

ACCOMPAGNER L'APPRENTISSAGE DU RAISONNEMENT CLINIQUE EN SOINS INFIRMIERS

Claude Belpaume

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Recherche en soins infirmiers »

2009/4 N° 99 | pages 43 à 74

ISSN 0297-2964

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2009-4-page-43.htm>

Pour citer cet article :

Claude Belpaume, « Accompagner l'apprentissage du raisonnement clinique en soins infirmiers », *Recherche en soins infirmiers* 2009/4 (N° 99), p. 43-74.
DOI 10.3917/rsi.099.0043

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).
© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

ACCOMPAGNER L'APPRENTISSAGE DU RAISONNEMENT CLINIQUE EN SOINS INFIRMIERS

Claude BELPAUME,

Cadre de santé, IFSI La Roche sur Yon, Master F.F.A.S.T. (Formation de Formateur à l'Analyse des Situations de Travail) université de Nantes.

RÉSUMÉ

Accompagner l'apprentissage du raisonnement clinique en soins infirmiers

La professionnalisation des infirmières est une longue marche hésitante entre un modèle historique, la reconnaissance des compétences et l'affirmation de la part d'autonomie des soins infirmiers. L'évolutivité des demandes et des besoins sanitaires de la population française, les progrès constants de la médecine, le contexte économique mettent les infirmières au cœur des tensions entre l'exigence de qualité et de continuité des soins, la polyvalence professionnelle et les économies. Les situations de soins, de plus en plus complexes, requièrent des infirmières une adaptation quasi permanente. L'un des enjeux pour les instituts de formation en soins infirmiers est de faire évoluer leur modèle de formation vers un modèle intégrant le développement des compétences en référence à des situations professionnelles prévalentes. Le raisonnement clinique, une compétence au cœur du métier, traverse toutes les situations de soins. Il participe à la démarche d'adaptation des soins. La didactique professionnelle développe notre compréhension des situations professionnelles et nous ouvre des perspectives de formation articulée autour des compétences

Mots clés : Infirmière - Professionnalisation - Raisonnement clinique - Problématisation - Compétence - Situation - Didactique professionnelle - Schème - Réflexivité - Alternance - Observation/entretien d'auto-confrontation.

ABSTRACT

The nurses' professionalisation is something difficult to situate between an historical model, the recognition of competences and the assertion of the health care service autonomy part. The requests and conditions sanitary needs evolutivity of the French population, the constant progresses of medicine, the economic context put nurses in the heart of tensions between the demand of quality and the continuity of the cares, the professional polyvalency and the health savings. The situations of cares, more and more complex, require a nearly permanent adaptation of the nurses. One of the stakes of the nursing college is to develop their health training model which integrates the development of competences in reference to prevailing professional situations. The clinical reasoning, a competence in the heart of the nurses' job, goes through all the situations of cares. It takes part of the cares adaptation processes. The professional didactic develops our understanding of professional situations and gives us training prospects linked to competences.

Key words : Nurse - Professionnalisation - Clinical reasoning - Problematization - Competency - Situation - Professional didactic - Concept of schema - Reflexivity - Alternation - Observation/Self confrontation interview

LA GENÈSE D'UNE RECHERCHE

En juillet 2003, après 18 ans d'exercice de la profession d'infirmière, je prends mes fonctions de cadre de santé formatrice auprès d'étudiants en soins infirmiers en troisième année de formation. Novice dans cette fonction, je suis interpellée par plusieurs constats observés lors des mises en situations professionnelles de ces étudiants :

- une dichotomie entre les soins annoncés lors de la présentation de la démarche de soins et les soins réalisés ;
- une analyse de la situation de soin élaborée à partir des prescriptions médicales, ce qui est source de contresens et réduit le rôle de l'infirmière à l'application de prescriptions médicales ;
- une confusion dans la construction du problème entre signes cliniques et problème de santé.

Des échanges avec les étudiants et les nouveaux diplômés, il ressort que la démarche de soins est vécue comme un exercice scolaire qui ne correspond pas à la réalité de l'exercice infirmier. Les étudiants ne perçoivent pas le raisonnement qui amène les infirmières à réaliser les soins. Ils n'accèdent pas aux sens des soins. Pour eux, les infirmières ne font pas de démarche de soins et ne posent pas de diagnostics infirmiers. Alors en tant que formatrice, je me demande : comment rendre accessible les opérations mentales effectuées par les infirmières lors de la prise en charge des malades ? Comment rendre visible la face cachée des soins ? Les infirmières ont-elles conscience de leur raisonnement clinique ? Le mettent-elles en valeur ?

Un bref regard historique de la professionnalisation des infirmières nous offre un éclairage sur la situation actuelle des infirmières françaises. Au 19^{ème} siècle, le joug médical remplace celui de la religion sans toutefois modifier son lien historique avec celle-ci. C'est à cette époque que les évolutions de la médecine font naître le besoin pour les médecins d'avoir des « auxiliaires dociles »¹ qui appliquent les règles d'hygiène et d'asepsie. Le savoir est médical, l'infirmière exécute. La prescription médicale remplace celle de la religion. Cet

extrait de manuel de formation du XIX^{ème} siècle spécifie que : « seul le mode d'administration doit être connu de l'infirmière. Elle ne doit en aucune façon chercher à connaître ce que le médecin prescrit, chercher à faire des questions indiscrètes et ne solliciter à ce sujet aucune explication du pharmacien dont le devoir est de tenir caché ce que le médecin n'a pas voulu qu'on sût »². Il faudra attendre la loi de juillet 1978 relative à un nouvel exercice professionnel, pour que le rôle propre infirmier soit reconnu.³ Un nouveau programme de formation sera décliné en 1979⁴. Ce programme officialise le concept de démarche de soins infirmiers. Un nouveau tournant se profile dans les années 80-90. La fonction de l'infirmière évolue. La dimension d'acteur de santé publique est renforcée, l'infirmière conçoit et met en œuvre des actions éducatives, préventives pour une personne ou un groupe de personnes. Durant cette période, trois décrets (1981, 1984, 1993)⁵ vont faire apparaître la définition des soins infirmiers leurs donnant une existence propre et pas seulement définis au regard d'une activité d'auxiliaire médicale.

Le décret du 15 mars 1993⁶, qui fait suite à celui du nouveau programme de 1992, établit que l'infirmier « identifie les besoins du patient, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue. » Il est donc fait obligation aux infirmières de poser des diagnostics infirmiers. Ils sont le fruit des recherches en soins infirmiers des infirmières canadiennes et nord-américaines. Le terme apparaît en 1953. V. Fry⁷ identifie le jugement clinique comme une étape importante du plan de soin⁸ et de l'autonomie de l'infirmière dans le cadre légal. En 1982 est créée la N.A.N.D.A.⁹ (l'association nord-américaine pour le diagnostic infirmier) qui a pour but de « développer, perfectionner et promouvoir une taxonomie des diagnostics infirmiers [...] »¹⁰. Elle définit le diagnostic infirmier comme « l'énoncé d'un jugement clinique sur les réactions aux problèmes de santé actuels ou potentiels, aux processus de vie d'une personne, d'une famille ou d'une collectivité. Les diagnostics servant de base pour choisir les interventions de soins visant l'atteinte des

¹DUBOYS-FRESNEY C., PERRIN G. Le métier d'infirmière en France. Paris: Ed. P.U.F., 2ème édition, collection Que sais je, 1999. pp. 14-15., le docteur Magloire Bourneville parle "d'un personnel instruit, jeune et malléable"

²MYDI F. (page consultée le 13 novembre 2006). *Les infirmières: image d'une profession*. [en ligne]. ex-CREDES IRDES. Adresse URL: <http://www.irdes.fr> par l'A.F.E.D.I. et l'A.N.A.D.I.M., (association nord américaine pour les diagnostics infirmiers section Montréal).

³Loi n° 78-615 du 31 mai 1978 relatif à la profession d'infirmier ou d'infirmière. L'article 1^{er} définit « la fonction infirmière comprend l'analyse, l'organisation et l'évaluation des soins infirmiers et leur dispense soit sur prescription médicale, soit dans le cadre du rôle propre de l'infirmier. »

⁴Arrêté n° 79-300 du 12 avril 1979 relatif aux études préparatoires au diplôme d'Etat infirmier.

⁵Décret n° 81-539 du 12 mai 1981, relatif à l'exercice de la profession d'infirmier. Décret n° 84 -689 du 17 juillet 1984 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. Décret n° 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières.

⁶Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

⁷ Infirmière américaine.

⁸ MARCHAL A., PSIUK T. *Le diagnostic infirmier*. Paris: Lamarre, 1995. p. 10

⁹ North American Nursing Diagnosis Association

¹⁰ Ibid. p. 12.

résultats dont l'infirmière est responsable »¹¹. Il s'agit d'encourager les infirmières à analyser les interactions entre les différents éléments des situations de soins. L'idée est de dépasser le modèle médical centré sur la pathologie. Cependant, lors de la traversée de l'Atlantique, les diagnostics infirmiers vont subir des interprétations qui en modifient l'essence et le sens. Comme le soulignent Arlette Marchal et Thérèse Psiuk, une partie des infirmières françaises ont la « conviction que la discipline infirmière doit se décrire sans intégrer le diagnostic médical »¹². Cette position amène une redéfinition systématique des diagnostics médicaux en diagnostics infirmiers. Ainsi, lors de la traduction des diagnostics infirmiers élaborés par l'A.N.A.D.I.¹³, l'« œdème aiguë du poumon » se transforme en « excès de volume liquidien »¹⁴, les caractéristiques à rechercher sont définies : « présence du 3^{ème} bruit du cœur, congestion pulmonaire ». Cette reformulation questionne le sens de la démarche. De plus les caractéristiques à rechercher ne relèvent pas du rôle infirmier en France. En effet, les infirmières françaises n'auscultent pas et n'interprètent pas les radiographies.

Ainsi, depuis 1992 (date d'introduction des diagnostics infirmiers dans la formation¹⁵), les étudiants en soins infirmiers sont confrontés à un décalage entre la formation et les pratiques dans les unités de soins. En effet, lors de l'introduction des diagnostics infirmiers en France, peu de professionnelles s'approprient cette démarche, vécue comme une application d'un modèle d'Outre Atlantique, qui ne correspond pas à leurs pratiques. La démarche enseignée en I.F.S.I. est de type linéaire, systématique s'appuyant le plus souvent sur un recueil de données selon les 14 besoins de Virginia Henderson et sur une démarche de résolution de problème. Les diagnostics infirmiers sont envisagés dans une application normative. Les étudiants remplissent des « cases », ils cherchent à tout prix des diagnostics infirmiers. Or, dans sa thèse, Christiane Bertholet-Sini¹⁶ montre l'effet « overdose » des diagnostics infirmiers tels qu'ils sont enseignés et constate que les jeunes diplômés abandonnent « en bloc : les diagnostics infirmiers et le raisonnement clinique, (qui pourtant devrait intégrer le jugement éthique) comme si ce qu'ils avaient appris étaient inapplicables dans la

pratique de soin et que, d'autre part, ce raisonnement n'était pas suffisamment intégré pour pouvoir donner du sens à leur approche clinique et ils n'y trouvaient par conséquent aucun bénéfice »¹⁷. La prégnance de la prescription médicale a occulté tout le raisonnement, la réflexion, la pensée infirmière qui intervient dans la mise en œuvre de cette prescription. Elle souligne également que les soignants ont besoin de rechercher du sens à leurs soins et à leurs pratiques. Ces constats interrogent les pratiques et les dispositifs de formation en soins infirmiers et nous font cerner l'enjeu de l'apprentissage du raisonnement clinique dès le début de la formation.

De fait, en tant que formatrice en soins infirmiers : comment développer le raisonnement clinique en formation initiale ?

J'ai mené ce travail de recherche sur l'accompagnement de l'apprentissage du raisonnement clinique en soins infirmiers sur les années 2006-2007. La réflexion sur la réforme des études en soins infirmiers était alors en cours. Depuis août 2009, le nouveau référentiel de formation est officialisé. Le développement des compétences est au cœur de ce nouveau référentiel. Le raisonnement clinique est identifié en tant que tel et s'inscrit dans des situations professionnelles. Cette actualité confirme l'intérêt de partager cette recherche sur l'accompagnement du raisonnement clinique « en acte ».

Notre perspective de recherche relève d'une approche qualitative compréhensive de l'activité du raisonnement clinique et de son accompagnement.

LE RAISONNEMENT CLINIQUE

Les paragraphes ci-dessous reflètent la construction de notre objet de recherche. Après la présentation d'une expérience de formation, nous reviendrons sur les définitions du raisonnement clinique. Nous envisagerons les liens avec la problématisation, les compétences, l'alternance. Pour finir nous formulerons notre question de recherche.

¹¹ Ibid. p. 14.

¹² Ibid. p. 24.

¹³ Association nord américaine pour les diagnostics infirmiers traduits

¹⁴ ANADI. Diagnostics infirmiers 1999-2000 définitions et classification. Paris : Masson, 2000.p. 69.

¹⁵ Arrêté du 23 mars 1992 modifié relatif au programme des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier et d'infirmière modifié par l'annexe à l'arrêté du 28 septembre 2001.

¹⁶ BERTHOLET-SINI C. Du jugement à la construction de la compétence éthique en soins infirmiers. Thèse, 28 septembre 2000, Université de Nantes. p. 337.

¹⁷ BERTHOLET-SINI C. Op. Cit.p. 337.

L'apprentissage du raisonnement clinique

Ce projet¹⁸ est le fruit d'un travail collégial d'un groupe de formateurs au sein de l'I.F.S.I. Il s'inscrit en cohérence avec le projet pédagogique et au regard de la finalité de la formation: « *Au terme de sa formation, s'appuyant sur une démarche d'analyse, l'étudiant infirmier sera capable de mettre en œuvre et/ou de proposer des soins infirmiers de qualité de nature technique et relationnelle, préventive, curative, palliative* ». Nous sommes partis des constats évoqués en introduction concernant le vécu des étudiants à propos des diagnostics infirmiers, mais également de celui des professionnels ressentant un décalage entre leur pratique et la théorie enseignée en I.F.S.I. et du défaut d'analyse des étudiants fréquemment souligné (dans les services et par les formateurs I.F.S.I.). Notre démarche a été en partie empirique. Chaque formateur participant l'a enrichie de ses expériences professionnelles (d'infirmières et de formatrices). Nous¹⁹ nous sommes appuyés sur les travaux d'infirmières françaises (T. Psiuk, A. Marchal) et nord-américaines (M. G. Rubinfeld et B. K. Scheffer).

Notre objectif principal est que les étudiants développent le raisonnement clinique dès la première année. Nous avons centré notre approche autour du sens des soins en sollicitant leurs argumentations tant lors de situations exploitées à l'I.F.S.I. que lors des évaluations cliniques. La méthodologie de résolution de problèmes est abordée à partir des expériences personnelles des étudiants qui identifient leur mode de raisonnement. Les méthodes pédagogiques privilégiées sont essentiellement inductives, interactives, en petits groupes d'étudiants²⁰. Elles cherchent à développer le questionnement autour des situations cliniques et à mobiliser les connaissances dans les différents champs des sciences humaines et des sciences médicales.

Nous avons également articulé les modules spécifiques autour de ces objectifs et cherché de nouvelles approches concernant la construction et l'exploitation de cas concrets. Ainsi, dans chaque module spécifique, des situations cliniques sont élaborées par les

formateurs à partir de « vrais » dossiers de soins et abordées sous forme de blocs de données successifs que nous avons appelé « cascades convergentes ».

Il s'agit ici d'accompagner le questionnement, les connaissances mobilisées ou celles manquantes et de construire des hypothèses de problèmes de santé argumentées. Ces hypothèses sont questionnées au fur et à mesure des nouvelles données, elles sont confirmées ou non. Progressivement, nous avons introduit des dossiers de soin²¹ et demandé aux étudiants d'en faire l'analyse, ils devaient alors sélectionner eux-mêmes les informations pertinentes. Le projet de soins est également travaillé, les actions proposées devant être argumentées. Pour la fin de l'année, chaque demi-groupe de référence est responsable de l'élaboration et de l'exploitation d'un cas concret à partir d'un dossier. Ce cas concret sera soumis à l'analyse et à une proposition de soins de l'autre demi-groupe. Pour ce travail, les étudiants doivent chercher en partie des connaissances qui n'ont pas été enseignées. Si le raisonnement clinique est abordé dès le début d'année et formalisé dans le projet, il n'est pas défini explicitement dans le projet. Alors, qu'est ce que le raisonnement clinique?

L'approche médicale

Traditionnellement, la méthode clinique en médecine « (...) signifie littéralement: étude pratiquée au chevet du malade »²². A partir de l'anamnèse (l'histoire de la maladie) et de l'observation du malade, le médecin peut établir un diagnostic²³. La méthode clinique s'insère dans une activité pratique. Il s'agit d'une méthode qui doit permettre de répondre à des situations concrètes individuelles.

Jusque dans les années 70, au cours des premières années des études de médecine, les étudiants accumulent les connaissances théoriques transmises en cours magistraux, sans contact avec le patient. Leur première rencontre avec la démarche clinique les entraîne à développer un questionnement linéaire et exhaustif concernant tous les appareils du corps humain avant de commencer à combiner les réponses et d'émettre des hypothèses de problème de santé²⁴.

¹⁸ Les réflexions sont menées depuis 2003, les prémices de ce projet sont instaurées sur 2004/2005, 2005/2006 sont des années de transition. Le projet présenté ci dessus est celui de la promotion 2006/2007 rentrée de septembre.

¹⁹ Il s'agit ici du « nous » collectif.

²⁰ Les étudiants sont répartis en début d'année en groupe 20 à 21 avec un formateur référent pour l'année en cours. Au sein de ces groupes les étudiants s'organisent en sous groupes de 3 à 4 afin de favoriser les échanges.

²¹ Ces dossiers sont traités auparavant afin de préserver l'anonymat des personnes et des lieux. Ils sont mis à la disposition des étudiants le temps de l'exercice.

²² GRAWITZ M., *Méthodes des sciences sociales*, Paris, Ed Dalloz, 10^{ème} ed.1996, p. 324.

²³ *Ibid.* p. 325.

²⁴ NENDAZ M. et al. « Le raisonnement clinique: données issues de la recherche et implications pour l'enseignement », in *Pédagogie Médicale, Revue internationale francophone d'éducation médicale*, novembre 2005, vol.6, n° 4. pp. 235-254.

A partir des années 1970, deux recherches vont converger et faire évoluer les pratiques d'enseignement de la démarche clinique dans les facultés de médecine. En effet, les enseignants interrogent les méthodes pédagogiques quasiment exclusivement transmissives et souhaitent développer l'auto-formation dans le cursus des étudiants. Ainsi, la Faculté de médecine de la Mac Master University (Ontario, Canada), met en place le « Problem-based Learning » (P.B.L.) qui peut être traduit par : « apprentissage par la résolution de problème »²⁵.

Concomitamment, en 1978, Elstein, Schulman et Sprafka (université de l'état du Michigan) lors de l'analyse de l'activité clinique des médecins experts, mettent en évidence que les cliniciens experts élaborent très tôt dans l'entretien avec le patient des hypothèses diagnostiques. Les données recueillies sont interprétées en permanence et orientent le questionnement. Le processus développé par les médecins est un processus hypothético – déductif. L'efficacité de ce processus est renforcée lorsque le clinicien peut inférer des connaissances à partir de ses expériences antérieures par le jeu de recherche de similitudes²⁶. Ainsi en fonction des situations et de leur complexité, le clinicien expert développe une démarche analytique de type hypothético-déductive et/ou une démarche de type non analytique qui fait appel à la « reconnaissance » d'une situation similaire ou proche. Depuis ces recherches, l'enseignement du raisonnement clinique des étudiants en médecine s'est orienté vers le développement du raisonnement hypothético – déductif, vers l'activation et l'organisation des connaissances, et vers un recueil des informations cliniques pertinentes privilégié à l'exhaustivité²⁷. L'enseignement s'organise autour de situations-problèmes élaborées à partir de cas cliniques.

Le raisonnement clinique est défini comme « l'ensemble des processus de pensée et de prise de décisions qui permettent au clinicien de prendre les actions les plus appropriées dans un contexte spécifique de résolution de problème de santé »²⁸. L'ensemble des processus de pensée relève d'un processus cognitif et méta-cognitif. La démarche cognitive définie est centrée sur la réso-

lution d'un problème de santé à partir des éléments de compréhension de la situation : diagnostic, étiologie, traitement. Le processus méta-cognitif amène la personne à identifier ses habiletés à raisonner, à résoudre les problèmes et à pouvoir faire évoluer son processus cognitif. Il n'existe pas une seule façon de raisonner. Le raisonnement clinique, comme toute pensée, est une démarche singulière, une élaboration personnelle. M.H. Fleming²⁹ hiérarchise les raisonnements cliniques en cinq types :

- le raisonnement procédural qui met l'accent sur le problème de santé, l'incapacité, il s'agit de pallier l'incapacité, de résoudre le problème ;
- le raisonnement interactif qui s'élabore en coopération avec la personne ;
- le raisonnement conditionnel qui s'inscrit dans l'avenir et les évolutions possibles de la personne au regard de son état de santé ;
- le raisonnement narratif qui réunit les trois types précédents et se rapproche d'une vision holistique de la personne et de son environnement ;
- le raisonnement pragmatique qui développe une approche systémique, identifiant et prenant en compte l'environnement (famille, travail...), les valeurs, les représentations, les ressources (financière, sociale...) de la personne.

Ainsi, en fonction de sa formation, de ses expériences, de la situation de soins et de sa conception de son rôle, le clinicien favorisera l'un ou l'autre de ces types de raisonnements. Voyons ce qu'il en est du raisonnement clinique infirmier.

L'approche infirmière en France

La démarche de soins est enseignée en France depuis 1979. Est-ce que la démarche de soins et la démarche clinique relèvent d'une seule et même démarche ? Regardons la définition de ces deux démarches et le lien avec le raisonnement clinique infirmier.

La démarche de soins représente l'essence même de la profession d'infirmière. Thérèse Psiuk³⁰ en propose la définition suivante : c'est « un processus d'adaptation d'un soin aussi bien prescrit par le médecin que prescrit

²⁵ POCHET B. « le Problem-based Learning une révolution ou un progrès attendu ? » in Revue Française de Pédagogie, n° 111, avril-mai-juin 1995, p. 95.

²⁶ NENDAZ M. et al Op. Cit. pp. 235-254.

²⁷ Loc. Cit.

²⁸ HIGGS, J., JONES M., « Clinical reasoning in the health professions », Oxford : Butterworth-Heinemann Ltd, 2nd ed, 2000, in Pédagogie médicale, Revue internationale francophone d'éducation médicale, novembre 2005, vol. 6, n° 4. p. 236.

²⁹ FLEMING M.H. cité par CASIMIRO L., TREMBLAY M. (page consultée le 19 avril 2007). « Reasoner cliniquement : Le lien entre la théorie et la pratique », [en ligne] <http://www.sante.uottawa.ca/pdf/raisonnement.pdf> (site de l'université d'Ottawa : <http://www.sante.uottawa.ca>)

³⁰ Directrice pédagogique du conseil en formation infirmières et formation (Césifom)

par l'infirmière et la stratégie globale des soins pour une personne »³¹. Ainsi, l'infirmière doit être capable de mettre en œuvre des soins adaptés à la personne pour cela elle associe le raisonnement et l'action³².

La démarche clinique quant à elle, est « le processus d'identification de l'ensemble des problèmes de santé réels et potentiels d'une personne mais également des capacités, en considérant que pour la personne âgée il convient de relativiser les problèmes avec le vieillissement physiologique »³³.

Elle relève d'une approche systémique et dépasse la simple application d'une démarche de résolution de problèmes. L'infirmière cherche à identifier les interactions entre la maladie, les complications (réelles ou éventuelles) et les réactions humaines physiologiques et psychologiques de la personne soignée envisagée dans son humanité et son altérité. Cette démarche participe à l'élaboration du sens du soin et de l'activité infirmière. La démarche de soins est donc la résultante d'une démarche clinique.

Le raisonnement clinique infirmier n'est qu'une forme de raisonnement développé dans des situations de soins par les infirmiers. A. Marchal et T. Psiuk s'appuient (comme l'approche médicale) sur les travaux de Elstein et Schulman³⁴. Elles proposent la définition suivante: c'est une « démarche systématique qui intègre et met en lien à partir d'un examen physique et d'une écoute active, les signes et symptômes recueillis, permet l'élaboration d'hypothèses de problèmes de santé réels ou potentiels et d'hypothèses de réactions physiologiques et comportementales réelles ou potentielles, cette démarche se terminant par la validation de l'hypothèse la plus probable » [...] ³⁵. Cette définition reprend le modèle analytique hypothético-déductif tel qu'il est défini par les médecins mais ne rend pas compte du processus métacognitif du raisonnement. Les auteurs précisent qu'il ne s'agit en aucun cas de développer des modèles cognitifs standardisés comme peut l'être la démarche de résolution de problèmes mais de tendre vers une approche complexe, multidimensionnelle³⁶. Pour A. Marchal et T. Psiuk le raisonnement clinique « passe par les étapes suivantes: Y a-t-il un problème? Signes présents? Quels sont les facteurs favorisants? »³⁷.

L'approche infirmière Nord-Américaine

M. G Rubenfeld et B. K Scheffer³⁸ envisagent quant à elles deux approches du raisonnement clinique. La première est une approche réductrice centrée sur les modalités de résolution de problèmes. La deuxième, qu'elles privilégient, reprend la définition de Richard Paul: « un raisonnement critique, c'est l'art de penser votre pensée pendant que vous pensez, de façon à améliorer votre pensée, la rendre plus claire, plus précise ou plus défendable »³⁹. M. G Rubenfeld et B. K Scheffer identifient 5 modes de raisonnements complémentaires dans l'exercice infirmier⁴⁰:

- La remémoration complète: il s'agit ici de se souvenir de faits importants, de connaissances et de la manière de les rechercher;
- Les habitudes: relèvent des raisonnements intégrés, « d'approches de raisonnement répétées qui deviennent une seconde nature » comme par exemple des procédures de réanimation;
- L'enquête: engage un processus de recueil (investigation) et d'analyse des informations (recherche l'hypothèse la plus plausible);
- Les nouvelles idées et la créativité: est un mode de raisonnement qui se trouve à l'opposé des habitudes. Il permet de dépasser les données théoriques afin de les transformer et de les adapter à la situation. « le penseur créatif tire des leçons de ses erreurs et en reconnaît la valeur formative ». Ces nouvelles idées représentent la base de l'individualisation des soins;
- La connaissance de nos modes de raisonnement: ici il s'agit de développer la métacognition et d'identifier nos façons de raisonner afin de pouvoir les faire évoluer.

Ces deux approches du raisonnement clinique se complètent et s'enrichissent. Ces définitions reprennent les deux processus cognitif et méta cognitif. Les démarches en jeu sont similaires à celles mobilisées pour le raisonnement clinique médical. La différence réside sur les compétences légales de ces deux professions. La notion de problème a été évoquée à plusieurs reprises dans l'approche du raisonnement clinique. Mais qu'est ce qu'un problème? Le raisonnement clinique relève-t-il d'une démarche de problématisation?

³¹ PSIUK T. « La démarche clinique: évolution de la singularité vers l'interdisciplinarité. » in Recherche en soins infirmier, n° 84, mars 2006.p.20.

³² RUBENFELD M.G., SCHEFFER B. K Raisonnement critique en soins infirmiers. Paris: De Boeck, 1999. p. 61

³³ PSIUK T. Op. Cit. p. 20

³⁴ PSIUK T., MARCHAL T. Le diagnostic infirmier: du raisonnement à la pratique. Paris: Lamarre, 1995. p. 151.

³⁵ MARCHAL A., PSIUK T. Le paradigme de la discipline infirmière en France. Paris: Seli Arslan, 2002. p. 87.

³⁶ Ibid. p. 86.

³⁷ Ibid. p. 87.

³⁸ Infirmières titulaires d'une maîtrise en sciences infirmières, enseignantes au sein du département de soins infirmiers de l'Eastern Michigan University (Ypsilanti, U.S.A.)

³⁹ RUBENFELD M.G., SCHEFFER B.K. Op. Cit. p. avant propos.

⁴⁰ RUBENFELD M.G., SCHEFFER B.K. Op. Cit. pp. 11-18

RAISONNEMENT CLINIQUE ET PROBLÉMATISATION

La problématisation

Que veut dire problématiser ? Qu'est ce qu'un problème ? M. Fabre souligne la polysémie du mot problème et la dérive sémantique qui banalise l'usage abusif du mot. L'origine étymologique grecque s'articule autour de trois sens : la notion de projet, d'obstacle et de saillance⁴¹. Il y a problème lorsqu'un projet rencontre un obstacle. La saillance renvoie à l'idée de questionner la position du problème, son importance. De fait le problème n'est pas accessible directement. Pour M. Fabre, « un problème est posé quand il est perçu et pris en charge par un sujet. Mais encore faut-il le construire, c'est à dire réunir les données et les conditions, puis le résoudre en testant des hypothèses de solution »⁴². Cette définition est marquée par les trois verbes suivants : poser, construire, résoudre. Ils indiquent le processus de problématisation⁴³. La construction du problème s'effectue « dans une dialectique de références (faits, indices, témoignages...) et d'inférences (suggestions, pistes...) jouant ici le rôle d'hypothèses et donc d'anticipations provisoires de solutions possibles, bref d'opérateurs »⁴⁴.

Pour cela, le sujet doit établir les buts, les enjeux, les données et les conditions du problème. Ces définitions placent la construction du problème au cœur de la démarche de problématisation. C'est en fonction du projet, des enjeux que le sujet sélectionne, élabore les données du problème. En effet, éluder cette étape peut amener à proposer des solutions inefficaces puisque ne répondant pas à un problème (ou perçu comme tel). Pour résoudre un problème il faut donc, tout d'abord, identifier l'importance du problème, sa perception et le construire. Dewey identifie que « poser le problème est le premier pas de l'enquête »⁴⁵. Il définit l'enquête comme « la transformation contrôlée et dirigée d'une situation indéterminée en une situation qui est si déterminée en ses distinctions et relations constitutives qu'elle convertit les éléments de la situation originelle en un tout unifié »⁴⁶.

La construction du problème s'élabore dans l'articulation des données du problème et des inférences, des hypothèses. Dewey décrit trois types de références : « ce qui est [...] réellement présent dans la situation ; ce qui a le statut de contraintes, ce que je me vois obligé de faire, de prendre en compte ; ce qui s'avère connu ». Quant aux inférences, elles relèvent de « ce qui est encore à venir [...], ce qui a statut du possible ; ce qui est inconnu mais peut être inféré à partir du connu »⁴⁷. Ainsi, pour poser le problème, il faut identifier dans la situation les données qui la caractérisent, les contraintes à prendre en compte, les connaissances à mobiliser. Ce processus s'articule avec l'élaboration d'hypothèses de données ou de solutions du problème. Voyons maintenant si le raisonnement clinique relève d'une démarche de problématisation.

Le raisonnement clinique : une démarche de problématisation ?

Reprenons les définitions de la démarche clinique et du raisonnement clinique proposées par T. Psiuk : « processus d'identification de l'ensemble des problèmes de santé réels et potentiels d'une personne mais également des capacités, en considérant que pour la personne âgée il convient de relativiser les problèmes avec le vieillissement physiologique »⁴⁸ et « démarche systématique qui intègre et met en lien à partir d'un examen physique et d'une écoute active, les signes et symptômes recueillis, permet l'élaboration d'hypothèses de problèmes de santé réels ou potentiels et d'hypothèses de réactions physiologiques et comportementales réelles ou potentielles, cette démarche se terminant par la validation de l'hypothèse la plus probable » [...]⁴⁹.

Nous retrouvons dans cette définition la notion de poser le ou les problèmes en identifiant les données réellement présentes : les capacités, les signes et les symptômes (par l'examen clinique). Les données et les problèmes sont à regarder dans le contexte et doivent être nuancés lorsqu'il s'agit d'un vieillissement physiologique qui peut être entendu comme étant de l'ordre de la contrainte. Pour identifier un problème pertinent nous devons prendre en compte cette notion de

⁴¹ FABRE M. *Situations-problèmes et savoir scolaire*. Paris : P.U.F., 1999. p. 11-12.

⁴² FABRE M. « Deux sources de l'épistémologie des problèmes : Dewey et Bachelard » in *Les sciences de l'éducation pour l'ère nouvelle*, vol. 38, n° 3, 2005. p. 55. 53 67

⁴³ FABRE M. « Savoir, problème et compétence : savoir, c'est s'y connaître ». In TOUSSAINT R.M.J., XYPAS C. *La notion de compétence, en éducation et en formation, fonctions et enjeux*. Paris : L'Harmattan, 2004. p. 310.

⁴⁴ FABRE M., *Situations de formation et problématisation*. Bruxelles : De Boeck, 2006. p. 22.

⁴⁵ *Ibid.* p. 19.

⁴⁶ *Ibid.* p.20.

⁴⁷ *Ibid.* p.20.

⁴⁸ PSIUK T. *Op. Cit.* p.20

⁴⁹ MARCHAL A., PSIUK T. *Op. Cit.* p. 87.

vieillesse physiologique. Nous retrouvons la notion d'inférence à travers la suggestion d'hypothèses de problème de santé. Nous avons pu ici identifier que le raisonnement clinique s'apparente à une démarche de problématisation.

Ce temps de recherche nous amène au fur et à mesure à cerner notre objet de recherche. A ce stade de notre réflexion sur le dispositif de formation du raisonnement clinique, deux concepts clés ont été abordés : celui du raisonnement clinique et celui de la problématisation. Nous avons établi que les évolutions de la profession tendent à reconnaître le raisonnement clinique infirmier comme une compétence cœur de métier. Il nous faut alors clarifier ce qu'est une compétence.

Le raisonnement clinique : une compétence

M. Fabre, dans le cadre théorique de la problématisation, interprète le concept de compétence « *comme s'y connaît en quelque chose* », ce qui suppose avoir développé un savoir que, un savoir faire et un savoir pourquoi⁵⁰. Cependant la compétence dépasse et intègre ces savoirs qui ne se chargent de signification que lorsqu'ils sont mobilisés en situation de problématisation. Alors, être compétent c'est « *savoir construire les problèmes d'un domaine particulier, c'est-à-dire repérer les données et les conditions pertinentes et les mettre en rapport* »⁵¹. Ainsi, la compétence « raisonnement clinique » c'est savoir construire les problèmes de santé réels ou potentiels, prenant en compte les réactions humaines, dans le cadre d'une situation de soins. Pour y parvenir, le soignant recueille, identifie et analyse les données (cliniques, sociales, psychologiques, professionnelles, familiales, ect...) du problème afin de proposer des soins adaptés.

P. Rabardel et R. Samurçay définissent les « *compétences d'un sujet comme l'ensemble organisé de ses représentations (conceptuelles, sociales, organisationnelles et expérientielles), de ses organisateurs d'activité (schèmes, procédures) intégrant l'usage des instruments* »⁵². Les compétences sont directement liées à

l'activité, aux situations de travail. Pour G. Vergnaud, elles sont des « connaissances en actes » et se construisent dans l'action, que ces connaissances soient vraies ou non, le professionnel les convoque pour justifier le sens et la pertinence de son action⁵³. P. Rabardel précise que « *les compétences ne s'observent pas. Ce qui est observé c'est la performance, le comportement* »⁵⁴. Au-delà des performances (entendre ici le résultat de l'activité, sa partie visible), les compétences sont le fruit d'une organisation de l'activité. J.-S. Brunner définit la compétence comme une « *intelligence opérative* » du « *savoir comment* ». Pour cet auteur, l'homme compétent doit être capable « *de sélectionner dans la totalité de l'environnement les éléments qui apportent l'information nécessaire* » pour déterminer un objectif d'action, de mettre en œuvre son activité afin d'atteindre le but fixé, apprendre des réussites comme des échecs et le transférer dans de nouvelles situations⁵⁵.

Ces différentes approches du concept de compétence mettent en exergue la dimension opératoire des compétences. La compétence se développe dans et par l'action. Comme nous l'avons vu précédemment, la formation en soins infirmiers est une formation par alternance (50 % du temps de formation se passe en stage). Or, lors de l'élaboration du dispositif de formation concernant le raisonnement clinique, notre réflexion n'a pas réellement pris en compte toutes les dimensions de l'alternance. Cette approche multi référencée du concept de la compétence, nous amène donc à envisager la place de l'alternance dans l'apprentissage du raisonnement clinique.

L'alternance et le raisonnement clinique

Pour J. Clénet, l'alternance pose la question du statut des connaissances pour les apprenants, les formateurs et les professionnels impliqués dans l'encadrement des stagiaires. Elle interroge également la place de l'apprenant dans le dispositif de formation⁵⁶. Dans une approche constructiviste, l'alternance place l'apprenant au cœur des processus d'apprentissage. L'un des postulats de cette théorie est que « *nous ne pouvons*

⁵⁰ FABRE M. « *Savoir, problème et compétence : savoir, c'est s'y connaître* ». In TOUSSAINT R.M.J., XYPAS C. *La Notion de compétence en éducation et en formation, fonction et enjeux*. Paris : L'Harmattan, 2004. p. 317.

⁵¹ Loc. Cit.

⁵² SAMURCAY R., PASTRE P. *Recherche en didactique professionnelle*. Toulouse : Octarès, 2004. p164.

⁵³ SAMURCAY R., PASTRE P. « *La conceptualisation des situations de travail dans la formation des compétences* ». in *Education Permanente*, n° 123, 1995. pp. 15-16.

⁵⁴ RABARDEL P. et al. *Ergonomie concepts et méthodes*. Toulouse : Octarès, 4^{ème} édition, 2002. p. 48.

⁵⁵ J.-S. BRUNER cité dans RABARDEL P. et al. *Ergonomie concepts et méthodes*. Toulouse : Octarès, 4^{ème} édition, 2002. p. 48. (BRUNER J. S. *Savoir faire et savoir dire*. Paris : P.U.F., 1983.)

⁵⁶ CLENET J. *L'ingénierie des formations en alternance*. Paris : L'Harmattan, 2002. pp.28-30.

connaître que ce que nous construisons nous même ». Le sujet apprenant et connaissant produit et donne de la valeur à ses connaissances. Il a donc « une part active dans le mode de constitutions des connaissances ». La connaissance ainsi envisagée n'est pas réductible à un savoir théorique « sur », elle est en acte : « elle fait et aide à vivre ». Puisqu'elle est d'abord « action », « l'expérience, la conscience de cette expérience et la valeur attribuée par la personne elle-même restent toujours premières dans son mode constitutif »⁵⁷. Apprendre « en » alternance et « par » l'alternance nécessite un travail de réflexion et donc un retour sur l'activité.

Cette approche de l'alternance, nous amène à questionner notre dispositif de formation. Chaque stage, dès la première année de formation, est suivi d'un temps appelé « exploitation de stage ». Ce temps est centré sur l'expression du vécu des étudiants. Il dure de trois à quatre heures pour des groupes d'une vingtaine d'étudiants, ce qui laisse un temps d'expression par étudiant d'environ 9 minutes. Il ne peut pas s'agir ici d'un temps de réflexion approfondie. A partir de la deuxième année, des temps d'analyse de pratique sont instaurés. L'analyse de pratique telle qu'elle est conçue, développe une analyse extrinsèque. Elle porte un regard extérieur sur l'activité des étudiants ou des situations rencontrées telles qu'ils les décrivent.

Vers la question de recherche

Des concepts clés émergent de notre démarche de compréhension : le raisonnement clinique, la problématisation, la compétence, la formation en alternance. Dans notre dispositif de formation au raisonnement clinique, nous avons développé une approche par situations-problèmes élaborées à partir de dossier de soins dès les premiers jours de formation, avant que les étudiants soient confrontés aux soins. Nous n'avons pas intégré la spécificité de la formation « en » alternance et « par » l'alternance. Or C. Bertholet-Sini souligne dans sa thèse que « les situations professionnelles devenant toujours plus complexes, il semble nécessaire, à chaque fois, de mobiliser ses compétences, de les questionner, afin de pouvoir mieux les gérer dans les situations singulières. [...] La formation ne peut pas tracer les chemins et les procédures à suivre. [...] Sa conduite (l'infirmier) ne peut être définie à l'avance. Ce qui explique que nombreux sont les infirmiers qui pensent que la formation ne les a pas suf-

fisamment préparés à leur vie professionnelle »⁵⁸. Dès le premier stage de première année les étudiants sont confrontés aux situations de soins. Ils réalisent des soins, plus particulièrement des soins d'hygiène. Dans notre objectif d'optimiser notre dispositif de formation, notre objet de recherche se traduit par la question suivante :

Comment, en tant que formateur en soins infirmiers, accompagner la construction et le développement du raisonnement clinique « en acte » des étudiants en soins infirmiers ?

L'ÉLABORATION DE LA MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

Nous rappelons que notre approche est qualitative et compréhensive. Nos choix méthodologiques sont donc orientés par notre problématique et a été élaborée chemin faisant au cours de la recherche. Voyons tout d'abord la population concernée.

La population

L'objet même de la recherche nous oriente vers les étudiants en première année de formation⁵⁹ ayant fait leur rentrée fin septembre 2006. Nous avons sollicité 4 étudiants selon les critères suivants :

- Des étudiants qui n'ont pas d'expérience professionnelle antérieure à la formation dans le domaine des soins. En effet, des étudiants peuvent avoir des expériences en tant qu'aide-soignant, ou agent des services hospitaliers. Or, nous avons cherché une population homogène concernant le niveau de formation. Nous partons donc ici du principe que les expériences antérieures de soin peuvent influencer le niveau de conceptualisation des étudiants et amènent une nouvelle variable qui serait à prendre en compte lors de l'analyse.
- Des étudiants dont le parcours de stage nous permet le recueil de données sur le soin visé : la toilette. En effet, d'un point de vue pratique, certains services accueillent des personnes valides qui ne nécessitent pas d'aide pour les soins d'hygiène, ce qui rend impossible le recueil de données.
- Des étudiants qui ont eu une évaluation clinique (appelée mise en situation professionnelle) lors du

⁵⁷ Ibid. p. 30.

⁵⁸ BERTHOLET-SINI C. Op. Cit. p. 12.

⁵⁹ Les étudiants des autres années ont travaillé à partir des 14 besoins de Virginia Henderson. L'année 2005 a été une année de transition entre les deux approches.

premier stage, avec des résultats allant de 9,5/20 à 17/20. L'idée ici est d'essayer d'avoir une représentativité de différents niveaux d'étudiants. Il ne s'agit pas de sélectionner uniquement des étudiants qui réussissent ou non, mais d'avoir un panel diversifié. Ce critère est à relativiser, des étudiants dans une situation peuvent ne pas avoir su s'adapter et y parvenir dans une autre situation. Il ne s'agit pas ici de porter un jugement de valeur mais bien d'investiguer ce qui favorise ou fait obstacle au développement du raisonnement clinique en acte.

Lors de notre demande, nous avons présenté succinctement l'objet de notre recherche et son objectif à des fins d'optimisation du dispositif de formation. Il nous a semblé important alors de clarifier auprès des étudiants notre démarche de chercheur, en insistant sur notre posture compréhensive et non évaluative.

Les observations

Au regard du concept de compétence éclairé précédemment, il nous fallait donc recueillir des traces objectives de l'activité choisie : la toilette. Nous faisons le choix de l'observation ouverte (sans grille d'observation) qui s'inscrit dans une démarche compréhensive, sans *a priori*. Elle permet de recueillir des faits, des éléments visibles de l'activité de soin afin d'analyser le développement du raisonnement clinique en acte. Nous réalisons une prise de note systématisée qui reste dans une description factuelle sans interprétation de notre part.

Le contrat proposé aux étudiants, a été que nous effectuons les observations sans intervention et que nous soumettons à chacun la retranscription de leur observation afin de leur permettre de la compléter, de la critiquer. Nous leur soulignons également que nous préserverons dans les retranscriptions leur anonymat, celui des services et des personnes soignées. Les étudiants sont ainsi renommés : Isabeau, Blanche, Aliénor, Jean.

Les observations ont eu lieu au cours du deuxième stage clinique de première année de formation. Le rendez-vous a été déterminé avec eux en accord avec les lieux de stage. Les étudiants devaient informer les personnes soignées de notre présence et solliciter leur autorisation.

Présentation du premier corpus

Pour favoriser notre distanciation de la situation, nous avons rédigé les observations à la première personne du singulier. Nous nous sommes également attachée à retranscrire les échanges verbaux entre la personne soignée et l'étudiante.

Voici les extraits des débuts des observations :

• Observation d'Isabeau :

Je frappe à la porte de la chambre et j'entre. Je dis « rebonjour Mesdames. Je suis avec ma cadre référente Mme B ». Je m'approche de Mme R et lui dis « je vais faire votre toilette, ma cadre est présente. »

• Observation d'Aliénor :

Je m'approche du lit et je demande tout en continuant d'installer le matériel « vous avez le kiné aujourd'hui ? » ; Mme J me répond que « non » ; Je déplace l'adaptable et l'écarte du lit. Je demande à Mme J « vous ne voulez pas que j'ouvre un petit peu les volets » ; « si un peu, à moitié ».

• Observation de Blanche :

Je m'approche du lit de Charles qui est dans une chambre à trois lits. Autour du lit il y a des peluches sur une étagère, sur le radiateur. Je me mets sur la droite du lit, les bat-flancs sont relevés. Je m'approche et me penche au dessus du bat-flanc, je prends la main droite de Charles, je le regarde (je cherche son regard) et je lui présente la formatrice.

• Observation de Jean :

J'entre dans la chambre de Mme A, sa porte est ouverte, je m'approche d'elle et me penche vers elle, je lui présente la personne qui m'accompagne et lui explique sa présence. Je lui dis « je vais prendre ce qu'il vous faut ». J'accompagne Mme A dans le cabinet de toilette, Mme A marche sans canne et sans aide.

Lors de la première observation, nous avons rencontré plusieurs difficultés :

- La rapidité de l'activité n'est pas en adéquation avec la rapidité de notre prise de notes ; des éléments nous ont probablement échappé.
- Du fait de cette rapidité, nous avons écarté des éléments qui ne semblaient pas primordiaux au regard de notre objet de recherche. Ainsi l'observation passe par le filtre de notre propre subjectivité, un autre observateur aurait pu prendre d'autres éléments. Par exemple, nous n'avons pas détaillé, tout au long de l'observation, la manipulation du gant de toilette (rinçage, savonnage) qui relève de l'appropriation des règles d'hygiène.
- La retranscription des interactions verbales ne rend pas compte du ton, des hésitations et nous ne pouvons assurer leur exactitude au mot près.
- De plus à la fin du soin, s'est posée la question de notre posture d'observateur non participant. En effet, l'étudiante a dû faire face à une situation imprévue. Elle a sollicité l'aide d'une collègue et, devant la situation, il nous a semblé éthiquement impossible de rester en posture d'observateur.

Au cours des observations suivantes, suite à nos difficultés évoquées ci-dessus, nous décidons de prendre un enregistreur audio afin de retranscrire, de façon la plus précise possible, les interactions verbales entre l'étudiant et la personne soignée.

Les matériaux ainsi recueillis, se pose la question de l'analyse avec l'étudiant. Nous permettent-ils d'identifier comment accompagner le raisonnement clinique « en acte » ? Nous nous heurtons alors au fait que l'activité ne se réduit pas à ce qui est observable. Elle ne nous permet pas d'accéder aux processus cognitifs des étudiants ni au sens qu'ils donnent à leur activité. Se pose alors la question de compléter le recueil d'informations obtenues par cette observation ouverte. Afin d'accéder au sens que les étudiants donnent à leurs actes, il nous faut les solliciter au cours d'entretiens.

Les entretiens d'autoconfrontation

L'entretien d'autoconfrontation a été élaboré par J. Theureau dans le cadre théorique du cours d'action. Pour ce dernier, le cours d'action « *c'est l'activité d'un (ou plusieurs) acteur (s) engagé(s) dans une situation, qui est significative pour ce (ou ces) dernier (s), c'est-à-dire mon-trable, racontable et commentable par lui (ou eux) à tout instant, moyennant des conditions favorables* »⁶⁰. Il s'attache à accéder au sens qu'a l'activité pour l'acteur et comment il la construit. Il s'appuie sur la théorie du signe développée par Peirce et celle de Vygotsky pour identifier ce qu'il appelle « le signe tétradique » qui organise toute activité humaine⁶¹. Dans ce cadre de l'analyse de l'activité, la cognition est envisagée comme une transformation « *des possibles pour l'acteur* », une anticipation afin d'ordonner son activité. Il distingue quatre catégories autour desquelles elle s'articule, elle s'élabore⁶²:

- L'Objet: il s'agit de la notion d'engagement de l'acteur avec ses préoccupations, ses intentions dans la situation.
- Le Représentamen: qui relève du jugement perceptif (ce qui est perçu comme significatif par l'acteur dans la situation), mnémorique (mobilisation des images liées à des expériences passées) ou proprioceptif (les sensations). L'acteur va recueillir et sélectionner les informations qui lui semblent pertinentes.
- L'Interprétant acquis: l'acteur au cours de l'activité va construire et/ou valider des connaissances, il va choisir les connaissances qui lui semblent pertinentes dans la situation. Ces connaissances relèvent des savoirs théoriques mais également des savoirs pratiques.
- L'Unité du cours d'action: cherche à établir l'influence du ressenti de l'acteur, de ses sentiments sur ses choix, ses interprétations.

Cet entretien a donc pour objectif d'accéder aux dimensions cachées de l'activité. Il s'agit de « questionner sur

les phénomènes de l'action significatifs pour l'acteur ». Il est mené à partir d'une trace objective de l'activité: un film, un enregistrement audio, une observation, etc. Cet éclairage nous permet d'avancer d'un nouveau pas dans notre méthodologie de recherche.

A ce stade de notre démarche, nous réalisons les quatre entretiens d'autoconfrontation en nous appuyant sur la retranscription des observations ouvertes.

Nous organisons l'entretien autour de trois étapes. Dans un premier temps, nous sollicitons systématiquement les étudiants sur l'observation. Puis, nous procédons d'une recontextualisation et d'une reconstruction de l'activité. Notre objectif était de ne pas laisser les étudiants fournir des justifications de leurs actions. Nous accompagnons les étudiants dans la relecture des observations en les questionnant afin de comprendre leurs intentions dans l'action, le sens qu'ils attribuent ou non au soin, quelles informations ils sélectionnent dans la situation pour réaliser le soin.

A ce moment de notre recherche, il nous semble important de revenir sur notre posture. En effet, nous percevons suite aux entretiens, qu'au delà d'un « simple » outil de recueil de données élaboré par un apprenti-chercheur, l'observation et les entretiens favorisent des prises de conscience des étudiants et concourent en cela à la conceptualisation de la situation. Afin de dépasser ce stade de la perception, nous allons revenir non plus sur notre posture d'apprenti-chercheur mais sur celle d'accompagnateur-chercheur.

Chercheur? Formateur?

Il nous faut maintenant questionner, en quoi l'observation participe-t-elle à l'accompagnement de l'apprentissage du raisonnement clinique.

L'observation: un « instrument »⁶³ pour l'activité du formateur?

Lors de notre relecture des observations nous identifions que notre regard professionnel a influencé notre prise de notes. En effet, au-delà d'une observation, nous construisons notre analyse de la situation de soin. Aliénor (contrairement aux trois autres étudiants) ne nous avait pas donné d'information concernant la personne soignée. Aussi, lorsque nous entrons dans la

⁶⁰ THEUREAU J. *Le cours d'action méthode élémentaire*. Toulouse: Octarès, 2^{ème} édition, 2004. p.48.

⁶¹ *Ibid.* p. 258

⁶² *Ibid.* p. 262. Depuis cette publication J. Theureau a fait évoluer la notion de signe tétradique vers la notion de signe hexadique (6 composantes essentielles); il a également enrichi l'analyse de l'activité humaine par l'étude des « cours d'expérience, cours d'action, cours d'interaction et leurs diverses articulations ».

⁶³ au sens développé par P. RABARDEL.

chambre, nous recherchons des indices qui nous permettent d'analyser la situation. D'un regard nous nous posons plusieurs questions et hypothèses concernant Madame J, dont voici une brève illustration :

- Madame J est allongée et les deux bat-flanc relevés, il y a un fauteuil roulant dans la chambre, nous sommes dans un service de soins de longue durée: Madame J a un déficit locomoteur. Est-elle hémiplégique? Paraplégique? (le fauteuil n'est pas adapté pour une personne tétraplégique). Quel est son degré d'autonomie? Quelle est l'étiologie du déficit moteur? (accident de la route? accident vasculaire cérébral?) Y a-t-il d'autres déficits associés au déficit moteur? (cognitif? aphasie? incontinence?)

Lorsque Aliénor découvre Madame J., l'hypothèse d'hémiplégie se confirme. Le bras et la main gauche porte les stigmates d'une paralysie.

Tel un détective, nous prenons des indices dans la chambre et nous les passons « sous la loupe » de nos connaissances professionnelles. Nous posons des hypothèses concernant la santé et l'autonomie de la personne soignée. Ces premières interprétations nous amènent à anticiper sur l'organisation du soin. Lors de la présentation de notre ingénierie pédagogique pour l'apprentissage du raisonnement clinique, nous avons évoqué les cascades convergentes⁶⁴. La lecture de notre observation, nous amène à l'envisager comme un support pour accompagner le questionnement et l'analyse *a posteriori* de la situation de soins par les étudiants.

De même, notre posture de formatrice influence notre observation. Nous avons noté des éléments qui nous ont interpellée concernant le respect des règles d'hygiène par exemple ou encore la communication, alors qu'ils n'ont pas de lien avec le raisonnement clinique.

Lors de l'observation d'Aliénor, nous repérons des fautes d'hygiène. Noter les éléments, c'est alors donner la possibilité à Aliénor de repérer ses fautes d'hygiène afin de faire évoluer sa pratique. Pour Blanche, nous remarquons un tic verbal, elle ponctue ses actions par des « hop » ou « hop voilà ». Jean quant à lui alterne le pronom personnel indéfini « on » et le pronom personnel « vous ». Isabeau tourne le dos à Madame A au cours du soin. Ces éléments n'ont pas de lien direct avec l'accompagnement du raisonnement clinique. Cependant, ils sont importants pour l'analyse de la situation de soins.

Nos observations relèvent des catégories suivantes :

- **L'analyse du contexte :** l'environnement de la chambre
- **La relation soignant/soignée :** La position physique par rapport à la personne soignée, le choix des mots au cours des échanges, l'emploi du « on », du « vous », les tics verbaux, les formulations de questions, sur quoi porte les échanges verbaux (la prise en compte de l'expression verbale, l'explication du soin, salutation et présentation des personnes présentes, sollicitation de la personne sur son ressenti au cours du soin, sur ses besoins, sollicitation sur des choix), l'observation du non verbal.
- **La préparation du matériel.**
- **L'organisation du soin :** les règles d'hygiène, l'autonomie de la personne soignée, l'organisation de l'environnement.
- **Les signes cliniques pris en compte ou non par les étudiants.**

Nous percevons également à ce moment de notre recherche que le raisonnement clinique est un type de raisonnement parmi d'autres lors de la réalisation des soins. Ainsi, par exemple si l'organisation du soin nécessite une évaluation clinique des capacités et des problèmes de santé de la personne, elle dépend également du matériel disponible et de l'infrastructure. Le raisonnement de l'étudiant participera ici à l'anticipation et à l'adaptation du soin.

Voyons maintenant, en quoi ces observations sont-elles des « instruments » de formation pour les étudiants et participent-elles à l'accompagnement du raisonnement clinique?

L'observation : un « instrument » de formation pour le stagiaire ?

Lorsque nous analysons les réactions des étudiants lors de la lecture des observations, il apparaît que la confrontation à la trace objectivée de leur activité (l'observation) peut conduire le formé à une posture réflexive. En effet, il déclenche un processus de prise de conscience. Pour J. Piaget⁶⁵ la prise de conscience ne se réduit pas à une simple mise en lumière d'une réalité, c'est une réélaboration de celle-ci. Y. Clot insiste sur le fait que « la prise de conscience n'est pas retrouvaille avec le passé mais métamorphose du passé. D'objet vécu hier, il est promu au rang de moyen pour vivre la situation présente ou future »⁶⁶. Ainsi, par exemple la prise de conscience de l'organisation d'un soin permet à l'étudiant de transformer l'organisation du soin en « objet » de réflexion et d'envisager son amélioration.

⁶⁴ Les étudiants questionnent et proposent des hypothèses de problème de santé au regard de blocs de données successifs, de plus en plus précis. La notion de convergence est à relier à l'élimination au fur et à mesure des hypothèses non pertinentes pour aboutir à l'analyse de la situation de soin du jour.

⁶⁵ PIAGET J. *La prise de conscience*. Paris: P.U.F., collection *Psychologie d'aujourd'hui*, 1974. p. 7.

⁶⁶ CLOT Y. « Méthodologie en clinique de l'activité. L'exemple du sosie ». in SANTIAGO DELEFOSSE M., ROUAN G. et coll. *Les méthodes qualitatives en psychologie*, Paris: Dunod, 2001. p. 145.

De plus notre présence semble avoir un impact. Lors de l'observation, nous rappelons aux étudiants que cette dernière n'est pas une évaluation. Cependant, nous sommes conscientes que notre relation d'accompagnateur-chercheur-formateur avec les étudiants ne relève pas d'un partenariat. Il existe une asymétrie dans la relation du fait même de notre fonction. Trois étudiants sur les quatre reviennent sur notre présence au cours des soins.

Ainsi Isabeau exprime le fait que « même si ce n'est pas noté, on a toujours envie de faire bien les choses ». Notre présence joue alors un rôle de catalyseur. Elle incite Isabeau à montrer le meilleur d'elle-même, à prouver ce qu'elle peut faire. Elle veut « bien faire les choses ». Elle provoque également la réflexivité au cours du soin : « Et c'est vrai que là je me suis dit bon... Et j'ai repensé aux fautes d'avant ». Blanche se sent stressée. Elle se dit « obnubilée par le soin », par le fait « de vouloir bien faire le soin ». Comme Isabeau, elle veut montrer ce qu'elle est capable de faire. Notre présence l'amène à dépasser « le faire », elle se questionne au cours du soin. Même si elle l'évoque comme étant un frein à son action, le regard extérieur enrichi son questionnement et développe sa posture réflexive. Jean aborde l'impact de notre présence sous l'angle de la personne soignée et se demande si notre présence perturbe la personne dont il prend soin. Il n'évoque pas son ressenti concernant notre présence. Il est à noter que contrairement à Isabeau et à Blanche, Jean ne s'est pas senti en difficulté au cours du soin. Pendant l'entretien il évoque une M.S.P.⁶⁷ qui a eu lieu la semaine précédente. Jean a été évalué lors de la toilette de cette même dame. Nous apprenons par la suite qu'il a obtenu la note de 17/20. Cette évaluation influence-t-elle le vécu de Jean au cours de l'observation ? Aliénor n'évoque pas notre présence. Nous ne relevons pas de questionnement en situation.

Nous avons établi que l'observation est un « instrument » de la co-activité du formé et du formateur. L'accompagnement des étudiants commence par la restitution de leurs observations. Cependant, pour deux étudiants la confrontation à la trace de l'activité n'est pas suffisante en soi. Nous allons donc poursuivre notre analyse et revenir sur les entretiens d'autoconfrontation.

Caractériser les entretiens

En quoi les entretiens vont-ils participer au travail réflexif ? Pour L. Vygotski « prendre conscience

d'une opération c'est en effet la faire passer du plan de l'action à celui du langage, et la réinventer en imagination pour pouvoir l'imprimer en mots »⁶⁸. Ainsi, l'entretien d'autoconfrontation accompagne la mise en mots et relève d'une activité constructive qui permet de développer le sens des soins. « La pensée ne s'exprime pas dans le mot elle s'y réalise »⁶⁹.

Poursuivons notre analyse et catégorisons nos registres de questionnement.

Les registres de nos interventions et des verbalisations autonomes des étudiants

Lors de la construction de la méthodologie de recherche, nous avons développé une connaissance de la théorie sous tendue par l'entretien d'autoconfrontation. Ainsi, au cours des entretiens, nous avons présent à l'esprit quatre catégories autour desquelles les étudiants organisent leur activité et construisent le sens des soins :

- quelles sont les préoccupations, les intentions de l'étudiant lors du soin, que cherche-t-il à faire ? Ces éléments relèvent de l'engagement de l'étudiant dans le soin.
- quelles sont les données que l'étudiant identifie et mobilise dans la situation ? est ce qu'elles relèvent du ressenti (les sensations, d'ordre proprioceptif), du souvenir d'expériences passées (d'ordre mnémonique), de sa perception (observation, d'ordre perceptif) ? Ces éléments relèvent du représentamen, ce qui est perçu comme significatif par l'étudiant dans la situation de soins, ce qu'il prend en compte, ce sur quoi il se focalise.
- comment l'étudiant construit-il ses connaissances (articulation savoirs pratiques/savoirs théoriques) ? Il s'agit de mettre en évidence les connaissances mobilisées par l'étudiant dans la situation de soins.
- quelle influence ont les représentations de l'étudiant et ses sentiments sur sa compréhension de la situation ?

Une partie de nos interventions relève du questionnement qui explore ces catégories. D'autres interventions procèdent de la reformulation, d'une demande de clarification ou de confirmation de notre compréhension. Nous relevons également des passages où nous lisons les observations. Les étudiants réagissent spontanément à la lecture sans demande explicite de notre part. D'autres encore marquent notre écoute attentive et notre compréhension.

⁶⁷ Mise en situation professionnelle.

⁶⁸ I. VYGOTSKI cité par G. VERGNAUD. *Lev Vygotski, pédagogue et penseur de notre temps*. Paris : Hachette, collection Education. 2000. p. 17.

⁶⁹ VIGOTSKY L. *Pensée et langage*. Paris : Editions sociales, 3^e édition, 1998. p. 493.

TABLEAU 1
Récapitulatif du pourcentage des interventions par catégorie

	Écoute	Sentiments	Explicitation	Intention	Focalisation	Description	Confirmation	Confrontation autonomie
Isabeau	10,4%	6,1%	9,8%	6,7%	21,9 %	9,8%	14,6%	20,7%
Aliénor	0%	7,3%	21,2%	17,5%	12,4%	20,4%	16,1%	5,1%
Blanche	0%	1,8%	12,5%	17,9%	8,9%	14,3%	21,4%	23,2%
Jean	1,6%	4 %	12,9%	4,8%	12,9%	8,1%	16,1%	39,5%

Nous repérons donc les huit catégories suivantes : écoute (marqueur de l'écoute attentive et de la compréhension, ex: « d'accord »), sentiment (demande sur le ressenti en situation), explicitation (demande d'explicitation, ex: comment vous savez ça), intention (demande d'exprimer les intentions, ex: quelle est votre préoccupation?), focalisation (demande sur les éléments perçus comme significatif dans la situation), description, confirmation (reformulation et demande de confirmation), confrontation/autonomie (marque l'autonomie des étudiants au regard de l'observation).

Après avoir ainsi catégorisé nos interventions, nous les avons identifiées et quantifiées pour chaque entretien. Nous avons calculé les pourcentages par catégories (voir tableau n° 1).

Afin de pouvoir croiser les données, nous avons également catégorisé les verbalisations des étudiants lorsqu'ils interviennent de façon autonome à la co-lecture des observations. Nous avons alors retrouvé des catégories communes avec celles de nos interventions: le ressenti en situation (sentiment), l'explicitation, les intentions, la description, les éléments perçus comme significatifs dans la situation (focalisation), la confirmation. Nous identifions également une nouvelle catégorie que nous avons appelé: la prise de conscience/la réflexivité. En voici des exemples:

Isabeau: oui, en fait je viens de me rendre compte que j'ai oublié la solution hydro alcoolique. Là, je me rends compte que j'ai fait une faute d'hygiène.

Isabeau: [...] là, avec du recul [...] j'aurais dû poser plus de questions.

Analysons maintenant les données issues des catégorisations de nos interventions et des verbalisations autonomes des étudiants.

Lorsque nous regardons nos catégories d'interventions lors de l'entretien avec Isabeau, nous remarquons que 20,7 % d'entre elles relèvent de la lecture de l'observa-

tion. De fait, nos demandes d'explications et de descriptions sont deux fois moins importantes. Ces éléments marquent l'autonomie d'Isabeau au regard de l'observation et l'efficacité de notre contrat de communication (basé sur la compréhension). Isabeau a identifié nos attentes et elle a moins besoin de nos questions pour accompagner son explicitation, sa description, l'expression de ses intentions ou des éléments perçus comme significatifs. Elle balaye spontanément ces différentes catégories. Nous notons également qu'elle développe sa réflexivité dans 10 % de ses verbalisations autonomes.

Si nous comparons nos interventions au cours de l'entretien avec Aliénor, nous voyons que les rapports sont nettement différents. En effet, pour Aliénor seulement 5,1 % de nos interventions sont de l'ordre de la simple lecture de l'observation. Par contre, les catégories les plus représentées sont les demandes:

- d'explicitation: 21,2 % pour Aliénor contre 9,8 % pour Isabeau;
- de description: 20,4 % pour Aliénor contre 9,8 % pour Isabeau;
- d'expression des intentions: 17,5 % pour Aliénor contre 6,7 % pour Isabeau.

Les verbalisations autonomes d'Aliénor relèvent en majorité du registre descriptif⁷⁰. Nous voyons ici que nous avons ajusté nos questions en fonction des besoins des étudiants, de l'autonomie qu'ils peuvent développer ou non au cours de l'entretien d'autoconfrontation. Qu'en est-il pour Blanche?

Lorsque nous regardons le tableau récapitulatif des pourcentages de nos interventions, nous identifions un pourcentage de 21,4 %, significativement plus élevé, de demandes de confirmation au cours de l'entretien avec Blanche. Nous voyons également une plus faible sollicitation du ressenti par rapport aux autres étudiants. Ces éléments prennent tout leur sens au regard de notre propre ressenti au cours de l'entretien. En effet, nous avons senti Blanche sur la défensive. De fait, afin

⁷⁰ Les pourcentages calculés dans l'annexe VII, volume 2, p. 29 sont à questionner du fait du peu de données, 7 réponses autonomes pour Aliénor. Ils nous semblent pourtant représentatifs de la difficulté de questionnement d'Aliénor et de conceptualisation de la situation. Nous y reviendrons lors de la poursuite de l'analyse.

de maintenir le contrat « en acte » de non jugement, nous sollicitons la confirmation de notre compréhension et nous explorons moins Blanche sur son ressenti.

Pour Jean, la catégorie la plus représentative est celle des verbalisations autonomes à la lecture de l'observation : 39,5 %. Dans presque 29 % des cas, il nous apporte une description de la situation. Cette catégorie de demande est de fait peu importante : 8,1 % de nos interventions. Nous corrélons cette autonomie dans la conceptualisation de la situation de Jean à l'évaluation clinique (M.S.P.) de la semaine précédente. Nous rappelons que lors de la M.S.P. l'étudiant présente une démarche de soin, soit l'analyse de la situation ainsi que les soins et leur argumentation. Jean a donc dû analyser la situation de soin de Madame A. Nous remarquons également pour Isabeau et Jean un taux nettement inférieur de demande de clarification de leurs intentions par rapport à Aliénor et Blanche. Nous nous questionnons alors sur l'impact de notre fonction de formatrice. En effet, chaque formateur est plus particulièrement responsable d'un groupe d'étudiant, que nous appelons « groupe de référence ». Au cours de la première année, les travaux en groupe de référence sont nombreux et sont animés par le formateur « référent ». Isabeau et Jean sont dans le groupe dont nous sommes la « référente ». Ainsi, au delà du contrat établi avec les étudiants pour cette recherche, se superpose le contrat de communication et de travail défini au sein du « groupe de référence ». Suite aux observations et aux entretiens nous avons négocié avec nos collègues le fait de ne pas évaluer ces quatre étudiants en situation clinique. Il nous semblait difficile de tenir la double posture d'accompagnateur-chercheur et d'évaluateur.

SYNTHÈSE INTERMÉDIAIRE

Dans ce début d'analyse, nous identifions les impacts de nos observations sur les étudiants. Tout d'abord, notre présence et notre regard ne sont pas neutres :

- notre présence enrichit le questionnement des étudiants en situation. Elle les amène à « vouloir bien faire les choses ».
- notre regard professionnel traverse l'observation et construit l'intelligibilité de la situation de soin. Les catégories balayées par l'observation s'appuient sur notre lecture et notre analyse en cours d'action.

Dans un deuxième temps, la confrontation à la trace de leur activité déclenche des prises de conscience et participe au retour réflexif sur le soin. Ainsi, d'outil

élaboré à des fins de recherche, l'observation devient un « instrument » :

- de l'activité du formateur : elle permet le décryptage au plus près des situations de soins ; les entretiens d'autoconfrontation s'appuient sur l'observation.
- de formation pour le formé : elle provoque (pour une partie des étudiants) des prises de conscience.

L'analyse du contrat de communication « en acte » met en exergue notre posture d'accompagnateur-chercheur. La catégorisation de nos interventions souligne notre adaptation aux étudiants au cours des entretiens. La confiance établie et notre démarche de compréhension permettent aux étudiants de s'exprimer, de se questionner et de développer leur réflexivité. Des pistes d'analyse émergent. Si l'observation nous permet de développer notre propre compréhension de la situation de soins. Il nous faut maintenant poursuivre dans cette voix et formaliser la structure conceptuelle de la toilette.

Nous allons construire notre cadre d'analyse au regard de notre objet de recherche : **comment, en tant que formateur en soins infirmiers, accompagner la construction et le développement du raisonnement clinique « en acte » des étudiants en soins infirmiers ?**

Quelques éléments de compréhension

Dans les parties précédentes nous avons présenté les observations et les entretiens d'autoconfrontation. Nous devons organiser ces matériaux. Afin d'en faciliter la lecture, nous avons réalisé dans un premier temps le « couplage » qui établit le parallèle entre les observations et les verbalisations des étudiants. Dans un deuxième temps, nous avons identifié et titré les différents épisodes dans le déroulement des soins. Afin de pouvoir répondre à notre problématique, il nous faut comprendre comment les étudiants construisent le raisonnement clinique que nous considérons comme une compétence au cœur du métier d'infirmière afin de les accompagner dans cet apprentissage. La didactique professionnelle cherche à « analyser les processus d'acquisition et de transmission des compétences professionnelles en vue de les améliorer »⁷¹. Voyons ce que nous apporte son éclairage.

L'apport de la didactique professionnelle

Pour J. Rogalski, la didactique professionnelle développe un « modèle intégrateur de la formation et du développement

⁷¹ PASTRE P. « Editorial ». in *Education Permanente*, n° 139, février 1999. p. 7.

des compétences permettant une articulation d'une théorie de l'activité et d'une approche développementale » (en référence aux cadres théoriques de Piaget et Vygotski sur le développement cognitif et socio-cognitif)⁷². Comme nous l'avons vu précédemment, la compétence est directement liée à l'activité du professionnel, à l'individu en situation de travail. Pour P. Pastré la situation correspond « à la dimension pragmatique et opératoire de la connaissance [...] c'est d'abord ce qui fait sens pour un sujet. C'est un ensemble d'enjeux, d'opportunités ou de menaces [...] »⁷³.

Il organise la structure conceptuelle de la situation professionnelle autour des trois points suivants :

- « toute situation professionnelle comporte une structure conceptuelle qui représente la dimension invariante qu'on retrouve dans toutes les situations semblables, si on fait abstraction des particularités liées aux contextes spécifiques.
- Cette structure conceptuelle a pour objectif l'action, elle sert au diagnostic de situation. Elle consiste à construire un réseau de relations de signification à des indicateurs qui permettent de les évaluer.
- L'apprentissage de cette compétence au diagnostic de situation se fait moins en refaisant qu'en analysant ce qui a été vécu »⁷⁴.

Ces trois points sont fondamentaux. Ils pointent la nécessité, dans le cadre d'une formation professionnelle, d'analyser les situations professionnelles et d'identifier les invariances au sein d'une classe de situation. L'analyse est source d'apprentissage. Pour accompagner les étudiants, il nous faut donc comprendre la structure conceptuelle de la situation de soin.

La structure conceptuelle de la situation: la toilette.

Nous avons observé les quatre étudiants lors de soins d'hygiène auprès de personnes en institution (hôpital général, hôpital de santé mentale, foyer logement, unité de soins longue durée). Chaque observation révèle des différences et des points communs. En effet, chaque situation est singulière mais l'analyse du corpus (observations et entretiens d'autoconfrontation) nous permet d'identifier la dimension invariante de la classe de situation que représentent les soins d'hygiène. Nous allons dans un premier temps revenir sur la notion de

situation et en identifier la singularité. Dans un deuxième temps, nous analyserons la structure conceptuelle de la toilette.

Qu'est ce qu'une situation ?

La situation selon J. Dewey :

La notion de situation trouve son origine dans deux courants : le pragmatisme et l'interactionnisme. La compréhension de la situation vise à expliquer l'action au regard d'une double perspective : « le rapport que les conduites individuelles entretiennent à l'environnement [...], les compétences que les acteurs mettent en œuvre pour mener les interactions à bien »⁷⁵. A. Ogien reprend les trois caractéristiques de la situation établies par J. Dewey :

- « la situation est qualitative (possède des caractéristiques propres qui lui donnent sa configuration « unique et induplicable »), [...], il s'agit ici de la perception immédiate de l'acteur impliqué dans la situation. Ces caractéristiques s'imposent à lui.
- la situation est « qualificative (tous les éléments constitutifs de la situation prennent une « coloration » spéciale du fait même de la relation dans laquelle celle-ci les place) [...]. L'intelligibilité de la situation se construit dans l'organisation et les interactions des éléments qui la caractérisent dans l'idée de former un tout.
- la situation « exerce un contrôle sur l'expérience (procure des critères d'identification permettant une détermination acceptable⁷⁶) ». Il s'agit ici d'élargir l'intelligibilité à l'ensemble des acteurs impliqués dans la situation qui s'accordent sur la lecture, le sens de la situation.

Voyons ce que nous apportent ces éclairages.

Lors des entretiens d'autoconfrontation, nous avons sollicité les étudiants sur la présentation du stage. Notre questionnement a engagé le fait d'identifier le type de service et leur vécu en stage. Les étudiants ont donné les éléments significatifs pour eux de l'environnement général du stage. Pour Blanche, Isabeau et Jean nous retrouvons les éléments suivants :

- le type de service et de structure : hospitalier ou non et la spécificité du service (long séjour, médecine, psychiatrie, institution pour personne âgée).
- les personnes accueillies : caractérisées soit par une pathologie, soit par un degré d'autonomie, soit par le ressenti des étudiants.
- l'organisation des soins et des professionnels.

⁷² ROGALSHI J. citée par MUNOZ G. « Filiations et ruptures en didactique professionnelle ». in *Education permanente*, n° 166, 2006. p. 87.

⁷³ PASTRE P. « Conceptualisation et herméneutique : à propos d'une sémantique de l'action ». in BARBIER J.-M., GALATANU O., *Signification, sens, formation*. Paris : P.U.F., 2000. p. 47.

⁷⁴ Ibid. p. 51.

⁷⁵ OGIEAN A. « Emergence et contrainte. Situation et expérience chez Dewey et Goffman ». in DE FERNEL M., QUERE L. *La logique des situations : nouveaux regards sur l'écologie des activités sociales*. Paris : Edition de l'Ecole des Hautes études en sciences sociales, collection Raison Pratique, n° 10, 1999. p. 69.

⁷⁶ Ibid. p. 76.

Concernant la présentation du service, Aliénor en indique uniquement le type de service « gériatrie, géronto psychiatrie » Les quatre étudiants abordent l'encadrement par les professionnels du service.

Dans cette première étape de recontextualisation de la situation observée, des différences apparaissent entre les étudiants. Ainsi, si la situation « qualitative » s'impose à l'acteur, nous voyons que la précision et la diversité des informations extraites de la situation varient selon la perception des étudiants. Blanche développe son récit autour de la spécificité des personnes « oligophrènes »⁷⁷. Elle élabore d'emblée son analyse et l'intelligibilité de la situation « j'étais dans un service psychiatrique, et euh, c'étaient des adultes oligophrènes, il y avait quelques enfants mais euh, généralement, c'étaient majoritairement des adultes. Ils étaient déformés et donc handicapés moteurs et mentaux. Et euh, ils étaient déformés et donc il fallait faire attention en les manipulant » Elle identifie et met en valeur les éléments qui lui semblent pertinents et qui influencent la mise en œuvre des soins : les déformations physiques et les précautions lors des manipulations. De plus, elle exprime son appréhension concernant ce stage et se questionne quant à ses propres possibilités de réaction et d'adaptation dans la situation : « J'avais beaucoup d'appréhension, la psychiatrie me faisait peur, c'est l'inconnu. Quand j'ai rencontré le cadre, elle m'avait dit que ça n'était pas la même chose que dans les autres services. C'est vrai qu'il y a des préjugés dans la société, j'appréhendais. Et même par rapport à mon comportement avec les patients je ne savais pas si je saurais m'adapter ». Par la médiation du cadre de santé de l'unité, Blanche confronte sa représentation de ce service de psychiatrie à celles des professionnels. Elle développe sa compréhension de l'environnement et s'accorde avec les autres professionnels du service sur le sens de la situation. Blanche signale également que l'entretien d'accueil avec le cadre du service lui a permis d'être rassurée et lui a offert la possibilité d'exprimer ses craintes, par la suite, lors d'une situation de soin qui l'a choquée. Elle évoque le cas d'une personne mise sous contention afin de la protéger. Blanche présente également l'organisation des soins et la répartition de l'équipe sur l'ensemble des unités du pavillon. « Euh, donc, après dans l'organisation du service on donnait le petit déjeuner, ensuite c'était les toilettes. Il y avait des aides soignantes ou AMP⁷⁸, sur chaque côté. À l'étage, il y avait deux personnes et en bas aussi. Il y avait aussi l'infirmière qui venait aider en bas parce que c'était plus lourd. Et euh, après on les hydratait vers 10 h 30, vers 12 h 30 c'était le repas et ensuite on les recouchait. On mettait de

la musique pour les détendre un peu et il y avait aussi les médicaments » Elle relève la spécificité des unités notamment en fonction du degré d'autonomie des personnes soignées.

Aliénor et Isabeau expriment, quant à elles, leur ressenti sur l'encadrement et l'accueil dans le stage. Isabeau nous dit : « Moi j'ai trouvé que l'encadrement... l'encadrement n'était pas stable, super super. C'était, un jour où il fallait pas poser de questions, c'était très variable. Donc ce n'était pas facile de se positionner, et même par rapport aussi aux infirmières et aux aides soignantes » Elle présente également la spécificité du service au regard des orientations médicales : gériatrie et gastroentérologie, ainsi que l'organisation de l'équipe soignante. Aliénor souligne que l'ambiance au sein du service telle qu'elle l'a ressentie, a influencé son positionnement : « La première semaine ça ne s'est pas bien passé. Je n'ai pas voulu trop m'intégrer dans l'équipe, parce que je trouvais qu'il y avait une mauvaise ambiance et euh je trouvais le personnel assez hypocrite, ils critiquaient les collègues par derrière...mais le stage ne s'est pas trop mal passé quand même ». Nous questionnons Aliénor afin de clarifier si les éléments évoqués concernent l'encadrement. Elle nous dit alors : « eh bien l'encadrement, c'est vrai que les infirmières m'ont beaucoup encadrée, elles sont souvent venues regarder comment se passait la toilette, m'évaluer, me dire ce qui n'allait pas, et euh, sur l'encadrement je n'ai rien à dire. Elles me demandaient toujours si ça allait, et c'est vrai, elles voulaient souvent m'évaluer donc pour moi...[...] oui elles me disaient aujourd'hui on va venir t'évaluer sur la toilette » Pour ces deux étudiantes, leurs perceptions et leurs lectures de l'environnement du stage ont interféré sur leur comportement en stage. Isabeau a développé des stratégies d'adaptation en repérant dans la relation avec les soignants leurs dispositions ou non à l'encadrement. Elle a ainsi sollicité plus ou moins les membres de l'équipe. Aliénor a mis de la distance avec l'équipe soignante et semble être dans une position passive par rapport à l'encadrement. Les infirmières l'ont encadrée *a priori*. Dans ce qu'elle exprime lors de l'entretien, elle ne sollicite pas l'encadrement.

Jean souligne son ressenti positif lors de l'accueil par les soignants et par les résidents. Il s'est également senti bien encadré : « j'ai été très bien accueilli, très bien encadré, par les résidents j'ai eu un bon accueil aussi » Il nous dit « Ils m'ont montré la technique comment eux ils faisaient et puis ensuite c'est moi qui l'ai fait et ils ont émis quelques critiques si besoin et ensuite ils m'ont laissé faire dès que c'était bien »

⁷⁷ Personne présentant une arriération mentale. L'oligophrénie a de multiples étiologies et en soi le terme ne permet pas de présager du niveau de développement ou de dépendance d'une personne.

⁷⁸ Aide Médico-Psychologique.

Nous voyons dans cette première analyse que l'environnement des stagiaires influence leurs actions. Si les caractéristiques de la situation s'imposent à eux, tous ne perçoivent pas les mêmes éléments comme significatifs, tous ne cherchent pas à construire le sens de la situation. Ce qui nous amène à questionner la troisième caractéristique de la situation proposée par J. Dewey: la situation « *exerce un contrôle sur l'expérience, procure des critères d'identification permettant une détermination acceptable* »⁷⁹. Suffit-il d'être dans une situation, de vivre une situation pour parler d'expérience et d'apprendre de cette situation?

De la situation à l'expérience et à la connaissance

Dès le début de l'entretien, nous voyons des interactions différentes selon les étudiants avec l'environnement du stage. Pour Dewey « *une situation est une circonstance dans laquelle une expérience a l'occasion de s'accomplir et qui provoque l'enquête* »⁸⁰. En cela la situation exerce un contrôle sur l'expérience. Dewey différencie « une expérience » qui est le fruit d'un processus de détermination grâce à l'enquête et « l'expérience » qui relève d'une « *absence d'orientation [...] ou d'une pure efficacité mécanique* »⁸¹. L'enquête relève d'une démarche de problématisation qu'il organise autour de trois étapes⁸²:

- « *la situation indéterminée est eue* » c'est-à-dire que l'individu est pris à son insu dans une situation qui n'est pas déterminée *a priori*;
- afin de lever cette indétermination, l'individu va construire un problème et pour cela il sélectionne « *des éléments pertinents dotés d'attributs et ordonnés [...]* »;
- enfin il apporte une solution au problème.

L'enquête transforme une situation indéterminée en une situation déterminée. Elle met en œuvre des schèmes visant à résoudre des problèmes qui brisent la continuité de l'expérience de l'individu dans son environnement⁸³.

Nous identifions que, lors de la présentation de l'environnement et du contexte de la situation de soin qui va être observée, les étudiants manifestent des capacités de raisonnement, d'inférence, de représentation qui les spécifient. Afin de mieux comprendre ce qui

favorise ou freine le développement de ces capacités, il nous faut poursuivre notre compréhension au plus près de la situation de soin et établir la structure conceptuelle de la toilette à partir du corpus recueilli auprès des quatre étudiants.

Les schèmes organisateurs de la toilette.

Le cadre théorique de l'analyse de l'activité

G. Vergnaud s'inspire des travaux de Piaget et Vygotski et dans le cadre de la théorie de l'activité et de la didactique professionnelle, il identifie deux formes de connaissances⁸⁴:

- La connaissance dite formalisée: il s'agit de la connaissance mise en mots (orale ou écrite), on y accède par la culture.
- La connaissance dite opératoire: il s'agit ici des connaissances qui permettent à l'être humain d'agir sur le réel et d'être efficace en situation. Pour G. Vergnaud, le champ des connaissances opératoires est le plus important. Pour une grande partie, ces connaissances sont implicites et non conscientes.

L'enjeu de l'analyse des situations de travail est donc de faire expliciter l'ensemble de ces connaissances qui sont inscrites dans la situation. G. Vergnaud établit un cadre d'analyse de l'activité s'appuyant sur l'identification des éléments constitutifs du schème et notamment la relation entre les invariants opératoires et les règles d'action dans l'organisation de l'activité. Ainsi, il définit le schème comme étant « *une totalité dynamique et fonctionnelle. C'est une organisation invariante de la conduite pour une classe donnée de situations. Il est formé de plusieurs catégories d'éléments, tous indispensables: les buts et anticipations, des règles d'actions, des possibilités d'inférence en situation, et des invariants opératoires* »⁸⁵. Le schème, puisqu'il s'adresse à une classe de situations, est universel. Il vise l'action mais également la conceptualisation. Il n'est pas de l'ordre de la procédure et ne produit pas des comportements stéréotypés. La dimension invariante est à entendre dans l'organisation de l'activité. Le schème est dynamique. Il est le fruit des interactions entre ces différents éléments dont nous reprenons les définitions:

⁷⁹ Ibid. p. 76.

⁸⁰ Ibid. p. 80.

⁸¹ Ibid. p. 76.

⁸² Loc. Cit.

⁸³ GARRETA G. « Situation et objectivité. Activité et émergence des objets dans le pragmatisme de Dewey et Mead ». in DE FERNEL M., QUERE L. *La logique des situations: nouveaux regards sur l'écologie des activités sociales*. Paris: Edition de l'Ecole des Hautes études en sciences sociales, collection Raison Pratique, n° 10, 1999. p. 37.

⁸⁴ VINATIER I. *Théorie de l'activité et didactique professionnelle*, promotion 2006-2007. Nantes: Département des sciences de l'éducation de l'Université. 2006.

⁸⁵ VERGNAUD G. « Au fond de l'action la conceptualisation ». in BARBIER J.-M. *Savoirs théoriques et savoirs pratiques*. Paris: PUF, 1996. p. 283.

⁸⁶ Ibid. p. 285.

- Les buts et anticipations: les buts donnent la « *fonctionnalité du schème* », le sens de l'activité, il s'agit des attentes de l'acteur, de ses anticipations quant aux effets recherchés;
- Les invariants opératoires: « *constituent la partie cognitive du schème, ils consistent dans les concepts-en-acte et les théorèmes-en-acte qui permettent de sélectionner et interpréter l'information pertinente et de la traiter* »⁸⁶. Il s'agit donc de ce que l'acteur (le travailleur) tient pour vrai et pertinent au regard de la situation et de la tâche.
- Les règles d'action: il s'agit des actions au sens propre avec ce qui relève de la prise d'informations et du contrôle dans la situation.
- Les inférences: permettent l'adaptation du schème aux caractéristiques de la situation et de la tâche. Il s'agit des paramètres qui déterminent les choix des règles d'action. Ainsi l'acteur peut convoquer des éléments en lien avec d'autres situations, des expériences précédemment vécues.

Pour P. Pastré « *La construction d'invariants opératoires, l'identification de la structure conceptuelle d'une situation professionnelle, c'est le processus même par lequel un agent se rend maître d'une situation, c'est-à-dire parvient à organiser son activité de manière à orienter de façon efficace la situation par rapport à ses propres buts. Les invariants opératoires sont les outils qui rendent efficaces notre action sur le monde* »⁸⁷. L'analyse de la structure conceptuelle d'une situation allie donc l'analyse des éléments qui s'imposent aux acteurs et l'analyse de leurs représentations⁸⁸. P. Pastré précise que la situation « *correspond à cette dimension pragmatique et opératoire de la connaissance. Une situation c'est d'abord ce qui fait sens pour un sujet* »⁸⁹.

Afin de poursuivre notre cheminement, identifions maintenant la structure conceptuelle de la situation de soin « la toilette »⁹⁰ à partir de ses éléments constitutifs.

La structure conceptuelle de la toilette

L'objectif de cette partie est de repérer ce qu'il est nécessaire aux étudiants de conceptualiser pour appréhender la situation ici « la toilette » afin de pouvoir agir sur le réel. Nous basons notre analyse sur l'ensemble du corpus. Nous reprendrons des extraits d'entretien. Trois schèmes opératoires, au sens de G. Vergnaud, semblent se dégager de l'analyse de la situation de soin « la toilette »:

- l'organisation du soin;
- la relation soignant/soigné;

- le raisonnement clinique.

Regardons plus précisément chacun de ces trois schèmes. Voyons tout d'abord le schème concernant l'organisation du soin.

Le schème « organisation du soin » est structuré autour des buts suivants:

- Réaliser un soin adapté afin de maintenir ou de favoriser l'autonomie et la participation de la personne soignée:
 - « *elle est hémiplégique du côté gauche, c'est écrit dans son dossier. Et donc en fait elle fait la toilette du côté gauche avec sa droite* »;
 - « *c'est vrai que comme c'est une aide à la toilette, pour moi une aide à la toilette c'est euh, enfin, l'aider... garder l'autonomie qu'a la personne et si je commence à faire à sa place, elle va prendre cette habitude de ne pas le faire. Finalement après elle perdra une partie de son autonomie, si elle ne le fait pas d'elle-même* »;
 - « *euh, là je me dis c'est une dame qui a l'habitude de faire sa toilette du visage seule. Donc pour préserver son autonomie, euh, et c'est quelque chose qu'elle aime faire, et donc là je décide de lui donner le gant pour qu'elle puisse faire seule son visage* »;
- Dans un temps adapté:
 - « *pas que la toilette dure trop dans le temps* »;
- Dans le respect de l'intimité et du confort de la personne soignée:
 - « *en fait je l'enlève pas trop tôt pour la pudeur, c'est comme je laisse le pyjama jusqu'à ce que j'ai fini de lui brosser les dents pour ne pas qu'il ait froid* »;
 - « *je me dis qu'il faut que je le tourne le moins possible, pour ne pas l'embêter et le fatiguer* »;
 - « *c'est vrai qu'après je lui demande d'enlever la chemise de nuit mais je sais qu'elle est très pudique donc je lui explique ce que l'on va faire, je comprends bien que ça la gêne de se déshabiller, et que voilà...* »;
- Dans le respect de la sécurité de la personne soignée:
 - « *je demande de l'aide parce que les patients sont fragiles, moi je suis là que depuis 4 semaines, pour manipuler le lève malade, le chariot... et par sécurité je préfère avoir quelqu'un à côté de moi qui m'aide, qui vient m'assurer qu'il soit bien installé, et qu'il n'ait pas peur non plus, qu'il soit confortable, ne pas lui faire prendre de risque* »;
 - « *je laisse la droite parce que au moment où je fais la toilette du dos, cette dame là se tourne, euh, enfin elle se mobilise un petit peu euh, je l'aide un peu, elle s'accroche* »;

⁸⁶ Ibid. p. 285.

⁸⁷ PASTRE P. « *Conceptualisation et herméneutique: à propos d'une sémantique de l'action* ». in BARBIER J.-M., GALATANU O., *Signification, sens, formation*. Paris: P.U.F., 2000. p. 47.

⁸⁸ PASTRE P. « *La deuxième vie de la didactique professionnelle* ». in *Education Permanente*, n° 165, 2005. p 37.

⁸⁹ PASTRE P. *Op. Cit.* p. 47.

⁹⁰ Nous considérons ici la toilette comme représentant une classe de situation des soins infirmiers.

à la barrière, c'est aussi par mesure de sécurité, pour éviter qu'elle tombe lorsque je fais la toilette du dos, étant donné que j'étais seule à faire la toilette ».

L'analyse du corpus nous permet également d'identifier les invariants opératoires, les règles d'action. Des inférences se feront en fonction de la structure et du matériel mis à disposition des soignants, ainsi par exemple Jean fait apparaître la spécificité de la structure. Il n'y a pas d'essuie mains en papier à l'étage où il travaille, il a donc ajusté son chariot en fonction de cet élément de la toilette.

Cette première analyse des éléments constitutifs du schème « organisation » à partir des quatre observations et entretiens d'autoconfrontation, nous fait mesurer la dimension universelle du schème évoquée par G. Vergnaud⁹¹. Notre regard professionnel y reconnaît l'ossature de l'organisation de la toilette et la nécessaire plasticité de cette organisation. Les inférences ouvrent sur les possibles et les adaptations à opérer en situation. En effet, la réalisation d'une toilette dans un service de réanimation (dans un environnement avec équipement médical important: respirateur, scope...) sera différente d'une toilette réalisée au domicile de la personne soignée. La structure (lieu, infrastructure, dotation de personnel), le matériel disponible, sont à prendre en compte dans l'organisation. Isabeau nous dit, au début de l'entretien, qu'une de ses préoccupations relève de l'organisation du soin. Afin d'anticiper le soin, elle élabore la veille « une fiche technique » qui s'apparente à une procédure, voici ce qu'elle exprime à ce sujet:

« En fait la veille j'avais fait le travail par écrit, où j'avais fait une fiche technique de la toilette au lit, en écrivant mon ordre par où j'allais commencer, comment j'allais organiser mon chariot, tout ça, mais euh, en fait cette feuille là je l'ai reprise après, et en fait il y avait plein de trucs qui ne convenaient pas, dans l'organisation, et puis je n'avais pas prévu la situation qui allait se passer avec la patiente en fait. Donc c'est vrai que, euh ça m'a fait voir autrement, on ne peut pas se faire une fiche technique pour la toilette en fait. Ce n'est pas facile du tout. [...] Il y a tellement de situations possibles que..... »

Isabeau prend conscience de l'impossibilité d'appliquer une procédure « toilette ». Elle conclut par: « Il y a tellement de situations possibles ». Nous sommes surprises lors de cette analyse, par la richesse des éléments apportés par des étudiants après seulement 6 à 8 semaines de stage clinique. Nous relevons à nouveau les différences de niveau de conceptualisation entre les étudiants.

Cette analyse nous permet également d'identifier ce que ne font pas les étudiants. Par exemple, ils ne lisent pas systématiquement les transmissions écrites du dossier de soins chaque matin (lorsque ces transmissions existent). Nous relevons également des imprécisions concernant l'évaluation de l'autonomie et de la situation clinique du jour. Ainsi, dans un premier temps nous avons intitulé un invariant opératoire: l'autonomie doit être évaluée; nous l'avons reformulé: l'autonomie doit être prise en compte. En effet, les verbalisations des étudiants ne sont pas suffisamment précises au regard des éléments cliniques significatifs de l'évaluation de l'autonomie. A ce stade de la formation, ils se réfèrent aux soignants pour identifier les soins à réaliser.

Repérons ce qu'il en est pour le deuxième schème identifié:

La relation soignant/soigné, ici, le but est d'établir une relation adaptée à la personne dans la situation. Reprenons les éléments constitutifs de ce schème qui émergent de l'analyse.

Cette analyse met en exergue l'interaction entre les schèmes. Nous retrouvons des éléments constitutifs communs. Par exemple, l'organisation de l'environnement va influencer la distance physique entre le soignant et le soigné et de fait influencer la relation.

Comme précédemment, nous retrouvons l'ossature de la relation soignant/soigné. Les règles d'actions relèvent du respect « en acte » de la personne soignée. Notons également que les étudiants n'évoquent pas de « savoirs théoriques » sur la relation. L'utilisation du « vous » ou du « on » n'est pas identifiée comme participant à la relation.

Voyons maintenant le troisième schème: **le raisonnement clinique**.

Le troisième schème évoqué est celui du raisonnement clinique. Nous nous heurtons ici à une difficulté non appréhendée jusqu'à présent: l'analyse du raisonnement clinique mobilise une multitude de situations. Revenons sur notre approche théorique du raisonnement clinique.

Nous avons regardé auparavant le raisonnement clinique comme une démarche de problématisation. Le schème et la problématisation sont deux façons de décrire l'activité. Afin d'aider l'analyse du schème « raisonnement clinique » nous nous proposons de croiser ces deux cadres théoriques avec les définitions de la démarche clinique.

Dans les deux cadres théoriques de la didactique professionnelle et de la problématisation nous retrouvons les buts qui mobilisent les acteurs, ce qui oriente leurs

⁹¹ VERGNAUD G. *Op. Cit.* p. 284.

ACCOMPAGNER L'APPRENTISSAGE DU RAISONNEMENT CLINIQUE EN SOINS INFIRMIERS

TABLEAU 2
Récapitulatif du schème « relation soignant/soigné »

Les buts	Les invariants opératoires	Les règles d'action	Les inférences
- établir une relation adaptée à la personne dans la situation	- La chambre est un lieu privé - La distance physique, le contact, le positionnement entre le soigné et le soignant joue sur la relation. - Le choix des mots influence la relation.	- <u>saluer les malades</u> : « Je pense en fait à saluer les dames, parce que on rentre dans leur espace qui leur est propre. » - <u>ne pas brusquer, être rassurant</u> : « Je le fais habituellement c'est pour avoir du contact, en fait, pour le rassurer aussi parce que Charles est très peureux, donc , il faut y aller en douceur. Enfin il a dû faire pendant la toilette des gestes brusques, sur-sauter, ça arrivait qu'il était surpris c'est pour ça qu'il faut y aller doucement. » - <u>mettre le chariot de soin à la tête du lit pour voir la personne.</u> « Je le mets pour ne pas tourner le dos comme ça quand je vais à mon chariot je peux continuer de la regarder et de discuter avec elle ». Cette règle d'action est commune avec le schème organisation. - <u>ne pas vexer</u> « Je ne sais pas quoi dire, parce que enfin, euh, parce que quelque part je n'allais pas lui dire oui c'est vrai, au risque de la blesser, la vexer, donc même là si elle le dit sur un ton plutôt à l'aise, moi je l'ai pris sur le ton humour ». - <u>ne pas braquer</u> « J'ai pas envie qu'elle prenne ma réponse pour quelque chose de brut, de brutal en fait ». - <u>identifier les capacités cognitives de la personne et les déficiences</u> « en fait c'est ça quand elle rie, c'est qu'elle ne sait pas trop quoi répondre, elle fait souvent ça,... Quand elle ne se rappelle plus de quelque chose, c'est sa façon d'éviter de répondre... ».	Déficiences ou capacités cognitives, physiques, sensorielles. Transfert des expériences
- établir une relation adaptée à la personne dans la situation	- Les troubles de la mémoire, des épisodes de confusion rendent (ou peuvent rendre) la personne réticente aux soins. (cet invariant est relié au précédent, sur le choix des mots)	- <u>encourager, montrer à la personne soignée qu'elle est capable</u> « comme elle souffrait de démence, lui dire aussi ce qui était bien, pour lui donner confiance, je pense... Oui lui faire plaisir lui donner confiance. Ça je l'ai compris en discutant avec la formatrice avec l'infirmière. » - <u>solliciter, écouter et respecter l'expression</u> « engager la conversation et me renseigner, se confier si ça ne va pas, ces deux choses là en même temps ».	Déficiences ou capacités cognitives, physiques, sensorielles
- établir une relation adaptée à la personne dans la situation	- Le soin doit obtenir l'adhésion de la personne soignée - le soin doit obtenir l'adhésion de la personne soignée	- <u>prendre en compte le vécu au cours de la toilette</u> (cette règle d'action est commune avec le schème organisation : solliciter la personne pendant le soin sur son ressenti, sur son confort). - <u>observer les réactions non verbales.</u> « ben oui je sais qu'il a un retard mental, qu'il ne parle pas mais c'est aussi pour établir une communication euh, il communique à sa façon avec des gestes, par rapport à ses expressions ». - <u>présenter le soin qui va être réalisé</u> « savoir si elle veut bien que je lui fasse sa toilette, si il n'y a pas de souci par rapport à tout à l'heure. » « ben en fait c'est pour bien lui montrer, lui expliquer, parce que des fois je sens qu'il accompagne mon geste, qu'il m'aide, je ne sais pas si c'est voulu ou pas mais enfin voilà, c'est pour ça que je prévenais et pour pas non plus qu'il sente que je lui tire sur le bras sans comprendre. »	Déficiences ou capacités cognitives, physiques, sensorielles Déficiences ou capacités cognitives, physiques, sensorielles

actions et donne sens à leur activité. Les conditions et données du problème se rapprochent des invariants opératoires ce que l'acteur tient pour vrai, pertinent dans la situation. L'enquête a une position transversale et se retrouve dans toute la démarche de problématisation mais elle ne peut s'initier que s'il y a perception du problème. Il ne s'agit pas réellement de règle d'action. Ces deux théories nous apportent une approche complémentaire. En effet, la problématisation s'inscrit dans un rapport à un contenu, elle nous aide à élucider ce qu'est le raisonnement clinique. Elle nous permet de clarifier les savoirs professionnels convoqués en situation. Nous sommes alors dans une approche didactique du raisonnement clinique. Le schème quant à lui s'intéresse au sujet en situation. L'analyse de ces éléments constitutifs nous éclairent sur ce que le professionnel, l'étudiant prend en compte, organise lors des soins. Comment il agit sur le réel. Nous sommes alors dans la didactique professionnelle. Ce temps de réflexion met en exergue la nécessité en formation de développer cette double approche: didactique et didactique professionnelle. Reprenons les entretiens et voyons s'il est adapté et possible d'identifier les éléments constitutifs du schème « raisonnement clinique ».

Nous partons tout d'abord de l'entretien d'Isabeau. Nous nous heurtons à la multitude des situations: la toux, la déshydratation, la continence urinaire, la douleur, la solitude. Des données cliniques, sociale, psychologique, familiale... toutes les données pertinentes dans une situation sont intimement liées à la situation. Or, la définition même du schème selon G. Vergnaud est qu'il est « une organisation invariante de la conduite dans une classe de situation donnée »⁹². Nous avons considéré ici la toilette comme étant une classe de situation, c'est à dire que nous la considérons comme étant représentative d'une activité du professionnel. Le raisonnement clinique est transversal dans toutes les situations de soins, il ne correspond pas seulement à une classe de situation. Ci-dessus, nous avons apparenté le raisonnement clinique à la problématisation. Il représente une activité quasi permanente de l'infirmière en situation clinique qui permet l'adaptation et l'individualisation des soins. Il ne serait pas alors « un schème » mais ce qui participe à l'adaptation des schèmes. Nous retrouvons d'ailleurs l'observation des signes cliniques dans les inférences.

SUITE DE LA SYNTHÈSE INTERMÉDIAIRE

Revenons sur le cours de notre démarche compréhensive. Notre question de recherche est:

⁹² VERGNAUD P. *Op. Cit.* p. 283.

Comment, en tant que formateur en soins infirmiers, accompagner la construction et le développement du raisonnement clinique « en acte » des étudiants en soins infirmiers?

Pour accompagner, il faut identifier comment les étudiants comprennent la situation clinique en stage: comment ils raisonnent, comment ils construisent la conceptualisation de la situation. Nous avons dans un premier temps regardé leurs verbalisations sur le contexte de stage. A ce niveau, nous avons repéré des différences de niveaux de conceptualisation plus ou moins approfondis.

Puis, nous avons développé l'analyse de la structure conceptuelle de la toilette, que nous avons considérée comme une classe de situation, afin de repérer ce que les étudiants construisent pour réaliser les soins. Nous avons identifié deux schèmes qui évoluent en interaction: l'organisation du soin et la relation soignant/soigné. Le raisonnement clinique relève quant à lui, d'une démarche de problématisation de la situation qui permet l'adaptation des soins et donc des schèmes qui s'adressent aux situations de soins. Nous notons qu'il aurait été intéressant d'approfondir comment les étudiants évaluent plus précisément l'autonomie de la personne.

Nous avons vu précédemment que notre posture au cours des entretiens fait vivre le contrat de non jugement. Ce contrat « en acte » favorise l'expression des étudiants. A travers ce début d'analyse des entretiens nous percevons une nouvelle dimension de l'accompagnement lors des entretiens d'auto-confrontation: celle de la conceptualisation de la situation. En effet, les étudiants ne tiennent pas un discours sur leur pratique mais nous montrent au fur et à mesure du questionnaire l'articulation et le sens de leurs interventions. Nous discernons également des régularités fonctionnelles des étudiants en situation clinique, des conduites invariantes, dans l'élaboration ou la non élaboration du raisonnement clinique.

Notre démarche de compréhension, nous amène donc à identifier ces conduites invariantes. Nous allons reprendre les observations et les verbalisations des étudiants en repérant les indicateurs de la problématisation, ce qui favorise cette démarche de problématisation ou ce qui peut faire difficulté. Nous regarderons également comment les étudiants conceptualisent la situation de soins lors du retour sur leur activité et en quoi notre questionnaire accompagne la conceptualisation et la réflexivité des étudiants.

Repérage des régularités fonctionnelles des étudiants en situation clinique

L'analyse qui suit sera donc double. Nous allons caractériser :

- l'activité de chaque étudiant: est-ce qu'il perçoit les signes cliniques? Est-ce qu'il questionne l'existence d'un problème? Est-ce qu'il enquête? Est-ce qu'il prend de l'information afin de déterminer quelles sont les données du problème? Est-ce qu'il construit, mobilise des connaissances? Est-ce que le problème est résolu? Comment le problème est-il résolu? Est-ce qu'il envisage à distance une autre façon de procéder?
- notre posture d'accompagnateur: comment notre questionnement participe à la conceptualisation de la situation et au développement du raisonnement clinique. Pour cela, nous croiserons nos données avec

le tableau 1 (récapitulatif du pourcentage des interventions par catégorie).

Nous présenterons l'analyse des interactions verbales avec Isabeau sous la forme de tableaux synthétiques. (Tableaux 3)

Dans cet épisode, nous voyons la construction pas à pas de la double intrigue: celle qui relève de la construction du raisonnement clinique et celle qui relève de l'accompagnement de la mise en récit. Nous identifions comment Isabeau réagit devant le signe clinique: la toux. Elle prend le signe comme significatif, elle convoque ses expériences des jours précédents, elle observe et compare à la toux déjà connue, elle pose une hypothèse de besoin d'expectorer qu'elle relie à la toux grasse. Elle se trouve en difficulté pour expliciter le mécanisme de la toux grasse. Ces savoirs n'ont pas été enseignés.

TABLEAU 3
Repérage des régularités fonctionnelles d'Isabeau

Caractériser l'activité des étudiants	Caractériser notre posture d'accompagnement
Épisode de la toux • « je me dis ... » : Mise en récit du soin « que j'ai déjà entendu tousser » : Prend en considération le signe et compare avec la toux des jours précédents. « je pense... elle est de travers » : Observe Conclue qu'il n'y a pas d'aggravation (Isabeau poursuit seule au delà de « Mme tousse » sur sa demande auprès de la personne de se redresser) • Besoin d'expectorer : Pose une hypothèse Mais hésite, pose l'hypothèse et la contredit en même temps Difficile de clarifier toux grasse ou raclement de gorge • « quelque chose de coincé dans la gorge » poursuite de la mise en récit « je pense que ... » • Hésite sur la connaissance du mécanisme de la toux grasse : « des sécrétions bronchiques ». • Mise en récit : construit le lien avec son action : Redresse la personne • Cet épisode se clos par l'assentiment de l'étudiante.	Restitue l'observation d'un signe clinique : « Mme tousse ». Questionne ce que perçoit l'étudiant, ce sur quoi il se focalise : Ça vous évoque quoi ? Écoute attentive et compréhension : d'accord Reprise de la parole de l'étudiante : « vous me dites... » suivi d'une demande d'explicitation « comment » par deux fois. Nouvelle demande de précision de ce que perçoit l'étudiant, ce sur quoi il se focalise : vous pensez à quoi ? Écoute attentive, reformulation : d'accord, vous pensez à ça du coup vous l'aidez à se redresser

Poursuivons avec un deuxième épisode de toux. (Tableau 4)

A nouveau à la fin de cet épisode, Isabeau est limitée, à son niveau de formation, par son manque de connaissances sur l'appareil respiratoire et sur les pathologies. Elle a cependant un réflexe de questionnement. Elle perçoit que la toux est plus fréquente. Nous intervenons peu dans cet épisode. Isabeau

montre ici une autonomie par rapport à la confrontation à l'observation. Voyons le troisième épisode. (Tableau 5)

Notre questionnement amène Isabeau à clarifier ce qui la questionne: la fréquence et la récurrence de la toux, à caractériser plus précisément la toux et à la différencier par rapport au début du soin. Voyons le dernier épisode en lien avec la toux. (Tableau 6)

TABLEAU 4
Repérage des régularités fonctionnelles d'Isabeau

Caractériser l'activité des étudiants	Caractériser notre posture d'accompagnement
Épisode de la toux 2 • poursuite de la mise en récit « je me dis », identifie un changement, requestionne sa première hypothèse, sa préoccupation « en savoir plus ». • continue de façon autonome la mise en récit. Poursuit son interprétation de la situation fait appel à des connaissances qui relèvent « du sens commun » et émet de nouvelles hypothèses : rhume, angine.	Restitue l'observation et questionne l'interprétation d'Isabeau devant ce 2^e épisode de toux : Qu'est ce que vous vous dites ? Écoute attentive (hum,hum)

TABLEAU 5
Repérage des régularités fonctionnelles d'Isabeau

Caractériser l'activité des étudiants	Caractériser notre posture d'accompagnement
Épisode de la toux épisode 3 • observe : toux plus fréquente, propose à nouveau la position assise. • caractérise clairement la toux : c'était gras ça n'est plus un raclement de gorge • « se dit » : « c'est bizarre » « que la toux revient souvent »	Restitue l'observation et questionne l'interprétation d'Isabeau, ce sur quoi elle se focalise devant ce 3^{ème} épisode de toux : vous pensez à quoi ? questionne l'interprétation, ce sur quoi elle se focalise : qu'est ce qui vous fait penser qu'elle a besoin de cracher ? questionne l'interprétation : vous y voyez une différence ?

TABLEAU 6
Repérage des régularités fonctionnelles d'Isabeau

Caractériser l'activité des étudiants	Caractériser notre posture d'accompagnement
Épisode de la toux 4 • « en savoir plus » : continuer l'enquête. • Réflexivité : « avec le recul... j'aurai du lui poser plus de questions », prise de conscience qu'elle n'a pas fait de transmissions concernant la toux.	Restitue l'observation et la parole de l'étudiante

Dans cet épisode, nous voyons que progressivement Isabeau en arrive à développer sa réflexivité. Elle envisage ce qu'elle aurait pu faire différemment et prend conscience de ne pas avoir transmis ses observations cliniques sur le dossier de soins. Notre intervention se limite à la lecture de l'observation. Nous sommes en fin d'entretien. Le contrat de communication basé sur la compréhension de la situation est efficace. Rappelons que 20,7 % de nos interventions au cours de l'entretien avec Isabeau relève de la lecture de l'observation sans question de notre part.

Identifions les invariants dans la conduite d'Isabeau à travers un autre exemple. (Tableau 7)

Dans cet épisode nous voyons la démarche de problématisation d'Isabeau. Elle se montre plus sûre d'elle. Elle prend en considération les informations de l'aide soignante : a mangé une biscotte, a bu son café. Pour analyser s'il y a un problème ou non, elle convoque ses connaissances et ses observations. Notre questionnement, que nous adaptons aux verbalisations d'Isabeau, l'amène progressivement à exprimer les liens entre les savoirs enseignés à l'I.F.S.I. (les enseignements sur les personnes âgées sont en cours) et son analyse de la situation de soins. Nous identifions qu'Isabeau repère les différents supports d'informations dans les

services. Nous notons que ses réponses sont plus précises que lors de nos sollicitations sur la toux.

L'analyse des régularités fonctionnelles d'Isabeau au cours du soin, concernant le raisonnement clinique, nous permet de dire que la démarche de problématisation est engagée. Isabeau cherche et construit le sens de la situation. Elle repère les éléments de la situation de soin qui l'amène à se questionner, à mener l'enquête. Le raisonnement clinique développé lors du soin nous permet d'identifier des éléments invariants dans la conduite d'Isabeau :

- Elle observe des éléments cliniques significatifs dans la situation de soin.
- Elle se questionne : est-ce un problème ? Ici Isabeau développe ses observations mais également elle cherche à identifier si elles sont significatives ou non d'un problème de santé.
- Elle cherche les données du problème : quels sont les signes présents ? Elle mène l'enquête auprès de la personne soignée, la questionne sur son ressenti. Elle cherche des analogies avec des situations précédentes afin d'évaluer l'évolution.
- Elle mobilise ses connaissances : y a-t-il des facteurs favorisants ? Isabeau mobilise ses connaissances issues des savoirs théoriques enseignés à l'IFSI, afin d'étoffer son analyse. Elle construit également ses connaissances à partir de ses expériences, de ce qu'elle a vécu en stage.

TABLEAU 7
Repérage des régularités fonctionnelles d'Isabeau

Caractériser l'activité des étudiants	Caractériser notre posture d'accompagnement
Épisode de l'hydratation : • Mobilise ses connaissances sur la personne soignée : boit peu, mange peu, il faut la stimuler pour boire. • Analyse la situation : A bu son café, c'est bien. • Explicite où elle prend l'information : document de service, observation personnelle. • Analyse : je trouvais ça plutôt bien, • Construit des liens avec les connaissances théoriques : l'hyperthermie/ risque de déshydratation. • clarification de l'objet de notre question • mobilise ses connaissances théoriques sur les personnes âgées : « se déshydratent facilement ». • précise ses connaissances : « parce qu'ils perdent la sensation de soif ».	Restitue l'observation et questionne l'interprétation d'Isabeau, ce sur quoi elle se focalise : à quoi vous pensez ? Demande d'explicitation : « Vous savez qu'elle ne boit pas beaucoup » sous entendu comment vous savez... Reprise de la parole de l'étudiante : « donc par rapport à la boisson vous avez regardé la feuille » Interprétation/focalisation : est-ce que vous avez d'autres références ? notre question n'est pas suffisamment claire confirmation. Demande d'explicitation, afin de préciser les connaissances mobilisées : ça vous le savez comment ?

Nous avons également relevé qu'elle développe sa réflexivité lors du dernier passage concernant la toux. Est-ce un épisode isolé? Isabeau nous dit au début de l'entretien: « non, après en relisant j'avais essayé de réorganiser le soin et de réfléchir à mon raisonnement ». Cette phrase marque l'autonomie d'Isabeau. Reprenons des extraits de l'accompagnement du développement de la posture réflexive au cours de l'entretien⁹³. (Tableau 8)

Isabeau développe une posture réflexive lors de la confrontation à la trace objective de son activité: elle se demande comment faire évoluer sa pratique au niveau du raisonnement clinique, de l'organisation du soin et de la relation soignant/soigné.

Cette posture se développe également lors de notre accompagnement au cours de l'entretien d'autoconfrontation. Lorsque nous sollicitons Isabeau sur ses intentions elle met le soin en récit. Elle exprime clairement ses buts⁹⁴. Dans la mise en récit d'Isabeau nous identifions ainsi pas à pas la compréhension de la situation qu'elle éla-

bore. Elle développe une réflexion pendant le soin (« là je me dis »)⁹⁵ et *a posteriori* sur le soin comme nous l'avons analysé ci-dessus (« avec du recul »). Elle marque une conduite invariante chez Isabeau. La posture réflexive d'Isabeau favorise l'élaboration du raisonnement clinique indissociable de la construction du sens des soins et de la conceptualisation de la situation de soins. Voyons ce qu'il en est pour Blanche. La démarche est similaire à celle d'Isabeau, aussi nous ne présenterons ici que la synthèse sans les extraits de l'entretien.

Blanche

Blanche doit faire face à une situation particulière concernant les soins de Charles. Ce dernier présente une déficience mentale profonde ainsi que des malformations physiques. Il ne communique pas verbalement et dépend des soignants pour tous les gestes de la vie. La communication est un élément central dans les soins réalisés par Blanche.

TABLEAU 8
Repérage des régularités fonctionnelles d'Isabeau

Caractériser l'activité des étudiants	Caractériser notre posture d'accompagnement
Épisode anticipation / organisation. • mise en récit : je me souviens avoir pensé mon soin, essayé de m'organiser (...) pas que la toilette dure trop : exprime son but. • Retour réflexif sur l'organisation du soin : la veille j'avais fait un travail par écrit, une fiche technique. • Prise de conscience : « cette feuille là je l'ai reprise après.. », une fiche technique ne permet pas de gérer les imprévus.	Reformulation, questionne ce que perçoit l'étudiant, ce sur quoi il se focalise. Reformulation et Demande d'explicitation : comment vous avez pensé votre organisation du soin?
Épisode toux n°1 • Exprime son but : apprécier son état général • mise en récit : « je me dis », exprime son raisonnement, analyse le signe de toux, propose une hypothèse.	Demande d'expression de l'intention. Reformulation, questionne ce que perçoit l'étudiant, ce sur quoi il se focalise.
Épisode hypoacousie • exprime son but : organisation de l'environnement, • prise de conscience : Mais après en relisant, enfin, je me suis aperçue de plein de choses,... je n'étais pas bien organisée du tout ».	Lecture de l'observation, questionne ce sur quoi l'étudiant se focalise.

⁹³ D'autres extraits significatifs de l'entretien avec Isabeau marquant la réflexivité développée au cours de l'entretien, sont repris dans la recherche originale.

⁹⁴ Nous retrouvons les buts dans la structure conceptuelle de la toilette.

⁹⁵ Nous retrouvons 30 fois l'expression « là je me dis » Exemples notés dans la recherche originale

Lors de la présentation, nous notons que Blanche cherche des informations sur l'état de Charles ce jour: est-il bien réveillé? Blanche observe et interprète des signes de satisfaction, d'insatisfaction, d'anxiété, de surprise. Pour cela, elle compare ce qu'elle observe ce jour avec ses observations lors des prises en charge précédentes. Nos questions permettent à Blanche d'exprimer son mode de raisonnement et les éléments significatifs de la situation. L'analyse montre également qu'elle procède par un raisonnement hypothético-déductif: si Charles grimace, elle pose l'hypothèse de son mécontentement. Lors de l'entretien, Blanche exprime la difficulté à identifier la cause du mécontentement de Charles: est-ce que cela vient des soins réalisés ou est-ce qu'il y a quelque chose qui indispose Charles ce jour? Blanche ne donne pas d'élément sur l'oligophrénie, ni sur ce qu'elle appelle la fragilité de Charles. L'oligophrénie est un terme générique qui ne permet pas en soi d'expliquer pourquoi Charles ne parle pas, ne marche pas. Blanche a retenu « *qu'ils sont nés comme ça* »⁹⁶.

Le raisonnement clinique développé lors du soin nous permet d'identifier des régularités fonctionnelles dans la conduite de Blanche:

- elle cherche à comprendre la situation de Charles afin d'adapter ses soins. Elle sait que Charles est oligophrène et présente une arriération mentale: il est dépendant. Cependant sa conceptualisation de la situation ne permet pas à Blanche d'identifier s'il y a un lien entre la « fragilité » et l'oligophrénie, elle ne semble pas avoir interrogé ces éléments.
- elle se questionne sur le ressenti de Charles qui ne peut s'exprimer verbalement. Elle observe dans son comportement toute manifestation qui peut orienter son appréciation de la situation.

Blanche a engagé une démarche de problématisation. Elle construit le sens de ses soins au delà d'une reproduction. Elle développe un raisonnement hypothético-déductif. Comme pour Isabeau, le manque de connaissance limite sa réflexion.

Blanche développe-t-elle une posture réflexive? La lecture de l'observation a permis pour Blanche la prise de conscience d'un tic verbal: « j'ai vu mes petits tics ». Lors de la verbalisation, elle n'envisage pas de modifier son comportement. Elle nous dit également: « j'avais noté sur une feuille ce dont je n'étais pas contente » Qu'en est-il au cours de l'entretien?

Nous voyons que les enchaînements des questions, des reformulations ou des demandes de confirmation accompagnent la mise en récit de Blanche. Au fur et à mesure elle reprend les éléments sur lesquels elle se focalisait, et la teneur de ses intentions. Pour préparer le soin, elle l'a

anticipé, elle s'est représentée le soin. Cependant, les imprévus bouleversent son organisation. Elle perçoit le mécontentement de Charles en cours de soin. Elle trouve que son questionnement ralentit et perturbe le soin. Dans ce dernier extrait, Blanche évoque la difficulté de réfléchir pendant l'action et souligne le besoin d'être efficace en situation. Blanche reprend l'action après le soin et envisage ce qu'elle pourra faire différemment.

L'accompagnement permet la mise à distance de Blanche qui ainsi dépasse son ressenti pour donner et interpréter les éléments qu'elle perçoit comme significatifs dans la situation. L'analyse de ce nouvel épisode nous amène à revenir sur notre propre ressenti. Nous avons évoqué précédemment que nous avions senti Blanche sur la défensive au cours de l'entretien. L'analyse des interactions nous permet d'objectiver les verbalisations qui nous ont amenées à adapter nos interventions.

Dans la phase descriptive du contexte au début de l'entretien nous ne relevons pas d'expression de Blanche qui puisse nous amener à la penser sur la défensive. Des éléments apparaissent lorsque nous centrons notre questionnement sur le soin. Des échanges marquent l'insatisfaction de Blanche concernant le soin et le glissement vers une justification du soin. Nos reformulations pointent au contraire des éléments positifs: ne pas faire mal, souci de solliciter. Dans les épisodes analysés précédemment, Blanche associe au fil de l'entretien son mécontentement (n'est pas satisfaite du soin), son questionnement en situation (un frein pour elle) et notre présence: « aussi d'habitude je ne me pose pas autant de questions, je fais naturellement et je réfléchis après et je me corrige. Là je me suis posée trop de questions et puis là je vois les rougeurs, je me dis ben mince, l'eau était trop chaude et là je n'étais pas contente ». Elle clôt d'ailleurs l'entretien sur ces éléments.

Notre accompagnement au cours de l'entretien permet à Blanche de dépasser la justification de l'activité et d'explicitier le sens soin: elle identifie les buts, ses intentions, les éléments significatifs de la situation clinique. Comme Isabeau ses connaissances théoriques limite son raisonnement. La confrontation à la trace objective de son activité déclenche des prises de conscience. Sa posture réflexive se développe également au cours de l'entretien.

Jean

Jean prend soin d'une personne autonome qui présente une démence sénile. Jean identifie dans le dossier un diagnostic de démence sénile qui se vérifie dans ses observations avec Madame A: une altération de la mémoire du vécu proche. Il a mobilisé deux sources

⁹⁶ Il n'y a pas toujours d'étiologie reconnue.

d'informations: le dossier de soins, ses observations cliniques. Il identifie les éléments significatifs. Au fur et à mesure de l'entretien, il poursuit l'explicitation de son raisonnement. Il enrichit sa prise d'information par une expérience vécue précédemment lors de la prise en charge de cette dame. L'altération de la mémoire immédiate l'amène à adapter ses explications aux besoins de Madame A (elle peut descendre dans le séjour et ne se souvient pas qu'elle n'a pas fait sa toilette et qu'elle est en chemise de nuit). Jean pose une hypothèse qu'il cherche ensuite à confirmer. Ainsi, selon lui, Madame A rit pour masquer ses oublis. Il obtient la confirmation de ses propres observations par Madame A et par les soignants. Jean identifie à partir du dossier de soin la démence sénile comme un problème. Il mène l'enquête et repère les données du problème afin d'adapter les soins. Il tisse les liens à son niveau de formation qui construisent le sens de ses soins.

Dans une autre situation nous voyons que Jean réinvestit dans ses soins les informations sur la vie de Madame A qu'il a recueillies auprès des soignants et du fils. Il sollicite sa mémoire des faits anciens. Il cherche à valoriser ce que Madame A peut faire. Cependant, nos questions et les réponses de Jean ne nous permettent pas d'affirmer que Jean a construit tous les liens entre la démence sénile et ses soins. A-t-il compris que l'amnésie des faits récents et le maintien de la mémoire des faits anciens sont deux éléments cliniques de la démence sénile? Dans les soins qu'il réalise et la communication qu'il établit avec Madame A, notre réponse serait oui, il a compris. En effet, il répète ce que Madame A doit faire sans lui faire remarquer qu'il vient de le lui dire par exemple, il n'insiste pas sur ses oublis. Il sollicite sa mémoire des faits anciens et la valorise. Cependant il sollicite également Madame sur la fête organisée pour son anniversaire qui appartient aux faits récents. Or, Madame A se souvient de sa date de naissance, mais ne se souvient pas qu'une fête est organisée pour elle ce jour là. De la même façon, précédemment, il demande à Madame A pourquoi elle est descendue, question à laquelle elle ne peut pas répondre. Ici, il nous est impossible d'affirmer l'entière compréhension de la situation même si globalement le soin peut donner cette impression.

Nous identifions à travers ces exemples les conduites invariantes de Jean⁹⁷. Il perçoit les signes cliniques et questionne l'existence d'un problème. Pour cela, il mène l'enquête, il cherche des données dans le dossier, auprès de la personne soignée (observation, entretien), de la famille, des soignants. Il construit ses connaissances à partir de ses expériences. Comme pour Isabeau et Blanche, son raisonnement est limité par un manque de connaissances.

⁹⁷ D'autres exemples sont analysés dans la recherche originale.

⁹⁸ Exemples notés dans la recherche originale

Qu'en est-il du retour réflexif sur le soin pour Jean? Dans la retranscription de l'observation, nous avons noté l'alternance du « on » et du « vous ». La confrontation à la trace de son activité ne déclenche pas de prise de conscience. Voyons si l'entretien participe à la conceptualisation de la situation de soin et favorise la réflexivité. Dans l'extrait exploité, nous sollicitons Jean sur la préparation du chariot de soin.

L'analyse de l'entretien nous montre la prise de conscience progressive de Jean concernant la préparation de son chariot. Sa première réaction est de nous dire qu'il agit par habitude, qu'il n'y a rien de particulier. Nous le questionnons sur l'existence d'une spécificité et notons alors une évolution dans ses verbalisations: « eh bien c'est vrai... , donc c'est vrai... , c'est vrai... , donc j'avais mis le savon volontairement ». Ici, d'une situation que Jean banalisait et exprimait comme routinière, il prend conscience progressivement des particularités de la situation et de ses anticipations lors de la préparation du chariot. Ces éléments semblaient intégrés et ne pas présenter un intérêt pour Jean dans un premier temps au cours de l'entretien. Nous relevons par 12 fois cette expression significative d'une prise de conscience au cours de l'entretien⁹⁸. Ce premier épisode de questionnement a enclenché chez Jean la prise de distance de l'observation et la conceptualisation de façon quasi autonome du soin. Nous relevons que Jean lors de la co-lecture de l'observation (sans questionnement de notre part soit 39,5 % de nos interventions) exprime spontanément ses intentions et ce qu'il prend en compte dans la situation. Nous accompagnons la mise en mot, la conceptualisation de la situation.

Aliénor

Aliénor repère que Madame J. ne veut pas allumer la lumière lors de la toilette, elle en déduit qu'elle n'aime pas la lumière artificielle. Cet élément ne provoque pas de questionnement. Elle le prend comme un fait et ne cherche pas à le vérifier. Madame J. lui signale des vertiges. Quand Aliénor est confrontée aux vertiges de la personne dont elle a la charge, elle relativise le signe. Elle associe le vertige au changement de position trop rapide entre la position allongée et la position assise sans identifier un signe d'une hypotension orthostatique. Il semble qu'elle ait déjà été confrontée à ce phénomène les jours précédents mais elle n'a *a priori* pas changé sa façon de faire. L'enquête est succincte, voici ce que nous notons lors de l'observation: « Je lui demande « ça va? » Elle me répond en soufflant « ça va oui... ça tourne ». La suite de l'observation nous permet d'identifier qu'à ce moment Aliénor n'a pas envisagé que l'hypotension orthostatique peut entraîner une chute de la personne, elle ne mobilise pas les

connaissances enseignées (l'hypotension orthostatique a fait l'objet d'un enseignement). En effet, elle poursuit le lever et s'aperçoit que le coussin du fauteuil roulant n'est pas protégé. Elle demande alors à Madame J de se tenir au pied du lit et elle s'éloigne de la personne pour chercher une protection. Dans cette situation Aliénor ne développe pas de raisonnement, elle poursuit de façon mécanique le soin. Elle ne considère pas les vertiges comme significatifs et ne se questionne pas sur d'éventuels risques liés à ce phénomène. Le raisonnement clinique n'est pas développé. Dans l'exemple suivant, Madame J signale des démangeaisons au cours du soin. De même que précédemment, Aliénor ne pose pas de question. Elle n'observe pas la peau afin de repérer si elle est saine ou si elle présente une rougeur. Madame J lui demande de frotter, elle frotte.

Dans les épisodes suivants nous retrouvons cette efficacité mécanique et le travail par mimétisme comme un invariant de la conduite d'Aliénor. Nous allons également regarder si l'entretien permet à Aliénor de conceptualiser la situation.

Aliénor a partiellement conceptualisé la situation. Se mettre à la tête du lit à un sens pour elle: rester en face de la personne soignée afin de favoriser la communication. Cependant, elle n'identifie pas le lien entre l'hémiplégie de la personne et le fait de se positionner à la droite du lit. Lorsque nous avons observé cette scène, nous y avons mis une intention. Or Aliénor reproduit sans comprendre le soin réalisé par l'infirmière. Elle agit par mimétisme. Dans le deuxième extrait, nous tentons à nouveau d'accompagner la construction du sens de la position de l'infirmière pendant la toilette. Notre reformulation à la fin de cet épisode insiste sur ce lien: donc vous vous mettez à la droite du lit. Il nous semblait alors que cet échange avait permis une prise de conscience. L'extrait suivant infirme notre hypothèse, Aliénor reproduit sans comprendre le pourquoi de l'installation du fauteuil roulant au pied du lit. Il nous faut attendre le quatrième épisode pour qu'Aliénor établisse le lien entre l'organisation de l'espace et l'hémiplégie de Madame J. Notre questionnement accompagne la prise de conscience du sens du soin au cours de l'entretien. Aliénor envisage une éventuelle intention de l'infirmière dans l'organisation du lever.

Le non questionnement de la situation de soin est un invariant chez Aliénor. La démarche de problématisation n'est pas enclenchée. Aliénor ne développe pas d'observation active, elle ne perçoit pas les éléments significatifs de la situation et ne peut donc pas les questionner.

Comme pour Jean, Aliénor n'évoque pas de réaction à la lecture de la retranscription de l'observation lors

de notre première sollicitation. La confrontation d'Aliénor (seule) à la trace objective de son activité n'amène pas d'analyse réflexive.

L'entretien permet-il à Aliénor de conceptualiser la situation? Aliénor n'a pas d'autonomie au regard de l'observation. Cette caractéristique restera constante au cours de l'entretien, seulement 5,1 % de nos interventions relève de la lecture seule de l'observation. Ce chiffre est sensiblement inférieur à ceux des trois autres étudiants (Isabeau: 20,7 %; Blanche: 23,2 %; Jean: 39,5 %). Chaque élément doit être questionné, les demandes d'explicitation et de description représentent presque 42 % de nos interventions. Les données prises en compte par Aliénor émergent au fur et à mesure de nos demandes d'explicitation, de remémoration, de description. Nous arrivons à lui faire exprimer, en partie, ce qu'elle évalue pour préparer le chariot de soin, à aller au delà des habitudes, à l'amener à prendre conscience de ce qu'elle mobilise dans l'action, afin de dépasser le faire et la reproduction du soin.

SYNTHÈSE FINALE ET LIMITES DE LA RECHERCHE

Dans les parties précédentes, nous avons construit la structure conceptuelle de la situation à partir de l'analyse des quatre entretiens. Nous avons identifié ce que les étudiants élaborent pour être efficace en situation. Cependant, tous sont différents.

Dans cette nouvelle étape de l'analyse nous avons repéré des invariants dans la conduite des étudiants au regard du raisonnement clinique, de la conceptualisation de la situation et du développement ou non d'une posture réflexive. Parmi ces invariants, certains participent au développement du raisonnement clinique et d'autres le freinent.

Nous retrouvons ces éléments dans le tableau 9 récapitulatif:

Cette analyse met en exergue que la reproduction des gestes des soignants ne permet pas en soi l'apprentissage du raisonnement clinique et le développement du sens du soin. Nous avons observé qu'un étudiant peut « faire » sans « comprendre »⁹⁹ et montrer un soin qui semble réussi sans en élaborer le sens. Elle met donc en lumière l'opacité de l'action¹⁰⁰ pour l'étudiant. La prise de conscience de cette action est une construction. Y. Clot insiste sur le fait que « la prise de conscience n'est pas retrouvaille avec le passé mais métamorphose du passé.

⁹⁹ En référence à J. Piaget « Réussir et comprendre ».

¹⁰⁰ PIAGET J. *La prise de conscience*. Paris: P.U.F., collection *Psychologie d'aujourd'hui*, 1974. p 261.

TABEAU 9
Récapitulatif de ce qui favorise ou freine le raisonnement clinique.

Ce qui favorise le raisonnement clinique	Ce qui freine le raisonnement clinique
Observation « active » qui induit un questionnement : est-ce qu'il y a un problème ?	Observation « passive » qui n'éveille pas de questionnement, les éléments sont relativisés sans mener d'enquête, non perçus comme significatifs
La recherche des données du problème, prise d'information : • auprès de la personne soignée • auprès des soignants • auprès de la famille dans les dossiers.	• Pas de recherches de données puisque pas de perception du signe
Pose des hypothèses avec recherche d'éléments confirmant ou infirmant ces hypothèses	Pas de questionnement, pose des conclusions non vérifiées.
Inférences et Connaissances construites à partir des expériences antérieures, recherche de sens	Connaissances peu recherchées
Savoirs théoriques recherchés	Savoirs théoriques insuffisamment voire pas mobilisés
L'élaboration du sens du soin. Un soin co-élaboré avec les professionnels ou réélaboré seul : soigner et comprendre.	Un soin qui s'inscrit dans une efficacité mécanique Un soin réalisé par mimétisme : reproduire sans comprendre
Anticipation du soin : • identifie les buts, • visualise, • repère les invariants opératoires, • construit ses règles d'actions.	pas d'anticipation construite, reste au niveau de la reproduction.
Une posture réflexive : • pendant l'action : questionnement • après l'action : - la confrontation à la trace objective du soin permet des prises de conscience. - l'entretien d'autoconfrontation accompagne la mise en récit (passage de l'implicite à l'explicite), la conceptualisation du soin, la construction du sens. • Anticipation : projette les changements pour les soins à venir	Une posture « mécanique » Pas de questionnement Pas de prise de conscience lors de la confrontation à la trace objective du soin.

D'objet vécu hier, il est promu au rang de moyen pour vivre la situation présente ou future »¹⁰¹. Ainsi, par exemple la prise de conscience de l'organisation d'un soin permet à l'étudiant de transformer l'organisation du soin en « objet » de réflexion. Il pourra l'analyser, identifier ce qu'il prend en compte ou non dans la situation de soin. Il peut alors modifier son modèle opératif, agir sur les actions à venir ou en cours en fonction de la temporalité de cette prise de conscience.

L'examen des entretiens nous permet de rendre compte de leur structure. Nos interventions explorent l'activité des étudiants et elles les amènent à dévelop-

per une nouvelle activité, celle de la conceptualisation *a posteriori* de la situation. L'alternance et les enchaînements de nos interventions accompagnent la mise en mots et rend la situation intelligible. Cet accompagnement est individualisé. En fonction du niveau d'analyse des étudiants, de leur degré d'autonomie par rapport à l'observation, nos interventions se font plus ou moins présentes et précises. Accompagner renvoie à la singularité de l'être à un moment donné. Cette analyse est cependant partielle et pourrait être l'objet d'un nouveau travail. En effet, nous percevons que notre catégorisation (tant de nos interventions que celle de l'activité des étudiants) est perfectible. Ainsi, la

¹⁰¹ CLOT Y. « Méthodologie en clinique de l'activité. L'exemple du sosie ». in SANTIAGO DELEFOSSE M., ROUAN G. et coll. *Les méthodes qualitatives en psychologie*, Paris: Dunod, 2001. p. 145.

catégorie « reformulation » est large. Nous l'avons d'ailleurs affiné en cours d'analyse: reprise de la parole de l'étudiant, restitution de l'observation. Nous avons également rencontré des difficultés pour caractériser l'activité des étudiants lorsqu'ils acquiescent ou au contraire infirment une proposition.

De ce travail d'analyse émergent des pistes sur comment, en tant que formateur en soins infirmiers, accompagner la construction et le développement du raisonnement clinique « en acte » des étudiants en soins infirmiers.

La confrontation à la trace objectivée de l'activité et l'entretien d'autoconfrontation sont deux « instruments » de la co-activité du formateur et du formé. Ils sont complémentaires pour accompagner la conceptualisation de la situation de soin. Car, si l'homme est naturellement réflexif, tous les hommes ne développent pas cette posture.

POUR NE PAS CONCLURE...

La professionnalisation des infirmières est une longue marche hésitante entre un modèle historique, la reconnaissance des compétences et l'affirmation de la part d'autonomie des soins infirmiers. Les contextes politiques et socio-économiques sont prégnants. Les infirmières doivent être polyvalentes, capables de s'adapter aux besoins sanitaires et aux évolutions médicales. Profession et formation sont intimement liées. Au fil de la reconnaissance du métier, la formation s'organise afin de répondre au profil de l'infirmier attendu.

Notre recherche est issue du questionnement de nos pratiques de formation et de leur adéquation avec les situations professionnelles. Le raisonnement clinique est une forme de raisonnement développé en situation de soins. Il est peu conscientisé et valorisé par les infirmières. De fait, il est totalement invisible pour les étudiants. La reconnaissance du raisonnement clinique comme une compétence professionnelle place son apprentissage au cœur de la formation. Réfléchir sur comment, en tant que formateur en soins infirmiers, accompagner la construction et le développement du raisonnement clinique « en acte » des étudiants, est alors incontournable.

Pour éclairer notre problématique, nous avons construit une méthodologie de recherche autour de trois temps: des observations ouvertes de soins

réalisés par des étudiants, la restitution de ces observations, des entretiens d'autoconfrontation. Au fur et à mesure de notre analyse, le statut de ces outils conçus pour le recueil de données a évolué vers celui d'« instruments » de la co-activité formateur-formé. L'observation a une valeur heuristique. L'entretien d'autoconfrontation quant à lui, accompagne la conceptualisation de la situation de soins. Tous deux développent une posture réflexive.

Notre rencontre avec le cadre théorique de la problématisation et celui de la didactique professionnelle, enrichit notre compréhension du raisonnement clinique développé dans les situations de soins. La problématisation nous permet d'élucider ce qu'est le raisonnement clinique. La didactique professionnelle rend intelligible les connaissances « en actes » inscrites dans les situations professionnelles dont le raisonnement clinique ne représente qu'une partie. Pour J. Piaget « l'action est une connaissance (un savoir faire) autonome »¹⁰². Elle est organisée, intelligible. Le principe de l'organisation de l'action est à chercher non pas à l'extérieur d'elle-même, dans des connaissances dont les actions ne seraient que des applications, mais à l'intérieur d'elle-même. Les schèmes constituent alors une organisation interne de l'action qui permettent de comprendre comment celle-ci peut être efficace, reproductible, adaptable. La construction de la structure conceptuelle de la toilette nous permet d'identifier deux schèmes qui interagissent lors de ce soin: l'organisation et la relation soignant-soigné. Le raisonnement clinique relève d'une démarche de problématisation, il traverse toutes les situations de soins et permet l'adaptation des schèmes. Cette analyse nous amène à dépasser le « simple » apprentissage du raisonnement clinique qui n'est qu'une forme de raisonnement.

Alors, comment accompagner la construction des schèmes? En quoi l'observation, la confrontation à l'observation et l'entretien d'autoconfrontation participent-ils à l'accompagnement du développement du raisonnement clinique et à la conceptualisation des situations de soins? Par la prise de conscience: « la prise de conscience d'un schème d'action transforme celui-ci en un concept, cette prise de conscience consistant donc essentiellement en une conceptualisation »¹⁰³. L'identification d'un schème par l'analyse du travail le transforme en « objet » de réflexion. L'analyse du travail devient alors un « instrument » de formation « à la condition de chercher à devenir un instrument de transformation de l'expérience »¹⁰⁴ qui amplifie la puissance de penser et d'agir. L'analyse des conduites invariantes des étudiants confirme cette dimension formatrice. Quelles perspectives cette recherche nous ouvre-t-elle?

¹⁰² PASTRE P. « La conceptualisation dans l'action: bilan et nouvelles perspectives » in *Education Permanente*, n° 139, 1999. pp. 14-15.

¹⁰³ PIAGET J. *La prise de conscience*. Paris: P.U.F., collection *Psychologie d'aujourd'hui*, 1974. p. 261.

¹⁰⁴ CLOT Y. « Editorial ». in *Education Permanente*, n° 146, 2001. p. 14.

L'un des enjeux du nouveau référentiel de formation en soins infirmiers est donc de travailler sur ces compétences inscrites dans les situations professionnelles et d'envisager la place de l'analyse des situations de travail représentatives de la profession infirmière au sein de la formation. Être compétent ce n'est pas savoir exécuter, reproduire ou appliquer des procédures. Ainsi, l'apprentissage du raisonnement clinique et au delà, celui des soins infirmiers ne peuvent se réduire à l'application d'une procédure de résolution de problème, de protocoles. La problématisation est incontournable. Nous avons constaté que, dès le début de la formation, les étudiants problématisent et conceptualisent la situation de soins avec plus ou moins de pertinence. Nous pourrions envisager de confronter les étudiants à la trace de leur activité dès la première année de formation. Les observations pourraient être réalisées par les formateurs mais également par les étudiants¹⁰⁵. L'organisation de ces temps d'observation est dépendante de la répartition des stages au cours des trois ans de formation. Ces observations offrent un double avantage :

- pour les formateurs, elles peuvent servir de support à la construction de cascades convergentes (dans le respect de l'anonymat), ainsi par exemple l'observation d'une chambre peut représenter un premier bloc de données à questionner avec les étudiants lors de travaux en petit groupe.
- pour les étudiants elles peuvent développer leurs capacités observations et leur propre analyse de la situation. Si la confrontation à la trace objective de leur activité est suffisante pour certains étudiants, pour d'autres l'entretien d'autoconfrontation permet d'accompagner l'étudiant dans ce processus d'élaboration de sens des soins et de développer une posture réflexive. Comprendre est un processus complexe qui fait appel à l'observation, à l'interprétation de la réalité, aux représentations, à l'analyse, aux connaissances. L'entretien d'autoconfrontation peut devenir alors un « instrument » du suivi pédagogique. L'accompagnement est une démarche singulière, il ne s'agit donc pas d'« appliquer » les entretiens d'autoconfrontation à tous les étudiants.

L'alternance est au cœur de la formation. L'éclairage de la didactique professionnelle permet d'identifier

l'ingénierie qui tend à créer les conditions afin de rendre les expériences formatrices et sources de développement des compétences. Il s'agit de dépasser la dichotomie de la formation entre la théorie et la pratique : l'I.F.S.I. étant le lieu d'enseignement des théories et les stages les lieux d'application. Nous avons vu que la reproduction des gestes n'est pas en soi source d'apprentissage. Cela nous amène à travailler avec les professionnels qui encadrent les étudiants en stage. Le nouveau référentiel définit les rôles et missions de chacun des partenaires de la formation.

Ces orientations s'inscrivent dans une approche développementale de l'apprentissage de la compétence raisonnement clinique. Pastré souligne que l'on peut parler de développement « *non pas quand il y a simplement accumulation de connaissances, mais quand il y a réorganisation, par l'élargissement ou par rupture, de nos manières d'agir, de penser et de sentir* »¹⁰⁶. La confrontation à la trace objective de l'activité et l'entretien d'autoconfrontation, outillent notre accompagnement de l'analyse réflexive rétrospective. Cette analyse est alors l'occasion pour les étudiants de prendre conscience de leur modèle opératif et de l'élargir. En fonction de la situation, cet accompagnement englobe et dépasse l'apprentissage du raisonnement clinique.

Cependant, si l'entretien peut s'avérer nécessaire pour accompagner la construction du sens du soin, l'étudiant doit s'inscrire dans une dynamique réflexive. Ainsi, pour Aliénor ce travail n'a pas été suffisant pour lui permettre de réajuster sa pratique et développer son analyse des situations de soins. Elle n'obtient pas le niveau requis en cette fin d'année. L'analyse rétrospective du soin ne devient « instrument » de formation qu'à la condition de chercher à transformer l'expérience¹⁰⁷. Le contrat établi avec les étudiants était une démarche de compréhension de notre part. Aliénor l'a-t-elle vécue comme une source d'apprentissage ?

Pour ne pas conclure, ce travail ouvre sur de nouvelles questions : comment identifier les classes de situations représentatives de la profession d'infirmière ? Comment élaborer une ingénierie pédagogique qui allie l'approche didactique et la didactique professionnelle par l'analyse des situations de travail ?

¹⁰⁵ En fonction des stages des étudiants de 2^{ème} et 3^e année peuvent être amenés à encadrer des pairs.

¹⁰⁶ PASTRE P. « *La deuxième vie de la didactique professionnelle* ». in *Education Permanente*, n° 165, 2005. p. 34.

¹⁰⁷ CLOT Y. « *Editorial* ». in *Education Permanente*, n° 146, 2001.p.14.