagnement sur la réforme. Mona évoque sa peur de ne pas répondre au rôle nouveau et accru de tuteur. Elle est très impliquée car demande une formation au tutorat pour mieux assumer son rôle (M37). Elle fait cependant apparaître une opacité sur ce qui est abordé à l'IFSI et qui pourrait servir de base à l'encadrement (M54). Elle n'est pas dans une conception de juxtaposition, dans laquelle les savoirs seraient enseignés à l'IFSI et appliqués dans les services. Elle a bien conscience que le métier s'apprend sur le terrain. Elle a simplement besoin de mieux connaître les attentes de l'IFSI (M56).

Les formateurs sont les plus loquaces sur ce thème, sans doute parce qu'ils sentent leur responsabilité dans ce partenariat. François affirme que son but est de redonner une place légitime aux terrains. Il s'appuie sur son expérience de cadre dans les services de soins, avec un sentiment de toute-puissance de l'IFSI par rapport aux soignants; le terme « inconsciemment » répété 2 fois (l.421, l.429) montre qu'il a fallu qu'il se distancie des services pour prendre conscience de ce sentiment d'hégémonie de l'IFSI, déjà abordé par Bernard. François fait le constat de place insuffisante des terrains dans l'alternance, mais ne le relie pas à une volonté délibérée, car maintenant qu'il est dans la formation, les relations lui semblent simples. Il met en avant des aspects de l'alternance intégrative (Geay) : une dynamique d'échanges, avec la démarche de s'interpeller mutuellement autour de la formation des étudiants, chacun étant une ressource pour l'autre (l.389.390). Il cerne la place de chacun, le stage étant le lieu d'expérimentation des situations (Bandura),

mais avec un lien indispensable avec les formateurs pour l'efficacité de la formation « professionnelle ». La « confrontation » (l.447) est nécessaire pour faire évoluer les idées, sans aspect négatif ou agressif « je ne me sens pas agressé, jamais au grand jamais » (l.449). Nous retrouvons la notion d'écart formateur. Pour François, la collaboration incontournable des terrains et de l'IFSI permet d'accéder à la compétence donc à une dimension professionnelle, la « construction de la profession infirmière » (l.460). Il aborde une autre incidence des regroupements, dépassant le champ de la formation : un intérêt pour les professionnels qui d'habitude ne peuvent échanger sur les pratiques entre établissements différents « un groupe ressource dans le champ professionnel » (l.131). Il évoque ainsi un « plaisir à se rencontrer » (l.185) et « une dynamique » (l.186) qui pourrait les amener à continuer à travailler ensemble. Par contre, il est prudent sur les limites, pour que ce temps ne soit pas consacré aux problèmes des équipes (je crois pas que ce soit le même endroit, l.133) mais aux questionnements des étudiants, qui rejaillissent également sur ceux des soignants.

Rose décrit des échanges d'emblée très faciles. Son ancienneté est un facteur facilitant car une connaissance mutuelle et une confiance se sont construites au fil du temps. Elle montre que la professionnalisation des étudiants est facilitée par des relations fluides entre IFSI et terrains (R8). Rose relate bien le travail d'approche progressive nécessaire pour une vraie collaboration, nous retrouvons sans qu'elle soit nommée, l'humilité dont elle doit faire preuve (discrète) pour « se faire accepter » (R8-l.63.64). Ce sont des éléments repérés quand deux groupes se rencontrent : nous appartenons à une même culture soignante, cependant les variations entre IFSI et terrains, les représentations des uns sur les autres nécessitent ce travail d'approche respectueux pour être sur des bases acceptées par tous les partenaires. La définition du partenariat de Rose n'est pas que sur le stage de l'étudiant, d'autres échanges ont lieu qui permettent aussi de se connaître (R44). Pour elle, l'essentiel est de travailler ensemble, pour faire évoluer les représentations, les mythes (de la culture). Sa notion de ce que nous portons par notre statut quand nous allons rencontrer les soignants est révélatrice quant au positionnement du formateur. Rose pense que le partenariat part de l'IFSI, ce qui est logique puisque l'ingénierie de formation est pilotée par l'IFSI, elle renchérit « puisque le partenariat est établi, la confiance est établie, on échange très facilement sur les étudiants, sur ce qu'on peut mettre en place, c'est à nous d'y aller » (l.355.357). Si des peurs existent ou des représentations liées au changement

(Mona parlait d'un autre métier), les formateurs, en construisant les liens et donc la confiance, dédramatisent la situation.

Voyons à présent sur quoi repose ce partenariat

La formalisation du partenariat

C45-1.341.343	chaque formateur a des lieux de stage dont il est responsable, chaque formateur met en place avec les lieux de stage des notions, à évaluer pendant le stage
C45-1.343.345	il y a des volontés pédagogiques, on affirme plus ou moins tel point de vue pédagogique, je sais pas ce qu'il en est, c'est des suppositions
C43-C44-1.334.338	Peut-être que c'est pour nous laisser un champ ouvert pour nous, pour nous affirmer comme on veut Je sais pas, peut-être que c'est quelque chose qui a pas été encore pris en compte par les textes, peut-être que c'est une volonté de l'IFSI
B57-B58-1.465.468	autrement j'ai de bons rapports avec une autre qui s'occupait du secteur X, une qui a travaillé en psy, qui va très vite
M58-M59-1.473.477	ça devrait être le temps de parole qu'on passe là maintenant, quand elles viennent faire des temps de parole sur le ressenti, des regroupements, sur ces temps-là, je pense qu'on pourrait peut-être travailler sur les valeurs
M61-1.483.485	c'est pour ça qu'on peut pas toujours y aller nous, peut-être que quand notre cadre vient, nous il y a un soignant, on devrait réserver un temps pour échanger autour de ça, je vois pas comment
M73-1.534.535	il faut que je te demande une chose : quand ils ont leur portfolio, qu'il faut qu'ils valident les choses, tu le fais avec eux ? ce n'est pas eux qui valident ?
F23-1.348.351	en faisant venir un certain nombre de professionnels de santé pour échanger avec les étudiants [] professionnels et d'équipes de soins qui viennent échanger sur des pratiques spécifiques
F23-1.353.358	j'ai élaboré des livrets d'accueil et d'accompagnement des étudiants [], ça a été l'occasion, à travers la mise en œuvre initiale pour les documents qui n'existaient pas, à travers le réajustement et l'évaluation à distance
F23-1.371.373	ce travail il se fait entre les personnels d'encadrement et les personnels de soins dans les services, c'est eux qui vont assez précisément identifier les éléments concernant leur pratique
F23-1.375-378	l'étudiant en finalité puisse utiliser ça personnellement, poser des objectifs personnels en lien avec les ressources et les potentiels qu'il va trouver sur le terrain[], ses besoins personnels en terme de formation et de progression
R9-1.76.78	un véritable partenariat entre le responsable de suivi pédagogique de l'IFSI et les tuteurs en stage et les cadres bien sûr, avant que cette autonomie ne soit travaillée
R9-1.78.81	Ça passe par des choses très simples, à savoir se donner des informations IFSI vers le terrain, à l'inverse, aller chercher des informations du terrain vers l'IFSI, lorsque cette confiance, ce travail en partenariat existe, automatiquement il y a répercussion sur l'étudiant

R47- 1.357.361	L'étudiant, il peut s'appuyer dessus, il doit être informé que les échanges existent, que c'est pas dans son dos, ça peut se passer devant lui quand on réexplique, il faut qu'il sente que il est pas la balle de ping-pong, au contraire, on est là autour de lui pour l'aider
-------------------	--

Claude a une vision très axée sur l'évaluation, car il est dans le contexte du programme 92, avec des textes qui ne formalisent pas le partenariat. Dans ce système, il ne perçoit les interactions formateurs/soignants qu'à l'occasion de l'évaluation normative ponctuelle. Ce constat est à mettre en lien avec les nouvelles modalités de partenariat développées par les formateurs, en particulier les regroupements qui instaurent un véritable travail entre les trois acteurs de l'alternance. Nous reviendrons sur ce point ultérieurement. Même s'il a connaissance de formateurs référents de lieux de stage, donc interlocuteurs privilégiés, il exprime une opacité sur ce qui est travaillé en partenariat (C42 à C45), sur les intentions pédagogiques en collaboration qui nécessiteraient sans doute d'être plus transparentes pour les étudiants. Il avance toutefois que c'est le formateur qui précise des volontés pédagogiques au stage (1.343), est-ce pour lui une façon de percevoir l'expression du projet pédagogique de l'IFSI sur le terrain ? Le flou du cadrage sur le relationnel et le « prendre soin » est interprété soit comme une volonté supposée des acteurs pour laisser libre cours à la construction de l'identité ou au contraire comme un axe négligé par les partenaires. Cette dernière remarque renforce pour nous la nécessité de clarifier ce que nous attendons de l'étudiant dans cette dimension.

Du côté des soignants, la formalisation reste très floue, particulièrement pour Bernard qui n'évoque qu'un écrit qu'il a élaboré seul et n'a pas présenté au référent de stage. Nous avons d'ailleurs le sentiment qu'il n'a pas identifié quel formateur est référent. Il revient au sujet en fin de réponse, et fait remarquer au passage que comme la formatrice a travaillé en psychiatrie, donc de la même culture, elle travaille très vite. Mais il ne précise ni s'il attend plus de formalisation ou de participation, ni ce qu'il attend concrètement. Mona est un peu plus précise, elle revient sur le regroupement dont elle ne connaît pas l'appellation exacte, l'expression « temps de parole » (1.473) est intéressante, car cela montre qu'elle investit ce temps sur les valeurs et le ressenti des étudiants. Cela reste tout de même assez flou, elle n'utilise d'ailleurs pas le « je » et souligne une réticence par rapport au temps non reconnu par la hiérarchie (1.484). Elle réitère la notion de progression pour acquérir les gestes (M73), mais nous nous éloignons du thème de la

culture et l'échange porte plus sur son questionnement sur la réforme ; c'est bien le signe que la communication directe est à renforcer dans le partenariat, notamment en ce qui concerne l'utilisation des outils (portfolio 1.534).

Les formateurs développent davantage la formalisation car elle est centrale dans leur activité, particulièrement depuis la réforme. Pour François, l'ingénierie pédagogique occupe une place de choix car elle permet aux professionnels de venir parler de leur pratique, ce qui est un des éléments d'intégration de la culture dans la mesure où ils doivent expliciter ces pratiques (F23). Mais le partenariat est surtout vécu dans l'élaboration en commun d'outils formalisant l'accueil et l'encadrement des étudiants, impulsée par la réforme mais déjà existante. La finalité est bien centrée sur l'étudiant mais la construction du livret d'accueil amène les soignants à analyser leur pratique et à la formaliser en termes de ressources et de potentiels ; c'est à l'étudiant, en fonction de son projet, de son parcours, d'y puiser ce qui va répondre à ses besoins de professionnalisation (1.372.378).

Pour Rose, le partenariat offre les conditions pour que l'étudiant développe son autonomie dans l'apprentissage, mais ne peut pas tout faire, certains étudiants qui n'acceptent pas cette autonomie ne sont pas à leur place en formation. Sa définition du partenariat n'est pas que sur le stage de l'étudiant, d'autres échanges ont lieu qui permettent aussi de se connaître. Elle apporte peu d'éléments pour concrétiser ses propos, peut-être parce qu'elle présuppose que nous connaissons ces outils ou échanges. L'essentiel est de travailler ensemble, pour faire évoluer les représentations, les mythes (de la culture) la notion de ce que nous portons quand nous allons rencontrer les soignants. Un autre élément important est évoqué dans l'alternance par Rose : l'étudiant doit conserver sa place centrale et donc être informé de ces liens, « on est là autour de lui pour l'aider » (1.362).

Venons-en à la relation pédagogique qui s'établit entre l'étudiant et les professionnels qui participent à sa formation : les formateurs et les tuteurs.

La conception des compétences pédagogiques du formateur et du tuteur

C6-1.38.41	(tuteur) quelqu'un de chaleureux, compétent dans le sens qui ait une certaine rigueur pour pouvoir nous expliquer les bases d'une manière correcte, qui arrive à nous faire prendre conscience de la globalité de la prise en charge d'un patient
------------	---

C9-1.56.60	qu'on me dise que les choses que je fais sont bien, qu'on me laisse faire des choses pour moi c'est positif, ça me prouve qu'on a confiance en moi , après trop de laxisme ça serait, non faut qu'on nous regarde un petit peu avant pour voir qu'on peut travailler avant et après on peut prendre son autonomie progressivement
C36-1.285.286	j'ai rencontré une formatrice avec qui je peux vraiment échanger sur mon avenir,
C36-1.286.288	avec certains formateurs j'attends juste un échange occasionnel sur tout et n'importe quoi, qu'il nous fasse des enseignements, des cours, qu'il nous propose des intervenants
C36-1.291.292	formateur quand il est responsable d'un suivi pédagogique c'est de l'écoute, un peu de conseil
C36-1.292.295	voir ses capacités propres, ses difficultés, ses compétences, pouvoir être remis en confiance par moment, pouvoir prendre de la distance à d'autres, c'est quelqu'un qui doit savoir nous guider sans être trop présent
A7-1.48.51	l'encadrement je pense que c'est une grande part, une grande part du vécu du stage si on se sent un petit peu laissé de côté si on a l'impression qu'on nous apprend pas correctement que l'encadrement n'est pas au premier plan
A7-1.53.56	si je sens que la personne avec qui je suis a à cœur d'encadrer correctement de me transmettre ses connaissances, c'est des facteurs qui vont faire que mon stage sera bien je vais le conseiller à d'autres
A28-1.159.162	quelqu'un qui m'a compris, qui a pris le temps de m'écouter, rien que ça, je pense que j'avais pas besoin de grand-chose, rien que ça, rien qu'une personne un peu extérieure au stage, extérieure à ma vie personnelle, qui a un point de vue un petit peu plus objectif
B29-1.208.210	Je crois que c'est dans l'authenticité avec laquelle on dit les choses, qu'on fait passer les valeurs, les valeurs on peut pas les dire par écrit, on peut pas les faire passer je crois que c'est dans le fait d'être authentique
B29-1.218.222	j'utilise beaucoup des auteurs, des références d'auteurs, je leur fait lire, je leur propose, il y a certains écrivains, certains philosophes qui sont incontournables, qu'il faut lire; je leur donne simplement par exemple sur la séparation, sur un divorce, qu'est-ce que c'est de perdre quelqu'un, la première expérience de la perte c'est quoi
M19-1.141.143	je t'accompagnerai, je suis là pour partager les choses , je suis pas là pour te laisser faire les choses à ma place, c'est comme ça que je conçois l'accompagnement,
M19-1.143.147	je te regarde faire, si y a des choses qui vont pas, je te le dis, si ça va bien, à un moment donné, je peux te dire on va se partager les tâches parce qu'il y a beaucoup de travail, on va se retrouver sur quelque chose, on a des choses à s'apprendre
F4-1.21.24	m'exprimer dans la pédagogie, auprès des étudiants de préférence dans des exercices individuels d'entretiens, soit formels soit informels en lien soit avec le cursus de formation, en lien direct avec leurs besoins en terme de formation
F7-1.47.48	ce qui m'a renforcé ce sont les formations, qui m'ont renforcé dans cette idée, dans cette posture aujourd'hui c'est les formations continues

F16-1.201.204	Mon regard, il a fondamentalement changé lorsque d'une part j'ai commencé à me sentir plus à l'aise avec les échanges que j'avais avec les étudiants dans le champ des modules, je sais pas comment ça s'est fait, c'est pas un choix délibéré
R3-1.17.19	amener les étudiants à devenir autonomes, à prendre plaisir à rechercher pour se former eux-mêmes, pour être acteurs de leur formation
R13-1.105.107	des échanges qu'on peut avoir d'individu à individu, à mon initiative ou à l'initiative de l'étudiant quand il demande à me rencontrer, on échange sur plein d'éléments, sur nos valeurs
R22-1.185.187	j'appuie beaucoup, beaucoup sur les feuilles de stage, les appréciations, les bilans de stage pour pointer tout au long des études, soit leur points forts,
R35-1.274.276	c'est quelque chose de très important, je crois qu'on doit garder un positionnement de formateur à formé
R35-1.277.279	la distance que je mets entre la fin de troisième année est beaucoup moindre, parce que je les considère comme des futurs professionnels à partir du moment où ils ont validé la troisième année
R35-1.283.286	nos attitudes de formateurs, elles doivent rester des attitudes de formateurs réfléchis, de formateurs sur qui les étudiants puissent avoir confiance, puissent s'appuyer, la relation copain-copain, c'est pas possible

Les étudiants ont des attentes différentes envers les encadrants et les formateurs. Pour Claude, le tuteur de stage présente deux pôles complémentaires : psychologique (chaleureux) et professionnel (compétent, rigoureux), le premier permettant d'établir la confiance et le deuxième amenant à comprendre les bases sur lesquelles l'étudiant pourra se forger sa propre identité professionnelle (professionnalisation). Claude attend un retour sur ce qu'il réalise, une évaluation sincère reposant sur une observation en début de stage, puis une confiance des soignants l'amenant à prendre progressivement son autonomie. Amélie le rejoint, appréciant de sentir l'intérêt du soignant et une relation de confiance. Elle parle d'une personne qui met « son cœur » dans l'encadrement, donnant une dimension émotionnelle. Elle va même jusqu'à conseiller le stage à ses camarades pour ses qualités d'apprentissage et pas simplement pour l'ambiance. Face au laxisme de soignants qui laisseraient tout faire sans contrôle, les étudiants ne sont pas dupes et n'apprécient pas qu'on les laisse de côté. Nous retrouvons le point de vue de Mona qui prend le temps de travailler avec l'étudiant avant de lui laisser son autonomie. Les étudiants souhaitent un accord sur les attentes de chacun des acteurs en début de stage. Les formateurs qu'ils apprécient présentent deux profils qu'ils sollicitent pour des buts différents :

- Un aspect concret, très lié à la formation dans son contenu, à l'ingénierie pédagogique (C36).
- Un autre profil plus dans l'accompagnement pédagogique avec un rôle de guidance personnalisée vers l'autonomie, guidant sans être trop présent (I.295). Ce type de formateur intervient indirectement sur la sphère personnelle et nous retrouvons le travail sur la durée que le formateur peut réaliser de façon transversale.

Amélie se situe dans cette même expectative. Pour elle le formateur l'accompagne dans sa motivation (A24), la conforte lorsqu'elle doute (A27). Le formateur lui paraît plus objectif car extérieur au stage, où elle est plus professionnelle, et à sa vie personnelle. Elle utilise plusieurs fois « rien que » (A28), confirmant l'attente de discrétion bienveillante vis-à-vis des formateurs. Il faut noter que les deux étudiants développent l'importance du suivi pédagogique par les formateurs, dans une transversalité sur toute la formation et sur tous les plans, y compris personnel. La posture des formateurs est plus détachée que celle des professionnels, elle favorise la distanciation des difficultés vécues en stage. Elle peut donc amener l'étudiant à percevoir les valeurs professionnelles qu'il veut montrer, les attitudes soignantes qu'il veut promouvoir.

Les tuteurs expriment leur contribution à la professionnalisation des étudiants, leurs futurs collègues. Pour Mona, la dimension de compagnonnage est très forte, rappelant les approches de Geay, Paul et Guédez. L'expression « faire ensemble » revient plusieurs fois (I.137, 153, 155, 162). Elle rejoint également la notion d'apprentissage social de Bandura, des termes comme partage, accompagner (I.138, 142, 143) et confier, montrent les interactions et le processus d'accompagnement dans la professionnalisation. Mona utilise une très belle expression qui exprime vraiment le compagnonnage et la réciprocité: « on a des choses à s'apprendre » (I.146.147). Bernard, lui, avance l'authenticité du tuteur pour transmettre les valeurs du soin car pour lui cela ne peut être formalisé (B29). Il utilise à nouveau des termes forts comme « faux-semblants » (4 fois) et le paradoxe entre le soignant. Celui-ci doit être authentique et le patient ne peut pas être sur **la** réalité, mais sur **sa** réalité, sur laquelle le soignant doit accepter de travailler avec lui. Il amorce à ce moment des références aux auteurs philosophes pour la plupart : pour lui donc, pas de formalisation des valeurs du « prendre soin » par des apports magistraux ou des construits (de l'IFSI ou des services) destinés aux étudiants, mais l'intégration progressive des

approches philosophiques qui parlent, non du soin spécifiquement, mais de la relation à l'autre, de soi et des autres. Il est d'ailleurs très péremptoire : il faut, ils doivent, incontournables, impératifs.

Les formateurs ont une perception plus transversale. François revendique fortement une posture pédagogique et développe de façon réitérée ses compétences pédagogiques. L'expérience de formation l'a professionnalisé, il avait des représentations plus axées sur la fonction d'enseignant, qui se centrait sur des contenus en lien avec ses compétences soignantes « l'aspect psychopathologique, les concepts, les retransmettre sous la forme de cours beaucoup plus théoriques qu'à travers des échanges » (1.43-46). Il a eu besoin de formations complémentaires pour asseoir cette compétence qui lui permet de ne plus être dans le contenu théorique mais plus dans l'échange. Il parle de posture plus que de rôle « je ne me sens pas dans la posture d'un enseignant aujourd'hui mais beaucoup plus d'un formateur, d'un pédagogue » (1.34-35). Il rejette ce qu'il appelle la « pédagogie directive » (1.52) pour une pédagogie par projet (1.57) qu'il met en actes. Ses arguments reposent sur plus d'autonomie, d'expression propre des étudiants, dans une relation duelle, tantôt centrée sur la formation globale de l'étudiant, tantôt sur des aspects plus précis liés à ses champs de responsabilité pédagogique (10 fois pédagogue ou pédagogie). Nous retrouvons la notion de besoins de l'étudiant, qui est évoquée à la fois par l'apprenant et le formateur « en lien avec ses besoins du moment » (F10-1.91.92) et qui atteste de la centration sur l'étudiant.

François ajoute un élément central, le développement inconscient, par l'expérience, de sa posture (1.204, 205, 227). Il paraît même surpris lorsqu'il fait le point sur son évolution pédagogique. Serions-nous ici dans les valeurs, centrales, avec des rituels conscients centrés sur les résultats et les procédures? Ce processus nous renvoie à l'habitus de Bourdieu, car grâce aux expériences professionnelles diverses, François a intériorisé des dispositions qui imprègnent ses actions pédagogiques. Nous nous éloignons de la professionnalisation de l'étudiant, mais nous pouvons inférer qu'il suit le même chemin. Il est donc logique que les manifestations de la culture professionnelle ne soit pas visibles en cours de formation, car ce temps est trop court.

Rose pour sa part reste essentiellement sur le rôle d'accompagnement, de guidant, voire de stimulant. Elle insiste sur la notion de confiance pour pouvoir s'investir dans la formation évoquée par Claude. L'accompagnement du formateur implique l'autonomie de

l'apprenant qui doit trouver plaisir à se former. Pour réaliser le suivi pédagogique, elle reprend ce qu'ont écrit les encadrants, faisant ainsi le lien avec le terrain et les tuteurs. Elle échange avec les étudiants autour du projet professionnel, et notamment sur les valeurs soignantes, c'est donc un moment de travail sur l'intégration progressive de la culture. Elle rapporte une évolution volontaire de sa distance pédagogique avec l'étudiant, pour lui faire percevoir son accession à une dimension professionnelle en fin de formation (1.279-280). Ces propos montrent selon Rose, les attentes de professionnalisme des formateurs, accompagnateurs et même ici tuteurs, mais avec cette limite de position dans la formation, le « copain-copain » faisant sans doute allusion à un manque de professionnalisme du formateur.

Centrons-nous à présent sur l'apprenant et sa construction professionnelle, particulièrement sous l'angle de l'acquisition des attitudes professionnelles.

2.2.3.La professionnalisation

La construction professionnelle

De l'étudiant

C18-1.149.151	De les voir, ça me fait progresser, c'est plutôt de moi être en contact avec les patients qui me fait progresser, des fois je me rends compte de mes attitudes, positives ou négatives, j'essaie de m'améliorer ou de rester comme ce que je trouve bien dans ce que je fais
C22-1.170.172	ce formatage là, on est forcé d'y passer pour pouvoir acquérir des gestes professionnels aussi bien humains que techniques, après on essaie de s'en détacher, d'y mettre ses propres valeurs
C56-1.404.406	sortir de sa centration sur soi pour passer à la centration sur l'autre, c'est ça pour moi, faut que je mûrisse, la formation, c'est mûrir là-dessus, c'est prendre des responsabilités
A52-1.279.280	c'est très enrichissant, on apprend plein de choses, on apprend à réfléchir, on apprend des gestes techniques, on apprend énormément
A55-1.292.294	le stress et l'émotion, la formation est intense du point de vue émotionnel, ça c'est surtout par rapport au stage
A55-1.294.296	on n'a pas forcément d'expérience antérieure en arrivant à l'école, on est un petit peu quand on arrive ici, on ne s'attend pas forcément à tout ce qu'on va voir
A61-1.331.333	je dis pas que je vais être une soignante parfaite, je vais faire ce qu'il faut en prenant en compte tout ce qui se passe autour
B63-B64-1.491.496	Il faut revenir sur les valeurs éthiques, on peut leur faire des formations sur la clinique pour rattraper les failles qu'elles ont sur la clinique, l'essentiel pour moi, en psychiatrie ils vont pas l'acquérir derrière des cours magistraux, c'est

	l'exposition, c'est la rencontre en première intention, la dimension éthique, le respect de l'accueil du sujet
B90-1.672.676	aux étudiants, c'est un très beau métier, où on fait des rencontres, c'est très existentiel, faut lire Sartre sur le sujet, on est obligé de passer par là, c'est des questions sur sa propre vie, sur sa finalité, on va crever un jour, qu'est-ce qu'on va laisser... il y a quelques auteurs qui s'articulent bien pour la psychiatrie
M56-1.456.457	quelquefois, moi je me dis, presque tout doit s'apprendre en stage, tout doit s'apprendre en stage,
M68-1.517.520	c'est bien qu'elles aient de longs stages, je trouve que c'est important qu'on ait un long stage parce qu'on a beaucoup de temps pour les connaître, pour pouvoir progresser petit à petit avec elles
F9-1.66.68	les apprentissages professionnels me semblent essentiels avec des modalités auxquelles je crois toujours autant dans des processus d'accompagnement plus individuels
F10-1.91.93	l'étudiant vit une construction individuelle de savoir en lien avec ses besoins du moment, ses apprentissages professionnels, le champ indirect professionnel avec en finalité le projet de devenir infirmier
F13-1.140.143	ça leur permet de donner du sens aux pratiques, il y a un certain nombre de pratiques qu'ils repèrent comme étant efficaces dans la prise en charge, avec lesquelles ils n'ont pas la possibilité de faire le lien parce qu'ils ont peu d'expérience
F13-1.161.166	mon objectif, il était lié à un échange avec les étudiants pour essayer de comprendre individuellement ce qu'ils vivaient, c'est pas quelque chose qui est mesuré, j'ai rencontré des étudiants qui par des échanges construisaient quelque chose d'un peu plus collectif, au service du collectif
F17-1.213.216	dans la construction professionnelle, dans la construction identitaire depuis l'entrée en formation, comprendre ce qui peut faire que l'étudiant est à mal avec sa confiance, avec son estime, je regarde facilement du côté humaniste
F18-1.230-233	le temps que je passe dans ces entretiens de suivi individuel me sert à savoir où il en est de sa construction identitaire, de son fonctionnement, de sa relation, de sa rencontre avec le sujet malade, souffrant ou mourant
F18-1.241.246	première année j'y vais doucement parce qu'il y a toutes ces choses qu'il faut qui se débloquent, toute cette expérience, cette expérimentation qui n'est pas faite, j'oriente sur la rencontre, en 3 ^{ème} année j'essaie d'aborder concrètement ce qui est tolérable ou insupportable
R25-1.211.214	je leur fais exprimer un projet par discipline, déjà, « je me vois plutôt dans tel milieu » hospitalier, extrahospitalier, à l'étranger, quand ils n'en n'ont pas, je les fais s'exprimer en terme de « je ne me vois pas dans tel lieu pour telles raisons »
R27-1.223.225	en fin de troisième année, en fin de deuxième année, ils ont une orientation souvent, qui change, ils ont des fausses idées, mais un profil, il se voit bien en fin de troisième année,

Il existe globalement un discours très profond des étudiants. Ils mettent les valeurs et les attitudes au premier plan. Ils sont lucides sans pour autant être désabusés. Le regard

réflexif de Claude sur sa pratique semble être plus important dans l'apprentissage pour ce qui est des attitudes soignantes que du modèle professionnel. Acquérir une dimension professionnelle représente pour lui un exercice difficile. Il introduit la notion de la relation avec le patient comme facteur de construction professionnelle, élément que nous n'avons pas assez mis en valeur dans notre étude, focalisée sur les trois acteurs de la formation. Il rappelle l'importance de l'expérience préalable pour adapter sa représentation du métier. Il évoque des gestes humains et techniques (l.171), affirmant ainsi le professionnalisme du geste. Claude est conscient d'une part de savoirs de base communs et nécessaires, acceptés mais subis (le formatage l.169). Ce qui est intéressant, c'est la distance que l'étudiant prend ensuite lorsqu'il se forge sa propre identité grâce à la réflexivité. Il se professionnalise et contribue en même temps à l'enrichissement de la culture soignante, puisqu'il se démarque. Il présente la formation sur un versant théorique et pratique, avec une notion de « réflexes » (l.245) intéressante que nous n'avons pas approfondie, et un versant humain et relationnel. Le mode de pensée qu'il dit acquérir peut être associé à la culture professionnelle, une pensée soignante qui est complétée par « apprendre à être soignant » (l.246). Claude vit un conflit intérieur, au centre de sa formation : mûrir pour se décentrer de soi-même et se centrer sur le sujet malade (l.404, 405), associé à la prise de responsabilité qui revient plusieurs fois dans l'entretien « c'est pas facile de prendre des responsabilités » (l. 407).

Cet étudiant a accompli les deux tiers de sa formation, alors qu'Amélie est bientôt diplômée. Son discours est d'ailleurs plus « professionnel », moins centré sur la dissociation technique/prise en charge globale. Elle présente le vécu de la formation de façon positive, (nous pouvons nous interroger sur l'incidence de notre fonction sur ses propos). Ce qui ressort c'est la profusion d'expériences et d'apprentissages (enrichissant, plein choses, énormément) mais aussi la réflexion placée avant les gestes techniques. Elle apporte un versant plus difficile, mais pas négatif : le fait de ne pas pouvoir se poser, de ne jamais finir et donc sous pression constante (on retrouve des griefs des professionnels décrits par Véga). Nous observons une ambivalence par rapport à l'émotion : présentée d'abord comme positive et même essentielle à la profession, le « plus » des paramédicaux, elle est en lien avec le stress(x4) qui en est son versant difficile, comme un tribut à payer. Amélie relie le stress au stage et au choc, à la naïveté du début de formation. Nous retrouvons les éléments de l'étude de Davis (rapportés par Dubar), décrivant ce choc, lié à la conscience d'incongruité des situations de stage. Amélie utilise un « on » soudain, dans

lequel elle semble s'inclure, témoignant que tous les étudiants passent par cette phase. Nous pouvons penser que Claude ne l'a pas évoquée car il connaissait déjà le milieu. Pour Amélie, (A59, A63) la professionnalisation serait donc s'adapter aux conditions du contexte tout en gardant ses valeurs, ce qu'elle pense avoir réussi. Pour ceux qui avaient un idéal trop loin du contexte, elle suppose plus de perte d'idéal et une adaptation plus fonctionnelle. Le positionnement d'Amélie renvoie à nouveau à Davis lorsqu'il décrit une intériorisation stable et durable, une incorporation du rôle en fin de formation.

Qu'en est-il des tuteurs et de leur contribution au processus de construction professionnelle ? Bernard relève à nouveau des manques de la formation sur la clinique et l'éthique, tout en affirmant paradoxalement que cela ne peut s'acquérir qu'en pratique et par la rencontre avec les situations réelles (B63). Son expression « ponctuer » (1.233, 255) est très fine, on comprend son intention de ne pas apporter des notions théoriques d'un bloc, mais de distiller au fil des besoins et des situations des éléments de compréhension élaborés par d'autres sur un plan plus philosophique et éthique. Mona renforcera cette notion de progression pour acquérir les gestes professionnels (M68). Bernard ne réussit pas à rester centré sur l'étudiant dans son discours, alors qu'il est tuteur. Nous pensons que ses problèmes quotidiens sont liés à son ressenti de manque de professionnalisme des jeunes collègues, ce qui le fait revenir sans cesse sur ce sujet. Cependant ses remarques sont significatives car elles révèlent ses attentes dans la professionnalisation. Il conclut en magnifiant le métier et en rappelant ce qu'il apporte sur un plan plus large, la vie et l'existence, avec une dernière référence philosophique qui montre que pour lui, la construction professionnelle n'est pas que l'expérience de terrain, mais des liens continus avec une réflexion théorique beaucoup plus large que le champ du soin au sens professionnel (B90).

Les formateurs développent essentiellement l'accompagnement individuel dans le processus. François est très axé sur la professionnalisation et les apprentissages professionnels, avec un rôle d'accompagnement individuel du formateur ; cette relation duelle indispensable pour la construction identitaire de l'étudiant est soulignée par Claude comme par Amélie. Le formateur est là aussi pour mesurer les processus d'apprentissages des étudiants avec l'intégration des compétences nécessaires pour l'exercice du métier (1.93). Cet accompagnement permet l'intégration d'éléments de compréhension dans la pratique, il donne du sens aux gestes professionnels. La question du sens revient huit fois

sur ce passage, avec l'exemple très significatif de la déambulation qui peut amener des prises en charge incompréhensibles par les étudiants. François concrétise la construction de schèmes grâce à son intervention pédagogique : « pratiques qu'ils repèrent comme étant efficaces dans la prise en charge, avec lesquelles ils n'ont pas la possibilité de faire le lien parce qu'ils ont peu d'expérience » (F13-1.141.143) ou « ça a permis de donner du sens dans ce qu'ils faisaient » (1.147). Pour François, ce qui contribue à l'intégration de la posture professionnelle va donner du sens à la pratique alors que les étudiants n'ont pas forcément les connaissances théoriques suffisantes pour expliquer cette pratique (F13-1.158.160). Il rajoute que la compréhension permet de dédramatiser la situation (1.155). Selon lui, le formateur a un rôle dans la construction de savoirs professionnels, (pouvons-nous parler de culture ?), mais avec un objectif prioritaire, la centration sur l'étudiant. François répète les termes de construction professionnelle et identitaire (1.213.214, 220.221, 231, 241) et s'appuie sur des valeurs humanistes (1.216). La construction collective évoquée peut être assimilée à un aspect de la culture, plus communautaire, « au service du collectif » (1.165). Nous retrouvons enfin le besoin d'être en confiance recherché par Claude pour s'investir dans la relation pédagogique avec le formateur.

Nous sommes bien sur ce travail du formateur centré sur la construction d'une identité (culture) professionnelle, ressentie par les deux étudiants interviewés, un formateur qui accompagne l'étudiant sur la rencontre avec le patient, de façon progressive durant la formation (professionnalisation). François revient sur cette rencontre avec le patient (F18). Sa vision de la professionnalisation est intéressante car elle fait apparaître le quatrième partenaire du partenariat, tout comme Claude, que nous n'avions pas évoqué comme tel dans la formation mais plutôt dans la culture du « care » : le malade (et son entourage) (F22-1.343). Il est intéressant de voir que le formateur suit l'évolution de l'étudiant et attend qu'il ait vécu des expériences pour l'accompagner dans sa professionnalisation, la culture professionnelle n'étant pas quelque chose qui peut s'inculquer. Il travaille également sur les limites évoquées par les tuteurs, les violences personnelles (Bernard), institutionnelles (Véga).

L'approche de Rose paraît plus pragmatique. La notion de projet à l'issue de la formation basée sur une expression concrète peut paraître réductrice car assimilée au lieu, mais en fait, c'est une façon habile de pouvoir aborder ensuite le projet professionnel et ce

qu'a intégré l'étudiant. L'approche par la négative est aussi intéressante (un lieu où ils ne se verraient pas, 1.225). La perception d'un passage vers un « profil » (1.226) se dessine en fin de formation, les étudiants en prennent conscience puisqu'ils l'expriment.

Il nous a semblé opportun d'aborder un autre aspect de la professionnalisation, même s'il n'est évoqué que par les tuteurs professionnels. En effet, leurs remarques nous permettent de mieux cerner l'impact de la formation sur les attitudes professionnelles ; nous n'avons bien sûr pas l'illusion d'un jeune professionnel apte dès son diplôme à affirmer ses valeurs en situation, mais cet éclairage peut apporter des axes de partenariat cohérents avec les attentes du terrain.

La construction du jeune professionnel

B37-1.394.296	la transition entre le moment où ils sont élèves et le moment où ils sont arrivés dans le service, il y a une espèce d'effondrement, c'est l'effondrement complet
B25-1.171.173	Les acquisitions je les vois une fois qu'ils sont diplômés, moi je les vois une fois qu'ils sont diplômés, les difficultés qu'ils rencontrent par rapport à ce qu'on appelle le principe de réalité, c'est vraiment autre chose
B42-1.338.341	les jeunes diplômées elles se font, ou elles se font embringer, ou elles mettent en place des barrages incroyables, elles ouvrent le pare-soleil, c'est ça, elles se protègent en bétonnant avec des corsets, autrement dit, elles vont même pas auprès du patient
M20-1.167.170	avec les jeunes collègues on se remet en question elles nous disent il faut pas faire comme ça, c'est pas comme ça, on en parle, moi j'accepte de me remettre en question, les jeunes, elles sont dures, elles ont des certitudes
M49-M50-1.407.412	ce positionnement-là, ça, peut-être qu'on peut le faire quand on a un certain nombre d'années, C. j'ai compris qu'elle pouvait pas, c'est normal que tu te positionnes comme ça, petit à petit tu vas aussi
M52-1.429.433	on est complémentaire, je trouve que c'est important qu'on échange mutuellement, moi une fin de vie ça me pose pas de problème, si tu veux que je t'accompagne, moi, mes aptitudes à être à l'aise, si tu veux que je t'accompagne parce que tu es pas à l'aise avec ça, tu peux venir me chercher, je suis référente
R.14-1.124.127	l'épanouissement ne se voit qu'après, dans la dimension professionnelle, quand on les retrouve tuteurs 2 ou 3 ans après, qu'on les voit vraiment bien dans leur profession, on se dit que l'épanouissement on le mesure là.

Bernard ne peut mesurer les acquisitions des étudiants en cours de formation mais seulement lorsqu'ils arrivent en nouveaux collègues, c'est pourquoi il en parlera souvent en cours d'entretien. Il constate une souffrance des jeunes diplômés, et nous renvoie des

questions sur ce qui pourraient être anticipé en formation : plus de responsabilité durant les stages, une période intermédiaire entre formation et profession (le stage préprofessionnel est là pour cela). Il emploie à nouveau des mots très forts : embringuer (l.338, 341), souffrance (l.342, 350, 351), ou des images : pare-soleil (l.339), bétonner avec des corsets (l.340). Cette transition est décrite de façon dramatique, ce qui laisserait à penser que la formation ne les prépare pas assez : l'effondrement revient cinq fois (l.295, 296, 320, 326), et d'autres expressions comme « sauter au cou » dans le sens sauter à la gorge pour montrer à quel point les jeunes diplômées ne savent pas distinguer leur histoire de celle du patient. Nous retrouvons ce qu'évoque Dubet, la difficulté à être présent à l'Autre malgré sa peur, l'oscillation entre fascination et répulsion et l'obligation de rester professionnel quoiqu'il arrive. Il évoque également la jeunesse des nouveaux diplômés, en utilisant le terme de gamin (l.323) pour désigner un étudiant, ou de jeune fille (l.299) pour les jeunes diplômées. Il fait référence à un travail sur soi (l.302) nécessaire pour aider l'autre, apparemment non fait ou impossible durant la formation ; le fait que les étudiants n'aient pas de phase de transition entre la formation et l'exercice professionnel est regretté, car tant qu'ils sont étudiants ils ne prennent pas la mesure de la responsabilité professionnelle. La présence presque exclusive de jeunes professionnels dans les services est vécue comme un réel problème, qui rend difficile l'encadrement et par extension la transmission d'une culture qu'ils n'ont eux-mêmes pas intégrée.

Mona souligne elle-aussi le choc générationnel avec des jeunes professionnelles qui se remettent peu en question. Elle développe le rôle d'accompagnement des nouveaux diplômés qui poursuivent leur professionnalisation en s'appuyant sur des « référents ». Cette observation rejoint le constat de Bernard de diminution de professionnels porteurs d'une culture à transmettre.

Nous retrouvons avec Rose ce qu'évoquaient implicitement Mona et Bernard, qui allaient toujours du côté des jeunes professionnels plutôt que des étudiants : la vraie dimension professionnelle ne peut sans doute se mesurer qu'avec le statut de professionnel ; Amélie l'affirme aussi : ma culture c'est l'IFSI !

La plupart des interlocuteurs ont rapporté des passerelles entre la formation et la vie personnelle. C'est la rencontre de deux cultures chez la même personne, avec parfois, nous l'avons vu des histoires de vie difficiles, et le choc peut être violent.

Les intrications avec la sphère personnelle

C20- 1.156.158	ça dépend de comment on est déjà avec soi-même, si on est fatigué, si on a des soucis personnels qu'on n'arrive pas à mettre de côté, si on est malade, si le patient nous rappelle quelqu'un qu'on connaît
C58- 1.420.422	Toutes les difficultés qu'on peut avoir, il y a forcément une raison, quand moi je m'enrichis personnellement, que j'ai l'impression d'avancer personnellement
A39- 1.205.206	fondamentalement je suis restée la même personne, je pense si je suis ici c'est parce que j'ai le souci de l'autre, j'aime tout ce qui est le prendre soin
A39- 1.207.208	La formation m'a quand même changée dans le sens où je me remets bien plus en question
A40- 1.212.213	j'ai plus confiance en moi, ça c'est quelque chose que je remarque dans la vie de tous les jours
B25- 1.175.179	la difficulté qu'ils peuvent rencontrer c'est quand ça va faire écho de leur propre histoire, les difficultés qu'on a, ils veulent s'investir dans une prise en charge, la prise en charge est difficile parce qu'elle leur renvoie des choses, par challenge ils veulent y arriver
B37- 1.303.306	il faut respecter le sujet qui est en face, c'est pas notre histoire, c'est son histoire, si à un moment donné on se substitue à son histoire c'est excessivement grave ça veut dire qu'on devient l'autre, c'est la négation du sujet, on le méprise...
B23- 1.160.163	ça peut leur renvoyer des histoires difficiles, ils savent forcément qu'ils peuvent être interpellés dans leur propres vies par l'autre ça c'est une expérience qui est excessivement douloureuse, qui peut même être traumatisante
B85- 1.647.650	en psychiatrie, il y a beaucoup de choses qui nous renvoient souvent à notre propre histoire, les patients qu'on n'arrive pas à gérer, qui nous mettent en difficulté, c'est des mauvais patients
M9- 1.59.60	ça a été dur, j'ai d'ailleurs fait un burn-out, parce que je suis quelqu'un de passionné qui fait à fond les choses je ne pouvais pas concilier, il y avait des exigences de qualité de travail que je ne pouvais pas...avec ce qu'on me donnait ou c'était trop mal organisé j'ai dû faire des choses que je ne pouvais plus faire, j'ai dû m'arrêter au bout d'un an
R23- 1.193.195	le domaine personnel: est-ce qu'il y a d'autres difficultés, d'ordre financier, d'ordre personnel, sans être intrusif, qui vous empêche d'être acteur dans votre formation

Les deux étudiants font état d'une superposition des domaines personnels et professionnels. Claude établit un lien fort entre le personnel et le professionnel, et invoque même les raisons du blocage dans la sphère personnelle (C58); serait-ce à dire que le formateur doit aller sur ce plan avec l'étudiant? Amélie n'évoque que des répercussions positives de sa formation : elle généralise son changement en termes d'ouverture (x2), de confiance en elle (x3), d'adaptabilité (malléable), d'épanouissement (x2) à tout ce qui la

constitue et dans tous les domaines (professionnel, personnel, familial). Elle revient sur réflexivité, la remise en question grâce à la formation. Même si elle reste « la même personne » (socialisation primaire), le mot « fondamentalement » atteste de cette base qu'elle assimile au « prendre soin » et au souci de l'autre, comme un facteur précurseur du désir d'être infirmière.

Mona évoque le retentissement de sa profession sur elle-même (M9). Elle relate un « burn-out » qu'elle explique d'abord par une donnée technique (n'aime pas conduire) mais en fait des éléments plus en lien avec l'éthique et l'insatisfaction de la qualité du travail. Bernard est préoccupé par les retentissements des situations sur les étudiants et les jeunes professionnels : il fait référence à un étudiant qui chercherait à résoudre ses problèmes psychologiques par le biais du stage (B40) et la responsabilité du professionnel qui doit s'en apercevoir par des indices. Il rappelle la notion de situation obstacle, avec un patient qui nous renvoie à nos limites et qui percute notre propre histoire (l.648)

Rose aborde le domaine personnel quand la partie théorique et stage est traitée. Nous retrouvons la notion de distance : « sans être intrusif » (l.195). Ce qu'elle avance est intéressant car pour intégrer quoi que ce soit en formation, elle recherche une disponibilité personnelle indispensable. Si elle est absente, elle peut amener l'étudiant à faire une pause dans sa formation.

Après avoir envisagé la construction professionnelle, un autre aspect de la professionnalisation est le positionnement, difficile à affirmer dans une phase d'apprentissage ou d'intégration dans le milieu professionnel.

L'acquisition d'un positionnement professionnel

Le thème est évoqué par les professionnels, ce qui est assez logique car leur préoccupation est d'avoir de jeunes collègues qui ont cette difficulté à se positionner. Amélie qui termine sa formation, y fait également référence.

A10- l.75.78	quand on se sent faire partie de l'équipe, mais c'est aussi une position à prendre de l'étudiant, quand on sent qu'on est acteur de son stage et qu'on fait partie de l'équipe, qu'on fait en sorte de faire partie de l'équipe, ça facilité le stage
-----------------	---

B33-B34- 1.272.281	ne pas se positionner c'est pareil, c'est pas exister, on fait un lien étroit avec Heidegger , quand il parle du quotidien, le quotidien en fin de compte c'est le déchargement, le quotidien c'est la forme,[], c'est comme ça, si on donne pas le sens d'une consigne ça n'a rien, ... on a un droit c'est d'appliquer une consigne, si le médecin pose une consigne qu'on comprend pas le sens de la consigne, il faut l'interpeller, autrement on est dans la maltraitance
B83- 1.618.622	l'entretien est fini, elles se mettent à l'ordinateur, elles tapent, c'est vrai qu'elles savent bien taper, elles tapent bien, elles sont tout à fait capables de relever des choses très pertinentes mais c'est froid, c'est froid, froid, c'est dégagé de toute émotion, y a pas d'empathie, y a rien, c'est une observ factuelle
M49- 1.390.391	il faut aussi savoir leur dire que non, il y a des choses qu'on peut pas faire
M50- 1.417.419	je trouve que ça n'a pas de sens de le faire, tu dois te positionner toi, ne pas être une simple exécutante, c'est moyen..

Amélie reconnaît le rôle de l'étudiant, acteur dans l'intégration au groupe, mais aussi son besoin de sentir qu'on fait partie de l'équipe (A10). Elle décrit une nécessité de se positionner pour ne pas tout attendre des soignants. Cela participe à ce que préconise le référentiel : devenir un praticien autonome et responsable.

Bernard aborde le positionnement sous l'angle du quotidien, en écho à la lourdeur et l'absurdité du système hospitalier : le quotidien d'Heidegger qui amène le soignant à exécuter des consignes sans réfléchir au sens, il emploie le terme fort de maltraitance, ce qui laisse à penser que c'est important pour lui de transmettre aux étudiants la nécessité de chercher le sens de leurs actes. Il insiste aussi sur la nécessité de se positionner, au risque de se tromper, ce qui apparaît comme une difficulté pour les étudiants et jeunes diplômés. Dans un passage très imagé, il fait percevoir un travail à la chaîne, comme Chaplin dans « les temps modernes ».

Mona pense que ce positionnement s'acquiert de façon progressive, grâce aux différentes expériences avec des infirmières plus anciennes (poids de l'expérience évoqué par Bernard). Son positionnement éthique va très loin car il peut amener à s'opposer à la décision médicale (1.376, 380, 391,... 15 fois sur cette séquence), en tous cas à la discuter. Cela fait référence à la soumission des infirmières, et montre l'évolution culturelle vers une autonomie qui permet à l'infirmière de se positionner face au pouvoir médical.

Nous nous sommes intéressée aux rencontres de professionnels qui pouvaient marquer un tournant dans la formation. Nous avons abordé les notions de compagnonnage, d'apprentissage social et voulons explorer ce qu'en pensent les interviewés.

Les rencontres professionnelles décisives

C7- 1.46.47	un père spirituel ça serait plutôt dans les stages où j'ai envie de me professionnaliser après
C7- 1.48.51	qu'on m'explique les courants de pensée où chaque soignant va se positionner de manière différente, pouvoir me baser là dessus pour pouvoir me faire mon propre avis, de père spirituel, de mentor
C38- 1.299.301	j'ai déjà parlé avec une formatrice beaucoup, elle m'a beaucoup aidé à avancer personnellement aussi sur des choses que je voyais pas, sur des difficultés que j'arrivais pas à nommer
A21- 1.137.140	c'est pas les professionnels que je rencontre tous les jours dans les services, ils m'apprennent énormément, c'est pas ce que je veux dire, c'est plus au niveau de l'école que je me suis sentie confortée et boostée
A24- 1.145.147	en stage j'apprends énormément de gestes professionnels, ma motivation, quand je sens que ça va pas trop c'est vraiment les formateurs de l'école
A32- 1.177.179	une personne qui reste qui me serve de modèle, je pense j'ai besoin de cette transversalité
A36- 1.191.192	c'est vrai qu'en figure emblématique, je retiendrai les formateurs
B29- 1.217.220	dans le cadre d'une relation de tuteur, faire partager ça, moi j'utilise beaucoup des auteurs, des références d'auteurs, je leur fait lire, je leur propose, il y a certains écrivains, certains philosophes qui sont incontournables, qu'il faut lire
M25- 1.216.219	tu avais une façon différente des autres soignants de parler avec les malades, de les prendre en considération, tu avais une approche différente, dans ton attention aux autres, ça fait partie de moi, j'ai pas conscience
M52- 1.424.428	elles peuvent se modéliser, c'est important quand il y a des jeunes diplômées qui arrivent de transmettre ces valeurs-là, qu'on les accompagne, moi ça m'est arrivé, moi aussi j'ai été jeune diplômée, j'ai trop béni les infirmières qui m'ont accompagnée dans les choses difficiles
F40- 1.537.542	l'étudiant a repéré d'un professionnel qui avait géré une situation vécue d'une façon difficile, douloureuse voire très problématique, qui sont émerveillés par le professionnel, la façon dont le professionnel a géré cette problématique avec toute la retenue et toute l'efficacité.
F41- 1.552.555	ça vient directement, franchement remettre en question ce doute, participer à ce qu'à nouveau ils soient motivés, à continuer à avancer, continuer à expérimenter
R29- 1.233.236	ils identifient comme un modèle, un professionnel qui les a marqués, c'est toujours l'attitude qui les marque, pas la gestuelle, c'est l'attitude qui les marque, dans l'accompagnement d'un patient
R31- 1.244.246	même parmi nous, parmi nous on est aussi, par nos attitudes, conscientes ou inconscientes, je dirais pas des modèles, on représente parfois ce qu'ils ne voudraient pas être auprès des étudiants qu'ils vont encadrer, ce qu'ils aimeraient être auprès des étudiants,

Claude décrit une figure d'encadrant qui serait plus facilement repérée lorsque l'investissement de l'étudiant est majoré par son projet professionnel. Des termes très forts sont prononcés pour définir l'encadrant idéal : « mentor », tel que le définit Paul dans une dimension de compagnonnage, « père spirituel ». Il attend que ceux-ci lui montrent les courants de pensée (nous pensons à Bernard et toutes les références qu'il propose). Il recherche aussi des éléments clés de la professionnalisation (ressources de la compétence) et l'observation des positionnements professionnels (apprentissage social).

Amélie nous surprend car elle écarte d'emblée les soignants puis explique pourquoi. Elle distingue les rôles de chaque acteur de l'alternance : le soignant lui apprend des gestes professionnels, le métier, lui apporte des connaissances. Le formateur a un autre rôle: il entretient ou relance la motivation, conforte l'étudiant dans ses études quand il doute ou est épuisé. Le formateur adopte une position intermédiaire, extérieure au stage où elle est plus professionnelle et à sa vie personnelle. Ils sont une ressource transversale qu'elle va solliciter spontanément. Dans le discours d'Amélie, nous retrouvons les attitudes du « prendre soin » chez les formateurs : compréhension, écoute, des petites choses (rien que ça x 4). Pour elle, être emblématique est un terme fort qui provient de faits très marquants. Le stage n'offre sans doute pas un temps assez long pour permettre au soignant d'être perçu comme un modèle. Amélie comme Claude a eu un cursus avec des stages courts (quatre semaines), le nouveau référentiel instaure des stages plus longs (dix semaines), peut-être permettra-t-il une perception des professionnels moins superficielle.

Bernard n'évoque pas de rencontre décisive dans le champ du soin, son parcours est cependant intéressant : de nombreux détails montrent les hasards de cette orientation et aussi les efforts qu'il a fait pour pouvoir passer les concours, ce qui pourrait rajouter au mérite et à l'autodétermination à partir du moment où il avait fait son choix (encore un peu hors-sujet par rapport à la question). Ce qui est le plus marquant pour lui, c'est la rencontre décisive avec les auteurs, incontournables (1.220).

Mona souligne l'importance des rencontres dans la formation et la professionnalisation. Elle revient sur la notion d'accompagnement (1.426, 428, 431, 432, 436, ... 8 fois) et de partage. Sur la transmission implicite, elle axe tout sur les attitudes du « prendre soin » en évoquant autant les dimensions cognitives (attention à l'autre 1.218, écoute 1.211, 222, 226, considération 1.217), que les dimensions gestuelles (gestes 1.221). Elle reconnaît ce que l'étudiante dit d'elle sans fausse pudeur car elle veut

apparemment donner cette image. Elle nous démontre qu'elle n'a pas conscience de ses attitudes, rejoignant ainsi le niveau enfoui des valeurs, et qu'elle peut les transmettre par l'exemplarité (Mauss).

Pour François, il paraît intéressant que l'étudiant puisse travailler avec le formateur autour d'un professionnel emblématique. Il emploie des termes forts « émerveillé » (1.540) et parle d'attitude et des gestes professionnels. Il se situe dans une pratique réflexive car il reprend ces attitudes à distance (l. 536, 546). La rencontre avec ces professionnels et le travail effectué a posteriori fait partie de la construction d'une culture professionnelle et les aide à croire en leur projet (1.553.555).

Rose définit les personnes rencontrées qui ont eu un rôle dans leur projet comme des modèles. Il faut noter que pour elle, c'est l'attitude qui est déterminante, à l'instar de Mona. Dans les domaines de l'accompagnement, elle se situe bien dans la dimension du care (R29). Nous retrouvons ce que les étudiants ont exprimé, la perception que les formateurs sont aussi des modèles ou des contre-modèles, principalement lorsqu'ils ont une attitude incompréhensible du point de vue de la « justice », touchant au domaine de l'éthique (1.248.249). Sans doute les exemples qu'elle développe montrent que c'est l'attitude ambivalente qui est mal vécue ; les formateurs prônent l'autonomie, et par ailleurs, entretiennent les étudiants dans la soumission par des décisions jugées injustes. Concernant les attitudes, la précision « consciente ou inconsciente » (1.247) montre le caractère souvent involontaire de la transmission des éléments de la culture professionnelle, comme l'avait évoqué Mona et comme nous l'avons vu dans la modélisation de la culture.

Partant du postulat que la confrontation avec le terrain est déterminante dans l'intégration des attitudes professionnelles, nous avons examiné de façon plus attentive ce qui est réalisé ou perçu en stage.

L'accueil et l'encadrement par les professionnels

C4- 1.24.26	y a une partie de ressenti, de vécu, pour moi c'est important de voir une équipe avec moi, qui est en écoute, qui va pouvoir m'aider, comprendre quels sont mes besoins
C10- 1.64.65	quand on nous dit les points positifs, les points à améliorer mais sans être dans « ce que t'as fait c'est pas bien parce que c'est pas bien », avec des justifications qu'il y ait aussi du côté de la personne

C10-1.67.69	moi j'ai eu des stages où j'étais en difficulté, ça a été quelque chose que j'ai mal accepté, que j'ai moins bien accepté parce que les autres personnes en face se sont pas mises aussi en question sur certaines choses
C58-1.425.428	en stage, on n'a pas du tout su m'expliquer les choses, on m'a juste dit « t'as des difficultés, t'arrives pas à faire les choses de manière globale », on m'a pas alerté sur le fait que c'était peut-être à cause d'un manque de centration sur le patient
A8-1.61.63	l'entretien avec la cadre de santé quelques jours avant le début du stage, je trouve ça bien de nous faire visiter un petit peu le service, de nous présenter le personnel je trouve que ça facilite les premiers jours
A8-1.63.67	c'est toujours très difficile, quand on arrive en stage, qu'on soit en début de cursus ou en fin, les premiers jours c'est toujours très difficile, mais si on a été présenté à l'équipe, si on a vu un petit peu le service je trouve que ça facilite cet accueil
A9-1.69.71	on n'est pas complètement perdu en arrivant, on sait un petit peu où on met les pieds, je trouve que ça facilite la prise de position, la mise en confiance pour le début du stage
B24-1.165.168	il y avait ce projet de tutorat, à l'époque c'était JFB j'en avais parlé s'il y avait d'autres collègues qui voulaient le faire au contraire, il s'est avéré très vite que ça les intéressait pas
B36-1.286.291	ce sont des valeurs qui sont fondamentales, on peut se tromper dans une prise en charge, on peut merder, au moins on l'aura pas fait avec l'intention de blesser, on sera toujours dans la mesure, dans le respect de l'autre, ne jamais oublier que l'autre est différent, est différent de moi, c'est parce qu'il est différent que j'existe, autrement on est des clones, effectivement c'est de ça que j'échange les premiers moments avec elles
B42-1.333.336	je suis le seul sur le pavillon U., mes collègues ils veulent pas pour des raisons que je respecte, non après tout que je respecte pas parce que je me sens pas obligé de la faire, quand on a des jeunes qui sont en difficulté, on n'a pas le droit de les laisser comme ça,
M19-1.134.136 1.139	elles sont là sous ma responsabilité, je voudrais d'abord savoir comment tu fonctionnes, je pense que j'ai des choses à t'apporter, si je te laisse seule de ton côté, tu vas pas apprendre grand-chose je pense que c'est dans le partage de mes connaissances
M17-1.123	moi j'aime savoir d'où les gens viennent
M19-1.131.134	leur confier un secteur, ce que font facilement mes collègues, je ne suis pas d'accord avec ça, j'aime savoir comment elles fonctionnent, même si elles sont en 3 ^{ème} année, elles sont là sous ma responsabilité
F36-F37-1.508.514	cet effort là que j'ai à faire par moment pour leur permettre d'exprimer ça, me sortir de mes représentations, de rationalisation pour leur permettre d'exprimer, d'exprimer quelque chose qu'ils vivent, qui est pas du fantasme, qui est leur vie
F37-1.514.518	je crois que j'attendrais des professionnels, j'échange avec un certain nombre d'entre eux, on en cause, quand ils me disent « je comprends pas pourquoi il est si mal, pourquoi, pourquoi.. » c'est en leur permettant d'évoquer leur représentation concernant un étudiant

Le vécu du stage de Claude dépend de l'attitude compréhensive et attentive de l'équipe, et du climat général de travail. L'étudiant a besoin d'une critique constructive et étayée qui seule lui permet de se construire, donnant ainsi selon nous des éléments de compréhension de la culture. Claude fait remarquer son attente de remise en question de la part des encadrants pour éviter un système univoque où seul l'étudiant doit comprendre l'Autre (C58). En stage, il pense qu'on ne fait souvent que nommer les difficultés sans donner d'éléments d'explication possible. Selon lui, les soignants, étant passés par ces phases, devraient pouvoir aider l'étudiant à comprendre ses blocages et ne pas se contenter de faire ressortir uniquement les difficultés (rappeler aux équipes qu'ils ont été étudiants l. 314).

Pour Amélie, que nous avons reçue en dernier, nous avons exploré un moment particulier du stage : l'accueil, comme emblématique de l'attention à l'autre manifestée par le professionnel. Elle développe effectivement de nombreux éléments du « prendre soin », qu'elle rapprochera d'ailleurs après-coup de l'accueil du patient, donc des dispositions transférables (A7, A8, A9). Elle souligne l'importance de l'équipe et de l'accueil. Elle donne des précisions, comme l'entretien préalable, la visite, être présentée, comme autant de facteurs qui lui permettent de ne pas être anonyme, de se repérer et d'être repérée. Elle aborde la notion de positionnement qui serait facilité par le sentiment d'intégration. Sans doute, le fait de se sentir « professionnelle » parmi des pairs facilite-t-il une attitude moins « scolaire ».

Bernard dans sa fonction de tuteur axe d'emblée son encadrement sur la relation de soin avec des valeurs humanistes, difficiles à mettre en œuvre à cause de l'histoire propre des apprenants, ce qui nous renvoie aux notions de représentations, de socialisation primaire qui interfèrent dans le « prendre soin » (B36). Il insiste sur la nécessité de se positionner, au risque de se tromper, ce qui apparaîtra comme une difficulté pour les étudiants et jeunes diplômés (B42). De même, il évoque un désengagement de ses collègues pour la fonction de tuteur, ce qu'il n'accepte pas. Il se sent seul investi, presque contraint car c'est un devoir d'accompagner les jeunes diplômés qui souffrent.

Pour Mona, la notion de responsabilité du tuteur revient fortement et montrée comme une de ses qualités propres, sous-investie à tort par les collègues dont elle se démarque,

rejoignant Bernard dans ses propos. Accueillir des étudiants, ce n'est pas se décharger de son travail (l.147, 142), mais « faire avec ».

François globalise les représentations des formateurs et des soignants sur l'étudiant. Selon lui, elles ne correspondent pas à ce que vit celui-ci ; il existe donc un malentendu qui bloque l'expression de l'étudiant, ce qu'a décrit Claude dans sa difficulté dans un stage où il déplore un niveau d'attente différent.

Nous avons fait référence à plusieurs reprises à la pratique réflexive comme une approche facilitant l'intégration de la posture professionnelle. Nous allons tenter de décliner les situations réflexives rencontrées par les étudiants au cours de leur formation.

La pratique réflexive opérationnalisée

La réflexivité liée aux situations d'apprentissage

C57- l.411.414	quand le message passe, qu'on nous dit qu'il y a des difficultés c'est en stage, [] on s'entretient plusieurs fois et longuement avec des formateurs, c'est là qu'on arrive à analyser pourquoi on est comme ça
C59- l.430.433	Au fur et à mesure, on réfléchit soi-même, on nous donne quelques clés, sans... faut quand même qu'on chemine nous, sinon c'est pas intéressant ; si on nous donne les clés, on va pas se les approprier, faut qu'on trouve les solutions nous-mêmes, des fois on est bloqué, on n'arrive pas à avancer
C62- l.449.452	on écoute, on essaie de s'enrichir avec les expériences des autres, mais qu'est-ce qu'on fait de ça après ? Des fois ça vient spontanément, on s'identifie, on arrive à voir des liens, à avancer avec ça, mais pas toujours, il en faut des temps de relation d'aide, c'est important
A37- l.196.198	La formation en règle générale nous l'apporte, je pense j'ai jamais autant réfléchi sur moi-même et sur tout ce que je fais depuis que je suis entrée en formation
B50-B51- l.391.396	à chaque fois qu'on lui retourne cette question, elle peut mesurer aussi que quand on n'a pas de réponse à donner à un patient, il peut être angoissé, il peut être mal, parce que moi je donnais pas de réponse, elle sentait.. qui montait, prenant conscience dans l'après-coup
B83- l.616.618	la remise en cause, l'analyse réflexive constamment, c'est vrai que nous on se torture un petit peu la tête, jusqu'où je vais, qu'est-ce que je m'autorise, c'est des questions fondamentales.
M28- l.239.242	Pour moi le premier tour que je fais pour prendre connaissance des patients, je prends énormément de temps, d'abord il y a les familles, pour moi c'est important de prendre le temps, je ne suis pas forcément avec l'appareil à tension, je me présente, je suis l'infirmière
M40- l.320.322	le problème c'est que tu réfléchisses à la manière dont tu travailles, on peut en parler, tu vois bien que ce que tu fais, c'est pas logique

F10-1.88.90	c'est la concordance ou les divergences ou les convergences qu'il peut y avoir des 3 exercices lorsqu'on les reprend avec les étudiants individuellement
F12-1.126.129	moi j'ai trouvé ça extrêmement intéressant extrêmement efficace dans la mentalisation de ce qui pouvait se jouer, dans l'analyse d'une pratique qui pouvait servir à la fois les étudiants, à la fois les professionnels
R13-1.100.103	on peut échanger à partir des situations d'analyse de la pratique dans le portfolio, toutes les situations qui nous reviennent c'est l'occasion d'échanges très importants, au moment des regroupements,

Les deux étudiants sont formés avec le programme 92, qui ne fait pas référence à la pratique réflexive. Ils décrivent cependant des pratiques pédagogiques allant dans ce sens. Pour Claude, le stage révèle la difficulté mais c'est l'IFSI qui permet par l'analyse réflexive de comprendre cette difficulté. Cela pourrait l'amener progressivement à trouver cette « clé » (1.386, 430) et à dépasser son blocage (1.402). Claude dit bien : « pourquoi on est comme ça » (1.413.414) et non pourquoi « on fait comme ça », il se situe au niveau des attitudes professionnelles. Claude, nous l'avons déjà relevé, est dans l'ambivalence, car par moment il souhaite avoir les clés, puis juste après il pense qu'on ne doit pas lui donner. Il comprend intellectuellement que c'est sa recherche qui permet leur appropriation, par la démarche inductive et le travail sur les situations problèmes. Il rappelle la nécessité d'empathie mutuelle pour se parler au même niveau, sur le même registre (1.440). L'étudiant ne voit pas toujours la finalité des cours en IFSI en ce qui concerne les valeurs, il fait sans doute référence aux exploitations de stage où chacun s'exprime par rapport à ses expériences (1.449). Il revient sur la relation d'aide indispensable pour l'étudiant, même celui qui ne serait pas d'emblée disposé à cela. Amélie elle aussi reconnaît la réflexivité, par contre, nous n'avons pas assez approfondi ce qu'elle entend par « formation » : IFSI ou IFSI et stage. Elle distingue en tous cas ce qu'elle est et ce qu'elle fait, ce qui est capital dans l'apprentissage des attitudes professionnelles, où les deux domaines se superposent.

Mona dit encourager la pratique réflexive. (1.316, 320). Elle le concrétise lorsqu'elle décrit son encadrement et ce qu'elle renvoie aux étudiants. Toutefois, les exemples qu'elle donne sont centrés sur des actes assez techniques et nous avons peu d'éléments sur les attitudes professionnelles sous l'angle réflexif. Bernard, par contre, s'appuie sur un exemple où il a laissé une jeune diplômée décider seule de la stratégie de soins. La réflexivité est abordée dans l'après-coup (1.396, 410), à distance (1.414), et permet de progresser dans la professionnalisation pour elle comme pour lui. Outre l'entretien comme

reflet du professionnalisme, l'analyse réflexive (1.616), la remise en cause (1.615, 638) semblent essentielles dans sa pratique soignante.

Les formateurs sont plus coutumiers de cette pratique. Ils ont suivi plusieurs formations dont la dernière a permis de clarifier ce qui était attendu d'eux (1.101). François s'appuie sur les méthodes pédagogiques instituées par la réforme axées sur la pratique réflexive, c'est donc bien pour lui la réflexivité qui permet la professionnalisation (F10). Il ne se situe pas dans une pratique réflexive « dans l'action » (« pas en expérimentation directe au lit du patient » 1.123), mais sur l'action concrète dans la logique « agir, comprendre, transférer ». Il parle de mentalisation (1.127). Rose, même si elle est moins impliquée dans la réforme, évoque les supports d'échanges à sa disposition : des situations analysées dans le portfolio qui servent de déclencheur, des regroupements sur les lieux de stage. Elle constate la réticence de certains étudiants à s'exprimer en groupe, et reprend donc ensuite en individuel les problématiques rencontrées par ces étudiants.

Les regroupements ont été évoqués dans les entretiens ou dans nos commentaires. Modalité de pratique réflexive définie dans le référentiel de 2009, et mise en œuvre depuis moins d'un an lors des interviews, nous voulons cerner leur perception par les acteurs.

Les regroupements ou temps d'échange avec les professionnels de stage

M58-M59-1.473.477	ça devrait être le temps de parole qu'on passe là maintenant, quand elles viennent faire des temps de parole sur le ressenti, des regroupements, sur ces temps-là, je pense qu'on pourrait peut-être travailler sur les valeurs, la pratique réflexive
M61-1.483.485	c'est pour ça qu'on peut pas toujours y aller nous, peut-être que quand notre cadre vient, nous il y a un soignant, on devrait réserver un temps pour échanger autour de ça, je vois pas comment
F12-1.116.119	les étudiants ont joué le jeu, d'autre part les professionnels ont vraiment été une ressource, sans prendre trop de place, j'ai pu constater que les étudiants avaient réussi à analyser à minima la problématique
R8-1.58.60	j'ai fait des regroupements, j'étais connue, les surveillantes, les infirmières, on a eu des échanges d'emblée très faciles puisque nous nous connaissons
R8-1.65.67	maintenant c'est acquis, les personnes ont accepté d'aller les unes chez les autres pour les regroupements sans crainte maintenant de ce qui va être dit

Les étudiants ne relatent pas d'expérience puisque ce dispositif n'est pas mis en œuvre pour eux. Bernard n'y fait pas référence non plus, ce qui corrobore le fait qu'il n'identifie pas le formateur référent du stage.

Mona en a eu l'expérience une fois, semble intéressée en tant que tuteur mais déplore le manque de disponibilité lié à la charge de travail. Elle voit tout à fait ce temps consacré au travail réflexif sur les valeurs et il nous paraît dommage qu'il ne soit pour l'instant pas mieux reconnu dans l'activité soignante, notamment par les cadres.

Ce sont les formateurs qui expriment le mieux les « regroupements », sans doute parce qu'ils l'ont intégré à leur pratique et qu'ils en ont l'initiative.

François l'explicite à notre demande, il lui semble très important dans la rencontre et l'échange de représentations, de pratiques de soin. Il est tout aussi constructif pour les professionnels, quant à leur pratique d'encadrement des étudiants, ce qu'ils n'avaient pas l'occasion de faire avant la réforme. Nous sommes vraiment sur un premier niveau primordial en matière de culture professionnelle : se rencontrer, se parler, se connaître, échanger pour se trouver des points communs et des divergences, et donc s'enrichir. « Les gens se rencontrent, pour ceux qui ne se connaissaient pas qu'ils se connaissent, échanger sur leurs difficultés à la mise en œuvre concernant l'accompagnement des étudiants selon cette réforme » (l.106-109). Par ailleurs, il est important de constater que le formateur propose une méthodologie de travail pour ces regroupements qui ne sont pas qu'intuitifs. Une précision : le fait que les professionnels ne prennent « pas trop de place » (l.117) doit être compris selon nous comme laissant l'expression aux étudiants (et non au formateur ou aux soignants). Ceci pour affirmer qu'il est centré sur l'apprenant et sur sa progression.

Rose apporte un élément supplémentaire non négligeable : la peur de ce qui pourrait être dit lors de ces regroupements (l.67). En effet, les étudiants et les tuteurs de plusieurs établissements ou services se rassemblent. Les étudiants évoquent des vécus, des étonnements, des questions liés à leurs expériences de stage. Cela pouvait signifier pour les professionnels qu'on exposait ce qui se déroulait dans « leur » service, a fortiori des situations problématiques. Nous ressentons dans ces propos la notion de groupe communautaire à l'échelle du service, un groupe avec ses pratiques qu'on ne souhaite pas voir soumises à la critique d'autres professionnels. Nous voyons que les objectifs des regroupements pourraient dépasser le cadre de la formation et faire évoluer la culture professionnelle, en l'ouvrant et en l'enrichissant par les échanges.

Nous allons terminer l'approche de la pratique réflexive par un dispositif original prévu dans la réforme et développé dans le cadre théorique (Perrenoud, le Boterf, Mezirow) : les situations emblématiques ou problèmes.

Les situations problèmes ou emblématiques

C11-1.73.78	ce stage pour moi c'était acquérir des compétences techniques c'était un stage de cardiologie, je voulais apprendre à manipuler les choses correctement [] de manière bien cadrée, apprendre des techniques, pour eux dans leur optique de stage c'était déjà que je voie les choses dans la globalité, moi je m'en sentais pas capable
A58-1.307.311	quand on y est pas forcément préparé, quand c'est l'urgence, il faut agir très vite, c'est assez violent [], quand on réfléchit un petit peu sur ce qu'on a fait, sur ce qu'on a vécu, comment on a vécu cette situation, on apprend à prendre du recul
B50-1.375.378	elle doit se positionner au sens d'Hannah Arendt, laquelle je vais enfreindre, est-ce que les enfants ils montent? c'était hyper intéressant parce qu'elle a dû faire un choix, qu'est-ce que tu ferais, je sais pas moi, qu'est-ce que tu ferais toi, c'était un déchirement,
B85-1.651.654	les patients avec qui on avance et ça va bien, ça n'a aucun intérêt, les états limites qui foutent le bordel dans le service, qui vous renvoient toujours à votre insignifiance, quelqu'un qui a fait médecine, qui vient vous percuter
M44-1.348.351	je lui ai laissé la chambre dont elle était responsable, elle a donné 1 comprimé d'Imovane au lieu d' 1/2 ...elle est venue me dire, j'ai fait une bêtise ! je lui ai dit, c'est bien que tu me l'aies dit
M63-M64-1.494.498	elle a échappé sa seringue, elle reprend sa seringue et l'aiguille, elle continue...j'étais effarée parce que je me dis, personne ne lui a jamais dit que le plateau n'est pas stérile, rien n'est stérile, est-ce qu'elle a la notion de la stérilité ... ?
F9-1.69.72	l'intégration à travers les unités d'intégrations, les exercices en lien avec les situations emblématiques, la construction d'un savoir individuel qui peut s'exprimer dans la construction collective
F9-F10-1.77.81	il y a certainement des choses à réajuster au point de vue des contenus à avoir a minima que tous les étudiants doivent pouvoir mobiliser

Nous avons voulu dépasser le cadre strict de la réforme, puisque Claude et Amélie n'ont pas eu l'occasion de travailler à partir des situations emblématiques proposées dans les unités d'intégration. Ils évoquent cependant la réflexivité qu'entraînent des situations obstacles, et nous pensons que cela procède du même processus cognitif. La situation relatée par Claude est vécue comme représentative de sa difficulté récurrente, il n'a pas réussi sur le moment à être réflexif pour la résoudre (l. 64.81). Son attente de remise en question où l'on perçoit que chacun reste à son niveau nous amène à comprendre que pour l'étudiant, l'approche globale est à un niveau de complexité trop grand (Morin). Cependant il a une représentation d'emblée très réductrice du stage de court séjour sans doute du fait de son projet. Nous pouvons comprendre également que les professionnels de cardiologie ne veuillent pas être réduits à leur dimension technique, ce qui est souvent le reproche qui leur est fait. La formation prône aussi une approche par la complexité que

séquentielle (la technique d'abord, puis la relation, puis la globalité). Nous restons en suspens dans ce cas, car le travail réflexif commun ne s'est pas fait. Amélie reprend la notion de surprise, de non préparation à la confrontation qui est vécue comme violente. Elle retrace de façon descriptive, comment la démarche réflexive amène à dépasser ce choc (explicitation, analyse).

Bernard, à partir de l'exemple d'une jeune professionnelle donné en appui, admet qu'elle l'a fait évoluer par les questions qu'elle se pose. Il en profite au passage pour mettre en évidence les paradoxes du soin et faire à nouveau référence à Arendt. Il montre deux choses par ce récit: son expérience lui aurait fait prendre une décision assez simple, les questions qu'elle s'est posées lui ont fait envisager la situation autrement (à lui). Bernard a une approche intuitive de la professionnalisation grâce à la situation problème, il décrit très bien comment il renvoie sans cesse l'infirmière à ses propres questions, la confrontant au passage à l'angoisse vécue par le patient lorsqu'il ne reçoit pas de réponse contenante. Il reprend la notion d'obstacle en se référant au patient qui ne veut pas avancer comme le prévoit le soignant, le renvoyant à ses limites et à se recentrer sur lui, voire même à avouer son impuissance.

Les formateurs sont dans une approche de construction de situations emblématiques dans le cadre des unités d'intégration de la posture professionnelle. Ce sont des situations problèmes qui amènent étudiant à construire ses savoirs en lien avec des contenus, mais aussi en lien avec ses expériences, dans le cadre de l'IFSI. La notion de construction de nouveaux schèmes à partir expériences revient (Mezirow), grâce au travail par situations ou en stage avec les regroupements qui procèdent du même principe mais à partir de situations réelles (Conjard). François apporte la notion de socle commun (1.81), une base commune à tous les étudiants et par extension, à tous les soignants.

Nous concluons cette troisième partie, très dense et nous apportant de multiples éléments de réflexion pour ouvrir la vision première de notre problématique. Malgré les biais que nous avons relevés, les expressions sont très riches et personnelles. Nous allons nous appuyer sur ces données et sur les apports conceptuels pour élaborer une synthèse à mettre en relation avec notre questionnement et nos hypothèses.

QUATRIEME PARTIE

IV. SYNTHÈSE DES APPROCHES CONCEPTUELLE ET METHODOLOGIQUE - PRECONISATIONS

Une synthèse s'impose car les éléments conceptuels tout comme les données recueillies grâce à l'enquête sont denses. Extraire les tendances fortes, les mettre en relation avec notre problématique et nos hypothèses, nous permettra de proposer des préconisations pour l'ingénierie de la formation infirmière en lien avec notre recherche.

Rappelons les axes de notre recherche et nos hypothèses :

La finalité de la formation infirmière est-elle de développer une culture professionnelle chez l'étudiant ?

- *comment cet enjeu implicite peut-il constituer l'axe central de la formation?*
- *le processus de professionnalisation des infirmiers peut-il accorder une place suffisamment explicite à la culture professionnelle ?*
- *le dispositif de formation permet-il à l'apprenant de s'appuyer sur la rencontre de modèles professionnels pour intégrer la culture soignante ?*

Hypothèses

- La culture professionnelle n'est pas investie par les acteurs de la formation car elle n'apparaît pas dans le projet de formation
- Il est illusoire de concevoir ou de promouvoir des outils de l'alternance si la finalité de leur utilisation n'est pas explicite pour tous les partenaires

- L'intégration de la culture professionnelle peut être un objectif de formation pour l'étudiant mais elle se développe surtout grâce à l'expérience professionnelle et au contact des pairs.

1. SYNTHÈSE GÉNÉRALE

Par souci de clarté, nous allons organiser la synthèse au regard des trois concepts, progression que nous avons suivie tout au long de l'écrit. Tout au long de la synthèse, nous citons simplement des auteurs abordés lors de l'approche conceptuelle pour étayer notre propos, nous ne les avons donc pas tous repris, ni référencés à nouveau par souci de simplicité de lecture. Le processus de recherche, en alliant parfois consécutivement, parfois simultanément, des données théoriques issues des spécialistes pluridisciplinaires et déclaratives des interviewés, nous a permis d'enrichir notre perception empirique.

1.1. La culture professionnelle

Pour définir la culture professionnelle comme l'axe central de la formation infirmière, nous devons baser notre réflexion sur les contours qu'elle recouvre et sur sa place réelle aujourd'hui. Le passage par une théorisation de la culture historique et générale s'est avéré nécessaire pour une précision sémantique. Les débats entre les différentes écoles, les courants disciplinaires retracés par Cuche, montrent à quel point le terme de culture est sensible. Oscillant entre l'individuel et le collectif plus ou moins large, elle repose sur une intériorisation, une appropriation que nous avons décrite dans la socialisation (Dubar). L'aspect individuel est retrouvé dans l'apprenance et particulièrement la notion d'engagement, qui nous montre l'importance à lui accorder en formation. Mais il ne faut pas pour autant négliger le poids du groupe social, dont l'étudiant cherchera à devenir un membre (Sainsaulieu, Wenger, Sebastian, De Villiers). Au début de notre recherche, nous avons employé le terme d'intégration pour l'apprenant, reprenant le vocabulaire du référentiel de formation : les unités d'intégration de la posture professionnelle. Le lien entre socialisation et apprentissage nous permet de comprendre les étudiants lorsqu'ils évoquent des seuils à franchir. Nous avons fait un détour par la culture professionnelle en dehors du soin, utile pour nous décentrer de notre milieu (Isani, Laurent). La notion de culture d'entreprise, notamment, amorce la vision ethnologique de

Véga que nous n'avions pas envisagée en début de travail. Nous nous positionnons en définissant la culture professionnelle soignante par le « prendre soin », ou « care » (Collière, Hesbeen, Molinier). Nous avons tenté d'en montrer les valeurs et les difficultés à la rendre visible dans la pratique : visible pour soi-même et visible pour les autres (Hugues, Catanas). Elle se développe par l'expérience et se manifeste à tous les niveaux du soin, répondant à la notion de pensée en creux (Denoyel). Notre terme « implicite » est renforcé par notre exploration, et va dans le sens de notre première hypothèse.

Le « care » redonne sa place aux fondamentaux du soin et met le souci de l'autre au premier plan. Parallèlement, nous avons modélisé la culture soignante, et défini des valeurs souvent inconscientes, occultées par les pratiques, selon la schématisation de Hofstede. Enfin, en raison de l'histoire de la profession, nous constatons que l'affirmation d'une culture soignante non médicale est compliquée à assumer. Nous avons qualifié la culture professionnelle d'enjeu implicite, avec des représentations de notre part, d'un faible investissement par les acteurs de la formation et du soin. Pourtant, lors de l'analyse des entretiens, les éléments de cette culture apparaissent spontanément et aisément dans tous les propos, alors même que nous n'avons nommé ni le terme de « prendre soin » ou de « care », ni celui de culture soignante ou infirmière. Les mots utilisés sont précis et sensibles. Il est frappant de voir que chacun s'approprie le « prendre soin », la bienveillance à son niveau et que l'image de toute puissance et de technicité de l'infirmier disparaît lorsqu'il parle de l'humilité ou de l'authenticité. Chaque acteur intègre le « care » en le valorisant dans sa pratique, basée sur la centration sur l'autre, le souci de l'autre. Il apparaît, pour les personnes enquêtées, que la problématique se situe moins sur l'intégration de la culture professionnelle que sur son caractère implicite. L'axe principal sera centré sur sa place explicite dans l'ingénierie de formation.

Des éléments de l'analyse nous alertent sur les points sensibles à prendre en compte dans notre démarche. Le premier point est en lien avec les réactions à l'énonciation du terme « culture professionnelle » ; il nous semble évident que ce concept ne peut pas être introduit sans explication complémentaire et même, pas en première intention. Il est trop porteur d'interprétations diverses voire de préjugés et peut bloquer l'intérêt de l'étudiant s'il est « asséné » d'emblée. Nous avons abordé le risque d'isolement d'un groupe que peut entraîner la culture, lorsqu'elle amène à exclure les non initiés. Avec une finalité fédératrice, nous pouvons à notre insu encourager les futurs professionnels à adopter les

signes culturels superficiels (rites, symboles), sans approfondir les valeurs sous-jacentes. La culture commune peut devenir la culture exclusive, par type de pratiques.

Le second élément concerne la revendication de chacun pour valoriser son secteur, plutôt sous l'angle de la relation, centrale. Mais dans les aspects concrets du discours, la préoccupation des soignants comme des étudiants est centrée de façon aussi importante sur la technique. Cela nous questionne sur le rôle de la formation à ce niveau. Le « prendre soin » ne doit pas être assimilé uniquement à la relation, raccourci parfois observé. Etre empathique ne dispense pas de la compétence et du professionnalisme des gestes. Le patient souffrant a besoin de sentir le soignant présent pour lui, professionnel dans ses gestes les plus simples comme les plus complexes.

Le troisième point se rapporte aux interactions entre professionnels : nous avons développé cet aspect institutionnel de la culture avec l'étude de Véga. Nous l'avons découvert grâce à la recherche conceptuelle et avons retrouvé, disséminés dans les discours, des indices confirmant la nécessité d'intégrer cette dimension dans l'ingénierie de formation. Cela ne signifie pas qu'il faut construire le projet pédagogique autour des conflits d'équipe, mais plus sur les notions qui la composent et dont l'étudiant a pleinement conscience. Il nous paraît important de ne pas nier cet aspect de la culture professionnelle, que nous n'avions pas pris en compte dans nos hypothèses. Sans doute avons-nous une appréhension trop idéalisée ou éloignée de la culture professionnelle.

Notre terme de « finalité » de la formation, surtout au singulier, donc unique, est à la fin de notre recherche jugé excessif en raison de ces limites. Le référentiel de formation précise des finalités qui toutes ont un lien avec la culture professionnelle, car elles touchent aux attitudes, à l'autonomie, aux émotions et à l'éthique. La réflexivité est une des qualités de ce professionnel. Nous pouvons donc exprimer l'intégration de la culture professionnelle comme une des finalités de la formation, l'essentiel étant de la nommer.

1.2. La formation

Nous avons axé notre recherche conceptuelle essentiellement sur l'apprenant et sur l'alternance. Nous retrouvons des propos dans ces deux registres dans les entretiens, nous avons souhaité les distinguer dans la synthèse pour mieux identifier ensuite les préconisations relevant de chaque domaine.

1.2.1. L'apprenant en formation

Au-delà de la culture, notre préoccupation centrale, nous consacrons une partie de notre recherche à la compréhension de l'apprenant et des processus regroupés sous la notion d'apprenance (Carré). Nous avons clarifié la notion de compétence, pierre angulaire de la formation infirmière (Jonnaert, Le Boterf, Minet, Zarifian). Les interviews nous ont apporté des éclairages plus concrets, tant du point de vue des apprenants eux-mêmes, que des formateurs et tuteurs. Nous retrouvons un désir à l'origine de la formation infirmière non décrit en terme de vocation, mais plutôt lié à une histoire personnelle, souvent douloureuse, et des valeurs humanistes à mettre en œuvre dans sa profession. Cela renvoie à la socialisation primaire et secondaire, à laquelle les acteurs de la formation doivent s'intéresser pour travailler sur ce désir de « prendre soin ». L'engagement dans un métier du soin paraît relié, pour les acteurs qui s'expriment, à l'histoire de vie, dans ses éléments conscients ou non. Le projet de l'individu, envisagé ou prescrit, fait également partie des axes de questionnement (Bandura, Bourgeois, Carré, Conjard, Kaddouri). Les formateurs sont amenés à aller sur ce terrain lors du suivi pédagogique, ce qui pose la question des limites et de la distance. Un tuteur aborde lui-aussi cette question dans son encadrement. La question de l'incidence de la formation sur cette autodétermination, sur l'image positive de soi, sur la motivation est aussi posée. Nous constatons que l'injonction de vocation est dépassée : si des dispositions au « prendre soin » existent a minima chez l'étudiant, comment la formation peut-elle accompagner ce dernier dans leur développement ? Nous envisagerons comment, ensemble, peut être travaillée la question du suivi individuel, dans le but de s'appuyer sur ses éléments biographiques pour développer sa culture professionnelle.

L'approche socioconstructiviste est mise au premier plan dans la formation infirmière, particulièrement avec le référentiel 2009. A la lumière des processus cognitifs mis en œuvre par l'apprenant, il apparaît une nécessité de prendre en compte les stades d'apprentissage de l'étudiant, sans préjuger d'un niveau identique à atteindre, particulièrement pour les attitudes, qui ne peuvent s'enseigner par des techniques. Ces stades doivent être dépassés pour percevoir l'Autre dans sa globalité, comme l'affirme Claude et le théorise Dubar en s'appuyant sur Davis. C'est grâce à l'accompagnement et au vécu de situations où le care est présent qu'il va pouvoir progressivement passer ces seuils. Il est également important qu'il ait un retour, comme en miroir, des attitudes qu'il

développe. Nous notons un décalage surtout entre le groupe « formateurs/étudiants » et le groupe « soignants », en attente de compétences professionnelles dès la formation ou en tous cas dès la prise de fonction.

La question de l'autonomie de l'apprenant et par conséquent du lâcher-prise des formateurs et des tuteurs mise en évidence dans l'étude de l'alternance (Vialle) est retrouvée à plusieurs niveaux dans les entretiens. Les seuils ou nœuds à dépasser sont à reconnaître et à accompagner, plus qu'à forcer ou déplorer. Ils font partie du processus de professionnalisation et n'apparaissent pas de façon systématique pour tous les apprenants. Pour « prendre soin » de l'autre, une zone de liberté de décision est nécessaire, la résistance de l'étudiant face au dispositif n'est pas toujours signe de régression « scolaire », mais peut être celui du positionnement professionnel. Accepter de perdre le contrôle et le laisser se heurter à la réalité professionnelle est une des dimensions à appréhender par les professionnels (formateurs et tuteurs) qui accompagnent l'étudiant. Nous retrouvons cette volonté dans l'analyse, les étudiants ne la perçoivent pas assez clairement. La difficulté provient de l'équilibre à trouver entre le « laxisme » et la directivité. La première attitude donne à l'apprenant le sentiment d'être négligé et le met en insécurité par manque de retour, la deuxième sécurise l'encadrant ou le formateur mais ne permet pas la construction professionnelle. L'analogie est faite lors des entretiens entre prendre soin du patient et prendre soin de l'étudiant. Nous percevons une transférabilité de cette attitude, de cette compétence développée quelle que soit la situation et l'Autre. Cette attitude pédagogique et/ou soignante, nécessite d'être accompagnée car elle ne va pas de soi, nous proposerons des pistes de travail.

1.2.2. Le partenariat

Le partenariat est en lien avec notre deuxième hypothèse, elle nous fait faire un retour au début de notre projet de recherche, car nous pensons que seule une démarche conjointe et concertée peut apporter une dimension culturelle à la formation, et donc au professionnel en devenir. Nous avons sollicité plusieurs auteurs en pédagogie pour définir la formation en alternance et le partenariat dans une approche socioconstructiviste (Fonteneau, Geay, Perrenoud). Rappelons le point de départ qui était le partenariat : nous avons voulu élargir à la formation, plus global, mais nous retrouvons fortement cette

notion chez les formateurs, déficitaire pour les soignants. Nous prendrons donc en considération cet aspect dans les préconisations.

La perception du partenariat est assez variable selon les acteurs. Très floue pour les soignants, vague pour un étudiant, surtout sur le champ relationnel, elle est plus précise pour les formateurs. Il ressort que la professionnalisation sur le champ de la culture professionnelle et du « prendre soin » gagnerait à être réfléchie et rendue visible particulièrement pour les étudiants. Il ne s'agit pas selon nous de créer de nouveaux outils, car ce qui existe peut être performant. Le référentiel de 2009 décrit la charte d'encadrement, le livret d'accueil, le portfolio. Les rôles de chaque acteur de la formation n'ont jamais été aussi détaillés. Ce qui apparaît toutefois grâce aux entretiens, c'est le manque de connaissance actuel du rôle de chaque partenaire par les autres, mais pas par une volonté affichée de ne pas vouloir collaborer, au contraire. Les formateurs sont plus déterminés, sans doute le lien doit-il être renforcé par leur intermédiaire.

Les étudiants se montrent très sensibles à la posture des professionnels qui participent à leur professionnalisation, tout comme à celle des formateurs. Des premiers ils attendent la compétence, la rigueur et aussi l'implication dans leur encadrement, teintée de bienveillance. Des deuxièmes, ils sont plus dans l'expectative d'un accompagnement transversal, basé sur leur autonomie mais leur permettant de faire un retour réflexif régulier sur leur professionnalisation. La formation est un moment d'intériorisation du mouvement qui va permettre au professionnel en devenir d'ancrer des dispositions stables et cohérentes avec ses valeurs, qu'on les nomme *habitus*, schèmes ou invariants. Ce cheminement progressif décrit par Davis montre même une progression dans l'appréhension de la profession. Dans le même ordre d'idées, la construction professionnelle est ressentie de façon beaucoup plus précise par les étudiants et les formateurs, ce qui est logique. Les soignants ne rencontrent l'étudiant que ponctuellement dans son parcours, et ne peuvent que se faire une représentation générale de leur professionnalisation. Ils décrivent cependant une approche humaniste et centrée sur l'apprenant. Nous observons donc deux temporalités selon les acteurs :

- la durée du stage, soit un temps limité pour le tuteur, avec des objectifs précis que celui-ci et l'étudiant souhaitent voir atteints à l'issue du stage,
- la durée de la formation, beaucoup plus longue, pour le formateur avec une vision transversale, plus propice au travail réflexif sur la dimension culturelle.

L'étudiant, lui, s'adapte comme il peut aux attentes plus ou moins explicites des deux autres acteurs. Les personnes interrogées ont été choisies en raison de leur implication dans l'encadrement des étudiants. Il est donc difficile de généraliser leurs propos, qui montrent une forte motivation dans cette mission. Nous rappellerons là encore la nécessité d'un travail conjoint autour de l'étudiant pour optimiser son accompagnement. Un autre aspect serait la professionnalisation des tuteurs : une formation est assurée par les formateurs de l'IFSI, et participe à la création de liens entre les deux pôles de la formation. Le partenariat élaboré dans l'alternance peut-il encore avoir un rôle sur les jeunes professionnels ? Nous nous interrogeons car il ne s'agit pas d'être intrusif et d'outrepasser nos missions. Cependant, face à ce constat d'impermanence des personnes référentes et porteuses de la culture soignante, l'accompagnement dans l'appropriation du référentiel de formation, de sa philosophie, des outils de l'alternance semblent être des pistes de partenariat indispensables. Réciproquement, la connaissance de l'exercice professionnel pour les formateurs est favorisée par la rencontre avec les professionnels de terrain. La pratique réflexive nous paraît être une perspective intéressante. Si elle se développe dans les pratiques de chacun, elle peut quitter un statut de « formation » au profit d'une dimension professionnelle. Nous verrons comment l'ingénierie de formation peut être réfléchie dans le sens d'une interface explicitement articulée autour d'une même conception de la culture professionnelle.

1.3. La professionnalisation

Dans un troisième temps de notre approche conceptuelle, nous avons approfondi la professionnalisation. La formation infirmière est une formation professionnelle construite sur le modèle de l'alternance. Les auteurs auxquels nous nous sommes référée (Blin, Le Boterf, Mezirow, Wittorski) insistent sur l'importance des interactions de l'apprenant avec les professionnels qu'il rencontre sur son parcours. Nous envisagerons comment ces interactions, déjà existantes et réfléchies, peuvent être encore mieux investies. Fondée sur la rencontre avec les pairs, qu'ils soient soignants ou formateurs, la professionnalisation représente un facteur primordial dans l'acquisition de la culture professionnelle. Sans parler de modèle dont les étudiants adopteraient les attitudes et conduites presque par mimétisme, les pairs agissent dans des situations problématiques aux yeux des étudiants. Nous ne devons pas toutefois rejeter le facteur imitateur, décrit par Mauss. Des habiletés

professionnelles sont transmises de façon inconsciente grâce au prestige que les étudiants accordent aux personnes qu'ils observent. Leur professionnalisme ou au contraire leurs défaillances vont inspirer comme par touches successives, l'identité professionnelle du soignant en « construction ». Bandura aborde la transformation du sujet étudiant dans l'apprentissage social, de même que les entretiens qui révèlent par des termes forts ce qui se joue dans ces échanges, dans la gestuelle comme dans les interactions intellectuelles. Un travail réflexif autour de ces rencontres semble donc très formateur dans le champ des attitudes professionnelles et de l'implicite. Nous avons perçu que la transformation s'effectue à plusieurs niveaux de la personnalité de façon concomitante. Le soignant qui intervient lorsqu'il est en interaction avec le patient est aussi intimement animé par des valeurs qu'il ne réserve pas qu'au soin, et est tiraillé entre son désir réel de « prendre soin » et parfois sa répulsion (Dubet). Nous avons à plusieurs reprises retrouvé la dimension subconsciente de ces dispositions psychiques qui se traduisent dans les attitudes et les gestes. La formation agit déjà à ce niveau très profond, notamment dans le travail autour de la reconnaissance des émotions, peut-elle développer encore plus cet axe ?

Qu'en est-il de la pratique réflexive ? Prônée et développée entre autres par Breton, Denoyel, Perrenoud, Pineau, elle semble intégrée par les formateurs grâce notamment à des formations qu'ils réinvestissent auprès des étudiants en suivi pédagogique et dans le travail des situations emblématiques. Celles-ci, analysées à l'IFSI, permettent-elles de réellement intégrer la posture professionnelle ? Si elles restent à un niveau de socle commun de savoirs, l'objectif n'est pas atteint. Par contre, si le formateur qui anime laisse vraiment la place à l'intégration des expériences vécues par les étudiants comme savoirs professionnels, les valeurs, les attitudes soignantes ont toutes leur place. En milieu professionnel, les formateurs s'appuient sur la pratique réflexive pour proposer et animer des échanges avec les trois acteurs de l'alternance, dénommés regroupements. Si les formateurs semblent très enthousiastes pour ces rencontres, les professionnels sont peu impliqués pour le moment. Des raisons contextuelles sont invoquées, mais cette pratique n'est-elle pas vécue comme une modalité pédagogique entre formateur et étudiant ? Ont-ils perçu, ou avons-nous valorisé l'intérêt de ces échanges pour la réflexion autour du sens des gestes professionnels ? Nous pensons que les objectifs des regroupements pourraient dépasser le cadre strict de la formation et faire évoluer la culture professionnelle, en l'ouvrant et en l'enrichissant par les échanges.

Si nous mettons en lien les hypothèses avec l'analyse des données recueillies lors des entretiens, même si la culture professionnelle n'apparaît pas dans le projet de formation, elle est cependant investie par les personnes interviewées. Nous avons un préjugé de désinvestissement du « prendre soin » au profit de gestes plus visibles et valorisés socialement, mais en fait, il n'en est rien pour les personnes rencontrées. Nous nous orientons plutôt vers une explication de manque de bienveillance liée à l'institution, dont certains acteurs semblent conscients. Les personnes interviewées ne verbalisent pas qu'il s'agit de culture, car de nombreux éléments sont intégrés dans la pratique sans que les acteurs en aient conscience. Notre action sera donc de rendre la culture professionnelle plus explicite dans la formation, dans sa dimension individuelle mais aussi collective, groupale. En lien avec notre deuxième hypothèse, nous ne proposerons pas de créer de nouveaux outils de partenariat mais plutôt d'accroître les zones de collaboration. Le désenchantement institutionnel évoqué plus avant pourrait-il en être contrebalancé ? Enfin, les étudiants semblent réceptifs et intéressés par ce qui touche à la culture soignante. Les entretiens auprès des soignants ont mis en évidence leur attente de jeunes professionnels capables de se positionner, leur désarroi face à la dilution des valeurs par la fluctuation des professionnels, la formation peut-elle mieux préparer ces jeunes infirmiers ? Même s'il est vrai que l'expérience professionnelle enracine la culture dans la pratique, elle est parfois cloisonnante. Le temps de la formation est propice à une vision transversale dont nous ne devons pas priver les apprenants.

2. PRECONISATIONS POUR UNE INGENIERIE DE FORMATION ACCENTUANT L'INTEGRATION DE LA CULTURE PROFESSIONNELLE.

Avec toute l'humilité que nous devons nous aussi adopter en raison de nos données, non représentatives de toute la diversité des points de vue des acteurs, nous entrevoyons des préconisations pour notre ingénierie de formation. Nous avons évoqué dans la méthodologie le biais que pouvait constituer l'enquête dans notre milieu professionnel ; dans le cadre des préconisations, il représente un avantage car nous pourrions mettre en œuvre nos propositions.

Entre le moment où nous avons commencé notre recherche et son aboutissement, de nombreux changements sont survenus dans le champ de la pratique réflexive et du partenariat. Cela est lié à la mise en œuvre de la réforme des études infirmières, qui, comme tout changement est génératrice d'insécurité mais aussi de remise en question et d'évolution. Ce que nous allons suggérer n'est donc pas innovant, mais renforce des tendances et des réflexions actuelles.

2.1. Faire de la culture professionnelle une des finalités du projet de formation infirmière

Dans un premier temps, nous avons souligné l'intérêt de nommer de façon explicite la culture professionnelle comme finalité de la formation. Pour cela, elle doit apparaître dans la philosophie du projet de formation, et être définie par l'ensemble des acteurs : formateurs, soignants de différents horizons, étudiants. Nous avons axé notre réflexion sur la culture professionnelle, nous en avons mesuré l'ambiguïté car chacun des acteurs n'y place pas les mêmes éléments constitutifs. Il est sans doute plus clair et pragmatique de placer au centre du projet de formation les éléments auxquels nous tenons vraiment : afficher nos valeurs certes, mais aussi leur expression manifeste : attitudes, langage, références professionnelles ou non, évaluation, gestes professionnels.

Nous revenons sur l'ouverture que doit apporter la culture. Des propos d'E. Morin³⁵¹ ont récemment fait écho à nos réflexions : il ne s'agit pas d'une culture soignante ou des soignants, qui enferme la discipline, cloisonne mais une approche transdisciplinaire et complexe, une culture du « prendre soin » commune à l'humain, transversale à toutes les professions de l'humain et au-delà des êtres humains. C'est pourquoi l'approche de Morin, que nous retrouvons dans les propos de Bernard, est si captivante car elle intègre aussi bien des auteurs des sciences humaines, fondamentales, que des écrivains de toutes les époques (Proust, Camus) et de tous les courants (gréco-romains, lumières, contemporains).

2.1.1. Comment réussir à construire ensemble cette conception de la culture professionnelle ?

La tâche est complexe en raison de la multiplicité des partenaires de stage et de leurs préoccupations. Nous avons compris que la formation ne fait pas partie de leurs priorités immédiates, même s'ils constatent que les jeunes professionnels manquent de professionnalisme. Rose l'affirme, et les textes le précisent, c'est à l'IFSI de construire l'ingénierie et de mener les échanges qui aboutiront à la formalisation du projet. Avant de parler de formalisation écrite, la question de la rencontre nous semble primordiale. Il s'agit bien sûr de rencontres professionnelles, mais nous ne devons pas négliger la dimension humaine des personnes, le plaisir d'échanger autour de ce que chacun fait au quotidien. Apprendre à se connaître ! Et montrer ainsi à l'apprenant que nous sommes véritablement des partenaires, autant dans la dimension professionnelle que dans la complicité qui en est un autre aspect. Avoir une culture commune repose sur des bases vécues ensemble. Il appartient à l'IFSI d'impulser et d'intégrer ces rencontres entre professionnels dans l'ingénierie.

Sur un plan plus concret, nous pouvons nous appuyer à nouveau sur Geay, pour créer un système, structuré, formalisé par les deux partenaires (institut et lieu de stage), qui engage réellement l'apprenant en reliant l'action et la réflexion. Nous devons donner une dimension culturelle dans notre projet de formation, qui puisse être un appui quotidien pour les trois partenaires. L'attente de son opérationnalité est forte, avec des attitudes et

³⁵¹ Morin, E., interview le 25 avril 2011, émission « la tête au carré, M. Vidard », France Inter.

des gestes concrets et observables chez l'étudiant. S'il reste trop abstrait, axé uniquement le conceptuel, il n'est pas adapté à une formation professionnelle. Il doit préciser le cadre épistémologique que nous avons choisi, pour les acteurs de l'alternance comme pour tout autre lecteur: tutelles, financeurs.

Nous savons que certains acteurs du terrain sont très impliqués dans la formation, et ce dans tous les secteurs. Nous pouvons en solliciter quelques-uns, représentatifs des différents contextes de soins, pour élaborer ensemble la dimension culturelle transversale au projet. Il nous semble essentiel de définir le cadre ensemble, à partir de la pratique des professionnels, pratique au sens de ce qu'elle extériorise de la culture. Cette première étape est nécessaire et est peut-être souvent négligée dans le partenariat. Dans notre pratique antérieure, nous avons plutôt sollicité les « praticiens » lors de la phase de concrétisation du projet et peu dans l'exploration conceptuelle. Vialle³⁵² pose la question suivante : pourquoi les formations en alternance consacrent-elles leurs efforts pour l'ingénierie et très peu pour leur cadre épistémologique? Sans doute parce qu'elles ne peuvent supporter cette construction paradoxale de l'autonomie et que cela heurte trop leurs bases épistémologiques. Nous pourrions rajouter que la confrontation aux soignants et à leur conception de la formation est parfois difficile à assumer également pour les formateurs.

Ce travail en collaboration peut sembler idéaliste étant donnée la charge de travail croissante des services, nous avons pourtant constaté lors de nos entretiens, le plaisir des soignants à échanger sur leurs valeurs et leurs pratiques. Nous pensons que les échanges qui se font sur les terrains avec les formateurs et les étudiants sont également des occasions d'explicitation de la pratique et d'expression des valeurs qui les sous-tendent. Nous n'oublions pas les étudiants qui ont leur place dans cette élaboration car nous avons vu qu'ils souffrent d'une opacité quant au projet global. Nous touchons à nouveau au délicat sujet de leur autonomie. Nous avons repris le schéma de la culture de Hofstede pour le compléter après cette réflexion ; il pourrait être une base de travail entre les partenaires.

³⁵² Vialle (2005), *op.cit.*, p. 143

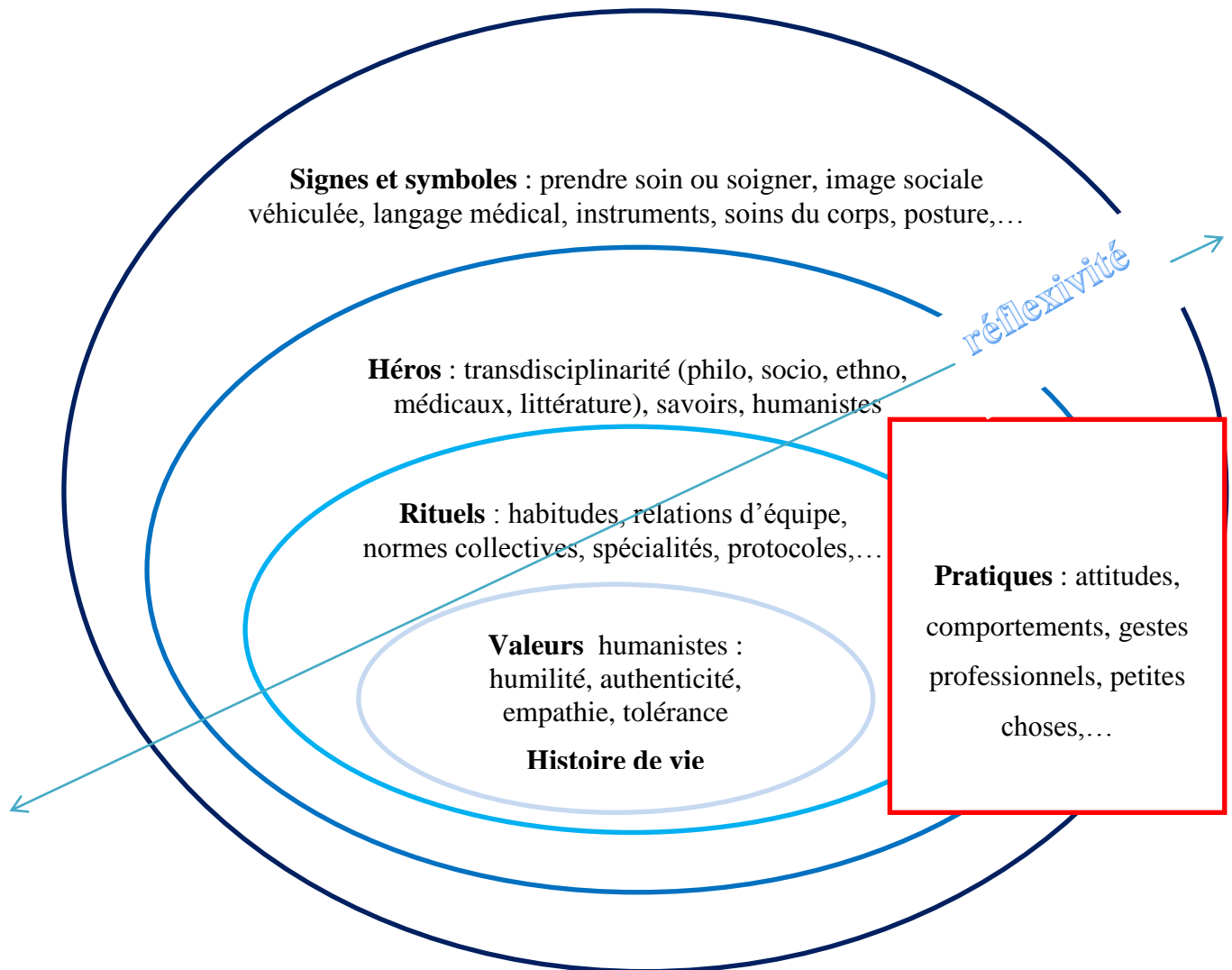


Fig.6. Proposition de modélisation de la culture professionnelle soignante

A partir de cette schématisation, chaque partenaire peut définir ce qu'il entend par culture professionnelle, en reprenant des éléments du schéma ou en ajoutant des aspects qui lui semblent essentiels. Dans cette formalisation provisoire, nous n'occultons pas la dimension collective, que nous avons retrouvée autant sur le plan théorique que dans les entretiens. Nous pensons par ce travail d'expression déceler les limites pour chacun de ce concept, pour qu'il ne soit pas vécu comme un repli communautaire, qui exclurait ceux qui ne réussissent pas à se conformer au modèle. Nous sommes vraiment dans un

questionnement éthique à ce stade de maturation, partagés entre le désir de faire émerger cette culture si elle repose sur le « prendre soin », et l’appréhension qu’elle devienne une revendication communautaire. Les formateurs étant à l’initiative et animateurs du projet de formation, il leur appartient d’assurer cette vigilance et d’être eux-mêmes réflexifs.

2.1.2. *Rendre la culture professionnelle visible dans la formation*

Il ne suffit pas de déclarer que la philosophie du projet est déclinée à partir des strates de la culture professionnelle. Si nous en restons à ce stade, elle ne sera pas plus explicite qu’à présent. Comme l’exprimait Claude, « il y a des volontés pédagogiques, on affirme plus ou moins tel point de vue pédagogique, après je sais pas ce qu’il en est, c’est des suppositions ». En explorant le référentiel de formation, nous avons constaté que la culture professionnelle n’est pas nommée comme un savoir identifié. Cela nous semble très logique à présent, puisque qu’elle se construit sur un ensemble de savoirs, issus de plusieurs disciplines, des expériences professionnelles qui poussent à solliciter ces savoirs, des pratiques réflexives ; le tout à partir de l’histoire individuelle de chacun. Professionnelle infirmière et de la formation, il nous est déjà difficile de relier tous ces éléments pour proposer notre vision de la culture professionnelle. Comment imaginer que des étudiants, dans leurs préoccupations très concrètes, puissent percevoir qu’ils sont en train de s’approprier une culture, et même de l’enrichir ? Claude a très bien su verbaliser ses priorités : acquérir des gestes techniques, même si intellectuellement il sait que ce n’est pas suffisant. Il adopte un apprentissage séquentiel, parce qu’il dit être bloqué à un palier, et ne peut le dépasser tant que son objectif immédiat n’est pas atteint. Le professionnel, expert, peut perdre de vue le stade de novice de l’étudiant.

L’objectif serait d’afficher la culture professionnelle comme un lien entre les apprentissages dans notre projet de formation. Lorsque nous avons étudié les référentiels de formation, nous avons constaté que les éléments de la culture sont tous présents et même très fortement soulignés pour certains : les attitudes professionnelles et personnelles, le développement personnel, la prise en charge holistique du patient. Les valeurs humanistes sont présentées comme la base de la pédagogie. Le parcours de l’étudiant doit être individualisé et fondé sur la réflexivité, grâce aux méthodes et aux outils.

Ce qui peut se développer à l'IFSI

Les pratiques pédagogiques

Le formateur est le mieux placé pour travailler de façon réflexive à l'intégration progressive de la culture. En effet, son accompagnement sur la durée de la formation peut faire régulièrement référence aux éléments culturels. Rappelons que les formateurs sont tous des infirmiers, éloignés du terrain des soins mais néanmoins imprégnés de culture soignante. Pour l'accompagnement, une organisation nous semble préférable : un responsable de suivi pédagogique (dénomination du texte) identique pour la durée totale de la formation. François et Rose développe les intérêts de cette ingénierie, qui permet progressivement d'être sur des champs beaucoup plus profonds et de toucher aux valeurs de l'individu. Parallèlement, les deux étudiants perçoivent la ressource que représentent les formateurs pour leur projet professionnel. Nous touchons aux représentations des étudiants, pour les faire évoluer, Poplimont³⁵³ préconise que la formation tienne compte des normes et histoires des apprenants.

L'entretien de suivi pédagogique est formalisé autour des paliers de l'apprentissage et de l'acquisition des compétences. La nécessité de valider les compétences en stage peut être un piège qui amène l'étudiant et le formateur à découper la professionnalisation en segments pour répondre à l'évaluation continue. Un regard global et systémique explicite permet de reconstituer une unité professionnelle individuelle.

Nous avons évoqué l'analyse de situations problèmes ou obstacles comme une des clés de la professionnalisation. Cette méthode est clairement prescrite par le référentiel dans le cadre de l'unité d'enseignement « intégration des savoirs et posture professionnelle infirmière ». Nous pensons que cette unité est le pivot de la formation puisque c'est à partir des situations travaillées que l'étudiant va mobiliser les savoirs acquis par les enseignements mais aussi par ses expériences diverses. Les situations proposées sont qualifiées d'emblématiques, ce qui montre leur caractère transférable. Puisqu'elles sont déterminées par l'IFSI, il nous semble préférable qu'elles constituent l'architecture de l'ingénierie pédagogique. Nous avons une expérience de ce type, que nous

³⁵³ Poplimont (2003), *op.cit.*

souhaitons encourager. Les situations emblématiques sont élaborées à partir de situations réelles par les formateurs, mais surtout leur progression est construite sur l'ensemble du cursus, croissante en complexité. Leur diversité est réfléchie pour aborder les différents types d'exercice infirmier. La méthodologie amène l'étudiant à intégrer des savoirs qu'il construit lui-même et surtout à repérer des invariants entre les situations et ses expériences. Notre conception du « prendre soin » comme une valeur transversale peut s'intégrer dans les axes de travail, si le projet global le précise. De plus, l'analyse des situations au sein d'un collectif de travail favorise la coopération et l'entraide entre pairs, ce qui permet d'aborder la dimension collective de la culture professionnelle et la construction de la culture au sein d'un groupe social. Nous pouvons rajouter que l'élaboration des situations, à l'initiative des formateurs, est réalisée avec le concours des soignants. Ils sont une ressource en termes de savoirs, d'expérience et de valeur « prototype » des situations choisies. Nous trouvons ici une autre perspective d'échanges et de rencontres personnels et professionnels.

La place du « prendre soin » dans l'ingénierie pédagogique

Nous ne dresserons pas ici la liste des contenus qui nous semblent nécessaires à l'acquisition du « prendre soin ». Nous voulons plutôt insister sur la place privilégiée qui doit lui être réservée, montrant ainsi dans notre projet le sens que nous lui accordons. Nous citerons quelques exemples déjà présents, travaillés dans l'expérimentation et l'explicitation à partir de situations réelles en groupe interactifs :

- La démarche relationnelle,
- L'approche du toucher dans le soin,
- L'entretien de recueil de données auprès du patient et de son entourage,
- L'accueil, l'hospitalité
- La réflexion sur ses représentations de la santé, la maladie, la souffrance, la mort,
- Le corps, son image pour soi et pour l'Autre.

Par ailleurs, la rencontre avec Bernard nous fait percevoir l'importance de ne pas nous cantonner à des références professionnelles uniquement, mais d'enrichir la culture des étudiants et des formateurs par les approches philosophiques, psychologiques, ethnologiques, sociologiques et littéraires. Nous avons vécu cet enrichissement durant

notre parcours universitaire et nous percevons l'ouverture qu'il nous a procurée. Le travail du formateur va consister à réaliser cette ingénierie, mais également à donner une unité, un sens à tous ces éléments, à exprimer notre intentionnalité. Le responsable de formation pilote l'élaboration du projet de formation dans ce sens, et aide chacun dans son appropriation pour qu'il vive réellement. La formation continue tient une place importante dans ce processus.

La formation des formateurs

Nous nous appuyons sur la pratique réflexive des formateurs comme si elle faisait naturellement partie de leurs compétences. Selon Perrenoud³⁵⁴ lorsque la pratique réflexive est intégrée dans le projet de formation, les formateurs doivent se former à cette pratique, de façon approfondie pour que cela devienne un mode de fonctionnement naturel. Il préconise, et nous le rejoignons, des formations collectives pour une approche personnelle, éprouvée, intériorisée, et collective; une opportunité de réfléchir sur les résistances, l'identité, l'expérience. François se réfère plusieurs fois aux formations suivies, nous percevons à quel point elles constituent un ancrage à la fois pour l'individu formateur et pour l'équipe pédagogique qui sait de quelle pratique il s'agit lorsqu'elle est inscrite dans le projet. L'ingénierie de formation intègre le paramètre de formation continue annuelle des formateurs, sous forme de projet de service lié à l'évolution des pratiques pédagogiques. Outre l'apprentissage de la méthode, le groupe peut travailler sur l'aspect spécifique de la culture professionnelle et tout ce qui la constitue (expériences, représentations, savoirs) pour chacun des participants. En effet, Perrenoud³⁵⁵ affirme qu'il ne faut pas opposer pratique réflexive et savoirs académiques, car la pratique réflexive s'adosse sur les sciences humaines et sociales. Même si la base de la formation à la pratique réflexive est sa propre action, elle amène à s'ouvrir sur des champs extérieurs à soi, dont la culture transdisciplinaire. Nous pouvons également encourager la formation à l'entretien, base de la relation pédagogique duelle entre le formateur et l'étudiant, avec un rôle prépondérant dans la construction professionnelle progressive.

Ces formations sont déjà effectuées ou en cours dans la plupart des IFSI, nos remarques peuvent donc sembler dépassées. En les valorisant, nous affirmons leur

³⁵⁴ Perrenoud (2003), *op.cit.*

³⁵⁵ Perrenoud (2004), *op.cit.*

importance dans l'ingénierie comme un facteur essentiel de développement des compétences individuelles et collectives. De plus, les équipes pédagogiques, plus stables que dans les services, n'échappent pas pour autant à des fluctuations. Les temps de formation en groupe participent au regroupement autour de finalités communes.

Les axes de travail en stage

Nous avons compris que le stage est le lieu prépondérant de la professionnalisation et de l'intégration de la culture professionnelle au contact des pairs. L'annexe III du référentiel 2009 précise :

« des liens forts sont établis entre le terrain et l'institution de formation, aussi les dispositifs pédagogiques et les projets d'encadrement en stage sont-ils construits entre des représentants des IFSI et des lieux de soins et sont largement partagés. »

Proposer des axes d'optimisation du partenariat peut paraître s'éloigner de notre sujet, cependant c'est la stratégie sous-jacente sur laquelle va reposer le travail sur le sens. Il nous faut également tenir compte du contexte actuel des établissements de santé accueillant des stagiaires. Comme les deux soignants l'ont exprimé, ils vivent des transformations d'ordre économique, professionnel et culturel. Axer nos propositions sur de nouveaux outils, ou sur un travail plus important des supports déjà créés ne nous paraît pas judicieux sous peine de majorer le sentiment de décalage entre l'IFSI et les terrains. C'est pourquoi nous nous concentrons sur des actions de proximité et de rencontre, particulièrement adaptées à notre finalité culturelle.

Nous allons envisager dans un premier temps des axes de développement pour les soignants tuteurs ou plus largement encadrants. Lors de notre exploration du tutorat, nous l'avons présenté comme un dispositif de transmission de savoirs dans un « échange réciproque d'expériences et de connaissances »³⁵⁶. Ce tutorat est basé sur le volontariat et l'expertise du tuteur. Pour cela la question de la relation pédagogique avec l'apprenant est bien sûr primordiale. Mais le tuteur doit aussi s'approprier le dispositif de formation, connaître les ressources dont il dispose et les attentes des partenaires, être reconnu dans sa mission. Pour cela, une contractualisation entre tous les acteurs est capitale. Nous avons pu constater à notre niveau, que si la relation avec l'étudiant est très réfléchie, les autres

³⁵⁶ Conjard, Devin, (2007), *op.cit.* pp.73-75

points sont très flous. Blin cite Perrenoud³⁵⁷ qui met en évidence le paradoxe de la confrontation des apprenants avec des professionnels qui ne sont pas toujours réflexifs mais plutôt fixés sur des pratiques routinières. Il insiste sur la nécessité de développer la pensée réflexive chez les encadrants. Par ailleurs, Coudray³⁵⁸ évoque un nouveau positionnement pour l'encadrement de terrain, valorisant certes car reconnaissant son pouvoir formateur, mais aussi angoissant pour les professionnels qui pensent devoir être parfaits pour endosser ce rôle.

Nous avons affirmé dans la synthèse le nécessaire accompagnement des tuteurs et plus largement des équipes soignantes pour tous les aspects que nous venons de soulever. Cette démarche est à l'initiative de l'IFSI, intégrée à son ingénierie. Les pistes que nous allons proposer ne sont pas nouvelles, car les IFSI ont été très réactifs. Cependant, des zones d'incertitude apparaissant à l'issue de notre recherche, nous pensons qu'il est judicieux de préciser une stratégie de partenariat entre l'IFSI et le terrain professionnel. Nous croyons peu à l'« information de masse », trop univoque pour réellement être qualifiée de partenariat. Elle est nécessaire ainsi que la mise à disposition des supports de communication, mais nous ne la développerons pas ici. Nous nous intéressons plutôt à tout ce qui peut contribuer à une véritable collaboration et à la rencontre humaine.

La formation des tuteurs

L'entretien avec Mona confirme une forte attente envers l'IFSI car elle exprime son sentiment d'insécurité dans l'accompagnement des étudiants, malgré un intérêt certain. Elle relie directement la rigueur de l'encadrement à la formation de tuteur³⁵⁹. Nous avons développé les missions du tuteur de stage dans la partie conceptuelle, reliées à la notion de compagnonnage, mais également à celle de pratique réflexive. Nous pensons qu'il est pertinent que leur formation soit assurée par des formateurs des IFSI partenaires. En effet, la formation des tuteurs poursuit plusieurs objectifs à différents niveaux. Nous reprenons la schématisation de ces niveaux³⁶⁰ proposée par Carré³⁶¹.

³⁵⁷ Blin (1997), *op.cit.* p. 210

³⁵⁸ Coudray M.A., Gay, C. (2009). *Le défi des compétences, comprendre et mettre en œuvre la réforme des études infirmières*. Paris : Masson. p. 123

³⁵⁹ M37-I.293.295

³⁶⁰ Voir figure 4

³⁶¹ Carré, Moisan, Poisson, (2002), *op.cit.*, p. 36

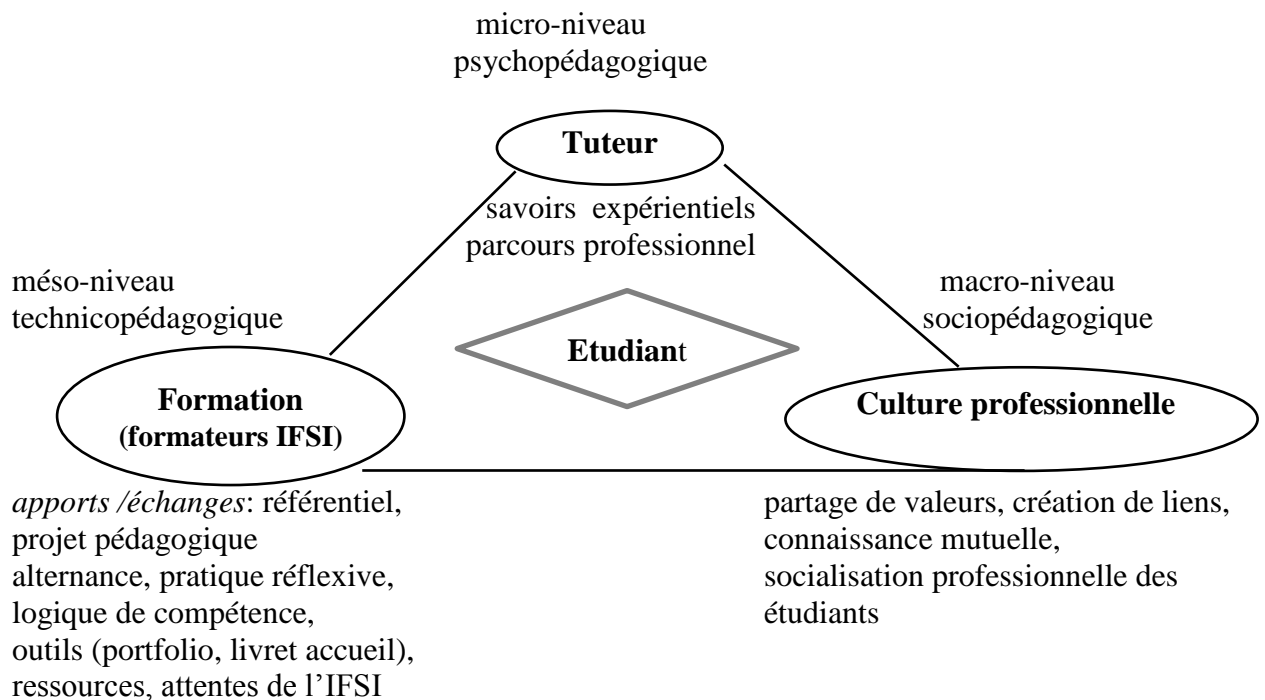


Fig.7 . Approche ternaire de la formation des tuteurs

Nous avons placé l'étudiant au centre de ce triangle car c'est son accompagnement qui pourra bénéficier de cette approche. Nous constatons que la formation des tuteurs assurée par les formateurs de l'IFSI participe à la construction des liens institutionnels certes, mais au-delà de liens informels qui facilitent les échanges autour de l'étudiant. Pour nous, ils contribuent à développer des références communes dans la sphère culturelle. Pour illustrer ce propos, nous en avons fait l'expérience au cours de notre recherche avec l'entretien de Bernard. Alors que l'objectif n'était pas centré sur notre enrichissement culturel personnel, nous avons pris plaisir ensuite à l'approfondissement des auteurs évoqués par ce tuteur, et certaines références communes nous ont certainement rapprochés. Présenter la formation à partir de cette formalisation peut amener chaque partenaire à prendre conscience de cette dimension implicite.

Nous pouvons parallèlement reprendre le cycle d'apprentissage de Kolb³⁶², pour amener les tuteurs à comprendre le processus d'apprentissage de l'étudiant. Ils percevront ainsi l'importance de l'expérimentation dans la construction des savoirs et d'une posture professionnelle. Cela permettra à certains d'abandonner une conception juxtaposée de

³⁶² Fig.2, Minet (2008), *op.cit.*

l'alternance, qui ferait attendre que l'étudiant mette en pratique sur le terrain ce qu'il a appris à l'IFSI. Mais sur un plan plus explicite, l'objectif de cette formation est bien de préciser les éléments pédagogiques sur lesquels les tuteurs vont s'appuyer dans leur encadrement. L'insécurité qu'ils évoquent devrait être ainsi réduite. Si le projet pédagogique fait explicitement apparaître la dimension culturelle dans ses finalités, nous pensons que les tuteurs y seront plus attentifs puisqu'ils connaîtront les attentes élaborées conjointement. Nous avons inclus la dimension de l'autoformation car le savoir expérientiel est un élément central de la formation également pour les tuteurs. Les deux personnes sollicitées en sont des exemples particulièrement significatifs.

Les interventions pédagogiques menées en commun

La réforme de 2009 majore les missions du tuteur mais elle crée aussi de nouvelles collaborations sur le lieu du stage. Nous avons défini l'intérêt des regroupements dans la partie conceptuelle et mesuré l'implication des formateurs au cours des entretiens. Toutefois, il semble nécessaire de clarifier cette collaboration car elle paraît peu claire pour les soignants, et vécue comme une charge supplémentaire. Les regroupements sont définis comme des temps de rencontre élaborés en commun durant le stage entre le formateur référent du stage, les tuteurs et les étudiants en stage sur ces lieux. Ils ont pour objectif l'analyse de la pratique professionnelle. Les regroupements représentent pour nous des interventions essentielles pour plusieurs raisons :

- Ils impliquent l'identification d'un formateur référent, soit un interlocuteur privilégié. Nous avons constaté que Bernard ne sait pas qui interpeller et nous pensons que la connaissance personnalisée facilite les échanges à tous les niveaux, y compris culturel,
- Dans notre modèle, ils rassemblent des étudiants et des tuteurs de plusieurs lieux de stage, favorisant ainsi les échanges sur les pratiques et l'ouverture ; les entretiens avec les formateurs témoignent du plaisir à se rencontrer,
- Ils se déroulent sur le temps de stage mais en dehors de la pratique quotidienne, permettant la réflexivité dans l'« après-coup ». Leur but n'est pas d'explicitier la pratique, mais d'en comprendre le sens.

Nous pensons que le développement de ces pratiques peut vraiment contribuer à l'intégration d'une culture professionnelle par les étudiants, détachée de la dimension du

service, de l'équipe, et sur la base de valeurs partagées. Par contre, nous avons bien entendu les tensions qui existent dans les équipes et qui font partie de la culture professionnelle. Les regroupements peuvent aussi être le lieu d'analyse de ces difficultés pour les étudiants. Nous revenons sur la notion de formateur référent d'un lieu de stage. Cette simple information peut ne pas être connue de tous les soignants, du fait du turn-over déjà évoqué. L'IFSI doit donc se préoccuper de la disponibilité de cette donnée pour tout soignant ou étudiant qui pourrait le solliciter. Des outils existent dans chaque IFSI, mais c'est plus la question de leur accessibilité qui se pose. Les moyens d'information actuels devraient permettre un partage de l'information plus aisé.

Enfin, pour clore les axes de collaboration entre formateurs et soignants, nous allons reprendre à notre compte une remarque de Claude : cet étudiant souligne sa difficulté à s'intéresser à la globalité, au sens global, quand des préoccupations techniques l'envahissent encore. Nous pensons qu'il en va de même pour tous les acteurs de la formation infirmière. Comment travailler ensemble sur une vision systémique de la culture professionnelle, quand l'inquiétude est centrée sur l'appropriation du référentiel et des missions de chacun ? Dans ce cadre, l'IFSI, par le truchement des formateurs référents, peut accompagner les équipes de soins dans la connaissance du dispositif de formation et ainsi les rendre plus disponibles car sécurisées.

Nous avons choisi de terminer notre réflexion par l'apprenant, puisque c'est bien pour lui qu'existe l'ingénierie de formation. La question de l'autonomie de l'apprenant nous paraît centrale dans notre recherche, et nous centrons nos propositions sur cet aspect.

2.1.3. Le travail autour de l'autonomie de l'apprenant

Les dispositifs de formation infirmière, basés sur le socioconstructivisme et l'alternance, placent l'apprenant dans une posture d'acteur de sa formation. Nous retrouvons cette position dans les référentiels, les projets pédagogiques, les intentions des acteurs. La concrétisation est néanmoins complexe, selon l'expression des différents acteurs. L'implication et l'autonomie ne se décrètent pas et nous nous interrogeons sur les moyens de réellement placer l'apprenant dans une position autonome dans notre ingénierie. Nous n'avons pas la prétention de résoudre cette éternelle interrogation, il nous semble cependant que l'investissement de supports de la formation peut étayer notre propos.

Outre ce que nous venons d'évoquer dans les méthodes pédagogiques, l'écriture professionnelle représente une voie de développement de cette autonomie. La réforme officialise un outil d'autoévaluation pour l'apprenant, le portfolio. Si l'étudiant se l'approprie comme le support de sa professionnalisation, il peut réellement à la fois répondre aux exigences d'acquisition de compétences et d'actes, mais aussi développer son originalité, prendre de la distance et s'affirmer dans la dimension culturelle qui lui convient. La connaissance de cet outil par les soignants est essentielle pour qu'il soit un support de l'encadrement et non vécu comme une charge supplémentaire. Le portfolio matérialise l'interface décrite par Geay³⁶³. Il concrétise les dimensions :

- *Institutionnelle*, car il symbolise la construction du partenariat en collaboration
- *Didactique*, dans la formation construite sur les compétences à partir du métier et si un travail d'élaboration du livret d'accueil a permis de décrire comment s'exercent ces compétences sur le lieu d'exercice
- *Pédagogique*, car il est un support de partage du savoir et guide les encadrants dans leurs missions auprès de l'étudiant
- *Personnelle*, surtout, car c'est l'étudiant qui formalise les savoirs qu'il acquiert, en faisant apparaître ainsi les seuils de progression ou de blocage (selon que l'on soit optimiste ou non).

Nous croyons beaucoup à l'investissement progressif de ce support, peut-être sera-t-il aménagé au fil de son utilisation, mais il serait souhaitable que les évolutions émanent de l'utilisation des étudiants. D'autres outils peuvent être promus, comme le carnet de bord que nous ne développerons pas ici, mais dont nous sommes convaincus de l'intérêt pour l'autonomie de l'étudiant. Quels que soient les supports, c'est surtout leur rôle dans l'interface qui va placer l'étudiant dans sa position centrale, puisque qu'il en est le détenteur et l'auteur. Pour l'intégration de la culture professionnelle, il importe donc que les formateurs comme les tuteurs sollicitent l'étudiant à partir de ces outils, montrant leur intérêt pour sa progression et sa parole.

Nous terminons ainsi les perspectives d'évolution de l'ingénierie de la formation infirmière dans le but de faciliter l'intégration de la culture professionnelle. Rien de réellement innovant car les formations infirmières sont très créatives et réactives sur le plan pédagogique. Nous n'avons fait que souligner ou approfondir certains axes existants.

³⁶³ Geay (1998), *op.cit.*, pp.55-56

Nous voulons surtout faire ressortir la nécessaire collaboration entre les acteurs de la formation, un partenariat authentique et empathique d'autant plus que nous œuvrons ensemble pour le « prendre soin ».

CONCLUSION

Il nous faut conclure cet écrit, exercice difficile car, même si nous avons cheminé dans notre questionnement grâce à la démarche de recherche, d'autres portes se sont ouvertes. Nous aurions pu approfondir l'approche des apprenants par l'histoire de vie, ou la première confrontation au corps souffrant, ou développer l'humanité. Nous n'avons fait qu'effleurer ces notions, mais nous ne ressentons pas de frustration, car nous ne concevons pas cette recherche comme une fin, plutôt comme une étape. Depuis le début de notre démarche de validation des acquis de l'expérience en 2008 à l'achèvement de ce travail, nous avons éprouvé des changements professionnels et personnels au-delà de ce que nous pressentions, à l'instar des apprenants que nous avons rencontrés. Ce temps de réflexion, d'analyse et d'écriture relié à notre pratique présente, passée et à venir, a constitué un parcours d'autoformation puisque c'est de notre ingénierie qu'il s'agit. Nous avons éprouvé le concept de professionnalisation « de l'intérieur » en nous ouvrant sur des champs nouveaux, en rompant avec certaines certitudes.

Nous voulons exprimer comment notre travail nous a accompagnée à chaque instant de notre vie durant cette période, surtout durant les derniers mois, comme en surimpression. Est-ce le thème du « prendre soin » tellement universel, le fait est qu'une multitude d'événements plus ou moins importants nous ont régulièrement renvoyée à cette préoccupation ? Nous avons progressivement regardé la formation sous un autre angle et relevé des aspects de l'ingénierie déjà existants mais invisibles pour nous : les interactions des formateurs avec les étudiants, les mots utilisés dans le référentiel et dans nos écrits, les auteurs auxquels nous nous référons. Nous avons réfléchi à nouveau sur les raisons du choix de notre profession, surtout après la rencontre avec les interviewés. Sur un plan très personnel, nous avons vécu le « prendre soin » auprès de notre père, par la cercle familial mais aussi par des soignants qui ont été ou non dans cette attitude et ces gestes. Nous ressentions comme pour nous-mêmes l'entrée en contact, par le toucher ou le regard bienveillant et pensions que chaque étudiant devrait rencontrer cette approche si simple et humble. Pour toutes ces raisons, professionnelles ou non, en reprenant notre parcours, nous savons à présent que le choix de ce thème n'est pas un hasard et qu'il nous accompagnera encore.

Après ces considérations intimes, nous pouvons retracer l'évolution chronologique de notre écrit. L'exercice d'explicitation de notre objet de recherche et surtout du trajet pour formuler la problématique était une étape indispensable pour diriger ensuite l'approche conceptuelle. La démarche de recherche n'est pas une fin détachée d'un contexte, d'autant plus lorsqu'il s'agit d'un cursus professionnalisant. Nous avons approfondi trois concepts nécessaires à la compréhension de la problématique. Pour aborder la culture professionnelle, nous sommes passée par la culture historique et sociologique, la socialisation, l'identité professionnelle, le groupe et la communauté. Nous avons fait le choix de définir la culture professionnelle soignante par le « prendre soin » ou « care ». La formation est le deuxième concept développé, d'un point de vue général et en lien avec la formation infirmière. Nous insistons sur l'apprenant pour mieux comprendre ce qui se joue pour lui à différents niveaux. Nous traitons notamment l'alternance et le partenariat, ainsi que le modèle de la compétence, propres à notre formation professionnelle. La professionnalisation conclut la partie conceptuelle, permettant de mieux comprendre comment l'apprenant se construit progressivement sur le plan professionnel, au contact du terrain mais aussi grâce à ce qui est élaboré sur le plan pédagogique. La pratique réflexive est particulièrement développée du fait de son intérêt dans notre ingénierie.

L'enquête par entretiens a été réalisée auprès d'étudiants, de soignants et de formateurs. Nous avons pu ainsi analyser les données recueillies pour obtenir une approche de différents points de vue sur plusieurs thèmes en lien avec les trois concepts. Certains propos ne nous ont pas étonnée, mais d'autres étaient plus imprévus par rapport à nos représentations. Nous citerons par exemple l'humilité, la figure professionnelle emblématique retrouvée chez le formateur, les références littéraires d'un soignant. Nous avons appris de ces rencontres, pas seulement pour notre recherche, mais aussi appris de l'Autre sur le plan humain, un apprentissage que nous n'avions pas forcément présumé, peut-être par manque d'humilité...

La dernière partie de l'écrit fait la synthèse de tout ce qui précède, pour relier des données conceptuelles, contextuelles et empiriques. Nous appuyant sur cette synthèse, nous apportons quelques préconisations pour notre ingénierie, axées sur l'ingénierie pédagogique, l'approche de l'apprenant, le partenariat, la démarche réflexive, toujours

dans la finalité de rendre la culture professionnelle plus explicite pour tous les acteurs de la formation.

Références et Tables

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Ouvrages

- Aïach, P., Fassin, D. (dir.), (1994), *Les métiers de santé, enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris : Anthropos, 364 p. (IFCS Poitiers)
- Alter, N. (Dir.). (2006). *Sociologie du monde du travail*. Paris : PUF. Coll.Quadriges. 368 p.
- Aubret, J., Gilbert, P., Pigeyre, F., (1993). *Savoir et pouvoir les compétences en question*. Paris : PUF. 222 p.
- Bandura, A., (1980), *L'apprentissage social*, Bruxelles : Mardaga, 206 p.
- Barbier, R. (1996). *La Recherche-Action*. Paris : éd. Poche Ethnosociologie. coll. Anthropos. 112 p
- Barbier J.M., Bourgeois, E., De Villiers, G. et al. (2006). *Constructions identitaires et mobilisation des sujets en formation*. Paris : L'Harmattan. coll. Action et Savoir. 300 p.
- Bardin, L. (1977). *L'analyse de contenu*. Paris : PUF. 291 p.
- Barus-Michel, J., Enriquez, E., Lévy, A. (2002). *Vocabulaire de Psychosociologie. Références et positions*. Ramonville Saint Agne : Erès. 590 p.
- Baubérot, J. (2004). *Laïcité, 1905-2005, entre passion et raison*. Paris : Seuil. La couleur des idées. 281 p.
- Blanchard-Laville, C., Fablet, D. (2001). *Sources théoriques et techniques d'analyse des pratiques professionnelles*. Paris : L'Harmattan. 207 p.
- Blin, J.F. (1997). *Représentations, pratiques et identités professionnelles*. Paris : L'Harmattan, coll. Action & Savoir. 224 p.
- Boigelot, R. (1951), *L'infirmière et sa mission dans le monde moderne*, Paris: Casterman, 166 p.
- Carré P., Moisan A., Poisson D. (1997). *L'autoformation : psychopédagogie, ingénierie, sociologie*. Paris : PUF. (2ème éd. 2002). 276 p.
- Carré, P. (2005), *L'apprenance, vers un nouveau rapport au savoir*, Paris : Dunod, 205 p.
- Carré, P., Caspar, P. (Dir.). (2004). *Traité des sciences et des techniques de la formation*. Paris : Dunod. (2^{ème} éd.). 600 p.

- Champy, F. (2009). *La sociologie des professions*. Paris : PUF. coll. Quadrige manuels. 229 p.
- Charles, G. (1979). *L'infirmière en France d'hier à aujourd'hui*. Paris : Le centurion. 246 p.
- Collière M.F. (1982). *Promouvoir la vie, de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. Paris : Masson. 391 p.
- Collière, M.F. (2001). *Soigner...le premier art de la vie*. Paris : Masson. 2^{ème} éd. 456 p.
- Conjard P., Devin, B., (dir.) (2007). *La professionnalisation, acquérir et transmettre des compétences*. Paris : ANACT. 159 p.
- Corcuff, P. (1995). *Les nouvelles sociologies*. Paris : Nathan. Coll. 128. 128 p.
- Coudray M.A., Gay, C. (2009). *Le défi des compétences, comprendre et mettre en œuvre la réforme des études infirmières*. Paris : Masson. 191 p.
- Crozier, M., Friedberg, E. (1981). *L'acteur et le système*. Paris : Seuil. 500 p
- Cuche, D. (2010). *La notion de culture dans les sciences sociales*. (4^{ème} éd.). Paris : La Découverte. Repères. 157p.
- Dubar, C. (2001). *La crise des identités. L'interprétation d'une mutation*. Paris: PUF. (2^{ème} édition). 239 p.
- Dubar, C. (2010). *La socialisation, construction des identités sociales et professionnelles*. Paris : Armand Colin. (4^{ème} éd.). 251 p.
- Dubet, F. (2002). *Le déclin de l'institution*. Paris : Seuil. 421p.
- Dubois-Fresney, C. Perrin, G. (2005). *Le métier d'infirmière en France*. Paris : PUF. Coll. Que sais-je ?. 4^{ème} éd . 127 p.
- Enlart, S. (2007) . *Concevoir des dispositifs de formation d'adultes: du sacre au simulacre de changement*, Paris : Demos. 187 p.
- Geay, A., (1998), *L'école de l'alternance*, Paris : L'Harmattan, 192 p.
- Gotman, A. (2001). *Le sens de l'hospitalité. Essai sur les fondements sociaux de l'accueil de l'autre*. Paris : PUF. 507 p.
- Grawitz, M. (1993). *Méthodes des sciences sociales*. Paris : Dalloz. (9^{ème} éd.). 870 p.
- Guédez, A (1994). *Compagnonnage et apprentissage*. Paris : PUF. 195p.
- Guillaumin C., Pesce S., Denoyel N. (dir.), (2009). *Pratiques réflexives en formation, ingéniosité et ingénieries émergentes*. Paris : L'Harmattan. Coll. Interfaces et transdisciplinarités. 223 p
- Hesbeen, W. (1997). *Prendre soin à l'hôpital. Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Paris : Masson. InterEditions. 195 p.
- Honoré, B. (2003). *Pour une philosophie de la formation et du soin, la mise en perspective des pratiques*. Paris : l'Harmattan. 254 p.
- Houssaye, J. (1993). *La pédagogie: une encyclopédie pour aujourd'hui*. Paris : ESF. 351 p.

- Hugues, E.C. (1996). *Le regard sociologique. Essais choisis*. Paris : éditions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales. 334 p.
- Ion, J. (1996). *Le travail social à l'épreuve du territoire*. Paris : Dunod. 174 p.
- Jodelet, D. (1991). *Les représentations sociales*. Paris : PUF. 424 p.
- Jonnaert, P. (2002). *Compétences et socioconstructivisme, un cadre théorique*. Bruxelles: De Boeck. Perspectives en éducation et formation. 97 p.
- Kaddouri, M. (2006). « Dynamique identitaire et rapport à la formation » in Barbier J.M., Bourgeois, E., De Villiers, G. et al. (2006). *Constructions identitaires et mobilisation des sujets en formation*. Paris : L'Harmattan. coll. Action et Savoir. 300 p.
- Knibiehler, Y. (2008). *Histoires des infirmières en France au XX^e siècle*. Paris : Hachette Littératures. 441 p.
- Le Boterf, G. (1998). *L'ingénierie de compétence*. Paris : Ed. d'organisation. 415 p.
- Leyens, J.P. (1979). *Psychologie sociale*. Bruxelles : Mardaga. 194 p.
- Mauduit-Corbon, M., Martini, F. (1999). *Pédagogie de l'alternance*. Paris. Hachette Education. coll. Nouvelles Approches. 96 p.
- Mezirow, J. (2001). *Penser son expérience. Développer l'autoformation*. Lyon : Chronique Sociale. 265 p.
- Molinier P., Laugier S., Paperman P. (2009). *Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*. Paris : Petite Bibliothèque Payot. 312 p.
- Mordacq, C. (1972). *Pourquoi des infirmières ?* Paris : Le Centurion. 112 p.
- Morin, E. (1990) (éd. 2005). *Introduction à la pensée complexe*. Paris : Seuil. Coll. Points. 158 p.
- Morin, E. (1994), *La complexité humaine*, Paris : Flammarion, coll. Champs-essais n° 809, 380 p.
- Mosconi, N. in Blanchard-Laville, C., Fablet, D. (2001). *Sources théoriques et techniques d'analyse des pratiques professionnelles*. Paris : L'Harmattan. p.15-34
- Paul, M. (1994). *L'accompagnement, une posture professionnelle spécifique*. Paris : L'Harmattan. 356p.
- Paul P., Pineau G. (Dir.) (2005). *Transdisciplinarité et formation*. Paris : L'harmattan. Coll. Interfaces et transdisciplinarité. 218 p.
- Perrenoud, P. (2001). *Développer la pratique réflexive dans le métier d'enseignant*. Paris : ESF. coll. Pédagogies. 219 p.
- Quivy, R., Campenhoudt (Van), L., (2000), *Manuel de la recherche en sciences sociales*, Paris :Dunod
- Ricœur, P. (2004). *Parcours de la reconnaissance, trois études*, Paris : Stock. 387 p.
- Rocher, G. (1970). *Introduction à la sociologie générale, t.1 : l'action sociale*. Paris : Seuil, 189 p.
- Ruano-Borbolan, J.C. (1998). *Éduquer et former*. Auxerre : Ed. Sciences Humaines. p.167-183

- Sainsaulieu, Y. (2006). *La communauté de soins en question, le travail hospitalier face aux enjeux de la société*, coll. Fonction cadre de santé, Gestion des ressources humaines, Paris : Lamarre. 267 p.
- Scallon, G. (2007). *L'évaluation des apprentissages dans une approche par compétences*. Bruxelles : De Boeck (2^{ème} édition). Coll. Pédagogie et développement. 342 p
- Schön D. (1984). *Le praticien réflexif, à la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*. Montréal : Ed. Logiques
- Véga, A. (2000). *Une ethnologue à l'hôpital. L'ambiguïté du quotidien infirmier*. Paris, Éditions des archives contemporaines. 213 p.
- Vialle F. (2005). *La construction paradoxale de l'autonomie en formations alternées*. Paris : L'harmattan. 189 p.
- Wenner, M. (2001). *Sociologie et culture infirmière, pour mieux comprendre le terrain des pratiques professionnelles*. Paris : Seli Arslan, 217 p.
- Wenner, M. (2006). *L'expérience Infirmière, de la pratique des soins à la transmission des savoirs*. Paris : Seli Arslan. 191 p.
- Wittorski, R. (2007). *Professionnalisation et développement professionnel*. Paris : L'Harmattan. coll. Action et Savoir. 188 p.
- Zarifian, P. (2001). *Le modèle de la compétence*. Reuil-Malmaison : Liaisons. 114p.

Articles de revue

- Astier, P. (2007). « Alternance construite, prescrite, vécue » in L'alternance, pour des apprentissages situés (1) *Éducation Permanente*, n°172, Paris, pp. 61-72
- Barbier, N., Nkoum, B.A. (2001). « Pour un bon usage de l'alternance à l'intention des personnels de santé » in *Objectifs Soins*, mars, n°94
- Bourgeois, E. (1998), « Apprentissage, motivation et engagement en formation » in *Education Permanente*, N° 136, pp. 101-109
- Chetelat-Beguet, C., Froger, O. (2010). « L'enseignement de la relation professionnelle » in *Soins cadres*, n°76, novembre. pp.43-45
- Clénet, J. (2009). « La qualité de l'alternance et son développement, des sujets et leurs autoréférences en actions », in *Soins cadres*, supplément au n°70, mai. Le stage au cœur de l'apprentissage, pp. S11-S13
- Fonteneau, R. (1993). « L'alternance partenariale », in *Éducation permanente*, n°115. pp. 29-34
- Malglaive, G. (1994). « Alternance et compétences », in *Cahiers pédagogiques*, n°320, janvier 1994. pp. 26-28.
- Pastré, P., Mayen, P., Vergnaud, G. (2006). « La didactique professionnelle » in *Revue française de pédagogie*, n°154, janvier-février-mars. pp. 145-198

- Paul, M. (2002). « L'accompagnement : une nébuleuse », in *Education permanente*, n° 153, avril, pp.43-56
- Péoc'h, N. (2008). « L'accompagnement de l'étudiant en soins infirmiers, une pratique entre l'explicite et l'implicite », in *soins cadres de santé*, n°66, mai, pp. 51-55
- Perrenoud, P. (2001) (1). « Mettre la pratique réflexive au centre du projet de formation? », in *Cahiers Pédagogiques*, n° 390, janvier, pp. 42-45
- Perrenoud, P. (2004). « Adosser la pratique réflexive aux sciences sociales, condition de la professionnalisation », in *Education Permanente*, n° 160, septembre. pp. 35-60
- Poplimont C. (2003), « Représentations sociales et formation par alternance », in *Représentations sociales et formation, Education permanente*, n°155/2003-2, pp.67-78
- Sallabéry, J.C. (2003). « Représentations à bords flous, représentations rationnelles, concepts » in *Education Permanente*, n° 155, février. pp.7-35

Ressources en ligne

- Catanas, M., (2008), «la question du « sale boulot » à l'hôpital : petite sociologie de la délégation des actes dans les professions du soin », Ressource en ligne. Accédée le 26/12/2010, sur <http://www.cadresante.com/spip.spip.php?article385>
- Catanas, M., (2010), « le care, une notion qui fait difficilement son chemin », Ressource en ligne. Accédée le 26/12/2010, sur <http://www.cadresante.com/spip.spip.php?article422>
- Chauvière, M. (2009). « Peut-on parler d'une culture professionnelle des éducateurs ? », in *Sociétés et jeunesses en difficulté*. Ressource en ligne. N° 7 | printemps 2009, mis en ligne le 05 octobre 2009, consulté le 21 novembre 2010. <http://sejed.revues.org/index6067.html>
- Déclaration de Mexico sur les politiques culturelles. Conférence mondiale sur les politiques culturelles, Mexico City, 26 juillet - 6 août 1982. Ressource en ligne. Consulté le 21/02/11. http://www.techno-science.net/?onglet=glossaire&definition=5826#_note-0
- Denjean, M. (2002) « Compagnonnage et compétences », fiche technique du CEDIP n°22, *La lettre du CEDIP*. Ressource en ligne. Consultée le 3/04/11. http://www.cedip.equipement.gouv.fr/IMG/pdf/ftechnique22a4_cle577277.pdf
- Isani, S. (2004). « Compétence de culture professionnelle : définition, degrés et didactisation ». Ressource en ligne. Consulté le 25/12/10. <http://asp.revues.org/979>
- Perrenoud, P. (1998). « La qualité d'une formation professionnelle se joue d'abord dans sa conception ». Ressource en ligne. Consultée le 15/04/08. http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_1998/1998_11.html
- Perrenoud, P. (2003) « L'analyse de pratique en questions » in *Cahiers Pédagogiques*, n° 416, janvier. Ressource en ligne, consultée le 20/06/08 http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_2003/2003_12.html
- Rakotomena Mialy, H. (2005). « Les ressources individuelles pour la compétence interculturelle individuelle ». in *Revue internationale sur le travail et la société*,

Octobre, Vol. 3, n° 2. pp. 668-691. Ressource en ligne, consultée le 24/12/10.
www.uqtr.ca/.../2005RAKOTOMENAMialyHenrietteVol3Num2pp668-691.pdf

Sapir, E. (1921). « Anthropologie, T.1, Culture et personnalité ». Paris : Éditions de Minuit, 1967. Collection Le sens commun. p. 46. Edition en ligne. Consulté le 21/02/11. <http://dx.doi.org/doi:10.1522/cla.sae.ant1>

Textes législatifs

Programme des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier et d'infirmière, annexe à l'arrêté du 23 mars 1992 modifiée par l'annexe à l'arrêté du 28 septembre 2001 (B.O du ministère de l'emploi et de la solidarité n°2001-40 du 1^{er} octobre 2001)

Article R4311-15 du code de la Santé Publique. Livre III. Titre I^{er} : profession d'infirmier ou d'infirmière. Exercice de la profession- actes professionnels.

Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au Diplôme d'État Infirmier (BO santé-protection sociale-solidarités n°2009/7 du 15 août 2009)

Annexe III Le référentiel de formation à l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État infirmier (BO santé-protection sociale-solidarités n°2009/7 du 15 août 2009)

Arrêté du 23 mars 1992, programme des études conduisant au Diplôme d'Etat d'Infirmier et d'Infirmière (BO du ministère de l'emploi et de la solidarité n° 92/13 du 7 mai 1992)

TABLE DES FIGURES

Fig.1 Les différents niveaux de manifestation d'une culture.....	51
Tableau 1. La notion de pro-activité.....	67
Fig.2. Styles d'apprentissage selon le cycle de Kolb, 4 phases d'un cycle	80
Fig.3 Schéma de l'action compétente.....	96
Fig.4 Approche ternaire de la formation.....	99
Tableau 2. Les situations d'apprentissage	103
Tableau 3. Le tournant réflexif comme passage paradigmatique	109
Fig.5 La décomposition de l'agir.	110
Tableau 4. Les situations pédagogiques réflexives à l'IFSI	116
Tableau 5. Pragmatique des trois raisons	118
Fig.6. Proposition de modélisation de la culture professionnelle soignante.....	207
Fig.7 . Approche ternaire de la formation des tuteurs	214

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	2
Sommaire	4
INTRODUCTION	5
PREMIERE PARTIE.....	7
I. APPROCHE CONTEXTUELLE.....	7
1. Cheminement de la recherche	7
1.1. Contexte de la formation infirmière	7
1.2. Le partenariat mis en œuvre	10
1.3. La réalité des lieux d'apprentissage et de professionnalisation.....	12
1.4. Evolution de la question de départ : du « comment faire » au « pour faire quoi »	13
1.5. Les représentations des acteurs : soignants, formateurs et étudiants.....	16
2. Histoire de la profession infirmière	18
2.1. Le poids de la religion	18
2.2. La laïcisation	20
2.3. Du métier à la profession:.....	21
3. Evolution de la formation infirmière	22
3.1. L'essor de la pensée infirmière dans la formation.....	23
4. Etre infirmière en 2011	25
5. Problématisation de la question de recherche.....	26
5.1. Hypothèses de la recherche :	27
5.2. Choix des concepts	27
5.3. Orientations méthodologiques.....	28
DEUXIEME PARTIE	29
II. APPROCHE CONCEPTUELLE.....	29
1. Le concept de culture professionnelle	29
1.1. L'évolution du terme de culture en France.....	29
1.2. La différenciation franco-allemande de la culture.....	30
1.3. L'apport des sciences sociales.....	31
1.4. La culture aujourd'hui : définitions et dimensions.....	32
1.5. La socialisation	35
1.5.1. Les notions d'habitus et de schème.....	36
1.5.2. La socialisation comme apprentissage.....	37
1.6. L'identité culturelle (processus identitaire ou culturel ?).....	38
1.7. Les notions de groupe et de communauté	40
1.8. La culture professionnelle	42
1.8.1. La culture d'entreprise	44
1.8.2. Structuration de la culture professionnelle.....	46
1.8.3. La culture professionnelle soignante.....	48
1.8.4. Modélisation de la culture infirmière.....	51
1.9. Le concept de « care » : « prendre soin ».....	54
2. La formation	60
2.1. L'apprenant en formation	60

2.1.1.	L'apprenance	61
2.1.2.	L'apprentissage social	69
2.2.	La formation en alternance	70
2.2.1.	Une alternance intégrative	71
2.2.2.	La place du partenariat dans l'alternance	75
2.3.	Apports de la notion de transdisciplinarité en formation	75
2.4.	Le modèle socioconstructiviste axé sur les compétences	77
2.4.1.	Qu'entendons-nous par compétence ?	78
2.4.2.	Le formateur dans une formation basée sur les compétences	86
2.4.3.	Les liens entre les formateurs et les acteurs professionnels.	88
3.	La professionnalisation	93
3.1.	Définitions et processus	94
3.1.1.	Essor de la notion de professionnalisation	95
3.1.2.	Les différentes approches	96
3.2.	Professionnalisation et formation	100
3.2.1.	La spécificité de « l'apprentissage » de la culture professionnelle	101
3.2.2.	Les ressources mobilisables en rapport avec la culture professionnelle ..	102
3.2.3.	La résolution de situations problèmes	103
3.3.	Les représentations	105
3.4.	La démarche réflexive	107
3.4.1.	Le développement de la pratique réflexive	107
3.4.2.	La démarche réflexive base de la formation professionnelle	110
3.4.3.	Les différents temps et les différents lieux de la démarche réflexive	115
3.4.4.	La mise en perspective de la pratique	117
3.4.5.	La pragmatique des trois raisons	118
TROISIEME PARTIE		120
III. APPROCHE METHODOLOGIQUE ET RECUEIL DES DONNEES		120
1.	Choix de la méthode	120
1.1.	Les guides d'entretien	121
1.2.	Les interviewés	122
1.2.1.	Les critères de choix des interviewés	123
1.3.	Méthodologie de conduite des entretiens	126
1.3.1.	Les conditions matérielles	126
1.3.2.	L'interviewer	126
1.3.3.	La retranscription des entretiens	127
1.3.4.	L'analyse des entretiens	127
2.	Analyse des données	128
2.1.	La pré-analyse	128
2.1.1.	Les étudiants : Claude et Amélie	128
2.1.2.	Les soignants : Bernard et Mona	132
2.1.3.	Les formateurs : François et Rose	136
2.2.	Analyse interprétative	138
2.2.1.	La culture professionnelle	141
2.2.2.	La formation infirmière	157
2.2.3.	La professionnalisation	173

QUATRIEME PARTIE	194
IV. SYNTHÈSE DES APPROCHES CONCEPTUELLE ET METHODOLOGIQUE - PRECONISATIONS.....	194
1. Synthèse générale	195
1.1. La culture professionnelle	195
1.2. La formation	197
1.2.1. L'apprenant en formation.....	198
1.2.2. Le partenariat	199
1.3. La professionnalisation.....	201
2. Préconisations pour une ingénierie de formation accentuant l'intégration de la culture professionnelle.....	204
2.1. Faire de la culture professionnelle une des finalités du projet de formation infirmière	204
2.1.1. Comment réussir à construire ensemble cette conception de la culture professionnelle ?	205
2.1.2. Rendre la culture professionnelle visible dans la formation	208
2.1.3. Le travail autour de l'autonomie de l'apprenant	216
CONCLUSION	219
Références et Tables	222
Références bibliographiques	222
Ouvrages	222
Articles de revue	225
Ressources en ligne.....	226
Textes législatifs	227
Table des Figures	228
Table des Matières	229



Master Professionnel 2^{ème} année Arts, Lettres & Langues
Spécialité Sciences de l'Education et de la Formation
Mention Professionnelle Stratégie et Ingénierie en Formation d'Adultes
2010-2011

L'intégration de la culture professionnelle dans la formation de l'étudiant infirmier,
La « transmission » de l'implicite par les acteurs de la formation

La rencontre humaine est le cœur de la relation soignante, dans laquelle l'infirmière occupe une place privilégiée. Soumise historiquement à la religion, puis au pouvoir médical, elle contribue heureusement depuis plusieurs décennies à l'essor d'une culture professionnelle fondée sur le « prendre soin », sans toutefois revendiquer ce concept universel pour sa seule profession. La formation infirmière en pleine mutation représente un formidable vecteur pour la culture professionnelle, amorçant chez l'apprenant son intégration qui se prolongera durant toute sa vie professionnelle. Le « prendre soin » se manifeste par le souci de l'Autre, des « petites choses » quotidiennes, une attention particulière mais aussi par des gestes professionnels qui témoignent à autrui qu'il est sujet et non objet de soins. Même si les acteurs de la formation (apprenants, tuteurs, formateurs) s'accordent pour placer ce concept au centre de leur pratique, celui-ci n'est pas une finalité explicite de la formation. Le caractère implicite de la transmission n'appelle pas les trois partenaires à intégrer ces éléments diffus dans une dimension culturelle claire pour chacun. Le parcours de l'étudiant infirmier se déroule à parité à l'Institut de Formation et en milieu professionnel, il est donc nécessaire que l'ingénierie de formation place cette finalité au premier plan pour que chaque acteur s'en empare. Dans une société libérale gouvernée par l'économie et le quantitatif, la formation, en affirmant les valeurs humaines au cœur de sa culture, peut contribuer à redonner un sens à nos actions.

Mots-clés : culture professionnelle, « prendre soin », « care », culture, formation en alternance, formation infirmière, tutorat, compétence, professionnalisation, démarche réflexive.

Auteur : MALKA Claire

Directeur de mémoire : CORNU Laurence



Master Professional 2nd year (M2)
Specialty Sciences of Education and Training
Strategy and Engineering in Adults Training
2010-2011

The integration of professional culture in the training of the nursing student,

The "transmission" of the implied by the training actors

The Human encounter is the heart of the “caring” relationship in which the nurse holds a special place. Historically subject to religion, and medical authority, she contributes fortunately for several decades to the development of a professional culture based on "caring", without however claim that universal concept for his only profession. Nursing education in full changing represents a tremendous vector for the professional culture, starting in the learner her integration that will continue throughout his professional life. The "caring" is manifested by the concern of the Other, the "little things" daily, special attention, but also by professional acts which testify to others that he is subject and not object to care. Even if the training actors (learners, tutors, instructors) agree to place this concept at the heart of their practice, it is not an explicit purpose of training. The implicit nature of the transmission does not incite the three partners to integrate these diffuse elements into a clear cultural dimension for each. The course of the nursing student takes place at parity at the Institute of Training and professional environment, it is therefore necessary that the engineering training places this purpose at the foreground so that each actor seizes it. In a liberal society governed by the economy and the quantitative, training, affirming human values at the heart of its culture, can help restore meaning to our actions.

Keywords: professional culture, "take care" "care", Culture, block-release training, nursing education, mentoring, skill, professionalization, reflective approach.

Writer: MALKA Claire

Supervisor: CORNU Laurence



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

Année Universitaire 2010-2011

L'intégration de la culture professionnelle dans la formation de l'étudiant infirmier

La « transmission » de l'implicite par les acteurs de la formation

LIVRET DES ANNEXES

Présenté par
CLAIRE MALKA

Sous la direction de Laurence Cornu, Professeur des Universités

En vue de l'obtention du
Master Professionnel 2^{ème} année – Arts, Lettres & Langues
Spécialité Sciences de l'Éducation et de la Formation
Mention Professionnelle Stratégie et Ingénierie en Formation d'Adultes

SOMMAIRE

Sommaire	235
ANNEXE 1 :	236
Evolution des programmes et référentiels de formation infirmière.....	236
ANNEXE 2 : Guide entretien étudiant infirmier	241
ANNEXE 3 : Guide entretien soignant	243
ANNEXE 4 : Guide entretien formateur	245
ANNEXE 5 : entretien Claude.....	247
ANNEXE 6 : séquences Claude	262
ANNEXE 7 : entretien Amélie	287
ANNEXE 8 : séquences Amélie	298
ANNEXE 9 : entretien Bernard	308
ANNEXE 10 : séquences Bernard	325
ANNEXE 11 : entretien Mona	346
ANNEXE 12 : séquences Mona	361
ANNEXE 13 : entretien François	374
ANNEXE 14 : séquences François	388
ANNEXE 15 : entretien Rose.....	406
ANNEXE 16 : séquences Rose	416

ANNEXE 1 :

**Evolution des programmes et référentiels de formation
infirmière**

EVOLUTION DES PROGRAMMES ET REFERENTIELS DE FORMATION INFIRMIERE

	Programme 79 (arrêté du 12/4/79) 33 mois	Programme 92 (annexe à l'arrêté du 23 mars 1992) 37 mois	Programme 2009 (annexe 3 à l'arrêté du 31 juillet 2009) 6 semestres
Conception du soin	Promotion santé, Prévention maladie Soins aux malades apporte de l'aide pour permettre à la personne de développer, maintenir et recouvrer son indépendance, soulager souffrance, aider à vivre derniers moments	Plus présente dans le programme	
Conception du professionnel	Educatrice de la santé Apporte de l'« aide » pour le maintien et/ou la restauration de la santé Permet - à une personne de développer, maintenir ou recouvrer son autonomie, de soulager la souffrance, aider à vivre la fin de vie, - à des groupes de prendre conscience et élaborer des éléments de réponse à des problèmes de santé	Nouveau profil : réponse aux besoins de santé domaines préventif, curatif, réadaptation et réhabilitation Polyvalent Fait participer individu ou groupe en considérant culture et personnalité Meilleure reconnaissance sociale grâce à savoir et professionnalisation	Praticien autonome, responsable et réflexif, Professionnel capable d'analyser toute situation de santé, de prendre des décisions dans les limites de son rôle propre
Principes pédagogiques		Renforcement sciences humaines pour améliorer relation thérapeutique Connaissances professionnelles, aptitudes, attitudes personnelles et projet professionnel Suivi pédagogique,	Acquisition de compétences pour l'exercice professionnel Alternance acquisition et mobilisation des connaissances 3 paliers d'apprentissage : comprendre, agir, transférer Mise en relation

		accompagnement, développement personnel	connaissances à acquérir et développement des compétences Progression formalisée Portfolio Enseignement des sciences et techniques infirmières
Finalités formation	Connaissances, discernement des réponses à apporter Planifier, organiser, exécuter, évaluer soins dans les dimensions préventives, éducatives, curatives et relationnelles Encadrer personnel Collaborer avec autres professionnels Apte à penser, agir, maturité d'esprit pour responsabilités	Assumer chacun de ses rôles Aspects éthiques Engagement professionnel Acquisition progressive connaissances et aptitudes pour forger identité professionnelle Enrichissement du patrimoine culturel infirmier grâce à élaboration de projets professionnels Prise en charge holistique	Professionnaliser le parcours Construction de la compétence par étudiant : acquisition de savoirs et savoir-faire, attitudes et comportements Reconnaissance de ses émotions, distance professionnelle Préparation du projet professionnel Capacité critique et questionnement Développement d'une éthique professionnelle Posture réflexive étudiant Posture pédagogique différenciée du formateur, raisonnement inductif, analogique ou déductif Valeurs humanistes
Orientations de la formation	Personne humaine Groupes humains Concept de santé individuel et collectif Soins infirmiers Exploitation des situations vécues en stage	Sciences humaines imprègnent la totalité des enseignements Culture, mythes et croyances, attitudes culturelles santé, maladie, mort, normes, déviations Approche globale homme Personnalité, conduites et comportements, relation soignant-soigné, attitudes personnelles dans la relation Ethique, déontologie,	Unités d'intégration centrales : familles de situations de santé avec identification des concepts transférables Référentiel de 10 compétences, 5 « cœur de métier » (1-5) et 5 transverses (6-10) Enseignement réparti en 6 champs : - sciences fondamentales (+ universitaires), humaines et biologiques

		responsabilité Identité de l'infirmier	<ul style="list-style-type: none"> - sciences infirmières, fondements et interventions - posture professionnelle
Particularités	<p>Première année centrée sur l'homme sain dans son environnement</p> <p>Anthropologie culturelle</p> <p>Maslow</p> <p>Expression et vie de relation : élève doit comprendre ses propres réactions et se connaître pour connaître les autres</p> <p>Réalisation de l'homme dans sa vie personnelle et son travail</p> <p>L'homme face aux événements critiques de sa vie</p> <p>Signification de la mort dans diverses orientations</p> <p>Education physique et sportive</p> <p>Psychiatrie : 80 heures environ</p> <p>Stages 4 semaines par discipline</p> <p>Epreuves de diplôme d'état finales</p>	<p>Démarche relationnelle, développement personnel, relation d'aide</p> <p>Disparition de la formation psychiatrique et formation unique soins généraux et psychiatrie : 4 modules de psychiatrie soit 360 heures</p> <p>Stages 4 semaines + un stage de projet professionnel 8 semaines, par discipline</p> <p>Epreuves de diplôme d'état finales</p>	<p>Apprentissage à partir des processus pathologiques globaux et non d'une approche par appareil organique</p> <p>6 semestres de 20 semaines, à parité stages cliniques/enseignements</p> <p>Stages longs de 10 semaines par types de stage + globaux</p> <p>Attribution d'ECTS (30/semestre), DE + grade licence attribué avec 180 ECTS</p>
Partenariat	<p>Organisation et choix des stages fait par école</p> <p>Définition des objectifs, de l'organisation, de l'encadrement et évaluation aptitudes élèves conjointe</p>	<p>Organisation des stages de la compétence des IFSI, en collaboration avec responsables des structures accueil</p> <p>Objectifs de stage définis par IFSI en liaison avec terrains, analyse qualitative degré de réalisation</p>	<p>Liens forts IFSI/terrains : co-construction des livrets d'accueil, charte d'encadrement, regroupements (formateur-étudiants-soignants) sur les lieux d'exercice, analyse de pratiques, accompagnement des équipes par les formateurs pour</p>

	Personnel diplômé	Personnel diplômé	appropriation référentiel et acquisition démarche réflexive, Définition des rôles de chaque partenaire dans référentiel et portfolio
--	-------------------	-------------------	--

ANNEXE 2 : Guide entretien étudiant infirmier

Guide entretien étudiant infirmier

Données d'identification : âge, cursus scolaire et professionnel, connaissance du métier ou du milieu

- sur quels éléments vous basez-vous pour affirmer qu'un stage s'est bien déroulé?
- Et l'inverse, avez-vous dans votre formation, mal vécu un stage et avez-vous analysé pourquoi ?
- Pouvez-vous décrire vos actions lors de l'accueil d'un patient ?
- avez-vous rencontré des professionnels qui ont confirmé votre projet professionnel ? (si oui, expliciter) envisager l'inverse également (développer les traits marquants de ces soignants, professionnels ou non)
- selon vous, quels éléments de la formation paraissent essentiels à votre projet professionnel ?
- pouvez-vous exprimer ce que vous attendez d'un soignant tuteur, d'un formateur ?
- à quel professionnel voudriez-vous ressembler ?
- si vous aviez à expliquer en quoi consiste la formation infirmière à un novice, quels éléments feriez-vous ressortir ?
- pensez-vous que la formation vous a transformé, et si oui, sur quels aspects (personnels, professionnels)?
- Pourriez-vous me citer des événements de votre formation qui vous ont marqué ?
- pensez-vous qu'il y ait des valeurs, références spécifiques aux soignants, et si oui lesquelles ? comment pensez-vous les avoir acquises ?

ANNEXE 3 : Guide entretien soignant

Données administratives : âge, ancienneté dans le métier, cursus, lieu d'exercice

pouvez-vous expliquer votre pratique d'encadrement, en particulier ce que vous souhaitez transmettre à l'étudiant ? (qu'est-ce qui vous semble primordial ?)

pouvez-vous distinguer ce que vous transmettez de façon explicite et de façon plus implicite ?

de quelles données avez-vous besoin pour réaliser cet encadrement et de qui les obtenez-vous ? si elles vous manquent, comment pensez-vous pouvoir les obtenir ?

pouvez-vous relater l'accueil que vous réalisez pour une personne dans votre service ?

la pratique de l'encadrement modifie-t-elle ou a-t-elle modifié votre pratique professionnelle ? votre réflexion professionnelle ?

quelles attentes percevez-vous des étudiants ? des formateurs ?

Selon vous, quelle est le sens de professionnalisation ?

selon vous, quels sont les éléments ou dispositifs qui vous semblent essentiels dans la formation des étudiants infirmiers ?

pour vous, existe-t-il des capacités (ou compétences) que vous cherchez à identifier ou à développer chez le stagiaire ?

qu'attendez-vous d'un nouveau professionnel ?

Selon vous, existe-t-il des invariants (valeurs, savoir-faire, attitudes) dans le soin, quel que soit le lieu d'exercice ?

ANNEXE 4 : Guide entretien formateur

Guide entretien formateur

- Données administratives : âge, ancienneté dans le métier, cursus, lieu d'exercice
- Pourriez-vous définir votre rôle au sein de l'IFSI, puis posture ?
- selon vous, quels sont les éléments ou dispositifs qui vous semblent essentiels dans la formation des étudiants infirmiers ? dans le projet 92 ? dans le projet 2009 ?
- quelles attentes percevez-vous des étudiants ? des soignants ?
- Selon vous, quelle est le sens de professionnalisation ? pouvez-vous définir votre place dans ce processus ?
- Sur quelles données vous appuyez vous pour réaliser le suivi des étudiants ? vous en manque-t-il ? et comment pourriez-vous les obtenir ?
- Quelles capacités (ou compétences) cherchez vous à identifier ou à développer chez l'étudiant ?
- quelle est votre vision du partenariat ?
- existe-t-il des traits d'évolution, de progression des étudiants qui vous semblent significatifs ?
- pensez-vous transmettre des savoirs professionnels grâce à votre relation pédagogique ? et si oui, lesquels ?
- qu'attendez-vous d'un nouveau professionnel ?

ANNEXE 5 : entretien Claude

Entretien Etudiant n°1- Claude - 13 janvier 2011- 45'

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31

C1. je suis dans le cadre d'un master de sciences de l'éducation à Tours, en master 2, et j'ai un travail de recherche à effectuer dans le champ de la formation, donc aussi avec des étudiants. Je vais échanger avec vous, je vais vous poser quelques questions, par rapport à des expériences de formation que vous avez pu avoir dans différents domaines. C'est du semi-directif, avec quelques questions, donc laissez aller libre cours à ce qui vous vient à l'idée.

C2. Je vais faire de mon mieux

C2. Non, mais c'est pas un exercice pour vous, c'est un exercice pour moi! Voilà. Donc, je vais déjà vous demander, même si j'ai déjà ces données: quel âge vous avez, voilà, quel...

C2. Bon, j'ai 23 ans, je suis en 2ème année d'école d'infirmières, et, heu, qu'est-ce que vous voulez savoir d'autre?

C3. je vais vous demander votre parcours avant d'arriver dans les études d'infirmier.

C3. J'ai fait un baccalauréat scientifique, ensuite j'ai fait 2 premières années de médecine à Poitiers, ensuite je suis parti en Belgique pour faire une première année d'études vétérinaires, que j'ai arrêtées au bout de 6 mois, ensuite j'ai travaillé jusqu'à temps de rentrer à l'IFSI. Voilà

C4. très bien. Heu donc là je vais plus axer heu, mes heu questions sur le stage, mais heu après c'est vrai qu'on reviendra peut-être à la formation dans son intégralité, hein? Heu, alors, par rapport au stage, sur quels éléments vous basez vous pour penser qu'un stage s'est bien déroulé? Quand vous dites, voilà, mon stage s'est bien déroulé, quels sont les éléments qui vous semblent importants?

C4. Alors tout d'abord, moi y a une partie de ressenti, de vécu, heu, pour moi c'est important de heu de voir une équipe avec moi, heu qui est en écoute, heu, qui va pouvoir m'aider, heu, et comprendre un petit peu quels sont mes besoins pouvoir me dire si c'est bien si c'est pas bien ce que je fais heu ça peut être aussi heu enfin une bonne entente en dehors du fait d'être avec l'encadrant c'est heu pouvoir parler un petit peu l'ambiance de travail c'est important pour moi après heu plus généralement heu, j'aime bien heu pouvoir prendre des initiatives mais pouvoir aussi heu me reposer des fois sur l'encadrant pour être sûr de pas faire d'erreur quoi, parce que...

32 C5. *Est-ce que vous avez un prototype d'encadrant, un modèle en quelque sorte, un*
33 *prototype d'encadrant qui vous vient à l'esprit. Ou est-ce qu'on pourrait définir des traits de*
34 *personnalité ou professionnels d'un encadrant parfait!*

35 C5. C'est pas facile. Heu, je dirais déjà quelqu'un de chaleureux, qui soit, heu,
36 compétent, qui ait des, heu...., comment dire.... c'est pas facile comme question!

37 C6. *Compétent?*

38 C6. Compétent dans le sens qui ait une certaine rigueur pour pouvoir nous expliquer
39 les bases d'une manière correcte, et puis, heu, qui arrive à nous faire prendre
40 conscience de la globalité de la prise en charge d'un patient parce que la formation il
41 faut prendre en charge le patient de manière globale c'était là où était aussi une
42 difficulté à moi donc je sais que pour moi c'est important hum après donc il faut que
43 donc chaleureux, compétent bah, heu, un genre de mentor, enfin ...

44 C7. *mmm*

45 C7. Un peu un père spirituel, enfin ça dépend aussi du stage, hein, de fonction de ce
46 qu'on investit dans le stage; un père spirituel ça serait plutôt dans les stages où j'ai
47 envie de me professionnaliser après. Par exemple moi je sais que je veux faire de la
48 psychiatrie, dans un stage de psychiatrie je vais essayer qu'on m'explique les courants
49 de pensée enfin où chaque soignant va se positionner de manière différente et pouvoir
50 me baser là dessus pour pouvoir me faire mon propre avis et avoir enfin de père
51 spirituel, de mentor comme ça pour moi c'est intéressant

52 C8. *est-ce que dans l'encadrement il y a des choses qu'on vous dit et est-ce qu'il y a aussi*
53 *des façons d'être, des observations qui vous touchent aussi et qui vous font progresser?*

54 C8. Dans le positif ou dans le négatif je dois dire?

55 C9. *les deux*

56 C9. Dans le positif, bah heu, qu'on me dise que le choses que je fais sont bien, qu'on me
57 laisse faire des choses pour moi c'est positif, ça me prouve qu'on a confiance en moi ,
58 hum, enfin, après trop de laxisme ça serait premier jour de stage on arrive on nous dit
59 bah vas-y fais tout, ben non faut qu'on nous regarde un petit peu avant pour voir
60 qu'on peut travailler là avant et après on peut prendre son autonomie progressivement
61 . Ça c'était première partie et après vous...

62 C10. *dans les choses qui sont dites, heu, qui sont verbalisées*

63 C10. Et ben, c'est bien, heu, quand on nous dit les points positifs puis les points à
64 améliorer mais sans être dans ce que t'as fait c'est pas bien parce que c'est pas bien

65 enfin, avec des justifications enfin qu'il y ait des fois aussi du côté de la personne des
66 fois une remise en question parce que moi j'ai eu des fois des stages où j'étais en
67 difficulté et ça ça a été quelque chose que j'ai mal accepté, enfin que j'ai moins bien
68 accepté parce que les autres personnes en face se sont pas mis aussi en question sur
69 certaines choses

70 *C11. Vous pouvez donner des exemples précis, enfin sans donner de nom, des situations*
71 *peut-être ?*

72 **C11. Des situations? Alors** Un stage où ça s'est pas bien passé parce que je pense qu'il y
73 a eu, enfin, moi j'étais pas dans la même attente qu'eux au niveau de ce stage pour moi
74 c'était acquérir des compétences techniques c'était un stage de cardiologie, je voulais
75 apprendre à manipuler les choses correctement les anti-coagulants, apprendre à faire
76 une surveillance post-opératoire hein des choses comme ça de manière bien cadrée et
77 apprendre des techniques et pour eux dans leur optique de stage c'était déjà que je vois
78 déjà les choses dans la globalité et moi je m'en sentais pas capable je l'ai verbalisé et on
79 a maintenu cet objectif de stage pour moi et moi j'arrivais pas à passer à ce niveau là je
80 le sentais très bien je leur ai exprimé plusieurs fois et c'était pas possible alors que pour
81 moi c'était du technique ce stage là enfin je pouvais pas me détacher de ça à ce moment
82 là, quoi

83 *C12. est-ce que ça voudrait dire que pour passer à la globalité il faut déjà avoir dépassé le*
84 *niveau technique? Est-ce que ça paraît être une étape, quoi?*

85 **C12. Oui, pour moi, oui, une première étape c'est d'acquérir les compétences**
86 **techniques de base que ce soit autant dans un soin dit de « nursing » ou dans un soin**
87 **plus technique, infirmier, je sais pas moi, heu, la pose d'une perfusion par exemple heu,**
88 **après il y a tout ce qui vient autour voir globalement les choses ça va être mettre en**
89 **relation pourquoi on a fait cette chose là avec la prescription, avec les surveillances**
90 **après, avec la pathologie de la personne, son devenir, plein de choses quoi ce qu'on**
91 **fait progressivement au fur et à mesure des stages moi je savais que j'étais à une étape**
92 **où j'arrivais pas à faire ça hein, à ce moment-là**

93 *C13. Alors là vous me parlez des interactions qu'il y a entre les soignants et vous, et est-ce*
94 *qu'il y a aussi dans ce que vous appréciez dans un stage l'attitude que le soignant peut avoir*
95 *vis-à-vis des patients? Comment ça participe à votre apprentissage, ça, c'est pas directement*
96 *envers vous, vous voyez ce que je veux dire?*

97 **C13. Oui, pour moi des fois c'est des genres de modèles de réponses à certaines attentes**
98 **des patients par exemple dans le service de chirurgie quand quelqu'un va demander,**
99 **enfin va être assez angoissé et être en attente d'un réconfort ou quelque chose comme**

ça ou d'une parole, ça va être de regarder l'attitude de cette personne pour soit m'en inspirer soit m'en détacher enfin sur la manière dont va parler le soignant au patient après, dans les relations entre les patients et les soignants ça dépend...

C14. ou entre soignants aussi?

C14. Entre soignants c'est autre chose, enfin, ça dépend des services, les patients sont, les soignants, pas les patients les soignants entre eux des fois sont assez durs quoi je trouve que dans les services y a beaucoup de « on dit », beaucoup de choses dites derrière le dos entre guillemets, tout ça, je trouve que ça nuit à l'atmosphère d'une équipe, ça nuit au bon fonctionnement de ces équipes là. Y a d'autres choses qui entrent en jeu c'est autant la manière de faire les choses que les choses qu'on fait qui importent dans une équipe j'ai l'impression y a tout ce qui est, par exemple y a quelqu'un qui veut pas venir parce qu'il est malade, et qui, enfin, ... je sais pas comment le dire, comment l'expliquer...

C15. Vous avez peut-être des exemples ?

C15. J'essaie d'en trouver là, mais ça m'est arrivé y a pas longtemps, même dans le stage que je suis en train de faire qui se passe pourtant mieux , heu, oui c'est pour poser des vacances, par exemple, les gens mettent des croix aux endroits où ils veulent mettre des vacances , je crois, c'est cette manière de fonctionner, et y a quelqu'un qui n'avait pas pris de vacances depuis longtemps, qui voulait poser ses vacances à ce moment-là et puis y a quelqu'un qui avait déjà mis des croix, sans le dire à la personne d'à côté, sans lui en parler simplement, elle en parle à une autre collègue avec qui elle a des affinités, elle essaie d'envisager la manière la plus, comment dire, la plus diplomate de pouvoir en parler avec cette personne là alors que l'entente entre elles serait quand même beaucoup plus simple si elles allaient se voir directement sans passer par un collègue, sans faire une histoire. Voilà; c'est le genre de choses qui peut vite envenimer la situation, la communication c'est, enfin, faut que ce soit plus facile, quoi

C16. Est-ce qu'aussi dans les services, enfin je vous évoquais les rapports du soignant avec le patient, est-ce que vous arrivez, on parle de valeurs ici dans le projet, est qu'il y a des soignants chez qui vous arrivez à percevoir ces valeurs rien que par leur attitude, leur façon de travailler?

C16. Ouais, par rapport à la distance qu'ils vont avoir par exemple avec un patient, une manière de toucher, déjà le fait de le toucher ou de ne pas le toucher, ça indique si, enfin pour moi, ça indique un peu les valeurs et la manière d'être vis-à-vis du patient quoi, la manière de lui parler, l'intonation de la voix, enfin tout ça c'est des indicateurs

135 **quoi; je sais pas quelqu'un qui va être distant et qui va se mettre un peu en retrait et**
136 **qui va demander de loin comment se passent les choses et qui va pas se rapprocher**
137 **pour lui parler s'il entend mal, qui veut pas tenir la main quand c'est quelque chose**
138 **d'assez naturel y a des affinités que les gens ont; on voit vite les valeurs, je pense, de**
139 **manière inconsciente.**

140 *C17. Oui*

141 **C17. Après dans le parler, dans les choses conscientes, ça peut être, je sais pas, les**
142 **valeurs de la relation d'aide: vis-à-vis de ça, est-ce qu'elle est dans l'empathie, est-ce**
143 **qu'elle reformule les questions, les choses que pose le patient , ça peut être tout**
144 **simplement de l'écoute, puis faire parler les personnes quand elles sont angoissées, c'est**
145 **heu...dans ces valeurs là on voit si la personne est plutôt humaniste ou plutôt dans une**
146 **vision technique du travail**

147 *C18. Et vous, est-ce que vous avez l'impression que d'être au contact de personnes qui*
148 *mettent en acte ces valeurs là, est-ce que vous pensez que ça vous fait progresser?*

149 **C18. De les voir, ça me fait progresser, mais c'est plutôt de moi être en contact avec les**
150 **patients qui me fait progresser, des fois je me rends compte de mes attitudes, positives**
151 **ou négatives puis j'essaie de m'améliorer ou de rester comme ce que je trouve bien**
152 **dans ce que je fais quoi. Des fois c'est pas facile**

153 *C19. Oui, qu'est-ce qui est difficile?*

154 **C19. Heu...**

155 *C20. Pourquoi vous pensez que c'est difficile ?*

156 **C20. Je pense que ça dépend de comment on est déjà avec soi-même, si on est fatigué, si**
157 **on a des soucis personnels qu'on n'arrive pas à mettre de côté, si on est malade, si le**
158 **patient nous rappelle quelqu'un qu'on connaît et qui a été dans une situation difficile**
159 **ou s'il nous rappelle un proche, tout ça, ça peut jouer, après je dis pas que j'ai été**
160 **confronté à tout ça forcément et puis même je pense que des fois y a des réactions**
161 **physiques plus ou moins conscientes qu'on a, des gens qui nous reviennent pas entre**
162 **guillemets...**

163 *C21. Mmm*

164 **C21. c'est là où il faut plutôt passer le relais à quelqu'un je pense..**

165 *C22. Et justement est-ce que vous mesurez, là vous êtes en fin de 2ème année, est ce que*
166 *vous mesurez votre progression, autant sur le plan professionnel que personnel qu'à pu*
167 *avoir la formation*

168 **C22.** Ce qu'on nous dit à l'IFSI: de toute façon vous allez être formatés, formation,
169 vous allez être formatés, y a une part de ça, après on essaie, de toute façon on passe par
170 ce formatage là on est forcé d'y passer pour pouvoir acquérir des gestes professionnels
171 aussi bien humains que techniques après on essaie de s'en détacher et d'y mettre ses
172 propres valeurs, enfin moi je vois ça comme ça ; après, on n'est pas obligé d'être
173 d'accord avec tout ce qu'on nous dit non plus, je pense qu'on peut prendre et laisser
174 dans ce qu'on nous enseigne, on peut prendre de la distance et réfléchir, c'est pas mal je
175 pense, après au niveau des valeurs c'est vrai que tout ce qui est par exemple la relation
176 d'aide, je reviens à ça, c'est parti de valeurs humanistes qui sont vraiment intéressantes
177 et après je pense qu'il faut aussi s'inspirer d'autres références, d'autres milieux ,
178 d'autres cultures, je pense à la culture anglo-saxonne, récemment j'ai fait un stage en
179 Guadeloupe, c'est aussi une autre manière de voir la vie, de voir les soins , même s'il y a
180 aussi beaucoup de ressemblance, c'est aussi une manière d'appréhender les gens dans
181 leur potentialité, dans ce qu'on fait pour eux, dans ce qu'on doit pas faire pour eux,
182 c'est dans ce sens là aussi on nous donne un mode de pensée, c'est aussi ...

183 *C23. Est-ce qu'en stage ou à l'IFSI, est-ce que là vous discernez où on vous donne ce mode*
184 *de pensée, est-ce que c'est plutôt en stage, à l'IFSI, est-ce que c'est vous qui faites le lien,...?*

185 **C23.** Au quotidien les théories de soin, je suis pas sûr qu'on y réfléchisse tout le temps,
186 enfin ça dépend du service et de la spécialité, je pense que dans un service de chirurgie
187 où on voit 10 patients différents toutes les 2 semaines, on n'a pas le temps, enfin les
188 patients tournent, c'est quand même beaucoup plus compliqué de voir ça que dans un
189 service de gériatrie où les patients vont être là pendant très longtemps, ou dans un
190 service de psychiatrie long séjour ou dans un service de soins à domicile, je pense que
191 les approches ne sont pas les mêmes non plus; après en cours, on nous dit qu'il y a
192 d'autres théories, c'est la volonté personnelle d'aller se renseigner là-dessus quoi et les
193 envies de chacun. On a les bases, après on fait ce qu'on veut...

194 *C24. Avant de rentrer en formation, est-ce que vous imaginiez autant de...*

195 **C24.** Autant d'implication personnelle, non, je ne pensais pas, heu, c'est ce qu'on nous
196 dit qu'on est beaucoup trop scolaire je pense des fois dans notre manière de voir les
197 cours, les évaluations et de voir le rapport à la formation je pense que oui, des fois on
198 est trop scolaire, et...je sais plus ce que je voulais dire ...

199 *C25. Oui, l'imaginaire que vous aviez avant de rentrer en formation, l'idéal...*

200 **C25.** Pour moi, c'est un peu les a priori et les représentations que tout le monde a vis-à-
201 vis du métier d'infirmier: c'est quelqu'un qui fait les prises de sang, des piqûres, des
202 pansements et qui est à côté du médecin dans un service quoi ..

203 *C26. Et puis finalement?*

204 **C26. Et ben y a un peu de ça , mais on nous dit pas qu'y aura une réflexion**
205 **professionnelle, qu'on aura beaucoup de responsabilités , que la considération des gens**
206 **d'autres métiers, c'est-à-dire des autres professionnels de santé même des fois les gens**
207 **est différente de ce à quoi on peut s'attendre y a beaucoup d'a priori mais au sein**
208 **même des infirmiers on se rend compte que les gens viennent pour une raison, y a pas**
209 **de hasard !**

210 *C27. Quand vous dites pour une raison, vous pouvez préciser?*

211 **C27. Après c'est de la dialectique, dans soignant y a soi -gnant, dans soigner y a soi-**
212 **gnier, des choses comme ça un peu de l'inconscient tout ça des histoires de vie, des**
213 **choses liées à l'enfance je pense qu'il y a toujours quelque chose comme ça qui revient.**
214 **L'envie d'aider les autres, pour moi, c'est pas quelque chose comme ça qui vient...**

215 *C28. Là dans ce que vous évoquez on a l'impression que extérieurement la profession n'est*
216 *pas connue, qu'il y a des domaines de la profession qui ne sont pas connus, et qui vous*
217 *sembleraient les plus chers finalement?*

218 **C28. Pour moi ça dépend aussi de la médiatisation des choses et de la manière dont la**
219 **société voit les choses et ce qu'elle veut pas voir aussi je pense que toute la notion aide à**
220 **la personne et tout ça c'est pas quelque chose j'ai l'impression, qui est mis en avant**
221 **dans les médias par exemple heu je pense que la vision des gens d'un infirmier c'est**
222 **quelqu'un dans un service qui fait des prises de sang et des pansements**

223 *C29. Oui, plus technique*

224 **C29. Ou des fois l'infirmier à domicile quand ils ont eu affaire à eux ; après une vision**
225 **technique du métier, pas toute cette vision humaniste basée sur les besoins des gens,**
226 **leurs capacités, leurs limites, des choses comme ça quoi... et aussi tout le côté qui est un**
227 **peu nié de la psychiatrie, les maladies que la société ose pas trop accepter , qui touchent**
228 **aussi des fois aux mœurs culturelles, comme, je sais pas, je pense aux pédophiles, c'est**
229 **quelque chose qui est pas admis dans notre société, ce qui est normal, il faut bien des**
230 **tabous dans notre société. Je pense qu'il y a des gens qui se rendent pas compte qu'il y a**
231 **des infirmiers qui essaient de travailler pour réinsérer ces gens. Je pense que les**
232 **psychotiques, on se rend pas compte qu'un psychotique peut être inséré dans la société,**
233 **un schizophrène peut vivre presque normalement s'il prend un traitement, qu'il le suit**
234 **bien et qu'il est bien suivi à côté, quoi. Le domaine médical va venir global, le sujet a**
235 **plein de fantasmes, plein d'idées reçues de manière globale**

236 *C30. Vous allez penser que j'insiste beaucoup mais si vous aviez à donner des éléments de*
237 *vos formations qui vous paraissent importants pour votre projet professionnel vous m'avez*
238 *dit que vous avez un projet professionnel de psychiatrie, qu'est-ce qui dans votre formation*
239 *vous a donné envie de cela, si vous aviez à réduire la formation à quelques éléments très*
240 *importants, ce serait quoi ?*

241 **C30. heu, avant déjà, quand j'ai travaillé avant de venir en formation, j'ai travaillé en**
242 **tant qu'ASH dans un pool de psychiatrie, j'avais déjà vu le métier avant, donc c'était**
243 **déjà une possibilité qui était dans ma tête. Pour moi, les choses les plus importantes**
244 **c'est de nous donner des bases techniques, des connaissances théoriques, nous**
245 **apprendre des réflexes, nous aider à avoir un mode de pensée, une réflexion et des**
246 **compétences humaines, relationnelles, peut être d'apprendre à être soignant,**
247 **enfin...c'est dur de résumer en peu de choses..**

248 *C31. Devenir soignant, j'aurais peut-être du vous demander, qu'est-ce que c'est d'être*
249 *soignant ?*

250 **C31. Ouais, c'est un mélange de capacités humaines, de capacités techniques qui est au**
251 **service de la personne qu'on a à soigner, du patient qu'on a en face de nous... (silence)**

252 *C32. Alors, ça va peut-être revenir à ce qu'on vient de dire, si vous aviez à expliquer à*
253 *quelqu'un ce que c'est que la profession d'infirmier, défendre cette profession, qu'est-ce que*
254 *vous pourriez formuler ?*

255 **C32. Moi je pense que j'en parlerais sur le ton de l'ironie, de l'humour comme ça ;..soit**
256 **je parlerais de tous les préjugés, les a priori qu'on a sur la profession, puis après**
257 **j'essaierais de dire l'inverse de ce qu'on pense, soit si j'avais à l'expliquer plus**
258 **sérieusement ça serait c'est un métier où on est vraiment au contact des gens, ou on a**
259 **des responsabilités, où on est là vraiment pour aider enfin et où chacun à sa place avec**
260 **ses compétences propres ; après sur la vision, c'est pas facile, j'avoue, j'ai pas réfléchi**
261 **en plus,...**

262 *C33. Mmm*

263 **C33. Pour quelqu'un qui connaît pas, je pense que je lui citerais des exemples de**
264 **patients que j'ai vus c'est souvent ce que je fais quand je rencontre quelqu'un qui me**
265 **demande comment se passe la formation, je lui dis qu'on alterne des périodes de cours**
266 **des périodes de stage, c'est important aussi de pouvoir confronter la théorie à la**
267 **pratique**

268 *C34. Mmm*

269 **C34. Et puis qu'on est tout le temps au contact des gens et que l'outil premier, c'est**
270 **nous quoi !**

271 *C35. Est-ce que vous pensez que dans ce métier infirmier il y a des aspects qu'on ne voit*
272 *pas, vous l'avez évoqué un peu tout à l'heure, qui ne sont pas connus du grand public,*
273 *qu'on ne voit pas et qui pourtant sont très importants ?*

274 **C35. Je pense qu'il y a tout ce qui est prévention, éducation pour la santé, qui sont très**
275 **importants, tout ça c'est pas mis en avant et on essaie de nous enlever, d'après ce que**
276 **j'ai compris des derniers textes, ça c'est une notion qui est pas trop connue, je pense.**
277 **Après, il y a tout le rôle propre qu'on a aussi, je pense, tout ce qu'un aide-soignant est**
278 **capable de faire et est formé pour, nous on est aussi formé pour faire ces choses-là, je**
279 **pense que les gens ne s'en rendent pas forcément compte , heu, ensuite, heu,...après**
280 **c'est les lieux dans lesquels on peut intervenir qui sont pas forcément connus . Un**
281 **infirmier peut aller dans une prison, aussi bien que dans une école ou travailler dans un**
282 **service au CHU ou faire du domicile, ou être formateur aussi**

283 *C36. Oui, oui, c'est vrai, et oui, justement en parlant des formateurs, et ça sera ma dernière*
284 *question, qu'est-ce que vous attendez d'un formateur ?*

285 **C36. Je sais que j'ai rencontré une formatrice avec qui je peux vraiment échanger sur**
286 **mon avenir, sur certaines choses, ..., avec certains formateurs j'attends juste un**
287 **échange occasionnel sur tout et n'importe quoi , qu'il nous fasse des enseignements, des**
288 **cours et qu'il nous propose des intervenants dans le cadre du module qu'il anime , heu,**
289 **quand on est en module optionnel, que ce soit une référence, une aide, heu, et après moi**
290 **j'aimais bien le système du tutorat parce que là on pouvait se retrouver dans un groupe**
291 **et là y avait un échange et pour moi un formateur quand il est responsable d'un suivi**
292 **pédagogique c'est de l'écoute, un peu de conseil je pense aussi, pour voir ses capacités**
293 **propres, ses difficultés, ses compétences, pouvoir être remis en confiance par moment,**
294 **pouvoir prendre de la distance à d'autres, c'est quelqu'un qui doit savoir nous guider**
295 **sans être trop présent**

296 *C37. Mmm,..*

297 **C37. Et sans nous donner une orientation qu'il choisira lui-même**

298 *C38. Vous formater !*

299 **C38. En ce qui me concerne, oui, enfin moi je sais que j'ai déjà parlé avec une**
300 **formatrice beaucoup, elle m'a beaucoup aidé à avancer personnellement aussi sur des**
301 **choses que je voyais pas, sur des difficultés que j'arrivais pas à nommer**

302 *C39. Oui..*

303 **C39. Et c'est un travail au long cours, quoi**

304 *C40. J'ai encore quand même une dernière question, on a parlé du formateur, on a parlé du*
305 *soignant, qu'est-ce que vous attendez du partenariat, puisque c'est une formation en*
306 *alternance, qu'est-ce que vous attendez de ce partenariat, est-ce que vous voyez un*
307 *partenariat*

308 **C40. Entre ?**

309 *C41. Entre les stages et l'IFSI, et s'il existe, qu'est-ce que vous en attendez ?*

310 **C41. Ah, de ce qu'il y a comme relations entre le lieu de stage et l'IFSI ?**

311 *C42. Oui, est-ce que vous pensez qu'il y en a un ?*

312 **C42. Oui, il y en a un, ne serait-ce parce qu'il y a des conventions de stage, là c'est sûr**
313 **qu'il y a un partenariat, après c'est dans les valeurs éducatives, je pense qu'il faudrait**
314 **parfois rappeler aux équipes dans les services que ils ont été étudiants et que de toute**
315 **façon c'est dans les textes qu'il faut qu'ils apprennent aux étudiants à devenir des**
316 **professionnels de santé, je pense aussi qu'il faudrait pas que ce soit que les infirmiers et**
317 **les aides-soignants qui soient alertés sur le fait qu'on est en formation et qu'il faut nous**
318 **expliquer des choses, les médecins, des fois, ça dépend des services, des fois on est très**
319 **bien accueilli par les médecins, on nous explique plein de choses, les internes sont très**
320 **disponibles, et d'autres où c'est l'inverse, quoi... et c'est cette disparité qui nous**
321 **trouble un peu quoi. Je me dis, on est amené à travailler ensemble en collaboration, si**
322 **on n'est pas pris en compte en tant qu'étudiant, puis plus tard on est autant compétent**
323 **qu'eux dans un autre domaine, chacun a ses compétences, il faut qu'on soit reconnu et**
324 **pas un peu ignoré.. ;autant en tant que professionnel qu'en tant qu'étudiant quoi ; mais**
325 **relation, pour en revenir relation IFSI lieu de stage, je pense que, heu, ce qu'on attend**
326 **de nous est assez clairement défini, après je sais pas si on nous évalue d'une manière**
327 **assez objective dans tout ce qui est « relation avec le patient », dans tout ce qui est « le**
328 **contact », la « relation d'aide », on n'est pas trop évalué là-dessus je pense, on est**
329 **évalué sur des actes techniques qu'on sait réaliser, sur savoir prendre un patient de son**
330 **entrée à sa sortie, savoir gérer des informations administratives, la collaboration avec**
331 **les autres professionnels de santé, aides-soignants, médecins, assistantes sociales, etc,**
332 **après, je veux dire, on n'est pas trop...**

333 *C43. A votre avis, à quoi ça peut être dû ?*

334 **C43. Peut-être que c'est pour nous laisser un champ ouvert pour nous pour nous**
335 **affirmer comme on veut**

336 *C44. Mmm*

337 **C44. Je sais pas , peut-être que c'est quelque chose qui a pas été encore pris en compte**
338 **par les textes, peut-être que c'est une volonté de l'IFSI..**

339 *C45. Ah, vous pensez que c'est à l'IFSI qu'on... que c'est les formateurs, quand ils viennent*
340 *vous évaluer...*

341 **C45. Pas forcément, chaque formateur a des lieux de stage dont il est responsable,**
342 **chaque formateur met en place avec les lieux de stage des notions et tout ça à évaluer**
343 **pendant le stage ; et ce que je pense après, c'est qu'il y a des volontés pédagogiques, on**
344 **affirme plus ou moins tel point de vue pédagogique, après je sais pas ce qu'il en est,**
345 **c'est des suppositions**

346 *C46. Bon, je vais vous dévoiler le thème principal de mon travail amis que j'ai abordé*
347 *indirectement sinon ce serait trop simple, en fait le thème de ma recherche, c'est « est-ce*
348 *que l'intégration d'une culture professionnelle est l'enjeu du partenariat ? »*

349 **C46. D'accord**

350 *C47. Oui, mon thème c'est la culture professionnelle..*

351 **C47. D'accord**

352 *C48. Est-ce que ça vous dit quelque chose ?*

353 **C48. La culture professionnelle, ça dépend de la profession, ça me fait penser tout de**
354 **suite au système confraternel au niveau des médecins, quoi, leur système est vraiment**
355 **basé sur la fraternité,..**

356 *C49. Est-ce que ça peut aller même jusqu'au corporatisme ?*

357 **C49. Pour eux, oui, c'est un corporatisme, après, culture professionnelle, pour moi je**
358 **sais pas si c'est le terme de culture, quoi, pour moi ça serait une sorte de convergence**
359 **professionnelle, quoi, culture pour moi ça veut dire qu'on se détache un peu de la**
360 **société, qu'on reste un peu dans notre coin, qu'on est un petit peu , qu'on est soignant**
361 **donc qu'on a un savoir un peu à part que les autres n'ont pas, je sais pas, pourtant la**
362 **notion de culture c'est très intéressant, parce que ça implique aussi les savoirs qu'on**
363 **apprend, les savoir-faire et les savoir-être, mais là c'est plutôt culture, s'identifier au**
364 **sein d'une société, ça me fait bizarre, mais...si on peut parler de convergence**
365 **professionnelle, y a des points sur lesquels on pourrait quand même...**

366 *C50. Le rôle propre, des valeurs... ?*

367 **C50. Des valeurs soignantes, oui, qui peuvent être intéressantes, après les gens les**
368 **prennent ou les prennent pas, y a des gens qui auront jamais, par ce qu'ils sont, qui**
369 **pourront jamais être dans ...je sais pas, dans la communication non verbale par**

370 exemple, être dans le toucher, des choses comme ça, je pense que c'est pas possible pour
371 eux ; après faut faire avec les limites et les capacités de chacun et je pense que les
372 projets professionnels sont là pour ça, on a chacun des compétences propres au sein
373 d'un même métier on est formé pour tout faire mais on peut pas tout faire
374 concrètement. Je pense qu'il y a des gens qui sont pas faits pour aller en gériatrie
375 auprès des personnes âgées, d'autres pour aller en pédiatrie, d'autres en psychiatrie
376 etc... chacun peut trouver sa place

377 C51. Très bien, bon écoutez, je vous remercie,

378 C51. J'espère que ça vous a un peu ...

379 C52. Oui merci

380

381 **Durée totale : 38 minutes**

382 En synthèse, après entretien, j'explique à J. ce que j'entends par culture professionnelle :
383 valeurs, savoirs propres,... J. pense qu'un temps long de formation est nécessaire pour
384 acquérir cette dimension ; « c'est bien ce qu'on me reproche, ce qui me pose le plus de
385 problème en stage ; on me dit que je ne vois pas la globalité de la personne, mais on ne me
386 donne pas la clé pour le faire. Il y a souvent un décalage entre ce qu'on me demande, me
387 reproche et ce qu'on me conseille. »

388 **Discussion hors enregistrement, puis reprise car éléments intéressants**

389 C53. Quand on est dans la pratique, c'est plus facile de se détacher, mais quand on est
390 dans le ressenti, dans le vécu, quand on vit les choses, c'est beaucoup plus difficile de
391 faire des liens de manière globale, je sais pas...

392 C54. Vous disiez que vous savez en théorie ce que vous devez atteindre, mais que...

393 C54. Oui, on sait, mais des fois on n'arrive pas à se détacher de ça, c'est une limite, moi
394 je le ressens comme ça, on veut bien faire tout seul mais on n'arrive pas à dépasser un
395 certain seuil un certain stade ; on n'arrive pas à dépasser un point de vue « la prothèse
396 de hanche du patient », son risque de saignement, sa surveillance et on n'arrive pas à
397 voir la personne en même temps, voir en même temps qu'elle est angoissée, ou
398 d'autres surveillances à faire, voir la personne de manière globale ; et puis même, être
399 avec elle, parler avec elle, c'est des fois plus important que le pansement à faire, ou des
400 choses comme ça quoi

401 C55. Oui

402 C55. Moi des fois, je me sens bloqué

403 C56. Oui

404 C56. C'est le plus dur à acquérir, pour moi, c'est sortir de sa centration sur soi pour
405 passer à la centration sur l'autre, c'est ça pour moi, faut que je mûrisse, quoi, et la
406 formation, c'est mûrir là dessus, c'est prendre des responsabilités, c'est quelque chose,
407 quand on n'est pas habitué à en avoir, c'est pas facile de prendre des responsabilités

408 C57. Et ça, le fait que ça vous amène à mûrir, vous pensez que ça vous est plus dit, enfin
409 exprimé à l'IFSI qu'en stage ou dans les deux domaines ? Où est-ce que vous pensez que le
410 message est plus clair ?

411 C57. Alors, quand le message passe et qu'on nous dit qu'il y a des difficultés c'est en
412 stage, enfin pour moi, et quand le message passe et qu'on s'entretient plusieurs fois et
413 longuement avec des formateurs, c'est là qu'on arrive à analyser pourquoi on est
414 comme ça et pourquoi on n'arrive pas à passer au-delà quoi

415 C58. Donc le partenariat il serait indirectement fait par vous, c'est vous qui faites le lien
416 entre

417 C58. Pour peu qu'on ait envie de bien faire les choses quoi, y en a qui n'ont pas du tout
418 envie d'aller vers les formateurs, et qui vont pas prendre en compte ce qu'on leur dit en
419 stage ; après je pense que c'est en fonction de ce que ça génère en nous, surtout les
420 sentiments, des choses qu'on sent et sur lesquelles on n'est pas au clair quoi. Toutes les
421 difficultés qu'on peut avoir, il y a forcément une raison quoi et quand moi je m'enrichis
422 personnellement et que j'ai l'impression d'avancer personnellement, en tant que
423 professionnel, j'ai l'impression d'avancer aussi , ça c'est quelque chose d'important
424 quoi...et je pense qu'il faut travailler là-dessus , quoi, parce que par exemple on m'a
425 alerté sur ce genre de choses en stage et on n'a pas du tout su m'expliquer les choses,
426 on m'a juste dit « t'as des difficultés, t'arrives pas à faire les choses de manière
427 globale », on m'a pas alerté sur le fait que c'était peut-être à cause d'un manque de
428 centration sur le patient, du coup je me remettais pas en cause moi-même

429 C59. Et c'est quand vous êtes revenu ici et que vous l'avez évoqué avec un formateur...

430 C59. Au fur et à mesure, on réfléchit soi-même et on nous donne quelques clés,
431 sans...faut quand même qu'on chemine nous , sinon c'est pas intéressant ; et puis
432 même, si on nous donne les clés, on va pas se les approprier quoi, faut qu'on trouve les
433 solutions nous-mêmes et des fois on est bloqué, on n'arrive pas à avancer ; et je pense
434 qu'il y a des parcours de personnes comme ça qui n'arrive pas à passer à une étape au-
435 dessus, qui sont bloquées dans la formation quoi , et c'est pas toujours simple, quoi ; je
436 pense qu'il faut bien analyser à quel niveau en est la personne aussi . Des fois, je ne me

437 **sentais pas du tout sur le même mode de relation avec la personne, je lui parlais de mes**
438 **problèmes à un niveau et la personne en face était en décalage**

439 *C60. Pas sur le même registre ?*

440 **C60. Oui, c'est ça pas sur le même registre, et ça fait partie de la centration sur l'autre**
441 **du coup**

442 *C61. Oui, c'est vrai, chacun doit être centré sur l'autre, on en revient toujours sur*
443 *l'empathie*

444 **C61. C'est des valeurs, c'est des choses à travailler aussi quoi**

445 *C62. C'est revenu plusieurs fois, ça vous semble capital dans la formation ? la relation*
446 *d'aide*

447 **C62. Oui, mais d'avoir des principes, après pour moi, dans la manière dont on le**
448 **travaille des fois en cours, c'est assez déroutant, ça a plus trop de rapport avec ce qu'on**
449 **apprend, on écoute, on essaie de s'enrichir avec les expériences des autres, mais qu'est-**
450 **ce qu'on fait de ça après ? Des fois ça vient spontanément, on s'identifie, on arrive à**
451 **voir des liens, à avancer avec ça, mais pas toujours, après il en faut des temps de**
452 **relation d'aide, c'est important quoi, ça oblige les gens qui n'ont pas trop envie de la**
453 **faire à être sensibilisé à ça quoi, je pense que c'est important.**

ANNEXE 6 : séquences Claude

Séquences Claude, 4769 mots total, 4446 mots-pleins, 323 mots-outils, soit 6,8%

	<p>C2-C3. j'ai 23 ans, je suis en 2ème année d'école d'infirmières</p> <p>J'ai fait un baccalauréat scientifique, j'ai fait 2 premières années de médecine à P., je suis parti en Belgique faire une première année d'études vétérinaires, que j'ai arrêtées au bout de 6 mois, j'ai travaillé jusqu'à temps de rentrer à l'IFSI.</p>	Différentes expériences dans le domaine de la santé
<p>Eléments importants dans le vécu positif du stage</p>	<p>C4. moi y a une partie de ressenti, de vécu, pour moi c'est important de voir une équipe avec moi, qui est en écoute, qui va pouvoir m'aider, comprendre quels sont mes besoins, pouvoir me dire si c'est bien si c'est pas bien ce que je fais ça peut être aussi une bonne entente en dehors du fait d'être avec l'encadrant c'est pouvoir parler, l'ambiance de travail c'est important pour moi, plus généralement, j'aime bien pouvoir prendre des initiatives mais pouvoir aussi me reposer des fois sur l'encadrant pour être sûr de pas faire d'erreur</p>	<p>Bon vécu du stage dépendant de l'attitude compréhensive et attentive de l'équipe, plus le climat général de travail</p> <p>Equilibre entre la prise initiatives (autonomie) et le regard du professionnel sur ses actes pour le sécuriser et évaluer son travail</p>
<p>Encadrant idéal</p>	<p>C5- C7. C'est pas facile. je dirais quelqu'un de chaleureux, qui soit, compétent, qui ait des, c'est pas facile comme question!</p> <p>C6. Compétent dans le sens qui</p>	<p>Des termes très fort pour encadrant idéal : mentor, père spirituel, avec 2 pôles complémentaires :</p> <p>psychologique (chaleureux) et professionnel (compétent,</p>

	<p>ait une certaine rigueur pour pouvoir nous expliquer les bases d'une manière correcte, qui arrive à nous faire prendre conscience de la globalité de la prise en charge d'un patient parce que la formation il faut prendre en charge le patient de manière globale, c'était là où était aussi une difficulté à moi donc je sais que pour moi c'est important, après il faut que chaleureux, compétent, un genre de mentor,</p> <p>C7. Un peu un père spirituel, ça dépend aussi du stage, de fonction de ce qu'on investit dans le stage; un père spirituel ça serait plutôt dans les stages où j'ai envie de me professionnaliser après. Par exemple moi je sais que je veux faire de la psychiatrie, dans un stage de psychiatrie je vais essayer qu'on m'explique les courants de pensée où chaque soignant va se positionner de manière différente, pouvoir me baser là dessus pour pouvoir me faire mon propre avis, de père spirituel, de mentor pour moi c'est intéressant</p>	<p>rigoureux), le premier permettant d'établir la confiance et le deuxième amenant à comprendre les bases sur lesquelles l'étudiant pourra se forger sa propre identité professionnelle (professionnalisation)</p> <p>Prise en charge globale : prise de consciences de son importance mais difficulté à l'appréhender en formation ; comme une injonction (la formation il faut..)</p> <p>Cette figure d'encadrant serait induite par l'investissement de l'étudiant durant le stage en fonction de son projet professionnel</p> <p>Les courants de pensée (cf Bernard) éléments clés de la professionnalisation (ressources de la compétence ?) et l'observation des positionnements professionnels (apprentissage social)</p>
<p>Ce qui fait progresser dans l'encadrement</p>	<p>C9. Dans le positif, qu'on me dise que le choses que je fais sont bien, qu'on me laisse faire des choses pour moi c'est positif, ça me</p>	<p>C. Attend un retour sur ce qu'il réalise, une évaluation sincère reposant sur une observation en début de stage, puis une</p>

	<p>prouve qu'on a confiance en moi , après trop de laxisme ça serait, premier jour de stage on arrive on nous dit vas-y fais tout, non faut qu'on nous regarde un petit peu avant pour voir qu'on peut travailler avant et après on peut prendre son autonomie progressivement</p>	<p>confiance des soignants l'amenant à prendre progressivement son autonomie</p> <p>A notre la crainte du « laxisme » dont l'étudiant n'est pas dupe et qui témoigne d'un désintérêt de l'encadrant</p>
<p>Attitudes ne permettant pas de progresser</p>	<p>C10-C11. c'est bien, quand on nous dit les points positifs, les points à améliorer mais sans être dans « ce que t'as fait c'est pas bien parce que c'est pas bien », avec des justifications qu'il y ait aussi du côté de la personne une remise en question parce que moi j'ai eu des stages où j'étais en difficulté, ça a été quelque chose que j'ai mal accepté, que j'ai moins bien accepté parce que les autres personnes en face se sont pas mis aussi en question sur certaines choses</p> <p>C11. Des situations? Un stage où ça s'est pas bien passé parce que je pense qu'il y a eu, moi j'étais pas dans la même attente qu'eux au niveau de ce stage pour moi c'était acquérir des compétences techniques c'était un stage de cardiologie, je voulais apprendre à manipuler les choses correctement les anti-coagulants, apprendre à faire une surveillance post-opératoire, des</p>	<p>L'étudiant a besoin d'une critique constructive et étayée qui seule lui permet de se construire (professionnalisation et éléments de compréhension de la culture)</p> <p>Noter également l'attente de remise en question de la part des encadrants pour éviter un système univoque où seul l'étudiant doit comprendre l'autre</p> <p>Accord sur les attentes de chacun des acteurs en début de stage</p> <p>Situation où on perçoit que chacun reste à son niveau : nous comprenons que pour l'étudiant, l'approche globale était à un niveau de complexité trop grand (Morin), cependant il a une représentation d'emblée très réductrice du stage de court séjour sans doute du fait de son projet ; nous pouvons comprendre également que les</p>

	<p>choses comme ça de manière bien cadrée, apprendre des techniques, pour eux dans leur optique de stage c'était déjà que je voie les choses dans la globalité, moi je m'en sentais pas capable, je l'ai verbalisé, on a maintenu cet objectif de stage pour moi, moi j'arrivais pas à passer à ce niveau là, je le sentais très bien, je leur ai exprimé plusieurs fois, c'était pas possible alors que pour moi c'était du technique ce stage là, je pouvais pas me détacher de ça à ce moment là,</p>	<p>professionnels de cardiologie ne veulent pas être réduits à leur dimension technique, ce qui est souvent le reproche qui leur est fait. La formation prône aussi une approche par la complexité que séquentielle (la technique d'abord, puis la relation, puis la globalité)</p> <p>Ce qui bloque, c'est que chacun reste campé sur ses attentes : une médiation serait-elle intéressante (regroupement, formateur référent, tuteur ?)</p> <p>Y aurait-il des seuils pour étudiant ? ou est-ce que l'approche du nouveau référentiel par situation globale va aplanir cet écueil ?</p>
<p>Processus apprentissage perçu par étudiant</p> <p>Et difficulté</p>	<p>C12. pour moi, une <u>première étape</u> c'est d'acquérir les compétences techniques de base que ce soit autant dans un soin dit de « nursing » ou dans un soin plus technique, infirmier, je sais pas moi, la pose d'une perfusion par exemple, <u>après</u> il y a tout ce qui vient autour, voir globalement les choses ça va être mettre en relation pourquoi on a fait cette chose là avec la prescription, avec les surveillances après, avec la pathologie de la personne, son devenir, plein de choses ce</p>	<p>C. décrit ces seuils pour lui : une base axée sur des actes, des savoir-faire techniques, puis la compréhension de la raison de ces actes</p> <p>Cette chronologie rejoint les 3 piliers de l'apprentissage de la réforme (agir, comprendre transférer) (formation), cependant elle est censée être continue dans le processus d'apprentissage ; il ne s'agit pas de consacrer par exemple la première année à faire tous les actes, puis un autre temps à comprendre tout ce qu'on a fait,</p>

	<p>qu'on fait progressivement au fur et à mesure des stages moi je savais que j'étais à une <u>étape</u> où j'arrivais pas à faire ça, à ce moment-là</p> <p>384 à 402 « c'est bien ce qu'on me reproche, ce qui me pose le plus de problème en stage ; on me dit que je ne vois pas la globalité de la personne, mais on ne me donne pas la clé pour le faire. Il y a souvent un décalage entre ce qu'on me demande, me reproche et ce qu'on me conseille. »</p> <p>Quand on est dans la pratique, c'est plus facile de se détacher, quand on est dans le ressenti, dans le vécu, quand on vit les choses, c'est beaucoup plus difficile de faire des liens de manière globale,</p> <p>on sait, mais des fois on n'arrive pas à se détacher de ça, c'est une limite, moi je le ressens comme ça, on veut bien faire tout seul mais on n'arrive pas à dépasser un certain seuil un certain stade ; on n'arrive pas à dépasser un point de vue « la prothèse de hanche du patient », son risque de saignement, sa surveillance, on n'arrive pas à voir la personne en même temps, voir en même</p>	<p>et enfin la fin de formation à transférer. C'est un processus itératif</p> <p>Revient en fin d'entretien sur cette difficulté personnelle d'apprentissage, récurrente pour lui : attend qu'on lui donne la clé (qui, les soignants, les formateurs ?) pour appréhender la globalité de la personne (prendre soin)</p> <p>Revient sur la notion de seuil dans apprentissage de l'attitude professionnelle : sait intellectuellement que le geste n'est pas primordial mais ne réussit pas à le dépasser</p> <p>Evoque un blocage</p>
--	---	--

	<p>temps qu'elle est angoissée, ou d'autres surveillances à faire, voir la personne de manière globale ; même, être avec elle, parler avec elle, c'est des fois plus important que le pansement à faire, ou des choses comme ça</p> <p>Moi des fois, je me sens bloqué</p>	
<p>Attitudes des soignants comme facteur d'apprentissage</p>	<p>C13- C15. pour moi c'est des genres de modèles de réponses à certaines attentes des patients par exemple dans le service de chirurgie quand quelqu'un va demander, va être assez angoissé, être en attente d'un réconfort ou quelque chose comme ça ou d'une parole, ça va être de regarder l'attitude de cette personne pour soit m'en inspirer soit m'en détacher, sur la manière dont va parler le soignant au patient, après, dans les relations entre les patients et les soignants ça dépend...</p> <p>C14. Entre soignants c'est autre chose, ça dépend des services, les patients sont, les soignants, pas les patients, les soignants entre eux des fois sont assez durs, je trouve que dans les services y a beaucoup de « on dit », beaucoup de choses dites derrière le dos, je trouve que ça nuit à l'atmosphère d'une équipe, ça nuit au bon fonctionnement de ces équipes Y a d'autres choses qui entrent en</p>	<p>Des modèles de réponses sont recherchés par l'étudiant mais pas seulement pour les imiter, plutôt pour se forger sa propre attitude</p> <p>Nous retrouvons les conflits d'équipe évoqués par Véga, l'ambiance, la communication, les jeux de pouvoir, qui suscitent l'interrogation des étudiants, une perplexité</p> <p>Pour faire le lien avec la culture observée par les étudiants, nous pouvons évoquer certains rituels</p>

	<p>jeu, c'est autant la manière de faire les choses que les choses qu'on fait qui importent dans une équipe, j'ai l'impression y a tout ce qui est, par exemple y a quelqu'un qui veut pas venir parce qu'il est malade, ... je sais pas comment le dire, comment l'expliquer...</p> <p>C15. J'essaie d'en trouver là, mais ça m'est arrivé y a pas longtemps, même dans le stage que je suis en train de faire qui se passe pourtant mieux , c'est pour poser des vacances, par exemple, les gens mettent des croix aux endroits où ils veulent mettre des vacances, je crois, c'est cette manière de fonctionner, y a quelqu'un qui n'avait pas pris de vacances depuis longtemps, qui voulait poser ses vacances à ce moment-là, y a quelqu'un qui avait déjà mis des croix, sans le dire à la personne d'à côté, sans lui en parler simplement, elle en parle à une autre collègue avec qui elle a des affinités, elle essaie d'envisager la manière la plus, la plus diplomate de pouvoir en parler avec cette personne là alors que l'entente entre elles serait quand même beaucoup plus simple si elles allaient se voir directement sans passer par un collègue, sans faire une histoire.</p>	<p>de communication propres aux institutions et aux équipes de soins qui font partie aussi de la professionnalisation s'ils sont repris en analyse réflexive à distance</p>
--	--	---

	c'est le genre de choses qui peut vite envenimer la situation, la communication c'est, faut que ce soit plus facile,	
Perception des valeurs dans l'attitude des soignants	<p>C16-C18. par rapport à la distance qu'ils vont avoir par exemple avec un patient, une manière de toucher, le fait de le toucher ou de ne pas le toucher, ça indique si, pour moi, ça indique un peu les valeurs et la manière d'être vis-à-vis du patient quoi, la manière de lui parler, l'intonation de la voix, tout ça c'est des indicateurs, quelqu'un qui va être distant, qui va se mettre un peu en retrait, qui va demander de loin comment se passent les choses, qui va pas se rapprocher pour lui parler s'il entend mal, qui veut pas tenir la main quand c'est quelque chose d'assez naturel, y a des affinités que les gens ont; on voit vite les valeurs, je pense, de manière inconsciente.</p> <p>C17. Après dans le parler, dans les choses conscientes, ça peut être, les valeurs de la relation d'aide: est-ce qu'elle est dans l'empathie, est-ce qu'elle reformule les questions, les choses que pose le patient, ça peut être tout simplement de l'écoute, faire parler les personnes quand elles sont angoissées, c'est dans ces</p>	<p>Les valeurs sont perçues dans les attitudes du soignant avec le patient, tant en positif qu'en négatif (cf Mona qui évoque parler avec la main sur la poignée de porte), demander de loin</p> <p>La proximité par le regard, le toucher, la parole semblent être perçue comme primordiale</p> <p>C. perçoit bien une dimension inconsciente des valeurs, non perçue par l'acteur lui-même (la part enfouie de la culture), et une partie volontaire exprimée dans les pratiques relationnelles essentiellement pour lui, qu'il oppose au technique (ce qui est assez paradoxal avec ce qu'il a dit précédemment, serait-ce parce qu'il a un projet de psychiatrie et donc certains préjugés sur les soins généraux, comme B. ?)</p>

	<p>valeurs là on voit si la personne est plutôt humaniste ou plutôt dans une vision technique du travail .</p> <p>C18. De les voir, ça me fait progresser, c'est plutôt de moi être en contact avec les patients qui me fait progresser, des fois je me rends compte de mes attitudes, positives ou négatives, j'essaie de m'améliorer ou de rester comme ce que je trouve bien dans ce que je fais quoi. Des fois c'est pas facile</p>	<p>Regard réflexif sur sa pratique semble être plus important dans l'apprentissage pour ce qui est des attitudes soignantes que le modèle des professionnels, mais exercice difficile</p>
<p>Les freins à cette réflexivité</p>	<p>C20-C21. Je pense que ça dépend de comment on est déjà avec soi-même, si on est fatigué, si on a des soucis personnels qu'on n'arrive pas à mettre de côté, si on est malade, si le patient nous rappelle quelqu'un qu'on connaît, qui a été dans une situation difficile ou s'il nous rappelle un proche, tout ça, ça peut jouer, après je dis pas que j'ai été confronté à tout ça forcément, même je pense que des fois y a des réactions physiques plus ou moins conscientes qu'on a, des gens qui nous reviennent pas ..</p> <p>C21. c'est là où il faut plutôt passer le relais à quelqu'un je pense..</p>	<p>Evocation de la superposition des domaines personnels et professionnels (cf Bernard)</p> <p>Evocation de l'humilité 164 (cf Mona) qui nous fait reconnaître nos limites</p>

<p>Progression grâce à la formation dans l'intégration de la culture et des valeurs soignantes</p>	<p>C22-C24. Ce qu'on nous dit à l'IFSI: de toute façon vous allez être formatés, formation, vous allez être formatés, y a une part de ça, après on essaie, de toute façon on passe par ce formatage là, on est forcé d'y passer pour pouvoir acquérir des gestes professionnels aussi bien humains que techniques, après on essaie de s'en détacher, d'y mettre ses propres valeurs, moi je vois ça comme ça ; on n'est pas obligé d'être d'accord avec tout ce qu'on nous dit non plus, je pense qu'on peut prendre, laisser dans ce qu'on nous enseigne, on peut prendre de la distance, réfléchir, c'est pas mal je pense, au niveau des valeurs, tout ce qui est par exemple la relation d'aide, je reviens à ça, c'est parti de valeurs humanistes qui sont vraiment intéressantes, je pense qu'il faut aussi s'inspirer d'autres références, d'autres milieux , d'autres cultures, je pense à la culture anglo-saxonne, récemment j'ai fait un stage en Guadeloupe, c'est aussi une autre manière de voir la vie, de voir les soins , même s'il y a aussi beaucoup de ressemblance, c'est aussi une manière d'appréhender les gens dans leur potentialité, dans ce qu'on fait</p>	<p>A bien conscience que les théories de soin, que ce soit celles enseignées à l'IFSI ou celles recherchées par étudiant, sont à s'approprier et à adapter en fonction des contextes</p> <p>Revient la chirurgie, symbole du court séjour qui met à mal la culture et les valeurs soignantes</p> <p>A également conscience de la part d'implication personnelle (cf apprenance, engagement) nécessaire dans l'intégration d'une culture et dans la construction de son identité professionnelle et reconnaît que la tendance à être scolaire (au sens de passif) n'y est pas propice</p>
---	--	--

	<p>pour eux, dans ce qu'on doit pas faire pour eux, c'est dans ce sens là aussi on nous donne un mode de pensée, ...</p> <p>C23. Au quotidien les théories de soin, je suis pas sûr qu'on y réfléchisse tout le temps, ça dépend du service, de la spécialité, je pense que dans un service de chirurgie où on voit 10 patients différents toutes les 2 semaines, on n'a pas le temps, les patients tournent, c'est quand même beaucoup plus compliqué de voir ça que dans un service de gériatrie où les patients vont être là pendant très longtemps, dans un service de psychiatrie long séjour, dans un service de soins à domicile, je pense que les approches ne sont pas les mêmes non plus; après en cours, on nous dit qu'il y a d'autres théories, c'est la volonté personnelle d'aller se renseigner là-dessus, les envies de chacun. On a les bases, après on fait ce qu'on veut...</p> <p>C24. Autant d'implication personnelle, non, je ne pensais pas, c'est ce qu'on nous dit, qu'on est beaucoup trop scolaire, je pense des fois dans notre manière de voir les cours, les évaluations, de voir le rapport à la formation je pense que oui, des fois on est trop scolaire, je sais</p>	
--	--	--

	plus ce que je voulais dire ...	
Représentations et motivations pour le métier	<p>C25-C27. Pour moi, c'est les a priori et les représentations que tout le monde a vis-à-vis du métier d'infirmier: c'est quelqu'un qui fait les prises de sang, des piqûres, des pansements, qui est à côté du médecin dans un service</p> <p>C26. y a un peu de ça , mais on nous dit pas qu'y aura une réflexion professionnelle, qu'on aura beaucoup de responsabilités , que la considération des gens d'autres métiers, des autres professionnels de santé, des fois les gens, est différente de ce à quoi on peut s'attendre, y a beaucoup d'a priori mais au sein même des infirmiers on se rend compte que les gens viennent pour une raison, y a pas de hasard !</p> <p>C27. Après c'est de la dialectique, dans soignant y a soi-gnant, dans soigner y a soi-gner, des choses comme ça un peu de l'inconscient, des histoires de vie, des choses liées à l'enfance je pense qu'il y a toujours quelque chose comme ça qui revient. L'envie d'aider les autres, pour moi, c'est pas quelque chose comme ça qui vient...</p>	<p>Représentation très médicalisée avant la formation, qui évolue</p> <p>Découverte de la responsabilité en cours de formation et du niveau d'implication personnelle nécessaire</p> <p>Déception de l'a priori des autres professionnels (sentiment d'un manque de reconnaissance ?)</p> <p>Allusion furtive à un groupe professionnel infirmier (au sein des infirmiers 207)</p> <p>Motivation proviendrait de raisons personnelles profondes, liées à l'histoire de vie et au développement psychoaffectif (socialisation primaire)</p>

<p>Perception de la profession par les profanes et comment il voudrait la faire évoluer</p>	<p>C28-C35. Pour moi ça dépend aussi de la médiatisation des choses, de la manière dont la société voit les choses, ce qu'elle veut pas voir aussi, je pense que toute la notion aide à la personne, c'est pas quelque chose j'ai l'impression, qui est mis en avant dans les médias par exemple, je pense que la vision des gens d'un infirmier, c'est quelqu'un dans un service qui fait des prises de sang et des pansements</p> <p>C29. des fois l'infirmier à domicile quand ils ont eu affaire à eux ; après une vision technique du métier, pas toute cette vision humaniste basée sur les besoins des gens, leurs capacités, leurs limites, des choses comme ça ... aussi tout le côté qui est un peu nié de la psychiatrie, les maladies que la société ose pas trop accepter , qui touchent aussi aux mœurs culturelles, comme, je pense aux pédophiles, c'est quelque chose qui est pas admis dans notre société, ce qui est normal, il faut bien des tabous dans notre société. Je pense qu'il y a des gens qui se rendent pas compte qu'il y a des infirmiers qui essaient de travailler pour réinsérer ces gens. Je pense que les psychotiques, on se rend pas compte qu'un psychotique peut</p>	<p>Souffre de la perception erronée ou en tous cas très technique de la profession, et incrimine la médiatisation qui met plutôt cela en avant(les médias : un infirmier c'est quelqu'un dans un service qui fait des prises de sang et des pansements 221-222)</p> <p>On a bien l'impression qu'il faut faire partie du milieu soignant pour percevoir la dimension humaniste</p> <p>Veut communiquer le versant humaniste de la profession (culture soignante) qui n'est pas perçu (ne se rend pas compte 230, 232)</p> <p>De même, souhaite mettre au grand jour des aspects rejetés</p>
--	--	---

	<p>être inséré dans la société, un schizophrène peut vivre presque normalement s'il prend un traitement, qu'il le suit bien et qu'il est bien suivi à côté. Le domaine médical va venir global, le sujet a plein de fantasmes, plein d'idées reçues de manière globale</p> <p>C30. avant déjà, quand j'ai travaillé avant de venir en formation, j'ai travaillé en tant qu'ASH dans un pool de psychiatrie, j'avais déjà vu le métier avant, c'était déjà une possibilité qui était dans ma tête. Pour moi, les choses les plus importantes c'est de nous donner des bases techniques, des connaissances théoriques, nous apprendre des réflexes, nous aider à avoir un mode de pensée, une réflexion, des compétences humaines, relationnelles, peut être d'apprendre à être soignant, c'est dur de résumer en peu de choses..</p> <p>C31. c'est un mélange de capacités humaines, de capacités techniques qui est au service de la personne qu'on a à soigner, du patient qu'on a en face de nous...</p> <p>C32. Moi je pense que j'en parlerais sur le ton de l'ironie, de l'humour, soit je parlerais de tous</p>	<p>comme la psychiatrie et cite 2 types d'atteintes ^particulièrement tabous : pédophilie 228 et schizophrénie 233 (cf Bernard avec autre tabou, inceste) et replace bien le rôle du soignant centré sur la personne et non sur ce qu'elle a fait</p> <p>Importance de l'expérience préalable pour adapter sa</p>
--	---	---

	<p>les préjugés, les a priori qu'on a sur la profession, j'essaierais de dire l'inverse de ce qu'on pense, soit si j'avais à l'expliquer plus sérieusement ça serait c'est un métier où on est vraiment au contact des gens, où on a des responsabilités, où on est là vraiment pour aider, où chacun à sa place avec ses compétences propres ; après sur la vision, c'est pas facile, j'avoue, j'ai pas réfléchi ,...</p> <p>C33.Pour quelqu'un qui connaît pas, je pense que je lui citerais des exemples de patients que j'ai vus c'est souvent ce que je fais quand je rencontre quelqu'un qui me demande comment se passe la formation, je lui dis qu'on alterne des périodes de cours des périodes de stage, c'est important aussi de pouvoir confronter la théorie à la pratique</p> <p>C34.on est tout le temps au contact des gens, l'outil premier, c'est nous !</p> <p>C35.Je pense qu'il y a tout ce qui est prévention, éducation pour la santé, qui sont très importants, tout ça c'est pas mis en avant, on essaie de nous enlever, d'après ce que j'ai compris des derniers textes, c'est une notion qui est pas trop connue, je pense, il y a tout</p>	<p>représentation du métier</p> <p>Présentation de la formation sur un versant théorique et pratique, notion de réflexes intéressante que nous n'avons pas approfondie, et un versant humain et relationnel ; le mode de pensée peut-il être associé à la culture professionnelle, nous le pensons, une pensée soignante qui est complétée par « apprendre à être soignant »²⁴⁶</p> <p>Les compétences propres du métier viennent corroborer cette approche culturelle de la profession (260)</p> <p>Complété à nouveau par responsabilités (cf Amélie)</p> <p>Le contact des gens revient 2 fois pour définir le métier (258.269)</p> <p>La notion d'être l'« outil premier » est intéressante et rejoint Mona, pas besoin d'un instrument pour entrer en relation</p> <p>Met en avant également des dimensions méconnues de la profession et le « nous enlever »²⁷⁵ montre qu'il a le sentiment d'appartenir à la</p>
--	---	---

	<p>le rôle propre qu'on a aussi, je pense, tout ce qu'un aide-soignant est capable de faire, est formé pour, nous on est aussi formé pour faire ces choses-là, je pense que les gens ne s'en rendent pas forcément compte, c'est les lieux dans lesquels on peut intervenir qui sont pas forcément connus. Un infirmier peut aller dans une prison, aussi bien que dans une école ou travailler dans un service au CHU ou faire du domicile, ou être formateur aussi</p>	<p>communauté des soignants</p> <p>Par contre, inverse les rôles en ce qui concerne le rôle propre, zone de prédilection du prendre soin : infirmier aussi formé pour cela(278) alors que c'est l'aide-soignant qui est formé pour réaliser une collaboration sur des soins infirmiers</p> <p>Les lieux d'exercice peuvent aussi symboliser que la culture soignante n'est pas la culture hospitalière C35 280.282</p>
Attente vis-à-vis des formateurs	<p>C36. Je sais que j'ai rencontré une formatrice avec qui je peux vraiment échanger sur mon avenir, sur certaines choses, ..., avec certains formateurs j'attends juste un échange occasionnel sur tout et n'importe quoi, qu'il nous fasse des enseignements, des cours, qu'il nous propose des intervenants dans le cadre du module qu'il anime, quand on est en module optionnel, que ce soit une référence, une aide, moi j'aimais bien le système du tutorat parce que là on pouvait se retrouver dans un groupe, y avait un échange, pour moi un formateur quand il est responsable d'un suivi pédagogique c'est de l'écoute, un peu de conseil je</p>	<p>2 profils de formateur qu'il sollicite pour des buts différents :</p> <p>Soit ponctuels et concrets, très liés à la formation dans son contenu (ingénierie pédagogique « qu'il nous fasse des enseignements, des cours, qu'il nous propose des intervenants dans le cadre de module qu'il anime »287-288)</p> <p>Soit plus dans l'accompagnement pédagogique avec un aspect de guidance personnalisée vers l'autonomie (« nous guider sans être trop présent » 295) ce type de formateur intervient indirectement sur la sphère personnelle et nous retrouvons</p>

	<p>pense aussi, pour voir ses capacités propres, ses difficultés, ses compétences, pouvoir être remis en confiance par moment, pouvoir prendre de la distance à d'autres, c'est quelqu'un qui doit savoir nous guider sans être trop présent</p> <p>C37. sans nous donner une orientation qu'il choisira lui-même</p> <p>C38. En ce qui me concerne, moi je sais que j'ai déjà parlé avec une formatrice beaucoup, elle m'a beaucoup aidé à avancer personnellement aussi sur des choses que je voyais pas, sur des difficultés que j'arrivais pas à nommer</p> <p>C39. c'est un travail au long cours,</p>	<p>le travail sur la durée que le formateur peut réaliser de façon transversale (cf Amélie)</p>
<p>Vision du partenariat IFSI/terrains</p>	<p>C41. de ce qu'il y a comme relations entre le lieu de stage et l'IFSI ?</p> <p>C42. il y en a un, ne serait-ce parce qu'il y a des conventions de stage, là c'est sûr qu'il y a un partenariat, c'est dans les valeurs éducatives, je pense qu'il faudrait parfois rappeler aux équipes dans les services que ils ont été étudiants, de toute façon c'est dans les textes qu'il faut qu'ils apprennent aux étudiants à devenir des professionnels de</p>	<p>Pense d'emblée au devoir d'encadrement des soignants qui serait à rappeler par l'IFSI et dans les conventions de stage, et pour tous les professionnels de santé : apparaît bien là une notion de communauté soignante globale qui travaille en collaboration pour le patient (professionnels de santé 316) mais plus loin il précise « chacun ses compétences »³²³, donc une culture commune mais avec des compétences</p>

	<p>santé, je pense aussi qu'il faudrait pas que ce soit que les infirmiers et les aides-soignants qui soient alertés sur le fait qu'on est en formation, qu'il faut nous expliquer des choses, les médecins, des fois, ça dépend des services, des fois on est très bien accueilli par les médecins, on nous explique plein de choses, les internes sont très disponibles, d'autres où c'est l'inverse, c'est cette disparité qui nous trouble un peu, Je me dis, on est amené à travailler ensemble en collaboration, si on n'est pas pris en compte en tant qu'étudiant, plus tard on est autant compétent qu'eux dans un autre domaine, chacun a ses compétences, il faut qu'on soit reconnu, pas un peu ignoré.. autant en tant que professionnel qu'en tant qu'étudiant, mais relation, pour en revenir relation IFSI lieu de stage, je pense que, ce qu'on attend de nous est assez clairement défini, après je sais pas si on nous évalue d'une manière assez objective dans tout ce qui est « relation avec le patient », dans tout ce qui est « le contact », la « relation d'aide », on n'est pas trop évalué là-dessus je pense, on est évalué sur des</p>	<p>spécifiques</p> <p>IFSI est bien perçu par étudiant comme l'acteur à l'initiative du partenariat et qui doit définir le rôle des encadrants dans le cadre de la professionnalisation</p> <p>Perçoit assez clairement les attentes relatives au savoir-faire (reliées à l'évaluation notée) par contre pas assez pour ce qui est lié au prendre soin qu'il voudrait voir évalué de façon objective : comment développer cet axe et surtout dans l'objectivité ?</p> <p>Evoque un flou du cadrage sur le relationnel et le prendre soin en lien avec une volonté supposée des acteurs pour laisser libre cours à la construction de l'identité ou au contraire comme un axe négligé par les partenaires</p>
--	---	--

	<p>actes techniques qu'on sait réaliser, sur savoir prendre un patient de son entrée à sa sortie, savoir gérer des informations administratives, la collaboration avec les autres professionnels de santé, aides-soignants, médecins, assistantes sociales, on n'est pas trop...</p> <p>C43. Peut-être que c'est pour nous laisser un champ ouvert pour nous, pour nous affirmer comme on veut</p> <p>C44. Je sais pas, peut-être que c'est quelque chose qui a pas été encore pris en compte par les textes, peut-être que c'est une volonté de l'IFSI..</p> <p>C45. Pas forcément, chaque formateur a des lieux de stage dont il est responsable, chaque formateur met en place avec les lieux de stage des notions, à évaluer pendant le stage ; ce que je pense après, c'est qu'il y a des volontés pédagogiques, on affirme plus ou moins tel point de vue pédagogique, je sais pas ce qu'il en est, c'est des suppositions</p>	<p>Une perception à 2 niveaux : chaque formateur qui négocie certaines notions développées dans un lieu, et des volontés pédagogiques (343), est-ce une formulation de projet pédagogique ?</p> <p>Une opacité sur ce qui est travaillé en partenariat, sur les intentions pédagogiques en collaboration qui nécessiterait sans doute d'être plus transparente pour étudiant</p> <p>Vision très axée sur l'évaluation car C. est dans le système où il ne voit les formateurs sur les lieux de stage qu'à l'occasion de l'évaluation normative</p>
Culture professionnelle dévoilée	<p>C48. La culture professionnelle, ça dépend de la profession, ça me fait penser tout de suite au système confraternel au niveau des médecins, leur système est vraiment basé sur la fraternité,..</p>	<p>Claude associe la culture professionnelle au corporatisme, à la fraternité entre confrères</p> <p>Le terme de culture ne lui convient pas car il isole du reste de la société avec un savoir</p>

	<p>C49. Pour eux, c'est un corporatisme, culture professionnelle, pour moi je sais pas si c'est le terme de culture, pour moi ça serait une sorte de convergence professionnelle, culture pour moi ça veut dire qu'on se détache un peu de la société, qu'on reste un peu dans notre coin, qu'on est un petit peu, qu'on est soignant, qu'on a un savoir un peu à part que les autres n'ont pas, pourtant la notion de culture c'est très intéressant, parce que ça implique aussi les savoirs qu'on apprend, les savoir-faire, les savoir-être, mais là c'est plutôt culture, s'identifier au sein d'une société, ça me fait bizarre, ...si on peut parler de convergence professionnelle, y a des points sur lesquels on pourrait quand même...</p>	<p>propre, alors qu'il a développé cela avant</p> <p>Il préfère le terme de convergence car est plus rassembleur</p> <p>Identifie bien la culture par la base de connaissances sur laquelle elle repose mais c'est l'identification d'un groupe professionnel qui ne lui convient pas</p>
<p>Les valeurs soignantes, le rôle propre</p>	<p>C50. Des valeurs soignantes, qui peuvent être intéressantes, après les gens les prennent ou les prennent pas, y a des gens qui auront jamais, parce qu'ils sont, qui pourront jamais être dans ... dans la communication non verbale par exemple, être dans le toucher, des choses comme ça, je pense que c'est pas possible pour eux ; après faut faire avec les limites et les capacités de chacun,</p>	<p>Définit les valeurs essentielles pour lui par la négative</p> <p>Cette phrase résume tout à fait la formation polyvalente et aussi la formation par compétences, qui donne des bases générales transférables qui se développeront au fil des expériences et en fonction du projet professionnel « on est</p>

	<p>je pense que les projets professionnels sont là pour ça, on a chacun des compétences propres au sein d'un même métier, on est formé pour tout faire mais on peut pas tout faire concrètement. Je pense qu'il y a des gens qui sont pas faits pour aller en gériatrie auprès des personnes âgées, d'autres pour aller en pédiatrie, d'autres en psychiatrie chacun peut trouver sa place</p> <p>J'espère que ça vous a un peu ...</p>	<p>formé pour tout faire mais on peut pas tout faire concrètement »³⁷³</p> <p>Pour Claude, la formation ne peut aller contre des dispositions personnelles qui déterminent l'orientation professionnelle</p> <p>(des gens qui sont pas faits pour. ³⁷⁴)</p>
<p>La formation</p> <p>Comment acquérir la dimension professionnelle permettant de se centrer sur la personne</p>	<p>C56. C'est le plus dur à acquérir, pour moi, c'est sortir de sa centration sur soi pour passer à la centration sur l'autre, c'est ça pour moi, faut que je mûrisse, la formation, c'est mûrir là-dessus, c'est prendre des responsabilités, c'est quelque chose, quand on n'est pas habitué à en avoir, c'est pas facile de prendre des responsabilités</p> <p>C57. quand le message passe, qu'on nous dit qu'il y a des difficultés c'est en stage, pour moi, quand le message passe, qu'on s'entretient plusieurs fois et longuement avec des formateurs, c'est là qu'on arrive à analyser pourquoi on est comme ça, pourquoi on n'arrive</p>	<p>Comme un conflit intérieur qui est le centre de la formation : mûrir pour se décentrer de soi-même et se centrer sur le sujet malade (404,405), associé à la prise de responsabilité qui revient plusieurs fois dans entretien (c'est pas facile de prendre des responsabilités 407)</p> <p>le stage révèle la difficulté mais c'est l'IFSI qui permet par l'analyse réflexive de comprendre cette difficulté et pourrait amener progressivement l'étudiant à trouver cette clé(386, 430) etasser son blocage (402)</p>

	<p>pas à passer au-delà</p> <p>C58. Pour peu qu'on ait envie de bien faire les choses , y en a qui n'ont pas du tout envie d'aller vers les formateurs, qui vont pas prendre en compte ce qu'on leur dit en stage ; après je pense que c'est en fonction de ce que ça génère en nous, surtout les sentiments, des choses qu'on sent, sur lesquelles on n'est pas au clair . Toutes les difficultés qu'on peut avoir, il y a forcément une raison, quand moi je m'enrichis personnellement, que j'ai l'impression d'avancer personnellement, en tant que professionnel, j'ai l'impression d'avancer aussi , ça c'est quelque chose d'important, je pense qu'il faut travailler là-dessus , parce que par exemple on m'a alerté sur ce genre de choses en stage, on n'a pas du tout su m'expliquer les choses, on m'a juste dit « t'as des difficultés, t'arrives pas à faire les choses de manière globale », on m'a pas alerté sur le fait que c'était peut-être à cause d'un manque de centration sur le patient, du coup je me remettais pas en cause moi-même</p> <p>C59. Au fur et à mesure, on réfléchit soi-même, on nous donne quelques clés, sans...faut quand même qu'on chemine</p>	<p>Mais cela dépend de l'étudiant qui doit accepter de faire la démarche, prendre en compte ce qui lui est dit en stage puis aller en parler avec les formateurs</p> <p>Fait un lien fort entre le personnel et le professionnel, et même invoque les raisons du blocage dans la sphère personnelle ; serait-ce à dire que le formateur doit aller sur ce plan avec l'étudiant?</p> <p>En stage, pense qu'on ne fait que nommer les difficultés sans donner d'éléments possibles d'explication ; or les soignants, étant passés par ces phases, devraient pouvoir aider l'étudiant à comprendre ses</p>
--	--	---

	<p>nous , sinon c'est pas intéressant ; si on nous donne les clés, on va pas se les approprier , faut qu'on trouve les solutions nous-mêmes, des fois on est bloqué, on n'arrive pas à avancer ; je pense qu'il y a des parcours de personnes qui n'arrivent pas à passer à une étape au-dessus, qui sont bloquées dans la formation , c'est pas toujours simple, je pense qu'il faut bien analyser à quel niveau en est la personne aussi . Des fois, je ne me sentais pas du tout sur le même mode de relation avec la personne, je lui parlais de mes problèmes à un niveau et la personne en face était en décalage</p> <p>C60. Oui, c'est ça pas sur le même registre, ça fait partie de la centration sur l'autre</p> <p>C61. C'est des valeurs, c'est des choses à travailler</p> <p>C62. d'avoir des principes, après pour moi, dans la manière dont on le travaille des fois en cours, c'est assez déroutant, ça a plus trop de rapport avec ce qu'on apprend, on écoute, on essaie de s'enrichir avec les expériences des autres, mais qu'est-ce qu'on fait de ça après ? Des fois ça vient spontanément, on s'identifie, on arrive à voir des liens, à avancer</p>	<p>blocages et ne pas se contenter de faire ressortir les difficultés (rappeler aux équipes qu'ils ont été étudiants 314)</p> <p>Ambivalence car par moment souhaite avoir les clés (430) puis juste après pense qu'on ne doit pas lui donner, car c'est leur recherche qui permet leur appropriation (démarche inductive et situation problème)</p> <p>Evoque des étudiants qui ne réussissent pas à dépasser la situation et stagnent dans la formation</p> <p>Nécessité d'empathie mutuelle pour se parler au même niveau, sur le même registre (440)</p> <p>Etudiant ne voit pas toujours la finalité des cours en IFSI en ce qui concerne les valeurs fait</p>
--	---	---

	<p>avec ça, mais pas toujours, il en faut des temps de relation d'aide, c'est important, ça oblige les gens qui n'ont pas trop envie de la faire à être sensibilisé à ça, je pense que c'est important.</p>	<p>sans doute référence aux exploitations de stage où chacun s'exprime par rapport à ses expériences</p> <p>« on essaie de s'enrichir avec les expériences des autres »⁴⁴⁹</p> <p>Revient sur la relation d'aide indispensable pour l'étudiant même celui qui ne serait pas d'emblée disposé à cela</p>
--	--	--

ANNEXE 7 : entretien Amélie

1 A.1. Voilà, je vous remercie de vous prêter à cet exercice-là. Donc moi je fais un mémoire,
2 heu, je vous le situe quand même dans le cadre où c'est, je fais un master, enfin, je
3 complète un master en sciences de l'éducation, d'ingénierie en formation parce qu'y a pas
4 d'âge pour se former et puis bon c'est vrai qu'avec toutes ces évolutions de la formation,
5 c'est, c'est toujours intéressant d'aller se former tout au long de la vie, hein, et donc dans
6 ce cadre-là, je vais pas vous donner le thème de ma recherche parce que je, je vous le dirai
7 peut-être à la fin mais je ne veux pas influencer vos réponses, heu, mais j'ai rencontré des
8 formateurs, des tuteurs soignants et puis déjà un étudiant qui est de la promotion 2009 et
9 vous parce que je voulais des étudiants qui soient en fin de cursus heu puisqu'en fait je
10 vais surtout vous poser des expériences de votre vécu sur le stage principalement, donc
11 c'était plus approprié, voyez, puis là pour une fois, on s'intéresse pas qu'à la réforme
12 c'est plutôt les étudiants qui sont presque professionnels qui me, qui m'intéressent

13 **A1. D'accord**

14 A2. Alors avant qu'on commence vraiment sur les questions que je vais poser, je vais vous
15 demander de me donner quelques données pour vous identifier, votre âge, puisque c'est
16 anonyme, donc votre nom ne m'intéresse pas (rires), votre âge et votre cursus avant de
17 venir à l'IFSI ?

18 **A2. D'accord , donc moi j'ai 23 ans et donc avant de rentrer en formation j'ai fait un**
19 **bac scientifique et c'est vrai qu'à l'époque quand j'étais en terminale, moi j'hésitais**
20 **entre sage-femme et, heu, et infirmière et puis beh, les choses ont fait que j'ai**
21 **commencé à passer la première année de médecine, heu, 2 fois, et puis la deuxième**
22 **année, heu, j'ai quand même passé les concours infirmiers en parallèle et puis je suis**
23 **arrivée 23 places trop loin, donc voilà...**

24 A3. En médecine vous étiez 23 places trop loin ? où ?

25 **A3. En sage-femme**

26 A4. Ah oui, c'est ça..

27 **A4. Et puis, heu, ben j'étais prise à l'IFSI de Poitiers et finalement c'était un mal**
28 **pour un bien parce que je me rends compte que.... finalement je m'y retrouve**
29 **plus,..., en tant qu'infirmière, que, je pense, je peux que présumer, que en tant que**
30 **sage-femme, donc voilà**

31 A5. Sans doute, pourquoi, ça vous ouvre plus de

32 **A5. C'est plus varié, c'est plus heu,... je pense que c'est la variété qui fait que voilà,**
33 **parce que le souci de l'autre, la relation à l'autre, je pense que globalement ça**
34 **n'aurait pas été bien différent mais c'est dans la variété je pense , (communauté de**
35 **valeurs) donc voilà**

36 A6. Mmm, est-ce que vous aviez une connaissance du métier avant de , ..., de faire ces
37 études, comment vous pourriez dire que vous êtes arrivée là dans cette formation, parce
38 que sage-femme, médecine, infirmier bon vous étiez attirée

39 **A6. Je savais que c'était le paramédical de toute façon, mais heu, enfin le milieu**
40 **médical mais je ,... comment je sais pas, parce que je savais que je voulais pas être**
41 **médecin, ça ça m'intéressait pas du tout, et je heu...franchement je saurais pas vous**
42 **dire, je sais pas ..(rires)**

43 A7. Mmm, c'est intéressant...Bon, donc maintenant je vais en venir...je vais vous poser
44 une question vraiment qui est basée sur votre perception du stage, heu, est-ce que entre
45 vous, entre étudiants, ben vous vous dites, tiens ce stage là il s'est bien passé, ou... alors

46 *qu'est-ce qui vous amène à dire qu'un stage s'est bien déroulé, est-ce que vous pouvez me*
47 *dire ?*

48 **A7. Alors déjà l'équipe. L'équipe, l'accueil et l'encadrement , je pense que c'est**
49 **quand même une grande part, heu, une grande part du vécu du stage, heu, si on se**
50 **sent, heu, si on se sent un petit peu laissé de côté, si, hue, si on a l'impression qu'on**
51 **nous apprend pas correctement heu... que l'encadrement est, n'est pas au premier**
52 **plan, c'est vrai que, heu (silence) que, comment dire ...enfin pour moi vraiment, si je**
53 **sens que je suis bien accueillie, si je sens que la personne avec qui je suis a à cœur**
54 **d'encadrer correctement et de me transmettre vraiment heu ses connaissances, ben**
55 **c'est des facteurs qui vont faire que mon stage sera bien et je vais le conseiller à**
56 **d'autres**

57 *A8. Vous le voyez comment l'accueil de, l'accueil de l'étudiant ? est-ce que vous pouvez*
58 *me décrire un accueil qui vous a particulièrement plu ?*

59 **A8. Un accueil qui m'a particulièrement plu ...ben ne serait-ce que les 2 services de**
60 **réanimation que j'ai faits, le service de réanimation médicale et puis réanimation**
61 **pédiatrique récemment, heu, déjà l'entretien avec la cadre de santé quelques jours**
62 **avant le début du stage, je trouve ça bien de nous faire visiter un petit peu le service,**
63 **de nous présenter le personnel, heu, je trouve que ça facilite, ...les premiers jours**
64 **c'est toujours très difficile, je trouve quand on arrive en stage, qu'on soit en début de**
65 **cursus ou en fin je trouve que les premiers jours c'est toujours très difficile, mais si**
66 **on a eu avant déjà, heu, si on a été présenté à l'équipe, si on a vu un petit peu le**
67 **service je trouve que ça facilite cet accueil voilà...**

68 *A9. Oui, ça vous identifie en quelque sorte ? Vous n'êtes plus « la stagiaire » ...*

69 **A9. Oui, et puis voilà, on n'est pas complètement perdu en arrivant, on sait un petit**
70 **peu où on met les pieds et je trouve que ça facilite la prise de position, heu et la mise**
71 **en confiance pour le début du stage, voilà**

72 *A10. Et quand vous parlez de l'équipe aussi, est-ce que c'est...le...sentiment d'appartenir*
73 *à un groupe qui.. ou justement de ne pas y appartenir qui est difficile pour vous ?*

74 **A10. C'est pas que c'est difficile parce que j'ai pas eu de di.... Pour l'instant j'ai pas**
75 **eu de souci de ce côté-là, mais c'est vrai que heu...quand on se sent faire partie de**
76 **l'équipe, mais c'est aussi une position à prendre de l'étudiant , mais quand on sent**
77 **qu'on est acteur de , beh, de son stage et qu'on fait partie de l'équipe, qu'on fait en**
78 **sorte de faire partie de l'équipe, ça facilité le stage, oui, bien sûr**

79 *A11. Mmm, et là donc heu, peut-être on peut le prendre dans l'autre sens, est-ce qu' il y a*
80 *des stages vraiment où vous pouvez me dire enfin des choses qui vous ont choquée, enfin*
81 *qui vous ont fait mal vivre ce stage, particulièrement, sans me dire le lieu...(elle a l'air de*
82 *chercher) non ? tout s'est bien passé, y a pas des stages qui, où il y a des choses qui vous*
83 *ont heurtée, est-ce qu'il y a des modèles soignants par exemple qui vraiment vous ont*
84 *heurtée ?*

85 **A11. Oui...(rires)**

86 *A12. Mais vous me dites pas des noms de personnes ou de lieux, mais heu*

87 **A12. Y a eu juste une fois, heu, c'était une infirmière qui, heu , je pense qu'il y avait**
88 **plein de choses qui faisaient que voilà, peut-être pour elle venir travailler c'était plus**
89 **agréable et ça se ressentait dans ses relations avec moi, avec le reste de l'équipe, avec**
90 **les patients, et heu (silence) mais je l'ai mal vécu non plus, je veux dire, j'ai passé que**

quelques jours avec cette personne et voilà moi j'ai fait avec, je me suis adaptée et sinon globalement, moi je suis peut-être pas, enfin, tous mes stages se sont bien passés, et je,...j'ai pas de mauvaise expérience, de mauvais accueil où vraiment je me suis dit « qu'est-ce que je fais ici ? » ou...pas du tout...

A13. Ah non, mais je cherche pas à trouver forcément des défauts ! au contraire, c'est plutôt réconfortant ...Alors, comme on est sur l'accueil là, sur l'accueil du stagiaire, est-ce que vous pourriez aussi, j'aimerais qu'on s'intéresse un instant à l'accueil du patient. Voilà, maintenant vous arrivez en fin de formation, qu'est-ce qui vous semble important dans l'accueil d'un patient, puisque vous dites que pour vous c'est important, pour le patient ?

A13. Ben c'est un petit peu pareil, se présenter au patient

A14. Mmm...

A14. Et puis je pense qu'après c'est tout un savoir-être aussi être rassurant pour la personne, prendre le temps d'écouter et c'est vrai que c'est un petit peu ce que je pense, ce que j'aime retrouver dans un stage, heu, pour l'accueil d'un patient globalement c'est vrai que c'est un peu la même chose...

A15. Vous en avez fait des accueils de patients ? Est-ce que vous pouvez me dire le déroulement par exemple ?

A15. Alors ! l'accueil d'un patient...ben déjà oui, la première chose c'est de se présenter de situer déjà un petit peu la personne dans l'établissement, dans le service, l'accompagner jusqu'à sa chambre, lui présenter les différents éléments, heu, l'installer et puis surtout prendre quelques minutes pour écouter ce qu'il a à dire, parce que souvent dans les services on parle beaucoup, mais quand il y a beaucoup d'entrées c'est vrai que on explique, on explique, on explique, mais c'est bien de pouvoir écouter un peu ce que les gens ont à dire et puis c'est bien de préciser qu'on est là en, cas de besoin et que voilà

A16. Voilà c'est montrer sa disponibilité, son écoute ?

A16. Voilà, voilà, c'est...oui je pense que c'est important, même si on n'est pas forcément disponible tous les jours, mais heu, voilà, sinon au départ y aura toujours quelqu'un dans l'équipe disponible en cas d'urgence ... c'est vrai que finalement y a un énorme parallèle entre... j'avais jamais fait le lien... entre l'accueil d'un patient et l'accueil d'un étudiant, c'est vrai

A17. L'accueil, y a accueil..

A17. L'accueil tout court ...

A18. L'accueil tout court, accueillir l'autre qui est, qui est en position, ... je veux pas dire en position d'infériorité, (sens de l'hospitalité de gotman) mais en tous cas de non connaissance

A18 ? Voilà

A19. ...du milieu, du groupe

A19. Voilà

A20. Qui arrive du dehors, quoi

A20. Voilà, c'est ça, qui ne sait pas encore tout...

133 *A21. Dans votre cursus, est-ce que ça vous est arrivé de rencontrer, heu, des*
134 *professionnels, on va dire emblématiques, quoi ? vraiment, un ou une professionnelle qui a*
135 *renforcé votre projet professionnel et peut-être vous vous êtes dit peut-être « j'aimerais*
136 *ressembler à ce professionnel-là » ?*

137 **A21. Ah moi, c'est pas, ..., c'est pas les professionnels,... enfin... que je rencontre**
138 **tous les jours dans les services, enfin, ils m'apprennent énormément, c'est pas ce que**
139 **je veux dire, mais je pense que c'est plus au niveau de l'école que je me suis sentie**
140 **confortée et boostée j'ai envie de dire,**

141 *A22. Oui..*

142 **A22. C'est les professionnels**

143 *A23. On est aussi des professionnels, hein, vous parlez des professionnels du stage, mais*
144 *oui, oui*

145 **A24. C'est vrai qu'en stage ben j'apprends énormément de gestes professionnels,**
146 **mais, heu, ma motivation, quand je sens, heu, quand je sens que ça va pas trop ou**
147 **quoi, c'est vraiment les formateurs de l'école**

148 *A25. Mmm, vous pouvez m'expliquer un peu plus la ressource que ça représente pour*
149 *vous ?*

150 **A25. Heu, la ressource que ça représente pour moi...heu... silence**

151 *A26. Peut-être que vous vous souvenir un moment vous avez douté et*

152 **A26. Oui voilà c'est ça**

153 *A27. Et qu'est-ce qui s'est passé,*

154 **A27. J'ai eu un, j'ai eu un gros gros doute ben il y a à peu près un an, quoi, en entrant**
155 **en troisième année, heu, j'étais épuisée, heu, je suis assez exigeante avec moi du coup,**
156 **heu, ben j'en pouvais plus, j'étais très fatiguée et, ben je suis allée voir ma référente et**
157 **heu,**

158 *A28. Mmm*

159 **A28. ben c'est vrai que c'est quelqu'un qui m'a compris, qui a pris le temps de**
160 **m'écouter, et heu, rien que ça hein, je pense que j'avais pas besoin de grand-chose,**
161 **mais, heu, rien que ça, rien qu'une personne un peu extérieure au stage, extérieure à**
162 **ma vie personnelle, voilà, qui a un point de vue un petit peu plus objectif , heu, ben**
163 **rien que ça ça a permis de , voilà, à m'aider à remonter la pente...**

164 *A29. Mmm...*

165 **A29. Et voilà, je pense que tous les formateurs, les formateurs ont aussi ce rôle, j'ai**
166 **l'impression hein, c'est plus une figure emblématique, si je devais vous citer au cours**
167 **de mes 3 ans, moi je me souviendrai vraiment des formateurs qui ...**

168 *A30. Oui c'est que les professionnels vous les connaissez, vous les quittez..*

169 **A30. Voilà**

170 *A31. Est-ce que ça voudrait dire que la transversalité, enfin le... la connaissance sur la*
171 *distance, c'est plus les formateurs qui l'ont, quoi ?*

172 **A31. Oui, je pense, c'est dur pour quelqu'un qu'on ...enfin je veux dire. . il faudrait**
173 **vraiment pour avoir une... je vais pas y arriver**

174 *A32. Prenez votre temps*

175 **A32. Comment dire ? Pour que quelqu'un soit emblématique pour moi, il faudrait**
176 **vraiment qu'il y ait une action vraiment très très forte, qu'il se passe quelque chose**
177 **de vraiment très particulier dans un stage, pour que ça soit une personne qui reste et**
178 **qui me serve de modèle, en quelque sorte, je pense que j'ai besoin, oui, comme vous**
179 **dites, de cette transversalité parce que ...**

180 *A33. Ça peut arriver, des fois, d'avoir à un moment donné, souvent sur des situations*
181 *difficiles, heu, d'avoir heu vu des attitudes soignantes auxquelles on aurait envie de*
182 *ressembler, ou l'inverse quoi, mais vous ça vous est pas particulièrement... ?*

183 **A33. Non, non**

184 *A34. Pas arrivé, quoi ?*

185 **A34. Non mais c'est pareil, c'est vrai que j'ai un parcours assez, heu, ... assez calme**
186 **en fait**

187 *A35. (Rires)*

188 **A35. J'ai jamais, pas de souci dans les stages et ça c'est toujours bien passé, donc heu,**
189 **bon, est-ce que c'est pour ça aussi ?**

190 *A36. Oui*

191 **A36. Peut-être, je ... voilà, non mais c'est vrai qu'en figure emblématique, je**
192 **retiendrais les formateurs**

193 *A37. Est-ce que quand ils vous écoutent aussi, ils vous amènent à réfléchir à, à prendre de*
194 *la distance, à, à réfléchir à votre apprentissage par exemple, à, être dans, c'est très à la*
195 *mode, en ce moment, dans la réflexivité, quoi ?*

196 **A37. Oui, mais ça je pense que la formation en règle générale nous l'apporte, heu, je**
197 **pense que j'ai jamais autant réfléchi sur moi-même et sur tout ce que je fais depuis**
198 **que je suis entrée en formation**

199 *A38. Mmm, mmm...*

200 **A38. Je pense que ça la formation nous l'apporte déjà heu, suffisamment**

201 *A29. Et oui, j'ai une question que je voulais poser plus tard mais justement est-ce que la*
202 *formation vous pensez qu'elle vous a transformée, que sur le plan professionnel, ou sur*
203 *d'autres plans ?*

204 **A39. Ben c'est drôle parce que j'y pensais y pas longtemps à ça, je pense que je**
205 **...fondamentalement je suis restée la même personne avec les... voilà...je pense que si**
206 **je suis ici c'est parce que j'ai le souci de l'autre, j'aime tout ce qui est le prendre soin,**
207 **etc, mais, heu, je pense que la formation m'a quand même changée dans le sens**
208 **où ..heu ...je me remets bien plus en question heu...**

209 *A40. Mmm*

210 **A40. Forcément de ce fait je réfléchis plus à ...à ce que je suis, à ce qui me touche,**
211 **pourquoi est-ce que je fais les choses, pourquoi je réagis comme ça, etc, et je pense**
212 **que ça m'a aussi changée dans la mesure où j'ai quand même plus confiance en moi,**
213 **et ça c'est quelque chose que je remarque dans la vie de tous les jours aussi,**

214 *A41. Mmm*

215 **A41. Je suis quelqu'un d'assez timide et heu, je pense qu'avec la formation je me suis**
216 **quand même heu voilà, je me suis ouverte, j'ai pris un petit peu confiance et surtout**

217 **je m'adapte à énormément de situations, je ...je pensais pas pouvoir être aussi**
218 **malléable (rires)**

219 *A42. Dans le bon sens du terme !*

220 **A42. Dans le bon sens du terme ! (rires)**

221 *A43. D'accord, bon c'est intéressant, et il y a des gens autour de vous qui vous font aussi*
222 *remarquer que vous avez changé ? Qui vous trouve justement plus ouverte ?*

223 **A43. Et ben, dans ma famille, je suis plus épanouie quand même, ça va tout ensemble**
224 **la confiance, l'ouverture, c'est...je pense que ça contribue à l'épanouissement je m'y**
225 **retrouve vraiment dans cette formation dans ce sens là, oui, oui, ma famille ils me le**
226 **font remarquer, mais c'est positif, donc heu...**

227 *A44. Oui, et heu dans la continuité de ça, est-ce que vous pensez que...même pas que, sans*
228 *s'arrêter au niveau infirmier mais dans le domaine soignant, y a des valeurs, y a des*
229 *attitudes transversales quoi ? Vous avez fait beaucoup de stages, heu, qu'est-ce qui vous*
230 *semble essentiel et transparaître dans l'attitude soignante quoi, au-delà des soins quoi, des*
231 *techniques ...*

232 **A44. C'est le relationnel, c'est tout le savoir-être en fait, ben c'est ce que je vous disais**
233 **le souci de l'autre, tous ces concepts qu'on retrouve en relation d'aide, l'authenticité,**
234 **l'empathie, etc, je pense que tout ça c'est des choses que, qu'on a déjà un petit peu en**
235 **nous puis qu'on travaille au fur et à mesure et pis voilà qui ne cessent de s'améliorer**
236 **et de croître**

237 *A45. Et vous pouvez, est-ce que vous les voyez mettre en œuvre ces attitudes ? et est-ce que*
238 *vous vous pensez que vous aussi vous allez être en mesure de les mettre en œuvre dans*
239 *votre profession ?*

240 **A45. Moi j'ai toujours eu le sentiment que chaque professionnel soignant qui était**
241 **professionnel Soignant n'était pas ici par hasard, je pense queoui, je pense**
242 **que c'est des choses qu'on retrouve beaucoup dans les services**

243 *A46. Dans les services, vous avez fait un peu d'extra-hospitalier, est-ce que vous l'avez*
244 *retrouvé partout ?*

245 **A46. Oui, à domicile aussi**

246 *A47. Et là, au-delà peut-être que des infirmiers, c'est pour ça que j'évoquais, le soin au*
247 *sens large, chez les médicaux heu (rires)*

248 **A47. Disons que heu, les médecins, les internes, les externes, ils ont peut-être pas la**
249 **même ...c'est pas la même perception du patient, je pense, sans pour autant, je dis**
250 **pas qu'ils ont pas tout ce qui est souci de la personne qui est en face, hein, bien sûr**
251 **qu'ils l'ont, mais je pense qu'ils sont moins dans le domaine émotionnel que les**
252 **paramédicaux, je pense, hein, après c'est mon avis de..., et puis après c'est pareil,**
253 **c'est pas exhaustif, ça dépend des personnes, globalement, c'est ce que je ressens,**
254 **dans les personnes que je rencontre, j'ai l'impression que les paramédicaux sont plus**
255 **dans le domaine émotionnel, dans toute cette dimension que les médicaux...ils sont un**
256 **petit peu plus axés sur la technique, après c'est mon ressenti, hein, je dis pas que,**
257 **voilà**

258 *A48. Mmm, ce souci de l'autre que vous évoquez, donc c'est le care, le prendre soin, le*
259 *care voilà, il se manifeste selon vous, alors vous parlez d'écoute, heu, donc là on est dans*
260 *le relationnel, est-ce qu'il se manifeste aussi par des gestes ?*

261 **A48. Ah ben, oui, oui, oui, ...**

262 *A49. Est-ce que vous pouvez développer un peu tout ça ?*

263 **A49. Ben, le toucher**

264 *A50. Le toucher ?*

265 **A50. Oui , je suis beaucoup là-dedans, après oui, le toucher, et puis tout le non-verbal,**
266 **ne serait-ce que de sourire en entrant dans une chambre, ça se manifeste par plein de**
267 **toutes petites choses finalement, c'est pas la peine d'être, heu,...trop exubérant, c'est**
268 **plein de toutes petites choses, des petites heu , voilà qui je pense sont assez**
269 **rassurantes pour le patient, mettent en confiance et je pense que ça contribue à....à**
270 **une bonne entrée en relation**

271 *A51. Heu, si vous aviez à expliquer, heu, ..., on change un peu de registre là, heu, la*
272 *formation, ce que c'est la formation infirmière, ce que vous en avez appris à quelqu'un de*
273 *l'extérieur, ça vous arrive peut-être, on vous dit, « tiens, t'es en formation, qu'est-ce que*
274 *tu fais, est-ce que c'est bien ? », qu'est-ce que vous faites ressortir ?*

275 **A51. Heu, heu...**

276 *A52. Faut pas essayer de me faire plaisir ! (rires)*

277 **A52. Non, non, moi j'ai beaucoup apprécié la formation donc heu, je,..., c'est un petit**
278 **peu ce que je transmets, mais je transmets aussi le côté stressant de la formation, je**
279 **trouve que c'est très enrichissant, c'est sûr, c'est, voilà, on apprend plein de choses,**
280 **on apprend à réfléchir, on apprend des gestes techniques, on apprend énormément,**
281 **mais quand même, alors moi je suis stressée de nature, c'est sûr, mais je pense que**
282 **pour n'importe qui c'est quand même très intense, on nous demande quand même**
283 **beaucoup, je trouve, et voilà, et de ce fait, c'est quand même stressant, cette**
284 **formation ...et ça c'est pas quelque chose que je cache**

285 *A53. Sur le plan de la quantité de travail et aussi sur d'autres plans ?*

286 **A53. C'est même pas forcément la quantité, c'est, heu.... C'est que c'est très intense,**
287 **dès qu'on a fini quelque chose, on se remet dans autre chose, finalement, quand est-ce**
288 **qu'on décompresse ?**

289 *A54. Mmm, mmm*

290 **A54. C'est pas évident, non...**

291 *A55. Emotionnellement ? C'est intense ?*

292 **A55. Je trouve que c'est assez lié, le stress et l'émotion, ..., et puis la formation est**
293 **intense du point de vue émotionnel mais ça par contre c'est surtout par rapport au**
294 **stage je pense...voilà, on n'a pas forcément d'expérience antérieure en arrivant à**
295 **l'école, on est un petit peu,..., comment dire, quand on arrive ici, on ne s'attend pas**
296 **forcément à tout ce qu'on va voir**

297 *A56. Oui,*

298 **A56. Y a un petit peu ce côté naïf, quand on entre comme ça sans avoir trop travaillé**
299 **avant**

300 *A57. Il y a eu des moments où vous avez eu entre guillemets des chocs ? Des rencontres*
301 *dans votre formation, pas forcément de personne je veux dire, des chocs, des moments de*
302 *sidération ?*

303 **A57. Oui, ben alors, heu,..., comment expliquer ça, moi ce qui me...je sais pas**
304 **comment expliquer ça,..., comment heu, ... là où j'ai été sidérée moi, c'est dans tout**
305 **ce qui est...prise en charge aux urgences par exemple,**

306 *A58. Ah oui ? Vous avez fait un stage aux urgences ?*

307 **A58. Oui, au déchocage voilà c'est le cas de le dire, y avait des chocs, voilà, quand on**
308 **y est pas forcément préparé, quand c'est l'urgence, il faut agir très vite, c'est assez**
309 **violent, heu, oui, là oui, mais après c'est pareil, quand on réfléchit un petit peu sur ce**
310 **qu'on a fait, sur ce qu'on a vécu, etc, comment on a vécu cette situation, voilà, on**
311 **apprend à prendre du recul la-dessus aussi**

312 *A59. Et par rapport à votre, heu, vous aviez peut-être un idéal, en tous cas une vision du*
313 *métier en rentrant ici, hein, idéalisé, enfin, en tous cas virtuelle, et puis ce que vous êtes,*
314 *ce que vous allez être comme professionnel maintenant plus réel, est-ce que vous pensez*
315 *qu'il y a un écart, heu ?*

316 **A59. Alors j'ai beaucoup heu d'amies dans ma formation pour qui c'est le cas moi je**
317 **pense que je suis rentrée en formation avec un idéal assez réaliste mais surtout fait de**
318 **plein de choses .. mon idéal, c'est pas forcément une prise en charge parfaite, un**
319 **soignant parfait, c'est faire au mieux pour le patient en tenant compte de tous les**
320 **facteurs extrinsèques à la situation, du coup je suis pas spécialement, j'ai pas**
321 **l'impression d'avoir perdu mon idéal soignant, je pense qu'il a quand même évolué,**
322 **mais j'ai pas l'impression d'être si loin que ça de ce que je veux être comme**
323 **infirmière, voilà**

324 *A60. Donc vous avez pas l'impression de vous être conformée à un système ou à des*
325 *attentes au point d'en perdre vos valeurs, quoi ?*

326 **A60. Non, non, non, je sais que ça sera pas facile tous les jours mais je vais essayer**
327 **de quand même me tenir à faire les choses selon mes valeurs et à ce que j'ai envie**
328 **d'être voilà et je pense que c'est faisable, je suis peut-être un peu naïve quand je dis**
329 **ça, mais je,... j'ai pas un idéal exceptionnel**

330 *A61. Oui, c'est ça...*

331 **A61. Et je confonds pas idéal soignant et soignant parfait, je dis pas que je vais être**
332 **une soignante parfaite, mais je vais faire ce qu'il faut et en prenant en compte tout ce**
333 **qui se passe autour, je sais bien que dans les services c'est pas idéal, on voit bien tout**
334 **ce qui est organisation, de temps, de personnel, etc...mais voilà, moi je pense qu'on**
335 **peut faire au mieux pour le patient tout en faisant avec tout ça.**

336 *A62. Donc vous êtes en accord la plupart du temps avec vos valeurs, quoi ?*

337 **A62. J'ai pas l'impression de m'en éloigner plus que ça...après c'est vrai quand je**
338 **discute avec d'autres, pour eux l'idéal soignant c'était quelque chose d'idyllique et de**
339 **ce fait, elles ont un petit peu perdu cet idéal sans pour autant perdre leurs**
340 **motivations,**

341 *A63. Elles ont revu leur idéal ?*

342 **A63. Je pense qu'elles se sont adaptées à toutes les conditions qu'on trouve quand on**
343 **travaille, quoi**

344 *A64 ? Est-ce que là, maintenant que vous arrivez presque à votre terme, est-ce que vous*
345 *avez le sentiment que vous allez appartenir ou que vous appartenez déjà à un groupe, ou à*
346 *une communauté soignante ?*

347 **A64. Pour l'instant, je suis toujours étudiante infirmière, heu, je pense que je me**
348 **sentirai infirmière quand j'aurai mon diplôme entre les mains ...ça c'est peut-être**
349 **par manque de confiance en moi encore un petit peu quand même, ou par**
350 **superstition, je peux pas dire là « je suis infirmière » parce que voilà**

351 *A65. Et de l'extérieur, est-ce que vous observez quand même, est-ce que pour vous, le*
352 *monde du soin et les soignants, ça forme quand même un groupe social, heu, enfin, un*
353 *groupe, une communauté ?*

354 **A65. Oui, je pense que, oui, c'est quand même un milieu particulier, les gens ont un**
355 **regard quand même particulier sur la profession, que ce soit infirmière ou aide-**
356 **soignante, et de ce fait oui, c'est un petit peu induit par le regard de l'autre, après**
357 **dans ma vie de tous les jours, je serai fière d'être infirmière et puis voilà (rires)**

358 *A66. (rires) oui....je reviens sur ce dernier point, un groupe, une communauté, est-ce qu'il*
359 *y a des aspects négatifs au fait que ce soit un groupe ou une communauté, un jargon par*
360 *exemple?*

361 **A66. Oui voilà, c'est pour tout ça, je pense que, alors j'ai l'exemple, quand je suis**
362 **avec mes amies de l'école et qu'on est avec d'autres et qu'on se met à parler, on a des**
363 **petites anecdotes à se raconter, et, heu, c'est vrai que les gens autour ne comprennent**
364 **pas forcément ce qu'on se dit et puis en plus, nous on a un certain enthousiasme vis-à-**
365 **vis de tout ça, les gens ont parfois un petit peu de mal à comprendre...(rires)**

366 *A67. D'accord...vous avez un projet professionnel défini?*

367 **A67. J'apprécie beaucoup la réanimation, je trouve particulièrement tout ce qui est**
368 **organisation c'est des choses qui me représentent bien, je m'y suis vraiment bien**
369 **retrouvée pendant mon stage professionnel en réanimation chirurgicale, et c'est vrai**
370 **que ça me plaît beaucoup et ça me tient particulièrement à cœur ; encore que,**
371 **comme je vous le disais, tous mes stages se sont bien passés, et...à part c'est vrai en**
372 **psychiatrie parce que un petit peu particulier, c'est une autre dimension du soin,**
373 **quoi ...bref, je me suis toujours, heu...à chaque fois que je suis sortie d'un stage, je**
374 **me suis dit « tiens je pourrais travailler là »**

375 *A68. Bon, je n'ai pas d'autres questions à vous poser, je vais vous dire, hein, autour de*
376 *quoi je travaille, je travaille sur l'intégration, au cours de la formation, de la culture*
377 *professionnelle, donc, heu, culture professionnelle, ça vous évoque quoi ?*

378 **A68. La culture professionnelle ?**

379 *A69. Ça serait quoi pour vous ? la culture professionnelle soignante ?*

380 **A69. Ben déjà vous parliez tout ce qui est appartenance à un groupe**

381 *A70. Oui*

382 **A70. Ca, si on parle de culture professionnelle, forcément, c'est sûr et puis sinon, je**
383 **pense quand même à tout ce qui est IFSI, quand même ...enfin, pour moi, je suis**
384 **encore étudiante, pour l'instant, ma culture professionnelle, c'est l'IFSI**

385 *A71. Oui, l'IFSI et puis peut-être ce que ça vous a apporté, peut-être pas seulement comme*
386 *savoir-faire,*

387 **A71. Comme savoir-être, puis comme savoir ...donc voilà...**

388 *A72. Quand vous allez être soignante, vous allez quand même faire partie d'une culture ?*

389 **A72. Oui, c'est vrai...enfin, je sais pas trop comment je vais avoir l'impression... en**
390 **fait c'est un peu induit par le regard de l'autre, cette appartenance à un groupe ..**
391 **mais peut-être que c'est comme ça pour tout métier, je me rends pas trop compte ...**
392 **après c'est vrai que dans ma vie de tous les jours**

393 *A73. Oui, mais là..on peut faire partie de plusieurs groupes dans sa vie !*

394 **A73. Oui, c'est tout-à-fait ça , voilà quand je travaille je fais partie du groupe**
395 **infirmier et quand...**

396 *A74. Et voilà, ma recherche elle porte là-dessus, parce qu'au-delà de l'apport transmissif*
397 *de connaissances, de techniques, est-ce qu'on arrive, grâce au partenariat et à cette*
398 *formation en alternance, à ce que l'apprenant s'imprègne de ce qui fait une culture, les*
399 *valeurs, les attitudes, un langage, voilà*

400 **A74. Et je pense qu'à la base, enfin notre motivation, à tous, , en tous cas c'est le**
401 **patient, et le souci de ce patient ...ça je vais pas dire que c'est universel, mais quand**
402 **même je suis prête à parier que si on pose la question à n'importe qui, c'est quand**
403 **même, enfin voilà... je suis sûre que quand vous faites passer les oraux d'entrée à**
404 **l'IFSI, la plupart des étudiants disent « je veux aider les autres, je....»**

405 *A75. Oui c'est vrai*

406 **A75.Et je suis sûre que je l'ai dit moi- aussi.**

407 *A76. Je veux me sentir utile , je veux aider les autres...après, voilà, ils ont différents*
408 *contextes, parce que y en qui sont sur des projets d'humanitaire, qui ont des idéaux, des*
409 *choses très...spectaculaires on va dire, et puis les différents niveaux d'être utile et de*
410 *prendre soin d'autres ...mais c'est vrai qu'il y a une différence entre « je veux me sentir*
411 *utile », ça c'est plus tourné vers soi, que de prendre soin de l'autre*

412 **A76. C'est vrai, c'est vrai**

413 *A77. Là, c'est bien ressorti de ce qu'on a dit, c'est plutôt la centration sur l'autre, que*
414 *l'autosatisfaction (rires)*

415 **A77. Oui, voilà, mais ça contribue aussi à l'autosatisfaction en passant par**
416 **l'épanouissement, c'est, voilà...**

417

418 **Merci beaucoup**

ANNEXE 8 : séquences Amélie

Séquences Amélie, 3196 mots total, 2462 mots-pleins, 734 mots-outils, soit 23%

Séquence	Mots-pleins	
1 Présentation	A2. j'ai 23 ans avant de rentrer en formation j'ai fait un bac scientifique à l'époque quand j'étais en terminale, j'hésitais entre sage-femme et infirmière les choses ont fait que j'ai commencé à passer la première année de médecine 2 fois la deuxième année j'ai passé les concours infirmiers en parallèle je suis arrivée 23 places trop loin en sage-femme j'étais prise à l'IFSI	Hésitation entre métier du soin, opportunités
2. Motivations	A4. c'était un mal pour un bien je me rends compte que je m'y retrouve plus en tant qu'infirmière je pense je peux que présumer en tant que sage-femme A5. c'est plus varié je pense que c'est la variété qui fait le souci de l'autre, la relation à l'autre je pense que ça n'aurait pas été bien différent c'est dans la variété je pense A6. je savais que c'était le paramédical le milieu médical je sais pas je savais que je voulais pas être médecin, ça m'intéressait pas du tout je saurais pas vous dire, je sais pas	<p>Mais rationalisation car plus varié (réduction de la dissonance cognitive ?)</p> <p>Affirmation du choix du soin et pas médecin, ne sait pas dire pourquoi, y revient ensuite car trop technique</p> <p>Care : souci de l'autre, relation à l'autre,</p>
3. Perception du stage	A7. l'équipe, l'équipe, l'accueil et l'encadrement je pense que c'est une grande part, une grande part du vécu du stage si on se sent un petit peu laissé de côté si on a l'impression qu'on nous apprend pas correctement que l'encadrement n'est pas au premier plan pour moi, si je sens que je suis bien accueillie, si je sens que la personne avec qui je suis a à cœur d'encadrer correctement de me transmettre ses connaissances, c'est des facteurs qui vont faire que mon stage sera bien je vais le conseiller à d'autres	<p>Importance de l'équipe et de l'accueil, encadrement</p> <p>Bon vécu : bon accueil, une personne qui met « son cœur » dans encadrement, qui transmet</p> <p>Mauvais vécu : laissé de côté, pas au premier plan, transmission incorrecte</p> <p>Conseil aux autres étudiants pour qualité d'apprentissage</p>
4. Accueil étudiant	A8. Un accueil qui m'a particulièrement plu les 2 services de réanimation que j'ai faits, le service de réanimation médicale réanimation pédiatrique l'entretien avec la cadre de santé quelques jours avant le début du stage, je trouve ça bien de nous faire visiter un petit peu le service, de nous présenter le personnel je trouve que ça facilite les premiers jours c'est toujours très difficile, quand on arrive en stage, qu'on soit en début de cursus ou en fin les premiers jours c'est toujours très difficile, si on a eu avant, si on a été présenté à l'équipe, si on a vu un petit peu le service, je trouve que ça facilite cet accueil A9. on n'est pas complètement perdu en arrivant, on sait où on met les pieds je trouve que ça	<p>Précision de l'accueil : entretien préalable, visite, être présenté pour ne pas être anonyme et réciproque</p> <p><u>Pour</u></p> <p>Ne pas être perdu (donc repères)</p> <p>Savoir où on met les pieds !</p> <p>Se positionner</p>

	facilite la prise de position la mise en confiance pour le début du stage	<p>Etre en confiance</p> <p>Intégration au stage toujours très difficile, même en fin de formation, pour une étudiante qui affirme n'avoir jamais eu de problème en stage</p> <p>(pour ces étudiants : 15 stages différents durant la formation !)</p>
5. Appartenir au groupe	A10. C'est pas que c'est difficile j'ai pas eu de souci de ce côté-là quand on se sent faire partie de l'équipe, c'est aussi une position à prendre de l'étudiant, quand on sent qu'on est acteur de son stage qu'on fait partie de l'équipe, qu'on fait en sorte de faire partie de l'équipe, ça facilite le stage	<p>Reconnaît le rôle de l'étudiant acteur dans l'intégration au groupe, mais aussi besoin de sentir qu'on fait partie de l'équipe (x3)</p>
6. vécu de stage difficile, contre-modèle soignant	A12. juste une fois, c'était une infirmière je pense qu'il y avait plein de choses qui faisaient que pour elle venir travailler c'était plus agréable ça se ressentait dans ses relations avec moi, avec le reste de l'équipe, avec les patients je l'ai pas mal vécu non plus j'ai passé que quelques jours avec cette personne, j'ai fait avec, je me suis adaptée sinon globalement tous mes stages se sont bien passés j'ai pas de mauvaise expérience, de mauvais accueil où je me suis dit « qu'est-ce que je fais ici ? »	<p>Position empathique pour expliquer attitude négative infirmière</p> <p>Aborde notion d'usure professionnelle, donc non dirigé contre elle mais intrinsèque à la personne, ce qui lui permet de supporter la situation, surtout parce qu'elle était limitée dans le temps</p> <p>Accueil repris et associé à mauvaise expérience, si mauvais accueil, elle peut se demander ce qu'elle peut bien apprendre</p>
7. Accueil du patient	A13. c'est un petit peu pareil, se présenter au patient A14. je pense que c'est tout un savoir-être être rassurant pour la personne, prendre le temps d'écouter c'est ce que je pense, ce que j'aime retrouver dans un stage pour l'accueil d'un patient globalement c'est un peu la même chose A15. l'accueil d'un patient la première chose c'est de se présenter, de situer la personne dans l'établissement, dans le service, l'accompagner jusqu'à sa chambre, lui présenter les différents éléments, l'installer, prendre quelques minutes pour écouter ce qu'il a à dire, souvent dans les services on parle beaucoup, quand il y a beaucoup d'entrées, on explique, on explique, on explique, c'est bien de pouvoir écouter un peu ce que les	<p>Accueil patient induit par intervieweur, fait rapidement au fil du discours, l'analogie avec l'accueil de l'étudiant ; on peut se demander pourquoi elle dit « c'est pareil » au début, sans doute inconsciemment le perçoit-elle, puis, c'est la même chose, pour aboutir à « énorme parallèle »</p> <p>Relié au sens de l'hospitalité car accueillir l'autre qui ne sait pas encore</p>

	<p>gens ont à dire, c'est bien de préciser qu'on est là en cas de besoin.</p> <p>A16. Je pense que c'est important, même si on n'est pas forcément disponible tous les jours sinon au départ y aura toujours quelqu'un dans l'équipe disponible en cas d'urgence finalement y a un énorme parallèle entre j'avais jamais fait le lien entre, j'avais jamais fait le lien, l'accueil d'un patient et l'accueil d'un étudiant</p> <p>A17. l'accueil tout court</p> <p>A20. l'autre qui ne sait pas encore tout</p>	<p>Met en lien activité du service, et le fait de parler sans écouter, ce qui n'est pas dans le prendre soin : répétition de « on explique » 3 fois, comme si l'autre ne pouvait que recevoir passivement et n'avait rien à donner (Mauss)</p> <p>Elle minimise cependant l'écoute (un peu, disponible en cas d'urgence), comme si elle était déjà dans cette réalité comme une évidence</p> <p>Ressortent toutes les dimensions du care : écoute, accueil, présentation, présence discrète, accompagner, disponibilité, rassurer</p> <p>Ecoute discrète en respectant le rythme et le désir de l'autre</p>
8. Professionnel emblématique	<p>A21. c'est pas les professionnels que je rencontre tous les jours dans les services, ils m'apprennent énormément, c'est pas ce que je veux dire, c'est plus au niveau de l'école que je me suis sentie confortée et boostée,</p> <p>A22. c'est les professionnels,</p> <p>A24. en stage j'apprends énormément de gestes professionnels, ma motivation, quand je sens que ça va pas trop c'est vraiment les formateurs de l'école,</p> <p>A25. la ressource que ça représente pour moi, A27. j'ai eu un gros gros doute il y a à peu près un an en entrant en troisième année, j'étais épuisée, je suis assez exigeante avec moi, j'en pouvais plus, j'étais très fatiguée, je suis allée voir ma référente</p> <p>A28. c'est quelqu'un qui m'a compris, qui a pris le temps de m'écouter, rien que ça, je pense que j'avais pas besoin de grand-chose, rien que ça, rien qu'une personne un peu extérieure au stage, extérieure à ma vie personnelle, qui a un point de vue un petit peu plus objectif, rien que ça, ça a permis de m'aider à remonter la pente A29. je pense que tous les formateurs, les formateurs ont aussi ce rôle, j'ai l'impression c'est plus une figure emblématique, si je devais vous citer au cours de mes 3 ans, je me souviendrai vraiment</p>	<p>D'emblée écarte les soignants puis explique pourquoi</p> <p>Distingue les rôles de chaque acteur de l'alternance :</p> <p>Soignant : apprendre des gestes professionnels, le métier, des connaissances (3)</p> <p>Formateur : motivation, être conforté dans ses études quand doute, épuisement, de plus en position méta, extérieure au stage où elle est plus professionnelle et à sa vie personnelle, donc objective (sans jugement ?)</p> <p>Ils sont une ressource transversale qu'elle va solliciter spontanément</p> <p>Nous retrouvons les attitudes du prendre soin chez les formateurs : compréhension, écoute, des petites choses (rien que ça x</p>

Soignant ?	<p>des formateurs.</p> <p>A31. Je pense c'est dur pour quelqu'un,</p> <p>A32. pour que quelqu'un soit emblématique pour moi, il faudrait vraiment qu'il y ait une action vraiment très très forte, qu'il se passe quelque chose de vraiment très particulier dans un stage, pour que ça soit une personne qui reste qui me serve de modèle, je pense j'ai besoin de cette transversalité,</p> <p>A34. non j'ai un parcours assez calme</p> <p>A35. J'ai pas de souci dans les stages ça c'est toujours bien passé, est-ce que c'est pour ça aussi ?</p> <p>A36. non c'est vrai qu'en figure emblématique, je retiendrai les formateurs</p>	<p>4)</p> <p>Etre emblématique : fort pour elle, provient de faits très marquants, être un modèle donc pas assez de temps en stage pour le percevoir ?</p> <p>(stage plus long pourrait-il le permettre ?)</p> <p>Associe l'événement fort qui pourrait faire apparaître le soignant emblématique à une situation problème, dans un stage qui ne serait pas calme, comme si un fait marquant et associé à la difficulté était indispensable</p> <p>Revient 3 fois sur le formateur emblématique</p>
9.Réflexivité	<p>A37. Je pense la formation en règle générale nous l'apporte, je pense j'ai jamais autant réfléchi sur moi-même et sur tout ce que je fais depuis que je suis entrée en formation,</p> <p>A38. la formation nous l'apporte déjà suffisamment</p>	<p>Reconnaît la réflexivité même si n'est pas dans le programme 2009</p> <p>Par contre, nous n'avons pas assez approfondi ce qu'elle entend par « formation » :IFSI ou IFSI+stage ?</p> <p>Concerne en tous cas ce qu'elle est et ce qu'elle fait, qu'elle distingue bien</p>
10. Transformations liées à la formation	<p>A39. j'y pensais y pas longtemps à ça fondamentalement je suis restée la même personne, je pense si je suis ici c'est parce que j'ai le souci de l'autre, j'aime tout ce qui est le prendre soin, je pense que la formation m'a quand même changée dans le sens où je me remets bien plus en question,</p> <p>A40. de ce fait je réfléchis plus à ce que je suis, à ce qui me touche, pourquoi est-ce que je fais les choses, pourquoi je réagis comme ça, je pense que ça m'a aussi changée, j'ai plus confiance en moi, ça c'est quelque chose que je remarque dans la vie de tous les jours,</p> <p>A41. je suis quelqu'un d'assez timide, je pense qu'avec la formation je me suis ouverte, j'ai pris un petit peu confiance surtout je m'adapte à énormément de situations je pensais pas pouvoir être aussi malléable,</p>	<p>Généralisation de son changement en terme d'ouverture(x2), de confiance en elle(x3), adaptabilité (malléable), épanouissement (x2) à tout ce qui la constitue et dans tous les domaines (profess., Perso. Familialx2) (socialisation secondaire)</p> <p>Revient sur réflexivité, remise en question grâce à la formation</p>

	<p>A42. dans le bon sens du terme,</p> <p>A43. dans ma famille, je suis plus épanouie, ça va tout ensemble la confiance, l'ouverture, je pense que ça contribue à l'épanouissement, je m'y retrouve vraiment dans cette formation dans ce sens là, oui, ma famille ils me le font remarquer, c'est positif</p>	<p>Même si reste « la même personne » (socialisation primaire) le mot « fondamentalement » atteste de cette base qu'elle assimile au prendre soin et souci de l'autre, comme un facteur précurseur du désir d'être infirmière</p> <p>Changements vécus comme positifs par elle et par son entourage</p>
11. Valeurs transversales soignantes	<p>A44. C'est le relationnel, c'est tout le savoir-être, c'est ce que je vous disais le souci de l'autre, tous ces concepts qu'on retrouve en relation d'aide, l'authenticité, l'empathie, je pense que c'est des choses qu'on a déjà un petit peu en nous, qu'on travaille au fur et à mesure, qui ne cessent de s'améliorer et de croître,</p> <p>A45. j'ai toujours eu le sentiment que chaque professionnel soignant qui était professionnel soignant n'était pas ici par hasard, c'est des choses qu'on retrouve beaucoup dans les services</p> <p>A46. à domicile aussi,</p> <p>A47. les médecins, les internes, les externes, ils ont peut-être pas la même perception du patient, je pense, je dis pas qu'ils ont pas tout ce qui est souci de la personne qui est en face, bien sûr qu'ils l'ont, je pense qu'ils sont moins dans le domaine émotionnel que les paramédicaux, c'est mon avis c'est pas exhaustif, ça dépend des personnes, globalement, c'est ce que je ressens, dans les personnes que je rencontre, j'ai l'impression que les paramédicaux sont plus dans le domaine émotionnel, dans toute cette dimension que les médicaux, ils sont un petit peu plus axés sur la technique, c'est mon ressenti</p>	<p>Professionnalisation car valeurs du soin se développent en continu</p> <p>Perception spécifique des paramédicaux car médicaux sont plus techniques et moins émotionnels(x2) , mais vision modulée(ça dépend des personnes, les personnes que je rencontre), plutôt sur une échelle de grandeur et ne veut pas généraliser(on retrouve peut-être explication du choix param. du début)</p> <p>Se positionne encore plus sur ce domaine des valeurs (mon avis, je ressens, sentiment)</p> <p>Valeurs du prendre soin ressortent à nouveau :</p> <p>Relation, savoir-être, souci de l'autre, relation d'aide, authenticité, empathie,</p> <p>Revient l'idée d'un capital préalable qui ne demande qu'à être développé(choses qu'on a en nous, pas par hasard), notion de développement progressif (au fur et à mesure, s'améliorer et croître)</p>
12. Le care dans les gestes	<p>A48.Oui, oui, oui,</p> <p>A49. le toucher</p>	<p>Retour sur définition du care dans les gestes :</p>

	<p>A50. je suis beaucoup là-dedans, le toucher tout le non-verbal, sourire en entrant dans une chambre, ça se manifeste par plein de toutes petites choses, c'est pas la peine d'être, trop exubérant, c'est plein de toutes petites choses, des petites qui je pense sont assez rassurantes pour le patient, mettent en confiance je pense que ça contribue à une bonne entrée en relation</p>	<p>Toucher (x2), non verbal, sourire(attitudes), sans envahir (exubérant, entrée en relation), rassurant, toutes petites choses(x3) de Hesbeen</p> <p>Le terme « contribue » laisse entrevoir cette complexité de Morin, un tissu de petites choses qui font une relation et le prendre soin</p>
12. Ce qu'est la formation infirmière	<p>A52. j'ai beaucoup apprécié la formation, c'est ce que je transmets, je transmets aussi le côté stressant de la formation, je trouve que c'est très enrichissant, on apprend plein de choses, on apprend à réfléchir, on apprend des gestes techniques, on apprend énormément, je suis stressée de nature, je pense que pour n'importe qui c'est très intense, on nous demande beaucoup, je trouve que c'est quand même stressant, cette formation c'est pas quelque chose que je cache,</p> <p>A53. c'est pas forcément la quantité, c'est très intense, dès qu'on a fini quelque chose, on se remet dans autre chose, quand est-ce qu'on décomprime ?</p> <p>A54. C'est pas évident,</p> <p>A55. c'est assez lié, le stress et l'émotion, la formation est intense du point de vue émotionnel, ça c'est surtout par rapport au stage, je pense on n'a pas forcément d'expérience antérieure en arrivant à l'école, on est un petit peu quand on arrive ici, on ne s'attend pas forcément à tout ce qu'on va voir ; A56. Y a un petit peu ce côté naïf, quand on entre comme ça sans avoir trop travaillé avant</p>	<p>Commence par dire qu'elle a apprécié (biais peut-être de ma fonction)</p> <p>Autres éléments positifs : enrichissant, apprendre :</p> <p>beaucoup (enrichissant, plein choses, énormément), réfléchir(en premier)</p> <p>gestes techniques</p> <p>vécu plus difficile, sans être présenté comme négatif :</p> <p>stressant</p> <p>ambivalence par rapport à l'émotion : présentée avant comme positive et même essentielle à la profession, le « plus » des paramédicaux, lien avec stress(x4) qui en est son versant difficile, comme un tribut à payer</p> <p>même chose pour intensité</p> <p>le fait de ne pas pouvoir se poser, de ne jamais finir et donc sous pression constante (on retrouve des griefs des professionnels, véga)</p> <p>sur ce point, relie le stress au stage et au choc, naïveté(davis) à l'arrivée en formation (utilise un « on » soudain, dans lequel elle semble s'inclure)</p>
13. Chocs ?	<p>A57. Oui, je ne sais pas comment expliquer ça, là où j'ai été sidérée moi, c'est dans tout ce qui est</p>	<p>Reprise du « choc » (sidéré utilisé par moi)</p>

	<p>prise en charge aux urgences,</p> <p>A58. au déchocage c'est le cas de le dire, y avait des chocs, quand on y est pas forcément préparé, quand c'est l'urgence, il faut agir très vite, c'est assez violent là oui, après c'est pareil, quand on réfléchit un petit peu sur ce qu'on a fait, sur ce qu'on a vécu, comment on a vécu cette situation, on apprend à prendre du recul là-dessus aussi</p>	<p>Par rapport à une situation qu'elle recherche dans son projet</p> <p>Reprend la notion de surprise, de non préparation à la confrontation qui est vécue comme violente</p> <p>Retrace de façon descriptive, comment la démarche réflexive amène à dépasser ce choc (explicitation, analyse)</p>
<p>14. Ecart idéal-réel ?</p> <p>Valeurs tenables ?</p>	<p>A59. j'ai beaucoup d'amies dans ma formation pour qui c'est le cas, moi je pense que je suis rentrée en formation avec un idéal assez réaliste, fait de plein de choses, mon idéal, c'est pas forcément une prise en charge parfaite, un soignant parfait, c'est faire au mieux pour le patient en tenant compte de tous les facteurs extrinsèques à la situation, j'ai pas l'impression d'avoir perdu mon idéal soignant, je pense qu'il a quand même évolué, j'ai pas l'impression d'être si loin que ça de ce que je veux être comme infirmière,</p> <p>A60. non, je sais que ça sera pas facile tous les jours, je vais essayer de me tenir à faire les choses selon mes valeurs, à ce que j'ai envie d'être, je pense que c'est faisable, je suis peut-être un peu naïve quand je dis ça, j'ai pas un idéal exceptionnel,</p> <p>A61. je confonds pas idéal soignant et soignant parfait, je dis pas que je vais être une soignante parfaite, je vais faire ce qu'il faut en prenant en compte tout ce qui se passe autour, je sais que dans les services c'est pas idéal, on voit bien tout ce qui est organisation, de temps, de personnel, je pense qu'on peut faire au mieux pour le patient tout en faisant avec tout ça,</p> <p>A62. j'ai pas l'impression de m'en éloigner plus que ça quand je discute avec d'autres, pour eux l'idéal soignant c'était quelque chose d'idyllique, de ce fait, elles ont perdu cet idéal sans pour autant perdre leurs motivations,</p> <p>A63. je pense qu'elles se sont adaptées à toutes les conditions qu'on trouve quand on travaille</p>	<p>Gestion de l'écart</p> <p>Pour elle d'emblée assez réaliste ce qui lui a évité des désillusions comme à d'autres (idyllique)</p> <p>(pas l'impression d'avoir perdu son idéal x3)</p> <p>Ne vise pas la perfection (x3)(qu'est-ce que la perfection pour elle, je ne l'ai pas approfondi)</p> <p>Définit son idéal : agir selon ses valeurs, ce qu'elle veut être, pour le patient(x2), mais dans un contexte qu'elle sait difficile (plutôt des facteurs d'organisation)</p> <p>Professionnalisation serait : s'adapter aux conditions du contexte tout en gardant ses valeurs ? mais pour ceux qui avaient un idéal trop loin du contexte, plus de perte et adaptation plus fonctionnelle (davis dernier stade)</p>
<p>15. Sentiment d'appartenir à la communauté soignante ?</p>	<p>A64. Pour l'instant, je suis toujours étudiante infirmière, je pense que je me sentirai infirmière quand j'aurai mon diplôme entre les mains c'est peut-être par manque de confiance en moi encore</p>	<p>Différents éléments en peu de mots :</p>

	<p>un petit peu ou par superstition, je peux pas dire là « je suis infirmière »,</p> <p>A65. je pense que c'est quand même un milieu particulier, les gens ont un regard particulier sur la profession, que ce soit infirmière ou aide-soignante, c'est un petit peu induit par le regard de l'autre, après dans ma vie de tous les jours, je serai fière d'être infirmière</p>	<p>Appartenance à la communauté vient de l'extérieur : le diplôme (reconnaissance de l'Etat, institutionnelle), la collectivité (les gens), regard particulier que je n'ai pas approfondi (+ ou -)</p> <p>De l'intérieur, c'est une fierté personnelle au quotidien</p>
16. Aspects négatifs de la communauté	<p>A66. Oui, je pense, j'ai l'exemple, quand je suis avec mes amies de l'école, qu'on est avec d'autres, qu'on se met à parler, on a des petites anecdotes à se raconter, les gens autour ne comprennent pas forcément ce qu'on se dit nous on a un certain enthousiasme vis-à-vis de tout ça, les gens ont parfois un petit peu de mal à comprendre</p>	<p>Peu d'éléments</p> <p>Notion de groupe qui a un langage commun qui peut exclure les autres, mais pas délibérément, plutôt par le plaisir d'évoquer son métier</p>
17. Projet professionnel ?	<p>A67. J'apprécie beaucoup la réanimation, je trouve particulièrement tout ce qui est organisation c'est des choses qui me représentent bien, je m'y suis vraiment bien retrouvée pendant mon stage professionnel en réanimation chirurgicale, ça me plaît beaucoup, ça me tient particulièrement à cœur, tous mes stages se sont bien passés à part en psychiatrie, un petit peu particulier, c'est une autre dimension du soin, à chaque fois que je suis sortie d'un stage, je me suis dit « tiens je pourrais travailler là »</p>	<p>Je suis surprise de son choix (voir lecture flottante) mais prendre soin a sa place avec organisation</p> <p>Association psychiatrie/prendre soin, relation apparaît comme un préjugé grâce à l'expression de celle qui le vit</p> <p>Je n'ai pas approfondi ce qu'elle entend par « autre dimension du soin » (interprétation : relation est de l'ordre thérapeutique donc dissociée du « prendre soin » valeur ?)</p> <p>On retrouve sa transversalité</p>
18. Thème culture professionnelle dévoilé	<p>A68. La culture professionnelle ?</p> <p>A69. tout ce qui est appartenance à un groupe,</p> <p>A70. si on parle de culture professionnelle, je pense à tout ce qui est IFSI, pour moi, je suis encore étudiante, pour l'instant, ma culture professionnelle, c'est l'IFSI</p> <p>A71. Comme savoir-être, comme savoir,</p> <p>A72. c'est un peu induit par le regard de l'autre, cette appartenance à un groupe, peut-être que c'est comme ça pour tout métier, je me rends pas trop compte dans ma vie de tous les jours ?</p> <p>A73. quand je travaille je fais partie du groupe</p>	<p>Associe culture professionnelle à la notion de groupe auquel on appartient et pour elle, cela me semble logique, c'est le groupe d'étudiant tant qu'elle est en formation</p> <p>Elle peut se sentir appartenir au groupe infirmier quand elle travaille</p> <p>La légitimité vient donc de</p>

	infirmier, A74. je pense qu'à la base, notre motivation, à tous, c'est le patient, le souci de ce patient, je vais pas dire que c'est universel, je suis prête à parier que si on pose la question à n'importe qui, je suis sûre que quand vous faites passer les oraux d'entrée à l'IFSI, la plupart des étudiants disent « je veux aider les autres» je suis sûre que je l'ai dit moi- aussi.	l'extérieur Recentre sur les valeurs du soin (souci de l'autre) qu'elle pense commune à tous les étudiants et infirmiers ; m'engage dans cette idée et se réfère très judicieusement à la sélection
19. Se sentir utile pour soi ou pour les autres ?	A75. ça contribue aussi à l'autosatisfaction en passant par l'épanouissement,	

ANNEXE 9 : entretien Bernard

1 *B1. Donc merci d'avoir accepté de vous prêter à cet exercice, avant de passer vraiment à*
2 *l'entretien je vais vous demander quelques données administratives qui vont vous situer.*
3 *Alors, votre âge si c'est pas indiscret?*

4 **B1. 54 ans**

5 *B2. 54 ans, votre ancienneté dans le métier?*

6 **B2. 6 ans**

7 *B3. 6 ans. Et votre cursus alors justement avant d'arriver à l'entretien?*

8 **B3. Mon cursus, donc j'ai passé mon certificat d'études, j'ai travaillé comme apprenti**
9 **dans une entreprise d'électricité et de transformation de matières plastiques, j'ai**
10 **passé un CAP d'électricien et un CAP d'électronique, et sous possibilité de promotion**
11 **on va dire il fallait développer des compétences plus pointues en électronique donc**
12 **j'ai fait un BEP d'électronique et comme ça n'aboutissait pas, je me suis aperçu que**
13 **j'accumulais des diplômes, des compétences mais qui y avait pas tellement d'intérêt,**
14 **d'intérêt ; donc sur les conseils à l'époque c'était le directeur d'atelier, il m'avait**
15 **préconisé de faire plutôt un parcours universitaire ce que je pouvais pas faire parce**
16 **que moi j'avais pas été, j'avais ... rentré comme préprofessionnel à 14 ans en**
17 **entreprise, donc j'ai passé ce qu'on appelait l'ESEU à l'époque et ça m'a permis**
18 **comme ça d'accéder au conservatoire national des arts et métiers à Lille**

19 *B4. Ah, oui d'accord*

20 **B4. Donc j'ai fait, comme les mathématiques et la physique ça m'intéressaient, donc**
21 **j'ai fait 2 unités, j'ai fait maths gén¹ et maths gén² et comme ça allait une fois**
22 **qu'on avait maths gén¹, maths générales 1, on pouvait faire physique fondamentale,**
23 **donc j'ai commencé la physique fondamentale et la deuxième année de**
24 **mathématiques générales, et là c'était trop à gérer là, c'était trop à gérer car moi je**
25 **faisais de 5 heures à 1 heure et les cours c'était le soir, y a une espèce de, avec le recul**
26 **de burn-out, quoi, d'effondrement et donc là j'ai laissé tomber et je me suis inscrit à**
27 **l'école d'infirmière parce que parmi mes amies les filles que je connaissais, il y avait**
28 **une fille qui était aide-soignante et qui m'a dit qu'elle comprenait pas pourquoi,...**
29 **donc j'ai préparé comme ça le concours et j'ai été accepté, voilà j'ai été accepté, alors**
30 **qu'initialement j'aurais voulu travailler en psychiatrie donc j'avais fait le concours**
31 **en psychiatrie et j'avais pas été reçu en psychiatrie par contre j'avais été reçu au DE**
32 **donc j'ai fait le DE, honnêtement parce que j'avais été, alors que ça avait été..**

33 *B5. Ah bon, je pensais plutôt l'inverse...;*

34 **B5. Et oui, exactement, exactement ; et j'ai travaillé très peu de temps à l'hôpital, j'ai**
35 **travaillé 6 mois à l'hôpital de Roubaix et ça me convenait pas du tout, j'étais pas à**
36 **l'aise, et encore à l'époque c'était rien, y avait une pyramide, y avait une hiérarchie,**
37 **c'est pas au niveau de l'autorité quoi, c'était une administration qui était lourde,**
38 **lourde, lourde et donc j'étais pas à l'aise et donc je me suis installé en libéral à**
39 **Roubaix pendant 6 mois avec un collègue qui était déjà installé, j'ai travaillé en ville**
40 **c'était pas trop mon truc, c'était des actes, des actes donc je suis venu m'installer**
41 **dans la région Poitou-Charentes du côté de C., et j'ai monté une clientèle, je suis resté**
42 **plus de 21 ans en libéral quoi, je me suis installé tout seul et au bout de 4 ans je me**
43 **suis associé avec une fille qui cherchait donc j'ai travaillé en association et quand mon**
44 **associée là, pour des raisons, maintenant je comprends, elle pouvait plus c'est trop**
45 **difficile, on a cherché un remplaçant, on a cherché un remplaçant, y a des filles qui**
46 **sont venues, ben**

47 *B6. Oui et puis en campagne c'est vrai qu'il y a les déplacements...*

48 **B6.** Oui nous on avait autant de temps chez le patient qu'en voiture, c'était
49 pharamineux, c'était pharamineux, les filles n'ont pas voulu reprendre le relais
50 derrière elle et moi je pouvais pas assumer tout seul la clientèle, j'avais fait déjà, je
51 savais ce que c'était, j'avais eu 2 accidents dont un grave donc c'était hors de
52 question que je prenne le risque d'un accident de voiture donc s'est posée la question
53 de ben qu'est-ce que je vais faire, quoi et j'ai voulu revenir à la source, à la base, j'ai
54 écrit à L. comme ça, alors que j'avais aucune expérience en psychiatrie,

55 *B7. C'est ça, votre premier projet*

56 **B7.** Absolument, absolument et voilà c'est dans ce cadre là que je suis entré à L. et
57 très vite ça m'a passionné dans le sens où on était sur autre chose que sur les soins
58 généraux, c'est ce que je dis toujours aux élèves, les seuls moments où j'ai été en
59 difficulté c'est en psychiatrie ça a jamais été en soins généraux, j'avais toujours une
60 réponse, c'était très sécurisant, c'était ...

61 *B8. Oui, c'est sûr*

62 **B8.** ... et en entretien on est toujours seul et on prend conscience de la dimension de
63 l'autre quoi, des responsabilités qui se posent dans un entretien, jusqu'où on peut
64 aller en entretien, ce que ça nous renvoie, est-ce qu'on s'autorise...y a tout un
65 questionnement avant l'entretien et dans l'accompagnement de l'entretien qui
66 nécessite vraiment une réflexion très profonde et très introspective que les jeunes
67 étudiantes n'ont pas et c'est dommage, c'est vraiment dommage parce que voilà
68 mon parcours, après quand je suis arrivé à L., et moi comme je travaillais en libéral,
69 à l'époque je faisais un 4/2, donc temps complet 4/2, et moi je savais pas ce que c'était
70 d'avoir des congés, quoi, j'ai commencé à être mal, je tournais en rond

71 *B9. Ah oui parce qu'en libéral, vous travailliez...*

72 **B9.** voilà honnêtement au début j'aimais beaucoup, ça me plaisait et il me manquait
73 quelque chose quoi, donc je me suis inscrit à la fac à Poitiers, là et j'ai fait une licence
74 à ce moment-là, j'ai fait une licence sur un an là en sciences sanitaires et sociales et je
75 l'ai jumelée avec une UE d'éthique hein et après j'ai continué un peu parce que les
76 mathématiques, c'est curieux ça me reste toujours, donc j'ai fait un DU à Bordeaux
77 en statistique et en santé publique, voilà; là maintenant je commence un peu à
78 m'ennuyer, honnêtement je commence un peu à m'ennuyer

79 *B10. Vous allez recommencer quelque chose*

80 **B10.** Voilà, c'est parti, je sais que c'est parti, je me connais donc j'ai reçu les dossiers,
81 ma femme elle lève les bras au ciel, ça fait 4 ans, je peux pas rester à rien faire, y a
82 toujours un truc, je sais pas, je continuerai peut-être pas mais c'est vrai qu'à l'âge
83 que j'ai...

84 *B11. Bah, je vous comprends parce que j'en ai 53 bientôt et je suis en train de refaire des*
85 *études aussi tout en travaillant quoi,*

86 **B11.** Oui, mais je crois que c'est lié aussi à la nouvelle disposition je crois..

87 *B12. Oui, mais il y a aussi le plaisir de rechercher, d'étudier,..*

88 **B12.** Voilà, c'est passionnant, c'est passionnant

89 *B13. Aller voir ailleurs, quoi.*

B13. Tout-à-fait moi je crois que c'est une façon de rencontrer d'autres personnes, d'autres expériences et puis c'est un nouveau challenge et on ouvre un autre horizon, on ouvre, en fin de compte quand on connaît pas les choses paraissent simples, au plus on s'intéresse au plus c'est compliqué et c'est vrai que je me suis aperçu de ça dans la relation à l'autre quand en analyse sommaire les choses paraissent simples et en fin de compte c'est excessivement difficile

B14. Oui, chaque cas, chaque rencontre, chaque personne

B14. Et oui, c'est excessivement difficile, et pourquoi j'ai fait justement cette licence, c'est que je comprenais pas trop comment fonctionnait l'hôpital, je comprenais pas du tout cette truc administrative, je peux donner des exemples sur l'informatique, on était en panne, il fallait faire un bon qui passait au cadre qui montait ...

B15. Rires

B15. Donc ça faisait 2 jours qu'on était en panne et malheureusement il y avait pas longtemps que j'étais là, je me suis pas rendu compte, moi j'ai téléphoné au service informatique, ils m'ont dépanné au moment où le cadre il rentre il m'a demandé « mais qu'est-ce que tu fais » moi j'ai dit « ils ont dépanné », mais c'est là qu'il m'a expliqué « mais B. c'est pas comme ça » et quand il m'expliquait le circuit j'étais...c'était apocalyptique, c'était Kafka, c'était Ionesco, c'était, c'était incroyable quoi, je m'aperçois qu'à tous les niveaux ça fonctionne comme ça, chacun son pré-requis, attention marche pas sur mes plates-bandes, et...

B16. C'est le territoire quoi

B16. Oui, le territoire tout à fait, des territoires, je ne vais pas m'étendre plus...

B17. Oui, mais ça a toujours des liens avec, heu, et votre, votre, vous disiez au début que vous vouliez aller en psychiatrie, qu'est-ce qui faisait que vous étiez attiré par ça?

B17. Quand je travaillais dans cette entreprise, là aussi c'était un peu..., le directeur des soins de l'hôpital St-Antoine à l'époque c'était le frère de qui je travaillais et effectivement il comprenait pas pourquoi je restais là quoi avec ce que j'avais comme parcours, effectivement j'aurais pu rester là encore 10 ans, 15 ans je voulais pas une position sociale je m'en fous mais à l'époque j'avais des projets, je voulais me marier, je voulais gagner un peu d'argent et c'était pas possible quoi, voilà parce que les gens qui occupaient les postes ils avaient des compétences un peu moindres, donc c'était impossible et donc il m'avait dit ben ...donc je me suis orienté en psychiatrie parce que effectivement son frère qui était là dedans, directeur des soins, faut être con quand on est jeune, je me suis dit directeur des soins, ça va être qu'une formalité, je me souviens à l'époque, comme j'avais pas le BAC j'ai dû prendre des cours au CNED parce que j'y connaissais rien en anatomie, en physiologie, donc j'ai pris des cours 6 mois au CNED pour me préparer et j'étais tombé je me souviens sur le cycle ovarien et puis en anatomie c'était l'œil, donc j'étais en grande difficulté, sur l'œil ça avait été mais sur le cycle ovarien j'étais catastrophé et donc on était dans une grande salle, il y avait des filles de part et d'autres sur les côtés et donc j'étais en difficulté et je demande à ma collègue à côté, tu sais faire? Et là une réaction incroyable, elle se met comme ça (me fait le signe de cacher sa copie) je me suis dit « là je suis cuit »

B18. Cacher sa copie...

B18. Alors je pensais que c'était plié, et là, incroyable, quand je raconte cette anecdote, la fille qui était devant nous à qui j'avais rien demandé parce que je voulais

135 pas la déranger elle se lève, et au moment où elle se lève pour aller donner sa copie,
136 elle se retourne et elle me donne son brouillon !

137 *B19. Ah oui!*

138 **B19.** Et donc là, ça a été et après bien entendu, à l'époque on avait aussi une épreuve
139 de mathématique et de physique hein et là j'étais sur mon terrain et voilà et donc il y
140 avait toutes ces épreuves là, et j'ai pas été accepté, on avait eu un texte, je me
141 souviens de Pablo Neruda, il fallait faire un commentaire de ce texte et le problème,
142 j'ai beaucoup de difficulté à être dans la nuance, encore maintenant, c'est en première
143 intention je marque très fort mon point de vue mais je suis quelqu'un de très souple
144 hein, mais en première intention j'aime bien que les choses soient claires, donc je
145 marque mon point de vue même si je suis en désaccord et bon, peut-être que c'était
146 pas ça, peut-être que ma façon de rédiger ne leur convenait pas, j'ai pas été accepté,
147 j'ai pas été reçu, hein en psychiatrie

148 *B20. Donc là, vous l'avez retrouvée. Donc dans votre pratique d'encadrement, donc là*
149 *vous êtes tuteur*

150 **B20. Oui**

151 *B21. vous êtes volontaire*

152 **B21. Oui, oui**

153 *B22. Vous vous êtes proposé ?*

154 **B22. Oui, oui**

155 *B23. Au moment de la réforme ou avant ?*

156 **B23.** Ah non, non avant la réforme déjà moi je trouvais que quand il y avait les
157 étudiantes qui viennent dans le service, j'ai beaucoup de compassion pour ces jeunes
158 parce que c'est un métier qui est excessivement difficile, hein, la psychiatrie, et je
159 pense que c'est doublement difficile en psychiatrie parce qu'ils sont toujours seuls, ils
160 sont seuls en entretiens et ça peut leur renvoyer des histoires difficiles, donc ils savent
161 forcément qu'ils peuvent être interpellés dans leur propres vies par l'autre et ça c'est
162 une expérience qui est excessivement douloureuse et qui peut même être
163 traumatisante

164 *B24. Oui, on a quelques étudiants qui ne tiennent pas le choc*

165 **B24.** Ça je veux bien le croire et c'est redoutable hein, et donc très vite il y avait ce
166 projet de tutorat, à l'époque c'était JFB et j'en avais parlé et s'il y avait d'autres
167 collègues qui voulaient le faire au contraire, mais il s'est avéré très vite que ça les
168 intéressait pas et moi je suis resté tuteur voilà

169 *B25. Et donc en tant que tuteur, qu'est-ce que vous pouvez dire des valeurs déjà que vous*
170 *voulez leur transmettre? Au-delà des acquisitions ...*

171 **B25.** Les acquisitions je les vois une fois qu'ils sont diplômés, moi je les vois une fois
172 qu'ils sont diplômés et les difficultés qu'ils rencontrent par rapport à ce qu'on appelle
173 le principe de réalité quoi, et là c'est vraiment autre chose, ben les valeurs, ce que
174 j'essaie de mettre dans la relation c'est des valeurs humanistes, la relation de soin
175 c'est les relations humaines et en fin de compte la difficulté qu'ils peuvent rencontrer
176 c'est quand ça va faire écho de leur propre histoire et les difficultés qu'on a, parce
177 qu'ils éprouvent une culpabilité parfois les jeunes diplômés, ils veulent s'investir dans

une prise en charge, la prise en charge est difficile parce qu'elle leur renvoie des choses, par challenge ils veulent y arriver quoi,

B26. Par fierté?

B26. Par fierté je sais pas, en fin de compte ils sont excessivement mal à la fin, j'en ai vu une sur E. il y a pas si longtemps que ça, où vraiment la jeune collègue était vraiment mal, hein, sur une histoire de couple, terrible, avec heu, et donc les valeurs humaines pourquoi parce que c'est connaître ses limites, c'est connaître ses limites et respecter les limites de l'autre, quand on connaît pas ses limites soi-même on respectera pas les limites de l'autre et l'autre bien souvent il peut devenir objet de soin, c'est à dire que dans un questionnement on va aller plus loin, on va plus avancer avec lui, on va avancer par rapport à ce qu'on cherche, et parfois même ce qui est trompeur, c'est qu'ils appellent pas ça un entretien, ils appellent ça un interrogatoire

B27. C'est vrai

B27. C'est pas anodin, c'est pas anodin la façon dont...donc c'est vrai, les valeurs humaines c'est tout ce qui est éthique, tout ce qui est relationnel, tout ce qui est rapport à l'autre, tout ce qui fait que l'autre existe, qui fait que moi j'existe à ce moment-là quoi, on le voit bien avec les interactions avec le bébé, avec la prise de conscience de notre propre existence, c'est exister dans le regard de quelqu'un, on le voit bien avec des problématiques de conduite alimentaire ou dépressive ou de passage à l'acte chez nous bien souvent, avec l'estime de soi on n'arrive plus à exister dans le regard de l'autre, c'est l'hystérique, qui pour exister dans le regard de l'autre elle va somatiser un maximum, avec des phénomènes de contre-transfert, la dimension humaine, faut jamais oublier que c'est la dimension humaine, c'est une histoire singulière toujours, c'est jamais notre histoire on a oublié on peut rencontrer beaucoup d'histoires et même toujours

B28. Qui se ressemblent

B28. Qui se ressemblent et c'est toujours une histoire singulière, toujours, toujours...

B29. D'accord, ça vous voulez le transmettre, est-ce que vous pensez que sans forcément que ça soit dit, par votre attitude, par votre comportement vous pouvez, vous transmettez aussi des valeurs, est-ce que vous pensez que les étudiants apprennent finalement ?

B29. Je crois que c'est dans l'authenticité avec laquelle on dit les choses, qu'on fait passer les valeurs, les valeurs on peut pas les dire par écrit, on peut pas les faire passer par, je crois que c'est dans le fait d'être authentique et c'est le fait de parfois reconnaître qu'on est parfois soi-même vulnérable et des valeurs qui sont liées à la relation humaine ne permettent pas de faux-semblants, de faux-semblants, ne permettent pas de faux-semblants alors que sur la clinique on a besoin de faux-semblants parce que le patient qui nous interpelle, nous interpelle toujours par la narration, par un récit, par une histoire, une histoire qu'il met en forme lui-même qui a besoin de se raconter et de nous raconter, mais son histoire est tellement difficile et douloureuse qu'il a besoin de l'aménager, voilà, voilà, et dans le cadre d'une relation de tuteur, c'est de faire partager ça et moi j'utilise beaucoup des auteurs, des références d'auteurs, je sais pas je leur fait lire, je leur propose, il y a

certains écrivains, certains philosophes qui sont incontournables et qu'il faut lire; je leur donne simplement par exemple sur la séparation, sur un divorce, qu'est-ce que c'est de perdre quelqu'un, la première expérience de la perte c'est quoi, on essaie de remonter comme ça par rapport à la naissance, l'enfant, la mère, la souffrance, on

oublie trop souvent la première fois qu'on est amoureux et qu'on perd notre relation affective, quand on est tout gamin, c'est une souffrance terrible quand on perd sa mère, son père, pourquoi le schéma est inversé et que les parents perdent un enfant et en fin de compte y a des auteurs qui ont écrit là-dessus de façon beaucoup plus simple et beaucoup plus profonde et humaniste, j'utilise beaucoup Ricœur,

B30. Oui, Ricœur

B30. Levinas et en amont j'essaie de faire des liens avec Emmanuel Kant pour vraiment tout ce qui est éthique, pour les impératifs et après sur la clinique j'utilise beaucoup Leibnitz pour les ressentis, comment un souvenir nous réapproprie c'est Marcel Proust, voilà, voilà j'essaie de ponctuer comme ça, je leur fais pas lire, je fais pas ça du tout

B31. Vous leur donnez des références?

B31. Oui, des références, des passages, des textes déjà écrits qui font 3,4 pages, c'est toujours sur l'ordinateur, ça s'appelle les confessions d'une jeune fille de M. Proust le premier mort dans l'histoire, la souffrance M. Proust a écrit ça dans un autre contexte et l'inévitable petit Prince

B32. Vous vous y référez beaucoup?

B32. Oui beaucoup, je crois dans le Petit Prince, de la relation à l'autre, je crois que dans le petit Prince tout y est, jusqu'à la mort, jusqu'à la mort, mais tout y est, après on peut faire différentes analyses, le psychanalytique tout ce qu'on veut, sur les fondamentaux sur le fait d'exister, on voit bien avec la rose, voilà, l'absence, les échanges, qu'est-ce que c'est que la rencontre, on attend le patient, on dit pas au patient ben on va à un entretien comme un rdv, ou comme une obligation, non, non c'est une invitation, c'est Levinas qui dit « on l'invite », asseyez-vous et au moment où on l'invite, on devient responsable de lui, il le dit, il le dit, le petit... et Levinas le dit bien, à partir du moment où on salue quelqu'un, on croise son regard on devient responsable ici, maintenant et pour toujours, bien entendu parce que on peut renvoyer des choses inentendables, on peut le mettre mal sans s'en rendre compte, sans mesurer comment on peut le mettre mal donc effectivement il faut être conscient de ce poids là, et ce poids là c'est pas pour autant qu'il doit vous figer, par contre il doit nous aider à mesurer et surtout à respecter la vitesse du patient, s'il veut pas avancer ou s'il peut pas avancer, ben on n'avance pas c'est tout, j'aime bien ponctuer comme ça c'est les auteurs, c'est facile à lire quoi, contrairement à ce qu'on peut croire et tout y est quoi, y a des gens qui ont écrit tellement bien sur la rencontre, sur la narration, sur l'identité, l'ipséité, quoi, Ricœur le premier, la shoah, l'humanité, on peut pas parler du respect de l'autre si on passe pas par la shoah, les dimensions humanistes

B33. Primo Levi?

B33. Primo Levi, Hannah Arendt, bien entendu, Hannah Arendt, Hannah Arendt qui pour moi est vraiment le fer de lance, en plus c'est bien c'est une femme et les femmes sont toujours mieux dans ce qu'elles font, que ce soient Pierre et Marie Curie, Pierre Curie ça a toujours été un rigolo, il a toujours publié toutes les études de sa femme elle a jamais eu de reconnaissance alors que c'est elle qui a publié, Hannah Arendt c'était la muse de Heidegger, c'est quand même elle qui a travaillé le manuel d'Heidegger, c'est elle qui l'a corrigé, c'est elle qui l'a impulsé, Hannah Arendt penser c'est d'abord et avant tout exister en tant que sujet responsable, c'est tout simple comme phrase, mais dans cette phrase il y a tout « penser c'est d'abord et

271 avant tout exister en tant que sujet responsable », si cette phrase on la renverse, ne
272 pas penser c'est pas exister, mais c'est vrai ne pas se positionner c'est pareil, c'est
273 pas exister et là on fait un lien étroit avec Heidegger , quand il parle du quotidien, le
274 quotidien en fin de compte c'est le déchargement, le quotidien c'est la forme, voilà
275 c'est à 4 heures, c'est à 8 heures, les consignes c'est 9, vous pouvez pas sortir c'est 4
276 heures, parce que le médecin il l'a dit, ben c'est comme ça, si on donne pas le sens
277 d'une consigne ça n'a rien, ... on a un droit c'est d'appliquer une consigne, si le
278 médecin pose une consigne et qu'on comprend pas le sens de la consigne, il faut
279 l'interpeller

280 *B34. Oui*

281 **B34. Absolument, autrement on est dans la maltraitance, bien sûr**

282 *B35. C'est ça que vous montrez? Est-ce que vous le montrez par votre comportement?*

283 **B35. Oui, parce que je suis enthousiaste et quand je parle de quelqu'un comme**
284 **Primo Levi, de quelqu'un comme Levinas, je suis comme je vous parle,...**

285 *B36. On sent que vous êtes emporté par...*

286 **B36. Oui parce que ce sont des valeurs qui sont fondamentales, et après on peut se**
287 **tromper dans une prise en charge, on peut merder, mais au moins on l'aura pas fait**
288 **avec l'intention de blesser, on sera toujours dans la mesure et dans le respect de**
289 **l'autre et ne jamais oublier que l'autre est différent, est différent de moi, et c'est**
290 **parce qu'il est différent que j'existe, autrement on est des clones, alors effectivement**
291 **c'est de ça que j'échange les premiers moments avec elles**

292 *B37. Oui, ça doit les surprendre aussi, parce qu'elles sont peut-être plus habituées à un*
293 *encadrement plus technique, peut-être heu...*

294 **B37. Voilà, voilà, la transition entre le moment où ils sont élèves et le moment où ils**
295 **sont arrivés dans le service il y a une espèce d'effondrement, c'est l'effondrement**
296 **complet, mais alors quand je vous parle d'effondrement, moi j'ai vu des toutes jeunes**
297 **diplômées pleurer et être mal dans une prise en charge parce que la patiente avait été**
298 **agressive, parce que l'histoire qu'elle avait entendu,..., tout ce qui est inceste, tout ce**
299 **qui est viol, pour une jeune fille c'est inentendable, et quand la famille ou quand le**
300 **frère qui est incestueux se présente pour voir sa sœur et qu'elle est tétanisée, qu'elle**
301 **lui sauterait au cou, mais ça c'est bien il faut qu'elle le dise, mais il faut qu'elle fasse**
302 **un travail sur elle, elle est pas là pour soigner le frère, elle est là pour aider la patiente**
303 **et en fin de compte pour être déchargé de cet aspect émotionnel, il faut respecter le**
304 **sujet qui est en face, c'est pas notre histoire, c'est son histoire et si à un moment**
305 **donné on se substitue à son histoire c'est excessivement grave ça veut dire qu'on**
306 **devient l'autre et c'est la négation du sujet, on le méprise...**

307 *B38. Oui, ça, vous l'observez la transition, et comment vous l'expliquez ce fait, là?*

308 **B38. Parce qu'ils sont tout de suite mis dans des situations de prise en charge réelle et**
309 **puis l'encadrement,**

310 *B39. Il y a une notion de responsabilité qu'ils sentaient moins avant ...*

311 **B39. La notion de responsabilité c'est quand ils sont élèves ils se déchargent un peu,**
312 **dans une prise en charge où ils sont en difficulté, elles prennent...elles prennent pas et**
313 **c'est très bien, c'est très bien, ça serait mieux qu'elles viennent et qu'elles me disent:**
314 **« je peux pas »; je me souviens un jeune, il parlait toujours de relation d'aide, relation**
315 **d'aide,**

316 *B40. Ah, oui, parce qu'on leur en parle beaucoup!*

317 **B40.** En fin de compte, il était en quête de quelque chose ce jeune homme, il était sorti
318 en boîte avec son frère et 2 copines et il s'est mis derrière avec sa copine, et c'est la
319 copine de son frère qui a conduit et c'est son frère qui a été tué en voiture et en fin de
320 compte il s'est effondré le gamin et là je comprenais pas, et c'est curieux parce que
321 moi je suis quelqu'un de très jovial, je raconte souvent des blagues et là je m'en suis
322 voulu, j'aurais dû percuter, de la façon dont il m'interpellait, j'aurais dû percuter
323 qu'il avait un problème ce gamin, bien sûr, en entretien il voulait souvent être là,
324 l'entretien était à peine fini, il avait toujours plein de questions, ça partait dans tous
325 les sens, c'était une quête en fin de compte, jusqu'au jour où il s'est effondré quoi et
326 la transition, càd quand ils perdent leur statut d'étudiant qu'ils passent en situation
327 réelle et qu'ils sont mal, ça leur renvoie la responsabilité au sens où elles portent sur
328 leurs épaules quelque chose de lourds, de difficile et ce qui est dommage actuellement
329 c'est qu'il y a plus, elles sont plus, il y a pratiquement plus que des jeunes

330 *B41. Oui, il n'y a plus ces référents*

331 **B41.** Voilà

332 *B42. Il y a même du tutorat en psychiatrie*

333 **B42.** Oui, mais je suis le seul sur le pavillon U., mes collègues ils veulent pas pour des
334 raisons je sais pas que je respecte, puis non après tout que je respecte pas parce que je
335 me sens pas obligé de le faire mais quand on a des jeunes qui sont en difficulté, on n'a
336 pas le droit de les laisser comme ça, quoi, à l'étage on a des problématiques très
337 difficiles, des toxicomanes, qui sont manipulateurs, pervers, tout ce qu'on veut, heu,
338 les jeunes diplômées elles se font, ou elles se font embringer, ou alors elles mettent
339 en place des barrages incroyables, elles ouvrent le pare-soleil, c'est ça, elles se
340 protègent en bétonnant avec des corsets, autrement dit elles vont même pas auprès
341 du patient, et les autres elles se font embringer, quoi, et dans les deux je crois que
342 c'est synonyme de souffrance hein, y en a une que je vois, dans l'après-coup elle est
343 pas bien, hein, effectivement, malgré qu'ils sont...

344 *B43. elle se rend compte quand même...*

345 **B43.** Oui, elle peut pas répondre à une question d'un patient sur une consigne,
346 « pourquoi vous me donnez ça » ou « pourquoi vous me faites ça », ou « pourquoi j'ai
347 plus le droit de fumer? » et qu'elle dit « parce que c'est comme ça » elle se rend
348 compte

349 *B44. Qu'elle a fui...*

350 **B44.** Ben, bien sûr, et il y a de la souffrance quand c'est comme ça, il y a de la
351 souffrance

352 *B45. Là, quand vous encadrez les stagiaires, hein, est-ce que vous pensez que votre
353 pratique d'encadrement ça modifie votre façon de travailler? Est-ce que ça vous apporte
354 quelque chose?*

355 **B45.** Moi, ça me rappelle toujours que je sais rien, ça c'est sûr. Ah ouais, mais... bien
356 sûr, ah oui, oui, parce qu'on est toujours surpris par leurs questions, au plus une
357 question elle est naïve, au plus elle paraît simple et idiote, au plus elle est percutante,
358 c'est les seules questions qui peuvent honnêtement, les questions qui m'étonnent, les
359 questions qui me mettent en difficulté, c'est vraiment des choses du B.A.BA, c'est pas

360 de la clinique, on est vraiment dans une relation, c'est sur un détail dans un
361 entretien...

362 *B46. Oui*

363 **B46.** C'est ce qu'elles ont perçu ou qu'elles ont cru percevoir

364 *B47. Hum, vous auriez un exemple?*

365 **B47.** Un exemple: bah, récemment, une dame qui ..., ça c'est quelqu'un de l'étage, une
366 infirmière de l'étage, qui.... droit de visite de ses enfants à l'étage, toxicomane, en
367 général les enfants montent pas. Les enfants ne pouvant pas monter, c'est la patiente
368 qui descend, or, la consigne du médecin, elle quitte pas le service!

369 *B48. (Rires) alors là, c'est le paradoxe!*

370 **B48.** Voilà, (rires), mais c'est pas rare là, et donc, heu, que faire, quoi, donc elle me
371 téléphone...

372 *B49. Il faut enfreindre une règle*

373 **B49.** Voilà

374 *B50. Une ou deux, mais on ne sait pas laquelle quoi*

375 **B50.** Oui, elle doit se positionner au sens d'Hannah Arendt, laquelle je vais
376 enfreindre, est-ce que les enfants ils montent? et là c'était hyper intéressant parce
377 qu'elle a dû faire un choix, parce que, qu'est-ce que tu ferais, ben je sais pas moi,
378 qu'est-ce que tu ferais toi, et en fin de compte, c'était un déchirement, et tout son
379 raisonnement il était juste, il était tout simple, c'est que au début d'une situation que
380 je croyais relativement simple, hein, alors, moi ce que j'aurais préconisé et
381 complètement assumé, c'est que le patient descende parce que j'aurais voulu
382 protéger les enfants, (rires) et elle me dit, ben non, voilà ce que je vais faire, donc y a
383 personne dans le bureau du cadre et je vais les faire monter dans le bureau du cadre?
384 C'est complètement incohérent, ah non incohérent, y a tous les papiers, les plannings,
385 ben, je dis ouais c'est peut-être une bonne idée mais qui est-ce qui va rester avec eux
386 dans ce cas-là? ben non justement c'est familial, c'est ...ben je dis ouais, mais tu crois
387 faire comme ça c'est mieux, bon écoute, tu fais comme ça et puis... bon on s'est quand
388 même arrangés pour que les patients soient pas là, donc le mari monte avec ses deux
389 enfants et on ouvre le bureau du cadre, la famille se voit dans le bureau du cadre,
390 et...elle me téléphone, tiens au fait combien de temps? Je dis, je sais pas, je sais pas
391 moi, combien de temps d'après toi? Ben je sais pas...et là à chaque fois qu'on lui
392 retourne cette question, elle peut mesurer aussi que quand on n'a pas de réponse à
393 donner à un patient, il peut être angoissé, il peut être mal, hein, parce que moi je
394 donnais pas de réponse, elle sentait..

395 *B51. C'était angoissant*

396 **B51.** Bien sûr, qui montait et prenant conscience dans l'après-coup, ben effectivement
397 y a absolument pas d'intimité, parce que en psychiatrie, les patients, y voient une clé
398 sur la porte, y rentrent, donc elle met un terme à l'entretien, et on reprend la
399 situation à distance, et en fin de compte, c'est vrai que la situation elle était beaucoup
400 plus compliquée que ça parce que en réfléchissant un peu plus profondément de façon
401 systémique, même le fait qu'ils la voient dehors c'était complètement inadapté

402 *B52. Hum, hum*

B52. Ce qu'il fallait c'était une relation médiatisée, fallait une relation médiatisée, soit au bureau de l'assistante sociale, soit avec quelqu'un d'autre, mais quelqu'un du personnel qui se détache, une autre collègue infirmière, et donc on a discuté, mais elle est prise par une préoccupation, par un positionnement qu'elle va avoir qui va transgresser de fait les consignes

B53. Oui, oui

B53. Et qu'est-ce qu'elle met là-dessous? Comment elle se positionne et qu'est-ce qu'elle fait? Elle a fait un choix, dans l'après-coup, elle trouve que c'était pas bon ,et ben c'est très bien

B54. Hum, hum

B54. C'est très bien, le choix que j'aurais pas proposé il était pas forcément judicieux, et à distance après on peut s'apercevoir qui y avait, voilà..

B55. Une troisième alternative...

B55. Une troisième alternative qui est beaucoup plus judicieuse bien sûr parce que c'était médiatisé, c'était médiatisé...donc, c'est un détail, bien sûr, on laisse les problèmes de couple, hein, parce que...on sait très bien que la vie affective au travail, c'est 80% des rencontres hein, qui se créent et c'est un milieu principalement féminin et y a peu de garçons et très vite il y a des relations de charme et qui viennent déstabiliser etl'autre jour c'était plus un problème pour soi, c'était plus un problème pour assistante sociale, quoi, parce que elle subissait le harcèlement d'un collègue aide-soignant, ah, ouais, le mec la lâchait pas, et je le connais, c'est vrai qu'il lâchera pas hein...donc elle était arrivée au stade où, si j'arrive pas à, et c'est un raisonnement judicieux, si j'arrive pas à m'affirmer avec lui, comment je peux poser plainte et comment je peux prendre soin d'un patient , donc tout, tout, tout s'effondre chez elle, tout s'effondre chez elle là, elle avait un petit copain qui travaillait aussi à l'hôpital là-bas, la relation de couple commençait à avoir des difficultés, donc en fin de compte, ça impacte tout, ça impacte tout (silence) donc c'est elle qui avait changé de service, elle est venue travailler à U. et lui est resté en place hein, maintenant il est à la retraite, et c'est vrai que c'est des situations qui sont difficiles, que moi je...je sais pas si j'ai répondu?

B56. Oui, oui, c'est intéressant, heu, et alors maintenant j'aimerais que vous me parliez des relations de partenariat que vous avez avec les collègues de l'IFSI...

B56. J'en n'ai pas beaucoup, il y avait des formatrices qui venaient, je sais pas, il y avait qui, madame A. je connais pas trop, je l'avais vue une fois sur une prise en charge là, pour des TOC, là, un élève qui est venu chez nous et par rapport, c'est vrai, il arrive avec un, mais ça c'est normal, il y a toujours une critique à faire sur l'IFSI actuellement, mais après, après, ... ils arrivent avec des choses comme ça, et on fait pas un inventaire chez quelqu'un qui a des troubles obsessionnels compulsifs comme on fait un inventaire en soins généraux ou avec un patient qui est dépressif, voilà; c'est des gens qu'il faut connaître, des TOC de rangement, des TOC de propreté donc on touche pas le linge, déjà dans le linge, il y a le linge de corps, les sous-vêtements, donc quand on fait un inventaire avec une patiente qui a des TOC, on ne met pas les mains, on ne met pas les mains, on demande à la patiente si elle est d'accord, on négocie déjà si on pose sur le lit, donc il faut respecter tout ça, et , disons moi, ce que ça peut engendrer, c'est quasiment un viol, c'est comme un viol, c'est excessivement violent, faire un inventaire chez, et même chez les aides-soignantes ou

449 les collègues des fois, les infirmières, on ne mesure pas, ..., parce qu'il faut faire
450 l'inventaire, faut faire l'inventaire, voilà

451 *B57. Hum, hum*

452 **B57.** Et puis ils fouillent dans le sac, et la personne elle est en état de sidération et là
453 c'est comme si...c'est inadmissible et donc on avait parlé de ça avec madame A., et
454 aussi les mécanismes analytiques de la ...justement on avait parlé un peu de
455 Kierkegaard, le premier qui avait écrit sur l'angoisse, qui avait écrit un traité de
456 l'angoisse, qui souffrait de troubles obsessionnels compulsifs quoi, et voilà on avait
457 développé ça et à la suite de ça je crois elle avait demandé de faire une petite
458 intervention, ce que j'avais eu plaisir à faire d'ailleurs, mais c'est peut-être un peu
459 compliqué pour des..., voilà, c'est un peu compliqué parce qu'on peut pas, une prise
460 en charge avec des TOC ça prend aussi en considération l'entretien, on fait pas un
461 entretien avec un patient qui a des TOC, on peut faire un entretien avec un
462 psychotique, avec une personne névrosée, pratiquement de la même façon, c'est pas
463 un problème, avec un patient qui a des TOC il y a énormément de précautions à
464 prendre donc c'est un entretien très difficile, très laborieux et donc j'avais essayé,
465 j'avais travaillé des entretiens avec des patients obsessionnels, quoi,... autrement
466 non, j'ai de bons rapports avec heu, ..., une autre là, qui s'occupait du secteur X,

467 *B58. P?*

468 **B58.** Voilà, une qui a travaillé en psy et qui va très vite

469 *B59. Donc oui, par rapport à l'IFSI, est-ce qu'il y a des attentes, est-ce que vous avez des*
470 *attentes qui ne sont pas..;*

471 **B59.** J'y travaille, enfin j'y travaille, j'ai toujours besoin d'écrit, moi, enfin je sais pas
472 vous, et donc j'avais envoyé à T. (direction des soins), parce que le leitmotiv qu'on
473 entend avec les élèves ou les jeunes diplômés, c'est le sacrosaint, le jugement de
474 valeur, alors ils se réfugient derrière ça, c'est effrayant, ils disent bien « on est dans le
475 jugement de valeur », comment ils appellent ça, ..j'aurais dû vous le ramener

476 *B60. Par rapport au patient, c'est ça?*

477 **B60.** Non, par rapport à l'IFSI, c'est à dire que eux ils se réfugient derrière ça en
478 disant que les prises en charge que vous abordez en psychiatrie, faut faire attention
479 aux jugements de valeurs...

480 *B61. Ah, oui, c'est nous qui prôtons cette précaution*

481 **B61.** Voilà, c'est vrai le jugement de valeur, on est toujours dans le jugement de
482 valeur, en psychiatrie, il faut faire abstraction de ça, à partir du moment où on sait
483 qu'on est dans le jugement de valeur, on n'est pas dans le jugement de valeur, ce qui
484 est redoutable, c'est la personne qui ne sait pas qu'elle est dans le jugement de valeur

485 *B62. Hum*

486 **B62.** Quand on sait qu'on est dans le jugement de valeur, alors là putain, je déconne !
487 Et si vous voulez, ils se réfugient, alors, je l'ai plus en tête, hein, si à un moment
488 donné, je mets un mot, sur la responsabilité par rapport à ça, je vous le ferai parvenir
489 l'écrit..

490 *B63. Oui, oui*

491 **B63. Il faut revenir sur les valeurs éthiques, on peut leur faire des formations sur la**
492 **clinique pour rattraper un peu les failles qu'elles ont sur la clinique, mais l'essentiel**
493 **pour moi, en psychiatrie ils vont pas l'acquérir derrière des cours magistraux,**

494 *B64. Oui, je suis d'accord*

495 **B64. C'est l'exposition, c'est la rencontre et en première intention, la dimension**
496 **éthique et le respect de l'accueil du sujet ... et moi leurs observ., les observ. sont**
497 **pauvres à crever, faut prendre des risques, voyez, faut prendre des risques, on fait**
498 **une observ, on remarque quelque chose, et bien souvent, quand on fait des**
499 **observations, ou quand quelqu'un fait une observation, elles ont de très bonnes vues,**
500 **hein, elles ont des fois de très bonnes observations, elles osent pas poser les mots,..**

501 *B65. S'engager quoi*

502 **B65. Voilà, parce que elles ont peur de se faire interpeller sur l'objet et effectivement,**
503 **sur des problématiques incestueuses, de violences conjugales avec des relations**
504 **perverses tout ce que vous voulez, les mots ont du sens en psychiatrie, et à force de**
505 **tourner et de tourner, ça fait une observ comme ça,**

506 *B66. Sans aborder...*

507 **B66. Voilà, voilà, et c'est dommage, et quand on en discute, elles ont tout compris,**
508 **elles ont tout pointé hein, mais elles osent pas le poser et ça c'est dommage, parce que**
509 **la première victime de ça, c'est le patient**

510 *B67. Hum*

511 **B67. Qu'après un collègue ou un médecin lui dise, « t'as marqué, ça, pourquoi? » c'est**
512 **pas gênant, elle peut l'argumenter, si elle l'argumente comme elle me l'argumente, le**
513 **médecin pourra rien lui dire, rien lui dire, c'est catastrophique, elles osent pas, elles**
514 **restent quasiment dans un style littéraire, dans.. un peu comme un truc par**
515 **téléphone, vous savez, des...**

516 *B68. SMS?*

517 **B68. Voilà, voilà, et c'est dommage parce que les mots, il faut qu'il y ait des adjectifs,**
518 **en plus il y a un vocabulaire très riche, elles osent pas le mettre, c'est des termes, en**
519 **soins généraux, ça pose pas de problème, j'y ai travaillé, ça pose aucun problème,**

520 *B69. Oui, on est sur cibles, ce sont un peu toujours les mêmes, des termes prévalents quoi*
521 *?*

522 **B69. Voilà, que nous, et honnêtement, il y a des mots, tout ce qui est relations**
523 **sexuelles, tout ce qui est difficulté dans le couple, tout ce qui est viol, incest, pfff, elles**
524 **arrivent d'entretien, donc on va débriefer hein, elles me disent, B. comment tu ferais**
525 **ton observ? Elles me disent ben y a ça, y a ça, et en plus, elles voient les temps, elles**
526 **voient bien les temps, je le respecte, hein, je crois que c'est difficile d'entendre et**
527 **c'est difficile de mettre les mots ; quand on pose les mots en fin de compte, on pose le**
528 **« je » la condition première et moi je trouve ce qui manque avec nos jeunes**
529 **diplômées, sincèrement, elles y arrivent pas, et c'est en cela que je trouve avec l'IFSI,**
530 **il y a un décalage énorme. On les autorise pas à poser le « je »**

531 *B70. Hum, vous pensez qu'ici, qu'on devrait plus les autoriser déjà à l'IFSI ?*

532 **B70. Déjà à l'IFSI, ah oui, complètement**

533 *B71. Pour qu'elles osent aussi ...*

- 534 **B71.** Ah oui, moi j'avais fait un travail sur Heidegger sur le quotidien justement,
535 comme quoi le quotidien nous défausse, nous décharge et que par ce quotidien, on fait
536 comme tout le monde, et comme on fait comme tout le monde et ben c'est tout le
537 monde hein, tiens le téléphone, le téléphone dans le service: « U. bonjour », je dis
538 putain, c'est pas U. (nom du service), tu t'appelles A.
- 539 *B72. (rires)*
- 540 **B72.** Tu t'appelles A., tu donnes ton nom, pour celui qui est au bout, c'est toi
- 541 *B73. Ben oui, c'est très impersonnel*
- 542 **B73.** Voilà, voilà, « allo, U. Bonjour » ou « pavillon T. », ah moij'ai la mère qui
543 téléphone pour avoir des nouvelles de sa fille
- 544 *B74. Ben oui, elle veut savoir à qui elle parle*
- 545 **B74.** Je crois que c'est purement défensif, c'est pas une question d'ego, c'est A. ou B.
546 on s'en fout de ça, la personne elle a un alter ego, elle a quelqu'un, elle a un humain,
547 elle a un sujet en face, et si elle peut pas se souvenir de son nom c'est pas grave, mais
548 c'est B. qui lui dit, ou c'est A. qui lui dit et c'est comme ça, c'est pas gênant si vous
549 voulez je vous laisse mon nom, l'après-midi ça sera des collègues voilà, ouais,
550 j'essaierais de vous l'apporter...
- 551 *B75. Oui, oui, ça m'intéresse, mais est-ce que vous pensez pas que justement que de toute*
552 *façon, cet engagement, ce « je », on ne peut l'avoir que sur le terrain, l'apprentissage du*
553 *métier, de la profession, il se fait*
- 554 **B75.** Non, il se fait progressivement
- 555 *B76. Progressivement oui, et en contact avec le terrain*
- 556 **B76.** Oui, oui, je suis entièrement d'accord avec vous
- 557 *B77. L'IFSI, est-ce qu'il est pas plutôt là pour permettre d'analyser ce qui s'est passé a*
558 *posteriori?*
- 559 **B77.** Non, ..., j'ai pas connu la shoah, j'ai pas connu la déportation, j'ai pas connu la
560 souffrance, je pourrai jamais parler au nom de ceux qui ont souffert, mais jamais
561 plus je ne voudrais que ça se reproduise, et pour ce faire, je pose le « je », c'est pas un
562 « je » orgueilleux, hein, c'est Kant aussi, le premier qui, avant même les
563 pédopsychiatres qui dit qu'on commence à exister quand on pose le « je » et c'est pas
564 un « je »....
- 565 *B78. C'est un « je » d'engagement?*
- 566 **B78.** C'est un « je » d'engagement, d'authenticité et c'est vrai quand vous travaillez
567 sur des cas concrets, c'est différent de la clinique, de l'analyse ou dans l'émotion d'un
568 ressenti ou d'une prise en charge, heu, il peut pas y avoir de « nous », c'est tous des
569 « je » indifférenciés qui forment un « nous », mais on peut pas se mettre dans le
570 « nous » pour ne pas exister, c'est impossible, c'est une continuité, l'entretien est
571 toujours singulier et la prise en charge est multiple et parfois au nom de cette
572 multiplicité et bien on se décharge
- 573 *B79. C'est vrai qu'on a abordé beaucoup de choses*
- 574 **B79.** Je suis désolé
- 575 *B80. Non, non, c'est très intéressant parce que finalement on a abordé pratiquement tout ce*
576 *que je voulais mais différemment, de façon détournée hein ...est-ce qu'il y a des qualités,*

577 *des capacités que vous cherchez à identifier chez les stagiaires? Qu'est ce qui vous semble*
578 *le plus important quand vous recevez un stagiaire, qui vous fait dire, là, il doit encore*
579 *progresser, mais ça va être un professionnel, quoi?*

580 **B80. Je crois que ce qui fait un professionnel, c'est quelqu'un qui est, ... d'abord qui**
581 **est dans des relations humaines, càd qui est capable d'empathie, le mot est beaucoup**
582 **galvaudé aussi, hein, vous l'employez aussi beaucoup à l'IFSI hein**

583 *B81. Les valeurs humanistes, c'est dans l'approche rogérienne, quoi*

584 **B81. oui, c'est ça, Rogers, quoi, alors moi c'est pas mon truc,**

585 *B82. C'est pas votre truc?*

586 **B82. Non, non, un aparté, je suis désolé quelqu'un comme Ricœur, il vous parle tout-**
587 **à-fait de l'empathie, dans le cadre d'une relation d'aide comme vous dites, lui il parle**
588 **d' « époque » c'est une attitude d'écoute qui à mon sens est bien au-dessus que**
589 **l'empathie, càd que dans l'empathie à un moment donné on a tendance à partager**
590 **une proximité avec le patient qui n'est pas neutre et nos propres émotions parfois,**
591 **elles viennent parasiter, trop d'empathie à un moment donné, fait qu'on ne peut plus**
592 **entendre l'histoire du patient ou qu'elle n'est plus audible parce qu'il nous renvoie**
593 **trop de choses, c'est comme le contre-transfert, trop d'empathie, que dans l'époque**
594 **de Ricœur, il dit que c'est une attitude au contraire, complètement détachée, on**
595 **écoute le patient, on est avec le patient, on est tellement avec le patient qu'on est au-**
596 **dessus des émotions avec le patient, il y a aucun signe émotionnel qui doit sortir de**
597 **notre vécu, on doit être totalement neutre, au-dessus et c'est parce que on est dans**
598 **cette attitude d'écoute, et ça je l'ai vérifié je ne sais combien de fois, un patient vous**
599 **parle de son histoire et à un moment donné il vous dit « ça faisait mal et on a été**
600 **manger des frites, voilà » alors quand on est dans l'empathie, par politesse on le**
601 **laisse parler, si on est très habile, et on va dire « tout à l'heure vous m'avez dit : ça**
602 **m'a fait mal et on a été manger des frites » à ce moment là, il y a un truc qui s'allume,**
603 **là y a quelque chose qui va pas et c'est parce que je suis détaché de l'empathie et non**
604 **du respect pour le patient que là je viens de m'apercevoir qu'il y a une faille, il y a**
605 **quelque chose qui a rien à foutre dans la conversation et c'est là-dessus qu'il faut**
606 **aller. alors le patient peut vous dire « j'ai jamais dit ça », c'est des mécanismes de**
607 **défense, on met à distance, ça se respecte ou elle vous dit »vous êtes sûr que je vous ai**
608 **dit ça? » et là, si elle accepte, là c'est du caviar**

609 *B83. Vous ouvrez la porte...;*

610 **B83. C'est une fenêtre, si elle veut on y va, si elle veut pas c'est pas grave et donc une**
611 **collègue qui va faire une bonne soignante en psychiatrie, c'est tout à fait subjectif, je**
612 **crois c'est quelqu'un qui a une valeur humaniste, qui a du respect pour l'autre, c'est**
613 **quelqu'un qui quand elle arrive d'un entretien elle vous dit putain, là, j'étais en**
614 **entretien, mais je sais pas quoi dire, ça c'est bon, c'est bon, c'est quelqu'un qui a fait**
615 **un entretien, qui commence à faire son boulot d'observ et elle dit,..., la remise en**
616 **cause, l'analyse réflexive constamment, c'est vrai que nous on se torture un petit peu**
617 **la tête, jusqu'où je vais, qu'est-ce que je m'autorise, c'est des questions**
618 **fondamentales. Je connais d'autres collègues, l'entretien est fini, elles se mettent à**
619 **l'ordinateur et elles tapent, c'est vrai qu'elles savent bien taper, elles tapent bien,**
620 **elles sont tout à fait capables de relever des choses très pertinentes mais c'est froid,**
621 **c'est froid, froid, c'est dégagé de toute émotion et là y a pas d'empathie, y a rien, là**
622 **c'est une observ factuelle. Honnêtement, quand on a fait 3, 4 entretiens, bien faits**
623 **hein, on est rincé, on est rincé, des que ça renvoie à des histoires de vie difficiles,**

douloureuses, ou quand ça vient faire écho, la différence comme dit Ricœur, la différence entre le remords et le regret, combien de fois les patients qui ont subi un deuil, combien de fois j'entends qu'ils se trompent; ils inversent, c'est important de remettre les choses dans...la différence entre la douleur et la souffrance, ça c'est des primats à poser avec un patient parce qu'effectivement ils ont pas de mots pour exprimer leur souffrance, elle est muette, elle est muette, c'est pas comme la douleur, on peut crier et en plus de ça on fait une radio, on la voit, on sait que vous avez mal, mais par rapport à une histoire de vie, on l'a pas, donc le patient il souffre toujours tout seul, c'est toujours singulier ; nous il faut cheminer avec ça, il faut lui permettre de mettre des mots là-dessus, faut mettre des mots sur ce qui est indicible...et c'est pour ça des auteurs comme Ricœur , Primo Levi, qui est mort, il a mis 20 ans avant de pouvoir commencer à écrire, Primo Levi quand il commence son livre il parle du regard, ils avaient plus de compassion pour leur chien, on existait même pas, pour les Kapo, ils n'existaient pas , ils n'étaient rien, ils n'étaient rien, ils n'étaient rien, donc voilà quelqu'un qui a cette dimension, quelqu'un qui est capable de se remettre en cause, de reconnaître qu'il est en difficulté, quelqu'un qui va reprendre son entretien par rapport à celui de la veille parce qu'il y a quelque chose

B84. Il suit un fil

B84. Voilà, exactement, et bien ça c'est des bonnes infirmières

B85. Ça montre bien qu'il y a une centration sur l'autre

B85. Ça c'est des bonnes infirmières , et y en a qui zappent, voilà, ils zappent comme ça, toutes les souffrances sont entendables et c'est pas parce qu'on est schizophrène qu'on souffre moins et c'est pas parce qu'on est hystérique et en HO qu'on souffre moins, et quand on voit parano ça nous renvoie à nous mêmes; en psychiatrie, il y a beaucoup de choses qui nous renvoient souvent à notre propre histoire, bien souvent, les patients qu'on n'arrive pas à gérer et qui nous mettent en difficulté, c'est des mauvais patients et c'est normal, on peut le dire quand on est ici, mais en fin de compte, c'est les seuls patients qui nous permettent de nous interroger, les patients avec qui on avance et ça va bien, ça n'a aucun intérêt, les états limites qui foutent le bordel dans le service et qui vous renvoient toujours à votre insignifiance, quelqu'un qui a fait médecine et qui vient vous percuter dans vos ...les jeunes diplômés c'est catastrophique, imaginez un médecin, un anesthésiste en entretien...

B86. Par leur statut...

B86. Un suicide dans un service quand on a 22, 23 ans, c'est terrible, ça reste à vie et quand on voit que nos cadres, nos médecins ils débriefent pas, ils laissent les filles comme ça, c'est grave, c'est inadmissible, ça c'est inadmissible ...là on est plus tuteur, on s'aperçoit, là elle a pris une balle, elle est touchée quoi

B87. On est presque soignant là

B87. Ouais, ouais, complètement, mais le problème c'est qu'on peut pas soigner un collègue quoi, à ce moment là vous voyez qu'elle est blessée, qu'elle est en train de crever et elle peut pas s'arrêter parce que si elle arrête, ça fera pas une bonne infirmière

B88. Il y a des injonctions.;

B88. Voilà, je suis désolé...

B89. Non, non, vous êtes passionné, ça se voit , mais on va arrêter

669 **B89. Moi je peux pas faire les choses à moitié**

670 *B90. Sans doute vous le transmettez aux étudiants quand ils passent chez vous ou à vos*
671 *collègues*

672 **B90. J'essaie, aux jeunes collègues ou aux étudiants, c'est un très beau métier, où on**
673 **fait des rencontres, c'est très existentiel, faut lire Sartre sur le sujet, on est obligé de**
674 **passer par là, c'est des questions sur sa propre vie, sur sa finalité, on va crever un**
675 **jour, et qu'est-ce qu'on va laisser...voyez, il y a quelques auteurs qui s'articulent bien**
676 **pour la psychiatrie**

677 *B91. Bon merci beaucoup*

ANNEXE 10 : séquences Bernard

Séquences Bernard, 7872 mots total, 7089 mots-pleins, 783 mots-outils, soit 10%

<p>Présentation cursus</p>	<p>Mon cursus, j'ai passé mon certificat d'études, j'ai travaillé comme apprenti dans une entreprise d'électricité, de transformation de matières plastiques, j'ai passé un CAP d'électricien, un CAP d'électronique, sous possibilité de promotion il fallait développer des compétences plus pointues en électronique, j'ai fait un BEP d'électronique , ça n'aboutissait pas, je me suis aperçu que j'accumulais des diplômes, des compétences, y avait pas tellement d'intérêt; sur les conseils c'était le directeur d'atelier, il m'avait préconisé de faire un parcours universitaire que je pouvais pas faire parce que moi j'avais pas été,... rentré comme préprofessionnel à 14 ans en entreprise, j'ai passé ce qu'on appelait l'ESEU ça m'a permis d'accéder au conservatoire national des arts et métiers à Lille</p> <p>comme les mathématiques et la physique ça m'intéressaient, j'ai fait 2 unités, j'ai fait maths génél, maths génél2, une fois qu'on avait maths génél, maths générales 1, on pouvait faire physique fondamentale, j'ai commencé la physique fondamentale, la deuxième année de mathématiques générales, <u>c'était trop à gérer, c'était trop à gérer</u> car moi je faisais de 5 heures à 1 heure, les cours c'était le soir, y a une espèce de, avec le recul de burn-out, d'effondrement, j'ai laissé tomber, je me suis inscrit à l'école d'infirmières parmi mes amies les filles que je connaissais, il y avait une fille qui était aide-soignante, qui m'a dit qu'elle comprenait pas pourquoi,... j'ai préparé le concours, <u>j'ai été accepté, j'ai été accepté</u>, initialement j'aurais voulu travailler en psychiatrie, j'avais fait le concours en psychiatrie, j'avais pas été reçu en psychiatrie par contre j'avais été reçu au DE, j'ai fait le DE, <i>honnêtement</i> parce que j'avais été, alors que ça avait été.. j'ai travaillé très peu de temps à l'hôpital, j'ai travaillé 6 mois à l'hôpital de Roubaix ça me convenait pas du tout, j'étais pas à l'aise, encore à l'époque c'était rien, y avait une pyramide, y avait une hiérarchie, c'est</p>	<p>Un parcours atypique, une orientation fortuite par des rencontres et des incitations</p> <p>Un goût, presque une boulimie pour les études après une entrée très précoce dans la vie active, comme pour rattraper des études qu'il n'a pas pu faire plus tôt. Egalement une propension à l'autoformation et à l'écriture</p> <p>Répétition pour marquer le propos et expliquer le burn-out qui suit</p> <p>Difficile à suivre sur le moment, en fait justifie son choix des soins généraux par défaut alors qu'aurait voulu faire psychiatrie (j'avais été (reçu en soins généraux) alors que ça avait été (psychiatrie que je voulais))</p> <p>Dénonce son impossibilité de supporter la hiérarchie hospitalière, ce qui reviendra plus loin lorsqu'il la retrouve en psychiatrie</p> <p>Première fois qu'il oppose soins généraux et psychiatrie dans l'exercice, avec vision très programmée et simple des</p>
-----------------------------------	---	--

	<p>pas au niveau de l'autorité, c'était une administration qui était <u>lourde, lourde, lourde (37-38)</u>, j'étais pas à l'aise, je me suis installé en libéral à Roubaix pendant 6 mois avec un collègue qui était déjà installé, j'ai travaillé en ville c'était pas trop mon truc, c'était <u>des actes, des actes</u>, je suis venu m'installer dans la région Poitou-Charentes du côté de C., j'ai monté une clientèle, je suis resté plus de 21 ans en libéral, je me suis installé tout seul, au bout de 4 ans je me suis associé avec une fille qui cherchait, j'ai travaillé en association, quand mon associée, pour des raisons, maintenant je comprends, elle pouvait plus c'est trop difficile, on a cherché un remplaçant, on a cherché un remplaçant, y a des filles qui sont venues, nous on avait autant de temps chez le patient qu'en voiture, c'était <u>pharamineux</u>, c'était <u>pharamineux</u>, les filles n'ont pas voulu reprendre le relais derrière elle, moi je pouvais pas assumer tout seul la clientèle, j'avais fait déjà, je savais ce que c'était, j'avais eu 2 accidents dont un grave, c'était hors de question que je prenne le risque d'un accident de voiture, s'est posée la question de qu'est-ce que je vais faire, j'ai voulu revenir à la source, à la base, j'ai écrit à L., alors que j'avais aucune expérience en psychiatrie, c'est dans ce cadre là que je suis entré à L. très vite ça m'a passionné dans le sens où on était sur autre chose que sur les soins généraux, c'est ce que je dis toujours aux élèves, les seuls moments où j'ai été en difficulté c'est en psychiatrie ça a jamais été en soins généraux, j'avais toujours une réponse, c'était très sécurisant Voilà mon parcours</p> <p>Quand je travaillais dans cette entreprise, là aussi c'était un peu..., le directeur des soins de l'hôpital St-Antoine à l'époque c'était le frère de qui je travaillais, effectivement il comprenait pas pourquoi je restais là avec ce que j'avais comme parcours, effectivement j'aurais pu rester là encore 10 ans, 15 ans je voulais pas une position sociale je m'en fous à l'époque j'avais des projets, je voulais me marier, je voulais gagner un peu d'argent, c'était pas possible, parce</p>	<p>soins généraux</p> <p>Beaucoup de détails pour montrer les hasards de cette orientation et aussi les efforts qu'il a faits pour pouvoir passer les concours, ce qui pourrait rajouter au mérite et à l'autodétermination à partir du moment où il avait fait son choix (encore un peu hors-sujet par rapport à la question)</p> <p>Nous nous demandons pourquoi cette anecdote, apparemment cocasse mais qui le dessert plutôt : nous faisons un lien avec l'attitude de souci de l'autre, comme quelque chose de gratuit, de désintéressé, d'autant plus sur un concours qui pourrait pousser, comme l'a fait la première candidate à enfoncer l'autre.</p> <p>Enchaîne directement sur le concours de psychiatrie (140), ce qui est déroutant</p>
--	---	--

Pourquoi une attirance pour la psychiatrie ?	<p>que les gens qui occupaient les postes ils avaient des compétences un peu moindres, c'était impossible, il m'avait dit, je me suis orienté en psychiatrie parce que effectivement son frère qui était là dedans, directeur des soins, faut être con quand on est jeune, je me suis dit directeur des soins, ça va être qu'une formalité, je me souviens à l'époque, comme j'avais pas le BAC j'ai dû prendre des cours au CNED parce que j'y connaissais rien en anatomie, en physiologie, j'ai pris des cours 6 mois au CNED pour me préparer , j'étais tombé je me souviens sur le cycle ovarien, en anatomie c'était l'œil, j'étais en grande difficulté, sur l'œil ça avait été, sur le cycle ovarien j'étais catastrophé, on était dans une grande salle, il y avait des filles de part et d'autres sur les côtés, j'étais en difficulté, je demande à ma collègue à côté, tu sais faire? une réaction incroyable, elle se met comme ça je me suis dit « là je suis cuit »</p> <p>je pensais que c'était plié, incroyable, quand je raconte cette anecdote, la fille qui était devant nous à qui j'avais rien demandé parce que je voulais pas la déranger elle se lève, au moment où elle se lève pour aller donner sa copie, elle se retourne elle me donne son brouillon !</p> <p>ça a été , à l'époque on avait aussi une épreuve de mathématique et de physique j'étais sur mon terrain il y avait toutes ces épreuves là, j'ai pas été accepté, on avait eu un texte, je me souviens de Pablo Neruda, il fallait faire un commentaire de ce texte le problème, j'ai beaucoup de difficulté à être dans la nuance, encore maintenant, en première intention je marque très fort mon point de vue mais je suis quelqu'un de très souple en première intention j'aime bien que les choses soient claires, je marque mon point de vue même si je suis en désaccord , peut-être que c'était pas ça, peut-être que ma façon de rédiger ne leur convenait pas, j'ai pas été accepté, j'ai pas été reçu, en psychiatrie</p>	<p>au premier abord. Encore une digression pour valoriser son caractère autonome et affirmé qui peut parfois le desservir car déviant dans notre système, même s'il laisse quand même une part personnelle à son échec</p>
Refaire des études pour compléter son exercice	<p>après quand je suis arrivé à L., moi comme je travaillais en libéral, à l'époque je faisais un 4/2, temps complet</p>	<p>Utilise « honnêtement » quand il aborde une</p>

<p>professionnel et comprendre son environnement</p>	<p>4/2, moi je savais pas ce que c'était d'avoir des congés, j'ai commencé à être mal, je tournais en rond, <i>honnêtement</i> au début j'aimais beaucoup, ça me plaisait, il me manquait quelque chose, je me suis inscrit à la fac à Poitiers, j'ai fait une licence, j'ai fait une licence sur un an en sciences sanitaires et sociales je l'ai jumelée avec une UE d'éthique j'ai continué un peu parce que les mathématiques, c'est curieux ça me reste toujours, j'ai fait un DU à Bordeaux en statistique et en santé publique, maintenant je commence un peu à m'ennuyer, <i>honnêtement</i> je commence un peu à m'ennuyer, c'est parti, je sais que c'est parti, je me connais j'ai reçu les dossiers, ma femme elle lève les bras au ciel, ça fait 4 ans, je peux pas rester à rien faire, y a toujours un truc, je sais pas, je continuerai peut-être pas c'est vrai qu'à l'âge que j'ai... c'est passionnant, c'est passionnant, moi je crois que c'est une façon de rencontrer d'autres personnes, d'autres expériences, c'est un nouveau challenge, on ouvre un autre horizon, on ouvre, quand on connaît pas les choses paraissent simples, au plus on s'intéresse au plus c'est compliqué, c'est vrai que je me suis aperçu de ça dans la relation à l'autre quand en analyse sommaire les choses paraissent simples en fin de compte c'est <u>excessivement difficile</u></p> <p>je crois que c'est lié aussi à la nouvelle disposition</p>	<p>difficulté de choix pour lui</p>
<p>Absurdité du système hospitalier</p>	<p>B14.c'est <u>excessivement difficile</u>, pourquoi j'ai fait justement cette licence, c'est que je comprenais pas trop comment fonctionnait l'hôpital, je comprenais pas du tout ce truc administrative, je peux donner des exemples sur l'informatique, on était en panne, il fallait faire un bon qui passait au cadre qui montait ... B15. ça faisait 2 jours qu'on était en panne, malheureusement il y avait pas longtemps que j'étais là, je me suis pas rendu compte, j'ai téléphoné au service informatique, ils m'ont dépanné au moment où le cadre il rentre il m'a demandé « mais qu'est-ce que tu fais » moi j'ai dit « ils ont dépanné », il m'a expliqué « mais B. c'est pas comme ça »</p>	<p>Fait le lien des études avec l'ouverture et la pratique de soins, dans laquelle il faut aller au-delà de l'apparence</p> <p>Quand j'évoque ma reprise d'études, la justifie par une obligation, ce qui opposerait la sienne comme plus désintéressée</p> <p>Très emphatique sur l'hôpital, commence à donner des références littéraires communes pour appuyer son propos : Kafka, Ionesco, alors que ce n'est pas tout-à-fait le sujet</p> <p>Peut-être relève-t-il cela comme des obligations qui nuisent à l'essentiel, le soins et donc aussi à l'encadrement des étudiants sur des choses plus importantes</p>

	<p>quand il m'expliquait le circuit j'étais...c'était apocalyptique, c'était Kafka, c'était Ionesco, c'était, c'était incroyable, je m'aperçois qu'à tous les niveaux ça fonctionne comme ça, chacun son pré-requis, attention marche pas sur mes plates-bandes, le territoire tout-a-fait, des territoires</p>	
<p>L'encadrement en psychiatrie</p>	<p>B8.en entretien on est toujours seul, on prend conscience de la dimension de l'autre, des responsabilités qui se posent dans un entretien, jusqu'où on peut aller en entretien, ce que ça nous renvoie, est-ce qu'on s'autorise...y a tout un questionnement avant l'entretien, dans l'accompagnement de l'entretien qui nécessite vraiment une réflexion très profonde, très introspective que les jeunes étudiantes n'ont pas, c'est dommage, c'est vraiment dommage .</p> <p>B23. avant la réforme moi je trouvais que quand il y avait les étudiantes qui viennent dans le service, j'ai beaucoup de compassion pour ces jeunes parce que c'est un métier qui est <u>excessivement difficile</u> (158), la psychiatrie (158), je pense que c'est <u>doublement difficile</u> (159) en psychiatrie parce qu'ils sont toujours seuls, ils sont seuls en entretiens, ça peut leur renvoyer des histoires difficiles, ils savent forcément qu'ils peuvent être interpellés dans leur propres vies par l'autre ça c'est une expérience qui est <u>excessivement douloureuse</u> (162), qui peut même être <u>traumatisante</u> (163)</p> <p>B24. Ça je veux bien le croire, c'est <u>redoutable</u>, très vite il y avait ce projet de tutorat, à l'époque c'était JFB j'en avais parlé s'il y avait d'autres collègues qui voulaient le faire au contraire, il s'est avéré très vite que ça les intéressait pas, moi je suis resté tuteur. B25. Les acquisitions je les vois une fois qu'ils sont diplômés, moi je les vois une fois qu'ils sont diplômés, les difficultés qu'ils rencontrent par rapport à ce qu'on appelle le principe de réalité , c'est vraiment autre chose, les valeurs, ce que j'essaie de mettre dans la relation c'est des valeurs humanistes, la relation de soin c'est les relations humaines, la difficulté qu'ils peuvent rencontrer c'est quand ça va faire écho de leur propre</p>	<p>Le regret que les étudiants n'aient pas de profondeur de réflexion, ce qui ne leur permet pas d'aborder l'entretien comme il se doit : est-ce un grief contre l'IFSI qui devrait forger cette réflexion, ou contre le type d'étudiant sélectionné, voire même contre le programme de formation (avant 92, la formation psychiatrique était séparée et plutôt accessible à des étudiants ayant déjà une certaine maturité)</p> <p>Revient sur la psychiatrie comme un métier en soi, ce qui tendrait à nouveau à séparer soins généraux et soins psychiatriques</p> <p>Thème de l'entretien comme fil rouge, vraiment la spécificité de la psychiatrie</p> <p>Souligne son extrême sollicitation du soignant par des termes très forts</p> <p>Ne peut mesurer les acquisitions des étudiants en cours de formation mais seulement lorsqu'ils arrivent en nouveaux collègues, c'est pourquoi il en parlera souvent en cours d'entretien</p> <p>Axe d'emblée son encadrement sur la relation de soin avec des valeurs humanistes, difficiles à mettre en œuvre à cause de</p>
<p>La position de tuteur, ce qu'il veut transmettre</p>		

	histoire, les difficultés qu'on a, parce qu'ils éprouvent une culpabilité parfois les jeunes diplômés, ils veulent s'investir dans une prise en charge, la prise en charge est difficile parce qu'elle leur renvoie des choses, par challenge ils veulent y arriver	leur propre histoire, ce qui nous renvoie aux notions de représentations, de socialisation primaire qui interfèrent dans le prendre soin
Le prendre soin et son vécu en psychiatrie	<p>B 26, 27, 28. Par fierté je sais pas, en fin de compte ils sont excessivement mal à la fin, j'en ai vu une sur E. il y a pas si longtemps que ça , où vraiment la jeune collègue était vraiment mal, sur une histoire de couple, terrible, les valeurs humaines pourquoi parce que c'est connaître ses limites, c'est connaître ses limites, respecter les limites de l'autre, quand on connaît pas ses limites soi-même on respectera pas les limites de l'autre, l'autre bien souvent il peut devenir objet de soin, dans un questionnement on va aller plus loin, on va plus avancer avec lui, on va avancer par rapport à ce qu'on cherche, parfois même ce qui est trompeur, c'est qu'ils appellent pas ça un entretien , ils appellent ça un interrogatoire</p> <p>C'est pas anodin, c'est pas anodin la façon dont...les valeurs humaines c'est tout ce qui est éthique, tout ce qui est relationnel, tout ce qui est rapport à l'autre, tout ce qui fait que l'autre existe, qui fait que moi j'existe à ce moment-là on le voit bien avec les interactions avec le bébé, avec la prise de conscience de notre propre existence, c'est exister dans le regard de quelqu'un, on le voit bien avec des problématiques de conduite alimentaire ou dépressive ou de passage à l'acte chez nous bien souvent, avec l'estime de soi on n'arrive plus à exister dans le regard de l'autre, c'est l'hystérique, qui pour exister dans le regard de l'autre elle va somatiser un maximum, avec des phénomènes de contre-transfert, la dimension humaine, faut jamais oublier que c'est la dimension humaine, c'est une histoire singulière toujours, c'est jamais notre histoire, on a oublié on peut rencontrer beaucoup d'histoires qui se ressemblent, c'est toujours une histoire singulière, toujours, toujours...</p>	<p>B insiste énormément sur la différenciation du soignant et du soigné comme essentielle à la relation de soin avec les notions de limites de soi et de l'autre, et de tous les éléments du care : éthique, respect, exister dans le regard de l'autre, la dimension humaine et toujours le caractère unique de chaque histoire (histoire singulière 201)</p> <p>L'autre revient 15 fois dans ces lignes</p>
Ce qui est	B.29, B.30 Je crois que c'est dans	B. avance l'authenticité du

<p>transmis par les attitudes et les comportements du tuteur</p>	<p>l'authenticité avec laquelle on dit les choses, qu'on fait passer les valeurs, les valeurs on peut pas les dire par écrit, on peut pas les faire passer je crois que c'est dans le fait d'être authentique, c'est le fait de parfois reconnaître qu'on est parfois soi-même vulnérable, des valeurs qui sont liées à la relation humaine ne permettent pas de faux-semblants, de faux-semblants, ne permettent pas de faux-semblants alors que sur la clinique on a besoin de faux-semblants parce que le patient qui nous interpelle, nous interpelle toujours par la narration, par un récit, par une histoire, une histoire qu'il met en forme lui-même qui a besoin de se raconter, de nous raconter, son histoire est tellement difficile, douloureuse qu'il a besoin de l'aménager, dans le cadre d'une relation de tuteur, faire partager ça, moi j'utilise beaucoup des auteurs, des références d'auteurs, je leur fait lire, je leur propose , il y a certains écrivains, certains philosophes qui sont incontournables, qu'il faut lire; je leur donne simplement par exemple sur la séparation, sur un divorce, qu'est-ce que c'est de perdre quelqu'un, la première expérience de la perte c'est quoi, on essaie de remonter par rapport à la naissance, l'enfant, la mère, la souffrance, on oublie trop souvent la première fois qu'on est amoureux, qu'on perd notre relation affective, quand on est tout gamin, c'est une souffrance terrible quand on perd sa mère, son père, pourquoi le schéma est inversé, les parents perdent un enfant y a des auteurs qui ont écrit là-dessus de façon beaucoup plus simple, beaucoup plus profonde et humaniste, j'utilise beaucoup Ricœur, Levinas en amont j'essaie de faire des liens avec Emmanuel Kant pour tout ce qui est éthique, pour les impératifs, sur la clinique j'utilise beaucoup Leibnitz pour les ressentis, comment un souvenir nous réapproprie c'est Marcel Proust, j'essaie de ponctuer comme ça, je leur fais pas lire, je fais pas ça du tout ,</p>	<p>tuteur pour transmettre les valeurs du soin car pour lui cela ne peut être formalisé</p> <p>Il utilise encore des termes forts comme « faux-semblants » (4) et le paradoxe entre le soignant qui doit être authentique et le patient qui ne peut pas être sur la réalité, mais sa réalité et sur laquelle on doit accepter de travailler avec lui</p> <p>Il amorce à ce moment ses références aux auteurs philosophes pour la plupart :pour lui donc, pas de formalisation des valeurs du prendre soin par des apports magistraux par exemple ou des construits de l'IFSI ou des services destinés aux étudiants, mais l'intégration progressive des approches philosophiques qui parlent, non du soin spécifiquement, mais de la relation à l'autre, de soi et des autres</p> <p>Il est d'ailleurs très péremptoire : il faut, ils doivent, incontournables, impératifs</p> <p>Son expression « ponctuer »(233, 255) est très fine, on comprend son intention de ne pas apporter des notions théoriques d'un bloc, mais de distiller au fil des besoins et des situations des éléments de compréhension élaborés par d'autres sur un plan plus philosophique et éthique</p>
<p>Les références aux auteurs et leur intérêt dans</p>	<p>B31 à B36 des références, des passages, des textes déjà écrits qui font 3,4 pages, c'est toujours sur l'ordinateur, ça</p>	<p>B. développe son utilisation et son appui sur les auteurs, pour chacun il explique</p>

<p>le développement de la culture soignante en psychiatrie</p>	<p>s'appelle les confessions d'une jeune fille de Proust, le premier mort dans l'histoire, la souffrance, Proust a écrit ça dans un autre contexte, l'inévitable petit Prince, je crois dans le Petit Prince, de la relation à l'autre, je crois que dans le petit Prince tout y est, jusqu'à la mort, jusqu'à la mort, tout y est, on peut faire différentes analyses, le psychanalytique tout ce qu'on veut, sur les fondamentaux sur le fait d'exister, on voit bien avec la rose, l'absence, les échanges, qu'est-ce que c'est que la rencontre, on attend le patient, on dit pas au patient on va à un entretien comme un rendez-vous, comme une obligation, non c'est une invitation, c'est Levinas qui dit « on l'invite », asseyez-vous, au moment où on l'invite, on devient responsable de lui, il le dit, il le dit, le petit... Levinas le dit bien, à partir du moment où on salue quelqu'un, on croise son regard, on devient responsable « ici, maintenant et pour toujours », parce que on peut renvoyer des choses inentendables, on peut le mettre mal sans s'en rendre compte, sans mesurer comment on peut le mettre mal, effectivement il faut être conscient de ce poids là, ce poids là c'est pas pour autant qu'il doit vous figer, par contre il doit nous aider à mesurer surtout à respecter la vitesse du patient, s'il veut pas avancer ou s'il peut pas avancer, on n'avance pas c'est tout, j'aime bien ponctuer comme ça, c'est les auteurs, c'est facile à lire, contrairement à ce qu'on peut croire, tout y est , y a des gens qui ont écrit tellement bien sur la rencontre, sur la narration, sur l'identité, l'ipséité, Ricœur le premier, la shoah, l'humanité, on peut pas parler du respect de l'autre si on passe pas par la shoah, les dimensions humanistes, B33. Primo Levi, Hannah Arendt, bien entendu, Hannah Arendt, Hannah Arendt qui pour moi est vraiment le fer de lance, c'est une femme, les femmes sont toujours mieux dans ce qu'elles font, que ce soient Pierre et Marie Curie, Pierre Curie ça a toujours été un rigolo, il a toujours publié toutes les études de sa femme elle a jamais eu de reconnaissance alors que c'est elle qui a publié, Hannah Arendt c'était la muse de Heidegger, c'est elle qui a travaillé le manuel d'Heidegger , c'est elle qui l'a</p>	<p>même pour quel aspect du soin il est le plus pertinent, allant des philosophes comme Kant, Ricœur, Levinas, Arendt à Saint-Exupéry, Proust ou Levi.</p> <p>Il donne même des citations emblématiques « on l'invite », « ici, maintenant et pour toujours », ou « penser c'est d'abord et avant tout exister en tant que sujet responsable »</p> <p>Il revient ainsi sur les valeurs du prendre soin et leur simplicité</p> <p>La responsabilité (Arendt 269, 270), la reconnaissance de l'existence de l'autre, l'humanité, le respect de l'autre</p> <p>Autre notion abordée, qui vient faire écho à la lourdeur et l'absurdité du système hospitalier : le quotidien d'Heidegger qui amène le soignant à</p>
--	---	---

	<p>corrigé, c'est elle qui l'a impulsé, Hannah Arendt « penser c'est d'abord et avant tout exister en tant que sujet responsable », c'est tout simple comme phrase, dans cette phrase il y a tout « penser c'est d'abord et avant tout exister en tant que sujet responsable », si cette phrase on la renverse, ne pas penser c'est pas exister, c'est vrai ne pas se positionner c'est pareil, c'est pas exister, on fait un lien étroit avec Heidegger, quand il parle du quotidien, le quotidien en fin de compte c'est le déchargement, le quotidien c'est la forme, c'est à 4 heures, c'est à 8 heures, les consignes c'est 9, vous pouvez pas sortir c'est 4 heures, parce que le médecin il l'a dit, c'est comme ça, si on donne pas le sens d'une consigne ça n'a rien, ... on a un droit c'est d'appliquer une consigne, si le médecin pose une consigne qu'on comprend pas le sens de la consigne, il faut l'interpeller, B34. autrement on est dans la maltraitance, je suis enthousiaste quand je parle de quelqu'un comme Primo Levi, de quelqu'un comme Levinas, je suis comme je vous parle,... ce sont des valeurs qui sont fondamentales, on peut se tromper dans une prise en charge, on peut merder, au moins on l'aura pas fait avec l'intention de blesser, on sera toujours dans la mesure, dans le respect de l'autre, ne jamais oublier que l'autre est différent, est différent de moi, c'est parce qu'il est différent que j'existe, autrement on est des clones, effectivement c'est de ça que j'échange les premiers moments avec elles</p>	<p>exécuter des consignes sans réfléchir au sens, il emploie le terme fort de maltraitance, ce qui laisse à penser que c'est important pour lui de transmettre aux étudiants la nécessité de chercher le sens de leurs actes</p> <p>Il insiste aussi sur la nécessité de se positionner, au risque de se tromper, ce qui apparaîtra comme une difficulté pour les étudiants et jeunes diplômés</p>
<p>La transition du statut d'étudiant à la vie professionnelle</p>	<p>B37 à B44 la transition entre le moment où ils sont élèves et le moment où ils sont arrivés dans le service, il y a une espèce d'<u>effondrement</u>, c'est l'<u>effondrement</u> complet, quand je vous parle <u>d'effondrement</u>, moi j'ai vu des toutes jeunes diplômées <u>pleurer</u>, <u>être mal</u> dans une prise en charge parce que la patiente avait été agressive, parce que l'histoire qu'elle avait entendu, tout ce qui est inceste, tout ce qui est viol, pour une jeune fille c'est <u>incompréhensible</u>, quand la famille quand le frère qui est incestueux se présente pour voir sa sœur, qu'elle est <u>tétanisée</u>, qu'elle lui <u>sauterait au cou</u>, ça</p>	<p>Cette transition est décrite de façon dramatique ce qui laisserait à penser que la formation ne les prépare pas assez : effondrement revient 5 fois (295, 296, 320, 326), et d'autres expressions comme « sauter au cou » dans le sens sauter à la gorge pour montrer à quel point les jeunes diplômées ne savent pas distinguer leur histoire de celle du patient</p>

	<p>c'est bien il faut qu'elle le dise, il faut qu'elle fasse un travail sur elle, elle est pas là pour soigner le frère, elle est là pour aider la patiente, pour être déchargé de cet aspect émotionnel, il faut respecter le sujet qui est en face, c'est pas notre histoire, c'est son histoire, si à un moment donné on se substitue à son histoire c'est <u>excessivement grave</u> ça veut dire qu'on devient l'autre, c'est la <u>négation du sujet</u>, on le <u>méprise</u>... ils sont tout de suite mis dans des situations de prise en charge réelle, l'encadrement,</p> <p>La notion de responsabilité quand ils sont élèves ils se déchargent un peu, dans une prise en charge où ils sont en difficulté, elles prennent pas, c'est très bien, c'est très bien, ça serait mieux qu'elles viennent, qu'elles me disent: « je peux pas »; je me souviens un jeune, il parlait toujours de relation d'aide, relation d'aide, en fin de compte, il était en quête de quelque chose ce jeune homme, il était sorti en boîte avec son frère et 2 copines, il s'est mis derrière avec sa copine, c'est la copine de son frère qui a conduit, c'est son frère qui a été tué en voiture, il s'est <u>effondré</u> le gamin, là je comprenais pas, c'est curieux parce que moi je suis quelqu'un de très jovial, je raconte souvent des blagues là je m'en suis voulu, j'aurais dû percuter, de la façon dont il m'interpellait, j'aurais dû percuter qu'il avait un problème ce gamin, bien sûr, en entretien il voulait souvent être là, l'entretien était à peine fini, il avait toujours plein de questions, ça partait dans tous les sens, c'était une quête, jusqu'au jour où il s'est <u>effondré</u>, la transition, quand ils perdent leur statut d'étudiant qu'ils passent en situation réelle qu'ils sont mal, ça leur renvoie la responsabilité au sens où elles portent sur leurs épaules quelque chose de <u>lourd</u>, de <u>difficile</u>, ce qui est dommage actuellement c'est qu'il y a plus, elles sont plus, il y a pratiquement plus que des jeunes, je suis le seul sur le pavillon U., mes collègues ils veulent pas pour des raisons que je respecte, non après tout que je respecte pas parce que je me sens pas obligé de la faire, quand on a des jeunes qui sont en <u>difficulté</u>, on n'a pas le</p>	<p>Utilise le terme de gamin(323) pour désigner un étudiant, ou de jeune fille(299) pour les jeunes diplômées</p> <p>Il évoque un travail sur soi (302) nécessaire pour aider l'autre, apparemment non fait ou pas possible durant la formation ; le fait que les étudiants n'aient pas de phase de transition entre la formation et l'exercice professionnel est regretté, car tant qu'ils sont étudiants ils ne prennent pas la mesure de la responsabilité professionnelle.</p> <p>Evoque également un étudiant qui chercherait à résoudre ses problèmes psychologiques par le biais du stage (B40) et la responsabilité du professionnel qui doit s'en apercevoir par des indices</p> <p>Evoque le problème actuel de la présence presque exclusive de jeunes professionnels dans les services, ce qui rend difficile l'encadrement et par extension la transmission d'une culture qu'ils n'ont pas eux-mêmes intégrée.</p> <p>De même un désengagement pour la fonction de tuteur qu'il n'accepte pas et dont il se sent seul investi, presque contraint car c'est un devoir</p>
--	---	---

	<p>droit de les laisser comme ça, à l'étage on a des <u>problématiques très difficiles</u>, des toxicomanes, qui sont manipulateurs, pervers, tout ce qu'on veut, les <u>jeunes diplômées</u> elles se font, ou elles <u>se font embringuer</u>, ou elles mettent en place des <u>barrages incroyables</u>, elles ouvrent le <u>pare-soleil</u>, c'est ça, elles se protègent en <u>bétonnant avec des corsets</u>, autrement dit elles vont même pas auprès du patient, les autres elles se font <u>embringuer</u>, dans les deux je crois que c'est <u>synonyme de souffrance</u>, y en a une que je vois, dans l'après-coup elle est pas bien, effectivement, elle peut pas répondre à une question d'un patient sur une consigne, « pourquoi vous me donnez ça » ou « pourquoi vous me faites ça », ou « pourquoi j'ai plus le droit de fumer? » elle dit « parce que c'est comme ça » elle se rend compte</p> <p>il y a de la <u>souffrance</u> quand c'est comme ça, il y a de la <u>souffrance</u></p>	<p>d'accompagner les jeunes diplômés qui souffrent</p> <p>A nouveau des mots très forts : embringuer (338, 341), souffrance (342, 350, 351), ou des images : pare-soleil (339), bétonner avec des corsets(340)</p> <p>Fait ce constat de souffrance des jeunes diplômés, quels éléments de compréhension qui pourraient interroger la formation ? plus de responsabilité durant les stages, une période intermédiaire entre formation et profession (le stage préprofessionnel est là pour cela)</p>
<p>Ce que l'encadrement apporte au tuteur (les échanges de culture)</p>	<p>B45 à B55 Moi, ça me rappelle toujours que je sais rien, ça c'est sûr, parce qu'on est toujours surpris par leurs questions, au plus une question elle est naïve, au plus elle paraît simple et idiote, au plus elle est percutante, c'est les seules questions qui peuvent honnêtement, les questions qui m'étonnent, les questions qui me mettent en difficulté, c'est vraiment des choses du B.A.BA, c'est pas de la clinique, on est vraiment dans une relation, c'est sur un détail dans un entretien... C'est ce qu'elles ont perçu ou qu'elles ont cru percevoir</p> <p>Un exemple: récemment, une dame, c'est quelqu'un de l'étage, une infirmière de l'étage,... droit de visite de ses enfants à l'étage, toxicomane, en général les enfants montent pas. Les enfants ne pouvant pas monter, c'est la patiente qui descend, la consigne du médecin, elle quitte pas le service!</p> <p>c'est pas rare là, que faire, elle me téléphone...</p> <p>B50. elle doit se positionner au sens d'Hannah Arendt, laquelle je vais enfreindre, est-ce que les enfants ils montent? c'était hyper intéressant parce qu'elle a dû faire un choix, qu'est-ce que</p>	<p>Commence à répondre centré sur les étudiants puis retourne aux jeunes diplômées qui manifestement sont le vrai problème pour lui ; nous ne pouvons que faire des inférences sur ce qu'il déplore en formation</p> <p>Cependant, stagiaires par leur naïveté réactivent le sens critique du soignant qui s'interroge sur sa pratique, nous retrouvons un facteur d'évolution des pratiques</p> <p>L'exemple donné en appui est celui d'une jeune professionnelle qui l'a fait évoluer par les questions qu'elle se pose</p> <p>Il en profite au passage pour mettre en évidence les paradoxes du soin et faire à nouveau référence à</p>

	<p>tu ferais, je sais pas moi, qu'est-ce que tu ferais toi, c'était un <u>déchirement</u>, tout son raisonnement il était juste, il était tout simple, c'est que au début d'une situation que je croyais relativement simple, moi ce que j'aurais préconisé, complètement assumé, c'est que le patient descende parce que j'aurais voulu protéger les enfants, elle me dit, voilà ce que je vais faire, y a personne dans le bureau du cadre, je vais les faire monter dans le bureau du cadre? C'est complètement incohérent, incohérent, y a tous les papiers, les plannings, je dis ouais c'est peut-être une bonne idée, qui est-ce qui va rester avec eux dans ce cas-là? justement c'est familial, ouais, mais tu crois faire comme ça c'est mieux, écoute, tu fais comme ça ... on s'est quand même arrangés pour que les patients soient pas là, le mari monte avec ses deux enfants, on ouvre le bureau du cadre, la famille se voit dans le bureau du cadre, ..elle me téléphone, au fait combien de temps? je sais pas, je sais pas moi, combien de temps d'après toi? je sais pas...à chaque fois qu'on lui <u>retourne cette question</u>, elle <u>peut mesurer aussi que quand on n'a pas de réponse à donner à un patient, il peut être angoissé</u>, il peut être mal, parce que moi je donnais pas de réponse, elle sentait.. B51. qui montait, prenant conscience dans l'après-coup, effectivement y a absolument pas d'intimité, parce que en psychiatrie, les patients, y voient une clé sur la porte, y rentrent, elle met un terme à l'entretien, on reprend la situation à distance, la situation elle était beaucoup plus compliquée que ça parce que en réfléchissant un peu plus profondément de façon systémique, même le fait qu'ils la voient dehors c'était complètement inadapté</p> <p>Ce qu'il fallait c'était une <u>relation médiatisée</u>, fallait une <u>relation médiatisée</u>, soit au bureau de l'assistante sociale, soit avec quelqu'un d'autre, quelqu'un du personnel qui se détache, une autre collègue infirmière, on a discuté, elle est prise par une préoccupation, par un positionnement qu'elle va avoir qui va transgresser de</p>	<p>Arendt.</p> <p>Montre par ce récit 2 choses :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Son expérience lui aurait fait prendre une décision assez simple - Les questions qu'elle s'est posées l'ont fait envisager la situation autrement (à lui) <p>Nous trouvons aussi la notion très importante de situation problème (développée dans la professionnalisation, Perrenoud, le Boterf, Mezirow) ; B. a une approche intuitive de la professionnalisation grâce à une situation problème, il décrit très bien comment il renvoie sans cesse l'infirmière à ses propres questions, la confrontant au passage à l'angoisse vécue par le patient lorsqu'il ne reçoit pas de réponse contenante</p> <p>Il ne nomme pas l'angoisse de l'infirmière</p> <p>La réflexivité est abordée dans l'après-coup (396, 410), à distance(414), et permet de progresser dans la professionnalisation pour elle comme pour lui</p> <p>Part sur un autre exemple de difficulté des jeunes professionnelles, encore en dehors de la question. Nous comprenons que ces jeunes</p>
--	--	---

	<p>fait les consignes</p> <p>qu'est-ce qu'elle met là-dessous? Comment elle se positionne, qu'est-ce qu'elle fait? Elle a fait un choix, dans l'après-coup, elle trouve que c'était pas bon, c'est très bien</p> <p>C'est très bien, le choix que j'aurais pas proposé il était pas forcément judicieux, à distance après on peut s'apercevoir qui y avait, une troisième alternative qui est beaucoup plus judicieuse parce que c'était médiatisé, c'était médiatisé...</p> <p>c'est un détail, on laisse les problèmes de couple, on sait très bien que la vie affective au travail, c'est 80% des rencontres qui se créent, c'est un milieu principalement féminin y a peu de garçons très vite il y a des relations de charme qui viennent déstabiliserl'autre jour c'était plus un problème pour soi, c'était plus un problème pour assistante sociale, parce que elle subissait le harcèlement d'un collègue aide-soignant, le mec la lâchait pas, je le connais, c'est vrai qu'il lâchera pas, elle était arrivée au stade où, si j'arrive pas à, c'est un raisonnement judicieux, si j'arrive pas à m'affirmer avec lui, comment je peux poser plainte, comment je peux prendre soin d'un patient, tout, tout, tout <u>s'effondre</u> chez elle, tout <u>s'effondre</u> chez elle, elle avait un petit copain qui travaillait aussi à l'hôpital, la relation de couple commençait à avoir des difficultés, <u>ça impacte tout</u>, <u>ça impacte tout</u>, c'est elle qui avait changé de service, elle est venue travailler à U. lui est resté en place, maintenant il est à la retraite, c'est vrai que c'est des situations qui sont difficiles, je sais pas si j'ai répondu?</p>	<p>diplômées sont tellement soumises à des conditions difficiles, y compris liées au contexte du travail et aux collègues, qu'elles ont beaucoup de mérite à pouvoir encore prendre soin des patients (discours de malheur de Véga). Serait-ce à dire qu'il faudrait les protéger plus, créer des conditions de début de carrière plus facilitantes ?</p> <p>Quelle approche durant la formation, comment prendre appui sur ces situations difficiles qui sortent même du champ des soins mais qui n'en font pas moins partie du travail ?</p> <p>Se rend compte qu'il est sorti du sujet !</p>
Rapports avec les formateurs de l'IFSI	<p>B56 à B63 J'en n'ai pas beaucoup, il y avait des formatrices qui venaient, je sais pas, il y avait qui, madame A. je connais pas trop, je l'avais vue une fois sur une prise en charge là, pour des TOC, là, un élève qui est venu chez nous et par rapport, c'est vrai, il arrive avec un, mais ça c'est normal, il y a <u>toujours une critique à faire sur l'IFSI</u> actuellement, mais après, après, ... <u>ils arrivent avec des choses comme ça</u>, et on fait pas un inventaire chez quelqu'un qui a des</p>	<p>Fil de réponse assez difficile à suivre, est-ce parce qu'il est mal à l'aise sur la question ? Il ne ressort pas de collaboration claire en tous cas</p> <p>L'image qu'il en a est un discours décalé par rapport à la réalité du terrain, (ils arrivent avec des choses comme ça, 439) et oppose à</p>

	<p>troubles obsessionnels compulsifs comme on fait un inventaire en soins généraux ou avec un patient qui est dépressif, voilà; c'est des gens qu'il faut connaître, des TOC de rangement, des TOC de propreté donc on touche pas le linge, déjà dans le linge, il y a le linge de corps, les sous-vêtements, donc quand on fait un inventaire avec une patiente qui a des TOC, <u>on ne met pas les mains, on ne met pas les mains</u>, on demande à la patiente si elle est d'accord, on négocie déjà si on pose sur le lit, donc il faut respecter tout ça, moi, ce que ça peut engendrer, <u>c'est quasiment un viol, c'est comme un viol</u>, c'est <u>excessivement violent</u>, faire un inventaire, même chez les aides-soignantes ou les collègues, les infirmières, on ne mesure pas, ..., parce qu'il faut faire l'inventaire, faut faire l'inventaire, ils fouillent dans le sac, la personne elle est en état de sidération, là c'est comme si...c'est inadmissible, on avait parlé de ça avec madame A., aussi les mécanismes analytiques de la ...justement on avait parlé de Kierkegaard, le premier qui avait écrit sur l'angoisse, qui avait écrit un traité de l'angoisse, qui souffrait de troubles obsessionnels compulsifs, on avait développé ça, à la suite de ça je crois elle avait demandé de faire une petite intervention, ce que j'avais eu plaisir à faire d'ailleurs, c'est peut-être un peu compliqué pour des..., c'est un peu compliqué parce qu'on peut pas, une prise en charge avec des TOC ça prend aussi en considération l'entretien, on fait pas un entretien avec un patient qui a des TOC, on peut faire un entretien avec un psychotique, avec une personne névrosée, pratiquement de la même façon, c'est pas un problème, avec un patient qui a des TOC il y a énormément de précautions à prendre, c'est un entretien très difficile, très laborieux, j'avais essayé, j'avais travaillé des entretiens avec des patients obsessionnels, autrement j'ai de bons rapports avec une autre qui s'occupait du secteur X, une qui a travaillé en psy, qui va très vite</p> <p>J'y travaille, j'y travaille, j'ai toujours besoin d'écrit, moi, je sais pas vous,</p>	<p>nouveau les soins généraux et psychiatriques</p> <p>Pouvons-nous parler de culture psychiatrique ou de savoir spécifique qui ne serait pas véhiculé aux étudiants par l'IFSI avant d'aller en stage ? ce qui est contradictoire avec des propos ultérieurs(B63) affirmant que le métier ne peut s'acquérir que sur le terrain</p> <p>A nouveau des répétitions pour marquer l'importance</p> <p>Nous comprenons enfin pourquoi, lorsque nous abordons la question des relations avec l'IFSI, il développe la prise en charge de personnes atteintes de TOC (troubles obsessionnels compulsifs)</p> <p>Revient au sujet en fin de réponse, et fait remarquer au passage que comme la formatrice a travaillé en psychiatrie, donc de la même culture, travaille très vite</p> <p>T. est le coordinateur des soins, donc supérieur hiérarchique principal de tout l'établissement ; il est curieux qu'évoquant les</p>
--	--	--

<p>Attentes vis-à-vis de l'IFSI</p>	<p>j'avais envoyé à T., parce que le leitmotiv qu'on entend avec les élèves ou les jeunes diplômés, c'est le sacrosaint, le <u>jugement de valeur</u>, ils se réfugient derrière ça, c'est effrayant, ils disent « on est dans le <u>jugement de valeur</u> », comment ils appellent ça, ..j'aurais dû vous le ramener</p> <p>par rapport à l'IFSI, eux ils se réfugient derrière ça en disant que les prises en charge que vous abordez en psychiatrie, faut faire attention aux <u>jugements de valeurs...</u> c'est vrai le <u>jugement de valeur</u>, on est toujours dans le <u>jugement de valeur</u>, en psychiatrie, il faut faire abstraction de ça, à partir du moment où on sait qu'on est dans le <u>jugement de valeur</u>, on n'est pas dans le <u>jugement de valeur</u>, ce qui est redoutable, c'est la personne qui ne sait pas qu'elle est dans le <u>jugement de valeur</u></p> <p>Quand on sait qu'on est dans le <u>jugement de valeur</u>, alors là putain, je déconne ! ils se réfugient, je l'ai plus en tête, si à un moment donné, je mets un mot, sur la responsabilité par rapport à ça, je vous le ferai parvenir l'écrit..</p>	<p>attentes vis-à-vis de l'IFSI, il évoque un document qu'il a envoyé à sa hiérarchie et non au formateur ou à l'IFSi ; cet écrit sera ensuite récurrent dans les propos de Bernard, comme la synthèse de tout son cheminement sur la culture psychiatrique</p> <p>Représentation de l'IFSI comme un tout dans l'incompréhension d'une notion clé qu'est le jugement de valeur, mentionné 9 fois en quelques lignes B59 à B62 (se réfugient 474, analogie avec le pare-soleil 339)</p>
<p>Comment acquérir les valeurs et la clinique psychiatrique ?</p>	<p>B 63 et 64 Il faut revenir sur les valeurs éthiques, on peut leur faire des formations sur la clinique pour rattraper les failles qu'elles ont sur la clinique, l'essentiel pour moi, en psychiatrie ils vont pas l'acquérir derrière des cours magistraux, c'est l'exposition, c'est la rencontre en première intention, la dimension éthique, le respect de l'accueil du sujet ... leurs observ., les observ. sont pauvres à crever, faut prendre des risques, faut prendre des risques, on fait une observ, on remarque quelque chose, quand on fait des observations, quand quelqu'un fait une observation, elles ont de très bonnes vues, elles ont des fois de très bonnes observations, elles osent pas poser les mots,..</p>	<p>Relève les manques de la formation sur la clinique et l'éthique, tout en affirmant que cela ne peut s'acquérir qu'en pratique et par la rencontre avec les situations réelles</p> <p>Echo à la crainte du jugement de valeurs qui sert de refuge, avec le manque de prise de risque dans les observations qui aboutit à des écrits standards et peu personnalisés, un manque d'engagement</p>
<p>Ce qui manque aux étudiants et aux jeunes diplômés</p>	<p>B 65 à B79 parce qu'elles ont peur de se faire interpeller sur l'objet, sur des problématiques incestueuses, de violences conjugales avec des relations perverses, <u>les mots ont du sens en</u></p>	<p>L'engagement : autre thématique, oser poser les mots par écrit pour le bénéfice du patient, assumer sa position. Encore</p>

	<p>psychiatrie, à force de tourner, de tourner, ça fait une observ comme ça,</p> <p>c'est dommage, quand on en discute, elles ont tout compris, elles ont tout pointé, elles osent pas le poser, c'est dommage, parce que la première victime de ça, c'est le patient</p> <p>Qu'après un collègue ou un médecin lui dise, « t'as marqué, ça, pourquoi? » c'est pas gênant, elle peut l'argumenter, si elle l'argumente comme elle me l'argumente, le médecin pourra rien lui, dire, rien lui dire, c'est catastrophique, elles osent pas, elles restent quasiment dans un style littéraire, un peu comme un truc par téléphone, des...</p> <p>c'est dommage parce que les mots, il faut qu'il y ait des adjectifs, il y a un vocabulaire très riche, elles osent pas le mettre, c'est des termes, en soins généraux, ça pose pas de problème, j'y ai travaillé, ça pose aucun problème, que nous, honnêtement, il y a des mots, tout ce qui est relations sexuelles, tout ce qui est difficulté dans le couple, tout ce qui est viol, inceste, elles arrivent d'entretien, on va débriefer, elles me disent, B. comment tu ferais ton observ? Elles me disent y a ça, y a ça, en plus, elles voient les temps, elles voient bien les temps, je le respecte, je crois que c'est difficile d'entendre, c'est difficile de mettre les mots ; quand on pose les mots, on pose le « je » la condition première, moi je trouve ce qui manque avec nos jeunes diplômées, sincèrement, elles y arrivent pas, c'est en cela que je trouve avec l'IFSI, il y a un décalage énorme. On les autorise pas à poser le « je »</p> <p>à l'IFSI, complètement, moi j'avais fait un travail sur Heidegger sur le quotidien, le quotidien nous défausse, nous décharge, par ce quotidien, on fait comme tout le monde, comme on fait comme tout le monde, c'est tout le monde, le téléphone, le téléphone dans le service: « U. bonjour », je dis putain, c'est pas U., tu t'appelles A.</p> <p>Tu t'appelles A., tu donnes ton nom, pour celui qui est au bout, c'est toi, « allo, U. Bonjour » ou « pavillon T. », j'ai la mère qui téléphone pour avoir des</p>	<p>une fois, pouvons-nous déduire qu'il parle de cela lors des relations avec l'IFSI, parce que la formation ne les amène pas à s'engager, à se positionner ? on peut le penser car il affirme ensuite que la formation ne les incite pas à poser le « je » 528, 530, 561, 562, 563, 566</p> <p>Une contradiction car déplore le style littéraire et sans doute peu professionnel des observations écrites, puis fait référence aux SMS qui sont au contraire trop synthétiques</p> <p>Nouvelle opposition soins généraux 519(vocabulaire simple) et psychiatrie, nous 522, vocabulaire riche à utiliser</p> <p>Décalage IFSI terrain se manifeste par les compétences des jeunes diplômées à poser le « je », et Bernard affirme même que c'est délibéré puisque l'IFSI n'autorise pas à le poser</p>
--	---	--

	<p>nouvelles de sa fille</p> <p>Je crois que c'est purement défensif, c'est pas une question d'ego, c'est A. ou B. on s'en fout de ça, la personne elle a un alter ego, elle a quelqu'un, elle a un humain, elle a un sujet en face, si elle peut pas se souvenir de son nom c'est pas grave, c'est B. qui lui dit, c'est A. qui lui dit, c'est comme ça, c'est pas gênant, je vous laisse mon nom, l'après-midi ça sera des collègues, j'essaierais de vous l'apporter...</p> <p>il se fait progressivement</p> <p>je suis entièrement d'accord avec vous</p> <p>Non, ..., j'ai pas connu la shoah, j'ai pas connu la déportation, j'ai pas connu la souffrance, je pourrai jamais parler au nom de ceux qui ont souffert, mais jamais plus je ne voudrais que ça se reproduise, pour ce faire, je pose le « je », c'est pas un « je » orgueilleux, c'est Kant le premier qui, avant même les pédopsychiatres, qui dit qu'on commence à exister quand on pose le « je » et c'est pas un « je »....</p> <p>C'est un « je » d'engagement, d'authenticité, quand vous travaillez sur des cas concrets, c'est différent de la clinique, de l'analyse ou dans l'émotion d'un ressenti ou d'une prise en charge, il peut pas y avoir de « nous », c'est tous des « je » indifférenciés qui forment un « nous », on peut pas se mettre dans le « nous » pour ne pas exister, c'est impossible, c'est une continuité, l'entretien est toujours singulier, la prise en charge est multiple, parfois au nom de cette multiplicité, on se décharge</p> <p>Je suis désolé</p>	<p>autre exemple du manque d'engagement et de positionnement : s'abriter derrière l'institution, le service, et ne pas se nommer</p> <p>nous revenons aux valeurs éthiques et à la relation interpersonnelle, se différencier de l'autre pour lui signifier qu'il existe</p> <p>Acquisition progressive de l'engagement et en contact avec le terrain (554, 556)</p> <p>Nous voulons aborder la démarche réflexive à l'IFSI, dans l'après-coup, la réflexion sur l'action, mais B. suit son idée et nous donne peu d'éléments ; pouvons-nous interpréter qu'il pense que l'IFSI ne connaît pas la réalité du terrain et ne peut analyser les situations avec les étudiants, mais dans ce cas, pourquoi dire que même si on n'a pas connu, on peut agir quand même ? ou bien, pense-t-il que nous ne travaillons qu'à partir de cas fictifs(567), dépourvus de la dimension émotionnelle et trop globalisants donc ne permettant pas l'implication et l'engagement ?(572)</p>
Professionnalisme	<p>Je crois que ce qui fait un professionnel, c'est quelqu'un qui est, ... d'abord qui est dans des relations humaines, qui est capable d'empathie, le mot est beaucoup galvaudé aussi, vous l'employez aussi beaucoup à l'IFSI</p> <p>Rogers, alors moi c'est pas mon truc,</p> <p>un aparté, je suis désolé, quelqu'un comme Ricœur, il vous parle tout-à-fait de l'empathie, dans le cadre d'une relation d'aide comme vous dites, lui il</p>	<p>Les valeurs relationnelles reviennent en force, avec cependant encore une critique pour l'IFSI, dont le projet s'appuie sur Rogers,(relation d'aide comme vous dites ! 587) inadapté selon lui pour ce qui apparaît en filigrane comme l'essence du soin en psychiatrie : l'entretien. (à noter que la part</p>

	<p>parle d' « époque » c'est une attitude d'écoute qui à mon sens est bien au-dessus que l'empathie, dans l'empathie à un moment donné on a tendance à partager une proximité avec le patient qui n'est pas neutre, nos propres émotions parfois, elles viennent parasiter, trop d'empathie à un moment donné, fait qu'on ne peut plus entendre l'histoire du patient, qu'elle n'est plus audible parce qu'il nous renvoie trop de choses, c'est comme le contre-transfert, trop d'empathie, que dans l'époque de Ricoeur, c'est une attitude au contraire, complètement détachée, on écoute le patient, on est avec le patient, on est tellement avec le patient qu'on est au-dessus des émotions avec le patient, il y a aucun signe émotionnel qui doit sortir de notre vécu, on doit être totalement neutre, au-dessus, c'est parce que on est dans cette attitude d'écoute, ça je l'ai vérifié je ne sais combien de fois, un patient vous parle de son histoire, à un moment donné il vous dit « ça faisait mal et on a été manger des frites » quand on est dans l'empathie, par politesse on le laisse parler, si on est très habile, on va dire « tout à l'heure vous m'avez dit : ça m'a fait mal et on a été manger des frites » à ce moment là, il y a un truc qui s'allume, y a quelque chose qui va pas, c'est parce que je suis détaché de l'empathie, non du respect pour le patient que je viens de m'apercevoir qu'il y a une faille, il y a quelque chose qui a rien à foutre dans la conversation, c'est là-dessus qu'il faut aller, le patient peut vous dire « j'ai jamais dit ça », c'est des mécanismes de défense, on met à distance, ça se respecte ou elle vous dit « vous êtes sûr que je vous ai dit ça? » là, si elle accepte, c'est du caviar</p> <p>C'est une fenêtre, si elle veut on y va, si elle veut pas c'est pas grave, une collègue qui va faire une bonne soignante en psychiatrie, c'est tout à fait subjectif, je crois c'est quelqu'un qui a une valeur humaniste, qui a du respect pour l'autre, c'est quelqu'un qui quand elle arrive d'un entretien elle vous dit putain, j'étais en entretien, je sais pas quoi dire, ça c'est bon, c'est bon, c'est quelqu'un qui a fait un entretien, qui commence à</p>	<p>d'application de prescription et de surveillance est très importante en psychiatrie, et n'est jamais évoquée)</p> <p>Bernard critique l'empathie de Rogers mais encore une fois n'est pas si opposé que cela puisque l'utilise ; ce qui lui fait repousser l'empathie rogérienne, c'est ce qu'il a déjà abordé, la confusion des histoires et des émotions du soignant et du soigné</p> <p>L'époque de Ricoeur, auteur cher à ses yeux, permet cette neutralité tout en restant à l'écoute</p> <p>De belles métaphores qui montrent le plaisir, voir le challenge que représente l'entretien pour Bernard : caviar (608), fenêtre (610) et l'envie qu'il a de le faire partager aux étudiants et à ses jeunes collègues</p> <p>Outre l'entretien comme reflet du professionnalisme, l'analyse réflexive(616), la remise en cause (615, 638) semble essentielles dans la</p>
--	--	--

	<p>faire son boulot d'observ, elle dit,..., la remise en cause , l'analyse réflexive constamment, c'est vrai que nous on se torture un petit peu la tête, jusqu'où je vais, qu'est-ce que je m'autorise, c'est des questions fondamentales. Je connais d'autres collègues, l'entretien est fini, elles se mettent à l'ordinateur, elles <u>tapent</u>, c'est vrai qu'elles savent bien <u>taper</u>, elles <u>tapent</u> bien, elles sont tout à fait capables de relever des choses très pertinentes mais c'est <u>froid</u>, c'est <u>froid</u>, <u>froid</u>, c'est dégagé de toute émotion, y a pas d'empathie, y a rien, c'est une observ factuelle. Honnêtement, quand on a fait 3, 4 entretiens, bien faits, on est rincé, on est rincé, dès que ça renvoie à des histoires de vie difficiles, douloureuses, quand ça vient faire écho, la différence comme dit Ricœur, la différence entre le remords et le regret, combien de fois les patients qui ont subi un deuil, combien de fois j'entends qu'ils se trompent; ils inversent, c'est important de remettre les choses dans...la différence entre la douleur et la souffrance, c'est des primats à poser avec un patient parce qu'effectivement ils ont pas de mots pour exprimer leur souffrance, elle est muette, elle est muette, c'est pas comme la douleur, on peut crier, en plus de ça on fait une radio, on la voit, on sait que vous avez mal, mais par rapport à une histoire de vie, on l'a pas, le patient il souffre toujours tout seul, c'est toujours singulier ; nous il faut cheminer avec ça, il faut lui permettre de mettre des mots là-dessus, faut mettre des mots sur ce qui est indicible...des auteurs comme Ricœur , Primo Levi, qui est mort, il a mis 20 ans avant de pouvoir commencer à écrire, Primo Levi quand il commence son livre il parle du regard, ils avaient plus de compassion pour leur chien, on n'existait même pas, pour les Kapo, ils n'existaient pas , ils n'étaient rien, ils n'étaient rien, ils n'étaient rien, voilà quelqu'un qui a cette dimension, quelqu'un qui est capable de se remettre en cause, de reconnaître qu'il est en difficulté, quelqu'un qui va reprendre son entretien par rapport à celui de la veille parce qu'il y a quelque chose</p>	<p>pratique soignante</p> <p>Un passage très imagé, faisant percevoir un travail à la chaîne, comme Chaplin dans les temps modernes</p> <p>A nouveau opposition soins généraux qui traitent la douleur (630), plus technique, et la psychiatrie qui considère la souffrance</p>
--	---	---

	<p>ça c'est des bonnes infirmières</p> <p>Ça c'est des bonnes infirmières, y en a qui zappent, ils zappent comme ça, toutes les souffrances sont entendables, c'est pas parce qu'on est schizophrène qu'on souffre moins, c'est pas parce qu'on est hystérique et en HO qu'on souffre moins, quand on voit parano ça nous renvoie à nous mêmes; en psychiatrie, il y a beaucoup de choses qui nous renvoient souvent à notre propre histoire, les patients qu'on n'arrive pas à gérer, qui nous mettent en difficulté, c'est des mauvais patients, c'est normal, on peut le dire quand on est ici, c'est les seuls patients qui nous permettent de nous interroger, les patients avec qui on avance et ça va bien, ça n'a aucun intérêt, les états limites qui foutent le bordel dans le service, qui vous renvoient toujours à votre insignifiance, quelqu'un qui a fait médecine, qui vient vous percuter dans vos ...les jeunes diplômés c'est catastrophique, imaginez un médecin, un anesthésiste en entretien...</p> <p>Un suicide dans un service quand on a 22, 23 ans, c'est terrible, ça reste à vie, quand on voit que nos cadres, nos médecins ils débriefent pas, ils laissent les filles comme ça, c'est grave, <u>c'est inadmissible</u>, ça <u>c'est inadmissible</u> ...là on n'est plus tuteur, on s'aperçoit, là <u>elle a pris une balle</u>, elle est touchée</p> <p>le problème c'est qu'on peut pas soigner un collègue, à ce moment là vous voyez <u>qu'elle est blessée</u>, qu'elle est <u>en train de crever</u>, elle peut pas s'arrêter parce que si elle arrête, ça fera pas une bonne infirmière</p> <p>je suis désolé...</p> <p>Moi je peux pas faire les choses à moitié</p> <p>J'essaie, aux jeunes collègues ou aux étudiants, c'est un très beau métier, où on fait des rencontres, c'est très existentiel, faut lire Sartre sur le sujet, on est obligé de passer par là, c'est des questions sur sa propre vie, sur sa finalité, on va crever un jour, qu'est-ce qu'on va laisser... il y a quelques auteurs qui s'articulent bien pour la psychiatrie</p>	<p>(631)</p> <p>Refait référence à la situation obstacle, le patient qui nous renvoie à nos limites et qui percute notre propre histoire (648)</p> <p>Formule des griefs contre l'encadrement hiérarchique qui ne protègent et n'accompagne pas assez ces jeunes professionnels dans l'intégration des difficultés du soin en psychiatrie : médecins, cadres, ce qui contraint parfois le tuteur à un dilemme : rester collègue quand on voit l'autre en souffrance extrême (mots très forts, crever, blessé, 663, 664) ou devenir soignant pour lui, alors que ce n'est pas son rôle.</p> <p>Conclut en magnifiant le métier et en rappelant ce qu'il apporte sur un plan plus large, la vie et l'existence</p>
--	---	--

ANNEXE 11 : entretien Mona

1 *M1. Je te sollicite en tant que tuteur, enfin, qu'encadrant d'étudiant en stage*

2 **M1. D'accord, d'accord.**

3 *M2. C'est vraiment à ce titre-là que je te sollicite, parce que c'est vraiment cette partie-*
4 *là de la formation qui m'intéresse. Alors avant de commencer vraiment sur ta pratique,*
5 *je vais te demander des données administratives, donc ton âge, ton ancienneté dans le*
6 *métier et puis ton cursus et ton lieu d'exercice*

7 **M2. Alors je suis, j'ai 57 ans, je suis diplômée depuis 1975, ce qui me fait des**
8 **années au compteur, tu peux faire le compte,**

9 *M3. Rires*

10 **M3. Mon cursus, j'ai commencé à travailler en chirurgie, en chirurgie viscérale**
11 **essentiellement, ensuite je suis partie, heu, j'ai été détachée au Rwanda, pendant**
12 **un an, je suis partie avec un organisme humanitaire,**

13 **et voilà, je suis revenue, ça a été difficile d'ailleurs car c'est difficile de revenir dans**
14 **des murs bien aseptisés quand on était en dispensaire mais bon, il faut revenir, et**
15 **donc j'ai continué, au début j'ai fait de l'interim, un petit peu et puis après mon**
16 **mari a été nommé en Arabie Saoudite, on est partis tous les 2 là-bas, (sourir) et**
17 **j'ai pas pu rester, j'ai pas travaillé pendant 1 an, j'avais pas le droit de travailler**
18 **donc on est revenu et je suis revenu dans le Poitou notamment, lui il a continué à**
19 **rester là-bas, et je suis revenue à l'hôpital de L., en chirurgie encore, et puis il est**
20 **revenu parce que j'étais enceinte, et on a décidé de partir au Maroc, j'ai été**
21 **infirmière libérale un petit peu, heu, à Casablanca, j'ai fait un remplacement**
22 **infirmier Croix-Rouge pendant quelques mois et après j'ai trouvé un poste dans un**
23 **cabinet avec un médecin français et un médecin israélien, un jeune médecin de la**
24 **fac de M. et qui était très, enfin très intéressant, c'était des choses très**
25 **intéressantes, donc j'ai été leur assistante un petit peu, je faisais des choses un**
26 **petit peu qu'on fait pas en France, hein, ...**

27 *M4. Oui, ce que font les infirmières marocaines ou...*

28 **M4. Oui, voilà, voilà, des anesthésies, des trucs qui sont pas trop, ...c'est pas, bon,**
29 **...et puis, et puis après je suis revenue en France, j'ai travaillé à la clinique S. en**
30 **chirurgie vasculaire, essentiellement, et en urologie un petit peu, heu,..., et puis au**
31 **bout de 5 ans, je suis repartie au Maroc, pour des obligations**
32 **familiales, mon mari a fait un peu la navette, je suis repartie avec lui et j'ai**
33 **travaillé dans une clinique où j'étais infirmière qu'on appelle là-bas infirmière**
34 **major à R.**

35 *M5. Mmm, mmm*

36 **M5. Qui était une clinique qui se montait donc j'ai participé à la mise en route et**
37 **notamment à la formation des aides-soignantes parce que là-bas il n'y a pas de**
38 **métier d'aide-soignante, donc j'étais un peu sur la formation d'aide-soignante**

39 *M6. Oui*

40 **M6. Apprendre les techniques de base,...**

41 *M7. L'hygiène?*

42 **M7. Oui l'hygiène surtout, l'hygiène, des choses toutes simples, comme, ..., si**
43 **quelqu'un vous demande une petite cuillère, ne pas la sortir de sa poche par**

44 exemple! Ça c'est des petites choses qui étaient, qui étaient...un peu effarantes au
45 départ

46 *M8. Oui, oui*

47 **M8.** Quand tu commences eh ben oui, tu te rends compte que même les choses de
48 base...c'est culturel, quoi, c'est un terrain sensible...et puis, et puis on est revenus
49 sur P. en 95, heu, j'ai retrouvé l'hôpital de P. où j'avais fait mes études, en 75, et où
50 j'ai pratiquement pas exercé parce que j'avais exercé essentiellement à l'hôtel-
51 dieu, toujours en viscérale, puis là j'ai fait , depuis 95, j'ai fait beaucoup de
52 viscérale, j'ai retrouvé la viscérale que j'aimais bien, c'était là où je me sentais le
53 plus à l'aise puisque c'est là que j'avais fait, où j'avais exercé le plus longtemps, et
54 puis ensuite, heu, ben j'ai été travailler en chirurgie plastique, donc quand j'ai
55 voulu changer, en chirurgie plastique, ensuite j'ai fait un peu d'HAD où ça a été
56 difficile pour moi, parce que en fait je me suis rendue compte que, je le savais déjà,
57 que j'aime pas conduire, et au début on s'est étalé un peu dans tout le département

58 *M9. C'était l'ouverture oui*

59 **M9.** C'était l'ouverture et puis ça a été dur, j'ai d'ailleurs là fait un burn-out, parce
60 que je suis quelqu'un de passionné qui fait à fond les choses et puis à ce moment je
61 ne pouvais pas concilier, il y avait des exigences de qualité de travail que je ne
62 pouvais pas...avec ce qu'on me donnait ou ben c'était trop mal organisé sans doute
63 et moi, voilà, j'ai dû faire des choses que je ne pouvais plus faire, et j'ai dû
64 m'arrêter au bout d'un an, et j'ai demandé à partir en gériatrie à ce moment-là

65 *M10. Mmm, mmm*

66 **M10.** Je me suis arrêtée 2 mois et demi, et puis j'ai demandé à M. M., oh la la il
67 faut me remettre tout de suite dans les soins, je veux pas rester en arrêt maladie
68 comme ça longtemps (rires), j'ai dit moi j'ai envie d'aller en gériatrie et je suis
69 depuis 2006 en gériatrie voilà où je pense finir ma carrière, hein? Voilà

70 *M11. C'est là que tu as retrouvé des valeurs un peu plus ...conformes?*

71 **M11.** Et ben oui, si tu veux, j'ai trouvé des valeurs plus conformes, mais en même
72 temps, là, depuis 1 an, le service s'est transformé, y a plus de soins de suite, ben les
73 soins de suite j'étais très bien parce que les gens, ben, on prenait le temps de les
74 remonter, et quand ils étaient remontés, quand ils s'étaient cassé le col du fémur,
75 quand ils avaient fait un AVC, et ben voilà, on prenait soin d'eux, on les
76 rééduquait...

77 *M12. Mmm, mmm*

78 **M12.** Mais maintenant il y a plus ça, puisqu'on gère les patients qui arrivent là en
79 urgence, dont les EHPAD ne veulent plus puisqu'ils n'ont plus les moyens de s'en
80 occuper, les fins de vie, les complications aiguës parce que la nuit il y a pas
81 d'infirmière et qu'il y a pas d'oxygène et il faut surtout pas encombrer la tour (np
82 partie court séjour du CHU)on renvoie en gériatrie et on gère des situations aiguës,
83 mais on se rend compte, ben, qu'on fait trop de T2A (np tarification à l'activité)
84 justement, et ça je le vis mal, je le vis mal à cause de ça

85 *M13. Oui, tu as vu une transformation de l'hôpital?*

86 **M13.** Oh, la , la, c'est hallucinant, parce que même si normalement la moitié du
87 service est en soins de suite, en tous cas sur le papier, en réalité on fait pas du vrai
88 soin de suite, on n'a plus les cols du fémur, on n'a plus les AVC, donc en fait on

s'auto-alimente, c'est à dire que les gens quand ils arrivent de l'EHPAD en situation aiguë, on les remet d'aplomb, en tous cas ceux qui peuvent l'être, et on les rééduque, on les remet en rééducation mais tu vois c'est des gens qui, il faut continuer à les faire marcher et tout ça, mais c'est pas la vraie rééducation, la rééducation comme on faisait quand il y avait des gens, les gens cassés, maintenant on se rend compte qu'on les envoie dans un autre service, mais les gens on se rend compte qu'on les rééduque de moins en moins, parce qu'il y a pas suffisamment de lits de soins de suite et les gens qui font des AVC, ils sont pas forcément rééduqués,

M14. Oui, c'est vrai

M14. Donc, ben ce qu'il faut gérer, ben il faut gérer le grand âge, maintenant les EHPAD ils ont pas forcément les moyens avec peu d'infirmières et la tour, ben il faut garder la tour, hein pour les soins techniques

M15. Les soins nobles?

M15. Les soins nobles, et puis la gériatrie, nous on se rend compte qu'on les garde 8 jours, 15 jours et puis il faut les renvoyer parce que y en a d'autres qui attendent, et une semaine après, ils reviennent et moi je trouve que c'est pas de la bonne gestion, c'est pas de la bonne gestion, au lieu de prendre les choses normalement, accepter que les patients ils meurent aussi peut-être en EHPAD, avec leur...enfin, c'est pas ce qui est fait alors que...nous pourtant il y a une coordinatrice qui a été nommée pour ça, pour étudier, pour travailler en...

M16. Sur le réseau?

M16. Sur le réseau, oui, pour travailler avec les EHPAD pour garder les gens le plus longtemps possible, mais, mais je pense que dès qu'il y a une complication...elles manquent de personnel, ça c'est sûr, je pense que c'est une question humaine, hein? Voilà mon parcours

M17. Donc comme c'est ta pratique d'encadrement qui m'intéresse, est-ce que tu pourrais m'expliquer simplement, dans ce que tu fais, ta pratique d'encadrement, alors par exemple, ça serait intéressant sur l'accueil

M17. L'accueil du...?

M18. Quand tu accueilles un étudiant, en stage, qu'est-ce qui te semble toi essentiel, qu'est-ce que tu fais déjà?

M18. D'accord

M19. La journée d'accueil et puis toi, ce que tu souhaites vraiment lui faire passer

M19. Lui faire passer, très bien. Moi j'aime bien savoir d'où les gens viennent, moi je leur demande d'abord quelles études elles ont fait, est-ce qu'elles ont déjà travaillé, ou si c'est des jeunes, quel bac elles ont, si elles ont déjà fait des stages en milieu hospitalier, est-ce qu'elles obéissent à une demande de la famille, comment leur est venue la voc...je parle pas de la vocation, mais l'envie d'être soignante, infirmière...j'aime bien savoir ce qu'elles ont fait avant et puis, tout dépend du moment des études où elles en sont, en tous cas si ce sont des 3^{ème} année, heu, j'aime bien consulter leur portfolio consulter leurs objectifs, ce qu'elles aimeraient qu'on leur apporte dans ce stage-là, et puis, avant de leur confier un secteur, ce que font facilement mes collègues, et je ne suis pas trop d'accord avec ça, j'aime bien savoir comment elles fonctionnent parce que même si elles sont en 3^{ème} année, elles sont là sous ma responsabilité et je voudrais d'abord savoir u petit peu

comment tu fonctionnes, je pense que j'ai des choses à t'apporter, et si je te laisse seule de ton côté et ben tu vas pas apprendre grand-chose, c'est dans ma situation de soin qu'on risque de faire des choses ensemble, et je vais te dire là j'aurais pas fait comme ça et puis là, j'aurais fait comme ça, je pense que c'est dans le partage de mes connaissances que je, ...c'est pas je te confie ça parce que tu es en 3^{ème} année et que tu dois dans les textes prendre en charge tant de malades, je pense que tu vas les prendre en charge, mais autrement, avec moi, je t'accompagnerai, je suis là pour partager les choses, je suis pas là pour te laisser faire les choses à ma place c'est comme ça que je conçois l'accompagnement, je t'accompagne, je te regarde faire et si y a des choses qui vont pas, je te le dis et si ça va bien, à un moment donné, je peux te dire on va se partager les tâches parce qu'il y a beaucoup de travail, et puis on va se retrouver sur quelque chose, on a des choses à s'apprendre et c'est pas en prenant les 4 patients, je m'en décharge...après, quand je te connaîtrai, on fera les choses différemment, mais en tous cas, tu viendras me rendre compte et je te donnerai... et dans le tour, quand on fait le premier tour (jargon) c'est un moment important de l'après-midi, on a eu les transmissions orales, ben on fait le premier tour, prendre la température, voir comment ils sont, comment ils vont, y a les familles qui sont là, moi je pense qu'il faut qu'on le fasse ensemble, qu'on voie tous les patients ensemble, après tu prends tes patients, moi je prendrai les miens et au moment où on ira leur donner les médicaments ou faire les soins, ben à ce moment-là on travaille ensemble et si y a quelque chose que tu comprends pas, moi je t'interroge sur la pharmaco, c'est pas pour savoir tes connaissances mais c'est pour te dire, là c'est important que tu le saches, en même temps moi je connais pas tous les médicaments, en plus maintenant avec les génériques, moi si tu poses une question et que je sais pas, je te le dis et on va voir ensemble, je prétends pas tout savoir. Tu verras que dans ta carrière, tu sais pas répondre à tout, je crois qu'il faut être honnête, on va demander au médecin ensemble...

M20. *Quand tu accueilles cette étudiante, est-ce que toi, ça t'apporte quelque chose, qu'est-ce que ça t'apporte dans ta pratique ?*

M20. Et ben quelquefois, elles nous disent des choses qui nous remettent en question, c'est important, parce que moi j'ai une formation qui date de 75 (rires), ça date, même si j'ai eu des formations, et puis bon avec les jeunes collègues on se remet en question aussi, hein, quelquefois elles nous disent il faut pas faire comme ça, ah, non, c'est pas comme ça, alors on en parle, moi j'accepte de me remettre en question, parce que les jeunes, elles sont dures des fois, elles ont des certitudes des fois, ben c'est bien d'échanger je crois, moi ça m'apporte d'apporter des choses sur le prendre soin, j'ai besoin de transmettre des choses dans le prendre soin de la personne, je suis sur le volet, heu, relationnel pour moi c'est très important, notamment avec les personnes âgées, je disais l'autre jour à l'étudiante qui était avec moi, on arrive avec nos piqûres, nos seringues et moi je crois que c'est bien à la fin du soin, ... c'est important quand tu viens de poser une perfusion sous-cutanée, cette dame elle est en train de mourir, c'est vraiment les soins de confort, ce qu'on vient de faire là, c'est pas un soin de confort...

M21. *C'est intrusif.. ;*

M21. C'est intrusif, c'est douloureux, c'est pas agréable, moi je dis, tu sais à la fin moi j'aime bien toucher la personne, l'envelopper, lui dire au revoir en la touchant et en l'enveloppant, lui remettre les draps, bien lui remonter, lui attacher

sa chemise si elle est détachée pour couvrir ses épaules, remettre ses oreillers, enfin, pas la laisser comme ça, j'ai fait ma piqure, je l'ai branchée, j'ai réglé le débit, je la touche pas, moi je peux pas concevoir ça, ça prend pas de temps pour toucher la personne, ce geste de toucher c'est dans le savoir-être et je le signifie aux étudiants, que c'est important

M22. Et quand tu les accueilles dans les premiers temps, à quoi tu es plus attentive dans leur façon de faire ou dans leur façon d'être ?

M22. Si elles sont trop techniciennes parce qu'elles veulent acquérir des tas de, je me souviens quelqu'un qui voulait acquérir des gestes très techniques, je lui ai demandé, qu'est-ce que tu cherches derrière tout ça, ça te rassure ? pourquoi elles veulent acquérir des tas de... y a autre chose dans la formation, y a des filles qui sont là que...y a pas de soins

M23. Ils disent dans certains services : y a pas de soins, en réalité, c'est pas de soins technique

M23. Ben les soins de confort chez les personnes âgées, quand elles passent en gériatrie, faut qu'elles acquièrent un minimum de .. pour moi, insister sur ça c'est très important, et puis le relationnel c'est très important, de regarder la personne, prendre en compte tout son global, quoi, et puis de faire des toilettes des personnes âgées, des toilettes évaluatives, même moi, je fais une toilette pour connaître la personne et à ce moment-là, moi j'aime bien avoir une étudiante avec moi et c'est pas parce que tu fais une toilette que tu vas être dégradée, c'est pas dégradant, la toilette, c'est un soin parmi les autres et c'est un soin technique, même après quand tu seras diplômée, ça pourra te servir

M24. Est-ce que tu as l'impression, dans ton encadrement, toi et tes collègues, tu transmets des choses explicites, parce que tu souhaites le faire, est-ce que tu transmets aussi des choses implicites, par ta façon d'être ?

M24. Ah oui, ça c'est sûr

M25 . Est-ce que tu as déjà réfléchi à ce que tu peux transmettre, toi ?

M25. Et ben dans le toucher, et puis dans l'écoute, ça c'est sûr, je pense que je transmets quelque chose, un jour il y a une étudiante qui était assise dans le couloir, elle venait se présenter avant son stage, c'était 3 heures moins le quart, l'équipe du matin s'en va et l'équipe du soir commence son tour, il y avait les familles, des malades qui déambulent, elle m'a dit quand j'étais assise, j'ai remarqué que tu avais une façon différente des autres soignants de parler avec les malades , de les prendre en considération, tu avais une approche différente, dans ton attention aux autres, ben ça, ça fait partie de moi, j'ai pas forcément conscience de ...et le fait qu'elle me l'ait dit, je me suis dit, ben oui, sans doute que c'est différent, puisque ça t'a marquée, c'est des choses que je maîtrise pas, qui est du non-verbal et qui est dans mes gestes, dans ma façon de faire, je suis plus à l'écoute, voilà

M26. Et ça tu penses que ça participe à la construction de l'étudiant, enfin du professionnel ?

M26. Oui, oui, le savoir-être c'est très important, moi je pense que c'est largement aussi important dans l'observation déjà, puis dans l'écoute, c'est très important, ça me semble évident

227 *M27. Par exemple est-ce que ça t'est déjà arrivé d'avoir des nouveaux professionnels*
228 *qui arrivent dans le service et que tu te dises « ils sont vraiment pas fait pour le métier »*
229 *et qu'est-ce qui te semble rédhibitoire par rapport à l'exercice de la profession ?*

230 **M27. Et bien parler avec un patient avec la main sur la poignée de la porte par**
231 **exemple, et puis avoir un discours automatique, qui n'est pas sincère, très**
232 **stéréotypé, c'est quelque chose de rédhibitoire, c'est pas du tout soignant, c'est tout**
233 **sauf soignant, « vous avez mal, je vais en parler avec le médecin » mais tu sens**
234 **dans la parole qu'il n'est pas là, il n'écoute pas, il prend pas le temps, oui, il est**
235 **déjà parti parce que dans la gestuelle, il est pas empathique voilà, pour moi c'est**
236 **très rédhibitoire, oui**

237 *M28. Oui*

238 **M28. Pour moi le premier tour que je fais pour prendre connaissance des**
239 **patients, je prends énormément de temps parce que d'abord il y a les familles,**
240 **pour moi c'est important de prendre le temps et je ne suis pas forcément avec**
241 **l'appareil à tension**

242 *M29. T'as pas besoin de la médiation d'un instrument ?*

243 **M29. Non je me présente, je suis l'infirmière, je le fais boire, je fais l'aérosol s'il y a**
244 **besoin, je fais le soin de bouche s'il y a besoin et je réponds aux familles, mais je**
245 **suis pas forcément dans la tension et la température ce que font systématiquement**
246 **mes collègues et je suis pas forcément d'accord avec ça, c'est pas une urgence à ce**
247 **moment-là en tous cas, j'ai pas besoin forcément de ce, tu vois de ce....**

248 *M30. C'est presque un objet transitionnel (rires)*

249 **M30. Rires...pour heu...justifier de ma présence ici, je trouve que c'est plus**
250 **important de les faire boire, de voir, de constater la bouche, de dire cette**
251 **personne-là, elle a rien mangé ce midi, on peut lui donner un gouter**
252 **supplémentaire, il a une bouche mycotique, faut mettre en place des soins de**
253 **bouche, pour moi c'est plus important que de savoir que la tension est à...voilà, ou**
254 **si je vois quand je prends les transmissions, je regarde mes dossiers, que la tension**
255 **est à 20, à ce moment c'est évident que...et puis on l'aura dit aux transmissions**
256 **que ce monsieur il présente un problème de tension, à ce moment, je vais la**
257 **surveiller, sinon, pour moi non, j'ai pas besoin d'un appareil de tension pour**
258 **passer, de faire une sat (jargon) à tout le monde, pour moi, j'ai pas besoin de ça**

259 *M31. Oui*

260 **M31. Pour moi, ça... parce qu'il y a des choses que cliniquement je peux détecter,**
261 **tu vois, j'ai pas besoin de faire une sat pour voir que les extrémités sont bleues,**
262 **que...**

263 *M32. Ça c'est vrai que c'est quelque chose qu'on remarque actuellement, c'est la perte*
264 *de la clinique,*

265 **M32. Ah oui, ah, oui, énorme**

266 *M33 L'instrumentalisation, heu, et la clinique de base finalement...*

267 **M33. Ah oui, ça c'est terrible, alors que quelquefois...les bouches, regarder les**
268 **bouches, avec un collègue on est les seuls à faire tirer les langues des patients, et à**
269 **examiner les bouches ...ça c'est une chose sur laquelle j'insiste beaucoup avec les**
270 **étudiants, je dis que la bouche c'est très important, ne serait-ce que l'hygiène,**
271 **parce que pour les visiteurs c'est pas agréable quand on embrasse le patient**

272 d'avoir une bouche qui est fétide, et puis pour l'alimentation, tu peux pas
273 t'alimenter si tu as une langue sèche, tu peux pas parler déjà, une dysarthrie, c'est
274 pas possible, pour moi, l'entretien de la cavité buccale c'est essentiel....oui

275 *M34. Heu, toujours sur le registre de l'encadrement des étudiants, heu, je voudrais*
276 *parler des relations que tu as avec l'IFSI, le partenariat en fait, est-ce que tu as déjà*
277 *participé à des regroupements depuis que...*

278 **M34. Oui, une fois, .. une fois ou deux, oui, deux fois avec M.**

279 *M35. Oui*

280 **M35. Mais ça c'est bien pour le ressenti, là, oui,**

281 *M36. Qu'est-ce que ça apporte de plus ?*

282 **M36. Pour la formation ?**

283 *M37. Oui, la formation*

284 **M37. Eh ben pour la formation, dans les stages on a drôlement besoin d'avoir les**
285 **monitrices, étant donné que tout est nouveau, nous dans les stages on a besoin de,**
286 **d'être accompagné quoi... parce que c'est énorme, parce que y a peut-être des**
287 **choses qu'on fait mal, on a besoin d'être sécurisé, ah oui, notamment, sur. sur la**
288 **validation de cette fameuse toilette là, ... oui, parce que des fois y a des choses**
289 **effarantes des fois, on dit mon dieu, oh la, la des fois c'est plus du tout le métier**
290 **qu'on faisait, c'est plus du tout la même façon de prendre en charge, y faut**
291 **vraiment qu'on soit d'équerre avec les...on se rend compte que notre rôle il est**
292 **bien plus accru qu'avant, donc y faut qu'on fasse attention à ne pas faire**
293 **n'importe quoi ! et c'est vrai que ça...du coup on est trois à faire la formation**
294 **tutorat et c'est bien, parce que ç'est drôlement important et puis ces échanges, ça**
295 **nous permet de savoir que la validation de cette toilette elle est pas acquise**
296 **définitivement**

297 *M38. Oui*

298 **M38. Et ça c'est important de le savoir parce que je pensais que si ça avait été**
299 **acquis...parce que c'est ce qu'ils cherchent tous à avoir en ce moment et ils sont**
300 **focalisés là-dessus parce qu'après il faut passer à autre chose, quoi, ça a un effet**
301 **pervers, donc voilà, heureusement que je savais ça d'ailleurs parce que récemment**
302 **j'ai eu une étudiante, ça a été assez effarant parce que justement, nous on cherche**
303 **toujours que dans leur cursus elles aient une toilette à faire, parce que c'est**
304 **drôlement important, et donc j'ai voulu aller voir comment ça se passait et heu,**
305 **elle m'avait dit qu'elle avait déjà sa validation, qu'elle l'avait eue en psychiatrie, je**
306 **dis bon, écoute, c'est bien, donc je vais voir**

307 *M39. Donc tu sais faire 28 08*

308 **M39. et donc je vais la voir, elle était en train de faire la toilette de la dame, elle**
309 **avait pas tiré le rideau, je lui ai dit, là ça va pas, ensuite elle faisait la petite toilette**
310 **du bas puisque la malade devait aller continuer au lavabo, et elle faisait la petite**
311 **toilette avec la couche sale repliée en dessous !**

312 *M40. Oui, oui*

313 **M40. Alors je lui dis, écoute, là, il y a quelque chose qui me choque, tu vas me dire**
314 **si, ...peut-être que tu es impressionnée parce que je suis là, il y a quelque chose**
315 **qui me choque dans ce que tu es en train de faire ; tu vas essayer de te poser les**

316 **bonnes questions, toi, quand tu fais ta petite toilette, comment tu fais ? Elle a dit,**
317 **ben oui, oui, c'est vrai. Je lui ai dit, oui, c'est évident quand même, c'est évident**
318 **pour moi, je peux pas te valider ton truc, je vais sûrement pas t'enlever ta truc,**
319 **t'inquiète pas, c'est pas le problème, le problème c'est que tu réfléchisses à la**
320 **manière dont tu travailles, et puis on peut en parler je lui ai dit mais là tu vois bien**
321 **que ce que tu fais, c'est pas logique, tu pourras plus prétendre me dire que c'est**
322 **acquis. Je lui ai dit, bon, tu sais que tu vas faire, on va reprendre les bases, puis on**
323 **va tout reprendre à zéro, je sais pas où ça t'a été validé, je crois que c'était en**
324 **EHPAD que ça a été validé, elles doivent les laisser toutes seules parce qu'elles ont**
325 **tellement de boulot ! elles se disent, ouais, elle nous a fait les toilettes, elle a été**
326 **efficace, ...je lui ai dit, moi je crois que tu vas être une bonne soignante, tu vas**
327 **reprendre les choses, tu sais ce qu'on va faire, on va demander à une aide-**
328 **soignante de t'accompagner pour faire la toilette, puis ça c'est passé simplement,**
329 **mais y des fois tu te dis, quand même, faut sacrément aller voir quand elles te**
330 **disent, « c'est acquis »**

331 *M41. Oui, c'est acquis dans un contexte, ça l'est pas forcément dans l'autre*

332 **M41. Oui, c'est ça**

333 *M42. Tout-à-l 'heure, tu as dit « c'est plus le même métier » à quoi faisais-tu*
334 *référence ?*

335 **M42. Et ben, oui, le métier...c'est plus le même métier...forcément si, c'est le**
336 **même métier, mais on nous rajoute, avec le suivi des étudiants, faut drôlement**
337 **qu'on se remette en question, c'est dans ce sens-là**

338 *M43. Mais l'attente des tuteurs, c'est bien qu'ils retransmettent le même métier ?*

339 **M43. Oui, oui, tout à fait, non, non, en tous cas, ce que je souhaite transmettre,**
340 **c'est les valeurs et ça c'est drôlement important, et ne pas être forcément que des**
341 **techniciennes parce que c'est pas...**

342 *M44. et quand tu dis transmettre les valeurs...*

343 **M44. C'est professionnel, quand tu as fait une erreur, il faut savoir la reconnaître**
344 **parce que ça peut avoir des conséquences graves ; par exemple, l'élève l'autre jour,**
345 **d'ailleurs je l'ai félicitée, elle avait donné, heu, ben c'est pareil, elle était en**
346 **deuxième année, elle m'accompagnait dans les distributions de médicaments di**
347 **soir, je lui dis : tu connais ? Elle connaissait bien les patients, je lui ai laissé la**
348 **chambre dont elle était responsable, et elle a donné 1 comprimé d'Imovane au lieu**
349 **d' 1/2 ...et elle est venue me dire, oh, la, la j'ai fait une bêtise ! je lui ai dit, d'abord,**
350 **c'est bien que tu me l'aies dit, ça c'est bien, c'est très important, parce qu'on fait**
351 **tous des bêtises, hein, mais y a des moments où il faut le reconnaître, parce que tu**
352 **aurais pu ne pas venir me le dire et puis voilà, amis je trouve que c'est très bien,**
353 **fallait pas l'enfoncer, lui dire.. ; non, je t'encourage à venir le dire, bon, on va aller**
354 **en parler au médecin c'est pas très très grave, en plus il a pas plus dormi que**
355 **d'habitude !(rires) et puis c'est bien que tu aies été honnête, c'est important... c'est**
356 **ces valeurs là que j'encourage.**

357 *M45. L'honnêteté ?*

358 **M45. Oui, l'honnêteté, ...et l'humilité peut-être aussi, des fois tu y arrives pas, ben**
359 **tu vas pas massacrer les veines, moi je t'autorise à le faire, déjà je te regarde, je**
360 **repositionne, des fois tu sais il suffit d'un tout petit geste, c'est pas grand chose,**
361 **mais surtout tu insistes pas si tu y arrives pas, tu viens me chercher...**

362 M46. Est-ce que tu penses qu'il y a des valeurs qu'on pourrait qualifier de soignantes ?
363 des valeurs qui, quel que soit le contexte professionnel vont.. ;

364 **M46. Infirmières ?**

365 M47. Oui, infirmières ou soignantes que justement on chercherait à...maintenant qu'on
366 est sur des compétences plus transversales, qu'on chercherait à transmettre aux
367 étudiants au-delà d'éléments très précis par rapport à un lieu d'exercice? Est-ce que tu
368 penses, que, quel que soit le lieu, il y a des valeurs qu'on cherche à transmettre ?

369 **M47. Dans l'humanité, c'est l'humanité surtout.. ;c'est qu'il y a des choses, si tu**
370 **veux pas qu'on te les fasse à toi, il faut pas que tu les fasses aux autres...comme**
371 **insister par exemple, si un patient il a mal, et ben tu continues pas le soin...tu dis**
372 **au patient : « je pourrai pas continuer à faire le soin parce que je vais demander**
373 **au médecin de vous donner quelque chose de plus fort » ne pas accepter de faire**
374 **un geste heu, qui va être trop invasif, trop douloureux sous prétexte qu'on t'a dit**
375 **qu'il était prescrit...il faut pas accepter, il faut pas accepter de le faire, se**
376 **positionner...**

377 M48. Oui

378 **M48. Se dire, tous les jours, ce patient, je le pique, je le pique, parce que l'interne,**
379 **hier elle a oublié ça...ben je crois qu'à un moment il faut se positionner et dire là**
380 **c'est quoi ? Y a pas plus tard qu'il y a 3 jours, j'étais avec une jeune collègue**
381 **nouvelle diplômée, et elle avait à gérer une fin de vie, elle a dû appeler le médecin**
382 **de garde, et le médecin de garde qui connaissait pas le patient qui était en fin de**
383 **vie, c'était marqué partout que c'était des soins de support, et elle vient me voir, il**
384 **était tard le soir et elle me dit oh la la il veut que je fasse des gaz du sang, je sais**
385 **pas faire les gaz du sang...alors j'ai dit, C. il est hors de question qu'on fasse des**
386 **gaz du sang**

387 M49.ah oui, c'est traumatisant..

388 **M49. C'est très douloureux, je lui dis écoute on va y aller ensemble, c'est pas un**
389 **problème, le médecin c'est un jeune interne, je lui dis tu sais il faut aussi savoir**
390 **leur dire que non, il y a des choses qu'on peut pas faire, à quoi ça l'avancera de**
391 **savoir que la sat elle est à 10, ou à 92, ce monsieur il est en fin de vie et puis voilà,**
392 **c'est dans cette prise de position par rapport...qu' il faut tenir, les patients c'est**
393 **pas des terrains d'expériences pour ;..et le médecin, quand je lui ai dit « qu'est-ce**
394 **qu'on peut attendre de ça ? vous avez vu le dossier, vous avez vu les consignes, la**
395 **famille est au courant, c'est vrai qu'actuellement on est embêté parce qu'il est**
396 **encombré et voilà c'est tout, c'est qu'il râle et c'est pas facile à vivre pour**
397 **l'entourage et peut-être...mais faire de gaz du sang moi je refuse je vois pas ce que**
398 **ça va nous apporter, il est en soins palliatifs » bon ben après il a accepté, je lui ai**
399 **dit si c'était votre papa, moi je voudrais pas qu'on lui fasse, c'est pas agréable, moi**
400 **en tous cas je ne lui ferai pas et puis on a discuté, il a compris, on a augmenté**
401 **l'oxygène , ce qu'il fallait faire, on a augmenté la scopolamine on a prévenu la**
402 **famille et puis voilà, le patient n'est pas décédé cette nuit-là, mais en tous cas on**
403 **n'a pas fait les gaz du sang, c'était se positionner par rapport à des jeunes internes**
404 **qui sont absolument dans le systématique, qui veulent la preuve de ce qu'on fait,**
405 **pourquoi je lui mets 3 litres d'oxygène et pas à 2,5 litres, c'est parce qu'il a une sat**
406 **à tant, je dis mais qu'est-ce que ... ? Voilà c'est ça, c'est dans ce positionnement-là**
407 **que...**

408 M50. L'humanité, le positionnement, l'éthique peut-être..

409 **M50.** Oui, mais ça, peut-être qu'on peut le faire quand on est, quand on a un
410 certain nombre d'années, je pense moi C. j'ai compris qu'elle pouvait pas tu sais
411 c'est normal que tu te positionnes comme ça, mais petit à petit tu vas aussi te,
412 voilà, le médecin il a compris aussi qu'il pouvait aussi entendre autre chose, sans
413 lui dire avec agressivité, sans le mépriser, je comprends que tu aies envie de savoir
414 mais moi personnellement je trouve que c'est difficile, j'ai pas envie de lui faire
415 mal pour savoir ça pour moi ça n'a pas le sens que tu lui donnes, est-ce que tu
416 veux qu'on en parle ? moi je trouve que ça n'a pas de sens de le faire, et à ce
417 moment-là tu dois te positionner toi, ne pas être une simple exécutante, c'est
418 moyen..

419 *M51. Oui, mais même si tu dis que ça s'acquiert avec le temps, c'est par des rencontres*
420 ..

421 **M51.** Aussi, oui

422 *M52. Des situations où elles voient qu'on peut fonctionner autrement*

423 **M52.** Oui voilà elles peut se modéliser, voilà, c'est pour ça que c'est important
424 quand il y a des jeunes diplômées qui arrivent ben de transmettre ces valeurs-là,
425 voilà, qu'on les accompagne, qu'elles soient pas dans « je suis diplômée » moi ça
426 m'est arrivé d'ailleurs, j'ai dit, moi aussi j'ai été jeune diplômée et j'ai trop béni
427 les infirmières qui m'ont accompagnée dans les choses difficiles, hein, je trouve
428 que c'est important, on est complémentaire, je trouve que c'est important qu'on
429 échange mutuellement, moi une fin de vie ça me pose pas de problème, si tu veux
430 que je t'accompagne, moi, mes aptitudes à être à l'aise, c'est ça, si tu veux que je
431 t'accompagne parce que tu es pas à l'aise avec ça, tu peux venir me chercher, je
432 suis référente, dans un autre domaine ça sera peut-être...je te conseille d'aller voir
433 untel ou untel dans un domaine particulier je sais pas...c'est important de se dire,
434 ben on peut pas tout savoir, voilà, on peut pas tout faire dans la perfection, savoir
435 qu'on peut s'épauler, voilà, c'est important d'avoir cette honnêteté professionnelle
436 de se dire, moi je suis pas très à l'aise là-dedans, est-ce que tu peux venir..

437 *M53. De voir ses limites en fait et être capable de les exprimer..*

438 **M53.** Voilà, et d'être humble, on peut pas être performant partout et la gériatrie
439 dieu sait qu'elle demande à...il faut connaître tous les appareils, le digestif, la
440 cardio, la pneumo, c'est...en même temps, je trouve qu'elles peuvent apprendre
441 énormément c'est un excellent terrain de stage pour apprendre, heu.. si on le fait
442 avec l'humanité nécessaire ...il y a des choses qu'il faut pas accepter de faire pour
443 apprendre quoi...mmm

444 *M54. Je voudrais revenir sur le partenariat avec l'IFSI, justement tout ce que tu viens*
445 *de m'exprimer, le positionnement, l'honnêteté, l'humilité, est-ce que tu penses que ça,*
446 *ça se travaille aussi à l'IFSI, est-ce qu'il y a des choses qui ont besoin d'être travaillées*
447 *ensemble, différemment ?*

448 **M54.** Alors, le problème, c'est qu'on ne sait pas trop, avec le nouveau programme,
449 ce qui est enseigné, avant que les gens se retrouvent en stage, heu je sais que nous
450 quand on a commencé ben avant il y avait un minium de notions d'hygiène

451 *M55. Je ne veux pas parler du nouveau programme, en général ?*

452 **M55.** En général ?

453 *M56. Dans les stagiaires que tu as accueillies dans les années passées qui étaient pas*
454 *forcément liées à la réforme ?*

455 **M56. Ben c'est vrai que quelquefois, moi je me dis, heu, je me dis, presque tout**
456 **doit s'apprendre en stage, tout doit s'apprendre en stage, et nous ne**
457 **communiquions pas en tous cas suffisamment avec l'IFSI pour savoir heu ce que**
458 **nous devons leur enseigner si tu veux.. ne serait-ce que le ...ben le secret**
459 **professionnel, évidemment, c'est quelque chose qu'on apprend.. .et je suppose**
460 **qu'elles arrivent toutes en stage avec cette notion, hein ?**

461 *M57. Oui, le secret professionnel c'est quelque chose qu'on aborde d'emblée, par*
462 *contre, comme c'est une formation en alternance, on peut pas tout aborder avant*
463 *qu'elles aillent en stage...il y a des formations en Europe où maintenant qui s'orientent*
464 *sur 2 ans de formation à l'école puis après du stage, enfin, pour nous, ça ne paraît pas*
465 *judicieux*

466 **M57. Oui, c'est important de faire écho, c'est sûr**

467 *M58. Oui, moi j'étais plus sur « qu'est-ce qui peut se travailler conjointement, et puis à*
468 *des niveaux différents, est-ce que toi tu sens quand il y a des étudiants qui ont des*
469 *difficultés par rapport à ça, est-ce que tu penses qu'il doit y avoir un relais, que tu*
470 *peux trouver un relais à l'IFSI auprès d'un formateur des choses qui peuvent se*
471 *travailler en dehors du stage*

472 **M58. Et ben sûrement que ça devrait être le temps de parole qu'on passe là**
473 **maintenant , quand elles viennent faire des temps de parole sur le ressenti là, ...**

474 *M59. Oui, des regroupements ?*

475 **M59. Oui, des regroupements, sur ces temps-là, je pense qu'on pourrait peut-être**
476 **travailler sur les valeurs, heu..**

477 *M60. Oui parce qu'on est dans la pratique réflexive*

478 **M60. Oui, la pratique réflexive c'est sûr que je me vois mal...mais c'est sûr que**
479 **ces temps de regroupement ça serait sûrement important... il est assez long ce**
480 **temps-là ?**

481 *M61. Une demi-journée, oui, 2 heures, 2 heures et demi*

482 **M61. Oui, c'est pour ça qu'on peut pas toujours y aller nous, mais peut-être que**
483 **quand notre cadre vient et puis nous il y a un soignant, on devrait réserver un**
484 **temps pour échanger autour de ça, je vois pas comment heu...**

485 *M62. Puisque l'objet de ces regroupements, c'est pas de travailler sur la pratique*

486 **M62. Oui, oui, c'est ça**

487 *M63. On est plus sur des thèmes, des sujets qui peuvent intéresser tous les étudiants*
488 *même quel que soit leur niveau d'étude, hein, il arrivera un moment où il y aura*
489 *différents niveaux qui seront ensemble*

490 **M63. Oui, oui, à ce moment-là moi je reviens aux soins d'hygiène, moi j'ai été un**
491 **peu effarée là avec la 2^{ème} année ces jours-ci avec moi, je lui ai fait faire, tu sais,**
492 **remplir des ions pour mettre dans la perfusion et bon, elle a installé son truc, bien,**
493 **elle s'est lavé les mains, et puis à un moment donné, elle a échappé sa seringue,**

494 *M64. J'ai peur de ce que tu vas dire !*

495 **M64.** Et elle reprend sa seringue et l'aiguille et elle continue... alors là j'étais effarée
496 parce que je me dis, personne ne lui a jamais dit que le plateau n'est pas stérile,
497 rien n'est stérile, est-ce qu'elle a la notion de la stérilité ... ?

498 *M65. Normalement oui*

499 **M65.** J'étais effarée, je me dis mon dieu, tu vois quand on a fait la formation, on
500 n'avait pas ce... c'était sacrosaint le piston ...

501 *M66. Oui, enfin, je suis pas sûre, il y a parce qu'on leur fait faire des manipulations,*
502 *mais c'est peut-être vrai qu'on est moins dans la manipulation que dans*
503 *l'apprentissage par l'expérience de ce qu'on peut faire, c'est vrai, qu'avant on était*
504 *quand même assez, moi j'en ai fait partie aussi, on était très « formaté » c'est vrai...*

505 **M66.** Mais ne même temps, si tu sais pas faire ça !

506 *M67. Après on ne peut peut-être pas tirer des généralités à partir d'une étudiante ; elle*
507 *t'a dit qu'elle avait pas pratiqué, ou ?*

508 **M67.** Ben après ma collègue est arrivée, elle l'avait vue la semaine d'avant, elle
509 m'a dit « moi , elle avait fait ça bien » ce qui est arrivé là ça s'est pas passé, ben je
510 dis oui, c'est sûr, je te crois, ça s'est sûrement bien passé, il a fallu qu'elle le fasse
511 tomber pour que je comprenne que les notions élémentaires, elle les avait
512 pas... parce qu'elle essayait de pas toucher le piston et tout, elle faisait ça bien, et
513 elle échappe le piston et elle le reprend ! ils apprennent ça en... ?

514 *M68. Oui, oui, en première année, mais l'apprendre en théorie, c'est toujours une*
515 *question de transfert après en situation qui est difficile*

516 **M68.** Ben oui, mais ça fait partie de... en même temps, c'est bien qu'elles aient de
517 longs stages pour heu , moi je trouve que c'est important qu'on ait un long stage
518 parce qu'on a beaucoup de temps pour les connaître, pour pouvoir progresser
519 petit à petit avec elles et...

520 *M69. Oui, c'est ça, par rapport à la professionnalisation, ça te semble peut-être plus*
521 *adapté de faire des longs stages ?*

522 **M69.** Oui

523 *M70. Pour acquérir cette dimension professionnelle ?*

524 **M70.** En gériatrie, moi je trouve que déjà le stage de 8 semaines...

525 *M71. le stage de projet professionnel ?*

526 **M71.** Non pas seulement, celui qui est plus tôt

527 *M72. Ah, oui, celui de milieu de 2^{ème} année, c'est nous qui l'avons instauré, il n'est pas*
528 *dans les textes*

529 **M72.** Ah, il est pas dans les textes ? Alors, je pense que c'est bien quand tu es dans
530 un stage qui est bien, où tu apprends des choses, mais dans un stage où...

531 *M73. Alors il était optionnel, celui-là, ils le choisissaient*

532 **M73.** Ah oui, d'accord ; ça te permet de voir comment est ton étudiant et..tiens, il
533 faut que je te demande une chose : quand ils ont leur portfolio et qu'il faut qu'ils
534 valident les choses, tu le fais avec eux ? ce n'est pas eux qui valident ?

535 *M74. C'est pas eux qui valident, mais par contre le portfolio, c'est de l'autoévaluation ,*
536 *donc c'est eux qui déjà qui cochent dans leur portfolio les croix, par contre ils doivent*
537 *le présenter à leur tuteur qui doit leur dire s'il est en accord avec leur autoévaluation*

538 **M74. D'accord, mais ils le font d'emblée**

539 *M75. Oui, ils le font d'emblée*

540 **M75. OK**

541 *M76. Après, c'est sur la feuille d'acquisition de compétences que le tuteur se*
542 *positionne...et il peut y avoir des désaccords...*

543 **M76. Oh, ben là, dieu sait s'il y en avait ! le dernier stage, oh, la,la ça a été...**

544 *M77. Mais ce qui est intéressant, c'est que l'échange qu'il y a autour de ce désaccord*
545 *peut permettre à l'étudiant de progresser...il le prend ou pas, après...*

546 **M77. Oui, mais y a des étudiants qui prennent ça comme une punition, pour leur**
547 **estime d'eux-mêmes c'est quelque chose de terrible, heu, alors on leur dit, vous**
548 **avez le temps, vous êtes en première année, et il y a encore des tas de choses à**
549 **acquérir, et y a pas d'urgence, y peuvent pas tout maîtriser...en même temps, il**
550 **faut qu'ils sachent qu'ils vont pas rencontrer toutes les situations de soin durant**
551 **leur formation...**

552 *M78. D'où l'intérêt de travailler sur des compétences transférables, en fait..vraiment*
553 *être sur la compétence et pas sur l'acte*

554 **M78. Oui**

555 *M79. Quand je fais cet acte-là, quelle compétence je mobilise ?*

556 **M79. Oui**

557 *M80. La pratique réflexive, c'est quelque chose d'assez nouveau dans ..enfin pas*
558 *nouveau dans votre exercice parce que je pense que vous le faites déjà, mais c'est*
559 *nouveau parce que c'est nommé comme tel, on est vraiment sur le sens des choses et*
560 *pas sur le..., heu, enfin pas le comment faire mais sur le pourquoi*

561 **M80. Sur le pourquoi, oui..**

562 *M81. Bon je te remercie, je n'ai plus de questions à te poser, mais je vais laisser encore*
563 *un peu l'enregistrement parce que je vais te dire sur quoi je travaille : je travaille sur la*
564 *partenariat, mais plus précisément sur l'intégration de la culture professionnelle. Ma*
565 *question c'est « est-ce que l'enjeu du partenariat, c'est pas plutôt l'intégration d'une*
566 *culture professionnelle plutôt qu'un savoir-faire*

567 **M81. Oui , la transmission d'une culture professionnelle**

568 *M82. Voilà, d'une culture, j'ai dit volontairement professionnelle et pas infirmière*
569 *parce que après je veux pas tomber dans le corporatisme ou des choses trop*
570 *catégorielles, on va dire, mais une culture professionnelle dans le sens des valeurs du*
571 *soin, une culture soignante, quoi*

572 **M82. Mmm,**

573 *M83. J'essaie de faire passer « qu'est-ce qu'on fait passer en tant que soignant de ces*
574 *valeurs-là, est-ce qu'on fait passer quelque chose, est-ce qu'il y a des modèles, des*
575 *personnes qu'on rencontre dans sa formation qui font qu'on va abandonner ou au*
576 *contraire , des modèles ou des contre modèles ?*

577 **M83. Moi je crois beaucoup à ça...**

578 *M84. Merci beaucoup*

ANNEXE 12 : séquences Mona

Séquences Mona, 5842 mots total, 4975 mots-pleins, 867 mots- outils soit 15%

<p>1. parcours</p>	<p>M2 à M10. j'ai 57 ans, je suis diplômée depuis 1975, ce qui me fait des années au compteur, tu peux faire le compte,</p> <p>M3. j'ai commencé à travailler en chirurgie viscérale je suis partie, j'ai été détachée au Rwanda, pendant un an, je suis partie avec un organisme humanitaire, je suis revenue, ça a été difficile d'ailleurs c'est difficile de revenir dans des murs bien aseptisés quand on était en dispensaire, il faut revenir, j'ai continué, j'ai fait de l'interim, mon mari a été nommé en Arabie Saoudite, on est partis tous les 2 là-bas, j'ai pas pu rester, j'ai pas travaillé pendant 1 an, j'avais pas le droit de travailler on est revenu je suis revenue dans le Poitou, lui il a continué à rester là-bas, je suis revenue à l'hôpital de L., en chirurgie encore, il est revenu parce que j'étais enceinte, on a décidé de partir au Maroc, j'ai été infirmière libérale à Casablanca, j'ai fait un remplacement infirmier Croix-Rouge pendant quelques mois et après j'ai trouvé un poste dans un cabinet avec un médecin français et un médecin israélite, un jeune médecin de la fac de M. qui était très intéressant, c'était des choses très intéressantes, j'ai été leur assistante, je faisais des choses qu'on fait pas en France,</p> <p>M4. des anesthésies, des trucs qui sont pas trop, je suis revenue en France, j'ai travaillé à la clinique S. en chirurgie vasculaire, en urologie au bout de 5 ans, je suis de nouveau partie au Maroc, pour des obligations familiales, mon mari a fait la navette, je suis repartie avec lui j'ai travaillé dans une clinique, j'étais infirmière qu'on appelle là-bas infirmière major à R.</p> <p>M5. une clinique qui se montait j'ai participé à la mise en route à la formation des aides-soignantes là-bas il n'y a pas de métier d'aide-soignante, j'étais sur la formation d'aide-soignante,</p> <p>M6. <u>Apprendre les techniques de base,</u></p> <p>M7. l'hygiène surtout, <u>l'hygiène, des choses toutes simples</u>, si quelqu'un vous demande une petite cuillère, ne pas la sortir de sa poche Ça c'est des petites choses qui étaient effarantes</p> <p>M8. <u>Quand tu commences, tu te rends compte que même les choses de base...c'est culturel, c'est un terrain sensible</u>, on est revenus sur P. en 95, j'ai retrouvé l'hôpital de P. où j'avais fait mes études, en 75, où j'ai pratiquement pas exercé, j'avais exercé essentiellement à l'hôtel-Dieu, toujours en viscérale, depuis 95, j'ai fait beaucoup de viscérale,</p>	<p>Un parcours très varié géographique, disciplinaire, une grande expérience et des choix guidés à la fois par la vie personnelle et des aspirations professionnelles</p> <p>Cette expression : « c'est culturel, c'est un terrain sensible » est très intéressante, car Mona, sans le vouloir, exprime toute la difficulté à transformer des pratiques ancrées souvent inconsciemment (couches profondes de Hofstede</p>
--------------------	--	---

	<p>j'ai retrouvé la viscérale que j'aimais bien, c'était là où je me sentais le plus à l'aise c'est là, où j'avais exercé le plus longtemps, j'ai été travailler quand j'ai voulu changer, en chirurgie plastique, j'ai fait un peu d'HAD où ça a été difficile pour moi, parce que je me suis rendu compte que, je le savais déjà, que j'aime pas conduire, au début on s'est étalé dans tout le département,</p> <p>M9. C'était l'ouverture ça a été dur, j'ai d'ailleurs fait un burn-out, parce que je suis quelqu'un de passionné qui fait à fond les choses je ne pouvais pas concilier, il y avait des exigences de qualité de travail que je ne pouvais pas...avec ce qu'on me donnait ou c'était trop mal organisé j'ai dû faire des choses que je ne pouvais plus faire, j'ai dû m'arrêter au bout d'un an, j'ai demandé à partir en gériatrie à ce moment-là</p> <p>M10. Je me suis arrêtée 2 mois et demi, j'ai demandé à M. M., il faut me remettre tout de suite dans les soins, je veux pas rester en arrêt maladie comme ça longtemps, dit moi j'ai envie d'aller en gériatrie je suis depuis 2006 en gériatrie où je pense finir ma carrière,</p>	<p>ou socialisation primaire)</p> <p>Burn-out qu'elle explique d'abord par une donnée technique (n'aime pas conduire) mais en fait des éléments plus en lien avec l'éthique et l'insatisfaction de la qualité du travail</p>
2. Considérations sur la gériatrie et l'hôpital en général	<p>M11 à M16. j'ai trouvé des valeurs plus conformes, depuis 1 an, le service s'est transformé, y a plus de soins de suite, les soins de suite j'étais très bien parce que les gens, on prenait le temps de les remonter, quand ils étaient remontés, quand ils s'étaient cassé le col du fémur, quand ils avaient fait un AVC, on prenait soin d'eux, on les rééduquait...</p> <p>maintenant il y a plus ça, on gère les patients qui arrivent là en urgence, dont les EHPAD ne veulent plus puisqu'ils n'ont plus les moyens de s'en occuper, les fins de vie, les complications aiguës parce que la nuit il y a pas d'infirmière, il y a pas d'oxygène, il faut surtout pas encombrer la tour, on renvoie en gériatrie, on gère des situations aiguës, on se rend compte, qu'on fait trop de T2A, ça je le vis mal, je le vis mal à cause de ça, c'est hallucinant, même si normalement la moitié du service est en soins de suite, en tous cas sur le papier, en réalité on fait pas du vrai soin de suite, on n'a plus les cols du fémur, on n'a plus les AVC, on s'auto-alimente, les gens quand ils arrivent de l'EHPAD en situation aiguë, on les remet d'aplomb, ceux qui peuvent l'être, on les rééduque, on les remet en rééducation, c'est des gens, il faut continuer à les faire marcher, c'est pas la vraie rééducation, la rééducation comme on faisait quand il y avait des gens, les gens cassés, on se rend compte qu'on les envoie dans un autre service, les gens on se rend compte qu'on les rééduque de moins en moins, il y a pas suffisamment de lits de soins de suite, les gens qui</p>	<p>Evoque d'emblée la conformité des valeurs dans son choix de la gériatrie mais aussitôt après une désillusion, en parlant du service au passé (M11) pour des dimensions du prendre soin</p> <p>Description assez dure de la réalité des soins de suite (servent à ne pas encombrer les services de court séjour, 81), expression « faire de la T2A »(83) soit mettre en priorité les facteurs économiques avant les facteurs humains</p> <p>Nous nous interrogeons sur ce « discours de malheur »(Véga) à propos d'un service pour lequel elle a finalement très peu de recul pour comparer au passé et nous demandons si elle ne retransmet pas le discours ambiant du service, un discours groupal des soignants des soins de suite, ce qui n'enlève rien au</p>

	<p>font des AVC, ils sont pas forcément rééduqués, ce qu'il faut gérer, il faut gérer le grand âge, les EHPAD ils ont pas les moyens avec peu d'infirmières, la tour, il faut garder la tour, pour les soins techniques</p> <p>Les soins nobles, la gériatrie, nous on se rend compte qu'on les garde 8 jours, 15 jours, il faut les renvoyer parce que y en a d'autres qui attendent, une semaine après, ils reviennent, moi je trouve que <u>c'est pas de la bonne gestion</u>, c'est <u>pas de la bonne gestion</u>, au lieu de prendre les choses normalement, accepter que les patients ils meurent en EHPAD, c'est pas ce qui est fait alors que il y a une coordinatrice qui a été nommée pour ça, pour étudier, pour travailler sur le réseau, pour travailler avec les EHPAD pour garder les gens le plus longtemps possible, je pense que dès qu'il y a une complication...elles manquent de personnel, je pense que c'est une question humaine, voilà mon parcours</p>	<p>sentiment de déliquescence des soins « humains »</p> <p>Mélange de sentiment également de médicalisation de la mort parce qu'en amont, les structures pour personnes âgées n'ont pas les moyens de les accompagner</p> <p>Revient sur la dimension humaine du problème</p>
3. Accueil de l'étudiant	<p>M17 à M19. L'accueil, lui faire passer, moi j'aime savoir d'où les gens viennent, je leur demande d'abord quelles études elles ont fait, est-ce qu'elles ont déjà travaillé, ou si c'est des jeunes, quel bac elles ont, si elles ont déjà fait des stages en milieu hospitalier, est-ce qu'elles obéissent à une demande de la famille, comment leur est venue la voc...je parle pas de la vocation, mais l'envie d'être soignante, infirmière...j'aime savoir ce qu'elles ont fait avant, tout dépend du moment des études où elles en sont, si ce sont des 3ème année, j'aime consulter leur portfolio, consulter leurs objectifs, ce qu'elles aimeraient qu'on leur apporte dans ce stage-là, avant de leur confier un secteur, ce que font facilement mes collègues, je ne suis pas d'accord avec ça, j'aime savoir comment elles fonctionnent, même si elles sont en 3^{ème} année, elles sont là sous ma responsabilité, je voudrais d'abord savoir comment tu fonctionnes, je pense que j'ai des choses à t'apporter, si je te laisse seule de ton côté, tu vas pas apprendre grand-chose, c'est dans ma situation de soin qu'on risque de faire des choses ensemble, je vais te dire là j'aurais pas fait comme ça, là, j'aurais fait comme ça, je pense que c'est dans le partage de mes connaissances que je, ...c'est pas je te confie ça parce que tu es en 3^{ème} année et que tu dois dans les textes prendre en charge tant de malades, je pense que tu vas les prendre en charge, autrement, avec moi, je t'accompagnerai, je suis là pour partager les choses, je suis pas là pour te laisser <u>faire les choses à ma place</u>, c'est comme ça que je conçois l'accompagnement, je t'accompagne, je te regarde faire, si y a des choses</p>	<p>Approche de l'accueil centrée sur la personne, prise de connaissance de son cursus et motivations pour le métier avant d'entreprendre</p> <p>Mentionne les outils existants qui permettent au tuteur de réaliser un encadrement ciblé sur les attentes de l'étudiant ; et non seulement les leurs, mais aussi, celles qui sont nécessaires pour la professionnalisation</p> <p>La notion de responsabilité du tuteur revient fortement et montrée comme une de ses qualités propres, sous-investie à tort par les collègues dont elle se démarque ; pour elle, accueillir des étudiants, ce n'est pas se décharger de son travail(147, 142))mais faire avec</p> <p>La dimension de compagnonnage est très forte chez elle, faire ensemble revient plusieurs fois (137, 153, 155, 162)</p> <p>Rejoint également la notion</p>

	<p>qui vont pas, je te le dis, si ça va bien, à un moment donné, je peux te dire on va se partager les tâches parce qu'il y a beaucoup de travail, on va se retrouver sur quelque chose, on a des choses à s'apprendre, c'est pas en prenant les 4 patients, <u>je m'en décharge</u>...après, quand je te connaîtrai, on fera les choses différemment, en tous cas, tu viendras me rendre compte, je te donnerai... dans le tour, quand on fait le premier tour (jargon) c'est un moment important de l'après-midi, on a eu les transmissions orales, on fait le premier tour, prendre la température, voir comment ils sont, comment ils vont, y a les familles qui sont là, moi je pense qu'il faut qu'on le fasse ensemble, qu'on voie tous les patients ensemble, après tu prends tes patients, moi je prendrai les miens, au moment où on ira leur donner les médicaments ou faire les soins, à ce moment-là on travaille ensemble, si y a quelque chose que tu comprends pas, moi je t'interroge sur la pharmaco, c'est pas pour savoir tes connaissances, c'est pour te dire, là c'est important que tu le saches, moi je connais pas tous les médicaments, maintenant avec les génériques, si tu poses une question que je sais pas, je te le dis, on va voir ensemble, je prétends pas tout savoir, tu verras que dans ta carrière, tu sais pas répondre à tout, je crois qu'il faut être honnête, on va demander au médecin ensemble...</p>	<p>d'apprentissage social de Bandura, des termes comme partage et accompagner (138, 142, 143) et confier montre le processus d'accompagnement dans la professionnalisation, des interactions</p>
<p>4. Apport de l'encadrement pour le tuteur</p>	<p>M20 et M21. elles nous disent des choses qui nous remettent en question, c'est important, moi j'ai une formation qui date de 75, ça date, j'ai eu des formations, avec les jeunes collègues on se remet en question elles nous disent il faut pas faire comme ça, c'est pas comme ça, on en parle, moi j'accepte de me remettre en question, les jeunes, elles sont dures, elles ont des certitudes, c'est bien d'échanger, moi ça m'apporte d'apporter des choses sur le prendre soin, j'ai besoin de transmettre des choses dans le prendre soin de la personne, je suis sur le volet, relationnel pour moi c'est très important, avec les personnes âgées, je disais l'autre jour à l'étudiante qui était avec moi, on arrive avec nos piqûres, nos seringues, moi je crois que c'est bien à la fin du soin, ... c'est important quand tu viens de poser une perfusion sous-cutanée, cette dame elle est en train de mourir, c'est vraiment les soins de confort, ce qu'on vient de faire là, c'est pas un soin de confort...</p> <p>C'est intrusif, c'est douloureux, c'est pas agréable, tu sais à la fin moi j'aime toucher la personne, l'envelopper, lui dire au revoir en la touchant, en l'enveloppant, lui remettre les draps, bien lui</p>	<p>notion d'apport et surtout de remise en question (165, 168, 170) qui fait progresser le tuteur, lien avec la réflexivité et le retour sur sa pratique</p> <p>fait le lien avec les jeunes professionnels (comme Bernard)</p> <p>apports sur le « prendre soin » spontané</p> <p>Beaucoup de gestes du « prendre soin » décrits (171 à 187, 13 fois) (professionnalisme des gestes)</p> <p>Distingue très clairement le message qu'elle transmet verbalement et de façon comportementale aux étudiants (joint les gestes à la parole, savoir en actes) et utilise le terme de « concevoir » (185)</p>

	<p>remonter, lui attacher sa chemise si elle est détachée pour couvrir ses épaules, remettre ses oreillers, pas la laisser comme ça, j'ai fait ma piqûre, je l'ai branchée, j'ai réglé le débit, je la touche pas, moi je peux pas concevoir ça, ça prend pas de temps pour toucher la personne, ce geste de toucher c'est dans le savoir-être, je le signifie aux étudiants, que c'est important</p>	<p>nous sommes bien sur des valeurs, des concepts</p>
<p>Attention du tuteur dans les attitudes des étudiants</p> <p>Attrait pour les soins techniques</p>	<p>M22 à M24. Si elles sont trop techniciennes, elles veulent acquérir des tas de..., je me souviens quelqu'un qui voulait acquérir des gestes très techniques, je lui ai demandé, <u>qu'est-ce que tu cherches derrière tout ça, ça te rassure ? pourquoi</u> elles veulent acquérir des tas de... y autre chose dans la formation, y a des filles qui sont là ...y a pas de soins...les soins de confort chez les personnes âgées, quand elles passent en gériatrie, faut qu'elles acquièrent un minimum, pour moi, insister sur ça c'est très important, le relationnel c'est très important, de regarder la personne, prendre en compte tout son global, de faire des toilettes des personnes âgées, des toilettes évaluatives, même moi, je fais une toilette pour connaître la personne, à ce moment-là, j'aime avoir une étudiante avec moi, c'est pas parce que tu fais une toilette que tu vas être <u>dégradée</u>, c'est pas <u>dégradant</u>, la toilette, c'est un soin parmi les autres, c'est un soin technique, quand tu seras diplômée, ça pourra te servir</p>	<p>Apporte la dimension très compréhensive du besoin de technique pour se rassurer (part rituelle et visible de la culture, Hofstede)</p> <p>Revient sur le soin global et la personne</p> <p>Utilise un terme à double sens :dégrader (203), évoquant le grade dans l'échelle hiérarchique (sens interprété), comme si la toilette était réservée à un grade inférieur, et aussi au sens de « salissant », en référence au « sale boulot » de Hugues</p>
<p>5. Ce que transmet implicitement le tuteur</p>	<p>M25 et M26. c'est sûr, dans le toucher, dans l'écoute, c'est sûr, je pense que je transmets quelque chose, un jour il y a une étudiante qui était assise dans le couloir, elle venait se présenter avant son stage, c'était 3 heures moins le quart, l'équipe du matin s'en va l'équipe du soir commence son tour, il y avait les familles, des malades qui déambulent, elle m'a dit, quand j'étais assise, j'ai remarqué que tu avais une façon différente des autres soignants de parler avec les malades , de les prendre en considération, tu avais une approche différente, dans ton attention aux autres, ça fait partie de moi, j'ai <u>pas conscience</u>, le fait qu'elle me l'ait dit, je me suis dit, sans doute que c'est différent, puisque ça t'a marquée, c'est des choses que je maîtrise pas, qui est du non-verbal, qui est dans mes gestes, dans ma façon de faire, je suis plus à l'écoute,</p> <p>le savoir-être c'est très important, moi je pense que c'est largement aussi important dans l'observation, dans l'écoute, c'est très important, ça me semble évident</p>	<p>Sur la transmission implicite, axe tout sur les attitudes du « prendre soin » en évoquant autant les dimensions cognitives (attention à l'autre 218, écoute 211, 222, 226, la considération 217) valeurs de la relation d'aide rogérienne, que dans les dimensions gestuelles (gestes 221) ; elle reconnaît ce que l'étudiante dit d'elle sans fausse pudeur car elle veut apparemment donner cette image</p> <p>Implicite : n'en a pas conscience, nous sommes encore sur les valeurs</p>

<p>6. Rédhibitoire pour le métier</p>	<p>M27. parler avec un patient avec la main sur la poignée de la porte par exemple, avoir un discours automatique, qui n'est pas sincère, très <u>stéréotypé</u>, c'est quelque chose de rédhibitoire, c'est pas du tout soignant, c'est <u>tout sauf soignant</u>, « vous avez mal, je vais en parler avec le médecin », tu sens dans la parole qu'il n'est pas là, il <u>n'écoute pas</u>, il prend pas le temps, il est <u>déjà parti</u> parce que dans la gestuelle, il est <u>pas empathique</u>, pour moi c'est très rédhibitoire,</p>	<p>le non professionnel fait aussi référence aux gestes et propos qui symbolisent le manque de congruence du soignant, l'inverse des valeurs précédentes, on les voit parce qu'elles manquent (Catanas,Hesbeen)</p> <p>absence de personnalisation, standardisation, très intéressant « être là tout en étant déjà parti »236</p>
<p>Le soin sans le médiateur de l'instrument</p>	<p>M28 à M32. Pour moi le premier tour que je fais pour prendre connaissance des patients, je prends énormément de temps , d'abord il y a les familles, pour moi c'est important de prendre le temps, je ne suis pas forcément avec l'appareil à tension, je me présente, je suis l'infirmière, je le fais boire, je fais l'aérosol s'il y a besoin, je fais le soin de <u>bouche</u> s'il y a besoin, je réponds aux familles, je suis pas forcément dans la tension, la température ce que font <u>systématiquement</u> mes collègues, je suis pas forcément d'accord avec ça, c'est pas une urgence à ce moment-là, j'ai pas besoin forcément de ce, de ce ...pour justifier de ma présence ici, je trouve que c'est plus important de les faire boire, de voir, de constater la <u>bouche</u>, de dire cette personne-là, elle a rien mangé ce midi, on peut lui donner un gouter supplémentaire, il a une <u>bouche</u> mycotique, faut mettre en place des <u>soins de bouche</u>, pour moi c'est plus important que de savoir que la tension est à...si je vois quand je prends les transmissions, je regarde mes dossiers, que la tension est à 20, c'est évident que...on l'aura dit aux transmissions que ce monsieur il présente un problème de tension, je vais la surveiller, sinon, pour moi non, j'ai pas besoin d'un appareil de tension pour passer, de faire une sat à tout le monde, pour moi, j'ai pas besoin de ça, il y a des choses que cliniquement je peux détecter, j'ai pas besoin de faire une sat pour voir que les extrémités sont bleues,</p>	<p>Revient spontanément sur sa pratique car cela semble le meilleur moyen de transmettre sa conception du soin, son professionnalisme ; insiste sur la dimension d'attention à l'autre (patient et famille) personnalisée. Très important l'aspect non systématique de la médiation de l'instrument (rituel et symbole professionnel), comme pour donner une légitimité technique à sa présence</p> <p>Se démarque à nouveau de la tendance générale</p> <p>Ne se situe pas cependant que dans la relation qui serait peu réaliste et ne répondant pas aux besoins des personnes</p> <p>La thématique de la bouche apparaît(245, 251, 253, 254, 268, 269, 270, 271, 273, 274, 275,11 fois), récurrente et symbolique de la clinique et du soin de base essentiel au bien-être (retrouvé en entretien exploratoire en soins palliatifs comme un soin délaissé et pourtant essentiel pour la personne tout autant que pour son entourage car pouvant créer de l'isolement)</p> <p>A noter le jargon médical, élément cloisonnant de la culture professionnelle (la sat pour saturation en oxygène, 259, 262)</p>

<p>7. Perte de la clinique ?</p>	<p>M33. oui, oui, énorme, ça c'est terrible, alors que les <u>bouches</u>, regarder les <u>bouches</u>, avec un collègue on est les seuls à faire tirer les <u>langues</u> des patients, à examiner les bouches ...ça c'est une chose sur laquelle j'insiste beaucoup avec les étudiants, je dis que la <u>bouche</u> c'est très important, ne serait-ce que l'hygiène, parce que pour les visiteurs c'est pas agréable quand on embrasse le patient d'avoir une <u>bouche</u> qui est fétide, pour l'alimentation, tu peux pas t'alimenter si tu as une <u>langue sèche</u>, tu peux pas parler déjà, une dysarthrie, c'est pas possible, pour moi, l'entretien de la <u>cavité buccale</u> c'est essentiel</p>	<p>Reprise du thème de la bouche emblématique de la clinique</p> <p>Se démarque à nouveau du reste de l'équipe, donc ce serait la minorité qui prend soin (cf Bernard)</p>
<p>8. Relation avec formateurs, regroupement</p>	<p>M34 à M38. deux fois avec M., c'est bien pour le ressenti, pour la formation, dans les stages on a drôlement besoin d'avoir les monitrices, étant donné que tout est nouveau, nous dans les stages on a besoin de, d'être accompagné, c'est énorme, y a peut-être des choses qu'on fait mal, on a besoin d'être sécurisé, sur la validation de cette fameuse toilette, des fois y a des choses effarantes, on dit mon dieu, des fois c'est plus du tout le métier qu'on faisait, c'est plus du tout la même façon de prendre en charge, y faut vraiment qu'on soit d'équerre avec les...on se rend compte que notre rôle est bien plus accru qu'avant, y faut qu'on fasse attention à ne pas faire n'importe quoi ! on est trois à faire la formation tutorat, c'est bien, c'est drôlement important, ces échanges, ça nous permet de savoir que la validation de cette toilette elle est pas acquise définitivement, ça c'est important de le savoir, je pensais que si ça avait été acquis...</p>	<p>Attente de deux facettes grâce aux liens avec IFSI : co-intervention lors des regroupements étudiants/formateur/tuteurs</p> <p>qui permet de travailler sur le vécu des étudiants, mais surtout attente d'un accompagnement sur la réforme. Mona évoque sa peur de ne pas répondre au rôle nouveau et accru de tuteur</p> <p>est très impliquée car demande une formation au tutorat pour mieux assumer son rôle</p> <p>quand elle dit »c'est plus le même métier » nous pensons qu'elle fait allusion au métier d'infirmier, avec le recul, et les propos ultérieur, elle se réfère au métier de tuteur</p> <p>noter le symbole de la toilette(296) pour les soins de base, car il n'existe pas en fait de validation de « toilette »</p>
<p>9. Rôle du tuteur dans les attentes liées au nouveau programme</p>	<p>M38 à M41. c'est ce qu'ils cherchent tous à avoir en ce moment, ils sont focalisés là-dessus, après il faut passer à autre chose, ça a un <u>effet pervers</u>, heureusement que je savais ça, j'ai eu une étudiante, ça a été assez effarant, nous on cherche toujours que dans leur cursus elles aient une toilette à faire, c'est drôlement important, j'ai voulu aller voir comment ça se passait, elle m'avait dit qu'elle avait déjà sa validation, qu'elle l'avait eue en psychiatrie, je dis c'est bien, je vais la voir, elle était en train de faire la toilette de la dame, elle avait pas tiré le rideau, je lui ai dit, là ça va pas, elle faisait la petite toilette du bas puisque la malade devait aller continuer au lavabo, elle faisait la petite toilette avec la couche sale repliée en</p>	<p>Relève le décalage entre ce qu'elle veut transmettre de la profession, ce qui lui semble essentiel comme la toilette, soin global, et les attentes de validation séquentielle des étudiants (une des compétences, la 3, centrée sur les soins de confort, est à valider séparément en fin de première année)</p> <p>S'appuie spontanément sur une situation problème pour concrétiser sa difficulté (à noter la récurrence du récit de type</p>

	<p>dessous ! je lui dis, il y a quelque chose qui me choque, tu vas me dire si, ...peut-être que tu es <u>impressionnée</u> parce que je suis là, il y a quelque chose qui me choque dans ce que tu es en train de faire ; tu vas essayer de <u>te poser les bonnes questions</u>, toi, quand tu fais ta petite toilette, comment tu fais ? Elle a dit, oui, c'est vrai. Je lui ai dit, c'est évident quand même, c'est évident pour moi, je peux pas te valider ton truc, je vais sûrement pas t'enlever ta truc, t'inquiète pas, c'est pas le problème, le problème c'est que tu <u>réfléchisses à la manière dont tu travailles</u>, on peut en parler, tu vois bien que ce que tu fais, c'est pas logique, tu pourras plus prétendre me dire que c'est acquis. Tu sais ce que tu vas faire, on va reprendre les bases, on va tout reprendre à zéro, je sais pas où ça t'a été validé, je crois que c'était en EHPAD que ça a été validé, elles doivent les laisser toutes seules parce qu'elles ont tellement de boulot ! elles se disent, elle nous a fait les toilettes, elle a été efficace, ...moi je crois que <u>tu vas être une bonne soignante</u>, tu vas reprendre les choses, tu sais ce qu'on va faire, on va demander à une aide-soignante de t'accompagner pour faire la toilette, ça c'est passé simplement, y des fois tu te dis, faut sacrément aller voir quand elles te disent, « c'est acquis »</p>	<p>reconstitution de la scène, en faisant parler les protagonistes tour à tour)</p> <p>Cherche cependant sans cesse de trouver des éléments d'explication de la situation (impressionnée par la présence 315, EHPAD peu de personnel pour encadrer 325)</p> <p>Pratique réflexive encouragée (316, 320)</p> <p>Le terme « truc »(319) montre bien ce décalage : pour l'étudiant c'est capital de revenir avec une validation, pour le tuteur, c'est un truc, un détail</p> <p>« Bonne soignante » non repris, il aurait été intéressant de reprendre cela : est-ce qu'en dehors de cet aspect technique, elle a relevé des attitudes ou gestes montrant le souci de l'autre ? comme du relationnel ?</p>
10. Plus le même métier ? ou transmission du même métier ?	<p>M42. le métier...c'est plus le même métier... si, c'est le même métier, on nous rajoute, avec le suivi des étudiants, faut qu'on se remette en question, c'est dans ce sens-là</p> <p>M43. ce que je souhaite transmettre, c'est les valeurs c'est important, ne pas être forcément que des techniciennes</p> <p>M44. C'est professionnel, quand tu as fait une erreur, il faut savoir la reconnaître, ça peut avoir des conséquences graves ; par exemple, l'élève l'autre jour, je l'ai félicitée, elle avait donné, elle était en deuxième année, elle m'accompagnait dans les distributions de médicaments du soir, je lui dis : tu connais ? elle connaissait bien les patients, je lui ai laissé la chambre dont elle était responsable, elle a donné 1 comprimé d'Imovane au lieu d' 1/2 ...elle est venue me dire, j'ai fait une bêtise ! je lui ai dit, c'est bien que tu me l'aies dit, c'est très important, on fait tous des bêtises, y a des moments où il faut le reconnaître, tu aurais pu ne pas venir me le dire, je trouve que c'est très bien, <u>fallait pas l'enfoncer</u>, je t'encourage à venir le dire, on va aller en parler au médecin c'est pas très très grave, il a pas plus dormi que d'habitude !c'est bien que tu aies été honnête, c'est important... c'est ces valeurs là que</p>	<p>Reprécision de la notion du même métier (290), qui confirme bien que c'est de la fonction de tuteur qu'il s'agit et de la façon de transmettre les valeurs de la profession, leur oppose à nouveau la technique</p> <p>Donne comme exemple de valeur professionnelle la reconnaissance de ses erreurs (honnêteté, éthique, conscience professionnelle ?)</p> <p>Attitude constructive et bienveillante du tuteur</p>

	j'encourage.	
11. transmission des valeurs	<p>M45 à M50. l'honnêteté, ... l'humilité aussi, tu y arrives pas, tu vas pas massacrer les veines, moi je t'autorise à le faire, je te regarde, je repositionne, tu sais il suffit d'un tout petit geste, c'est pas grand chose, mais surtout tu insistes pas si tu y arrives pas, tu viens me chercher...</p> <p>M46. Infirmières ?(valeurs)</p> <p>M47. l'humanité, c'est l'humanité surtout.. ; il y a des choses, si tu veux pas qu'on te les fasse à toi, il faut pas que tu les fasses aux autres...insister par exemple, si un patient il a mal, tu continues pas le soin...tu dis au patient : « je pourrai pas continuer à faire le soin je vais demander au médecin de vous donner quelque chose de plus fort » ne pas accepter de faire un geste, qui va être trop invasif, trop douloureux sous prétexte qu'on t'a dit qu'il était prescrit...il faut pas accepter, il faut pas accepter de le faire, se positionner...</p> <p>M48. Se dire, tous les jours, ce patient, je le pique, je le pique, parce que l'interne, hier elle a oublié je crois qu'à un moment il faut se positionner, dire là c'est quoi ? Y a pas plus tard qu'il y a 3 jours, j'étais avec une jeune collègue nouvelle diplômée, elle avait à gérer une fin de vie, elle a dû appeler le médecin de garde, le médecin de garde qui connaissait pas le patient qui était en fin de vie, c'était marqué partout que c'était des soins de support, elle vient me voir, il était tard le soir, elle me dit il veut que je fasse des gaz du sang, je sais pas faire les gaz du sang...j'ai dit, C. il est hors de question qu'on fasse des gaz du sang</p> <p>M49. C'est très douloureux, on va y aller ensemble, c'est pas un problème, le médecin c'est un jeune interne, il faut aussi savoir leur dire que non, il y a des choses qu'on peut pas faire, à quoi ça l'avancera de savoir que la sat elle est à 10, ou à 92, ce monsieur il est en fin de vie , c'est dans cette prise de position par rapport...qu' il faut tenir, les patients c'est pas des terrains d'expériences le médecin, quand je lui ai dit « qu'est-ce qu'on peut attendre de ça ? vous avez vu le dossier, vous avez vu les consignes, la famille est au courant, c'est vrai qu'actuellement on est embêté parce qu'il est encombré, c'est tout, c'est qu'il râle, c'est pas facile à vivre pour l'entourage, faire de gaz du sang moi je refuse, je vois pas ce que ça va nous apporter, il est en soins palliatifs » après il a accepté, je lui ai dit si c'était votre papa, moi je voudrais pas qu'on lui fasse, c'est pas agréable, moi en tous cas je ne lui ferai pas, on a discuté, il a compris, on a augmenté l'oxygène , ce qu'il fallait faire, on a augmenté la</p>	<p>Rajoute l'humilité, qui s'oppose à un concept connu de toute-puissance du soignant (peut-être à retravailler dans les concepts)</p> <p>Evoque aussi les petites choses qui font la différence (Hesbeen)</p> <p>Pour ce qui est des valeurs infirmières que j'invite à préciser, elle nomme l'humanité (370) (dimension humaine du prendre soin)</p> <p>Et le positionnement éthique qui va très loin car il peut amener à s'opposer à la décision médicale (376, 380, 391,... 15 fois sur cette séquence), en tous cas à la discuter (référence à la soumission des infirmières)</p> <p>La réflexion sur ses actes qui dépasse largement la profession infirmière, mais reposant sur des arguments qui ne sont pas uniquement émotionnels</p> <p>Notion d'acquisition progressive de ce positionnement, grâce aux différentes expériences avec des IDE plus anciennes (poids de l'expérience évoqué par Bernard) notion de référente aussi pour les jeunes diplômés qui accompagnent dans le positionnement</p>

	<p>scopolamine on a prévenu la famille, le patient n'est pas décédé cette nuit-là, en tous cas on n'a pas fait les gaz du sang, c'était se positionner par rapport à des jeunes internes qui sont absolument dans le systématique, qui veulent la preuve de ce qu'on fait, pourquoi je lui mets 3 litres d'oxygène pas à 2,5 litres, c'est parce qu'il a une sat à tant, c'est dans ce positionnement-là,</p> <p>M50. ça, <u>peut-être qu'on peut le faire quand on a un certain nombre d'années</u>, C. j'ai compris qu'elle pouvait pas, c'est normal que tu te positionnes comme ça, petit à petit tu vas aussi te, le médecin il a compris qu'il pouvait entendre autre chose, sans lui dire avec agressivité, sans le mépriser, je comprends que tu aies envie de savoir, moi personnellement je trouve que c'est difficile, j'ai pas envie de lui faire mal pour savoir ça, pour moi ça n'a pas le sens que tu lui donnes, est-ce que tu veux qu'on en parle ? moi je trouve que ça n'a pas de sens de le faire, tu dois te positionner toi, ne pas être une simple exécutante, c'est moyen..</p>	
12. Par des rencontres ?	<p>M52 à M53. elles peuvent se modéliser, c'est important quand il y a des jeunes diplômées qui arrivent de transmettre ces valeurs-là, qu'on les accompagne, qu'elles soient pas dans « je suis diplômée » moi ça m'est arrivé, moi aussi j'ai été jeune diplômée, j'ai trop béni les infirmières qui m'ont accompagnée dans les choses difficiles, je trouve que c'est important, on est complémentaire, je trouve que c'est important qu'on échange mutuellement, moi une fin de vie ça me pose pas de problème, si tu veux que je t'accompagne, moi, mes aptitudes à être à l'aise, si tu veux que je t'accompagne parce que tu es pas à l'aise avec ça, tu peux venir me chercher, je suis référente, dans un autre domaine je te conseille d'aller voir untel ou untel dans un domaine particulier, c'est important de se dire, on peut pas tout savoir, on peut pas tout faire dans la perfection, savoir qu'on peut s'épauler, c'est important d'avoir cette honnêteté professionnelle de se dire, moi je suis pas très à l'aise là-dedans, est-ce que tu peux venir..</p> <p>M53. être humble, on peut pas être performant partout la gériatrie dieu sait qu'elle demande à...il faut connaître tous les appareils, le digestif, la cardio, la pneumo, je trouve qu'elles peuvent apprendre énormément, c'est un excellent terrain de stage pour apprendre, si on le fait avec l'humanité nécessaire ...il y a des choses qu'il faut pas accepter de faire pour apprendre</p>	<p>Importance des rencontres dans la formation et la professionnalisation et de la complémentarité des expériences et des compétences dans une équipe</p> <p>Revient sur la notion d'accompagnement (426, 428, 431, 432,436,...8 fois) et de partage</p>
13. Ce qu'on peut travailler conjointement	<p>M54 à M61. le problème, c'est qu'on ne sait pas trop, avec le nouveau programme, ce qui est enseigné, avant que les gens se retrouvent en stage,</p>	<p>Apparaît une opacité sur ce qui est abordé à l'IFSI et qui pourrait servi de base à</p>

avec l'IFSI	<p>nous quand on a commencé il y avait un minium de notions d'hygiène</p> <p>M56. quelquefois, moi je me dis, presque tout doit s'apprendre en stage, tout doit s'apprendre en stage, nous ne communiquons pas suffisamment avec l'IFSI pour savoir ce que nous devons leur enseigner ne serait-ce que le secret professionnel, c'est quelque chose qu'on apprend.. je suppose qu'elles arrivent toutes en stage avec cette notion ?</p> <p>M57. c'est important de faire écho,</p> <p>M58. ça devrait être le temps de parole qu'on passe là maintenant, quand elles viennent faire des temps de parole sur le ressenti,</p> <p>M59. des regroupements, sur ces temps-là, je pense qu'on pourrait peut-être travailler sur les valeurs,</p> <p>M60. la pratique réflexive c'est sûr que je me vois mal... ces temps de regroupement ça serait sûrement important... il est assez long ce temps-là ?</p> <p>M61. c'est pour ça qu'on peut pas toujours y aller nous, peut-être que quand notre cadre vient, nous il y a un soignant, on devrait réserver un temps pour échanger autour de ça, je vois pas comment</p>	<p>l'encadrement</p> <p>N'est cependant pas dans une conception de juxtaposition et a bien conscience que le métier s'apprend sur le terrain ; aurait besoin de mieux connaître les attentes de l'IFSI</p> <p>Revient sur le regroupement dont elle ne connaît pas l'appellation exacte, l'expression « temps de parole »(473) est intéressante , l'investit sur les valeurs</p> <p>Cela reste tout de même assez flou, n'utilise d'ailleurs pas le « je » et souligne une réticence par rapport au temps non reconnu par la hiérarchie (484)</p>
14. Travail sur des thèmes lors des regroupements	<p>M63 à M67. je reviens aux soins d'hygiène, j'ai été un peu effarée avec la 2^{ème} année ces jours-ci avec moi, je lui ai fait faire, remplir des ions pour mettre dans la perfusion, elle a installé son truc, elle s'est lavé les mains, à un moment donné, elle a échappé sa seringue,</p> <p>M64. elle reprend sa seringue et l'aiguille, elle continue...j'étais effarée parce que je me dis, personne ne lui a jamais dit que le plateau n'est pas stérile, rien n'est stérile, est-ce qu'elle a la notion de la stérilité ... ?</p> <p>M65. J'étais effarée, tu vois quand on a fait la formation, c'était sacrosaint le piston ...</p> <p>M66. si tu sais pas faire ça !</p> <p>M67. après ma collègue est arrivée, elle l'avait vue la semaine d'avant, elle m'a dit « moi , elle avait fait ça bien » ce qui est arrivé là ça s'est pas passé, oui, je te crois, ça s'est sûrement bien passé, il a fallu qu'elle le fasse tomber pour que je comprenne que les notions élémentaires, elle les avait pas...elle essayait de pas toucher le piston, elle faisait ça bien, elle échappe le piston, elle le reprend ! ils apprennent ça ?</p>	<p>Revient sur un terrain plus concret, alors que nous avions essayé de l'amener sur la pratique réflexive. Elle se sent plus à l'aise et réutilise le « je »</p> <p>Souligne à nouveau le décalage avec ce qu'elle a connu auparavant</p> <p>Cette partie est redondante et n'apporte pas beaucoup sur la culture professionnelle ; cependant elle nous fait comprendre qu'il n'efaut pas négliger les gestes simples du soin, car c'est la préoccupation quotidienne des tuteurs</p>
15. notion de transfert de l'enseignement en simulation et en	<p>M68. c'est bien qu'elles aient de longs stages, je trouve que c'est important qu'on ait un long stage parce qu'on a beaucoup de temps pour les connaître, pour pouvoir progresser petit à petit</p>	<p>Réitère la notion de progression pour acquérir les gestes mais nous nous éloignons du thème de la culture et l'échange porte</p>

stage	<p>avec elles,</p> <p>M70. En gériatrie , je trouve que le stage de 8 semaines,</p> <p>M71. celui qui est plus tôt,</p> <p>M72. il est pas dans les textes ? je pense que c'est bien quand tu es dans un stage qui est bien, où tu apprends des choses,</p> <p>M73. ça te permet de voir comment est ton étudiant, il faut que je te demande une chose : quand ils ont leur portfolio, qu'il faut qu'ils valident les choses, tu le fais avec eux ? ce n'est pas eux qui valident ?</p> <p>M74. ils le font d'emblée</p>	<p>plus sur son questionnement sur la réforme ; c'est bien le signe que la communication directe est à renforcer dans le partenariat, notamment en ce qui concerne l'utilisation des outils (portfolio 534)</p>
16. Les désaccords entre soignant et étudiant	<p>M76. dieu sait s'il y en avait ! le dernier stage, ça a été...</p> <p>M77. y a des étudiants qui prennent ça comme une punition, pour leur estime d'eux-mêmes, c'est quelque chose de terrible, on leur dit, vous avez le temps, vous êtes en première année, il y a encore des tas de choses à acquérir, y a pas d'urgence, y peuvent pas tout maîtriser...il faut qu'ils sachent qu'ils vont pas rencontrer toutes les situations de soin durant leur formation...</p>	<p>Le travail sur l'écart est peu approfondi, elle souligne qu'il y en a beaucoup mais n'illustre pas cette fois</p>
17. La compétence	<p>M80. Sur le pourquoi,</p>	<p>Nos relances sont inefficaces</p>
18. Culture professionnelle révélée	<p>M81. la transmission d'une culture professionnelle,</p> <p>M83. moi je crois beaucoup à ça...</p>	<p>Peu d'écho sur la culture</p>

ANNEXE 13 : entretien François

F1. François, je te remercie d'accepter cet entretien, je ne te dévoile pas le sujet, je vais essayer de t'amener progressivement dans le thème que je travaille ; d'abord, je vais te demander quelques données administratives : est-ce que tu peux me situer ton âge, ton ancienneté dans le métier, ton cursus et le lieu d'exercice

F1. Alors mon âge, 47 ans, mon expérience dans le métier, lequel? Le métier de soignant ou le métier de formateur ?

F2. De formateur

F2. Donc et bien 10 ans cette année à l'IFSI, mon cursus tu le connais un peu, infirmier psy en 88, infirmier DE en 95, cadre de santé en 99 voilà quoi . Après j'ai exercé dans les 2 champs, l'encadrement de 99 à 2001, et puis formateur de puis 2001. Voilà

F3. Bon d'accord, tu peux laisser aller l'expression assez librement je vais commencer par une question très large, est-ce que tu peux me définir ton rôle ici à l'IFSI, si tu avais à définir à quelqu'un qu'est-ce que c'est d'être formateur à l'IFSI, ça serait quoi, pour toi?

F3. Formateur à l'IFSI, alors peut-être que de façon très large et pour résumer ça serait tel que je le vis moi d'être pédagogue

F4. Mmm, oui

F4. Voilà, alors après, si on veut rentrer plus précisément dans les choses, pédagogue j'y tiens parce que c'est là que j'ai l'impression d'être le plus créatif, d'être le plus facilement, de pouvoir m'exprimer on va dire dans la pédagogie, donc bien sûr auprès des étudiants de préférence dans des exercices individuels d'entretiens, soit formels soit informels à la limite et en lien soit avec le cursus de formation donc en lien direct avec leurs besoins en terme de formation, soit en lien plus avec, heu, les échanges que j'ai avec eux à l'occasion des enseignements entre guillemets dans les modules dont j'ai plus la responsabilité en terme d'organisation et de contenu donc là je pense que c'est effectivement le champ soignant quoi, des expériences du champ soignant à travers la prise en charge des personnes âgées et des personnes déficitaires , voilà, voilà

F5. Et en terme de posture, tu te sens plus enseignant ou formateur?

F5. je me sens plus formateur que enseignant, voilà, à partir du moment où j'ai réussi, où j'ai eu la possibilité de réfléchir justement depuis que je suis ici sur les différences qu'on pouvait remarquer, repérer, expérimenter à la limite; je ne me sens pas dans la posture d'un enseignant aujourd'hui mais beaucoup plus d'un formateur et d'un pédagogue

F6. Ça veut dire que quand tu es arrivé ici, quand tu as postulé ici, ce n'était pas si clair que ça

F6. Absolument, c'était pas clair du tout d'ailleurs, c'est-à-dire que la représentation que j'avais, malgré les deux stages que j'avais faits pendant ma formation cadre c'était vraiment des formations d'enseignant où je m'attendais à prendre connaissance méthodologiquement d'un certain nombre de contenus concernant les soins et puis peut-être les données plus théoriques, concernant l'aspect psychopathologique...

F7. les concepts?

F7. Oui les concepts, et puis les retransmettre comme ça sous la forme de cours quoi, beaucoup plus théoriques qu'à travers des échanges ; je crois que ce qui m'a renforcé ce sont les formations, qui m'ont renforcé dans cette idée et puis dans cette posture aujourd'hui c'est les formations continues dont on bénéficie tous les ans ici celle que j'ai fait à Lyon concernant justement les postures pédagogiques où là j'ai eu possibilité d'expérimenter, d'approfondir théoriquement les différents champs pédagogiques, voilà et puis là c'est pareil, je voulais surtout pas imaginer que je pouvais faire de la pédagogie directive même si c'est par moment dans nos missions mais c'est surtout que j'ai eu la possibilité d'aborder théoriquement, d'aller rechercher sur la pédagogie institutionnelle, par projet, en fait c'est ce que j'ai pu expérimenter dans le module optionnel que je fais ici avec Annette

où on est complètement dans une posture de pédagogue, en lien avec la pédagogie par projet, on demande aux étudiants de tout construire, il n'y a plus que l'évaluation qui nous appartient

F8. Hum

F8. Donc voilà en voyant tout ça aujourd'hui, j'ai plus l'impression d'être dans une posture de pédagogue, de formateur par moment bien sûr, d'enseignant très peu

F9. Alors là on va rentrer plus sur le dispositif de formation, tu as commencé à y répondre un petit peu, qu'est-ce qui te semble essentiel dans le dispositif de formation actuel, qu'il soit celui de 92 ou celui de 2009 peut-être majoré, qu'est ce qui te semble essentiel dans la formation des étudiants infirmiers?

F9. je crois les apprentissages professionnels peut-être me semblent essentiels avec des modalités auxquelles je crois toujours autant dans des processus d'accompagnement plus individuels ; donc moi ce que j'aime, enfin, ce que j'aime bien dans le nouveau dispositif c'est entre autre l'intégration à travers les unités d'intégrations, les exercices en lien avec les situations emblématiques, la construction d'un savoir individuel qui peut s'exprimer dans la construction collective, enfin voilà toutes ces modalités là qui me paraissent essentielles aujourd'hui toujours dans l'objectif de la professionnalisation, des apprentissages professionnels moi j'ai commencé à expérimenter ça parce que je ne faisais pas partie des nouvelles promos mais j'ai eu la chance, l'opportunité d'expérimenter ça à travers une situation au semestre 1 donc là j'ai découvert concrètement les bénéfices qu'il pouvait y avoir tout en sachant qu'il y a certainement des choses à réajuster entre autre au point de vue des contenus à avoir a minima que tous les étudiants doivent pouvoir mobiliser

F10. Un socle commun?

F10. Oui un socle commun et puis bien évidemment je commence aussi à mesurer un certain nombre de bénéfices à travers d'autres exercices qu'on appelle les regroupements qui est l'objet de construire un savoir à travers une analyse de situation ce quel que soit le thème et puis en finalité je crois peut-être là, je sais pas si la boucle est bouclée mais l'autre exercice que je trouve aussi extrêmement porteur dans ce champ là c'est à l'occasion de l'entretien de suivi pédagogique qu'on fait en retour de stage lorsque les étudiants ils voient que les situations emblématiques, je crois que c'est la concordance ou les divergences ou les convergences d'ailleurs qu'il peut y avoir des 3 exercices lorsqu'on les reprend avec les étudiants individuellement qui peuvent nous permettre de repérer que l'étudiant vit une construction individuelle de savoir en lien avec ses besoins du

moment et puis ses apprentissages professionnels et le champ indirect professionnel avec en finalité le projet de devenir infirmier, infirmière avec des compétences connues quoi

F11. Alors, c'est bien tu évoques de toi même les différents champs que je voulais explorer, les regroupements et l'entretien de suivi pédagogique, alors est-ce que tu peux préciser ce que tu fais au moment d'un regroupement?

F11. Alors le premier, alors là c'est pareil la formation nous a certainement permis de clarifier des choses, la formation, la dernière là qu'on a eue avec Monsieur...

F12. P.?

F12. Oui, voilà, P., nous a permis de clarifier méthodologiquement d'une part mais aussi d'un point de vue des objectifs d'autre part ce qu'on pouvait permettre aux étudiants de construire lors de ces regroupements, donc lors du premier regroupement, moi je suis sur des zones qui concernent des structures médico-sociales type EHPAD qui sont un petit peu dispatchées sur une zone, le premier regroupement a surtout servi à ce que les gens se rencontrent, pour ceux qui ne se connaissaient pas qu'ils se connaissent on va dire puis échanger un peu sur leurs difficultés à la mise en œuvre concernant l'accompagnement des étudiants selon cette réforme quoi, bien que sur une zone sur les 2, non, 2 zones sur les 3 les choses ont commencé à être évoquées sur le champ de la pratique, hein, entre les étudiants, mais je n'avais pas pensé à une structure précise pour que ça puisse être cadré d'un point de vue méthodologique et d'un point de vue des contenus mais par contre j'ai pu mettre en œuvre sur les 3 zones lors du 2ème regroupement la méthodo que nous avait proposée le formateur concernant l'analyse d'une situation à travers la PNL, enfin les modalités de la programmation neuro-linguistique, d'une part les étudiants ont joué le jeu, d'autre part les professionnels ont vraiment été une ressource, c'est-à-dire sans prendre trop de place et là assez précisément j'ai pu constater que les étudiants avaient réussi à analyser a minima la problématique, les problématiques qui étaient soulevées en lien avec la prise en charge des résidents dont ils avaient la charge, donc là déjà j'ai trouvé ça intéressant du point de vue de l'appropriation d'un certain nombre de savoirs qui étaient en lien direct avec la pratique professionnelle. Ça s'exprimait dans le champ théorique parce qu'on était pas en expérimentation directe au lit du patient, mais par contre on parlait concrètement de la prise en charge et des problématiques soulevées entre autres dans les EHPAD voilà, relatives aux troubles cognitifs, aux troubles comportementaux des résidents. Donc moi j'ai trouvé ça extrêmement intéressant extrêmement efficace dans la mentalisation de ce qui pouvait se jouer et puis dans l'analyse d'une pratique qui pouvait servir à la fois les étudiants et à la fois les professionnels la réflexion que ça générerait à la fin des échanges voilà ça serait peut-être un groupe ressource le regroupement je le verrais bien comme un groupe ressource qui s'inscrirait dans le champ professionnel, même si j'ai pas envie de parler d'analyse de pratique parce que je crois pas que ce soit le même endroit, je pense pas que ce soit à ce moment-là qu'il faut en faire pour que les équipes puisse elles-mêmes évoquer leurs problèmes de prise en charge, mais pour les étudiants j'ai trouvé ça assez efficace quoi, voilà

F13. Tu as parlé d'intégration tout à l'heure par rapport aux situations emblématiques, qu'est-ce que tu penses que ça permet d'intégrer pour les étudiants ce genre de pratiques de regroupement? A quel niveau ça se situe quoi?

F13. Certainement plus au niveau intellectuel, ça leur permet de donner du sens, moi j'ai le sentiment que ça leur permet de donner du sens aux pratiques, c'est-à-dire qu'il y a un certain nombre de pratiques qu'ils repèrent comme étant efficaces dans la prise en charge mais avec lesquelles ils n'ont pas nécessairement la possibilité de faire le lien parce qu'ils ont peu d'expérience en fait, le lien en terme de sens, moi j'ai rencontré quelques étudiants, je veux pas généraliser, mais dans les échanges que les uns les autres ont eu ensemble et puis avec les professionnels de santé parce que moi j'intervenais vraiment très peu, j'ai le sentiment que ça a permis de donner du sens dans ce qu'ils faisaient qu'ils ne comprenaient pas nécessairement dans un sens beaucoup plus large. Pour donner un exemple, par exemple, à quoi ça sert la déambulation, à quoi ça sert de laisser un sujet déambuler un sujet dément dans un EHPAD alors que ça peut générer des problématiques à côté lorsqu'il rentre dans la chambre des autres, etc... et voilà un étudiant en soins infirmiers de première année il ne sait pas par exemple que la déambulation ça peut avoir comme sens quelque chose d'existentiel c'est-à-dire de continuer à exister dans un espace que le sujet ne reconnaît plus etc, et le fait de l'avoir évoqué comme ça, voilà ça a permis de dédramatiser certaines situations qui généraient des conflits entre résidents, par exemple pour redonner du sens au fait de laisser déambuler un sujet dément plutôt que de le contenir dans un petit espace voilà donc je crois que c'est ça l'intégration, l'intégration c'est vraiment donner du sens à la pratique lorsque les connaissances théoriques ne sont pas suffisantes justement pour expliquer la pratique, enfin moi je crois que c'est ça, ça a permis ça par moment, pas tout le temps et c'était pas mon objectif absolu, mon objectif, il était lié à un échange avec les étudiants pour essayer de comprendre individuellement ce qu'ils vivaient c'est pas quelque chose qui est nécessairement mesuré c'est à dire que j'ai rencontré des étudiants qui par le fait des échanges justement construisaient quelque chose d'un peu plus collectif quoi, au service du collectif, voilà

F14. Et peut-être la même chose du côté des soignants des structures qui ne se rencontrent jamais est-ce que tu sens que ça génère aussi un sentiment peut-être d'appartenance à quelque chose de plus large que sa petite structure, tu parlais d'échanges tout à l'heure?

F14. Hum, j'ai certainement été moins vigilant à voir ce que ça pouvait produire chez les professionnels, en plus leur présence était assez irrégulière d'un regroupement à l'autre ce qui fait je me suis retrouvé sur une zone avec beaucoup plus de soignants et sur une zone assez démunie en terme de soignants actuellement surtout dans les EHPAD inscrits dans un principe de réalité en lien avec une pénurie certaine, ils font tout ce qu'ils peuvent je crois, moi sincèrement pour en avoir discuté avec mes collègues je pense avoir la chance d'être sur des zones avec des structures qui n'ont pas nécessairement de réserve par rapport à la réforme et puis ils sont quand même assez partants pour d'une part rencontrer les professionnels des autres structures et deuxièmement être une vraie ressource en terme de pratiques pour les étudiants. Donc c'est vrai, j'ai pas été nécessairement très attentif j'ai plus été attentif à ce qui s'évoquait entre les étudiants mais par contre le retour que j'ai officiellement des professionnels présents c'est quelque chose de plaisant pour eux quoi donc au-delà d'un intérêt professionnel déjà, ils prennent plaisir à se rencontrer et je pense que ça peut créer effectivement ça peut créer une espèce de dynamique ou un dynamisme propice à continuer à ce qu'ils échangent entre eux dans d'autres champs que celui des regroupements

F15. On a évoqué le regroupement, là maintenant je voudrais que tu développes le suivi, ta pratique, tout simplement dans le domaine du suivi d'un étudiant, qu'est-ce que vous abordez, comment vous le travaillez, à quoi ça sert?

F15. Le suivi individuel?

F16. Oui, individuel alors pas forcément là dans le cadre de la réforme, le suivi individuel d'un étudiant en retour de stage ou le suivi individuel annuel

F16. Oui ben c'est un temps déjà qui a l'avantage d'être officiel, qui pose déjà le cadre, je pense que j'ai évolué dans le regard que je porte, que je posais sur ce temps là, je crois que naturellement, initialement et pendant quelques années quand même, c'était l'occasion pour moi de donner, de faire, de prendre du temps pour regarder le niveau formatif où l'étudiant en était, quoi, et c'est vrai que je sais aujourd'hui que je prenais certainement, je priorisais certainement plus cet aspect normatif en lien avec les enjeux concernant la formation plutôt que de regarder du côté de l'humain, oui, regarder l'étudiant humainement. Mon regard, il a fondamentalement changé lorsque d'une part j'ai commencé à me sentir plus à l'aise avec les échanges que j'avais avec les étudiants dans le champ des modules, voilà, je sais pas comment ça s'est fait, c'est pas un choix délibéré que j'ai fait de toute façon, ma posture a nécessairement évolué au cours des 4, 5, 6 ans, ça fait peut-être, 3,4, 5 ans que je pose le regard en ce qui concerne surtout les apprentissages sur autre chose que le résultat, quoi, voilà

F17. Hum

F17. Donc ce temps de suivi, il me sert plus, je vais passer un petit peu de temps sur le normatif lorsqu'il y a des problématiques pour essayer de comprendre si il y a des nœuds de blocage et en quoi c'est problématique ou compliqué à gérer pour l'étudiant, mais aujourd'hui je vais surtout les regarder au-delà des résultats normatifs, qu'est-ce qu'ils pourraient faire, et dans la construction professionnelle, et dans la construction identitaire depuis l'entrée en formation, comprendre ce qui peut faire que l'étudiant est à mal avec sa confiance, avec son estime, etc... aujourd'hui je regarde assez facilement du côté humaniste que du côté technique de la formation, bon, c'est un peu bouffeur de temps parce qu'il faut que l'étudiant se sente en confiance, pour qu'il veuille aller dans ce champ-là, qui est le champ beaucoup plus humaniste quoi, que le champ cognitif pour dire ça comme ça, donc voilà, ce temps il me sert plus à savoir où il en est l'étudiant de sa construction identitaire, de sa construction professionnelle, que où il en est d'un point de vue normatif et moi ce que je suis en train d'expérimenter là, c'est qu'on est dans une relation par moment beaucoup plus émotionnelle que technique quoi, hein

F18. Hum

F18. Mais heu, je reste, je suis aujourd'hui intimement convaincu que la formation a tout son sens à s'exprimer dans le champ émotionnel, parce que évidemment, mais ça c'est vrai quand je suis arrivé ici je l'avais pas du tout vu venir comme ça, c'est pas simple et c'est pas par hasard qu'on s'engage dans une profession où on va prendre en charge des patients qui souffrent, qui sont malades et qui sont mourants quoi, et donc voilà, le temps que je passe dans ces entretiens de suivi individuel il me sert à savoir où il en est de sa construction identitaire et où il en est de son fonctionnement, de sa relation, et de sa rencontre avec le sujet malade, souffrant ou mourant et comment il panse ou il a pansé les blessures narcissiques que ça peut induire ou provoquer de prendre en charge des personnes malades

235 quoi, voilà. Donc ce temps-là en fait c'est un temps qui est certainement moins
236 facilement, enfin difficilement formalisé en terme de méthode mais aujourd'hui
237 bon nombre d'étudiants, sauf si un étudiant est en difficulté ponctuelle sur
238 l'aspect normatif et là je vais proposer un accompagnement méthodologique en
239 lien avec l'analyse de la démarche ou quelque chose comme ça mais autrement je
240 prends beaucoup plus de temps, beaucoup plus de temps sur le champ, sur le
241 champ ... humaniste quoi, de la construction identitaire voilà. Alors première
242 année j'y vais doucement parce qu'il y a toutes ces choses qu'il faut qui se
243 débloquent, toute cette expérience, cette expérimentation qui n'est pas faite et
244 donc j'oriente beaucoup plus les choses sur justement la rencontre, comment ils
245 rencontrent le patient, ce qu'ils en pensent, comment ils le vivent et après en 3ème
246 année j'essaie d'aborder concrètement de ce qui est tolérable ou insupportable
247 pour eux et comment est-ce qu'ils s'organisent intellectuellement et cognitivement,
248 intellectuellement et humainement lorsqu'ils sont face à des limites avec les
249 patients quoi et c'est vrai que c'est l'occasion d'approcher la violence heu
250 personnel, la violence institutionnelle, d'approcher la tolérance, d'approcher et là
251 je crois aussi que la, la, le métier de formateur à l'IFSI m'a permis d'expérimenter
252 la relation d'aide du côté de la formation alors que moi je l'avais expérimentée que
253 du côté soignant quoi et..

254 *F19. Tu peux préciser, expérimenter la relation d'aide?*

255 **F19.** Et bien c'est grâce à mon métier de formateur ici que je me suis penché assez
256 précisément sur le champ théorique de la relation d'aide, chose que je n'avais pas
257 fait depuis des années, que j'avais fait initialement dans une formation dans les
258 années 91 parce que j'avais besoin à ce moment-là de donner du sens
259 théoriquement à ce que je vivais émotionnellement avec les patients et après je n'y
260 étais jamais revenu parce que ma pratique elle était essentiellement en extra-
261 hospitalier voire à domicile et c'est vrai le contexte du champ relationnel à
262 l'extérieur de l'hôpital nous met en prise directe avec un certain nombre de
263 compétences justement dans le champ relationnel et c'est en travaillant ici les
264 premières années que je me suis rendu compte que les choses que je faisais je les
265 faisais naturellement mais qu'elle avait pas nécessairement toujours le sens qu'il
266 aurait fallu lui donner pour pouvoir être, heu, je sais pas, pour optimiser un peu,
267 pour être plus efficace, quoi ...en tout état de cause, y a des problématiques que j'ai
268 compris une fois que j'ai été les expérimenter ici du côté de la théorie, quoi, j'en
269 avais une analyse certainement fausse lorsque j'étais sur le terrain, parce que
270 j'avais pas la possibilité d'intellectualiser, de réfléchir un peu dans le champ plus
271 théorique, voilà; donc la formation à la relation d'aide telle que mes collègues plus
272 anciens ici ont pu bénéficier, moi j'en ai pas eu de bénéfices parce que j'ai dû
273 assister qu'aux 2 dernières rencontres je crois avec N. L, mais je crois que ça c'est
274 une vraie richesse ici, la formation que les uns les autres ont fait la relation d'aide
275 et la mise en œuvre qu'ils ont pu faire auprès des étudiants lors des temps de
276 relation d'aide, ça je crois c'est une vraie, vraie richesse et pour les étudiants et
277 pour les formateurs, c'est, j'ai envie de dire peut-être génial si en plus ça permet de
278 donner du sens avec la pratique antérieure, la pratique soignante antérieure parce
279 que je crois que peut-être ce qui me manque là le plus aujourd'hui c'est la mise en
280 œuvre quoi dans le champ de la thérapie, quoi, dans le champ thérapeutique parce
281 que bien sûr avec les étudiants on n'est pas des thérapeutes, voilà

282 *F20. Heu, toujours en lien avec le suivi, est-ce qu'il y a des capacités ou des*
283 *compétences, mais je préfère parler de capacités que vraiment tu recherches à*

284 *identifier, à percevoir chez les étudiants qu'est-ce qui te semble le plus important à , tu*
285 *l'as un peu dit, à détecter, à stimuler chez les étudiants?*

286 **F20. Alors je sais pas si je vais arriver à les nommer assez précisément je les ai pas**
287 **écrites toujours, les capacités pour moi s'exprimeront, les compétences peut-être**
288 **dans le champ technique et dans le champ humaniste mais les capacités, les**
289 **capacités, je vais plus aller regarder en terme de potentiel càd l'étudiant qui va**
290 **être capable de faire évoluer ses représentations pour partir d'une situation où il**
291 **avait des certitudes ça devienne un peu des doutes pour à nouveau réinscrire ses**
292 **représentations dans quelque chose d'un peu plus certain alors je sais pas si c'est**
293 **très clair..**

294 *F21. Oui*

295 **F21. En fait ce que j'aime bien détecter chez les étudiants c'est l'ouverture d'esprit**
296 **déjà et puis la capacité à solliciter, enfin la capacité à construire des apprentissages**
297 **dans des champs assez divers quoi, après la encore ça reste très théorique très,**
298 **peut-être des mots quoi mais ce que j'essaie de repérer chez les étudiants c'est des**
299 **facultés de pouvoir avec une même problématique explorer dans un champ**
300 **philosophique, plus social, plus environnemental, personnel, professionnel, enfin**
301 **voilà cette ouverture de pouvoir aller questionner des problèmes, les**
302 **questionnements tout simplement dans des champs plus divers que quelque chose**
303 **comme une vérité un peu plus absolue voilà ça c'est la première chose que j'essaie**
304 **de voir, leur ouverture quoi, l'ouverture, la capacité à être ouvert pour faire**
305 **évoluer les représentations, et puis peut-être ce que j'aime bien aussi aller, enfin ce**
306 **que j'aime bien, ce que j'essaie de repérer chez les étudiants c'est la capacité à,**
307 **malgré une difficulté certaine à pouvoir évoquer quoi, avoir la capacité**
308 **d'échanger même si la problématique paraît négative, hein, je pense à certains**
309 **sentiments de culpabilité entre autre qu'ils peuvent vivre lorsqu'ils ont un**
310 **sentiment d'avoir , de ne pas avoir affronté une situation qui paraît trop difficile**
311 **pour eux, j'aime bien, c'est vrai qu'en première année c'est un peu compliqué**
312 **quand même, mais deuxième et troisième année je constate des étudiants qui**
313 **quand même de façon assez facile restent humbles dans ce qu'ils mettent en œuvre**
314 **en acceptant l'idée que soit c'est perfectible mais que les relations restent humaines**
315 **avant tout quoi et puis qu'il y a des choses qui sont des vraies limites, il y a des**
316 **nœuds qui sont des vraies limites je dis pas que ça évoluera pas un jour mais à ce**
317 **moment-là et bien c'est pas possible d'aller plus loin, on est dans la fuite ou**
318 **l'évitement et puis c'est nécessaire de se protéger pour pouvoir continuer à être**
319 **un, oui à vivre de façon assez intègre, enfin je sais pas si j'ai répondu?**

320 *F22. Oui, alors là je voudrais aborder le versant plus professionnalisation, enfin on est*
321 *dedans, que tu as évoqué tout à l'heure, alors qu'est-ce que c'est pour toi la*
322 *professionnalisation? Peux-tu me donner ta définition s'il y en a une? Quand tu dis,*
323 *j'accompagne l'étudiant dans sa professionnalisation, ça veut dire quoi?*

324 **F22. Ben pour moi c'est la construction d'un certain nombre de compétences où**
325 **l'étudiant est capable de transférer des connaissances et des savoirs dans le champ**
326 **de la pratique professionnelle, pour moi c'est ça la professionnalisation, avec cette**
327 **capacité d'évolution quoi la professionnalisation c'est pareil , précisément je ne la**
328 **définirais pas autrement, par contre je suis convaincu que je participe à ça mais**
329 **que ça serait carrément insuffisant si ça s'évoquait qu'ici quoi. En fait l'objet de**
330 **ces entretiens c'est aussi de pouvoir évoquer avec les étudiants comment est-ce**
331 **qu'il s'approprient un certain nombre de pratiques qui leur correspondent de ce**

qu'ils sont, là toujours je mets le champ humaniste de ce côté là donc des rencontres qu'ils font avec les professionnels pour pouvoir transposer à un moment donné ça auprès du patient. Donc pour moi la professionnalisation c'est la mise en oeuvre d'un certain nombre de savoirs mais aussi d'un certain nombre de rencontres qui sont issues des échanges qu'ils peuvent avoir à l'IFSI mais évidemment et plus essentiellement sur le terrain et avec les professionnels de santé mais aussi avec les patients et leur entourage quoi; pour moi c'est ça la professionnalisation c'est un tout vraiment issu des trois champs quoi, le champ de la rencontre avec les formateurs l'occasion des différents exercices pédagogiques, la rencontre avec les professionnels à l'occasion des apprentissages en terme de pratique qu'elles soient d'ailleurs techniques ou professionnelles et surtout les échanges qu'ils ont avec les patients qui font leur expérience, les patients et leur entourage. Voilà ce serait plutôt un package de tout ça la professionnalisation.

F23. Et dans cette professionnalisation, ce processus comment tu vois le partenariat, qu'est-ce que tu attends du partenariat avec les professionnels?

F23. Bien moi je le vis à deux niveaux actuellement dans ma pratique, càd en faisant venir un certain nombre de professionnels de santé pour échanger avec les étudiants lors des contenus concernant les modules dont j'organise, dont je m'occupe en terme d'organisation, donc un certain nombre de professionnels et d'équipes de soins qui viennent échanger sur des pratiques spécifiques ça c'est la première chose et puis la seconde chose et bien c'est vrai que à l'heure actuelle jusqu'à présent ça s'est exprimé lorsque, depuis que je suis arrivé ici j'ai élaboré des livrets d'accueil et d'accompagnement des étudiants j'avais 17 structures en références bon maintenant ça a changé avec les autres comme j'en ai encore 14 mine de rien donc ça ça a été l'occasion et à travers la mise en oeuvre initiale pour les documents qui n'existaient pas et à travers le réajustement et l'évaluation à distance c'est-à-dire 3- 4 ans après la mise en oeuvre parce que bien sûr les choses évoluent les professionnels donc essentiellement les cadres, les cadres sup, les directeurs dans les EHPAD, mais aussi bien évidemment avec les équipes de soins quoi, donc ça c'était le premier boulot ; là depuis juillet 2010...2009...2009... non 2010 donc les 14 structures avec lesquelles je travaille, bon y en a quelques-unes avec lesquelles je travaillais déjà donc j'ai repris les choses, l'EHPAD de N., de L., etc, et donc on a repris les documents qui existaient déjà et puis on a essayé de les adapter au moins dans les 4-5 premiers pages, essayé de les adapter au nouveau référentiel on va dire avec le livret d'accueil et puis bah aujourd'hui le travail qui s'est engagé dans l'année à venir là, c'est de travailler bien évidemment sur les éléments concernant les 10 compétences de ce livret d'accueil donc j'ai programmé, nous avons ensemble programmé des rencontres heu avec les différentes structures pour faire un petit peu ben des rapports d'étapes, parce que moi je considère que ce travail ben il se fait entre les personnels d'encadrement et les personnels de soins dans les services, c'est eux qui vont là heu assez précisément identifier les éléments concernant leur pratique qu'ils vont mettre en lien avec les 10 compétences qui vont..., et ça ça va venir compléter et puis enrichir le livret d'accueil bien sûr pour que l'étudiant en finalité puisse utiliser ça personnellement et poser des objectifs personnels en lien avec les ressources et les potentiels qu'il va trouver sur le terrain sur le lieu de stage et puis ses besoins personnels en terme de formation et de progression, voilà, donc en fait voilà, voilà c'est un peu issu de ça pour moi le partenariat, le partenariat, moi je crois que, c'est une idée que j'avais quand je suis venu là, c'est une idée que j'ai eu la capacité

la possibilité de, à mettre en œuvre c'est à dire de consacrer entre 30 et 40% de mon temps au terrain quoi, alors je crois qu'aujourd'hui je suis sur cette proportion-là alors bien sûr sur des temps à l'IFSI mais aussi sur le terrain quoi, en restant bien évidemment mais ça je crois que, quand après on a créé comme ça des liens de partenariat avec les structures et puis que ça fonctionne bien, en restant en permanence une ressource en terme de problématiques en lien avec l'encadrement et l'accueil des étudiants sur c'est vrai quand les professionnels le ressentent et ben ils me sollicitent et soit on le règle comme ça par téléphone soit je me déplace c'est aussi l'occasion, c'est aussi l'occasion dans un certain nombre de rencontres concernant la pratique concernant la pédagogie voilà c'est des choses qui sont assez informellement identifiées mais c'est des choses qui fonctionnent et puis qui existent quoi en terme de paperasse...

F24. Est-ce que aussi ton implication sur la formation sur le tutorat fait partie de, aussi un lien avec le partenariat?

F24. Peut-être, Je sais pas, effectivement t'as raison de l'évoquer c'est quelque chose qui a émergé lorsque j'ai eu ma formation cadre parce que ça a été l'objet d'un travail pendant la formation mais c'est surtout l'objet de mon travail écrit de fin d'études, le partenariat avec les services de soin, il s'appuyait bien évidemment ce travail sur la réforme entre guillemets de 92, enfin le programme de 92 en lien entre autre avec quelque chose qui était nouveau pour moi parce que je ne l'avais pas vu venir parce que j'étais issu d'un autre programme donc qui était le programme d'avant qui est le fameux temps consacré au suivi pédagogique qui apparaissait sur ce programme de 92, voilà, donc moi j'ai découvert ça effectivement en 98 et j'ai découvert que les IFSI l'utilisaient différemment et c'était bien évidemment en lien avec leur projet pédagogique et de la façon dont ils avaient de penser ce temps-là mais surtout issu de leurs pratiques pédagogiques et entre autre des partenariats qu'ils avaient passés. Alors c'est vrai que naturellement quand je suis arrivé ici et bien ça été certainement un ancrage pour moi de réinvestir ce suivi pédagogique mais plutôt que de le réinvestir comme je l'avais fait pendant un peu plus de 2 ans sur le terrain lorsque j'étais cadre de proximité, ben de là de l'évoquer et de l'expérimenter du côté de la pédagogie et de la formation voilà. Donc peut-être, je sais pas, peut-être, sans doute que ça y participe, je sais pas dans quelle mesure

F25. Et quand tu, quand tu participes à la formation des tuteurs du terrain, qu'est-ce que tu renforces comme message? Pour toi un tuteur efficace, en tous cas, efficace c'est peut-être trop fonctionnel comme terme, mais un tuteur qui assume vraiment sa mission, heu, qu'est-ce qui est prioritaire?

F25. Pour moi ce qui est prioritaire, c'est que c'est le terrain qui reste quand même le lieu d'exercice privilégié pour faire des apprentissages professionnels et c'est ce message là que je renforce peut-être que j'ai mal vécu aussi et qu'inconsciemment il y a une résurgence de ça, de, d'avoir le sentiment que l'IFSI était toute puissante dans la façon de proposer aux étudiants des apprentissages en soins infirmiers entre autre lorsque j'étais l'encadrement des étudiants c'est quelque chose quand je regarde un petit peu en arrière je pense qui m'a toujours intéressé dans les différents services dans lesquels je suis passé je me positionnais assez facilement et assez naturellement sur l'encadrement des étudiants en terme de référence, sur les exercices spécifiques en terme d'accompagnement, etc...

F26. Hum

F26. Et peut-être que j'avais le sentiment, certainement inconsciemment, à ce moment-là, que l'IFSI avait beaucoup de place alors qu'il me semblait plus légitime que les terrains en tout état de cause aient une vraie place entre guillemets au-delà de la place symbolique mais une place concrète, quoi, réelle quoi, et en fait, peut-être que là c'est quelque chose qui s'exprime comme ça; càd c'est vrai que quand tous les ans je participe à la formation tutorat ben c'est un des objectifs de renforcer ce message que les apprentissages professionnels se font quand même de façon préférentielle sur le terrain qu'à l'IFSI et que même si c'est pas découpé comme ça la pratique sur le terrain et la théorie à l'IFSI n'empêche qu'il y a quand même des zones privilégiées pour expérimenter des situations de soins. Alors le message que j'ai envie de faire passer c'est que, c'est que l'un ne peut pas fonctionner sans l'autre de façon efficace toujours et que la théorie y en a forcément besoin pour arriver à comprendre la pratique et que de la pratique y en a nécessairement besoin pour expliciter le champ théorique quoi, heu, voilà, donc heu, mais par contre, sincèrement aujourd'hui, bon heu j'ai pas analysé pour essayer de comprendre à quoi c'est dû, je rencontre pas de difficultés pour heu, je rencontre pas d'affrontement quoi

F27. Oui, oui ...

F27. Des fois y a des choses qui sont dans la confrontation, parce que je pense qu'il y a des idées qui ont besoin de se rencontrer et qui ne se rencontrent pas nécessairement, je me sens pas agressé jamais au grand jamais enfin pour l'instant, enfin de ces dernières années toujours pour essayer de faire passer quelque message que ce soit concernant l'intérêt de travailler en collaboration pour permettre aux étudiants de construire un savoir qui va devenir des compétences quoi, donc la formation tutorat oui, mais je crois que les professionnels qui y participent sont vraiment dans cette volonté déjà, donc dans une position favorable pour ces échanges-là toujours, de comprendre et puis de construire aussi un avoir en lien avec l'accompagnement et l'encadrement et puis moi de mon côté, moi de mon côté, ben oui ce message que la collaboration de partenariat c'est l'objectif en étant...

F28. Hum

F28. L'efficacité de la construction de la profession infirmière pour les étudiants, quoi, voilà..

F29. Alors une dernière question, il faut que je la retrouve (rire), heu, alors, peu importe même si je ne la retrouve pas, je l'ai peut-être pas formalisée, le fait d'être formateur est-ce que, heu, quelle image tu veux donner à voir aux étudiants en étant formateur, est-ce que tu penses qu'il y a une image que tu veux donner à voir ou qu'est-ce qu'il te semble important que les étudiants perçoivent de ta posture en tant que formateur?

F29. Je sais pas...

F30. Tu sais pas? Est-ce que tu te poses ce genre de question?

F30. Non, je ne pense pas, je pense pas..

F31. Ou, quelles valeurs tu veux transmettre?

F31. Alors je crois, je sais pas d'où ça vient, assez précisément si je sais comment je fonctionne avec les gens, mais je crois que si il y a quelque chose que je veux défendre je sais pas si c'est une valeur, si c'est une valeur, c'est l'humilité

475 *F32. Hum...*

476 **F32.** Si y a quelque chose que j'ai envie de défendre c'est l'humilité dans le soin
477 parce que, parce que c'est l'autre qui est malade quoi quand on prend en charge
478 un patient donc qu'on soit formateur, ou qu'on soit étudiant en soins infirmiers ou
479 qu'on soit professionnel de santé je crois que s'il y a quelque chose que je défendrais
480 tout le temps c'est l'humilité, càd rester humble, et c'est mon expérience
481 professionnelle sans doute qui me renvoie ça mais je crois que c'est en ayant
482 conscience de cette humilité qu'on arrive à écouter ce qui se passe chez l'autre quoi

483 *F33. Hum ...*

484 **F33.** Heu, voilà, autrement, c'est moi qui parle, mais je me suis retrouvé trop
485 souvent sans doute piégé dans le fait que ce manque d'humilité m'empêchait
486 d'aller rencontrer l'autre quoi, càd d'être centré sur ma problématique de
487 renvoyer quelque chose de sécurisant, de renvoyer quelque chose d'efficace et
488 quand je pensais ça comme ça, quand je pense ça comme ça, ça peut certainement
489 m'arriver dans la relation pédagogique en l'occurrence, et bien j'ai la conscience
490 aujourd'hui que je rencontre pas l'autre dans ce qui le préoccupe ou pas d'ailleurs
491 mais dans ce qu'il a envie d'échanger toujours, voilà, donc moi je crois, enfin moi
492 je crois vraiment que si j'arrive pas à me mettre dans cette position suffisamment
493 humble, et bien j'arrive pas à écouter ou entendre ce que l'autre a à dire quoi ,
494 voilà

495 *F34. Ça rejoint des valeurs de la relation d'aide, quoi, la centration sur l'autre...*

496 **F34.** Ouais c'est ça, c'est complètement ça, voilà ...

497 *F35. Humanistes, les valeurs humanistes...*

498 **F35.** Oui, des valeurs assez humaines, quoi

499 *F36. Et chez un professionnel, c'est aussi ça que tu attendrais quoi, dans sa relation*
500 *avec l'étudiant, enfin dans ce qu'il donne à voir à l'étudiant?*

501 **F36.** Oui, voilà concrètement, je crois que, alors je veux pas faire de parallèle
502 parce que ça serait mal venu, mais je crois que la formation dans ce qu'elle a en
503 terme d'exigences aujourd'hui elle met à mal les étudiants dans leur capacité à y
504 arriver, à arriver au bout etc, enfin moi c'est des choses que je constate alors je
505 m'entends, c'est ce qu'ils disent mais je le constate aussi dans leurs comportements
506 quoi qui paraissent des fois disproportionnés par rapport aux enjeux en terme de,
507 enfin par rapport à mes représentations concernant les enjeux toujours, et voilà je
508 pense que c'est ... je pense que c'est peut-être cet effort là que j'ai à faire par
509 moment pour justement leur permettre d'exprimer ça, hein, c'est à dire me sortir
510 sans doute de mes représentations, un peu ou...

511 *F37. Ou de rationalisation...*

512 **F37.** Ouais, de rationalisation pour leur permettre effectivement d'exprimer,
513 d'exprimer quelque chose qu'ils vivent et qui est pas du fantasme quoi, qui est leur
514 vie quoi, voilà ...donc voilà c'est ça que je crois que j'attendrais des professionnels,
515 càd qu'ils heu... et j'échange avec un certain nombre d'entre eux, on en cause hein,
516 quand ils me disent « je comprends pas pourquoi il est si mal, pourquoi, voilà,
517 pourquoi.. » et c'est justement en leur permettant d'évoquer leur représentation
518 concernant un étudiant de deuxième année, première année ou troisième année,

519 ou de ce devrait savoir faire un étudiant, etc, etc, que je leur permets de lâcher un
520 peu de ce qu'ils pensent

521 *F38. Hum, hum...*

522 **F38. De ce que doivent être les choses pour regarder un petit peu ce que**
523 **émotionnellement le sujet vit quoi, mais ça voilà, c'est facile d'en parler comme ça,**
524 **mais ça s'évoque pas toujours aussi précisément que ça ...**

525 *F39. J'ai, alors c'est ça qui va être ma dernière question, est-ce que tu penses que ou*
526 *est-ce que tu as constaté qu'il y a des rencontres de professionnels ou de formateurs qui*
527 *font que l'étudiant va, heu, ...on parlait d'identité tout à l'heure, qui aide l'étudiant dans*
528 *la construction de son identité, qu'est-ce que tu penses en fait de la notion de modèle, de*
529 *la rencontre avec un professionnel...est-ce que c'est des choses dont vous parlez dans*
530 *les entretiens de suivi par exemple?*

531 **F39. Oui, ça m'arrive, ça m'arrive lorsque les étudiants au début de leur formation**
532 **on leur demande d'évoquer leurs modèles, ça c'est un exercice écrit qui participe à**
533 **ça, à mon avis c'est un peu précoce, c'est un peu tôt pour que ...**

534 *F40. Hum...*

535 **F40. Pour que ça soit suffisamment explicite quoi, faut que ça soit repris, ça doit**
536 **être intéressant de le reprendre à un autre moment de la formation, oui ça**
537 **m'arrive assez fréquemment qu'un étudiant m'évoque un infirmier ou une**
538 **infirmière à qui ils voudraient ressembler, surtout dans le champ relationnel ou ce**
539 **que l'étudiant a repéré d'un professionnel qui avait géré une situation vécue d'une**
540 **façon difficile, douloureuse voire très problématique et qui sont un peu émerveillés**
541 **par le professionnel et la façon dont le professionnel a géré cette problématique**
542 **avec toute la retenue et toute l'efficacité...**

543 *F41. Hum...*

544 **F41. Dans ce que ça a produit toujours, donc oui ce sont des choses qui sont**
545 **évoquées assez, assez fréquemment, maintenant c'est pas des choses, heu, c'est pas**
546 **des choses que je reprends parce que je sais pas trop comment les reprendre, par**
547 **contre je constate que ça a une incidence quand même sur la construction, c'est que**
548 **c'est des étudiants entre autres pour 2 ou 3 exemples, des étudiants qui étaient un**
549 **peu dans le doute concernant leur projet par exemple et leur colère quoi**
550 **concernant certaines violences institutionnelles entre autre et la façon dont ils**
551 **arrivent pas à se donner les moyens de passer le temps qu'ils voudraient pour**
552 **écouter, pour accompagner les gens en difficulté tout ça et puis là ça vient**
553 **directement, et, et...franchement remettre en question ce doute, donc participer à**
554 **ce qu'à nouveau ils soient motivés, à continuer à avancer, continuer à**
555 **expérimenter, essayer de faire comme..., voilà, oui, c'est des choses que je reprends,**
556 **que j'entends assez souvent**

557 *F42. C'est vrai qu'ils ne sont pas formalisés dans un guide de suivi, ou dans le*
558 *partenariat assez clairs, pas clairement du tout d'ailleurs*

559 **F42. Non, non**

560 *F43. On est plutôt sur des choses plus concrètes...*

561 **F43. Non, pas à ma connaissance**

562 *F44. Même sur l'évaluation...*

563 **F44. Une structure avec laquelle je travaille a créé un groupe d'analyse de**
564 **pratiques , c'est un psychologue qui intervient et là y a des choses comme ça qui**
565 **sont évoquées, et les étudiants deux fois ont eu l'occasion de participer, je sais plus**
566 **si c'est des groupes de parole ou d'analyse de pratique donc ces groupes c'est un**
567 **groupe qui est ouvert, qui est pas refermé à une équipe mais qui peut être ouvert à**
568 **celui qui éventuellement peut en avoir besoin et donc les choses sont évoquées, là**
569 **les choses sont assez facilement évoquées, voilà, mais autrement c'est pas, c'est pas**
570 **des exercices qui sont repris, je sais pas, peut-être que le groupe de parole aurait**
571 **pu être l'occasion de ça mais je suis pas sûr que ça fonctionne comme ça toujours**

572 *F45. OK bon écoute moi, là, je, j'ai pas d'autre question à te poser, est-ce là, tu vois à*
573 *peu près où,*

574 **F45. Ah, tu voudrais...**

575 *F46. A quoi tu penses que, qu'est-ce que tu penses que je recherche et dans quel champ?*

576 **F46. Précisément non, je me suis laissé guider par, par, heu, par ce je pensais**
577 **pouvoir évoquer en lien avec ce qui te questionnait, quelque chose que je**
578 **présuppose en lien avec la réforme bien évidemment de la formation et puis peut-**
579 **être les changements qu'il y a de la posture pédagogique entre les nouveaux textes**
580 **et puis le programme de 92, je le situerais peut-être un peu comme ça (rires)**

581 *F47. Bon d'accord, je peux te dire, en fait, c'est plus diffus que ça, en fait je recherche,*
582 *je fais mon travail sur l'intégration de la culture professionnelle, alors, heu d'une*
583 *culture professionnelle, on est dans la construction identitaire, dans la*
584 *professionnalisation, et justement, on l'a abordé à la fin, comme c'est quelque chose*
585 *d'assez diffus et qui est pas en terme de savoir-faire, peut-être plus en terme de savoir-*
586 *être, hein, je cherche la place de chacun dans cette intégration progressive.*

587 **F47. Oui, d'accord, OK**

588 *F48. Mais bon, sans doute que si on a beaucoup parlé de la réforme, c'est sûrement un*
589 *référentiel qui permet d'aller plus sur ce champ là, dans la pratique réflexive, la posture*
590 *réflexive aide à cette construction progressive*

591 **F48. Oui, tout-à-fait.**

592 *F49. Bon, je te remercie.*

ANNEXE 14 : séquences François

Séquences François, 6336 mots total, 5475 mots-pleins, 861 mots-outils, soit 13,5%

<p>Parcours</p>	<p>F1-F3. 47 ans, mon expérience dans le métier, lequel? Le métier de soignant ou le métier de formateur ?</p> <p>F2.10 ans cette année à l'IFSI, infirmier psy en 88, infirmier DE en 95, cadre de santé en 99. Après j'ai exercé dans les 2 champs, l'encadrement de 99 à 2001, formateur de puis 2001.</p> <p>F3. Formateur à l'IFSI, de façon très large et pour résumer ça serait tel que je le vis moi d'être pédagogue</p>	<p>Particularité des formateurs infirmiers, tous issus du métier</p> <p>Un parcours partagé entre psychiatrie et soins généraux, cadre de service de soins et formateur</p> <p>Se définit d'emblée comme pédagogue</p>
<p>Conception du métier de formateur (formation)</p>	<p>F4. si on veut rentrer plus précisément dans les choses, pédagogue j'y tiens parce que c'est là que j'ai l'impression d'être le plus créatif, d'être le plus facilement, de pouvoir m'exprimer dans la pédagogie, auprès des étudiants de préférence dans des exercices individuels d'entretiens, soit formels soit informels en lien soit avec le cursus de formation, en lien direct avec leurs besoins en terme de formation, soit en lien plus avec les échanges que j'ai avec eux à l'occasion des enseignements dans les modules dont j'ai plus la responsabilité en terme d'organisation, de contenu, là je pense que c'est effectivement le champ soignant, des expériences du champ soignant à travers la prise en charge des personnes âgées et des personnes déficitaires</p> <p>F5. je me sens plus formateur que enseignant, à partir du moment où j'ai réussi, où j'ai eu la possibilité de réfléchir depuis que je suis ici sur les différences qu'on pouvait remarquer, repérer, expérimenter, je ne me sens pas dans la posture d'un enseignant aujourd'hui mais beaucoup plus d'un formateur, d'un pédagogue</p> <p>F6. Absolument, c'était pas clair du tout la représentation que j'avais, malgré les deux stages que j'avais faits pendant ma formation cadre, c'était vraiment des formations d'enseignant où je m'attendais à prendre connaissance méthodologiquement d'un certain nombre de contenus concernant les soins, les données plus théoriques, concernant l'aspect psychopathologique,</p>	<p>Aspect pédagogique fortement revendiqué</p> <p>Arguments : plus d'autonomie, d'expression propre et dans une relation duelle soit plus centrée sur formation globale de l'étudiant, soit sur des aspects plus précis liés à ses champs de responsabilité pédagogique</p> <p>L'expérience de formation l'a professionnalisé, il avait des représentations plus axées sur une posture d'enseignant, qui se centrerait sur des contenus en lien avec ses compétences soignantes</p> <p>A eu besoin de formations complémentaires pour asseoir cette compétence qui lui permet de ne pas être dans le contenu théorique mais plus dans l'échange ; parle de posture plus que de rôle</p> <p>Rejette ce qu'il appelle la « pédagogie directive »⁵² pour une pédagogie par projet⁵⁷ qu'il met en actes, et qui renforce l'autonomie des étudiants</p> <p>10 fois terme pédagogue ou pédagogie</p> <p>3 formateur</p> <p>3 enseignant</p>

<p>Perception d'une compétence pédagogique (formation)</p>	<p>F7. les concepts, les retransmettre sous la forme de cours beaucoup plus théoriques qu'à travers des échanges ; je crois que ce qui m'a renforcé ce sont les formations, qui m'ont renforcé dans cette idée, dans cette posture aujourd'hui c'est les formations continues dont on bénéficie tous les ans, celle que j'ai fait à Lyon concernant les postures pédagogiques, où j'ai eu possibilité d'expérimenter, d'approfondir théoriquement les différents champs pédagogiques, c'est pareil, je voulais surtout pas imaginer que je pouvais faire de la pédagogie directive même si c'est par moment dans nos missions, c'est surtout que j'ai eu la possibilité d'aborder théoriquement, d'aller rechercher sur la pédagogie institutionnelle, par projet, c'est ce que j'ai pu expérimenter dans le module optionnel que je fais ici avec A. où on est complètement dans une posture de pédagogue, en lien avec la pédagogie par projet, on demande aux étudiants de tout construire, il n'y a plus que l'évaluation qui nous appartient</p> <p>F8. en voyant tout ça aujourd'hui, j'ai plus l'impression d'être dans une posture de pédagogue, de formateur par moment, d'enseignant très peu</p>	<p>En résumé : « posture de pédagogue, de formateur par moment, d'enseignant très peu »⁶¹</p>
<p>Essentiel de la formation (formation)</p>	<p>F9. je crois les apprentissages professionnels me semblent essentiels avec des modalités auxquelles je crois toujours autant dans des processus d'accompagnement plus individuels ; moi ce que j'aime, ce que j'aime bien dans le nouveau dispositif c'est l'intégration à travers les unités d'intégrations, les exercices en lien avec les situations emblématiques, la construction d'un savoir individuel qui peut s'exprimer dans la construction collective, toutes ces modalités qui me paraissent essentielles aujourd'hui dans l'objectif de la professionnalisation , des apprentissages professionnels moi j'ai commencé à expérimenter ça parce que je ne faisais pas partie des nouvelles promos, j'ai eu la chance, l'opportunité d'expérimenter ça à travers une situation au semestre 1, j'ai découvert concrètement les bénéfices qu'il pouvait y avoir tout en sachant qu'il y a certainement des choses à réajuster au point de vue des contenus à avoir a</p>	<p>Très axé sur la professionnalisation et les apprentissages professionnels</p> <p>S'appuie sur des processus d'appropriation individuels au service du savoir collectif : pourrait-on qualifier cette « construction collective »⁷² de culture professionnelle ?</p> <p>Situations emblématiques sont des situations problèmes qui amènent étudiant à construire ses savoirs en lien avec des contenus, mais aussi en lien avec ses expériences</p> <p>Notion de socle commun ⁸¹, base commune à tous les étudiants et par extension, tous</p>

	<p>minima que tous les étudiants doivent pouvoir mobiliser</p> <p>F10. un socle commun je commence à mesurer un certain nombre de bénéfices à travers d'autres exercices qu'on appelle les regroupements qui est l'objet de construire un savoir à travers une analyse de situation quel que soit le thème en finalité je crois , je sais pas si la boucle est bouclée, l'autre exercice que je trouve extrêmement porteur dans ce champ c'est l'entretien de suivi pédagogique qu'on fait en retour de stage lorsque les étudiants voient que les situations emblématiques, je crois que c'est la concordance ou les divergences ou les convergences qu'il peut y avoir des 3 exercices lorsqu'on les reprend avec les étudiants individuellement qui peuvent nous permettre de repérer que l'étudiant vit une construction individuelle de savoir en lien avec ses besoins du moment, ses apprentissages professionnels, le champ indirect professionnel avec en finalité le projet de devenir infirmier, infirmière avec des compétences connues</p>	<p>soignants</p> <p>La notion de construction revient (cf Mezirow construction nouveaux schèmes à partir expériences) à l'IFSI grâce au travail par situations ou en stage avec les regroupements qui procèdent du même principe mais à partir de situations réelles (cf conjard dans chapitre situations problèmes)</p> <p>François s'appuie sur les méthodes pédagogiques instituées par la</p> <p>réforme axées sur la pratique réflexive c'est donc bien pour lui la réflexivité qui permet la professionnalisation</p> <p>Il situe le rôle du formateur sur 2 plans : animer et construire ces situations pédagogiques, puis les reprendre avec les étudiants pour qu'ils fassent des liens eux-mêmes</p> <p>Le formateur est là aussi pour mesurer les processus d'apprentissages des étudiants avec l'intégration des compétences nécessaires pour l'exercice du métier</p>
<p>La pratique réflexive au travers des différentes pratiques pédagogiques</p> <p>(professionnalisat ion)</p> <p>Regroupements</p> <p>(professionnalisat ion)</p>	<p>F11. le premier, c'est pareil la formation nous a certainement permis de clarifier des choses, la formation, la dernière qu'on a eue avec Monsieur P., F12. nous a permis de clarifier méthodologiquement d'une part, d'un point de vue des objectifs, d'autre part ce qu'on pouvait permettre aux étudiants de construire lors de ces regroupements, lors du premier regroupement, moi je suis sur des zones qui concernent des structures médico-sociales type EHPAD qui sont dispatchées sur une zone, le premier regroupement a surtout servi à ce que les gens se rencontrent, pour ceux qui ne se connaissaient pas qu'ils se connaissent, échanger sur leurs difficultés à la mise en œuvre concernant l'accompagnement des étudiants selon cette réforme , bien que sur 2 zones sur les 3 les choses ont commencé à être évoquées sur le champ de la pratique, entre les étudiants, je</p>	<p>Développement des pratiques qu'il a abordé spontanément d'emblée comme essentielles à la formation</p> <p>Se réfère à nouveau à des compétences du formateur développées grâce à une formation</p> <p>Regroupement est explicité à notre demande : très important dans la rencontre et l'échange de représentations, de pratiques de soin mais aussi pour les professionnels, pratique d'encadrement des étudiants, ce qu'ils n'avaient pas l'occasion de faire avant la réforme</p> <p>Nous sommes vraiment sur un</p>

<p>Le sens du soin (culture professionnelle)</p>	<p>n'avais pas pensé à une structure précise pour que ça puisse être cadré d'un point de vue méthodologique, d'un point de vue des contenus, par contre j'ai pu mettre en œuvre sur les 3 zones lors du 2ème regroupement la méthodo que nous avait proposée le formateur concernant l'analyse d'une situation à travers la PNL, les modalités de la programmation neuro-linguistique, d'une part les étudiants ont joué le jeu, d'autre part les professionnels ont vraiment été une ressource, sans prendre trop de place, j'ai pu constater que les étudiants avaient réussi à analyser a minima la problématique, les problématiques qui étaient soulevées en lien avec la prise en charge des résidents dont ils avaient la charge, j'ai trouvé ça intéressant du point de vue de l'appropriation d'un certain nombre de savoirs qui étaient en lien direct avec la pratique professionnelle. Ça s'exprimait dans le champ théorique parce qu'on n'était pas en expérimentation directe au lit du patient, par contre on parlait concrètement de la prise en charge, des problématiques soulevées entre autres dans les EHPAD relatives aux troubles cognitifs, aux troubles comportementaux des résidents moi j'ai trouvé ça <u>extrêmement</u> intéressant <u>extrêmement</u> efficace dans la mentalisation de ce qui pouvait se jouer, dans l'analyse d'une pratique qui pouvait servir à la fois les étudiants, à la fois les professionnels la réflexion que ça générerait à la fin des échanges, ça serait un groupe ressource le regroupement, je le verrais comme un groupe ressource qui s'inscrirait dans le champ professionnel, même si j'ai pas envie de parler d'analyse de pratique parce que je crois pas que ce soit le même endroit, je pense pas que ce soit à ce moment-là qu'il faut en faire pour que les équipes puissent elles-mêmes évoquer leurs problèmes de prise en charge, pour les étudiants j'ai trouvé ça assez efficace</p> <p>F13. au niveau intellectuel, ça leur permet de donner du sens, moi j'ai le sentiment que ça leur permet de donner du sens aux pratiques, il y a un certain nombre de pratiques qu'ils repèrent comme étant efficaces dans la prise en charge, avec lesquelles ils n'ont pas la</p>	<p>premier niveau primordial en matière de culture professionnelle : se rencontrer, se parler, se connaître, échanger pour se trouver des points communs et des divergences, et donc s'enrichir</p> <p>Important de voir que le formateur propose une méthodologie de travail pour ces regroupements qui ne sont pas qu'intuitifs</p> <p>Le fait que les professionnels ne prennent « pas trop de place »¹¹⁷ doit être compris selon nous comme laissant l'expression aux étudiants (et non au formateurs)</p> <p>Pas une pratique réflexive « dans l'action » (« pas en expérimentation directe au lit du patient » 123), mais sur l'action concrète dans la logique « agir, comprendre, transférer » (la mentalisation 127)</p> <p>Voit dans ces regroupements un intérêt également pour les professionnels qui d'habitude ne peuvent échanger sur les pratiques entre établissements différents</p> <p>Plus loin évoque un « plaisir à se rencontrer »¹⁸⁵ et « une dynamique »¹⁸⁶ qui pourrait les amener à continuer à travailler ensemble</p> <p>Par contre est prudent sur les limites pour que ce temps ne soit pas consacré aux problèmes des équipes mais aux questionnements des étudiants, qui rejouent également sur ceux des soignants</p> <p>Intérêts pour les étudiants :</p>
--	---	---

<p>Construction professionnelle individuelle et collective (professionnalisat ion)</p>	<p>possibilité de faire le lien parce qu'ils ont peu d'expérience, le lien en terme de sens, moi j'ai rencontré quelques étudiants, je veux pas généraliser, dans les échanges que les uns les autres ont eu ensemble, avec les professionnels de santé, moi j'intervenais très peu, j'ai le sentiment que ça a permis de donner du sens dans ce qu'ils faisaient, qu'ils ne comprenaient pas dans un sens beaucoup plus large. Pour donner un exemple, à quoi ça sert la déambulation, à quoi ça sert de laisser un sujet déambuler, un sujet dément dans un EHPAD alors que ça peut générer des problématiques à côté lorsqu'il rentre dans la chambre des autres, un étudiant en soins infirmiers de première année il ne sait pas par exemple que la déambulation ça peut avoir comme sens quelque chose d'existentiel, de continuer à exister dans un espace que le sujet ne reconnaît plus, l'avoir évoqué comme ça, ça a permis de dédramatiser certaines situations qui génèrent des conflits entre résidents, pour redonner du sens au fait de laisser déambuler un sujet dément plutôt que de le contenir dans un petit espace, je crois que c'est ça l'intégration, l'intégration c'est vraiment donner du sens à la pratique lorsque les connaissances théoriques ne sont pas suffisantes pour expliquer la pratique, moi je crois que c'est ça, ça a permis ça par moment, pas tout le temps, c'était pas mon objectif absolu, mon objectif, il était lié à un échange avec les étudiants pour essayer de comprendre individuellement ce qu'ils vivaient, c'est pas quelque chose qui est mesuré, j'ai rencontré des étudiants qui par des échanges construisaient quelque chose d'un peu plus collectif, au service du collectif,</p> <p>F14. j'ai certainement été moins vigilant à voir ce que ça pouvait produire chez les professionnels, leur présence était assez irrégulière d'un regroupement à l'autre, je me suis retrouvé sur une zone avec beaucoup plus de soignants et sur une zone assez démunie en terme de soignants actuellement surtout dans les EHPAD inscrits dans un principe de réalité en lien avec une pénurie certaine, ils font tout ce qu'ils peuvent je crois , moi pour en avoir discuté avec mes collègues je pense avoir</p>	<p>Intégration d'éléments de compréhension dans la pratique, donner du sens aux gestes professionnels revient 8 fois sur ce passage avec un exemple très significatif de la déambulation qui peut amener des prises en charge incompréhensibles par les étudiants</p> <p>François concrétise la construction de schèmes :</p> <p>François évoque aussi que la compréhension permet de dédramatiser la situation 155</p> <p>Même si effet sur la construction de savoirs professionnels (culture ?) objectif du formateur est l'échange en premier, la centration sur l'étudiant</p> <p>La construction collective évoquée peut être assimilée à un aspect de la culture « au service du collectif » 165</p> <p>François évoque parallèlement le contexte peu propice à l'échange sur les valeurs, les gestes professionnels avec les différents acteurs lors des regroupements, mais néanmoins un engagement dans son secteur (EHPAD très démunis en personnel mais par contre dispersés et trouvant un intérêt à se retrouver autour des étudiants et de la réforme)</p>
---	--	---

	<p>la chance d'être sur des zones avec des structures qui n'ont pas de réserve par rapport à la réforme, ils sont assez partants pour d'une part rencontrer les professionnels des autres structures, deuxièmement être une vraie ressource en terme de pratiques pour les étudiants. j'ai pas été très attentif, j'ai plus été attentif à ce qui s'évoquait entre les étudiants, le retour que j'ai officiellement des professionnels présents, c'est quelque chose de plaisant pour eux, au-delà d'un intérêt professionnel, ils prennent plaisir à se rencontrer, je pense que ça peut créer une espèce de dynamique, un dynamisme propice à continuer à ce qu'ils échangent entre eux dans d'autres champs que celui des regroupements</p>	<p>Rappel de la ressource première pour la pratique professionnelle que sont les soignants</p> <p>Intéressant de constater que malgré le contexte, les professionnels prennent plaisir à se rencontrer, ce qui crée une dynamique allant au-delà de l'encadrement et contribuant à l'enrichissement de la culture professionnelle</p>
<p>Suivi individuel (formation)</p> <p>Echanges sur le versant humain (culture professionnelle)</p> <p>Suivi</p>	<p>F15. Le suivi individuel</p> <p>F16. c'est un temps qui a l'avantage d'être officiel, qui pose le cadre, je pense que j'ai évolué dans le regard que je porte, que je posais sur ce temps, je crois que initialement, pendant quelques années, c'était l'occasion pour moi de donner, de faire, de prendre du temps pour regarder le niveau formatif où l'étudiant en était, je sais que je prenais certainement, je priorisais certainement plus cet aspect normatif en lien avec les enjeux concernant la formation plutôt que de regarder du côté de l'humain, regarder l'étudiant humainement. Mon regard, il a fondamentalement changé lorsque d'une part j'ai commencé à me sentir plus à l'aise avec les échanges que j'avais avec les étudiants dans le champ des modules, je sais pas comment ça s'est fait, c'est pas un choix délibéré que j'ai fait, ma posture a évolué au cours des 4, 5, 6 ans, ça fait 3,4, 5 ans que je pose le regard surtout les apprentissages sur autre chose que le résultat,</p> <p>F17. ce temps de suivi, il me sert plus, je vais passer un petit peu de temps sur le normatif lorsqu'il y a des problématiques pour essayer de comprendre si il y a des nœuds de blocage, en quoi c'est problématique ou compliqué à gérer pour l'étudiant, je vais surtout les regarder au-delà des résultats normatifs, qu'est-ce qu'ils pourraient faire, dans la construction professionnelle, dans la</p>	<p>Autre temps réflexif, le suivi individuel, qui n'est pas informel mais officiel 194, cadré</p> <p>Au fil de son expérience de formateur, s'est détaché du versant normatif centré sur les résultats de l'étudiant pour se centrer sur l'étudiant en tant que personne « regarder l'étudiant humainement » 201</p> <p>Mais cette hauteur prise par le formateur s'est construite avec l'expérience, de façon inconsciente (serions-nous ici dans les valeurs centrales, avec des rituels conscients centrés sur les résultats ?) « je sais pas comment ça s'est fait » 204, « ma posture a évolué » 205, « pas du tout vu venir » 227</p>

<p>(formation)</p> <p>Construction identitaire et professionnelle</p> <p>(culture)</p>	<p>construction identitaire depuis l'entrée en formation, comprendre ce qui peut faire que l'étudiant est à mal avec sa confiance, avec son estime, je regarde facilement du côté humaniste que du côté technique de la formation, c'est un peu bouffeur de temps parce qu'il faut que l'étudiant se sente en confiance, pour qu'il veuille aller dans ce champ-là, qui est le champ beaucoup plus humaniste, que le champ cognitif, ce temps il me sert plus à savoir où il en est l'étudiant de sa construction identitaire, de sa construction professionnelle, que où il en est d'un point de vue normatif, moi ce que je suis en train d'expérimenter, c'est qu'on est dans une relation par moment beaucoup plus émotionnelle que technique,</p>	<p>Evoque la construction professionnelle et identitaire 213-214, 220-221, 231, 241 donc nous sommes bien au-delà des résultats, et s'appuie sur des valeurs humanistes 216</p>
<p>La relation de confiance</p> <p>(formation)</p>	<p>F18. je reste, je suis intimement convaincu que la formation a tout son sens à s'exprimer dans le champ émotionnel, quand je suis arrivé ici je l'avais pas du tout vu venir comme ça , c'est pas simple, c'est pas par hasard qu'on s'engage dans une profession où on va prendre en charge des patients qui souffrent, qui sont malades, qui sont mourants, le temps que je passe dans ces entretiens de suivi individuel il me sert à savoir où il en est de sa construction identitaire, où il en est de son fonctionnement, de sa relation, de sa rencontre avec le sujet malade, souffrant ou mourant, comment il panse ou il a pansé les blessures narcissiques que ça peut induire ou provoquer de prendre en charge des personnes malades, ce temps-là, c'est un temps qui est moins facilement, difficilement formalisé en terme de méthode, bon nombre d'étudiants, sauf si un étudiant est en difficulté ponctuelle sur l'aspect normatif, je vais proposer un accompagnement méthodologique en lien avec l'analyse de la démarche ou quelque chose comme ça, autrement je prends beaucoup plus de temps, beaucoup plus de temps sur le champ, sur le champ ... humaniste, de la construction identitaire, première année j'y vais doucement parce qu'il y a toutes ces choses qu'il faut qui se débloquent, toute cette expérience, cette expérimentation qui n'est pas faite, j'oriente beaucoup plus les choses sur la</p>	<p>Nous retrouvons le besoin d'être en confiance recherché par Claude pour s'investir dans la relation pédagogique avec le formateur</p>
<p>Les trajets de vie qui amènent à la profession soignante</p>	<p>Dans une formation qui amène à travailler avec les humains touchés par la maladie, donc sur le plan émotionnel, François pense que le formateur doit travailler avec l'étudiant sur ce champ émotionnel et ne pas se limiter au technique</p>	<p>Nous retrouvons ce qui est avancé par Claude et par Mona sur une explication dans l'histoire de vie pour la profession soignante</p>
<p>Professionnalis ation :un cheminement progressif au fil des expériences, accompagnées par le formateur</p> <p>(professionnalisat</p>	<p>François évoque les « blessures narcissiques »²³³ provoquées par la formation, nous pouvons interpréter inversement que ces mêmes blessures sont à l'origine de la formation, mais de toute façon, il faudra les aborder</p> <p>Le temps difficilement formalisé est bien le problème pour la formation de tout ce qui est en lien avec l'émotionnel et la personne</p> <p>Nous sommes donc bien sur ce travail du formateur centré sur la construction d'une identité (culture) professionnelle, ressentie par les 2 étudiants interviewés, un formateur qui accompagne l'étudiant sur la rencontre avec le patient, de façon progressive durant la</p>	<p>Le temps difficilement formalisé est bien le problème pour la formation de tout ce qui est en lien avec l'émotionnel et la personne</p>

<p>ion)</p> <p>Le travail sur les limites et les valeurs</p> <p>(professionnalisat ion)</p>	<p>rencontre, comment ils rencontrent le patient, ce qu'ils en pensent, comment ils le vivent, après en 3ème année j'essaie d'aborder concrètement ce qui est tolérable ou insupportable pour eux, comment ils s'organisent intellectuellement et cognitivement, intellectuellement et humainement lorsqu'ils sont face à des limites avec les patients, c'est l'occasion d'approcher la violence personnelle, la violence institutionnelle, d'approcher la tolérance, d'approcher,</p>	<p>formation (professionnalisation)</p> <p>Il est intéressant de voir que le formateur suit l'évolution de l'étudiant et attend qu'il ait vécu des expériences pour l'accompagner dans sa professionnalisation, la culture professionnelle n'est pas quelque chose qu'on peut inculquer</p> <p>Travail également sur les limites évoquées par les tuteurs, les violences personnelles(Bernard), institutionnelles (Véga)</p>
<p>La relation d'aide, approche humaniste, philosophie du projet collectif</p> <p>(culture professionnelle)</p>	<p>je crois que le métier de formateur à l'IFSI m'a permis d'expérimenter la relation d'aide du côté de la formation alors que moi je l'avais expérimentée que du côté soignant.</p> <p>F19. c'est grâce à mon métier de formateur que je me suis penché précisément sur le champ théorique de la relation d'aide, chose que je n'avais pas fait depuis des années , que j'avais fait initialement dans une formation dans les années 91 parce que j'avais besoin à ce moment-là de donner du sens théoriquement à ce que je vivais émotionnellement avec les patients, je n'y étais jamais revenu parce que ma pratique était essentiellement en extra-hospitalier voire à domicile, le contexte du champ relationnel à l'extérieur de l'hôpital nous met en prise directe avec un certain nombre de compétences dans le champ relationnel, c'est en travaillant ici les premières années que je me suis rendu compte que les choses que je faisais, je les faisais naturellement mais qu'elles avaient pas toujours le sens qu'il aurait fallu leur donner pour pouvoir être, pour optimiser, pour être plus efficace, y a des problématiques que j'ai comprises une fois que j'ai été les expérimenter ici du côté de la théorie, j'en avais une analyse certainement fausse lorsque j'étais sur le terrain, parce que j'avais pas la possibilité d'intellectualiser, de réfléchir dans le champ plus théorique, la formation à la relation d'aide telle que mes collègues plus anciens ici ont pu bénéficier, moi j'en ai pas eu de bénéfices parce que j'ai dû assister qu'aux 2 dernières rencontres, mais je crois que ça c'est une vraie</p>	<p>François explique que dans le contexte de la pratique professionnelle, il mettait en œuvre des compétences relationnelles de façon intuitive sans vraiment réfléchir au sens qu'elles avaient, au risque de ne pas être efficace</p> <p>Etre dans le champ de la formation permettrait de dépasser la pratique grâce à la réflexivité et de la théoriser</p> <p>Formation de l'équipe pédagogique à la relation d'aide</p>

	<p>richesse, la formation que les uns les autres ont fait la relation d'aide et la mise en œuvre qu'ils ont pu faire auprès des étudiants lors des temps de relation d'aide, je crois c'est une vraie, vraie richesse, pour les étudiants, pour les formateurs, c'est génial si en plus ça permet de donner du sens avec la pratique antérieure, la pratique soignante antérieure, je crois que ce qui me manque là le plus aujourd'hui c'est la mise en œuvre dans le champ de la thérapie, dans le champ thérapeutique parce que avec les étudiants on n'est pas des thérapeutes,</p>	<p>(Rogers, point fort du projet pédagogique) richesse car elle permet de mettre en actes les valeurs humanistes et surtout, nous le percevons à travers les regrets de François de ne pas avoir pu bénéficier de toute la formation, de donner une unité, des valeurs communes à toute l'équipe. Nous rejoignons la notion de culture soignante lorsqu'un groupe se retrouve dans des valeurs communes</p> <p>Par contre il a bien conscience des limites de cette pratique qui peut être thérapeutique et qui ne doit pas l'être avec les étudiants</p>
<p>Capacités à détecter chez étudiant durant la formation (formation)</p>	<p>F20. je sais pas si je vais arriver à les nommer assez précisément, je les ai pas écrites, les capacités pour moi s'exprimeront, les compétences dans le champ technique, dans le champ humaniste, les capacités, les capacités, je vais plus aller regarder en terme de potentiel, l'étudiant qui va être capable de faire évoluer ses représentations pour partir d'une situation où il avait des certitudes, ça devienne des doutes pour à nouveau réinscrire ses représentations dans quelque chose d'un peu plus certain, je sais pas si c'est très clair..</p> <p>F21. ce que j'aime bien détecter chez les étudiants, c'est l'ouverture d'esprit, la capacité à solliciter, la capacité à construire des apprentissages dans des champs assez divers, ça reste très théorique, des mots, ce que j'essaie de repérer chez les étudiants, c'est des facultés de pouvoir avec une même problématique explorer dans un champ philosophique, plus social, plus environnemental, personnel, professionnel, cette ouverture de pouvoir aller questionner des problèmes, les questionnements dans des champs plus divers que quelque chose comme une vérité absolue, c'est la première chose que j'essaie de voir, leur ouverture, l'ouverture, la capacité à être ouvert pour faire évoluer les représentations, ce que</p>	<p>Les capacités repérées comme propice au métier et qui sont stimulées sont dans le champ humaniste également : revient l'ouverture (5) associée à l'évolution des représentations (3) , la capacité à douter (cf Bernard et Mona), les limites</p> <p>Et une approche multidimensionnelle (cf complexité de Morin) où une même situation ouvre des perspectives et des éclairages très variés</p> <p>« capacité à être ouvert pour</p>
<p>Champ explorés (culture)</p>		

<p>Humilité (culture)</p>	<p>j'aime bien aussi aller, ce que j'aime bien, ce que j'essaie de repérer chez les étudiants, c'est la capacité à, malgré une difficulté certaine à pouvoir évoquer, avoir la capacité d'échanger même si la problématique paraît négative, je pense à certains sentiments de culpabilité qu'ils peuvent vivre lorsqu'ils ont un sentiment d'avoir , de ne pas avoir affronté une situation qui paraît trop difficile pour eux, j'aime bien, en première année c'est un peu compliqué, deuxième et troisième année je constate des étudiants qui de façon assez facile restent humbles dans ce qu'ils mettent en œuvre en acceptant l'idée que soit c'est perfectible, les relations restent humaines avant tout, il y a des choses qui sont des vraies limites, il y a des nœuds qui sont des vraies limites, je dis pas que ça évoluera pas un jour, mais à ce moment-là, c'est pas possible d'aller plus loin, on est dans la fuite ou l'évitement, c'est nécessaire de se protéger pour pouvoir continuer à être un, à vivre de façon assez intègre, je sais pas si j'ai répondu?</p>	<p>faire évoluer les représentations » 304-305</p> <p>Autre dimension recherchée et encouragée : la capacité à nommer ses failles, ses limites et à travailler de façon humble sur elles ; nous retrouvons l'humilité, l'intégrité pour lutter contre la toute-puissance soignante, un versant négatif de la culture soignante</p> <p>Donc la capacité à ne pas être dans la fuite mais à affronter ses limites et à en échanger volontairement avec le formateur, là aussi avec une notion de progression de cette capacité dans la formation</p>
<p>Accompagnement dans la professionnalisation (professionnalisation)</p>	<p>F22. pour moi c'est la construction d'un certain nombre de compétences où l'étudiant est capable de transférer des connaissances, des savoirs dans le champ de la pratique professionnelle, pour moi c'est ça la professionnalisation, avec cette capacité d'évolution, la professionnalisation c'est pareil, je ne la définirais pas autrement, je suis convaincu que je participe à ça mais que ça serait carrément insuffisant si ça s'évoquait qu'ici, l'objet de ces entretiens c'est aussi de pouvoir évoquer avec les étudiants comment ils s'approprient un certain nombre de pratiques qui leur correspondent de ce qu'ils sont, je mets le champ humaniste de ce côté, des rencontres qu'ils font avec les professionnels pour pouvoir transposer à un moment donné ça auprès du patient. pour moi la professionnalisation c'est la mise en œuvre d'un certain nombre de savoirs, aussi d'un certain nombre de rencontres qui sont issues des échanges qu'ils peuvent avoir à l'IFSI, évidemment, plus essentiellement sur le terrain, avec les professionnels de santé mais aussi avec les patients et leur entourage, pour moi</p>	<p>La professionnalisation est bien un processus progressif et de construction sur différents plans, avec un rôle limité des formateurs</p> <p>La notion de transfert de la logique constructiviste est abordée</p> <p>« des rencontres qu'ils font avec les professionnels pour pouvoir transposer à un moment donné ça auprès du patient » 333-334</p> <p>Vision de la professionnalisation intéressante car elle fait</p>

	<p>c'est ça la professionnalisation, c'est un tout issu des trois champs, le champ de la rencontre avec les formateurs à l'occasion des différents exercices pédagogiques, la rencontre avec les professionnels à l'occasion des apprentissages en terme de pratiques qu'elles soient techniques ou professionnelles, surtout les échanges qu'ils ont avec les patients qui font leur expérience, les patients et leur entourage. ce serait un package de tout ça la professionnalisation.</p>	<p>apparaître un 4^{ème} partenaire que nous n'avions pas évoqué comme tel dans la formation mais plutôt dans la culture du care : le malade (et son entourage)</p> <p>François utilise le terme de « rencontre » ou « d'échange »</p>
<p>Le partenariat (formation)</p>	<p>F23. moi je le vis à deux niveaux actuellement dans ma pratique, en faisant venir un certain nombre de professionnels de santé pour échanger avec les étudiants lors des contenus concernant les modules dont j'organise, dont je m'occupe en terme d'organisation, un certain nombre de professionnels et d'équipes de soins qui viennent échanger sur des pratiques spécifiques, c'est la première chose, la seconde chose, à l'heure actuelle jusqu'à présent, ça s'est exprimé lorsque, depuis que je suis arrivé ici j'ai élaboré des livrets d'accueil et d'accompagnement des étudiants j'avais 17 structures en références, maintenant ça a changé avec les autres comme j'en ai encore 14, mine de rien, ça a été l'occasion, à travers la mise en œuvre initiale pour les documents qui n'existaient pas, à travers le réajustement et l'évaluation à distance, 3- 4 ans après la mise en œuvre parce que les choses évoluent, les professionnels essentiellement les cadres, les cadres sup, les directeurs dans les EHPAD, mais aussi avec les équipes de soins, ça c'était le premier boulot ; depuis juillet 2010...2009...2009... non 2010 les 14 structures avec lesquelles je travaille, y en a quelques-unes avec lesquelles je travaillais déjà, j'ai repris les choses, l'EHPAD de N., de L., on a repris les documents qui existaient déjà, on a essayé de les adapter au moins dans les 4-5 premiers pages, essayé de les adapter au nouveau référentiel, avec le livret d'accueil, aujourd'hui le travail qui s'est engagé dans l'année à venir, c'est de travailler sur les éléments concernant les 10 compétences de ce livret d'accueil, j'ai programmé, nous avons ensemble</p>	<p>Ingénierie pédagogique premier plan car permet aux professionnels de venir parler de leur pratique, ce qui est un des éléments d'intégration de la culture dans la mesure où ils doivent expliciter ces pratiques</p> <p>« professionnels et d'équipes de soins qui viennent échanger sur des pratiques spécifiques »350-351</p> <p>Mais le partenariat est surtout vécu dans l'élaboration en commun d'outils formalisant l'accueil et l'encadrement des étudiants ; impulsé par la réforme mais déjà existant</p> <p>La finalité est bien centrée sur l'étudiant mais la construction de l'outil amène les soignants à analyser leur pratique et à la formaliser en termes de ressources et de potentiels ; c'est à l'étudiant, en fonction de son projet, de son parcours, d'y puiser ce qui va répondre à ses besoins de professionnalisation</p>

	<p>programmé des rencontres, avec les différentes structures pour faire des rapports d'étapes, parce que moi je considère que ce travail il se fait entre les personnels d'encadrement et les personnels de soins dans les services, c'est eux qui vont assez précisément identifier les éléments concernant leur pratique qu'ils vont mettre en lien avec les 10 compétences, ça va venir compléter, enrichir le livret d'accueil, pour que l'étudiant en finalité puisse utiliser ça personnellement, poser des objectifs personnels en lien avec les ressources et les potentiels qu'il va trouver sur le terrain sur le lieu de stage, ses besoins personnels en terme de formation et de progression, c'est issu de ça pour moi le partenariat, le partenariat, moi je crois que, c'est une idée que j'avais quand je suis venu là, c'est une idée que j'ai eu la capacité, la possibilité à mettre en œuvre, de consacrer entre 30 et 40% de mon temps au terrain, je crois qu'aujourd'hui je suis sur cette proportion-là, bien sûr sur des temps à l'IFSI mais aussi sur le terrain, en restant, je crois que, quand on a créé des liens de partenariat avec les structures, que ça fonctionne bien, en restant en permanence une ressource en terme de problématiques en lien avec l'encadrement et l'accueil des étudiants sur, quand les professionnels le ressentent ils me sollicitent, soit on le règle par téléphone, soit je me déplace, c'est l'occasion, c'est l'occasion dans un certain nombre de rencontres concernant la pratique, concernant la pédagogie, c'est des choses qui sont assez informellement identifiées mais c'est des choses qui fonctionnent, qui existent en terme de paperasse...</p> <p>F24. Je sais pas, effectivement t'as raison de l'évoquer, c'est quelque chose qui a émergé lorsque j'ai eu ma formation cadre parce que ça a été l'objet d'un travail pendant la formation, c'est surtout l'objet de mon travail écrit de fin d'études, le partenariat avec les services de soin, il s'appuyait ce travail sur la réforme de 92, le programme de 92 en lien avec quelque chose qui était nouveau pour moi parce que je ne l'avais pas vu venir, parce que j'étais issu d'un autre</p>	<p>« identifier les éléments concernant leur pratique » 372-373</p> <p>« l'étudiant en finalité puisse utiliser ça personnellement, poser des objectifs personnels en lien avec les ressources et les potentiels qu'il va trouver sur le terrain[], ses besoins personnels en terme de formation et de progression » 375-378</p> <p>Aspect en lien avec l'alternance intégrative (Geay) c'est la dynamique d'échanges que cela crée, avec la démarche de s'interpeller mutuellement autour de la formation des étudiants, chacun étant une ressource pour l'autre</p> <p>« c'est l'occasion dans un certain nombre de rencontres concernant la pratique, concernant la pédagogie » 389-390</p> <p>Peu d'intérêt en rapport avec le thème, si ce n'est la différenciation dans l'accompagnement et le suivi pédagogique en service et à l'institut, mais toujours sur la base d'un projet commun, donc de valeurs communes explicites</p>
--	---	---

<p>Le suivi pédagogique auprès des étudiants</p>	<p>programme, qui était le programme d'avant, qui est le fameux temps consacré au suivi pédagogique qui apparaissait sur ce programme de 92, moi j'ai découvert ça en 98, j'ai découvert que les IFSI l'utilisaient différemment, c'était en lien avec leur projet pédagogique, la façon dont ils avaient de penser ce temps-là, surtout issu de leurs pratiques pédagogiques, des partenariats qu'ils avaient passés, naturellement quand je suis arrivé ici, ça été certainement un ancrage pour moi de réinvestir ce suivi pédagogique, plutôt que de le réinvestir comme je l'avais fait pendant un peu plus de 2 ans sur le terrain lorsque j'étais cadre de proximité, de l'évoquer et de l'expérimenter du côté de la pédagogie et de la formation, je sais pas, sans doute que ça y participe, je sais pas dans quelle mesure</p>	<p>Il apparaît une compétence pédagogique transférable du terrain vers l'IFSI ou inversement</p> <p>« expérimenter du côté de la pédagogie »⁴¹¹</p>
<p>Redonner une place privilégiée aux terrains (formation)</p>	<p>F25. Pour moi ce qui est prioritaire, c'est que c'est le terrain qui reste le lieu d'exercice privilégié pour faire des apprentissages professionnels, c'est ce message là que je renforce, que j'ai mal vécu, inconsciemment il y a une résurgence de ça, d'avoir le sentiment que l'IFSI était toute puissante dans la façon de proposer aux étudiants des apprentissages en soins infirmiers lorsque j'étais dans l'encadrement des étudiants, c'est quelque chose quand je regarde en arrière, je pense qui m'a toujours intéressé dans les différents services dans lesquels je suis passé, je me positionnais assez facilement et assez naturellement sur l'encadrement des étudiants en terme de référence, sur les exercices spécifiques en terme d'accompagnement,</p> <p>F26. j'avais le sentiment, inconsciemment, à ce moment-là, que l'IFSI avait beaucoup de place alors qu'il me semblait plus légitime que les terrains aient une vraie place, au-delà de la place symbolique, une place concrète, réelle, c'est quelque chose qui s'exprime comme ça; quand tous les ans je participe à la formation tutorat, c'est un des objectifs de renforcer ce message que les apprentissages professionnels se font de façon préférentielle sur le terrain qu'à l'IFSI, même si c'est pas découpé comme ça, la pratique sur le terrain et la théorie à</p>	<p>La profession s'apprend sur le terrain, c'est le lieu d'exercice</p> <p>Lorsqu'il était cadre sur les terrains, sentiment de toute-puissance de l'IFSI par rapport aux terrains ; le terme « inconsciemment » répété 2 fois (421, 429) montre qu'il a fallu qu'il se distancie des services pour prendre conscience de ce sentiment d'hégémonie de l'IFSI</p> <p>Son but : redonner une place légitime aux terrains</p> <p>Mais sans juxtaposer pour autant : le stage est le lieu d'expérimentation (Bandura) des situations mais le lien est indispensable pour l'efficacité de la formation « professionnelle »</p> <p>« l'un ne peut pas fonctionner</p>

<p>Alternance (formation)</p>	<p>l'IFSI, n'empêche qu'il y a des zones privilégiées pour expérimenter des situations de soins. le message que j'ai envie de faire passer c'est que l'un ne peut pas fonctionner sans l'autre de façon efficace, la théorie y en a forcément besoin pour arriver à comprendre la pratique, la pratique y en nécessairement besoin pour expliciter le champ théorique, par contre, sincèrement aujourd'hui, j'ai pas analysé pour essayer de comprendre à quoi c'est dû, je rencontre pas de difficultés pour, je rencontre pas d'affrontement</p> <p>F27. Des fois y a des choses qui sont dans la confrontation, parce que je pense qu'il y a des idées qui ont besoin de se rencontrer, qui ne se rencontrent pas nécessairement, je me sens pas agressé jamais au grand jamais, pour l'instant, de ces dernières années pour essayer de faire passer quelque message que ce soit concernant l'intérêt de travailler en collaboration pour permettre aux étudiants de construire un savoir qui va devenir des compétences, la formation tutorat, je crois que les professionnels qui y participent sont vraiment dans cette volonté, dans une position favorable pour ces échanges-là, de comprendre, de construire aussi un savoir en lien avec l'accompagnement, l'encadrement, moi de mon côté, moi de mon côté, ce message que la collaboration de partenariat c'est l'objectif en étant...</p> <p>F28. L'efficacité de la construction de la profession infirmière pour les étudiants</p>	<p>sans l'autre de façon efficace, la théorie y en a forcément besoin pour arriver à comprendre la pratique, la pratique y en nécessairement besoin pour expliciter le champ théorique » 439-442</p> <p>Fait ce constat de place insuffisante des terrains mais ne le relie pas à une volonté délibérée, car maintenant qu'il est dans la formation, les relations lui semblent simples</p> <p>Par contre, la « confrontation » 447 est nécessaire pour faire évoluer les idées mais sans aspect négatif ou agressif</p> <p>Une collaboration indispensable des terrains et de l'IFSI pour accéder à la compétence donc à une dimension professionnelle, la « construction de la profession infirmière » 460</p> <p>« l'intérêt de travailler en collaboration pour permettre aux étudiants de construire un savoir qui va devenir des compétences » 451-453</p>
<p>Image du formateur pour les étudiants, valeurs transmises (culture)</p>	<p>F31. je crois, je sais pas d'où ça vient, assez précisément si je sais comment je fonctionne avec les gens, je crois que</p> <p>F32. si il y a quelque chose que je veux défendre, je sais pas si c'est une valeur, si c'est une valeur, c'est l'humilité</p> <p>Si y a quelque chose que j'ai envie de défendre c'est l'humilité dans le soin parce que c'est l'autre qui est malade, quand on prend en charge un patient, qu'on soit formateur, ou qu'on soit étudiant en soins infirmiers ou qu'on soit professionnel de santé je crois que s'il y a</p>	<p>Lorsque nous posons la question de l'image que le formateur veut donner aux étudiants, pas de réponse ; par contre, si nous formulons en terme de valeurs, vient immédiatement l'humilité (7 fois), déjà évoquée avant (313) comme capacité recherchée chez étudiant ; cette valeur soignante semble être centrale pour tous les partenaires pour François, car elle seule permet de quitter sa centration sur soi-même pour se centrer sur</p>

	<p>quelque chose que je défendrais tout le temps, c'est l'humilité, rester humble, c'est mon expérience professionnelle sans doute qui me renvoie ça, je crois que c'est en ayant conscience de cette humilité qu'on arrive à écouter ce qui se passe chez l'autre,</p> <p>F33. c'est moi qui parle, je me suis retrouvé trop souvent piégé dans le fait que ce manque d'humilité m'empêchait d'aller rencontrer l'autre, d'être centré sur ma problématique, de renvoyer quelque chose de sécurisant, de renvoyer quelque chose d'efficace et quand je pensais ça comme ça, quand je pense ça comme ça, ça peut certainement m'arriver dans la relation pédagogique en l'occurrence, j'ai la conscience que je rencontre pas l'autre dans ce qui le préoccupe ou pas, dans ce qu'il a envie d'échanger, moi je crois, moi je crois que si j'arrive pas à me mettre dans cette position suffisamment humble, j'arrive pas à écouter ou entendre ce que l'autre a à dire</p> <p>F34. c'est ça, c'est complètement ça,</p> <p>F35. des valeurs assez humaines,</p>	<p>la personne malade (l'autre)</p> <p>Cependant, quand il évoque son expérience professionnelle (480), on comprend bien que le temps des études ne suffit pas</p> <p>Etre piégé (485) à manquer d'humilité, emporté par la toute-puissance soignante</p> <p>Intéressant de voir qu'il oppose l'humilité et la centration sur l'autre avec le rôle sécurisant et efficace traditionnel du soignant, tous deux associés d'ailleurs avec la toute-puissance évoquée plus haut.</p> <p>Etend cette humilité à la relation pédagogique, comme une difficulté à surmonter « si j'arrive pas à me mettre dans cette position suffisamment humble, j'arrive pas à écouter ou entendre ce que l'autre a à dire » 492-493</p>
<p>Valeurs transmises par les professionnels dans ce qu'ils donnent à voir</p> <p>Centration des formateurs et des soignants sur l'étudiant (culture)</p>	<p>F36. concrètement, je crois que, je veux pas faire de parallèle parce que ça serait mal venu, je crois que la formation dans ce qu'elle a en terme d'exigences aujourd'hui, elle met à mal les étudiants dans leur capacité à y arriver, à arriver au bout, moi c'est des choses que je constate, je m'entends, c'est ce qu'ils disent, je le constate dans leurs comportements, qui paraissent des fois disproportionnés par rapport aux enjeux en terme de, par rapport à mes représentations concernant les enjeux, je pense que c'est ... je pense que c'est peut-être cet effort là que j'ai à faire par moment pour leur permettre d'exprimer ça, me sortir de mes représentations,</p> <p>F37. de rationalisation pour leur permettre d'exprimer, d'exprimer quelque chose qu'ils vivent, qui est pas du fantasme, qui est leur vie, c'est ça je crois que j'attendrais des professionnels, j'échange avec un certain nombre d'entre eux, on en cause, quand ils me disent « je</p>	<p>Réponse assez floue, évoque plus les attentes des professionnels vis-à-vis de l'étudiant que ce que véhiculent les professionnels</p> <p>Développe des représentations qu'ont les formateurs et les soignants, sur l'étudiant, qui ne correspondent pas à ce que vit celui-ci ; il y a donc un malentendu qui bloque l'expression de l'étudiant (cf Claude dans sa difficulté dans un stage où il déplore un niveau d'attente différent)</p> <p>« me sortir de mes représentations, [] de</p>

	<p>comprends pas pourquoi il est si mal, pourquoi, pourquoi.. » c'est en leur permettant d'évoquer leur représentation concernant un étudiant de deuxième année, première année ou troisième année, ou de ce devrait savoir faire un étudiant, que je leur permets de lâcher un peu de ce qu'ils pensent</p> <p>F38. De ce que doivent être les choses pour regarder ce que émotionnellement le sujet vit , mais c'est facile d'en parler comme ça, mais ça s'évoque pas toujours aussi précisément que ça ...</p>	<p>rationalisation pour leur permettre d'exprimer, d'exprimer quelque chose qu'ils vivent, qui est pas du fantasme, qui est leur vie »509-514</p> <p>Pour nous, cela rejoint la culture du prendre soin car nous sommes à nouveau dans la centration sur l'autre, l'empathie</p>
<p>Modèles professionnels (professionnalisation)</p>	<p>F39. ça m'arrive, ça m'arrive lorsque les étudiants au début de leur formation, on leur demande d'évoquer leurs modèles, ça c'est un exercice écrit qui participe à ça, à mon avis c'est un peu précoce, c'est un peu tôt</p> <p>F40. pour que ça soit suffisamment explicite, faut que ça soit repris, ça doit être intéressant de le reprendre à un autre moment de la formation, ça m'arrive assez fréquemment qu'un étudiant m'évoque un infirmier ou une infirmière à qui il voudrait ressembler, surtout dans le champ relationnel ou ce que l'étudiant a repéré d'un professionnel qui avait géré une situation vécue d'une façon difficile, douloureuse voire très problématique, qui sont émerveillés par le professionnel, la façon dont le professionnel a géré cette problématique avec toute la retenue et toute l'efficacité...</p> <p>F41. Dans ce que ça a produit, ce sont des choses qui sont évoquées assez fréquemment, c'est pas des choses que je reprends parce que je sais pas trop comment les reprendre, par contre je constate que ça a une incidence sur la construction, c'est des étudiants pour 2 ou 3 exemples, des étudiants qui étaient dans le doute concernant leur projet par exemple, leur colère concernant certaines violences institutionnelles, la façon dont ils arrivent pas à se donner les moyens de passer le temps qu'ils voudraient pour écouter, pour accompagner les gens en difficulté, ça vient directement, franchement remettre en question ce doute, participer à ce qu'à nouveau ils soient motivés, à continuer à avancer,</p>	<p>Notion de modèle professionnel reprise en association avec un travail cadré peut-être pas suffisamment sollicité en cours de formation</p> <p>Intéressant que l'étudiant puisse travailler avec le formateur autour d'un professionnel emblématique : emploi des termes forts « émerveillé »540 et surtout par une attitude et des gestes professionnels</p> <p>« la façon dont le professionnel a géré cette problématique avec toute la retenue et toute l'efficacité » 541-542</p> <p>Nous sommes dans la pratique réflexive (reprendre 536, 546)</p> <p>La rencontre avec ces professionnels et le travail effectué sur cette rencontre fait partie de la construction d'une culture professionnelle et les aide à croire en leur projet</p> <p>« participer à ce qu'à nouveau ils soient motivés, à continuer à avancer, continuer à expérimenter »553-555</p>

	continuer à expérimenter, essayer de faire comme., c'est des choses que je reprends, que j'entends assez souvent	
Ce qui existe dans les services pour accompagner les étudiants lorsqu'ils doutent	F44. Une structure avec laquelle je travaille a créé un groupe d'analyse de pratiques , c'est un psychologue qui intervient, y a des choses comme ça qui sont évoquées, les étudiants deux fois ont eu l'occasion de participer, je sais plus si c'est des groupes de parole ou d'analyse de pratique, ces groupes, c'est un groupe qui est ouvert, qui est pas refermé à une équipe mais qui peut être ouvert à celui qui éventuellement peut en avoir besoin, les choses sont évoquées, les choses sont assez facilement évoquées, mais autrement c'est pas, c'est pas des exercices qui sont repris, je sais pas, peut-être que le groupe de parole aurait pu être l'occasion de ça mais je suis pas sûr que ça fonctionne comme ça toujours	Peu d'intérêt à cette question car trop aléatoire, le seul intérêt est qu'une fois de plus, l'analyse de pratique est envisagée pour travailler sur les doutes en formation comme dans la profession

ANNEXE 15 : entretien Rose

1 *R 1. Bon alors merci Rose d'avoir accepté de collaborer à ma recherche et de répondre*
2 *à mes questions, alors tout d'abord je vais te demander même si c'est pas très discret,*
3 *(rires) ton âge, ton ancienneté dans le métier, ton cursus heu, très rapidement, hein*

4 **R1. Alors j'ai 59 ans depuis le mois de septembre 2010, mon ancienneté, mon**
5 **cursus, donc je suis diplômée depuis 1972, puis 2 années d'infirmière en**
6 **cardiologie, puis j'ai exercé à l'IFSI en tant que faisant fonction de 74 à 77, j'ai fait**
7 **l'école de cadres de 77 à 78, et j'ai exercé depuis, avec 2 passages auprès des élèves**
8 **aides-soignants. 2 fois une année.**

9 *R2. très bien, alors maintenant je vais partir sur une question assez large, heu, si tu*
10 *devais définir ton rôle, ta fonction, heu, les missions que tu accomplis au niveau de*
11 *l'IFSI, si tu devais expliquer à quelqu'un « je suis formateur à l'IFSI », qu'est-ce que tu*
12 *ferais ressortir en priorité?*

13 **R2. c'est une question...actuellement?**

14 *R3. actuellement oui*

15 **R3. Mon rôle actuel, il est essentiellement de guidant, de guidant, de soutien, et de**
16 **...je trouve pas le mot, d'amener les étudiants à devenir autonomes, à prendre**
17 **plaisir à rechercher pour se former eux-mêmes, pour être acteurs de leur**
18 **formation, et c'est la plus grande difficulté**

19 *R4. Est-ce qu'on pourrait parler d'accompagnement?*

20 **R4. Accompagnement, oui, je crois que c'est le terme qui convient,**
21 **accompagnement mais au sens divers pour chaque étudiant, puisque, pour un,**
22 **c'est le mettre en confiance, pour l'autre c'est le solliciter plus pour qu'il s'implique**
23 **d'avantage, oui le terme d'accompagnement convient le mieux, il me semble**

24 *R5. Et heu, donc heu, est-ce que ça a été une évolution, une évolution de métier?*

25 **R5. Ah oui, il y a eu une évolution très importante, depuis que j'ai commencé, en**
26 **un mot, quand j'ai commencé on apprenait les soins infirmiers en lien avec des**
27 **pathologies et nous étions les assistantes des médecins, aujourd'hui, déjà depuis le**
28 **programme de 1992, il y a l'accent mis sur les diagnostics infirmiers, donc un rôle**
29 **plus important, une autonomie plus importante et encore avec ce nouveau**
30 **programme un accent qui est mis sur...la fonction propre de l'infirmière, qui n'est**
31 **plus que l'auxiliaire du médecin mais qui a vraiment un rôle important, aussi**
32 **important auprès du malade et dans les services. Donc, notre fonction a forcément**
33 **évolué avec ça, on n'a pas du tout les mêmes, je dirais le même rôle, ni la même**
34 **population d'étudiants.**

35 *R 6. La même population?*

36 **R6. Moi je pense qu'on a une population, enfin je vis une population différente,**
37 **alors à l'entrée peut-être identique, parce qu'ils ne savent pas trop certains ce**
38 **qu'ils vont rencontrer, mais au bout d'un an une population qui a bien compris**
39 **pour ceux qui sont investis dans la formation, qu'ils étaient là pour se former, et**
40 **non pas pour être formés, et pour tirer parti de toutes les expériences, aussi bien à**
41 **l'IFSI qu'en stage. C'est là où je vois la différence, dans mon groupe de suivi**
42 **pédagogique de fin de première année, là, il y a vraiment tous les gradients, dans**
43 **cette dimension là**

44 *R7. Oui, on pourrait parler de stade? En fait ils sont tous à un stade..*

R7. Tous à un stade très différent, je peux prendre l'exemple d'un étudiant qui redouble, qui n'a pas encore compris je crois, encore complètement qu'il devait se former, et non pas être formé par les autres, donc là j'ai plus, plus qu'un rôle d'accompagnement, j'ai un rôle de stimulant ...

R8. Ah oui, d'accord, là, moi je m'intéresse, je me pose des questions par rapport aux interactions que tu peux avoir avec les lieux de stage, justement, tu as dit tout à l'heure qu'ils se forment autant à l'IFSI que sur les lieux de stage, toi comment tu vois la formation qu'on peut, heu, la professionnalisation qu'on peut développer, grâce aux stages?

R8. D'accord, alors par rapport, tu sais par rapport au nouveau programme, moi j'ai une position heu, un petit peu particulière, tu as pu le remarquer, et j'ai fait un choix, heu, dans les services hospitaliers les soins de suite effectivement, j'ai fait des regroupements, mais j'étais connue et les surveillantes et les infirmières, on a eu des échanges d'emblée très faciles puisque nous nous connaissions, donc là il y a eu vraiment, je crois, une confiance qui s'est établie, heu, je les appelle, ils m'appellent et on essaie de faire au mieux pour les étudiants, il n'y a pas de souci, dans toutes les autres structures que je ne connaissais pas, j'ai avancé tout doucement pour informer sur le nouveau programme, me faire connaître, me faire accepter, avant de travailler en partenariat auprès des étudiants, donc heu, j'ai mis 1 an, maintenant c'est acquis, les personnes ont accepté d'aller les unes chez les autres pour les regroupements sans crainte maintenant de ce qui va être dit, il y a même plusieurs structures qui ont accepté que les étudiants y aillent seuls puisqu'ils ne peuvent pas se dégager, donc je pense que j'ai mis un climat de confiance qui s'est instauré pour le bénéfice de l'étudiant, et en étant, en restant quand même discrète, il m'arrive d'intervenir pour mettre l'accent sur les difficultés d'un étudiant pour que ses difficultés soient travaillées dans ce nouveau terrain, ses difficultés antérieures, heu, voilà à peu près comment je me suis située, tu veux que je précise quelque chose?

R9. Oui, est-ce que tu penses que le partenariat actuel, de la réforme, renforce cette dimension d'autonomie de l'étudiant de formation, de se former?

R9. Oui, moi je pense que oui, mais il faut passer par 2 stades, pour moi j'insiste, qu'il y a un véritable partenariat entre le responsable de suivi pédagogique de l'IFSI et les tuteurs en stage et les cadres bien sûr, avant que cette autonomie ne soit travaillée. Ça passe par des choses très simples, à savoir se donner des informations IFSI vers le terrain, et à l'inverse, aller chercher des informations du terrain vers l'IFSI, et lorsque cette confiance, ce travail en partenariat existe, automatiquement il y a répercussion sur l'étudiant, et automatiquement, si à chaque fois on remet l'accent, en repointant « mais qu'est-ce qu'on peut mettre en place pour que cet étudiant soit de plus en plus autonome, pose plus de questions, prenne davantage d'initiatives », on travaille plus facilement.

R10. Mmm, mmm,...

R10. Moi je pense que ça passe par le partenariat entre nous, après, oui, c'est l'autonomie, enfin l'autonomie, moi je pense que un étudiant qui ne veut vraiment pas s'investir dans l'autonomie, ben , je crois qu'il n'a pas sa place dans la formation, je vais être un peu dure, mais je pense qu'il n'y arrivera pas ..

R11. Ça ne se décrète pas ?

R11. Je ne crois pas, je ne crois pas...ce qu'on appelait avant la motivation, bah ça existe toujours, la motivation à se former c'est l'autonomie pour se former.

R12. Mmm

R12. L'étudiant qui attend tout, il n'y arrivera pas, je crois.

R13. En quoi tu penses que les soignants qu'ils côtoient ou les formateurs qu'ils côtoient, peuvent développer chez eux des comportements, des attitudes au-delà des gestes?

R13. Heu, je pense qu'on a une incidence, à travers tous les échanges qu'on peut avoir, hein, aussi bien entre les soignants et l'étudiant sur les terrains et puis nous il y a des rendez-vous formels avec lesquels on peut échanger à partir des situations d'analyse de la pratique dans le portfolio, là, toutes les situations qui nous reviennent c'est l'occasion d'échanges très importants, au moment des regroupements, même si il y a une certaine pudeur, on se rend compte de certains étudiants qui ont du mal à s'exprimer devant certaines personnes, et puis il y a aussi des échanges qu'on peut avoir d'individu à individu, que ce soit à mon initiative ou à l'initiative de l'étudiant quand il demande à me rencontrer, on échange sur plein d'éléments, sur nos valeurs, sur ce en quoi on croit, sur les priorités de l'étudiant, sur son projet professionnel, et s'il a un projet, même s'il est flou, c'est l'occasion de travailler l'autonomie. Comment arriver à ce projet, et par quelles étapes il doit passer et si on prend ces étapes-là, qu'est-ce que je dois faire pour arriver à cette étape, automatiquement on passe à l'autonomie. Mais certains sont prêts, d'autres ne le sont pas. Mais ça se développe, ça ne se décrète pas, je reviens toujours à certains étudiants qui n'ont pas l'envie de faire ce métier-là, je crois que ça vient de là, s'ils n'ont pas vraiment envie de faire ce métier, ben ils auront beaucoup de mal. A mon avis ça ne se décrète pas, ça se travaille et ça se développe.

R14. Oui, dans ton expérience de formatrice, est-ce que tu peux mesurer cet épanouissement, cette dimension, cette acquisition de la dimension professionnelle au fil de la formation? Est-ce qu'il y a des indices qui peuvent le montrer?

R14. Alors l'épanouissement je le mesure essentiellement en deuxième année, puis en troisième année, et puis il se confirme par le biais des derniers stages, il n'y a pas uniquement le dernier stage de professionnalisation, mais par le biais des derniers stages, là, oui, l'épanouissement on le voit là, pour certains étudiants qui ont suivi leur cursus sans problème particulier, l'épanouissement ne se voit qu'après, dans la dimension professionnelle, quand on les retrouve tuteurs 2 ou 3 ans après, et qu'on les voit vraiment bien dans leur profession, on se dit que l'épanouissement on le mesure là.

R15. Oui, tu veux dire que tant qu'ils ont un statut d'étudiant, c'est difficile?

R15. Oui, quelquefois c'est difficile, oui, ils ne le montrent pas. Et puis on a des étudiants qui sont d'emblée très bien dès la fin de première année, alors qu'ils n'étaient pas forcément entrés là avec des motivations affirmées, oui, c'est qu'ils trouvent vraiment ce qu'ils recherchaient.

R16. Et justement, quand tu dis qu'ils sont très bien, qu'est-ce qui te fait dire que voilà, en tant qu'étudiant et a fortiori en tant que professionnel, ils sont des modèles quoi?

R16. Alors, voilà, quand je les sens...moi je ne m'attache pas à la pratique, voilà, l'acte, parce que l'acte, la gestuelle, on peut l'acquérir, l'améliorer à tout moment,

par contre lorsque la relation à l'équipe, la relation avec les patients est naturelle, se fait pour l'épanouissement de chacun, c'est ça moi, la dimension relationnelle qui me permet de mesurer qu'un étudiant est bien. Et aussi la dimension relationnelle avec ses supérieurs, aussi bien dans le service qu'avec nous les formateurs. Lorsqu'il y a un échange vrai, un échange authentique entre nous, en gardant bien sûr la distance entre formateurs et étudiants qui est incontournable.

R17. Et dans ce métier infirmier, est-ce que tu penses qu'il y aurait des caractéristiques particulières, des attentes particulières, spécifiques à ce métier, à ce milieu?

R17. Alors la première caractéristique c'est avoir envie de travailler pour quelqu'un, le social, si on n'a pas envie de travailler avec les autres et pour rechercher ou aider l'autre à rechercher ce qui est mieux pour lui, et bien, je pense que c'est ce qui manque dans notre profession. Un attrait, un intérêt pour le sanitaire et surtout le social. Notre métier aujourd'hui évolue, et on est beaucoup plus confronté à des problèmes plus globaux, sur le plan social que sur le plan sanitaire tout seul, donc voilà, la première qualité aujourd'hui, c'est l'attrait, l'intérêt pour l'autre. La relation à l'autre.

R18. Et justement comment tu vois l'évolution du métier infirmier dans certains secteurs, est-ce que ça aurait pas tendance à s'éloigner de certaines valeurs, heu

R18. Non, je ne pense pas que ce soit un éloignement, pour moi c'est pas un éloignement de certaines valeurs, par contre, c'est une évolution de notre rôle.

R19. Mmm

R19. L'infirmière hospitalière actuellement elle ne sera que dans l'urgence ou le court séjour, et son rôle sera essentiellement de passer le relais à des réseaux, à des personnes, je vois les soins infirmiers beaucoup plus extra-hospitaliers, en lien très important avec tous les partenaires sociaux, plutôt que l'infirmière hospitalière qui a existé au début de ma carrière et qui s'est progressivement étiolée, si on peut dire.

R20. Bon, on va revenir sur le suivi des étudiants puisque tu l'as évoqué un peu tout à l'heure, heu, sur quelles données t'appuies tu pour faire le suivi des étudiants, pas forcément du nouveau programme, hein, est-ce que tu as besoin de données particulières, qu'est-ce qui est le plus important pour toi?

R20. Alors, écoute, moi je pars du dossier tout simplement, je pars de leur résultats théoriques, bon, en essayant de voir avec eux s'il y a des difficultés et de quel ordre sont ces difficultés, comment ils pourraient améliorer ces difficultés, qu'est-ce que je pourrais mettre en place pour les aider. Alors je suis un peu rigide dans mes contrats, je te le dis tout de suite...

R21. Ça veut dire que tu fonctionnes en contrat?

R21. Oui, je fonctionne en contrat, je vais te donner un exemple très concret: lorsqu'un étudiant vient pour contester une correction, ou demander de l'aide pour un cas concret, je lui demande toujours de faire un premier travail à partir du corrigé-type s'il y en a un, puis un deuxième travail à partir de sa copie et je ne le reçois qu'en troisième position. Pour vraiment qu'il ait essayé de mesurer lui-même, toujours dans le souci d'autonomie, quelles étaient ses lacunes et quels étaient ses points forts, l'aider à retrouver ensuite, s'il en a besoin, ce que je peux lui apporter et non pas qu'il vienne chercher, que je lui donne quelque chose de

182 tout cuit, comme un nouveau cas concret qui à mon avis ne le fera pas avancer
183 tant qu'il n'aura pas découvert lui-même ce qui lui manquait.

184 *R22. Mmm*

185 **R22.** Je fonctionne comme ça pour la théorie, et ensuite j'appuie beaucoup,
186 beaucoup sur les feuilles de stage et les appréciations, les bilans de stage pour
187 pointer tout au long des études, soit leur points forts,

188 *R23.Mmm*

189 **R23.** Pour les aider à bâtir leur projet professionnel s'ils n'ont pas trop d'idées, soit
190 leurs points faibles pour là encore dire « comment pourriez-vous améliorer ça,
191 quels objectifs allez-vous formuler dans les nouveaux stages et comment
192 concrètement vous allez faire? ». Donc je fonctionne essentiellement sur le dossier,
193 et puis après je quitte le dossier pour aborder le domaine personnel: est-ce qu'il y a
194 d'autres difficultés, d'ordre financier, d'ordre personnel, sans être intrusif du tout,
195 qui vous empêche d'être acteur dans votre formation actuellement et à ce moment-
196 là, j'essaie de leur faire retrouver comment ils pourraient améliorer. Mais j'ai un
197 exemple là en tête avec des difficultés d'ordre familial et financière qui est
198 incontournable, malgré des aides, qui fait que ... un étudiant ne peut pas consacrer
199 autant de temps qu'il le souhaiterait.

200 *R23. Ton rôle ça serait peut-être de faire accepter de faire une pause, ou...*

201 **R23?** C'est ce que je fais, soit faire une pause, soit un arrêt momentané pour
202 travailler pendant quelques années et reprendre les études. Mais voilà, je
203 m'appuie, je m'oblige à partir de l'objectif, c'est-à-dire des données que j'ai sous
204 les yeux et non pas de ce qui est dit, ce qui...

205 *R24. Oui*

206 **R24.** Parce que ça, heu, souvent l'étudiant ne le comprend pas quand on en discute
207 et c'est très difficile à travailler, il peut pas retrouver des moyens pour améliorer si
208 on n'est pas sur des données bien précises.

209 *R25. Tu a évoqué, tu as employé le terme de projet professionnel plusieurs fois, heu,*
210 *est-ce qu'aussi tu peux expliquer comment tu accompagnes l'étudiant dans ce projet?*

211 **R25.** Alors dans ce projet, souvent je leur fais exprimer un projet par discipline,
212 déjà, « je me vois plutôt dans tel milieu » ou alors hospitalier, extra-hospitalier, à
213 l'étranger, etc, et quand ils n'en n'ont pas, je les fais s'exprimer en terme de « je ne
214 me vois pas dans tel lieu pour telles raisons »

215 *R26.Pour telles raisons, oui*

216 **R26.** Et après, quand ils ont déterminé les raisons qui les amènent à avoir envie de
217 travailler dans ce domaine-là, quelles sont les étapes que vous allez mettre en place
218 pour y arriver? Alors on a la limite en places de stage, mais il y a quand même
219 moyen de travailler ça sans avoir...alors il y a la frustration à gérer quand ils n'ont
220 pas obtenu le lieu de stage qu'ils voulaient mais bon, ils y arrivent toujours.

221 *R27. Est-ce que quand justement ils se verraient dans une discipline, est-ce qu'ils*
222 *arrivent à exprimer pourquoi?*

223 **R27.** En fin de troisième année, oui. En fin de deuxième année, ils ont une
224 orientation souvent, qui change, parce qu'ils ont des fausses idées, mais un profil,
225 oui, il se voit bien en fin de troisième année, même avant le stage professionnel. Ils
226 expriment ce qu'ils recherchent, pourquoi, par exemple ceux qui veulent travailler

227 auprès d'enfants, auprès de personnes âgées, qui ont un projet éducatif, oui, là ils
228 arrivent à exprimer. Et c'est là que l'autonomie réapparaît.

229 *R28. Mmm, mmm. Et est-ce qu'ils évoquent parfois des rencontres qui,..., est-ce que de*
230 *ça tu peux m'en parler?*

231 **R28. Des rencontres qui les ont amenés à faire ça?**

232 *R29. Oui*

233 **R29. Oui** c'est souvent un modèle, ils identifient comme un modèle, un
234 professionnel qui les a marqués, par heu, alors là encore, c'est toujours l'attitude
235 qui les marque, non pas la gestuelle, c'est l'attitude qui les marque, dans
236 l'accompagnement d'un patient, dans l'accompagnement d'une famille, dans
237 l'encadrement auprès d'eux, alors c'est un ou plusieurs professionnels, oui ce sont
238 des attitudes professionnelles, des modèles professionnels entre guillemets, qui les
239 ont orientés..

240 *R30. Mmm*

241 **R30. Ou l'inverse,**

242 *R31. Oui (rires)*

243 **R31. Qui les ont fait abandonner, « je ne voudrais surtout pas être comme celui-ci**
244 **ou celle-ci »...**Mais même parmi nous, hein, parmi nous on est aussi, par nos
245 attitudes, alors conscientes ou inconscientes, je dirais pas des modèles, mais on
246 représente parfois ce qu'ils ne voudraient pas être auprès des étudiants qu'ils vont
247 encadrer ou ce qu'ils aimeraient être auprès des étudiants, hein, alors ils
248 l'expriment pas aussi clairement, mais quand même quelquefois. Ils l'expriment
249 parmi nous, on est 30 formateurs différents.

250 *R32. Et ça serait aussi par rapport aux attitudes, est-ce que par exemple il y aurait des*
251 *éléments comme la justice, ou plutôt le positionnement, qu'est-ce qu'ils mettent en avant*
252 *quand ils l'expriment?*

253 **R32. Alors quand ils l'expriment, ils l'expriment souvent dans une notion**
254 **d'injustice, injustice non exprimée, non, non argumentée,**

255 *R33. Oui*

256 **R33. Ce dont ils ont besoin, c'est du concret. Alors que ce soit par rapport à une**
257 **note, par rapport à une remarque qu'on leur a fait, qu'ils trouvent injustes, parce**
258 **qu'ils ont eu un comportement au cours d'une intervention, une remarque**
259 **agressive vis-à-vis d'un formateur, quand ils en reparlent d'eux-mêmes, souvent ils**
260 **ont trouvé la réflexion qui leur a été faite par le formateur, ou quelquefois la**
261 **convocation dans le bureau un peu chaude,**

262 *R34. Rires*

263 **R34. Ils l'ont trouvée injuste, et ils en reparlent parce que ils ont pas compris**
264 **l'écart. Ils parlent aussi, alors l'injustice on vient d'en parler, ils parlent aussi de**
265 **l'intrusion beaucoup, je crois que les étudiants n'apprécient pas du tout quand on**
266 **est trop intrusif, je pense que ce n'est pas volontaire mais quand on pousse trop**
267 **dans le domaine heu, personnel, on peut devenir très vite intrusif, et ça, j'essaie de**
268 **ne pas le faire, je ne questionne pas l'étudiant sur sa vie personnelle, même si**
269 **parfois il est amené à confier des choses que je ne transmets jamais, sauf à la**
270 **direction parce que là c'est nécessaire sur le plan fonctionnement et, heu, voilà, y a**

271 rien d'écrit dans la transmission, je fonctionne comme ça, je sais pas si c'est un bon
272 élément, heu, tu m'avais demandé un troisième point, après j'ai oublié

273 *R35. Non, non, c'était des pistes pour toi, heu, le positionnement, peut-être?*

274 **R35.** Ah, le positionnement, effectivement, oui....pour moi, c'est quelque chose de
275 très important, je crois qu'on doit garder un positionnement de formateur à formé,
276 alors... moi j'ai voulu, entre la première et la troisième année, je pense que la
277 distance que je mets entre la fin de troisième année est beaucoup moindre, parce
278 que je les considère comme des futurs, heu, professionnels à partir du moment où
279 ils ont validé la troisième année, bon, je vais être aussi exigeante sur les,
280 les...formalités administratives et ça, ils le savent, mais par contre, dans les
281 échanges d'étudiants à professionnels, je suis plus de professionnel à professionnel
282 que de formateur à étudiant, ça je le fais volontairement, j'en ai conscience. Pour
283 moi, notre comportement, nos attitudes de formateurs, heu, elles doivent rester des
284 attitudes de formateurs heu, réfléchis, de formateurs sur qui les étudiants puissent
285 avoir confiance, puissent s'appuyer, heu, la relation heu, copain-copain, c'est pas
286 possible. Mais j'en vois, ça ne veut pas dire que l'étudiant l'apprécie

287 *R36. L'apprécie, oui, oui*

288 **R36.** Parce qu'ils en parlent, mais bon... ça après, c'est le problème de chacun, ça
289 crée des problèmes d'équipe,

290 *R37. Oui*

291 **R37.** Ça peut créer des problèmes d'équipe, on en discute de temps en temps en
292 mini-équipes...

293 *R38. Heu, je vais quitter le domaine de la formation, plutôt aborder le domaine*
294 *professionnel, est-ce que dans le service, heu, le monde qu'on connaît plus, plutôt le*
295 *milieu hospitalier, mais aussi extra-hospitalier, est-ce que tu penses qu'il y a des*
296 *valeurs communes, alors, pas uniquement réservées à l'infirmière, des valeurs*
297 *partagées, heu, heu, que les étudiants peuvent petit à petit s'approprier au contact des*
298 *stages?*

299 **R38.** Écoute, je vois pas beaucoup de différence entre le monde extra-hospitalier et
300 le monde hospitalier en dehors de la technicité. Alors, moi j'avais essentiellement
301 des secteurs hospitaliers auparavant, là maintenant j'ai plusieurs EHPAD, moi je
302 pense que ce qui fait, heu, ce qui fait le lien ou la valeur prioritaire, c'est encore
303 l'attention à l'autre, la relation, etc...moi je fais pas la différence, enfin de
304 différence majeure...alors par contre, il y aurait une différence majeure avec des
305 services comme la réanimation, les blocs opératoires, mais des services de pointe,
306 autrement non, la différence elle existe dans le ...la courte durée de séjour ce qui
307 fait que le rythme de travail est la relation au malade et à la famille, elle est
308 différente parce qu'il y a un tel rythme de travail un tel turn-over, qu'ils n'ont pas
309 le temps nécessaire, et peut-être pas la volonté, j'en sais rien, le temps pour établir
310 la même relation qui est établie entre les familles et les malades en soins de suite
311 par exemple ou en EHPAD

312 *R39. Oui*

313 **R39.** Voilà la principale différence que je fais, mais je vois pas de profil infirmier
314 particulier, je crois pas

315 *R40. Et justement, est-ce que tu vois les étudiants heu, évoluer, enfin, est-ce qu'ils ont*
316 *tous le souci de l'autre au début et*

317 **R40. Non**

318 *R41. C'est quelque chose qu'ils acquièrent..*

319 **R41. Non, certains ne l'auront jamais, ceux qui ont le profil, « urgence, réa, samu**
320 **ou bloc », je pense que pour eux, c'est pas qu'ils ne veulent pas avoir de relation,**
321 **mais ils privilégient tellement l'aspect valorisant de la technique, ils n'existent**
322 **entre guillemets, c'est fort, que par la technique, et ce que ça peut leur apporter,**
323 **que ça vient secondairement, qu'ils s'épanouiraient pas dans ces services, des**
324 **unités extérieures où il y a pas de technique, très peu de technique des gens qui**
325 **sont technique, technique avant tout, pourront pas s'épanouir dans la relation. Moi**
326 **je pense qu'il faut des profils infirmiers pour toutes les dimensions, puis voilà.**
327 **C'est la limite effectivement**

328 *R42. Oui*

329 **R42. Là il y a une limite...**

330 *R43. Bon, je crois qu'on a abordé à peu près heu...la question sur le partenariat, heu,*
331 *est-ce que entre ta vision du partenariat et ce que tu mets en œuvre il y a un écart*
332 *important*

333 **R43. Non, non**

334 *R44. Est-ce que tu te retrouves dans ce que tu fais?*

335 **R44. Le partenariat je l'avais créé avec l'orthopédie, heu, ça allait de bâtir les**
336 **modules ensemble, aller dans le service chercher des sujets, c'était un va et vient**
337 **permanent, heu, j'y crois, je crois qu'il faut qu'on aille nous, dans les services,**
338 **pour qu'ils puissent venir et, heu, il faut avoir, heu, comment dire, il faut que les**
339 **équipes soient à l'aise avec nous, on représente l'IFSI, il faut pas oublier, il faut**
340 **penser que quand on arrive dans un service, moi je représente toujours la**
341 **monitrice! Puis la formatrice et que tout doucement ça se fait, le passage mais s'il**
342 **y a pas cette relation de confiance, le fait qu'ils me voient, eux...j'ai plus besoin**
343 **d'eux que eux ont besoin de moi. Non, je vois pas d'écart entre ce que je devrais**
344 **créer et ce que je mets en place**

345 *R45. C'est important quand même ce que tu viens de dire, ça veut dire que c'est à l'IFSI*
346 *d'aller, heu, solliciter ce partenariat*

347 **R45. Exactement, c'est à nous d'y aller et de réexpliquer, de réajuster, de**
348 **dédramatiser ce nouveau programme qui leur fait très peur et heu, lorsqu'ils**
349 **peuvent nous appeler, qu'ils savent qu'on peut revenir dans la limite de nos**
350 **disponibilités, c'est là que ça se crée, et le partenariat dans l'autre sens, il va se**
351 **faire tout seul**

352 *R46. Oui*

353 **R46. Et que du coup, puisque le partenariat est établi, la confiance est établie, on**
354 **échange très facilement sur les étudiants, sur ce qu'on peut mettre en place,**
355 **etc...mais c'est à nous d'y aller, ça j'y crois**

356 *R47. Et du coup l'étudiant sentant qu'il y a cette dynamique-là,*

357 **R47. L'étudiant, il peut s'appuyer dessus, il doit être informé que les échanges**
358 **existent, et que c'est pas dans son dos mais ça peut se passer devant lui quand on**

359 **réexplique, il faut qu'il sente que il est pas la balle de ping-pong mais que au**
360 **contraire, on est là autour de lui pour l'aider**
361 *R48. Oui, d'accord, bon merci.*

ANNEXE 16 : séquences Rose

parcours	<p>R1. j'ai 59 ans depuis le mois de septembre 2010, je suis diplômée depuis 1972, 2 années d'infirmière en cardiologie, j'ai exercé à l'IFSI en tant que faisant fonction de 74 à 77, j'ai fait l'école de cadres de 77 à 78, j'ai exercé depuis, avec 2 passages auprès des élèves aides-soignants. 2 fois une année</p>	très peu d'exercice du métier en service, donc grande stabilité en formation IFSI
<p>Vision et conception du rôle du formateur dans la formation infirmière (formation)</p>	<p>R3. Mon rôle actuel est essentiellement de guidant, de guidant, de soutien, je trouve pas le mot, d'amener les étudiants à devenir autonomes, à prendre plaisir à rechercher pour se former eux-mêmes (M3-17-18), pour être acteurs de leur formation, c'est la plus grande difficulté</p> <p>R4. Accompagnement, je crois que c'est le terme qui convient, accompagnement mais au sens divers pour chaque étudiant, puisque, pour un, c'est le mettre en confiance, pour l'autre c'est le solliciter plus pour qu'il s'implique davantage, le terme d'accompagnement convient le mieux, il me semble</p> <p>R5. il y a eu une évolution très importante, depuis que j'ai commencé, quand j'ai commencé on apprenait les soins infirmiers en lien avec des pathologies, nous étions les assistantes des médecins, aujourd'hui, depuis le programme de 1992, il y a l'accent mis sur les diagnostics infirmiers, un rôle plus important, une autonomie plus importante, avec ce nouveau programme un accent qui est mis sur...la fonction propre de l'infirmière, qui n'est plus que</p>	<p>reste uniquement sur le rôle d'accompagnement (4), de guidant, voire de stimulant nous retrouvons la notion de confiance évoquée par Claude pour pouvoir s'investir dans la formation</p> <p>accompagnement du formateur implique autonomie de l'apprenant qui doit trouver plaisir à se former</p> <p>« amener les étudiants à devenir autonomes, à prendre plaisir à rechercher pour se former eux-mêmes, pour être acteurs de leur formation » (R3-17-19)</p> <p>Mesure l'évolution de la profession en presque 40 ans, de la formation par conséquent plus orientée sur un rôle autonome de l'IDE, et des étudiants chez qui, de fait, l'autonomie et l'implication sont stimulées, comme une qualité professionnelle</p>

<p>Posture d'apprenance de l'étudiant (formation)</p> <p>Approche socio-constructiviste (formation)</p> <p>Des stades différents auxquels le formateur s'adapte (formation)</p>	<p>l'auxiliaire du médecin mais qui a vraiment un rôle important, aussi important auprès du malade, dans les services, notre fonction a forcément évolué avec ça, on n'a pas du tout les mêmes, le même rôle, ni la même population d'étudiants.</p> <p>R6. Moi je pense qu'on a une population, je vis une population différente, à l'entrée peut-être identique, ils ne savent pas certains ce qu'ils vont rencontrer, au bout d'un an une population qui a bien compris pour ceux qui sont investis dans la formation, qu'ils étaient là pour se former, non pas pour être formés, pour tirer parti de toutes les expériences, aussi bien à l'IFSI qu'en stage, je vois la différence, dans mon groupe de suivi pédagogique de fin de première année, il y a vraiment tous les gradients, dans cette dimension,</p> <p>R7. tous à un stade très différent, je peux prendre l'exemple d'un étudiant qui redouble, qui n'a pas encore compris je crois, complètement qu'il devait se former, non pas être formé par les autres, j'ai plus, plus qu'un rôle d'accompagnement, j'ai un rôle de stimulant</p>	<p>« une population qui a bien compris pour ceux qui sont investis dans la formation, qu'ils étaient là pour se former, non pas pour être formés, pour tirer parti de toutes les expériences, aussi bien à l'IFSI qu'en stage » (R6-39-42)</p> <p>Idee d'une dynamique de formation qui part des expériences pour se former (socio-constructiviste)</p> <p>Et d'être plus dans une disposition d'apprenance, se former et non être formé (à noter une divergence avec Claude qui parle de formatage)</p> <p>Rose constate que les étudiants au même niveau chronologique de la formation sont en réalité à des stades différents, que le formateur repère, respecte et accompagne (utilise le terme de gradient, scientifique)</p>
<p>Le partenariat réel (formation)</p>	<p>R8. par rapport, tu sais par rapport au nouveau programme, moi j'ai une position particulière, tu as pu le remarquer, j'ai</p>	<p>Associe regroupement et professionnalisation</p> <p>Insiste sur l'importance de la</p>

<p>Regroupements (professionnalisat ion)</p> <p>La démarche de connaissance mutuelle pour apprendre à travailler ensemble au bénéfice de l'étudiant (formation)</p>	<p>fait un choix dans les services hospitaliers les soins de suite effectivement, j'ai fait des regroupements, j'étais connue, les surveillantes, les infirmières, on a eu des échanges d'emblée très faciles puisque nous nous connaissions, il y a eu vraiment, je crois, une confiance qui s'est établie, je les appelle, ils m'appellent, on essaie de faire au mieux pour les étudiants, il n'y a pas de souci, dans toutes les autres structures que je ne connaissais pas, j'ai avancé tout doucement pour informer sur le nouveau programme, me faire connaître, me faire accepter, avant de travailler en partenariat auprès des étudiants, j'ai mis 1 an, maintenant c'est acquis, les personnes ont accepté d'aller les unes chez les autres pour les regroupements sans crainte maintenant de ce qui va être dit, il y a même plusieurs structures qui ont accepté que les étudiants y aillent seuls puisqu'ils ne peuvent pas se dégager, je pense que j'ai mis un climat de confiance qui s'est instauré pour le bénéfice de l'étudiant, en étant, en restant discrète, il m'arrive d'intervenir pour mettre l'accent sur les difficultés d'un étudiant pour que ses difficultés soient travaillées dans ce nouveau terrain, ses difficultés antérieures, voilà à peu près comment je me suis située, tu veux que je précise quelque chose ?</p>	<p>connaissance mutuelle et pour le formateur d'être identifié par les soignants pour une collaboration efficace</p> <p>Rose participe comme François à la formation des tuteurs</p> <p>« des échanges d'emblée très faciles puisque nous nous connaissions » (R8-59) et « une confiance qui s'est établie »(R8-60) montre que la professionnalisation des étudiants est facilitée par des relations fluides entre IFSI et terrains</p> <p>Rose décrit bien le travail d'approche progressive nécessaire pour une vraie collaboration, nous retrouvons sans qu'elle soit nommée, l'humilité dont elle doit faire preuve (discrète) pour « se faire accepter »(R8-63-64) ce sont des éléments repérés quand 2 cultures se rencontrent : nous appartenons à une même culture soignante, cependant les variations entre IFSi et terrains, les représentations des uns sur les autres nécessitent ce travail d'approche respectueux pour être sur des bases acceptées par tous les partenaires</p> <p>« un climat de confiance qui s'est instauré pour le bénéfice de l'étudiant »(R8-68-69)</p>
<p>Le lien entre le</p>	<p>R9. moi je pense que oui, il faut passer</p>	<p>Pour Rose, le partenariat offre les conditions pour que</p>

<p>partenariat et l'apprentissage (formation)</p>	<p>par 2 stades, pour moi j'insiste, qu'il y a un véritable partenariat entre le responsable de suivi pédagogique de l'IFSI et les tuteurs en stage et les cadres bien sûr, avant que cette autonomie ne soit travaillée. Ça passe par des choses très simples, à savoir se donner des informations IFSI vers le terrain, à l'inverse, aller chercher des informations du terrain vers l'IFSI, lorsque cette confiance, ce travail en partenariat existe, <u>automatiquement</u> il y a répercussion sur l'étudiant, <u>automatiquement</u>, si à chaque fois on remet l'accent, en repointant « mais qu'est-ce qu'on peut mettre en place pour que cet étudiant soit de plus en plus autonome, pose plus de questions, prenne davantage d'initiatives », on travaille plus facilement.</p>	<p>l'étudiant développe son autonomie dans l'apprentissage, mais ne peut pas tout faire, certains étudiants qui n'acceptent pas cette autonomie ne sont pas à leur place en formation</p>
<p>Un partenariat facilitateur pour l'autonomie de l'apprenant (formation)</p>	<p>R10. Moi je pense que ça passe par le partenariat entre nous, c'est l'autonomie, l'autonomie, moi je pense que un étudiant qui ne veut vraiment pas s'investir dans l'autonomie, je crois qu'il n'a pas sa place dans la formation, je vais être un peu dure, je pense qu'il n'y arrivera pas ..</p> <p>R11. Je ne crois pas, je ne crois pas...ce qu'on appelait avant la motivation, ça existe toujours, la motivation à se former c'est l'autonomie pour se former.</p> <p>R12. L'étudiant qui attend tout, il n'y arrivera pas, je crois</p> <p>R44. Le partenariat je l'avais créé avec l'orthopédie, ça allait de bâtir les modules</p>	<p>« moi je pense que un étudiant qui ne veut vraiment pas s'investir dans l'autonomie, je crois qu'il n'a pas sa place dans la formation » 88-90</p> <p>Elle rapproche d'ailleurs motivation et autonomie, la manifestation de l'autonomie serait-elle une extériorisation de la motivation ?</p> <p>Sa définition du partenariat n'est pas que sur le stage de l'étudiant, d'autres échanges ont lieu qui permettent aussi de se connaître</p> <p>L'essentiel est de travailler ensemble, pour faire évoluer les représentations, les mythes (de la culture) la notion de ce que nous portons quand nous allons rencontrer les soignants</p> <p>« il faut qu'on aille nous, dans les services, pour qu'ils puissent</p>

<p>Le partenariat à l'initiative de l'IFSI (formation)</p> <p>Formateur représente IFSI (formation)</p> <p>Démarche vient des formateurs (formation)</p>	<p>ensemble, aller dans le service chercher des sujets, c'était un va et vient permanent, j'y crois, je crois qu'il faut qu'on aille nous, dans les services, pour qu'ils puissent venir, il faut avoir, il faut que les équipes soient à l'aise avec nous, on représente l'IFSI, il faut pas oublier, il faut penser que quand on arrive dans un service, moi je représente toujours la monitrice! Puis la formatrice, tout doucement ça se fait, le passage, s'il y a pas cette relation de confiance, le fait qu'ils me voient, eux...j'ai plus besoin d'eux que eux ont besoin de moi. je vois pas d'écart entre ce que je devrais créer et ce que je mets en place</p> <p>R45. c'est à nous d'y aller, de réexpliquer, de réajuster, de dédramatiser ce nouveau programme qui leur fait très peur, lorsqu'ils peuvent nous appeler, qu'ils savent qu'on peut revenir dans la limite de nos disponibilités, c'est là que ça se crée, le partenariat dans l'autre sens, il va se faire tout seul</p> <p>R46. du coup, puisque le partenariat est établi, la confiance est établie, on échange très facilement sur les étudiants, sur ce qu'on peut mettre en place, c'est à nous d'y aller, j'y crois</p> <p>R47. L'étudiant, il peut s'appuyer dessus, il doit être informé que les échanges existent, que c'est pas dans son dos, ça peut se passer devant lui quand on réexplique, il faut qu'il sente que il est pas</p>	<p>venir, [] il faut que les équipes soient à l'aise avec nous, on représente l'IFSI,[]il faut penser que quand on arrive dans un service, moi je représente toujours la monitrice! Puis la formatrice, tout doucement ça se fait, le passage », 339-343</p> <p>Rose pense que le partenariat part de l'IFSI, ce qui est logique puisque l'ingénierie de formation est pilotée par l'IFSI</p> <p>Si des peurs existent ou des représentations liées au changement (Mona parlait d'un autre métier), les formateurs, en construisant les liens et donc la confiance, dédramatisent la situation</p> <p>Un autre élément important évoqué dans l'alternance : l'étudiant qui doit conserver sa place centrale et donc être informé de ces liens « on est là autour de lui pour l'aider » 362</p>
--	--	--

	la balle de ping-pong, au contraire, on est là autour de lui pour l'aider	
<p>Influence des échanges avec les étudiants dans le cadre de la professionnalisation (professionnalisation)</p> <p>Echanges sur les valeurs (formation)</p>	<p>R13. je pense qu'on a une incidence, à travers tous les échanges qu'on peut avoir, aussi bien entre les soignants et l'étudiant sur les terrains, nous il y a des rendez-vous formels avec lesquels on peut échanger à partir des situations d'analyse de la pratique dans le portfolio, toutes les situations qui nous reviennent c'est l'occasion d'échanges très importants, au moment des regroupements, même si il y a une certaine pudeur, on se rend compte de certains étudiants qui ont du mal à s'exprimer devant certaines personnes, il y a aussi des échanges qu'on peut avoir d'individu à individu, à mon initiative ou à l'initiative de l'étudiant quand il demande à me rencontrer, on échange sur plein d'éléments, sur nos valeurs, sur ce en quoi on croit, sur les priorités de l'étudiant, sur son projet professionnel, s'il a un projet, même s'il est flou, c'est l'occasion de travailler l'autonomie. Comment arriver à ce projet, par quelles étapes il doit passer, si on prend ces étapes-là, qu'est-ce que je dois faire pour arriver à cette étape, <u>automatiquement</u> on passe à l'autonomie, certains sont prêts, d'autres ne le sont pas, ça se développe, ça ne se décrète pas, je reviens toujours à certains étudiants qui n'ont pas l'envie de faire ce métier-là, je crois que ça vient de là, s'ils n'ont pas vraiment envie de faire ce métier, ils</p>	<p>Exprime surtout les échanges qu'elle connaît, ceux qu'elle a avec les étudiants notamment dans l'accompagnement de leur projet professionnel</p> <p>Elle évoque les supports d'échanges à sa disposition :</p> <p>Situations analysées dans le portfolio qui servent de déclencheur</p> <p>Regroupements sur les lieux de stage, mais avec une réticence de certains étudiants à s'exprimer en groupe, donc reprise ensuite ne individuel</p> <p>Les échanges sur le projet passent par les valeurs soignantes, c'est donc un moment de travail sur l'intégration de la culture, progressive</p> <p>La notion d'autonomie de l'étudiant revient comme un leitmotiv, le rôle du formateur serait aussi de déceler des étudiants qui n'ont pas envie de faire le métier et pourquoi pas de les accompagner dans l'expression de cette impossibilité</p> <p>« certains étudiants qui n'ont pas l'envie de faire ce métier-là, je crois que ça vient de là, s'ils n'ont pas vraiment envie de faire ce métier, ils auront beaucoup de</p>

	auront beaucoup de mal. A mon avis ça ne se décrète pas, ça se travaille, ça se développe.	mal »115-116
L'acquisition progressive de la dimension professionnelle (professionnalisation)	<p>R14. l'épanouissement je le mesure essentiellement en deuxième année, puis en troisième année, il se confirme par le biais des derniers stages, il n'y a pas uniquement le dernier stage de professionnalisation, par le biais des derniers stages, l'épanouissement on le voit là, pour certains étudiants qui ont suivi leur cursus sans problème particulier, l'épanouissement ne se voit qu'après, dans la dimension professionnelle, quand on les retrouve tuteurs 2 ou 3 ans après, qu'on les voit vraiment bien dans leur profession, on se dit que l'épanouissement on le mesure là.</p> <p>R15. quelquefois c'est difficile, ils ne le montrent pas, on a des étudiants qui sont d'emblée très bien dès la fin de première année, alors qu'ils n'étaient pas forcément entrés là avec des motivations affirmées, c'est qu'ils trouvent vraiment ce qu'ils recherchaient</p> <p>R16. quand je les sens...moi je ne m'attache pas à la pratique, l'acte, parce que l'acte, la gestuelle, on peut l'acquérir, l'améliorer à tout moment, par contre lorsque la relation à l'équipe, la relation avec les patients est naturelle, se fait pour l'épanouissement de chacun, c'est ça moi, la dimension</p>	<p>Nous retrouvons ce qu'évoquaient implicitement Mona et Bernard, qui allaient toujours du côté des jeunes professionnels plutôt que des étudiants : la vraie dimension professionnelle ne peut sans doute se mesurer qu'avec le statut de professionnel ; Amélie l'affirme aussi : ma culture c'est l'IFSI !</p> <p>« l'épanouissement ne se voit qu'après, dans la dimension professionnelle, quand on les retrouve tuteurs 2 ou 3 ans après, qu'on les voit vraiment bien dans leur profession, on se dit que l'épanouissement on le mesure là »125-128</p> <p>Par ailleurs, pas forcément de lien avec la motivation initiale, nous retrouvons plutôt la notion d'engagement dans la formation et de coïncidence avec ce qu'ils recherchent</p> <p>La dimension professionnelle se mesure à la dimension relationnelle autant entre collègues que patients Une authenticité, une juste distance, alors que la gestuelle est plus à acquérir en fonction des contextes ; ce serait la dimension relationnelle qui est cette dimension soignante transversale</p> <p>« c'est ça moi, la dimension relationnelle qui me permet de mesurer qu'un étudiant est bien »139-140</p>
L'expression de la dimension professionnelle (professionnalisation)		

Positionnement étudiant (professionnalisation) (patient, équipe, formateur)	relationnelle qui me permet de mesurer qu'un étudiant est bien, aussi la dimension relationnelle avec ses supérieurs, aussi bien dans le service qu'avec nous les formateurs, lorsqu'il y a un échange vrai, un échange authentique entre nous, en gardant bien sûr la distance entre formateurs et étudiants qui est incontournable.	
Caractéristiques du métier infirmier (culture soignante)	<p>R17. la première caractéristique c'est avoir envie de travailler pour quelqu'un, le social, si on n'a pas envie de travailler avec les autres, pour rechercher ou aider l'autre à rechercher ce qui est mieux pour lui, je pense que c'est ce qui manque dans notre profession, un attrait, un intérêt pour le sanitaire, surtout le social, notre métier aujourd'hui évolue, on est beaucoup plus confronté à des problèmes plus globaux, sur le plan social que sur le plan sanitaire tout seul, la première qualité aujourd'hui, c'est l'attrait, l'intérêt pour l'autre, la relation à l'autre</p> <p>R18. je ne pense pas que ce soit un éloignement, pour moi c'est pas un éloignement de certaines valeurs, c'est une évolution de notre rôle.</p>	<p>Intérêt porté à l'autre semble la première caractéristique de la profession même si elle évolue</p> <p>Une considération de la personne dans sa globalité, pas seulement sur le plan sanitaire</p> <p>Nous retrouvons les valeurs du prendre soin</p> <p>« pour rechercher ou aider l'autre à rechercher ce qui est mieux pour lui »148</p> <p>« on est beaucoup plus confronté à des problèmes plus globaux »151</p> <p>« la première qualité aujourd'hui, c'est l'attrait, l'intérêt pour l'autre, la relation à l'autre »152-153</p> <p>Emploi du « notre », communauté soignante</p>
Evolution du métier (culture professionnelle)	R19. L'infirmière hospitalière actuellement elle ne sera que dans l'urgence, le court séjour, son rôle sera essentiellement de passer le relais à des	Rose isole une infirmière hospitalière, très technicienne et celle qui exerce à l'extérieur, beaucoup plus en lien avec tous les acteurs gravitant auprès du malade

	réseaux, à des personnes, je vois les soins infirmiers beaucoup plus extra-hospitaliers, en lien très important avec tous les partenaires sociaux, plutôt que l'infirmière hospitalière qui a existé au début de ma carrière, qui s'est progressivement étiolée,	
Suivi des étudiants (formation)	<p>R20. moi je pars du dossier tout simplement, je pars de leur résultats théoriques, en essayant de voir avec eux s'il y a des difficultés, de quel ordre sont ces difficultés, comment ils pourraient améliorer ces difficultés, qu'est-ce que je pourrais mettre en place pour les aider, je suis un peu rigide dans mes contrats, je te le dis tout de suite...</p> <p>R21. je fonctionne en contrat, je vais te donner un exemple très concret: lorsqu'un étudiant vient pour contester une correction, demander de l'aide pour un cas concret, je lui demande toujours de faire un premier travail à partir du corrigé-type s'il y en a un, un deuxième travail à partir de sa copie, je ne le reçois qu'en troisième position, pour vraiment qu'il ait essayé de mesurer lui-même, toujours dans le souci d'autonomie, quelles étaient ses lacunes, quels étaient ses points forts, l'aider à retrouver, s'il en a besoin, ce que je peux lui apporter, non pas qu'il vienne chercher, que je lui donne quelque chose de tout cuit, comme un nouveau cas</p>	<p>Approche du suivi très classique, basée sur les résultats : est-ce un médiateur de la relation, une entrée en matière plus neutre et objective ?</p> <p>« je pars de leur résultats théoriques, en essayant de voir avec eux s'il y a des difficultés, de quel ordre sont ces difficultés, comment ils pourraient améliorer ces difficultés, qu'est-ce que je pourrais mettre en place pour les aider, je suis un peu rigide dans mes contrats »169-173</p> <p>Peu significatif sur l'objet de l'évaluation théorique, mais intéressant sur la démarche de recherche par soi-même de ses axes d'amélioration ce qui contribue à l'autonomie de l'étudiant</p>

<p>Accompagnement dans le Projet professionnel (formation)</p>	<p>concret qui à mon avis ne le fera pas avancer tant qu'il n'aura pas découvert lui-même ce qui lui manquait.</p> <p>R22. Je fonctionne comme ça pour la théorie, j'appuie beaucoup, beaucoup sur les feuilles de stage, les appréciations, les bilans de stage pour pointer tout au long des études, soit leur points forts,</p> <p>R23. pour les aider à bâtir leur projet professionnel s'ils n'ont pas trop d'idées, soit leurs points faibles pour dire « comment pourriez-vous améliorer ça, quels objectifs allez-vous formuler dans les nouveaux stages, comment concrètement vous allez faire? » je fonctionne essentiellement sur le dossier, je quitte le dossier pour aborder le domaine personnel: est-ce qu'il y a d'autres difficultés, d'ordre financier, d'ordre personnel, sans être intrusif, qui vous empêche d'être acteur dans votre formation actuellement, j'essaie de leur faire retrouver comment ils pourraient améliorer, j'ai un exemple en tête avec des difficultés d'ordre familial et financière qui est incontournable, malgré des aides, qui fait que ... un étudiant ne peut pas consacrer autant de temps qu'il le souhaiterait</p> <p>R23. soit faire une pause, soit un arrêt momentané pour travailler pendant quelques années, reprendre les études, je m'appuie, je m'oblige à partir de l'objectif, des données que j'ai sous les yeux, pas de</p>	<p>Appui sur les outils du partenariat, ce qu'ont écrit les encadrants</p> <p>« j'appuie beaucoup, [] beaucoup sur les feuilles de stage, les appréciations, les bilans de stage [] pour les aider à bâtir leur projet professionnel » 186-190</p> <p>Peut aborder le domaine personnel quand la partie théorique et stage est traitée Nous retrouvons la notion de distance : « sans être intrusif » 195</p> <p>Ce qu'elle avance est intéressant car pour intégrer quoi que ce soit en formation, elle recherche une disponibilité personnelle indispensable qui si elle est absente, peut amener l'étudiant à faire une pause dans sa formation</p>
--	---	--

	<p>ce qui est dit, ça,</p> <p>R24. souvent l'étudiant ne le comprend pas quand on en discute, c'est très difficile à travailler, il peut pas retrouver des moyens pour améliorer, si on n'est pas sur des données bien précises,</p> <p>R25. dans ce projet, je leur fais exprimer un projet par discipline, déjà, « je me vois plutôt dans tel milieu » hospitalier, extra-hospitalier, à l'étranger, quand ils n'en n'ont pas, je les fais s'exprimer en terme de « je ne me vois pas dans tel lieu pour telles raisons »</p> <p>R26. quand ils ont déterminé les raisons qui les amènent à avoir envie de travailler dans ce domaine-là, quelles sont les étapes que vous allez mettre en place pour y arriver? on a la limite en places de stage, il y a quand même moyen de travailler ça sans avoir...il y a la frustration à gérer quand ils n'ont pas obtenu le lieu de stage qu'ils voulaient mais ils y arrivent toujours,</p> <p>R27. en fin de troisième année, en fin de deuxième année, ils ont une orientation souvent, qui change, ils ont des fausses idées, mais un profil, il se voit bien en fin de troisième année, même avant le stage professionnel, ils expriment ce qu'ils recherchent, pourquoi, par exemple ceux qui veulent travailler auprès d'enfants, auprès de personnes âgées, qui ont un projet éducatif, là ils arrivent à exprimer, c'est là que l'autonomie réapparaît,</p>	<p>Expression du projet passe par une expression concrète qui peut paraître réductrice car assimilée au lieu, mais en fait façon habile pour pouvoir aborder ensuite le projet professionnel et ce qu'a intégré l'étudiant</p> <p>L'approche par la négative est aussi intéressante</p> <p>Perception d'un passage vers un « profil »²²⁶ qui se dessine en fin de formation et dont les étudiants prennent conscience puisqu'ils l'expriment</p> <p>« un profil, il se voit bien en fin de troisième année »²²⁶⁻²²⁷</p>
--	--	---

<p>Les rencontres et leur influence dans la professionnalisation (culture ? professionnalisation ?)</p>	<p>R28. des rencontres qui les ont amenés à faire ça,</p> <p>R29. c'est souvent un modèle, ils identifient comme un modèle, un professionnel qui les a marqués, c'est toujours l'attitude qui les marque, pas la gestuelle, c'est l'attitude qui les marque, dans l'accompagnement d'un patient, dans l'accompagnement d'une famille, dans l'encadrement auprès d'eux, c'est un ou plusieurs professionnels, ce sont des attitudes professionnelles, des modèles professionnels qui les ont orientés,</p> <p>R30. ou l'inverse,</p> <p>R31. qui les ont fait abandonner, « je ne voudrais surtout pas être comme celui-ci ou celle-ci »... même parmi nous, parmi nous on est aussi, par nos attitudes, conscientes ou inconscientes, je dirais pas des modèles, on représente parfois ce qu'ils ne voudraient pas être auprès des étudiants qu'ils vont encadrer, ce qu'ils aimeraient être auprès des étudiants, ils l'expriment pas aussi clairement, quand même quelquefois, ils l'expriment parmi nous, on est 30 formateurs différents,</p> <p>R32. quand ils l'expriment, ils l'expriment souvent dans une notion</p>	<p>Rose définit les personnes rencontrées qui ont eu un rôle dans leur projet comme des modèles</p> <p>Il faut noter que pour elle, c'est l'attitude qui est déterminante, à l'instar de Mona et dans les domaines de l'accompagnement, bien dans la dimension du care</p> <p>« ils identifient comme un modèle, un professionnel qui les a marqués, c'est toujours l'attitude qui les marque, pas la gestuelle »235-237</p> <p>Nous ne lui avons pas fait préciser, mais dans gestuelle, elle entend sans doute la technique et non la façon d'agir avec l'autre</p> <p>Nous retrouvons ce que les étudiants ont exprimé, la perception que les formateurs sont aussi des modèles ou des contre-modèles et principalement lorsqu'ils ont une attitude incompréhensible du point de vue de la « justice » nous sommes ici dans une dimension éthique</p> <p>« on représente parfois ce qu'ils ne voudraient pas être auprès des étudiants qu'ils vont encadrer, ce qu'ils aimeraient être auprès des étudiants »248-249</p> <p>Sans doute les exemples qu'elle développe montre que c'est l'attitude ambivalente qui est mal vécue, les formateurs prônent l'autonomie, et par</p>
---	---	--

<p>La distance pédagogique ou limites du suivi (formation)</p>	<p>d'injustice, injustice non exprimée, non argumentée,</p> <p>R33.Ce dont ils ont besoin, c'est du concret, que ce soit par rapport à une note, par rapport à une remarque qu'on leur a fait, qu'ils trouvent injuste, parce qu'ils ont eu un comportement au cours d'une intervention, une remarque agressive vis-à-vis d'un formateur, quand ils en reparlent d'eux-mêmes, souvent ils ont trouvé la réflexion qui leur a été faite par le formateur, quelquefois la convocation dans le bureau un peu chaude,</p> <p>R34. ils l'ont trouvée injuste, ils en reparlent parce que ils ont pas compris l'écart , ils parlent aussi, l'injustice on vient d'en parler, ils parlent aussi de l'intrusion, je crois que les étudiants n'apprécient pas du tout quand on est trop intrusif, je pense que ce n'est pas volontaire, quand on pousse trop dans le domaine personnel, on peut devenir très vite intrusif, j'essaie de ne pas le faire, je ne questionne pas l'étudiant sur sa vie personnelle, même si parfois il est amené à confier des choses que je ne transmets jamais, sauf à la direction parce que là c'est nécessaire sur le plan fonctionnement, y a rien d'écrit dans la</p>	<p>ailleurs, entretiennent les étudiants dans la soumission par des décisions jugées injustes (5)</p> <p>« ils en reparlent parce que ils ont pas compris l'écart » 265</p> <p>Concernant les attitudes, la précision « conscientes ou inconsciente »²⁴⁷ montre le caractère souvent involontaire de la transmission des éléments de la culture professionnelle, comme l'avait évoqué Mona</p>
--	---	---

	transmission, je fonctionne comme ça, je sais pas si c'est un bon élément, tu m'avais demandé un troisième point, après j'ai oublié,	
Le positionnement du formateur (formation)	<p>R35. le positionnement, effectivement, pour moi, c'est quelque chose de très important, je crois qu'on doit garder un positionnement de formateur à formé, moi j'ai voulu, entre la première et la troisième année, je pense que la distance que je mets entre la fin de troisième année est beaucoup moindre, parce que je les considère comme des futurs professionnels à partir du moment où ils ont validé la troisième année, je vais être aussi exigeante sur les formalités administratives, ils le savent, par contre, dans les échanges d'étudiants à professionnels, je suis plus de professionnel à professionnel que de formateur à étudiant, je le fais volontairement, j'en ai conscience, pour moi, notre comportement, nos attitudes de formateurs, elles doivent rester des attitudes de formateurs réfléchis, de formateurs sur qui les étudiants puissent avoir confiance, puissent s'appuyer, la relation copain-copain, c'est pas possible, j'en vois, ça ne veut pas dire que l'étudiant l'apprécie,</p> <p>R36. parce qu'ils en parlent, ça après, c'est le problème de chacun, ça crée des problèmes d'équipe,</p> <p>R37. ça peut créer des problèmes d'équipe,</p>	<p>Evolution volontaire de la distance avec l'étudiant, comme formatrice car lui fait percevoir son accession à une dimension professionnelle en fin de formation</p> <p>« distance que je mets entre la fin de troisième année est beaucoup moindre, parce que je les considère comme des futurs professionnels » 279-280</p> <p>« dans les échanges d'étudiants à professionnels, je suis plus de professionnel à professionnel que de formateur à étudiant » 283-284 « je le fais volontairement » 284</p> <p>« nos attitudes de formateurs, elles doivent rester des attitudes de formateurs réfléchis, de formateurs sur qui les étudiants puissent avoir confiance, puissent s'appuyer, la relation copain-copain, c'est pas possible » 285-288</p> <p>Ces propos montrent selon Rose, les attentes de professionnalisme des formateurs, accompagnateurs et même ici tuteurs, mais avec cette limite de position dans la formation, le « copain-copain » faisant sans doute allusion à un manque de professionnalisme du formateur</p> <p>Equipes de formateurs par manque de cohérence dans les attitudes et la distance</p>

	on en discute de temps en temps en mini-équipes...	
Valeurs soignantes communes (culture professionnelle)	<p>R38. je vois pas beaucoup de différence entre le monde extra-hospitalier et le monde hospitalier en dehors de la technicité, moi j'avais essentiellement des secteurs hospitaliers auparavant, maintenant j'ai plusieurs EHPAD, moi je pense que ce qui fait le lien, la valeur prioritaire, c'est encore l'attention à l'autre, la relation, moi je fais pas la différence, de différence majeure par contre, il y aurait une différence majeure avec des services comme la réanimation, les blocs opératoires, des services de pointe, autrement la différence elle existe dans la courte durée de séjour ce qui fait que le rythme de travail est, la relation au malade, à la famille, elle est différente parce qu'il y a un tel rythme de travail, un tel turn-over, qu'ils n'ont pas le temps nécessaire, peut être pas la volonté, j'en sais rien, le temps pour établir la même relation qui est établie entre les familles et les malades en soins de suite par exemple ou en EHPAD</p> <p>R39. Voilà la principale différence que je fais, je vois pas de profil infirmier particulier, je crois pas</p> <p>R41. certains ne l'auront jamais, ceux qui ont le profil, « urgence, réa, samu ou bloc », je pense que pour eux, c'est pas qu'ils ne veulent pas avoir de relation, ils privilégient tellement l'aspect valorisant de</p>	<p>La culture commune qui s'exprime par les valeurs est bien dans le champ de la relation à l'autre, l'attention à l'autre mais Rose est assez prudente pour les secteurs très techniques oscillant entre des causes externes à l'individu (rythme, turn-over) et des causes internes (attire pour la technique) ce qui est contradictoire avec Amélie qui a beaucoup développé le prendre soi et a un projet de réanimation</p> <p>« ce qui fait le lien, la valeur prioritaire, c'est encore l'attention à l'autre, la relation »304-305</p> <p>Ambivalence : parfois ne voit pas de profil infirmier particulier en fonction des lieux d'exercice, nous pourrions penser que la acré peut s'intégrer en tout lieu de stage pour les étudiants</p> <p>Mais plus loin, évoque des professionnels très techniques et des profils infirmiers pour les différentes dimensions de la profession</p> <p>« des gens qui sont techniques, techniques avant tout, pourront pas s'épanouir dans la relation, moi je pense qu'il faut des profils infirmiers pour toutes les dimensions »327-328</p>
Opposition technique/relation (culture professionnelle)		

	<p>la technique, ils n'existent, c'est fort, que par la technique, ce que ça peut leur apporter, que ça vient secondairement, qu'ils s'épanouiraient pas dans ces services, des unités extérieures où il y a pas de technique, très peu de technique, des gens qui sont techniques, techniques avant tout, pourront pas s'épanouir dans la relation, moi je pense qu'il faut des profils infirmiers pour toutes les dimensions, c'est la limite effectivement</p> <p>R42. Là il y a une limite...</p>	<p>Nous sommes toujours sur des perceptions, et ce que l'étudiant peut interpréter des attitudes soignantes : l'important est ce qu'il donne à voir et à comprendre de ses valeurs</p> <p>Il y aurait donc des soignants qui n'ont pas de compétence de prendre soin</p>
--	--	--