

R ENCONTRE

Cécile Dury

Enseignante en soins infirmiers à l'HENaC
Haute École Namuroise Catholique (Belgique)
Section de spécialisation SIAMU
Soins Intensifs et Aide Médicale Urgente

UNE APPROCHE PAR LES COMPÉTENCES POUR L'APPRENTISSAGE DES SOINS INFIRMIERS ANALYSE DES PRATIQUES DES ENSEIGNANTS*

RÉSUMÉ

**Une approche par les compétences pour l'apprentissage
des soins infirmiers
Analyse des pratiques des enseignants**

Cette recherche qualitative vise à comprendre comment les enseignants en soins infirmiers, par leurs méthodes d'enseignement, favorisent le développement de compétences chez les apprenants. Huit infirmières-enseignantes ont été interviewées de façon non-directive. Une analyse thématique de contenu et une analyse structurale montrent que leurs pratiques se situent majoritairement dans le modèle de l'empreinte et du conditionnement, et de manière isolée, dans le modèle constructiviste interactif.

L'analyse des représentations des enseignants en soins infirmiers par rapport à leur rôle de formateur montre :

- une inadéquation entre finalités d'apprentissage et choix de pratiques pédagogiques ;
- un vécu ambivalent et peu clair de leur rôle de formateur les amenant à privilégier des stratégies améliorant leur degré de réalisation parfois au détriment de la qualité de la formation ;
- un manque de cohérence dans l'articulation de l'évaluation formative et certificative, et entre l'évaluation théorique et clinique.

En conclusion, diverses stratégies individuelles, institutionnelles et nationales sont proposées en vue de favoriser une approche par les compétences pour l'apprentissage des soins infirmiers.

Mots clés : Soins infirmiers ; modèles d'apprentissage ; compétences

SUMMARY

**A competency-based method for nursing instruction :
Analysis of teaching procedures**

The aims of this qualitative research is in understanding how the teaching methods of nursing instructors favor the student's development in competency. Eight nursing instructors were interviewed in a non-directive approach. A thematic as well as a structural analysis of the data indicates that in the majority of cases, their methods are based primarily on an impression and conditioning model, and in an isolated approach on an interactive and constructive model.

The analysis of the nursing instructors' accounts in regards to their role as educators illustrates:

- an inadequacy between teaching goals and the choices of pedagogical methods ;
- an ambivalent and unclear understanding of their role as instructor leading to the privileging of strategies for their success rate over teaching quality.
- inconsistencies in conveying the training and qualification evaluations as well as between the theoretical and clinical evaluations.

In conclusion, various individual strategies, institutional and national, are offered with the view of favoring a competence-based approach for nursing training.

Key words: nursing; teaching methods; competencies

* Recherche réalisée dans le cadre d'un mémoire de licence en sciences de la santé publique.

R ENCONTRE

UNE APPROCHE PAR LES COMPÉTENCES POUR L'APPRENTISSAGE DES SOINS INFIRMIERS ANALYSE DES PRATIQUES DES ENSEIGNANTS

INTRODUCTION

L'enseignement des soins infirmiers a pour but de former de futurs professionnels capables de savoir-être pour une approche humaine du patient mais également d'exercer une réflexion critique en mobilisant différents savoirs en perpétuelle expansion et de s'adapter à l'évolution rapide des nouvelles technologies (Daly, 1998 ; Robertson, 1998 ; Fonteyn, Cahill, 1998 ; Davies, 1995). Il se caractérise par une alternance de cours théoriques en sciences infirmières, humaines et fondamentales et des périodes d'apprentissage clinique.

Cette recherche vise à comprendre comment la formation en soins infirmiers permet aux futurs professionnels de réinvestir les acquis théoriques dans le stage clinique et plus tard dans le milieu professionnel, et cela de la façon la plus efficace possible. Les enseignants en soins infirmiers accompagnent les étudiants dans la formation théorique en sciences infirmières ainsi qu'en formation clinique. Comment favorisent-ils le développement de compétences à travers leurs méthodes d'enseignement ? Quels modèles d'apprentissage privilégient-ils ? Comment vivent-ils leur rôle de formateur ? Quelles sont leurs représentations par rapport à ce rôle ? Ont-ils conscience de l'impact de leurs choix méthodologiques, ces choix sont-ils contraints par différentes « obligations » extérieures, guidés par leurs représentations, etc. Autant de questions auxquelles cette analyse des pratiques et des représentations des enseignants tente de répondre et qui nous permettront de mieux comprendre la complexité du rôle de formateur en soins infirmiers et l'impact de ce rôle dans la problématique de l'intégration des acquis, de l'acquisition de compétences.

Dans un premier temps, ce travail présente brièvement le contexte de l'enseignement des soins infirmiers et son évolution durant ces dernières années. Sur ce fond contextuel vient ensuite se greffer notre problématique. Les différents éclairages apportés par des disciplines comme la pédagogie, la psychologie, la didactique, etc., en matière d'apprentissage nous amènent alors à poser deux questions : qu'est-ce que faire apprendre et quelles méthodes d'enseignement sont les plus à même de favoriser l'acquisition des compétences désirées et de motiver l'étudiant dans son projet professionnel. Nous découvrirons en quoi les réponses à ces deux interrogations peuvent orienter l'action dans l'enseignement des soins infirmiers.

La deuxième partie consistera en l'analyse des pratiques pédagogiques d'enseignants en soins infirmiers

(N = 8) à l'aide de deux outils d'analyse qualitative : d'une part, une grille de lecture des pratiques selon trois modèles d'apprentissage (Stordeur, 1996) et d'autre part, la méthode de l'analyse structurale (Piret, Nizet, Bourgeois, 1996).

Ce travail s'inscrit dans une recherche, principalement quantitative, menée par Lemenu D. (2000) visant à décrire les facteurs favorisant l'apprentissage de compétences. Notre approche complètera cette étude par une évaluation qualitative des méthodes et des représentations des enseignants en soins infirmiers par rapport à leur rôle de formateur en cours théoriques et en stage clinique.

PREMIÈRE PARTIE : CADRE CONCEPTUEL

1. ÉVOLUTION DE L'ENSEIGNEMENT DES SOINS INFIRMIERS

1.1 Contexte

Le contexte de la formation en soins infirmiers en Belgique a été profondément modifié durant ces dernières années. Il importe d'en comprendre l'évolution afin de situer la problématique de ce travail. Historiquement, l'apprentissage clinique totalisait plus de 5000 heures pour les trois années d'études. Il constituait la majeure partie du temps de formation. Ce « stage » se déroulait à 100 % dans les institutions hospitalières fondatrices des écoles, où les stagiaires représentaient l'essentiel du personnel. À peu de choses près, c'était une formation « sur le tas » sous la responsabilité prédominante du Ministère de la Santé (Stinglhamber, 1991). En 1957, une réforme classe les études en « enseignement supérieur technique du 1^o degré » (devenu depuis l'enseignement supérieur paramédical), et les heures de stages sont réduites pour augmenter celles consacrées à l'enseignement théorique. À partir de ce moment, les écoles d'infirmières se dissocient, plus ou moins rapidement selon le cas, de leur origine hospitalière pour s'identifier aux structures traditionnelles d'enseignement. Malgré cette distanciation, les habitudes restent bien ancrées. Le stage reste encore fort centré sur le « savoir-faire » traditionnel, c'est-à-dire essentiellement technique et médicalisé, apprécié en terme de rentabilité, de rapidité et de reproduction des habitudes. En 1988, le nombre de périodes de stage requises pour l'obtention du diplôme fixé à 2500 est réduit à 2200.

Une révision des programmes de formation et de planification des heures en ce qui concerne l'enseignement clinique voit le jour en 1993 et 94 (Stinglhamber, 9 décembre 1999). Cette nouvelle réforme fixant les conditions d'obtention des diplômes d'infirmier(e) gradué(e) et d'accoucheuse, invalide les normes précédentes en réduisant le nombre de périodes de stage requises à 1 580 heures.

Les objectifs poursuivis par cette réforme sont de former des professionnels capables de :

- développer leur potentiel de capacités et de connaissances ;
- développer les méta-connaissances et la méta-cognition indispensables pour comprendre les situations nouvelles, faire face à l'inédit et élargir le champ d'application de son savoir-faire ;
- les aider à construire leur « corpus » de connaissances et de savoir-faire pour relier théorie et pratique ;
- articuler entre eux des savoirs, des capacités-ressources, des compétences pour leur permettre d'élaborer un « portefeuille » personnel.

À partir de 93-94, l'évolution du nombre d'étudiants infirmiers dans l'Enseignement Supérieur ne cesse de croître (Étude du groupe de Direction des associations ACN/FNIB, 1997). Les possibilités d'encadrement des étudiants en stage par les infirmières-enseignantes sont alors fortement réduites, d'une part par la réduction progressive des normes ministérielles d'encadrement clinique et, d'autre part par l'augmentation du nombre d'étudiants en stage. Il faut également signaler l'apparition, à cette période, d'exigences en matière de titre pour pouvoir postuler et se maintenir dans une charge d'enseignement (hors formation clinique) : formation pédagogique obligatoire du niveau du CAP d'abord puis de l'agrégation à l'enseignement ensuite.

Cependant, malgré la volonté des initiateurs de la réforme, Stinglhamber (9 décembre 1999) constate des caractéristiques historiques paralysantes inhérentes :

- aux textes eux-mêmes :
 - la conception du programme reste « médicalisée »
 - bien que plus souple, la planification de l'enseignement clinique reste centrée sur l'hospitalier, sur le curatif aigu ;
- au carcan des réglementations diverses comme aux habitudes des responsables de la formation théorique comme clinique :
 - les choix possibles sont principalement ceux de l'institution de formation
 - l'autonomie du « stagiaire » reste très limitée
 - l'ouverture aux alternatives de soins, réduite.
- dans son application, ses effets sont encore restreints par :
 - le profil sociétal des étudiants
 - les difficultés vécues dans les institutions de soins, confrontées simultanément à une réduction budgétaire et à une augmentation de la charge de soins.

En effet, parallèlement, le milieu clinique évolue lui aussi. Il connaît un exercice professionnel de plus en plus exigeant et la réduction des heures de l'encadrement pédagogique de l'étudiant en stage clinique laisse **implicitement** le relais aux infirmières.

De l'enseignement « sur le tas », l'apprentissage des soins infirmiers a évolué vers un enseignement théorique dispensé par les enseignantes et un apprentissage clinique dont l'encadrement, après avoir été pris en charge de manière prédominante par les infirmières-enseignantes jusque en 93-94, se fait aujourd'hui essentiellement par les professionnels de soins et pour quelques heures par les enseignants. La littérature (Goudeaux, 1998 ; Jeanguiot, 1999 ; Severinsson, 1998 ; Fonteyn, Cahill, 1998 ; etc.) fait régulièrement état de la difficulté pour les étudiants de s'y retrouver entre les deux mondes. Pour Goudeaux (1998), l'élève est livré largement à lui-même pour arriver à élaborer une cohérence entre les deux milieux où il évolue. David (année de référence inconnue) dénonce le fossé qui existe entre « l'enseignement » et la « pratique » et va jusqu'à parler du « mur de Berlin » entre les deux groupes. Monsieur Lovinfosse, Directeur du Département Infirmier du CHR de la Citadelle à Liège a provoqué de vives réactions lors du Colloque FINE du 9 décembre 1999 en émettant quelques demandes par rapport à l'enseignement clinique comme la présence d'une « monitrice » lors de l'accueil des élèves à la première heure, au moins deux jours par semaine et lors de l'évaluation finale. Les normes ministérielles imposées pour l'encadrement des étudiants en stage clinique peuvent-elles satisfaire à ces demandes ?

La problématique de cette recherche se situe donc dans ce contexte actuel de l'enseignement des soins infirmiers qui présente un double aspect : un enseignement théorique aux fondations récentes, encore fort influencé par le monde médical et un enseignement clinique confronté à une réalité qui va occasionner des bouleversements.

1.2 Problématique

Suite à l'évolution des soins infirmiers et aux diverses réformes qui ont modifié la formation en soins infirmiers, les institutions scolaires tentent d'organiser la formation en soins infirmiers en vue de développer de véritables compétences professionnelles chez les étudiants. Des référentiels pédagogiques voient le jour, les compétences sont précisées, définies et assorties de paliers et de critères. Ces outils ont pour buts d'assurer une cohérence de la formation, une progression

UNE APPROCHE PAR LES COMPÉTENCES POUR L'APPRENTISSAGE DES SOINS INFIRMIERS ANALYSE DES PRATIQUES DES ENSEIGNANTS

harmonieuse d'année en année et une convergence des exigences des enseignants. Le profil attendu de l'étudiant en fin de formation se modifie : il doit être davantage capable d'adaptation, de réflexion critique. On attend de lui qu'il parvienne à utiliser ses acquis dans les situations complexes que sont les situations de soins en milieu professionnel.

Se pose alors la question des moyens mis en œuvre par les écoles en vue de former des professionnels en soins infirmiers répondant à ces objectifs. Comment l'enseignement des soins infirmiers favorise-t-il la maîtrise de compétences, l'intégration des savoirs ? Une recherche menée en 1999-2000 (D. Lemenu), tente de répondre à cette question en analysant les pratiques des enseignants par une approche essentiellement quantitative. Notre étude s'inscrit dans ce projet et le complète par une analyse qualitative des pratiques des enseignants dans leur rôle de formateur théorique et clinique. Que mettent-ils en œuvre dans leur pratique d'enseignement pour favoriser l'intégration des savoirs, l'acquisition de compétences ? Quel est leur vécu personnel dans leur rôle de formateur en soins infirmiers ? Quelles représentations ont-ils de ce rôle ? Les réponses à ces questions permettront de mieux comprendre ce qui sous-tend et détermine les choix pédagogiques et didactiques des enseignants.

2. FAIRE APPRENDRE

Cette partie se propose de répondre à la question suivante : qu'est-ce que faire apprendre ?

Dans un premier temps, les différents concepts de la didactique ainsi que leur articulation sont présentés.

La seconde partie s'attache à découvrir les implications didactiques de l'approche par compétences pour le formateur, pour l'apprenant et pour le savoir.

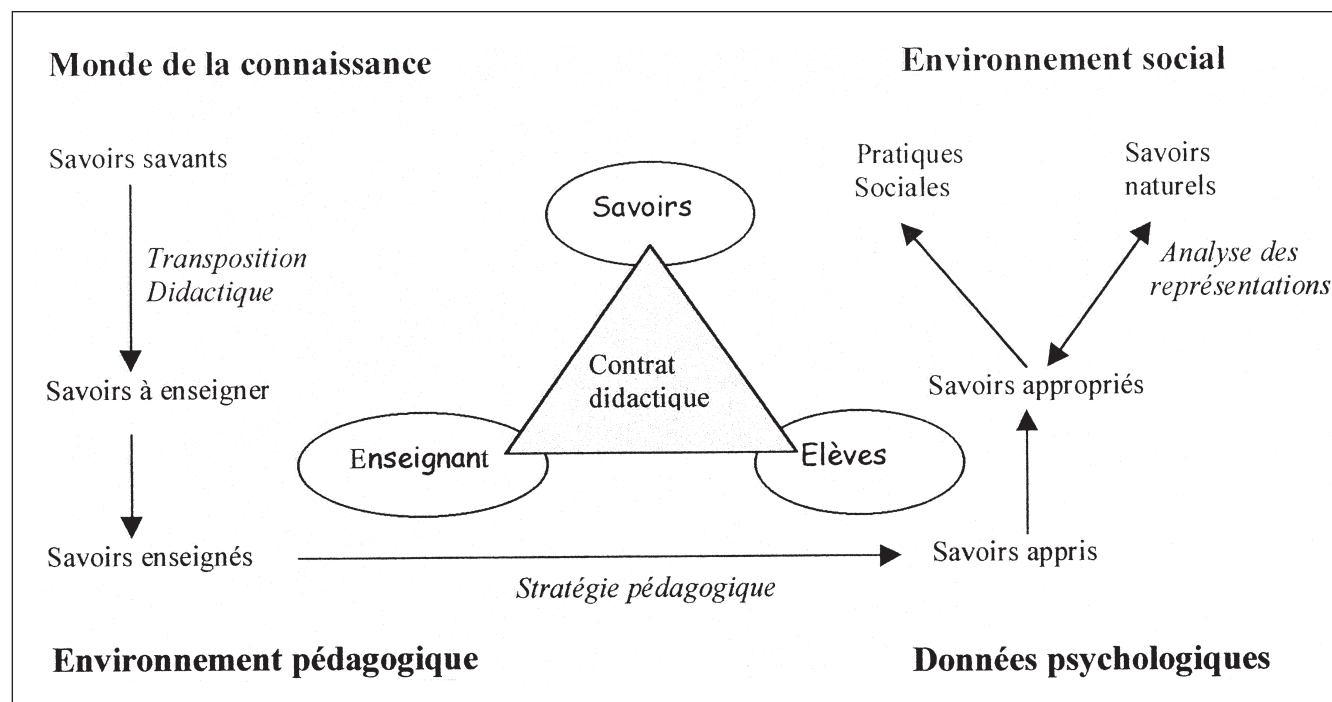
La partie suivante présente les trois modèles d'apprentissage de Stordeur (1996).

Finalement, la dernière partie se propose de découvrir comment l'apprentissage des soins infirmiers, plus particulièrement, peut répondre aux exigences de l'approche par compétences.

2.1 La logique didactique

Les différents concepts de la didactique et leur articulation sont présentés à partir d'un schéma proposé par deux chercheurs en didactique des sciences économiques (Beitone, Legardez, 1995). (Schéma 1)

Schéma 1 :
La logique didactique classique



Au centre du schéma, se trouve le « triangle didactique » classique, soit les trois composantes essentielles de toute situation d'enseignement : l'élève, le savoir et l'enseignant. Entre ces trois composantes se négocie une sorte de contrat implicite : le contrat didactique. Il peut être défini comme l'ensemble des règles implicites qui régissent les échanges didactiques dans la classe et qui précisent le rôle de chacun. D'une part, un ensemble de comportements du professeur sont attendus tacitement par les élèves et d'autre part, le professeur attend aussi de ses élèves des comportements et des attitudes spécifiques. Par exemple, ils seront, toujours tacitement, invités à faire avancer la leçon : en répondant aux questions, ils chercheront surtout à retrouver ce que le professeur a en tête. C'est un concept central dans les recherches en didactique qui permet d'expliquer bien des phénomènes observés en classe (Romainville, 2000, p70).

Le triangle didactique est englobé dans un système partant du monde de la connaissance à l'environnement social, passant par l'environnement pédagogique et les données psychologiques. Trois étapes sont également précisées : la transposition didactique, la stratégie pédagogique et l'analyse des représentations.

Le côté gauche du schéma s'intéresse à la relation entre l'enseignant et les savoirs. La recherche scientifique produit des savoirs que l'on va appeler « savants ». Ce ne sont pas directement ces savoirs qui seront enseignés en classe. Ils vont subir une série de transformations en passant dans les programmes et l'enseignement professionnel : c'est la transposition didactique. De nombreuses recherches ont montré que l'un n'égale pas l'autre. Il y a une chaîne de dérivations. Dans notre problématique de recherche deux questions se posent en lien avec cette partie du schéma. La première consiste à se demander quels types de savoir sont mobilisés dans la pratique infirmière et en quoi ils sont spécifiques ? Pour Saint-Etienne M. (1998) les savoirs « savants » ont trait principalement au domaine médical d'abord, au domaine des sciences humaines ensuite. En revanche, **dans le domaine des soins infirmiers, dit du rôle autonome, celui des soins éducatifs et relationnels qu'en est-il ? La seconde question concerne la transposition didactique. Comment ces « savoirs » sont-ils transposés dans le programme de la formation en soins infirmiers ?** L'analyse de ces deux points est importante dans la problématique de l'acquisition de compétences mais nous ne les développerons pas davantage car notre approche est centrée sur l'analyse des pratiques pédagogiques des enseignants.

Le concept de stratégie pédagogique est développé ultérieurement. Ce qui nous intéresse surtout dans ce schéma, c'est la dynamique présente selon qu'on le lit de gauche à droite ou inversement. Selon Romainville

(2000), l'histoire de la didactique peut être décrite comme un mouvement de balancier entre la partie gauche et la partie droite du schéma. Parfois, on a insisté sur la relation formateur/savoirs : l'essentiel était alors de structurer la matière, d'organiser de manière raisonnée les apprentissages. À d'autres moments, c'est la relation apprenant/savoirs qui a été privilégiée : on cherchait alors à rendre ces savoirs pertinents pour les étudiants, à les ancrer dans leurs représentations préalables. Longtemps, la logique didactique a été celle des disciplines scolaires. Dans cette logique, le point de départ de la réflexion didactique réside dans les savoirs savants. Ces savoirs subissent ensuite une série de transpositions didactiques qui aboutissent à définir des savoirs à enseigner, organisés par discipline dans les programmes scolaires : les sciences médicales, humaines, infirmières. L'institution de formation procède en interne à des réaménagements des savoirs, selon une logique qui lui est propre, en fonction de ses objectifs. Le travail didactique consiste alors à trouver la stratégie pédagogique qui permet aux savoirs enseignés d'être appris. Ces savoirs enseignés, l'étudiant se les approprie à partir de ses savoirs naturels, voire contre eux. Ce n'est qu'à cette condition qu'il pourra utiliser ces savoirs dans son environnement social.

Nous allons voir en quoi l'approche par compétences renverse la vapeur. Le point de départ de la réflexion didactique n'est plus à gauche mais à droite du tableau, du côté des situations sociales de mobilisation des acquis scolaires. Le parcours didactique s'effectue alors, par rapport au schéma, dans l'autre sens.

2.2 Les implications didactiques de l'approche par compétences

2.2.1 Le concept de compétence.

Pour comprendre en quoi l'approche par compétences bouleverse la logique didactique classique, il importe de définir dans un premier temps le concept de compétence.

Le décret de 1997 sur les missions de l'école définit la compétence comme une « aptitude à mettre en œuvre un ensemble organisé de savoirs, de savoir-faire et d'attitudes permettant d'accomplir un certain nombre de tâches ».

Selon De Ketele (1996), la compétence est un ensemble ordonné de capacités (activités) qui s'exercent sur des contenus dans une catégorie donnée de situations pour résoudre des problèmes posés par celles-ci.

UNE APPROCHE PAR LES COMPÉTENCES POUR L'APPRENTISSAGE DES SOINS INFIRMIERS ANALYSE DES PRATIQUES DES ENSEIGNANTS

Le Boterf (1995) définit la compétence comme un savoir-agir, c'est-à-dire un savoir intégrer, mobiliser et transférer un ensemble de ressources (connaissances, savoirs, aptitudes, raisonnements, etc.) dans un contexte donné pour faire face aux différents problèmes rencontrés ou pour réaliser une tâche. L'intérêt de cette approche, selon Roegiers (2000, p.65) réside en la notion de ressources : être compétent, ce n'est pas seulement mobiliser des capacités, ses connaissances, mais aussi d'autres ressources : des savoirs d'expérience, des automatismes, des raisonnements, des schèmes, etc. Il propose une définition qui combine les avantages des définitions présentées ci-dessus : *La compétence est la possibilité, pour un individu, de mobiliser de manière intériorisée un ensemble intégré de ressources en vue de résoudre une famille de situations-problèmes.*

Nous retiendrons cette définition car elle nous semble particulièrement adaptée à la notion d'approche par compétences dans l'apprentissage des soins infirmiers. Par exemple, une étudiante en soins infirmiers qui a pour tâche de réaliser les soins globaux à un patient devra mobiliser des contenus (anatomie, physiologie, pathologie, sciences humaines, infirmières, etc.) des capacités (entrer en communication, observer, se poser des questions, etc.) des savoirs d'expérience (avoir vécu le même genre de situation antérieurement) en vue de résoudre, de s'adapter à la situation spécifique de ce patient en particulier. On peut insister sur le fait que chaque situation de soin est une situation complexe qui nécessite une perpétuelle adaptation. Réaliser une injection intra-musculaire ne constitue jamais une situation identique d'un patient à un autre, en raison par exemple des différences anatomiques. C'est dire que l'apprentissage des soins infirmiers passe par l'apprentissage de la réflexion, de l'adaptation permanente à des situations complexes.

Quels intérêts l'approche par compétences apporte-t-elle dans les apprentissages ? Roegiers (2000, p. 76) situe l'intérêt dans le sens qui est donné aux apprentissages, elle rend également ces derniers plus efficaces et elle permet de fonder les apprentissages ultérieurs.

• Donner du sens aux apprentissages.

Le développement des compétences vise à contextualiser « a posteriori » les apprentissages aux yeux de l'élève, à leur donner sens, à situer l'ensemble des apprentissages par rapport à une situation qui a du sens pour lui. Par exemple, l'apprentissage de la prise en charge d'un patient diabétique à partir d'un cas clinique, une situation problème similaire à celle qu'un apprenant peut rencontrer dans sa vie professionnelle. Il s'agit notamment de faire en sorte que les connaissances ne restent pas théoriques pour l'élève, mais qu'elles puissent lui servir très concrètement dans son

milieu professionnel. C'est donc sur l'ensemble des composantes de la situation qu'il faut jouer pour conférer à la situation un caractère significatif. Cette prise de sens aux yeux de l'apprenant est un élément fondamental dans sa motivation à apprendre (Viau, 1996, p.45).

• Rendre les apprentissages plus efficaces.

La supériorité de l'approche par les compétences serait principalement due aux trois facteurs suivants :

- les acquis sont mieux fixés. En effet, les démarches intellectuelles de base se développeraient d'autant mieux que les apprenants ont été confrontés à des situations pointues, les plus variées possibles.
- L'accent est mis sur l'essentiel. Tous les apprentissages ne sont pas sur le même pied. Certains apprentissages sont importants, c'est sur ces derniers qu'il faut insister.
- Les différents acquis sont mis en lien les uns avec les autres. Le développement des compétences amène à établir des liens entre différentes notions provenant d'une même discipline, ainsi qu'entre des notions issues de différentes disciplines.

• Fonder les apprentissages ultérieurs.

La mise en lien progressive des différents acquis des élèves, et la mobilisation conjointe de ces acquis dans des situations significatives permettent également de construire un système plus global dans lequel, d'une année à l'autre, d'un cycle à l'autre, les acquis sont progressivement réinvestis et mis au service de compétences plus complexes.

• Lutter contre les « savoirs morts ».

Bien souvent, les élèves semblent stocker le contenu d'un cours dans un tiroir de leur cerveau qu'ils ouvrent au moment de l'évaluation et qu'ils referment une fois cette évaluation terminée. Quand ils sont confrontés, dans la vie quotidienne, à une situation qu'ils pourraient mieux maîtriser grâce à ces connaissances, ils font au contraire appel, plus spontanément, à leurs conceptions personnelles de départ, qui semblent n'avoir jamais été remises en question par les savoirs savants enseignés à l'école, des « savoirs morts ». L'approche par les compétences vise l'acquisition de savoirs « vivants » susceptibles d'être mobilisés pour la résolution des problèmes du monde (Romainville, 1998).

Pour Romainville (2000) les compétences ne sont rien d'autre que de nouvelles manières de définir des finalités. Et si l'on veut qu'elles soient autre chose qu'un effet de mode, il importe de mettre en évidence les accents nouveaux qu'elles introduisent dans les finalités de l'institution de formation. Pour l'auteur, il s'agit

surtout d'être conscient des enjeux dont ce changement de vocabulaire est le signe. C'est ce que la partie suivante se propose de présenter.

2.2.2 Implications de l'approche par compétences

Après avoir précisé le statut des compétences, nous allons voir en quoi elles ont une signification pour le travail didactique quotidien et quels impacts elles engendrent sur le rôle de l'enseignant, sur le rôle de l'apprenant et sur le rôle des savoirs, des situations.

LA LOGIQUE DIDACTIQUE

Les compétences introduisent une nouvelle logique de formation (Romainville, 2000). Si l'on reprend le schéma de la logique didactique classique, le point de départ de la réflexion didactique se situe du côté des situations sociales de mobilisation des acquis scolaires. Les objectifs de formation ne sont plus décrits en termes de savoirs mais en termes d'activités, de tâches que l'étudiant devrait pouvoir affronter de manière plus efficace suite à la formation. L'approche par compétences cherche à développer chez l'étudiant une expertise complexe et pertinente dans l'environnement social. À partir d'une analyse de ce qui constitue cette efficacité dans les pratiques sociales, on détermine ensuite seulement les savoirs, les savoir-faire et les attitudes qu'il s'agirait de faire acquérir à l'étudiant (en formation professionnelle, la question est relativement simple: la référence à un métier permet de circonscrire des tâches spécifiques appelant des compétences spécifiques). Ces ressources étant définies, on s'interroge ensuite sur les savoirs disciplinaires qui seraient à même de développer ces ressources. Pour Perrenoud (2000), le développement de cette approche par compétences représente une forme de «révolution didactique». Elle ne se réalisera, quelles que soient la force et la cohérence des programmes, que si les fonctionnements didactiques changent dans les classes, au quotidien. Si l'école est saisie par les compétences mais ne parvient pas à en saisir ses enseignants, l'échec est inéluctable. Voyons dès lors ce que l'approche par compétences implique sur le rôle de l'enseignant.

RÔLE DE L'ENSEIGNANT

L'enseignant change de rôle: il devient entraîneur (Perrenoud, 2000, p37). Il soutient l'apprentissage, il organise des situations complexes, invente des problèmes et des défis, propose des énigmes ou des projets. Son rôle est donc très important, mais il ne tient plus le devant de la scène et ne monopolise plus la parole. Sa compétence principale évolue:

- d'une part vers l'ingénierie didactique, la conception et la mise en place de situations, la médiation;
- d'autre part vers l'observation formative et la régulation fine des activités et des apprentissages.

Tardif (1997, p.303) propose six rôles pour l'enseignant stratégique. Ce dernier est d'abord un **penseur**, un expert de contenu. Il est aussi un **preneur de décisions**, le planificateur exclusif de ce qui se passe dans sa classe. Il est également un **motivateur**, un agent qui interpelle l'étudiant sur la conception qu'il a de l'intelligence et des buts poursuivis par l'institution de formation, sur la perception qu'il a de la contrôlabilité de sa performance ainsi que sur la perception qu'il a de la valeur de la tâche et de ses exigences. Il est plus un **modèle**, celui qui exprime à voix haute et d'une façon organisée ce que l'étudiant doit faire pour traiter les informations et prendre des décisions judicieuses dans ce contexte. Il est un **médiateur**, un intermédiaire entre l'étudiant et le contenu pour rendre le plus explicites possible les stratégies cognitives et métacognitives qui en assurent la maîtrise. Il est enfin un **entraîneur**, celui qui planifie les activités qui font en sorte que l'étudiant exerce ses nouvelles connaissances, les transfère et, dans le cas des connaissances procédurales et conditionnelles, les automatise. Cet enseignant «expert» est un professionnel de l'apprentissage, de la gestion des conditions d'apprentissage et de la régulation interactive en classe. Altet (1996) définit l'enseignant-professionnel comme un professionnel de l'articulation du processus enseignement-apprentissage en situation, un professionnel de l'interaction des significations partagées.

L'approche par compétences implique un nouveau rôle pour l'enseignant. Pour Perrenoud (2000), il faut donc imaginer des stratégies qui permettront de construire des représentations communes, notamment à travers la formation initiale et professionnelle. L'enseignant pourra ainsi adhérer à cette nouvelle logique didactique, pour lui-même dans son projet de construction professionnelle et pour les apprenants dans la manière dont il construira son projet de formation.

Pour conclure, si l'approche par les compétences implique un nouveau rôle pour l'enseignant, il ne faut pas jeter le bébé avec l'eau du bain. Paquay et Wagner (1996) plaident par réalisme pour une diversité de pratiques tout en visant **cohérence** et **intégration**.

Voyons maintenant ce qu'implique l'approche par compétences sur le statut de l'élève.

RÔLE DE L'APPRENANT.

Son rôle évolue également. Dans le modèle de l'enseignant «maître», les étudiants sont amenés à écouter ou du moins à adopter l'attitude adéquate. Avec l'approche

UNE APPROCHE PAR LES COMPÉTENCES POUR L'APPRENTISSAGE DES SOINS INFIRMIERS ANALYSE DES PRATIQUES DES ENSEIGNANTS

par compétences, d'abord et avant tout, l'élève doit être **actif**. Ce sont les apprenants qui construisent leur savoir. Apprendre est une fonction du sujet et seul peut l'accomplir celui qui le décide ou qui se trouve en situation de devoir le faire.

Pour Roegiers (2000), lorsque l'on travaille dans une perspective d'intégration il est préférable d'envisager une séquence d'apprentissage en termes inductifs plutôt que déductifs. La partie la plus importante de la séquence d'apprentissage consistera en une **activité d'exploration** de la part de l'étudiant (une recherche ou une découverte). Cette activité d'exploration pourra prendre différentes formes, selon le type de leçon. Romainville (2000) propose quelques exemples de méthodes. Pour lui, la situation qui correspond sans doute le mieux à l'approche par compétences est la situation de l'alternance. Un obstacle est identifié dans l'action, l'étudiant se rend ensuite en formation où l'enseignant transforme cet obstacle en objectif d'apprentissage. Cette démarche requiert cependant une concertation importante entre les responsables des deux lieux de formation. Dans l'apprentissage des soins infirmiers, cette alternance est organisée. De plus, les enseignants se rendent sur les terrains d'apprentissage clinique pour former les étudiants (dans les limites précisées dans la partie contextuelle). Goudeaux (1998) en évoquant l'alternance dans l'apprentissage des soins infirmiers pose cependant la question suivante : l'alternance n'évoque-t-elle pas l'existence de deux lieux distincts fréquentés alternativement, et qui rempliraient chacun une mission particulière ? Le voyage entre les deux n'est-il constitué que de déplacements géographiques, ou bien plutôt de rencontres, d'agrégations invisibles, à l'intérieur de chaque être en situation d'apprentissage ? En d'autres termes, si l'alternance constitue un élément favorisant l'acquisition de compétences, il importe qu'il existe une grande cohésion entre les deux lieux de formation et la mise en place d'un partenariat solide.

Outre l'alternance, la pédagogie du projet s'inscrit également dans une perspective de constructions de compétences. Les étudiants conçoivent un projet qui les intéresse et c'est en le réalisant qu'ils acquièrent les compétences visées. Enfin, la pédagogie des situations-problèmes poursuit la même logique : on présente aux étudiants une situation qui leur pose problème, une tâche qu'ils ne peuvent pas immédiatement résoudre, une énigme, un défi. De préférence, cette situation-problème est présentée dans sa complexité. Elle est aussi porteuse de sens. Autrement dit, il doit « manquer » quelque chose à l'apprenant pour résoudre le problème. Ce manque va créer un questionnement, la résolution amène l'apprentissage.

Ces différentes méthodes ont en commun qu'elles placent l'apprenant comme sujet, acteur de son apprentissage. Elles privilégient le savoir en construction plutôt que le

savoir déjà construit, celui des manuels et des enseignants (Barth, 1993). Les étudiants, aidés de l'enseignant, en s'appuyant sur des éléments qu'ils connaissent (même d'une manière partielle et maladroite), vont mener des activités de recherche et, progressivement, reconstruire (inventer, créer) un nouveau savoir qui va se structurer au fur et à mesure et aboutir, plus tard, par comparaison avec d'autres cas (généralisation, décontextualisation, mobilisation et transfert) à un savoir général (De Vecchi, Carmona-Magnaldi, 1996).

RÔLE DES SAVOIRS, DES SITUATIONS.

Dans le schéma de la logique didactique classique présentée précédemment, le point de départ de la réflexion didactique réside dans les savoirs « savants ». L'enseignant, détenteur de ce savoir, exprime la matière pour qu'elle s'imprime et laisse une empreinte dans la tête des apprenants. Dans cette démarche, ce qui peut se passer dans la tête des étudiants n'est pas une préoccupation première. L'approche par compétences inverse le départ de la réflexion didactique en partant des situations sociales de mobilisation des acquis scolaires.

Roegiers (2000, p127) précise les caractéristiques d'une situation-problème :

- une situation complexe comprenant de l'information essentielle et de l'information parasite et mettant en jeu les apprentissages antérieurs ;
- il y a une production attendue, clairement identifiable ; c'est l'apprenant qui est acteur de la situation ;
- il s'agit d'une situation-problème concrète que l'étudiant appréhende, seul ou avec d'autres.

Il est donc préférable de partir d'une logique de tâches, d'activités, qui elles-mêmes découlent de situations auxquelles l'étudiant doit pouvoir faire face, et de trouver des tâches qui englobent ces contenus. Cela suppose que l'on ait la possibilité de réécrire le curriculum d'une façon assez radicalement différente, et de repenser son enseignement en visant un **recentrage sur l'essentiel** (Romainville, 2000).

Tardif (1997, p285) suggère que l'enseignant, dans la majorité de ses interventions (idéalement dans la totalité), doit insérer l'acquisition des connaissances dans un contexte de problèmes réels à résoudre. L'enseignant doit varier la complexité des exemples de sorte que l'étudiant ait une certaine réflexion cognitive à effectuer lors de leur présentation.

Un enseignement efficace reposerait dès lors sur un équilibre judicieux entre une acquisition de connaissances soigneusement sélectionnées, un développement de capacités transversales et un développement de compétences, plus ciblées, centrées sur le réinvestissement en situation d'acquis de tous types : connaissances, capacités, automatismes, attitudes, acquis d'expérience (Roegiers, 2000, p99).

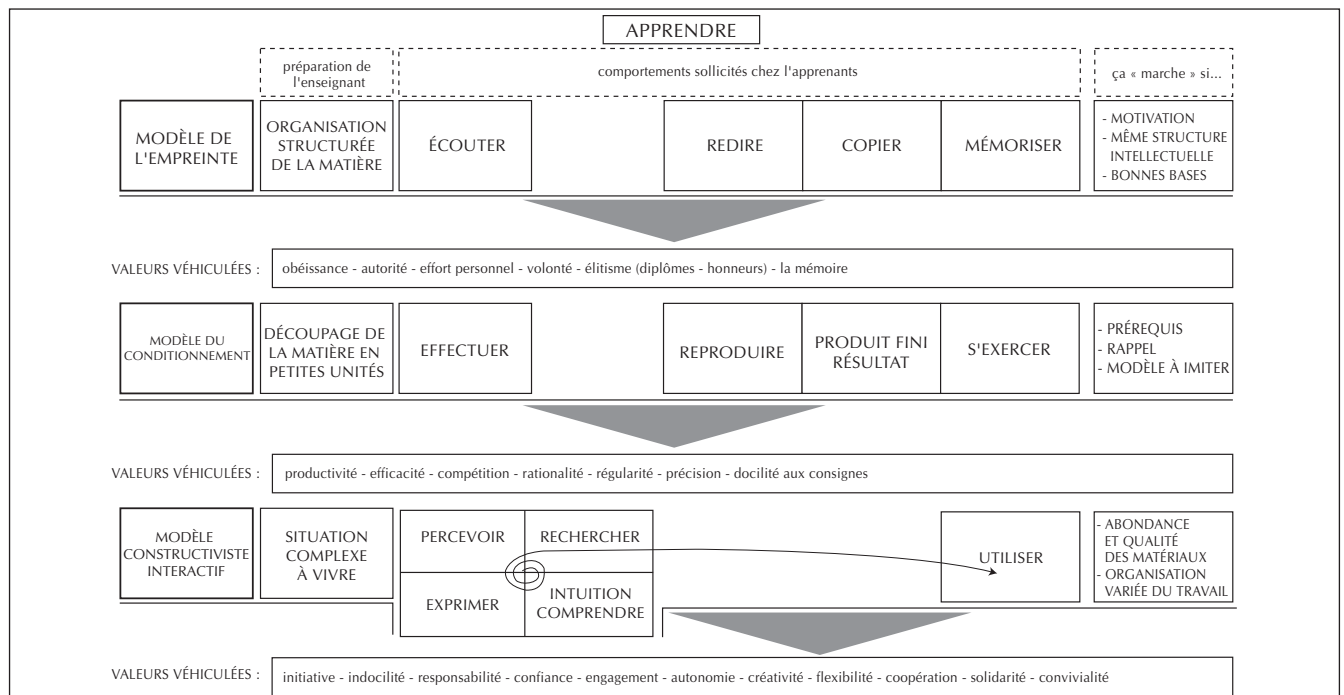
2.3 Trois modèles d'enseignement et/ou d'apprentissage.

Après avoir défini la logique didactique et les implications de l'approche par compétences sur les différents acteurs de l'apprentissage, cette partie se propose de présenter les trois modèles d'apprentissage de J. Stordeur (1996). L'auteur, en se plaçant du point de vue de l'apprenant, propose aux enseignants des modèles d'analyse pour comprendre les pratiques pédagogiques et pour aider à faire un état des lieux du fonctionnement méthodologique de l'institution de formation. L'auteur souhaite attirer l'attention sur le fait que toute transcription d'une réalité très complexe est toujours plus ou moins réductrice mais qu'une certaine modélisation est nécessaire pour mieux appréhender les invariants de situations apparemment très diversifiées. Cette grille est utilisée dans la partie pratique de ce travail comme premier outil d'analyse. Chacun des trois modèles va être sommairement présenté. La première conception de l'apprentissage donne lieu à deux modèles : l'un se fonde sur l'écoute et la mémorisation (le modèle de l'empreinte) ; l'autre est basé sur les exercices et la répétition (le modèle du conditionnement). La seconde conception, basée sur la recherche personnelle de l'apprenant avec ses essais et erreurs engendre le modèle constructiviste interactif. Pour l'auteur, ce dernier modèle correspond le mieux au véritable processus de l'apprentissage.

2.3.1 Le modèle de l'empreinte.

Le modèle de l'empreinte se caractérise essentiellement par l'idée qu'il suffit ou qu'il faut que l'enseignant exprime la matière pour qu'elle s'imprime et laisse une empreinte dans la tête des apprenants. D'où l'importance accordée dans cette conception à l'organisation d'une synthèse structurée, si possible inscrite au tableau (ou un autre support) et que l'enseignant va dire, expliquer. Les étudiants sont ainsi amenés à écouter, ou du moins, à adopter l'attitude adéquate. Il leur sera ensuite demandé de redire ce qu'ils ont entendu ou compris, en tout cas pour quelques-uns d'entre eux. Les autres sont à nouveau en situation d'écoute. Il faudra ensuite copier dans un cahier pour se constituer des référents à mémoriser. Cette dernière activité constitue souvent le seul moment d'apprentissage et est presque toujours réservée au travail à domicile. La case vide du schéma veut faire apparaître que dans cette démarche d'enseignement ce qui peut se passer dans la tête des apprenants n'est pas une préoccupation première. N'importe quel cours expositif peut servir d'illustration à ce modèle. Cependant, on peut le retrouver dans des activités apparemment plus actives. Ce modèle fait référence aux représentations les plus anciennes de l'apprentissage. Il suffit d'exposer, d'exprimer le savoir pour qu'il puisse s'imprimer dans la « tête » de l'apprenant.

Schéma 2 :
Trois modèles d'apprentissage. (Stordeur, 1996, p26)



UNE APPROCHE PAR LES COMPÉTENCES POUR L'APPRENTISSAGE DES SOINS INFIRMIERS ANALYSE DES PRATIQUES DES ENSEIGNANTS

2.3.2 Le modèle du conditionnement.

Le modèle du conditionnement se caractérise essentiellement par l'idée qu'il faut découper la matière en petites unités simples pour permettre à l'apprenant d'effectuer rapidement les tâches demandées. D'où l'importance accordée dans cette conception au découpage de la matière en objectifs opérationnels facilement accessibles aux apprenants. Les étudiants sont amenés à effectuer la tâche grâce, essentiellement, à deux procédés: le rappel collectif de ce qu'ils connaissent ou de ce qu'ils devraient connaître, et la présentation d'un modèle simple à imiter. Ils doivent ensuite reproduire celui-ci sans erreur dans d'autres exemples similaires plus ou moins nombreux avant de passer à la phase dite d'entraînement. La caractéristique essentielle de toutes ces activités est l'importance accordée au produit fini, à la production qui doit être correcte ou corrigée. Contrairement au modèle de l'empreinte qui correspondait à une démarche d'enseignement, ce modèle propose une démarche d'apprentissage. Le problème est que celui-ci ne sert pas vraiment pour la vie professionnelle. Les étudiants réalisent généralement bien les exercices demandés, mais tous ceux qui respectent strictement la démarche proposée et qui ne la connaissaient pas avant, restent incapables d'utiliser ce savoir dans une production personnelle. C'est pourquoi des difficultés de transfert sont alors évoquées. Ce modèle du conditionnement, bien qu'il permette d'obtenir de bons résultats scolaires, ne permet pas un apprentissage significatif pour l'apprenant.

2.3.3 Le modèle constructiviste interactif.

Le modèle constructiviste interactif se caractérise essentiellement par l'idée que ce sont les apprenants qui construisent leur savoir à partir de situations proches de la réalité d'utilisation de ce savoir et, grâce aux interactions entre leur savoir « déjà là » et celui des autres: condisciples, enseignants, livres, etc. D'où l'importance accordée dans cette conception aux essais et surtout aux erreurs, puisque celles-ci sont non seulement la preuve qu'un apprentissage est nécessaire, mais aussi la base sur laquelle vont s'appuyer les essais suivants. La première activité demandée aux apprenants consiste à *percevoir*, à prendre des indices dans la situation pour tenter, en les confrontant à des connaissances déjà acquises, de leur donner un sens. Ces indices ne sont significatifs que si l'apprenant a pu les percevoir par lui-même. C'est en les mettant en relation qu'il peut *chercher* dans son répertoire cognitif

ce qui pourrait l'aider à progresser vers la solution. Par perceptions, recherches et intuitions successives, l'apprenant commence à apprendre. Il doit, une fois le premier essai réussi, essayer souvent (exprimer) avant d'être suffisamment assuré dans cette compétence pour *l'utiliser* dans des situations de vie réelle. Contrairement aux deux modèles précédents, le schéma ne comprend plus de case vide. On s'intéresse beaucoup dans chaque phase à ce qui se passe dans la tête de celui qui apprend. La phase d'*expression* est particulièrement importante à cet égard. A l'expression du savoir appris elle associe un temps où chacun essaie de dire comment il s'y est pris, tente, en d'autres termes, d'exprimer les processus mentaux mis en jeu (métacognition). Ce modèle nécessite une préparation de l'enseignant par rapport à l'analyse de la matière, à la pertinence de l'apprentissage et à la transformation de ce savoir en situations à vivre, nécessairement complexes.

2.3.4 Faut-il privilégier un modèle d'apprentissage?

Il importe que la « matière » soit analysée afin de déterminer à quel « type de savoir » l'apprenant va être confronté. C'est ce « type de savoir » qui conditionne les processus d'apprentissage et qui devrait donc guider le choix des moyens à mettre en œuvre par l'enseignant. Tardif (1992) propose trois catégories de savoir: - le savoir déclaratif: il s'agit de connaissances de faits, de règles, de lois, de principes, etc. Il s'agit d'un savoir à inscrire dans la mémoire à long terme. - le savoir conditionnel: ces connaissances concernent le quand et le pourquoi de l'action. A quel moment et dans quel contexte est-il approprié d'utiliser tel ou tel concept, telle ou telle démarche? - le savoir procédural: correspond aux savoir-faire. Ces connaissances concernent le comment de l'action. C'est seulement en « faisant » que ces connaissances peuvent se développer. Pour Stordeur (1996) les trois types de connaissances se retrouvent dans toutes les disciplines. Il est important de pouvoir les spécifier pour mieux adapter l'organisation de l'apprentissage. En ce qui concerne les connaissances déclaratives, Stordeur rejoint Roegiers (2000) et Romainville (2000b) lorsqu'il précise qu'il est primordial de distinguer ce qui est essentiel et accessoire. La formation en soins infirmiers, par sa nature « professionnalisante » est orientée vers des compétences assez ciblées. On se trouve donc davantage dans une logique opérationnelle de développement de compétences (Roegiers, 2000, p.96). Cette logique est celle

d'un curriculum plus ciblé, qui travaille avant tout sur les situations; il conçoit les apprentissages comme un investissement à plus court terme, orienté vers la réalisation de tâches précises. Cependant, il ne faut pas penser qu'une approche par les capacités et une approche par les compétences soit incompatibles. Les deux approches sont étroitement liées, complémentaires même. **Un enseignement efficace reposerait dès lors sur un équilibre judicieux entre une acquisition de connaissances soigneusement sélectionnées, un développement de capacités transversales et un développement de compétences, plus ciblées, centrées sur le réinvestissement en situation d'acquis de tous types: connaissances, capacités, automatismes, attitudes, acquis d'expériences (Roegiers, 2000, p.99).**

Dès lors, plutôt que de privilégier un modèle d'apprentissage, Roegiers suggère de **tendre vers une quête de sens en jouant sur la variété**, en exploitant au maximum la diversité, à travers toutes les formes selon lesquelles elle se manifeste mais également en jouant sur **l'intégration** c'est-à-dire en exploitant tous les moments propices à la création de liens entre divers acquis, et surtout en évitant de faire l'impasse sur les situations d'intégration, qui sont pour l'apprenant autant d'occasions de mobiliser, de réinvestir, **d'articuler un ensemble d'acquis, de façon significative.**

Cela sous-entend la constitution d'un curriculum intégrateur et une certaine révolution didactique. Les rôles des différents acteurs en présence dans la situation d'apprentissage sont également redéfinis. L'enseignant devient un expert des stratégies didactiques et un pourvoyeur de situations d'apprentissage significatives et motivantes. Son rôle évolue, il ne tient plus le devant de la scène mais devient un entraîneur attentif aux difficultés de ses étudiants, à leur cheminement intellectuel et à leur progrès.

2.4 Apprentissage des soins infirmiers

Après avoir posé le décor dans la partie contextuelle et les grandes orientations pédagogiques et didactiques concernant le « faire apprendre », cette partie a pour but de découvrir comment l'apprentissage des soins infirmiers, plus particulièrement, peut répondre aux exigences de l'approche par compétences. Nous avons vu précédemment que cette problématique touche à l'ensemble de l'organisation de la formation, depuis la conception du curriculum à la logique didactique et ses implications sur les acteurs concernés. L'objet de cette recherche consiste à découvrir et à analyser le rôle de l'enseignant en soins infirmiers. Notre propos se limitera dans ce chapitre à cerner comment, dans les

cours théoriques et en formation clinique, ce dernier peut lui aussi répondre de manière cohérente aux défis de l'approche par compétences.

Dans un premier temps, le concept de « transfert » est présenté car il intervient de manière dominante dans l'apprentissage des soins infirmiers en tant que formation professionnelle où l'enseignant tient une place privilégiée puisqu'il accompagne les étudiants à la fois dans la formation théorique et professionnelle. Nous verrons quelles stratégies mises en œuvre par l'enseignant sont les plus susceptibles de soutenir le transfert et surtout de le provoquer.

La seconde partie se propose de comprendre comment l'enseignant peut effectivement mettre en œuvre ces diverses stratégies dans le contexte de l'alternance entre les deux milieux d'apprentissage et dans la construction d'une cohérence en partenariat avec tous les acteurs concernés.

2.4.1 Apprentissage professionnel: enjeux du transfert.

Les réflexions sur l'enseignement et l'apprentissage conduisent nécessairement à la problématique du transfert des apprentissages. Cela est d'autant plus palpable dans une formation professionnelle qui forme les étudiants à une profession bien définie, comme les soins infirmiers. Par exemple, une étudiante de première année a pour tâche de réaliser les soins d'hygiène à une dame âgée, hospitalisée pour une mise en place de prothèse de hanche. Elle a recours à des connaissances qu'elle possède dans sa mémoire à long terme pour les appliquer à ce problème qui est en fait une situation inédite. Cette étudiante fait donc du transfert de connaissances d'un contexte à un autre, d'un problème à un autre. Dans les écrits pédagogiques et dans la littérature en soins infirmiers, le transfert des apprentissages occupe une place fort importante, et il y est beaucoup plus fréquemment question d'absence que de présence de transfert (Tardif, 1992, p.270). Dans l'apprentissage des soins infirmiers, cette absence est le plus souvent la résultante d'un « clivage théorique-pratique » (Janguiot, 1999). Fealy (1999) tente de cerner cette relation « théorie-pratique » dans les soins infirmiers afin de découvrir la manière de créer des liens entre les deux. En d'autres termes, à faciliter les transferts (Severinsson, 1998). D'autres auteurs vont jusqu'à dresser un tableau assez sombre du « décalage entre la théorie et la pratique » inhérent à une alternance entre deux entités aux référentiels différents, ayant des systèmes de valeurs distincts, une logique de fonctionnement divergente (Robertson, 1998) où l'étudiant est livré largement à lui-

UNE APPROCHE PAR LES COMPÉTENCES POUR L'APPRENTISSAGE DES SOINS INFIRMIERS ANALYSE DES PRATIQUES DES ENSEIGNANTS

même pour arriver à élaborer une cohérence entre les deux milieux où il évolue (Goudeaux, 1998). Dans ces écrits sur les relations entre l'institution de formation et le milieu professionnel, il est souvent souligné que les apprentissages réalisés sont déconnectés de la vie professionnelle et que ce que les étudiants apprennent ne quitte pas les murs de la classe.

Tardif (1992, p276) définit le transfert à partir de diverses perspectives proposées dans les écrits sur la psychologie cognitive. Le transfert est l'activation et l'application de connaissances antérieures dans de nouvelles situations qui concernent la résolution de problèmes ou la réalisation de tâches complexes. Le trait distinctif du transfert est le passage d'une connaissance, d'une situation à une autre, d'un contexte à un autre. Pour l'auteur, la question fondamentale pour l'enseignant est celle qui porte sur les stratégies les plus susceptibles de non seulement soutenir le transfert, mais surtout de le provoquer. Celui-ci n'est possible que dans la mesure où certaines variables sont respectées dans les démarches d'enseignement et où les interventions pédagogiques basées sur la résolution de problèmes sont les plus à même de les favoriser.

Les conséquences pour l'enseignement des soins infirmiers sont donc nombreuses d'une part dans les cours théoriques et d'autre part en formation clinique.

ENSEIGNEMENT THÉORIQUE

Dans la majorité de ses interventions, l'enseignant doit insérer l'acquisition des connaissances dans un contexte de problèmes réels à résoudre, partir de la « pratique », des situations sociales pour construire la théorie. Il faut éviter de placer l'étudiant devant des tâches répétitives à partir desquelles il ne réalise aucun apprentissage signifiant. Par exemple, l'apprentissage de la surveillance pour un patient en insuffisance respiratoire sera davantage « transférable » s'il est issu d'une réflexion cognitive à partir de différents cas cliniques proposés.

Il est aussi dans la tâche de l'enseignant de rendre l'étudiant conscient de chacune des étapes de la résolution de problèmes et il est important d'insister sur les stratégies métacognitives. L'enseignant doit établir explicitement les liens qui existent entre la représentation du problème et la résolution elle-même.

Dans ces démarches pédagogiques, il est essentiel que l'enseignant présente fréquemment des problèmes mal définis. Ce genre de problème force l'étudiant à préciser lui-même un certain nombre d'éléments, comme il va devoir le faire dans la majorité des problèmes en dehors de la classe. Reprenons l'exemple de la surveillance d'un patient en insuffisance respiratoire, on

pourrait imaginer présenter le cas clinique à partir de diverses sources d'informations complexes: le dossier infirmier, le dossier médical, le rapport de nuit, etc. et accompagner les étudiants dans la recherche des éléments significatifs en vue de réaliser leur prise en charge globale du patient.

Devant des problèmes à résoudre, l'enseignant doit également faire en sorte que l'étudiant développe des stratégies différentes. Par la suite, il faut aussi que, dans le choix du scénario de résolution, l'enseignant aide l'étudiant à développer des stratégies lui permettant l'élaboration de critères pertinents pour discriminer les solutions produites en fonction de leur efficacité probable. Ce pourrait être l'élaboration d'une démarche en soins infirmiers à partir d'un cas clinique complexe où l'enseignant laisse les étudiants élaborer diverses solutions pour les guider finalement vers celle qui semble la plus réalisable et la plus efficace.

Pour provoquer et soutenir le transfert, il est fondamental de proposer dans l'enseignement un très grand nombre d'exemples variés, y compris des contre-exemples. C'est à partir de ceux-ci que l'étudiant parviendra à décontextualiser ce qui est appris et à le transférer facilement d'une situation à une autre, d'un problème à un autre, d'une tâche à une autre.

Enfin, le transfert a de fortes chances de se produire si en plus de ces éléments l'apprentissage se produit dans un contexte social où les justifications, les principes et les explications sont socialement générés, discutés et reliés entre eux.

En guise de synthèse, Tardif propose cinq zones d'interventions à privilégier dans l'enseignement (1992, p.302):

- interventions au regard du contenu ainsi que des stratégies cognitives et métacognitives nécessaires pour le traiter de façon significative;
- interventions au regard du développement graduel de l'autonomie de l'élève dans le traitement des informations;
- interventions au regard des connaissances spécifiques et de l'extraction des connaissances générales par leur intermédiaire;
- interventions au regard des variables affectives, particulièrement les composantes de la motivation scolaire.

FORMATION CLINIQUE

En formation clinique, le rôle de l'enseignant est également très important pour aider l'apprenant à réaliser des transferts. En effet, les situations d'apprentissage professionnel nécessitent de partir de ce que l'on sait pour résoudre un problème nouveau et complexe.

Différents auteurs proposent des stratégies qui soutiennent et favorisent ces transferts.

La pratique réflexive à partir de laquelle l'étudiant prend sa propre action, ses propres fonctionnements mentaux pour objet d'observation et d'analyse (Perrenoud, 1996, p. 197). Il tente de percevoir et de comprendre sa propre façon de penser et d'agir. Pour Lhotellier (1997) toute pratique est le lieu où le questionnement doit sans cesse revenir. Il rejoint Perrenoud dans l'idée que la formation initiale des étudiants doit les préparer à l'auto-observation et à l'auto-analyse. Tous les dispositifs de formations interactifs, et toutes les formes de coopération et de travail d'équipe peuvent non seulement stimuler une pratique réflexive, mais y préparer, par intériorisation progressive de démarches d'explicitation, d'anticipation, de justification, d'interprétation d'abord inscrites dans un dialogue.

L'échange sur les représentations et les pratiques. (Perrenoud, 1996, p.197) Toute confrontation de représentations et de pratiques favorise la prise de conscience. Pour que cette prise de conscience s'opère, il faut créer un climat qui permette de raconter ce qu'on fait sans craindre le ridicule, la désapprobation. Severinsson (1998) décrit une étude où les étudiants (n = 28) étaient invités à participer à un programme de supervision organisé à l'école durant leur première période de stage clinique. Les formateurs avaient pour rôle d'assister les étudiants dans le développement de stratégies pour apprendre à partir du vécu clinique. Les principaux résultats ont montré une meilleure intégration des connaissances et une plus grande maturité chez les étudiants. L'auteur suggère dès lors deux pistes d'action pour l'enseignement des soins infirmiers : passer davantage de temps à réfléchir sur l'expérience clinique des étudiants et insister sur le rôle du formateur qui favorise l'approche réflexive de l'étudiant en vue d'explorer les différentes alternatives dans la gestion des situations cliniques.

L'entretien d'explicitation (Vermersch, 1994).

Le fondement de la démarche repose sur le postulat que nous en savons plus que nous ne croyons, mais nous n'avons qu'une conscience confuse, implicite, intuitive de certains de nos actes et de leurs motifs. Pour retrouver les enchaînements qui conduisent à une action, il faut faire verbaliser, expliciter de petits faits. Le rapport entre l'apprenant et le formateur de terrain se transforme alors en un entretien d'explicitation. Le questionnement d'explicitation prend son sens dans une pédagogie qui fait une place importante à la prise en compte de la démarche propre de l'élève. Pour Vermersch, il faut avoir renoncé à n'utiliser que la seule démarche prescriptive qui consiste à dire ce qu'il faut faire et à ne traiter les erreurs et difficultés d'apprentissage que comme de simples écarts à la norme attendue.

L'utilisation de stratégies de questionnement par les formateurs cliniques.

D'après Sellappah, Hussey, Blackmore et McMurray (1998), une stratégie pour développer la compétence de réflexion critique chez l'apprenant consisterait en l'utilisation de « questionnement de haut niveau » par les formateurs cliniques durant le stage. L'usage approprié de stratégies de questionnement pourrait faciliter le développement de la réflexion critique et de la prise de décision. Par questions de bas niveau les auteurs entendent des questions portant sur l'information, la connaissance, la compréhension et l'application ; les questions de haut niveau concernent l'analyse, l'évaluation et la synthèse. Vingt-six enseignants en formation clinique ont participé à l'étude. Les résultats montrent qu'ils posent de manière prédominante des questions de bas niveau, surtout ayant trait aux connaissances. Les auteurs suggèrent que les possibilités pour les formateurs de poser des questions de haut niveau sont accrues après avoir reçu une formation concernant l'utilisation de stratégies de questionnement.

Pour conclure, nous reprendrons les propos de Clifford (1999) concernant le rôle clinique de l'infirmière-enseignante. Il semblerait que plus l'enseignant en soins infirmiers a une vision claire de son rôle de formateur clinique, plus il favoriserait les interactions avec les apprenants en vue de les aider à développer des compétences cliniques. Le développement des stratégies de soutien du transfert par l'enseignant serait donc directement lié à la perception de son rôle de formateur en stage clinique et en cours théorique mais également à la construction d'une cohérence entre les deux entités (milieu scolaire – milieu professionnel) qui pourrait être générée entre autres par un partenariat optimal entre acteurs.

2.4.2 Partenariat entre acteurs : élaboration d'une cohérence.

La formation en soins infirmiers s'organise par une alternance entre un enseignement théorique et une formation clinique. De nombreux auteurs posent une question de fond concernant le décalage entre ces deux entités : décalage entre la théorie et la pratique, deux logiques de formation au fonctionnement divergent. Pour Jeanguiot (1999) l'alternance permet de débiter plus tôt le contact avec la vie professionnelle, mais les lieux de stage doivent être en cohérence avec le projet de formation. Développer la collaboration entre les partenaires, c'est d'abord se connaître, se

UNE APPROCHE PAR LES COMPÉTENCES POUR L'APPRENTISSAGE DES SOINS INFIRMIERS ANALYSE DES PRATIQUES DES ENSEIGNANTS

rencontrer, échanger et travailler ensemble. Les questions sont nombreuses : que propose le stage, qu'attend le stage de l'école, qu'attend l'école du stage, qu'attendent les étudiants des deux instances, quel rythme école-stage peut-on donner, comment impliquer de manière cohérente en stage clinique des étudiants de première ou deuxième année au bagage théorique et pratique limité ? La réponse à ces différentes questions permettrait de créer la rencontre et la construction d'un projet commun et d'amener le système de formation vers une formation-système où prévaudraient réflexion et professionnalisme. Il faut donc étudier et prévoir une stratégie en matière d'alternance entre les stages cliniques et les modules théoriques. Parler d'alternance, comme l'analysent Clénet et Gérard (1994), c'est reconnaître le rôle formateur de l'environnement socioprofessionnel et de l'entreprise, préalables indispensables pour toute organisation ou pour tout acteur qui prétend s'engager dans des pratiques de formation en alternance. C'est aussi accepter d'emblée un partage du « pouvoir de former » entre l'entreprise et l'école, fondement essentiel d'une logique de partenariat.

Roberton (1998) suggère que c'est la transformation de l'état d'étudiant vers celui de professionnel qui est une finalité, et non la transmission de savoirs théoriques contenus dans un programme destiné à former des professionnels. Cette rectification de finalité peut apparaître comme un moyen de faire se rencontrer les deux logiques « antagonistes » (académique et professionnelle), mues par une multiplicité de forces en interaction qui convergent au lieu de s'affronter. Ceci amène alors à sortir du débat opposant théorie et pratique, en se recentrant sur la question « comment faire converger ces deux logiques ? »

Dans la formation, cette dynamique pourrait être porteuse de réel changement et initiatrice d'une logique en accord avec l'approche par compétences incitant les formateurs à :

- prendre en compte l'adéquation entre la démarche d'apprentissage, l'action pédagogique et la demande (formulée ou non) des personnes en matière de santé ;
- réfléchir sur le sens à donner à la formation des étudiants infirmiers ;
- s'interroger sur la pertinence des stratégies didactiques dans la problématique du transfert ;
- penser les enseignements théoriques en fonction de ce sens, en les inscrivant dans une temporalité ;
- prendre en compte l'importance du poids de l'évaluation sur la stratégie d'apprentissage ;
- étalonner le système d'évaluation avec la stratégie didactique mise en œuvre pour la recherche d'une cohérence maximale.

Cette réflexion sur l'apprentissage des soins infirmiers doit être menée en partenariat étroit avec tous les acteurs concernés : apprenant, professionnel, formateur.

CONCLUSION DE LA PARTIE THÉORIQUE

L'apprentissage professionnel des soins infirmiers se construit à partir de ce que chacun est au plus profond de lui-même, façonné par son histoire et en interaction avec les autres. Cet apprentissage est influencé par les représentations au savoir, à l'enseignement et à la santé, la motivation et les stratégies mises en œuvre. Il est également le fruit de toute une organisation institutionnelle et pédagogique réfléchie en partenariat avec le monde professionnel. Il s'inscrit dans une histoire et une culture.

Après avoir connu diverses réformes, l'enseignement des soins infirmiers vise à former des professionnels compétents, capables de réflexion critique, d'intégration rapide et d'adaptation en lien avec l'évolution, la croissance des savoirs et la rencontre avec des situations de soins de plus en plus complexes. L'approche par les compétences semblerait pouvoir répondre au mieux à ses nouveaux objectifs et suggère de redéfinir le rôle des différents acteurs impliqués dans l'apprentissage des soins infirmiers. L'étudiant, davantage acteur, serait confronté, dans l'apprentissage théorique, à des situations de soins issues du « terrain », situation-problème qu'il devrait résoudre par la recherche personnelle, l'interaction avec autrui, l'utilisation d'outils, etc. L'enseignant serait expert de la conception et de la mise en place de situations d'apprentissage. Ces situations, en contextualisant l'apprentissage, augmenteraient le degré de motivation et faciliteraient les transferts. La formation clinique privilégierait l'observation formative et la régulation fine des activités et des apprentissages. Le rôle du formateur serait celui de l'enseignant professionnel, praticien-réfléchi, capable d'analyser ses propres pratiques, de résoudre des problèmes, d'inventer des stratégies. Ce double modèle de professionnalité, en favorisant un va-et-vient entre pratique-théorie-pratique, permettrait sans doute d'œuvrer à la rencontre des deux logiques antagonistes (académique et professionnelle).

Quels sont les choix stratégiques de l'enseignant en soins infirmiers dans les cours théoriques et en formation clinique, quelles représentations a-t-il de son rôle de formateur ? C'est ce que la seconde partie de ce travail va tenter de découvrir et d'analyser.

DEUXIÈME PARTIE : CADRE EMPIRIQUE

3. DISPOSITIF DE RECHERCHE

3.1 Choix de la méthode

La question posée vise à découvrir dans quel modèle d'apprentissage se situe l'enseignant en soins infirmiers à travers les méthodes qu'il met en œuvre dans les cours théoriques et en stage clinique et de percevoir s'il a conscience de l'impact de ses choix méthodologiques sur l'apprenant. Il s'agissait donc de découvrir dans un premier temps quelles étaient les pratiques pédagogiques des enseignants et, dans un second temps, d'essayer de comprendre ce qui guidait leur choix et d'appréhender la représentation qu'ils avaient de leur rôle de formateur en soins infirmiers.

Le choix de l'outil de recueil des données fut l'interview non-directive afin de privilégier les exigences de validité propre à la recherche qualitative. Le nombre de sujets interviewés fut limité à un échantillon de huit personnes au total. Il paraissait important de veiller à la qualité des matériaux qui allaient être analysés en obtenant des documents qui fourniraient une information dense et abondante sur les pratiques des formateurs. Dans cette optique, l'outil de recueil devait permettre d'obtenir un discours reflétant l'investissement du locuteur et un discours dans lequel les liens logiques de la pensée étaient explicites. L'interview non-directive permettait donc de répondre à ces diverses exigences.

Un guide d'interviews (Annexe 1) comportait les éléments principaux devant être abordés ainsi que quelques données d'identification qui reprenaient l'âge, le sexe, les diplômes et formations complémentaires, les années d'ancienneté ainsi que les expériences professionnelles antérieures, le régime de travail et la répartition entre les heures de cours et de stage clinique, le type de cours et de stages supervisés ainsi que l'année des étudiants concernés par ces cours. Ces différentes variables ne sont pas présentées comme telles afin de garantir un anonymat total. Néanmoins, elles interviendront parfois dans la présentation et l'analyse des données comme variables explicatives de certains éléments. La représentation des enseignants par rapport au mot « formateur » fut cernée dans un premier temps. Ensuite, l'interviewer demandait aux enseignants de se souvenir d'une situation d'enseignement théorique et pratique et de décrire la manière dont ils avaient procédé et pourquoi ils agissaient de la sorte. Il leur était également demandé de décrire comment ils se sentaient dans leur rôle péda-

gogique au travers des cours théoriques et en stage clinique par le biais d'une situation concrète d'apprentissage où ils avaient ressenti le sentiment d'avoir été « aidant » ou non pour l'apprenant. L'entretien visait également à découvrir à partir de quel moment les enseignants considéraient qu'un cours était prêt à être donné, s'ils disposaient de notes écrites sur la méthodologie du cours et finalement quand est-ce qu'ils se sentaient le plus formateur. L'entretien se terminait par une définition personnelle de leur rôle de formateur en soins infirmiers en visant à connaître la manière dont cette définition avait évolué au cours de leur carrière. Les thèmes abordés dans les interviews devaient permettre de cerner avec précision dans quels modèles d'apprentissage se situaient les enseignants en soins infirmiers, mais surtout de comprendre le pourquoi, le comment et le vécu de ces enseignants dans leur rôle de formateur. Avaient-ils conscience de l'impact de leur choix méthodologique dans une optique de transfert théorie-pratique et d'acquisition de compétences, ces choix étaient-ils contraints par différentes « obligations » extérieures, guidés par leurs représentations; quelles étaient leurs difficultés. Autant de questions qui permettraient de mieux comprendre la complexité du rôle de formateur en soins infirmiers dans la problématique de l'acquisition des compétences, d'en déceler les freins et peut-être certains leviers de changement.

3.2 Recueil des données

Un pré-test fut effectué le 20 mars 2000 avec la collaboration d'une collègue enseignante en soins infirmiers. Cet entretien s'est déroulé en présence d'une tierce personne experte dans ce domaine de recherche qui notait les insuffisances de la méthode afin de la rendre optimale. La difficulté principale rencontrée était inhérente au manque de maîtrise de la pratique même de l'interview qui représentait une première expérience pour l'interviewer. En effet, l'enseignante restait dans des propos très généraux qui n'auraient pas permis une analyse très fine. L'interviewer prenait alors conscience de l'importance de laisser la personne s'exprimer sans trop de contrainte, le guide d'interviews servant uniquement de support et les thèmes pouvant être abordés dans l'ordre naturel de la discussion. Il paraissait alors important d'engager l'enseignante dans une description très précise d'une situation d'apprentissage et de creuser les réponses en essayant de faire expliquer le plus concrètement possible les choix, les craintes, les plaisirs, les sentiments, le vécu. Tous ces éléments étant très importants à recueillir en vue d'une analyse qualitative. Il fut également constaté une cer-

UNE APPROCHE PAR LES COMPÉTENCES POUR L'APPRENTISSAGE DES SOINS INFIRMIERS ANALYSE DES PRATIQUES DES ENSEIGNANTS

taine difficulté pour l'enseignante à se livrer dans un climat de confiance réciproque. La décision était alors prise de contacter les enseignants et de leur laisser le libre choix de participer ou non à l'entretien, de leur expliquer quels thèmes seraient abordés et de définir un lieu de rencontre à leur convenance. Les entretiens se déroulèrent du 24 mars au 6 avril 2000.

3.3 Choix de la population et de l'échantillon

Les huit personnes interrogées furent tirées au sort parmi les enseignantes en soins infirmiers intervenant dans les années de base (trois premières années de graduat) soit une trentaine de personnes qui avaient été réparties préalablement en trois groupes en fonction de leur ancienneté (0-10; 10-20; 20-30) et puis en deux groupes en fonction de leur répartition entre le temps consacré aux cours théoriques et la supervision en stage clinique. L'intérêt était de rassembler un échantillon diversifié du groupe d'enseignantes en soins infirmiers afin d'obtenir des réponses les plus riches possible. Les entretiens furent enregistrés et retranscrits intégralement afin de restituer les propos des enseignants dans leur contexte et leur exactitude. Chaque entretien durait environ trois quarts d'heure à une heure.

3.4 Mode de dépouillement des entretiens

Les données ainsi recueillies ont été analysées d'une part selon une analyse thématique de contenu sur base de la grille de lecture concernant les trois modèles d'apprentissage proposée par J. Stordeur (1996, p. 26) et d'autre part selon l'analyse structurale de Piret, Nizet et Bourgeois (1996).

3.4.1. Analyse thématique de contenu.

Les interviews ont été analysés sur base d'une grille réalisée par J. Stordeur présentant les trois grands modèles d'apprentissage: le modèle de l'empreinte, celui du conditionnement et enfin le modèle constructiviste interactif (cfr. Schéma 2). A chaque type de modèle correspondaient différents éléments déterminants selon qu'on se trouvaient dans la préparation de l'enseignant, les comportements sollicités chez l'apprenant ou les valeurs véhiculées. Les propos des enseignants ont donc été

«classés» par thèmes. Par exemple, en ce qui concerne la préparation de l'enseignant, il s'agissait de découvrir si elle était davantage structurée, découpée en éléments simples directement assimilables ou correspondait à une situation complexe à vivre que ce soit dans les cours théoriques d'une part et dans la supervision des stages cliniques d'autre part. Ensuite, les comportements sollicités chez l'apprenant ont été relevés dans les propos des enseignants afin d'être rattachés à tel ou tel modèle. En ce qui concerne les valeurs véhiculées, il a été choisi, a posteriori, de ne pas les mettre en évidence. En effet, il nous a semblé réducteur d'analyser des valeurs à partir des entretiens. Ce classement une fois effectué, les pratiques pédagogiques des huit locuteurs pouvaient alors être reliées aux différents modèles.

Par ailleurs, afin d'éviter une transcription réductrice d'une réalité complexe par le biais d'une certaine modélisation, il a paru judicieux de reprendre et d'analyser les *difficultés exprimées*, le vécu des enseignants dans leur rôle de formateur en vue d'apporter à cette première analyse les nuances qui l'enrichiraient.

3.4.2. Analyse structurale.

La méthode de l'analyse structurale a été choisie afin de permettre une analyse du discours plus en profondeur, de distinguer la réalité en elle-même plutôt que ce que les enseignants en disent. En effet, celle-ci favorise la prise en compte des représentations, c'est-à-dire des constructions mentales individuelles ou sociales que les gens se font d'une réalité particulière, des systèmes de sens qui orientent leurs perceptions et leur agir. L'objectif principal de l'analyse structurale était donc de reconstruire les représentations de la personne au départ d'un entretien.

Selon les auteurs, cette démarche de recherche des significations est rendue possible par la mise en évidence des relations entre les éléments. On postule que les manières de penser des individus (leurs représentations) s'expriment dans leurs manières de parler mais de façon non ordonnée. L'analyse structurale donne des outils et des règles qui permettent d'analyser le contenu du discours afin de construire sur la base de ce matériau brut les représentations de la personne qui s'est exprimée.

L'analyse structurale est une méthode d'analyse de contenu qualifiée de sémantique et de structurale. Sémantique dans la mesure où l'on s'intéresse au sens du discours. Il importe d'attribuer à ce que dit le locuteur le sens qu'il y met effectivement. La méthode se présente donc comme un garde-fou donnant les moyens d'approcher le matériau de la recherche sans y projeter ses propres conceptions. C'est aussi une méthode structurale,

car elle consiste à saisir les associations, les oppositions qui relient les thèmes d'un discours, à saisir la structure de ce discours. Ce sont les relations entre les éléments du texte (indépendamment de leur ordre ou de leur fréquence d'apparition), et non les éléments eux-mêmes qui permettent de découvrir la signification du discours du locuteur.

Les interviews ont produit un matériau abondant, volumineux dont toutes les parties n'étaient pas d'un intérêt équivalent par rapport à la question de recherche. Ils furent triés selon deux critères : la pertinence et l'efficacité.

Afin d'assurer la fiabilité de la méthode d'analyse, il importait d'appliquer rigoureusement les règles de l'analyse structurale et de savoir si un autre décodeur aurait traité l'information contenue dans les matériaux choisis de la même manière. Pour ce faire, nous avons pu bénéficier de la collaboration d'un chercheur familiarisé avec cette technique d'analyse.

3.5 Critères de qualité et de validité

La recherche qualitative a fait l'objet de diverses critiques : manque de reproductibilité, de possibilité de généralisation, rassemblement d'anecdotes et d'impression personnelles, etc. Afin d'éviter ces écueils et d'assurer un maximum de validité et de pertinence, différentes stratégies ont été mises en œuvre. Selon Mays et Pope (2000), la validité d'une étude qualitative peut être atteinte de plusieurs manières.

Il importe tout d'abord d'exposer clairement les méthodes de collecte et d'analyse des données, dont la présentation doit être suffisamment complète pour permettre au lecteur de juger de la pertinence de l'interprétation du chercheur. Il s'agit ensuite de prendre en compte les différents biais, personnels et intellectuels, qui peuvent influencer la crédibilité des résultats. Les auteurs insistent sur l'importance de discuter les effets des caractéristiques personnelles comme l'âge, le sexe, la classe sociale, le statut professionnel, etc. sur les données collectées ainsi que la « distance » entre le chercheur et l'objet de la recherche. Ici, certains biais pouvaient être présents du fait de la profession du chercheur, similaire à celle des personnes interrogées. Cette « proximité » du chercheur avec l'objet de la recherche était néanmoins contrôlée par le regard extérieur du promoteur. Par contre, cette connaissance étroite du sujet permettait une certaine aisance lors des entretiens et une expertise lors de l'analyse des données.

En troisième lieu, il convient de porter une attention particulière aux « cas négatifs » c'est-à-dire aux éléments qui ne rentrent pas dans l'émergence globale d'un phénomène ou d'une attitude afin d'enrichir l'analyse et de l'affiner.

Finalement, il faut éviter toute généralisation abusive. Il s'agit dès lors de garder en mémoire le fait que les résultats obtenus concernent huit personnes, certes représentatives, mais d'une seule institution. Néanmoins, les données sont présentées avec un maximum de détails afin de permettre au lecteur de juger si les résultats obtenus peuvent être appliqués à la situation qui le concerne.

Par la suite, les données de la présente étude pouvaient encore être validées de deux manières supplémentaires : la triangulation et la validation réflexive. La triangulation compare les résultats obtenus à l'aide de différents outils de recueil des données afin de dégager les points de convergence. Les résultats de cette étude ont été confrontés à ceux obtenus précédemment par D. Lemenu (2000) dans une recherche plus quantitative afin d'aboutir à une interprétation d'ensemble. La validation réflexive quant à elle, utilise des techniques dans lesquelles l'analyse du chercheur est confrontée à l'avis des participants afin d'établir un niveau de correspondance entre les deux parties. Cette étape de la recherche a été réalisée en septembre 2001, date de la première réunion pédagogique regroupant l'ensemble des infirmières-enseignantes de l'institution de formation en soins infirmiers.

Pour conclure cette partie méthodologique, nous citerons Dingwall et associés (1998) « qualitative research requires real skill, a combination of thought and practice and not a little patience ».

4. PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS

4.1 Présentation et analyse des données selon la grille des modèles d'apprentissage.

Le guide de lecture des pratiques d'enseignement et/ou d'apprentissage proposé par Stordeur (1996), appliqué à la formation en soins infirmiers, sur base des entretiens réalisés, amène différentes constatations :

4.1.1 Formation théorique

En ce qui concerne les cours théoriques, les pratiques privilégiées se situent majoritairement dans le modèle de l'empreinte et du conditionnement.

Dans la préparation du cours, l'objectif principal des enseignantes consiste à structurer la matière à transmettre.

UNE APPROCHE PAR LES COMPÉTENCES POUR L'APPRENTISSAGE DES SOINS INFIRMIERS ANALYSE DES PRATIQUES DES ENSEIGNANTS

On retrouve dans les propos des locuteurs les termes de « matières à préparer ». Leur objectif est souvent d'en faire le tour le plus complet possible. Le contenu de l'apprentissage se trouve généralement dans un syllabus et l'enseignante essaye de donner sa leçon en la structurant et en s'aidant de support comme les transparents. La préparation de l'enseignant est principalement axée sur la matière à donner en vue de la maîtriser au mieux. Lorsqu'on évoque la préparation de la leçon, les enseignantes disent surtout qu'elles réactualisent la matière, qu'elles essaient de la réaménager pour la rendre encore plus attrayante, pour attirer davantage l'attention des étudiants. La préparation en terme de stratégies didactiques n'est pas ou peu envisagée.

Dans les malaises exprimés, certaines disent être conscientes de l'importance que l'étudiant cherche par lui-même pour « maîtriser », mais expliquent qu'elles ont des « heures à donner » au terme desquelles l'étudiant doit « connaître ». Une d'entre elles dit éprouver du stress pour que la matière soit vue. Les enseignantes se sentent « coincées » par le temps : elles désireraient utiliser des « méthodes participatives » mais ne souhaitent pas que cela viennent empiéter sur le temps qu'elles consacrent à leurs cours en terme de transmission de matière. On constate que des enseignantes définissent le terme de « méthode participative » par l'idée de la « participation des étudiants » au cours. Cette participation vise donc à être plus « efficace », l'enseignante donnant des exemples, des anecdotes, des documents pour illustrer ses propos.

Plusieurs enseignantes trouvent que pour être « aidantes » dans l'apprentissage de l'étudiant il importe d'être expert dans la matière à enseigner. Cela engendre une certaine frustration : ne pas être expert ; et un souhait : celui d'être une bibliothèque ambulante. Dans un contexte de multiplication des savoirs, ce sentiment ne risque-t-il pas de mener les enseignantes à se sentir de plus en plus dans l'incapacité de tout maîtriser ?

Dans les comportements sollicités chez les apprenants, on constate que les activités demandées s'inscrivent globalement dans le modèle de l'empreinte. Le travail de l'apprenant est d'abord celui d'écouter. Les enseignantes focalisent l'attention des apprenants sur l'information à redire ou sur les exemples à imiter. Certaines enseignantes expriment leur difficulté à être « bonne formatrice » lorsque certains étudiants « sont assez vivants mais pas tout à fait dans le bon sens du terme... un peu chahuteurs ». Elles soulèvent également le problème du maintien de l'attention de l'étudiant lié à leur « surcharge horaire ». Si l'écoute est la première activité demandée aux apprenants, l'on peut s'interroger sur l'impact des capacités limitées d'attention « passive » sur l'apprentissage. Ne risque-t-on pas de les voir adopter une attitude qui convient à l'enseignant (entendre, regarder) mais sans projet d'intégration immédiate ?

La seconde activité demandée aux étudiants consiste à vérifier si la première activité a été réalisée en demandant à un ou plusieurs étudiants de redire, de réexpliquer. On retrouve également l'activité de copier et de mémoriser. Les enseignantes organisent l'évaluation des cours théoriques en grande partie autour du « savoir redire la matière ». Une enseignante exprime l'idée que les étudiants auront besoin de ce « par cœur » sur le terrain s'ils veulent bien travailler.

Certains cours théoriques consistent en ***l'apprentissage de techniques de soins***. Si les comportements sollicités chez les apprenants relèvent encore du modèle de l'empreinte, on leur demande également d'effectuer, de reproduire et de s'exercer, comportements qui caractérisent le modèle du conditionnement.

Globalement, dans les cours théoriques, l'étudiant tient un rôle relativement passif dans la construction de son savoir. Pour Stordeur (1996, p.27) « l'apprenant est donc avant tout considéré comme une page blanche à écrire, ou comme un vase à remplir, comme une terre à modeler... L'apprenant est d'abord un héritier à qui il faut transmettre le savoir des générations antérieures ». Néanmoins, dans certains cours comme celui de psychologie appliquée ou pour une petite partie de la matière qui semble s'y prêter, la leçon s'organise surtout sur la base du vécu des étudiants en stage, et donc s'apparente davantage à une situation complexe à partir de laquelle les apprenants découvrent les différents concepts afin de les maîtriser en situation. Dans ce cas isolé, la préparation de l'enseignant s'inscrit dans le modèle constructiviste interactif et on trouve dans les comportements sollicités chez les apprenants certaines activités comme exprimer, percevoir, rechercher, comprendre en vue d'utiliser.

4.1.2 Formation clinique

Différents éléments permettent de placer une grande partie des pratiques pédagogiques des enseignantes en stage clinique dans le modèle de l'empreinte et du conditionnement. Néanmoins, on observe une volonté de leur part à voir les étudiants développer des comportements d'adaptation, de recherche, de compréhension en vue d'atteindre des compétences. Cependant, elles constatent les difficultés éprouvées par les étudiants à intégrer ce modèle d'apprentissage. Mais les apprenants ont-ils été initiés aux compétences d'autorégulation qui pourraient leur permettre de préparer leur autonomie professionnelle ? Dans les faits, les pratiques pédagogiques privilégiées n'engendrent-elles pas plus souvent une correspondance aux normes (les étudiants doivent connaître leur matière, leur technique,...) qu'une capacité de réflexion et d'adaptation ?

De plus, des éléments extérieurs se présentent comme des obstacles au rôle de formateur aux yeux des enseignantes, à savoir : le manque de temps à consacrer à l'étudiant, l'obligation d'évaluation certificative, les imprévus, la charge de travail, le nombre élevé d'endroits de stage à superviser, les attentes de l'équipe soignante et la non clarification des rôles qui aurait dû accompagner la réforme.

À travers les différents entretiens, on met également en évidence une certaine solitude de l'enseignant. Plusieurs regrettent le travail à l'hôpital comme soignante, pour la vie d'équipe que cela permettait. D'autres expriment un malaise à vivre le regard critique des soignants.

Bref, on ressent parfois des conflits intérieurs entre le « vouloir » et le « devoir » liés peut-être à un manque de consensus, de clarté du rôle, d'affirmation.

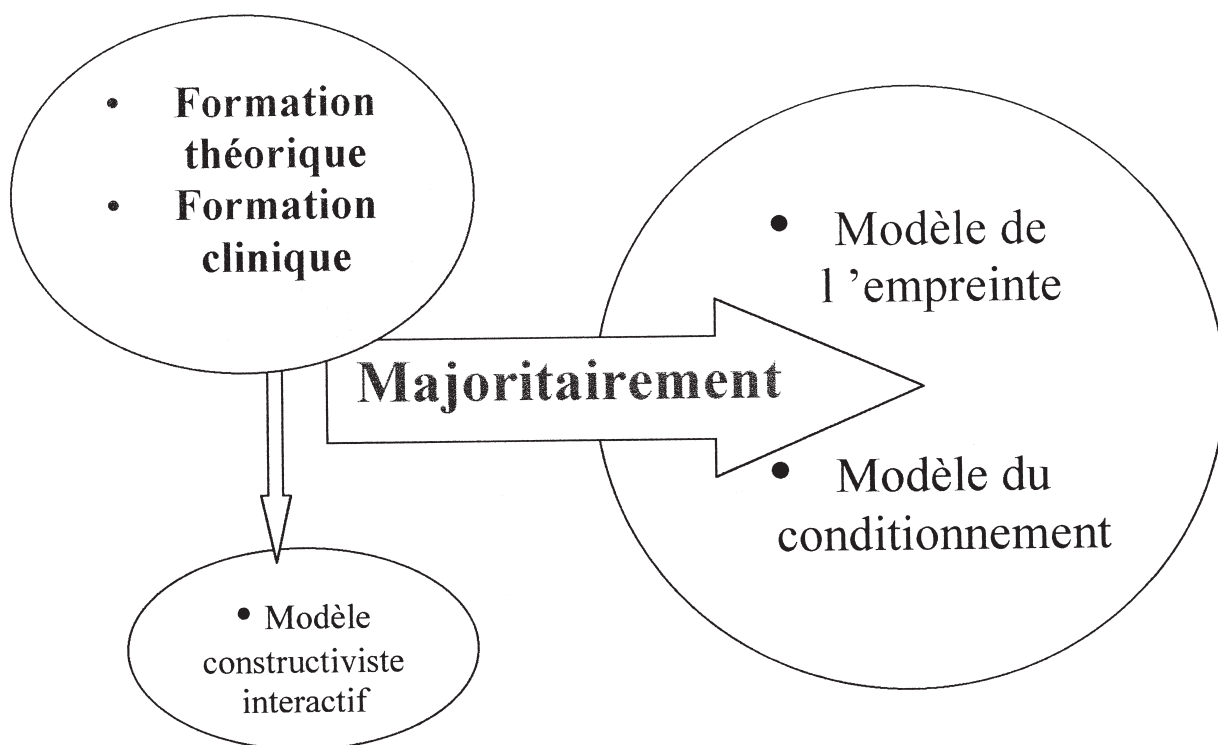
4.1.3 Synthèse de cette première approche

Majoritairement, les pratiques privilégiées par les enseignantes en soins infirmiers interrogées, en formation théorique et clinique, se situent dans le modèle de l'empreinte et du conditionnement.

Ces choix de stratégies didactiques et pédagogiques, mis en évidence dans cette première approche, sont probablement liés à la conception et aux représentations des enseignants dans leur rôle de formateur en soins infirmiers. La deuxième partie de cette recherche se propose de tenter de répondre aux questions suivantes : les enseignants ont-ils conscience de l'impact de leurs choix méthodologiques sur les étudiants, ces choix sont-ils forcés par différentes « obligations » extérieures, guidés par leurs représentations, comment vivent-ils leur rôle de formateur en soins infirmiers ?

4.2 Présentation et analyse des données selon la méthode de l'analyse structurale

Le choix de l'analyse structurale a été guidé par le désir de construire les représentations des enseignantes en soins infirmiers concernant leur rôle de formateur (l'annexe 2 présente les récapitulatifs concernant les bases de l'analyse structurale). Dans un premier temps, la structure croisée a été utilisée en vue de découvrir la manière dont s'ordonnaient et se structuraient les réalités des entretiens. Dans un second temps, le schéma de quête a permis de décrire la dynamique instaurée entre



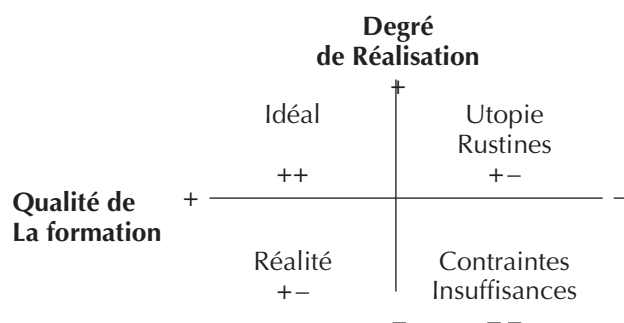
UNE APPROCHE PAR LES COMPÉTENCES POUR L'APPRENTISSAGE DES SOINS INFIRMIERS ANALYSE DES PRATIQUES DES ENSEIGNANTS

les réalités des entretiens. Pour chaque entretien, un schéma de structure croisée, un récit de quête pour la formation théorique ainsi qu'un autre pour la formation clinique ont été réalisés. Ces schémas ont finalement été regroupés en un schéma de structure croisée, un récit de quête pour la formation théorique et un autre pour la formation clinique, afin d'obtenir une vision plus large de la dynamique générale et de l'ensemble des représentations.

4.2.1 La structure croisée et le dilemme

MÉTHODE D'ANALYSE

La structure croisée a été choisie afin de mettre en évidence les représentations des enseignants en soins infirmiers par rapport à leur rôle de formateur. Cette structure a été représentée avec les axes suivants : la qualité perçue de la formation et le degré de réalisation dans cette fonction. Les réalités issues de la combinaison des axes (appelées réalités fécondées) ont été valorisées positivement ou négativement par les locuteurs. On a obtenu ainsi le schéma suivant :



Les valorisations des axes ont été répercutées sur les réalités fécondées. Certains entretiens présentaient une structure croisée particulière appelée le dilemme. Il se caractérise par le fait que la réalité qui combine les deux valorisations positives n'est pas accessible. Il restait donc au locuteur à choisir entre deux réalités ambivalentes. Dans notre structure :

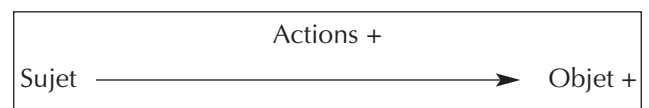
- la qualité de la formation avec un degré moindre de réalisation
- un degré élevé de réalisation avec des solutions utopiques ou de type « rustines » qui affectent la qualité de la formation.

Par exemple, une enseignante a exprimé la difficulté de vivre son rôle clinique tel qu'il se passe aujourd'hui. Pour elle, la réalité qui pourrait combiner les deux valorisations positives se caractériserait par un rôle plus valorisant en stage clinique à savoir ne plus travailler au chevet du patient, rencontrer les infirmières de référence, améliorer le partenariat école-hôpital, réfléchir davantage avec l'étudiant... Cette réalité n'étant cependant pas accessible, cela a été traduit par des phrases comme « *Je vais me faire assommer par mes collègues...* » ou « *J'ai l'impression que je fais tout à moitié...* ». Il restait donc à choisir entre deux réalités ambivalentes : la situation actuelle où l'enseignante vit mal son rôle de formateur tout en essayant de préserver la qualité de la formation et une situation utopique qui consisterait à devenir experte dans tous les domaines... Dans cet exemple, l'enseignante indique clairement quelle réalité est préférable par les termes « *c'est mieux* » pour l'axe de la qualité de la formation. Cet axe a donc plus de pouvoir de valorisation, la réalité fécondée « idéal » devient alors plus positive que l'autre et le dilemme peut se résoudre. (schéma global de la structure croisée page suivante)

4.2.2 Le récit de quête

MÉTHODE D'ANALYSE

Pour rendre compte de la dynamique du récit, l'analyse structurale fait appel à un outil appelé « récit de quête ». Le scénario du récit de quête est donc toujours le même : c'est celui des actions menées par un personnage pour atteindre une fin, obtenir un objet convoité. Les trois actants principaux sont donc l'objet convoité, le sujet qui tente de l'obtenir et les actions qu'il mène pour y parvenir.



Dans nos entretiens, le sujet était l'enseignant. Il restait à déterminer les actions mises en œuvre par ce dernier dans son rôle de formateur théorique et clinique en vue d'atteindre l'« objet convoité » à savoir ses attentes concernant l'étudiant.

D'après les auteurs de cette méthode d'analyse, le matériau présente souvent le sujet comme partiellement démuni dans la mise en œuvre de sa quête.

SCHÉMA GLOBAL DE LA STRUCTURE CROISÉE

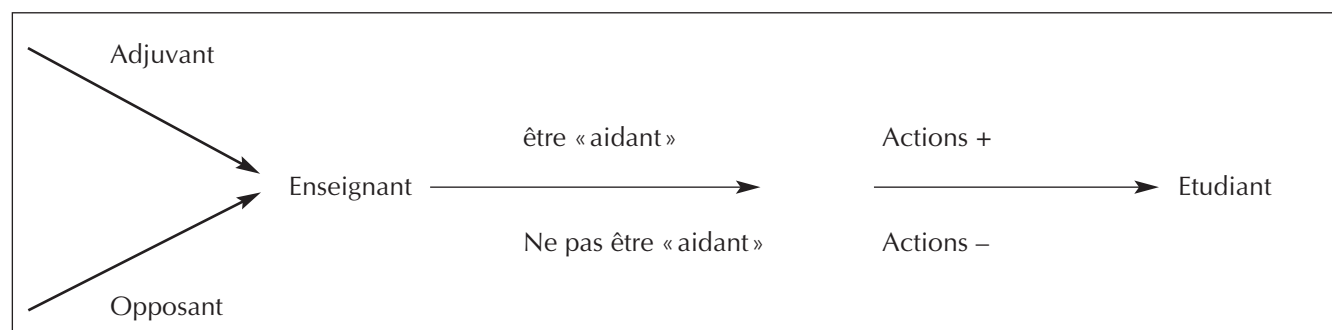
Degré de Réalisation

++ Idéal	+	+– Utopie, rustines
<ul style="list-style-type: none"> - Désir d'expertise pédagogique et clinique - Être toujours aidant, éviter l'échec - Étudiants motivés (étude, investissement) - Vis-à-vis des équipes de soins <ul style="list-style-type: none"> • partenariat optimal (confiance, contact, relais...) - Prendre du temps et des moyens <ul style="list-style-type: none"> • voir plus les étudiants en stage - Évaluation formative toute l'année avec évaluation certificative en fin d'année - Collaboration avec les collègues - Tenir compte des parcours différents et des personnalités différentes dans l'organisation des stages - Éclairer l'étudiant pour une prise en charge de sa formation - Rencontrer l'infirmière de référence sur le terrain et ne plus travailler au chevet du patient 		<ul style="list-style-type: none"> - Expertise totale, être une bibliothèque ambulante - Être plus soignante qu'enseignante - Faire plaisir à l'équipe de soins
Qualité de la formation		
<ul style="list-style-type: none"> - Peur et gêne liées au sentiment de non expertise (clinique surtout) - Être aidant partiellement <ul style="list-style-type: none"> – ne pas trouver les bons moyens – pratiquer la méthode participative avec difficulté – souvent enseignement « magistral » ⇒ remise en question - Stress pour « voir toute la matière » - Manque de temps <ul style="list-style-type: none"> – pour évaluer en stage clinique – pour les étudiants de première année – pour permettre à l'étudiant de trouver ses lacunes ⇒ avoir l'impression de faire son travail à moitié ⇒ sentiment de faire ce qui est demandé (sans se laisser atteindre) - Difficulté pour acquérir la confiance des unités de soins - Problème pour personnaliser le suivi de la formation : tout le monde a droit à la même chose - Les étudiants apprennent mais n'assimilent pas - Sentiment d'être moins formateur en évaluation certificative (or, évaluation certificative à chaque stage parfois). - D'un point vue organisationnel : <ul style="list-style-type: none"> – manque de souplesse de l'école – répétition d'informations 		<ul style="list-style-type: none"> - Manque d'expertise et d'outils pédagogiques pour évaluer le savoir-être dans le service de soins - Avoir beaucoup de terrains de stage - Rôle moins clair en stage clinique avec les imprévus - Ne plus avoir de reconnaissance de personne (apprenant, soigné) Ne plus savoir pour qui on vient - Évaluer ce qu'on ne maîtrise pas et ce qu'on n'enseigne pas - Manque de temps : s'investir de plus en plus, avec de moins en moins ⇒ en avoir marre avant de commencer - L'étudiant qui n'étudie pas ses matières qui n'est pas motivé qui est « récepteur » et non « acteur », « scolarisé » - Travailler au chevet du patient - Infirmières diplômées – directives, surchargées, peu motivées - Évaluation certificative toute l'année
± Réalité		– Contraintes, insuffisances

UNE APPROCHE PAR LES COMPÉTENCES POUR L'APPRENTISSAGE DES SOINS INFIRMIERS ANALYSE DES PRATIQUES DES ENSEIGNANTS

L'adjuvant est ce (ou celui) qui aide le sujet dans sa quête, qui favorise l'obtention de l'objet positif. De manière symétrique, certains éléments peuvent handicaper le sujet dans sa quête. L'opposant est ce (ou celui) qui contrarie le sujet, qui compromet ou empêche l'obtention de l'objet positif en poussant le sujet vers l'objet négatif.

Après avoir déterminé dans les entretiens les trois actants principaux, il restait à mettre en évidence les adjuvants et les opposants. Les schémas ont alors été réalisés selon ce modèle :



Pour chaque entretien un schéma de quête a été réalisé selon que l'on se situait dans la formation théorique et dans la formation clinique. En vue de simplifier la lecture des résultats et d'obtenir une vue d'ensemble de la dynamique des représentations des enseignants dans leur rôle de formateur, nous avons condensé les informations recueillies dans un schéma de quête global pour les huit entretiens pour la formation clinique et pour les sept entretiens pour la formation théorique (un enseignant ne donnant pas de cours théorique).

PRÉSENTATION DES DEUX SCHÉMAS DE QUÊTE :

4.2.3 Analyse des données

L'objectif poursuivi par l'utilisation de la technique d'analyse structurale consistait à apporter un regard supplémentaire à notre première analyse, en essayant de découvrir quelles étaient les représentations des enseignants en soins infirmiers concernant leur rôle de formateur et ce dans les cours théoriques ainsi que dans la formation clinique des futurs professionnels. Différentes questions ont été soulevées en début de recherche : quels étaient les objectifs d'apprentissage, les finalités exprimées par les enseignants dans la formation ; les enseignants avaient-ils conscience de leur choix de stratégies pédagogiques en vue d'atteindre les finalités espérées ; quels étaient les freins, conscients ou non, à la qualité de leur enseignement ; comment vivaient-ils leurs choix, leur rôle... autant de questions dont la liste n'était pas exhaustive, auxquelles nous avons tenté d'ap-

porter quelques éléments de réponses à partir des pistes de réflexion issues de cette analyse.

Trois thèmes vont être abordés maintenant : la logique d'enseignement et/ou d'apprentissage, le rôle de l'enseignant en soins infirmiers et l'évaluation.

Tout d'abord, les données recueillies ont mis en évidence un double paradoxe. D'une part, on a constaté que les finalités d'apprentissage désirées par les enseignants pour la formation théorique étaient partiellement en contradiction avec les finalités concrètes et les choix de stratégies didactiques posés au quotidien.

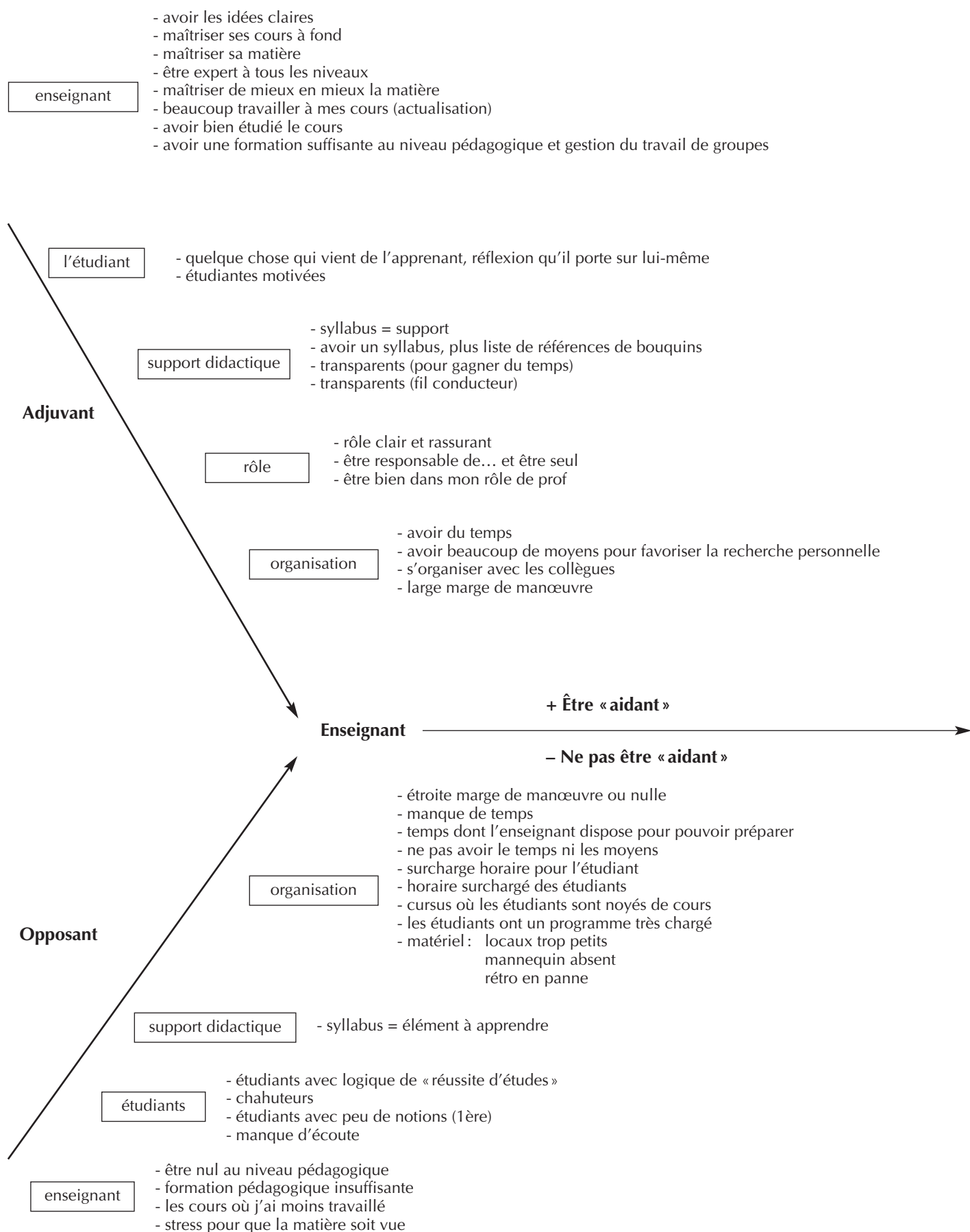
D'autre part, la lecture de nos deux schémas de quête a permis la mise en évidence de deux logiques de formation relativement incompatibles : dans la formation théorique les choix de pratiques ont tendance à favoriser un étudiant receveur plutôt qu'acteur et lors de la formation clinique, les enseignants désireraient un apprenant réflexif, capable d'adaptation et de remise en question. Cela a fait l'objet de la première partie de notre analyse. En second, la question du rôle de formateur a été soulevée. La structure croisée nous a permis de mieux comprendre comment l'enseignant en soins infirmiers vivait son rôle de formateur surtout en formation clinique et également les tensions qui orientaient son action de manière consciente ou non.

En troisième lieu, le thème de l'évaluation a été abordé car il semblait que les enseignants vivaient certaines difficultés et malaises par rapport à ce sujet. Or, l'évaluation occupe une place centrale dans l'activité de formation.

Finalement, nous avons conclu cette analyse en suggérant quelques pistes stratégiques à différents niveaux : personnel, institutionnel et macro institutionnel, en espérant que ce travail puisse apporter une pierre, si petite soit-elle, à l'édifice d'une formation en soins infirmiers ébranlée par diverses réformes et fragilisée par un certain « burn-out » des enseignants.

LOGIQUE D'ENSEIGNEMENT ET/OU D'APPRENTISSAGE ?

Pour analyser le double paradoxe signalé ci-dessus, nous avons utilisé les deux schémas de quête suivants.



Formation Théorique

Étudiant =
Récepteur
Attentif

- captiver l'attention des étudiants
- essayer de transmettre un certain savoir
- montrer l'exemple
- pointer les diagnostics les plus probables
- ramener beaucoup d'exemples de stage
- mettre un accent sur ce qui est prioritaire
- savoir sur quoi attirer l'attention des étudiants
- donner les réponses aux étudiants
- prendre des situations concrètes
- être celle qui donne la matière
- convaincre l'étudiant de s'investir dans sa formation
- présenter un exemple
- enseigner les diagnostics infirmiers
- expliquer tous les signes
- insister sur l'observation
- expliquer en donnant des conseils vigilants
- les préparer à ce qu'ils vont avoir comme question
- insister sur ce qu'il faut savoir
- donner des anecdotes de vécu de stage
- leur apprendre des adaptations
- beaucoup d'explications et démonstrations pratiques
- montrer du matériel
- se tenir au contenu du cours.

Étudiant =
Acteur

- exercices pratiques sur la communication (mise en situation)
- partir du vécu de l'étudiant
- faire réagir ⇒ changer sa manière de voir les choses
- table ronde
- jeux de rôles
- exercices à partir des situations amenées par les étudiants
- mobiliser les représentations des étudiants
- les faire réfléchir à partir du terrain
- étude de cas et construction des diagnostics infirmiers

climat

- prendre du temps
- favoriser l'écoute, le respect

Actions +

→ **Étudiant**

Actions -

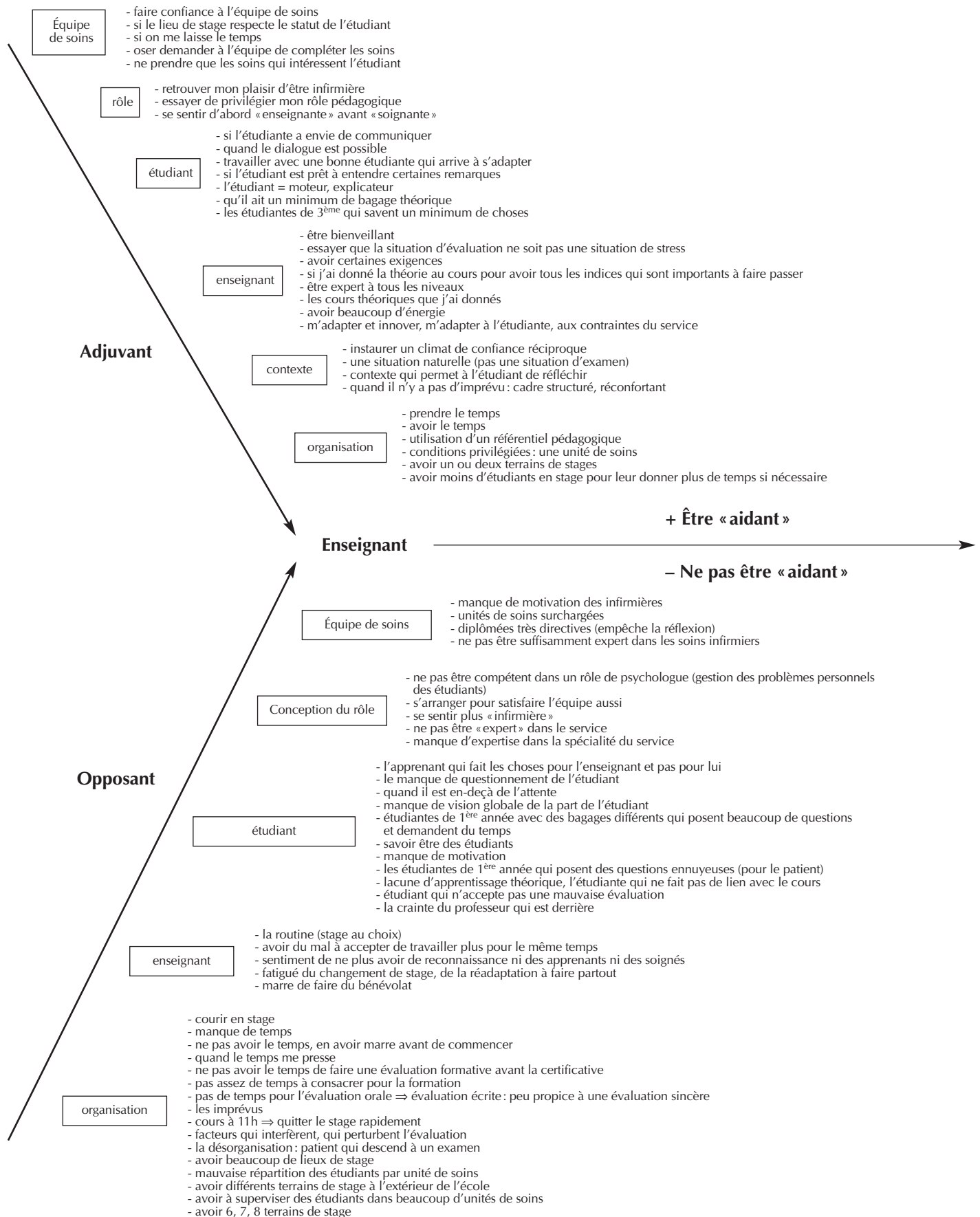
- si l'étudiant n'a pas les contenus de manière certaine
- étude des diagnostics infirmiers de façon plus théorique
- laisser le choix aux élèves de la pratique ou des démarches
- ne pas captiver l'attention des étudiants
- faire faire des recherches aux étudiants
- faire chercher les étudiants en dehors des heures de cours
- ne pas prendre du temps
- faire passer les attitudes facilitantes comme des techniques

R
É
É
L

- connaître la théorie
- accéder à un savoir
- connaître sur le bout des doigts
- savoir redire la matière
- que « ça » rentre bien
- savoir
- assimiler la matière
- s'organiser par rapport aux questions d'exams

D
É
S
I
R

- se questionner
- maîtriser les savoirs
- pouvoir les mettre en pratique
- réfléchir sur le terrain
- apprendre à apprendre
- analyser une situation
- maîtriser les principes
- pouvoir s'adapter



Formation clinique

Soins

- mettre en pratique beaucoup de choses
- faire le maximum de techniques sur la matinée
- aider beaucoup
- travailler ensemble

évaluation

- auto-évaluation + co-évaluation
- évaluation formative
- suivre le référentiel pédagogique
- évaluation formative et certificative

Étudiant récepteur

- donner des remèdes
- trouver des personnes ressources
- fixer des échéances
- transmettre un certain savoir
- dire ce qu'ils doivent savoir avant d'aller en stage
- montrer à l'étudiant que normalement une infirmière doit pouvoir faire face à des imprévus
- faire comprendre à l'étudiant quand il y a des problèmes
- montrer des choses
- expliquer et réexpliquer la démarche qu'on essaye d'appliquer
- faire référence à des cours qu'ils ont eus
- essayer de les faire réfléchir à la pertinence des remarques

étudiant acteur

- réfléchir à deux
- travailler la partie théorique puis réajuster en fin de matinée (faire des liens)
- mobiliser les représentations
- inciter les étudiants à se remettre en question
- faire réfléchir sur l'application des principes enseignés
- faire prendre conscience des choses qui n'ont pas été comprises

relationnel

- s'adapter à l'étudiant, à ses demandes
- aller au rythme de l'étudiant (cheminement)

rôle

- recentrage sur la personne soignée d'abord

Actions +

Actions –

→ **Étudiant**

- intégrer des pratiques
- apprendre à apprendre
- maîtriser des principes
- prendre sa formation en charge
- s'investir dans sa formation
- pouvoir s'adapter
- accéder à des attitudes à des compétences
- trouver des outils pour s'améliorer
- arriver à maîtriser ses savoirs à les mettre en pratique à réfléchir
- avoir un questionnement
- s'appuyer sur l'observation et pas seulement sur les écrits

enseignant

- user de l'autorité
- ne plus savoir pour qui on vient (patient/étudiant)
- mettre l'étudiant dans un certain moule
- en ne maîtrisant pas la matière, le transfert de la théorie à la pratique ne peut pas se faire parce qu'on ne sait pas

rôle

- travailler au chevet du patient
- être infirmière parfois et le malade passe avant
- faire des soins, une prise en charge

évaluation

- l'évaluation certificative toute l'année pour les 3^{ème}
- si pas de possibilité de feed-back pour l'évaluation
- si l'étudiant fait seul son évaluation par écrit
- course de vouloir tout évaluer, vite vite

organisation

- même rythme pour tout le monde

- Les enseignants ont exprimé leur « quête » dans la formation théorique de deux manières :
 - dans leur pratique quotidienne, on a constaté l'importance qu'ils accordaient à la mémorisation et à la restitution de la matière.
 - Lorsqu'ils exprimaient leur désir, leur espoir, les choses devenaient plus complexes en ce sens qu'ils espéraient que l'étudiant se questionne, qu'il maîtrise, réfléchisse, analyse, puisse s'adapter...

De façon majoritaire, les actions qui étaient mises en œuvre pour atteindre l'objet positif (un étudiant « compétent ») tendaient à placer l'étudiant comme « récepteur » du savoir. On a néanmoins relevé quelques actions ponctuelles où l'étudiant était acteur, surtout pour les cours de sciences humaines. Dans les actions qui empêchaient l'enseignant d'atteindre ses objectifs, des éléments confirmaient majoritairement que l'étudiant était davantage passif : *ne pas captiver l'attention, s'il n'a pas les contenus...* Certaines tentatives, plus discrètes, comme celle de proposer l'étude des diagnostics infirmiers à partir d'un cas pratique (pédagogie des situations-problèmes) ont commencé à voir le jour et ces enseignantes ont témoigné de l'intérêt porté par les étudiants à ces pratiques. Cependant, cela vient en plus des cours ou bien comme exemple pour illustrer la matière. Ces constatations rejoignent celles de la première analyse.

Les adjuvants des enseignants dans leur quête viennent renforcer ces constatations. L'enseignant se sentait davantage aidant lorsqu'il maîtrisait la matière. L'étudiant devait être motivé. Pour un cours, on a constaté un souhait d'un enseignant de voir quelque chose qui vienne de l'apprenant, une réflexion qu'il porte sur lui-même. Les adjuvants qui concernaient l'étudiant portaient donc principalement sur quelque chose d'intrinsèque qui puisse le faire adhérer au projet de l'enseignant. Une catégorie des adjuvants concernait le rôle de l'enseignant qui se sentait bien en formation théorique car ce *rôle était clair et rassurant*, il le trouvait confortable car il y aurait *peu d'imprévu*, il *maîtrisait les choses et il se sentait seul responsable...* Les opposants étaient surtout constitués de choses liées à l'étudiant comme le manque d'écoute, l'influence des chahuteurs. Dans cette catégorie, une enseignante a placé en opposant l'étudiant « scolarisé », inscrit dans une logique de « réussite d'étude »... cela peut paraître interpellant dans la mesure où presque tout le schéma de quête de la formation théorique envisage l'étudiant comme « réceptacle passif ». Dans les opposants à sa quête, l'enseignant se plaçait soi-même par son manque de maîtrise de la matière et par son stress pour que l'entièreté du cours soit vue. De manière isolée, certaines enseignantes ont fait le constat d'un manque d'expertise au niveau pédagogique et d'une insuffi-

sance dans la formation pédagogique. Cela conduit directement aux opposants placés dans la catégorie « organisation » car il semblerait que le principal argument exprimé par les enseignantes soit le manque de temps et de moyens. On trouve également des opposants liés à l'institution comme la perception éprouvée de n'avoir qu'une faible marge de manœuvre. Les enseignantes ont également exprimé une forme de scrupule à *trop demander à des étudiants déjà surchargés...*

La lecture de ce premier schéma a permis de mettre en évidence la dynamique générale de la représentation des enseignants dans leur rôle de formateur en cours théorique. Cette dynamique pourrait être traduite dans le schéma présentant les concepts de la didactique et proposé par deux chercheurs en didactique des sciences économiques. (Beitone, Legardez, 1995)

Dans ce schéma, on part du savoir savant pour arriver finalement aux pratiques sociales et aux savoirs naturels. Le sens des flèches traduit la dynamique relevée dans le schéma de quête de la formation théorique. La quête telle qu'exprimée et mise en œuvre par les enseignants était davantage centrée sur la première partie du schéma. La logique didactique était celle de la discipline infirmière allant des savoirs savants aux savoirs appris. (Quels savoirs savants pour la discipline infirmière? Ces savoirs font-ils l'unanimité dans la profession? Ces questions se posent de manière cruciale mais nous ne ferons que les poser car si elles interviennent dans notre problématique ce n'est que de manière indirecte.) Le travail didactique consistait alors à trouver la stratégie pédagogique qui permettait aux savoirs enseignés d'être appris. Différents éléments de ces stratégies ont été cités précédemment : l'enseignant jouant un rôle primordial de « transmetteur de connaissances », l'étudiant « receveur » et la situation d'apprentissage la plus rassurante possible.

Paradoxalement, les enseignantes ont exprimé leur désir de voir ces « savoirs enseignés » devenir des « savoirs appropriés » et finalement des « pratiques sociales ». En d'autres mots, elles souhaiteraient former des étudiants « compétents » dans la pratique professionnelle.

Mais l'approche par compétence, si elle ne révolutionne pas de fond en comble les finalités de la formation, nécessite d'instaurer une dynamique dont le point de départ ne serait plus à gauche mais à droite du tableau. La logique de formation devrait s'inverser, le point de départ de la réflexion didactique se situant du côté des pratiques sociales de mobilisation des acquis scolaires (Romainville, 2000). Dans l'enseignement théorique des soins infirmiers, cela pourrait se traduire

UNE APPROCHE PAR LES COMPÉTENCES POUR L'APPRENTISSAGE DES SOINS INFIRMIERS ANALYSE DES PRATIQUES DES ENSEIGNANTS

par une réflexion concernant la « pratique infirmière », la définition des compétences et les stratégies pédagogiques susceptibles d'être compatibles avec cette approche.

- Ces conclusions nous conduisent à l'analyse du schéma de quête de la formation clinique, l'enseignant en soins infirmiers ayant un rôle de formateur également « sur le terrain ».

Les enseignants ont exprimé leur quête de former des étudiants « apprenants », capables de mobiliser des savoirs, de s'adapter, de s'investir... des futurs professionnels compétents.

Dans les actions qui menaient à l'obtention de la quête, il existait des différences selon que le rôle était plus ou moins clair pour l'enseignant (ce point a été développé en deuxième partie d'analyse). On a ainsi pu mettre en évidence que la notion d'être « aidant » en stage clinique impliquait pour les enseignants de travailler au chevet du patient, de réaliser un maximum de soins, d'avoir une attitude d'« explicateur », de créer un climat apte à l'apprentissage, d'inciter l'étudiant à être acteur de son apprentissage et à réfléchir. Dans son rôle d'explicateur, on retrouvait la dynamique didactique de la formation théorique. Il fallait transmettre, donner des remèdes, montrer, expliquer, faire comprendre... d'autant que, pour les enseignantes, cela pouvait difficilement être fait par les équipes de soins surchargées et assez directives. Ces tâches impliquaient de retrouver dans les adjuvants des éléments comme l'expertise clinique, la capacité d'écoute et d'adaptation de l'étudiant, sa motivation. Mais également en ce qui concerne le rôle, l'envie pour certaines d'être enseignante avant que d'être soignante et pour d'autres, le plaisir d'être infirmière.

Dans les actions empêchant l'enseignant d'atteindre l'objet convoité, on a également constaté une diversité de réponses en fonction de la façon dont l'enseignant se situe dans son rôle. Il est à noter que pour l'une d'entre elle, *le transfert de la théorie à la pratique ne peut pas se faire si elle ne maîtrise pas la matière*. Cette réflexion pose question : qui effectue des transferts ? L'étudiant ou l'enseignant, à partir de quoi et de quelle manière ?

Dans les actions positives et négatives qui ont été relevées, l'évaluation occupait une place importante et nous y sommes revenus dans le troisième point de cette analyse.

Les adjuvants à la quête concernaient principalement l'équipe de soins, le contexte et l'organisation. L'enseignant se sentait davantage aidant quand un bon contact était instauré avec l'équipe de soins et quand les conditions de travail n'étaient pas trop perturbées par des « urgences » ou par le manque de temps.

En opposants à cette quête, les éléments soulignés majoritairement par l'ensemble des enseignants

concernaient les difficultés liées à l'organisation du travail, au manque de temps, aux imprévus, aux nombreux terrains de stage. L'étudiant qui n'était pas motivé, qui n'étudiait pas, qui ne correspondait pas aux attentes, qui manquait de vision globale... autant d'éléments qui interpellent si l'on se situe dans une logique d'apprentissage constructiviste. Enfin, l'enseignant s'est posé soi-même en opposant lorsqu'il a témoigné de sa fatigue, de son sentiment de faire le travail à moitié, de son ras-le-bol de faire du bénévolat, de courir en stage... Cette liste des opposants paraît peser bien lourd dans le schéma de quête du formateur en stage clinique.

La lecture de ce deuxième schéma a permis de mettre en évidence que les finalités de la formation clinique semblaient être assez claires et consensuelles pour l'ensemble des enseignants. Par contre, le rôle clinique paraissait peu défini. L'enseignant se plaçait principalement dans une dynamique allant des savoirs savants aux pratiques sociales, en évaluant l'étudiant selon des critères précis définis par le référentiel pédagogique de compétences. Il travaillait au chevet du patient en prenant le temps « qu'il restait » pour analyser plus ou moins longuement la démarche en soins infirmiers et évaluer l'étudiant. La représentation des enseignants dans leur rôle de formateur en stage clinique paraissait multiple. On a l'impression que les réformes de l'enseignement en soins infirmiers ont modifié le contexte de la formation clinique sans en redéfinir les contours. Ce flou artistique semblait engendrer une multitude de réactions et d'actions probablement pas toujours en accord avec les finalités exprimées dans le schéma de quête. De plus, l'enseignant semblait assez démuné dans sa quête, il témoignait de son malaise et il semblait ignorer comment s'en sortir. Cependant, l'enseignant revendique d'abord une expertise clinique avant une expertise pédagogique...

Pour conclure ce point, l'analyse des deux schémas de quête suggère donc que la représentation des enseignants se trouve encore majoritairement dans une logique « d'enseignement » pour les cours théoriques dont les finalités sont la mémorisation et la restitution. Cette dynamique se retrouve également dans la représentation de leur rôle en formation clinique bien que les finalités soient exprimées en terme de compétences à atteindre. Dès lors, n'y aurait-il pas lieu de relire ces pratiques en se posant diverses questions ? Quelles compétences développent les cours ? Quelles sont les situations pédagogiques appropriées au développement des compétences ? Comment repenser l'enseignement en ayant le souci permanent de faire des acquis des élèves de réels outils pour penser et pour agir et comment orienter sa pédagogie vers des méthodes

actives? Il faudrait n'imaginer qu'un seul schéma de quête qui aurait pour objet positif la formation de professionnels compétents avec comme actions positives des pratiques pédagogiques réfléchies dans le seul but d'atteindre cette finalité. Les principaux adjuvants de cette quête seraient l'étudiant comme constructeur de son savoir, l'enseignant dans le choix de pratiques pédagogiques appropriées et le stage clinique comme lieu d'intégration. Un tel schéma nécessiterait bien sûr une vision claire des rôles de chacun des acteurs de l'apprentissage. Or l'analyse des deux schémas de quête a mis en évidence des représentations peu claires du rôle de l'enseignant qui sont à l'origine de différents choix stratégiques. C'est ce que cette deuxième partie d'analyse va tenter d'éclaircir.

QUEL RÔLE POUR L'ENSEIGNANT EN SOINS INFIRMIERS ?

L'analyse précédente a suggéré des représentations de l'enseignant dans son rôle de formateur assez diverses et parfois même contradictoires. La structure croisée a été utilisée afin de visualiser ces différentes conceptions et d'en comprendre le sens et la dynamique.

Les axes principaux de la structure représentaient le degré de réalisation ainsi que la qualité de la formation. Ces axes en se croisant ont créé quatre cases (les réalités fécondées). Les axes ont été valorisés et les réalités fécondées ont suivi ces valorisations.

La case doublement valorisée positivement représente un haut degré de réalisation et de qualité de la formation. Nous avons intitulé cette case « idéal » car elle détermine la représentation idéale que les enseignants ont de leur rôle de formateur. La case à l'origine d'un degré de réalisation moindre avec une bonne qualité de la formation a été intitulée « réalité ». Elle définit la représentation du rôle de formateur en soins infirmiers tel qu'il est vécu. La troisième case a été nommée « utopie – rustines ». Elle est caractérisée par un haut degré de réalisation et une moins bonne qualité de la formation. Finalement, la dernière case est représentée par les « contraintes – insuffisances » et provient de la résultante d'un faible degré de réalisation et de qualité de la formation.

Les entretiens ont été analysés de manière à répartir les différents éléments du discours susceptibles d'éclairer les représentations des enseignants dans l'approche de leur rôle de formateur en soins infirmiers.

• Réalité.

Les enseignantes semblaient bien vivre leur rôle en cours théoriques à l'école (lieu de pleine sécurité) bien qu'il y ait certains éléments ponctuels qui engendraient un moindre degré de réalisation : « *pratiquer la méthode participative avec difficulté...* ». Globalement,

l'enseignant se sentait bien dans la formation théorique pour les diverses raisons évoquées précédemment.

Son rôle en stage clinique semblait par contre difficile à vivre. Les enseignantes ont énoncé de multiples raisons à ce malaise : sentiment de ne plus être experte, manque de temps, acquisition difficile de la confiance des unités de soins, problèmes pour personnaliser l'enseignement, l'évaluation certificative,... Elles essayaient de faire leur possible pour maintenir une bonne qualité de la formation mais au détriment de leur réalisation. Cela a été traduit par des phrases comme : « *ne pas se laisser atteindre...* », « *peur et gêne...* »,...

• Utopie, Rustines.

Les représentations des enseignants dans leur rôle de formateur en stage clinique étant caractérisées au quotidien principalement par un faible degré de réalisation, on a constaté que les enseignantes tendaient à développer différentes stratégies en vue de compenser les malaises vécus. Certaines d'entre elles disaient essayer de « *faire plaisir à l'équipe* », « *être plus soignante qu'enseignante* », « *désir d'expertise totale...* »... Pour d'autres, on sentait la volonté d'être d'abord enseignante mais souvent perturbée par les difficultés au quotidien de vivre ce rôle. Dès lors, elles optaient pour un rôle qui pouvait améliorer leur degré de réalisation bien qu'elles soient conscientes (ou non) que ce n'était pas le meilleur moyen pour tendre vers une haute qualité de formation. Goudeaux (1998) a tenté de comprendre *les raisons de l'inconfort quasi permanent chez les enseignantes en Institut de Formation en Soins Infirmiers, ainsi que les systèmes de défense collectifs que ces professionnelles tentent de mettre en place pour pouvoir continuer d'exercer leur métier avec le moins d'inconfort possible*. Et l'on retrouve des stratégies comme faire alliance avec les équipes de soins accroître un savoir médical, technique et clinique qui contribue à augmenter le sentiment d'assurance,... Le titre de cette partie d'article est par ailleurs assez éloquent : *les différentes manières de survivre...*

• Contraintes, insuffisances.

Cette partie de la structure croisée vient renforcer les constatations précédentes. Les contraintes énoncées par les enseignantes dans leur rôle de formateur confirmaient le manque de clarté du rôle et ses insuffisances. Ces éléments engendraient un faible degré de réalisation ainsi que l'impression d'être moins bon formateur. Une enseignante suggérait que le travail, tel qu'organisé au chevet du patient avec l'étudiant, devenait non valorisant pour elle et était nocif à la qualité de la formation.

UNE APPROCHE PAR LES COMPÉTENCES POUR L'APPRENTISSAGE DES SOINS INFIRMIERS ANALYSE DES PRATIQUES DES ENSEIGNANTS

Des propos ont été exprimés également comme obstacle sur les deux axes : le fait d'avoir beaucoup de terrains de stage, le manque de temps, l'évaluation de ce qui n'est pas maîtrisé et enseigné, le manque d'expertise et d'outils – de nouveau – une volonté de se sentir davantage expert, intégré dans l'équipe de soins et d'augmenter son sentiment d'assurance dans un rôle peu clair et peu valorisant. Cela va même jusqu'à engendrer chez certaines enseignantes des réflexions comme : « *en avoir marre avant de commencer...* », « *ne plus savoir pour qui on vient...* ». Et on constate alors une souffrance à vivre le rôle de formateur en stage clinique qui peut conduire à une hyperactivité, aller le plus souvent possible en stage clinique (démarche que l'on rencontre plus volontiers chez les enseignantes plus jeunes), ou au contraire, à la réalisation du travail tel que demandé en évitant de « faire du bénévolat », « de se laisser atteindre », en rêvant à un idéal...

Idéal

Pour les enseignantes, le rôle idéal en stage clinique a été exprimé de différentes manières, parfois antagonistes. Pour la majorité d'entre elles, il faudrait davantage de temps en stage clinique pour pouvoir tenir compte du parcours personnel de l'étudiant et de ses demandes, pour le voir plus souvent afin d'évaluer sa progression. En quelque sorte, on reviendrait aux conditions de travail antérieures avec plus de temps par étudiant à consacrer à la formation pratique. Cette proposition permettrait ainsi de faire le même travail (le rôle ne changerait donc pas) mais de manière plus confortable, valorisante. Pour d'autres enseignantes (d'ancienneté plus grande) il faudrait revoir le rôle en stage clinique au-delà d'un aménagement de temps. Elles voudraient développer un rôle de partenariat avec les infirmières de référence qui garantiraient l'expertise clinique et l'enseignante serait là pour travailler les stratégies pédagogiques en collaboration étroite avec les équipes de soins. Bref, une nouvelle définition de son action éducative en formation professionnelle.

Pour conclure, cette question du rôle de formateur en stage clinique, l'enseignant peut-il remplir son rôle sans glisser vers le « burn-out » ?

Clifford (1999) a tenté de répondre à cette question en abordant la manière dont dix enseignantes en soins infirmiers organisaient la partie clinique de leur travail. Dans cette étude, l'auteur a constaté que la majorité des enseignants du groupe avaient une vision peu claire de leur rôle clinique qui engendrait un conflit « soignant/enseignant ». Elle a conclu que plus l'enseignant avait une vision claire de son rôle en stage clinique, moins il tentait de « justifier un enseignement

clinique qui n'était pas idéal » et moins il cherchait une « place adéquate » dans l'équipe de soin. La clarté du rôle était ici définie par un haut niveau d'interaction avec les étudiants dans l'idée de développer chez eux des compétences.

Il semblerait cependant que la littérature reste limitée concernant les éventuelles perspectives pour réconcilier les infirmières enseignantes avec leur rôle clinique bien que ce problème soit présent dans d'autres pays comme la France, le Luxembourg, la Grande-Bretagne...

Pour Schaeffer (2000), directeur d'une école de soins infirmiers à Saint-Malo, différents défis se posent à l'enseignement des soins infirmiers en France. Parmi ceux-ci, il relève le manque de formation des formateurs dans le *prendre soin de l'étudiant qui prend soin de la personne malade...* Il se demande quelles sont et seront les capacités de l'appareil de formation français à poursuivre, avec efficacité, efficience et qualité, ses missions sans implorer... L'herbe n'est donc pas plus verte dans le pré des voisins !

QUELLE ÉVALUATION POUR QUELLE FORMATION ?

Les analyses précédentes ont montré que l'évaluation des cours théoriques s'organisaient davantage autour de la restitution de la matière. En ce qui concerne l'évaluation des performances des étudiants en stage clinique, les enseignants ont défini les objectifs en terme de compétences. Ce référentiel était utilisé en évaluation formative et certificative pour situer les acquis de l'étudiant et fixer des objectifs de formation personnalisés. Les enseignantes ont exprimé leur satisfaction par rapport à cet outil car elles « *étaient censées évaluer la même chose* » et elles avaient l'impression que les étudiants « *savaient ce qu'on attendait d'eux* ». La majorité des enseignantes se sentaient davantage « formateur » en évaluation formative. Elles regrettaient de ne pas avoir assez de temps en stage clinique pour voir régulièrement les étudiants afin d'apprécier l'évolution dans l'apprentissage. Parfois, les enseignantes ne voyaient les étudiants qu'une seule fois sur la durée de leur stage et elles procédaient alors à une évaluation certificative. A ce moment, il n'y avait pas de possibilité de feed-back pour l'étudiant et l'enseignant se sentait mal à l'aise. Par contre, certaines enseignantes privilégiaient le travail au chevet du patient ou étaient occupées par des soins non terminés ; ce qui laissait peu ou pas de temps pour réaliser l'évaluation qui se résumait alors en un document écrit par l'étudiant. Plusieurs enseignantes trouvaient que ce mode d'évaluation étaient peu propice à une évaluation sincère et complète. La majorité des enseignantes ont également témoigné de leur difficulté à devoir « *donner des points* » pour tous les stages des étudiantes de troisième

année. Une d'entre elles disait par ailleurs mettre des points parce que « ces collègues en voulaient » mais pour elle, ça ne représentait pas grand-chose. Plusieurs enseignantes regrettaient vivement le fait d'avoir l'impression de tout faire à moitié par manque de temps : « travailler vite, vite ; évaluer vite, vite... ». L'évaluation intervient à ce moment comme élément dévaluant le degré de réalisation.

Deux pistes de réflexion émergent à la lecture de ces pratiques d'évaluation.

La première consiste à se demander si les objectifs d'enseignement théorique ne devraient pas être formulés en termes de compétences. Cela suppose alors de revoir ses pratiques pédagogiques en vue de répondre au mieux à ces critères et à préparer davantage l'étudiant à l'acquisition de compétences cliniques.

La seconde est inspirée par les diverses représentations des enseignants en matière d'évaluation en stage clinique. Évaluer signifie majoritairement « situer l'étudiant » par rapport au référentiel de compétences. Le discours des enseignantes semble davantage axé sur le constat d'une situation que sur les moyens à mettre en œuvre en vue d'évoluer vers la maîtrise des compétences. Ne serait-il pas opportun de réfléchir à la manière la plus adaptée pour que l'évaluation s'inscrive dans l'approche par compétences ? De plus, l'évaluation certificative occupe une place importante dans le temps de formation clinique et il existe un manque de consensus dans la pratique de l'évaluation formative... Comment l'enseignant peut-il être crédible dans son rôle de formateur lorsque, durant le même stage, il évalue l'étudiant de manière formative la première semaine et de manière certificative la semaine suivante ? Dans un tel contexte, l'évaluation formative peut-elle être perçue par l'étudiant et l'enseignant à sa juste valeur ?

Perrenoud (1998) situe la conception de l'évaluation formative dans la perspective d'une régulation intentionnelle, dont la visée serait d'estimer à la fois le chemin déjà parcouru par chacun et celui qui reste à parcourir, aux fins d'intervenir pour optimiser les processus d'apprentissage en cours. Pour lui, mieux vaudrait alors parler d'observation formative davantage que d'évaluation, tant ce dernier mot est associé à la mesure, aux classements, à l'idée d'informations codifiables, transmissibles, comptabilisant les acquis. Une telle observation passe nécessairement par un dialogue, sollicite une part importante d'autoévaluation ou du moins, d'explicitation. Une telle observation fait entrer l'étudiant et l'enseignant dans la complexité et éloigne définitivement ceux-ci de la recherche et du décompte des erreurs. Celles-ci peuvent alors devenir source d'apprentissage à de multiples niveaux. (Meurier C.E., Vincent C.A., Parmar D.G., 1997) Que penser dès lors d'une autoévaluation réalisée par l'étu-

diant en l'absence de l'enseignant et quel statut occupe l'erreur au sein de l'apprentissage clinique des soins infirmiers ?

Si les finalités d'apprentissage en termes de compétences font l'unanimité, il y aurait lieu de clarifier les modalités d'évaluation. Prévoir la nécessaire articulation de l'évaluation certificative et formative dans un souci de cohérence pour les différents acteurs concernés. Penser l'évaluation formative davantage comme une observation formative où l'enseignant et l'étudiant mettraient en évidence des éléments constitutifs de la démarche, essaieraient de comprendre comment l'étudiant s'y est pris, à quels moments il aurait pu envisager d'autres hypothèses ou adopter d'autres démarches. On perçoit l'incidence d'une telle approche sur le contrat d'évaluation. Il se rapproche de celui qu'un joueur de haut niveau, un sportif, un artiste passe avec son coach, un contrat qui transforme l'évaluateur en personne ressource plutôt qu'en juge suprême (Perrenoud, 1998, p. 195).

CONCLUSIONS

UNE NÉCESSAIRE PRISE DE RISQUE...

Notre analyse théorique a mis l'accent sur l'importance d'accompagner l'approche par compétence d'une lecture des pratiques pédagogiques.

L'analyse des entretiens selon la grille des modèles d'apprentissage de Stordeur J. a mis en évidence que les pratiques pédagogiques des enseignants en soins infirmiers interrogés, dans les cours théoriques, correspondaient globalement au modèle de l'empreinte et du conditionnement. L'analyse structurale a confirmé cette constatation. La logique didactique dominante part des « savoirs savants » aux « savoirs appropriés ». L'enseignant vit relativement bien son rôle de formateur en cours théorique et l'« école » est le lieu de la sécurité, de la stabilité.

En formation clinique, l'enseignant souhaite former des professionnels compétents. Les pratiques pédagogiques s'organisent entre les trois modèles de Stordeur J. mais davantage sur le modèle du conditionnement et de l'empreinte. Les pratiques sont fort variables en fonction de la perception du rôle de l'enseignant en stage clinique. Il vit deux réalités ambivalentes peu satisfaisantes pour la qualité de la formation et son degré de réalisation.

Or, si l'approche par compétences ne va pas révolutionner nécessairement de fond en comble les pra-

UNE APPROCHE PAR LES COMPÉTENCES POUR L'APPRENTISSAGE DES SOINS INFIRMIERS ANALYSE DES PRATIQUES DES ENSEIGNANTS

tiques pédagogiques, elle doit inciter à se poser différentes questions : quelles compétences sont développées dans les cours théoriques, quelles sont les situations pédagogiques proposées aux étudiants qui développent les compétences recherchées par le projet pédagogique de l'institution, quelles compétences restent dans l'ombre, etc. ? Pour les cours théoriques, il faudrait dès lors envisager une plus grande orientation de la pédagogie vers des méthodes actives, comme celle des situations-problèmes (Romainville M., 2000). Cela implique une nécessaire prise de risque. Le Petit Robert définit le risque comme le fait de s'exposer à un danger (dans l'espoir d'obtenir un avantage). Dans notre problématique, il faudrait donc que les enseignants en soins infirmiers prennent conscience que leur investissement dans l'approche par compétences avec tout ce que cela implique comme « danger » pour eux sera davantage en accord avec les finalités espérées de l'apprentissage. Comment imaginer que les enseignants acceptent cette prise de risque, qu'ils osent redéfinir leur rôle dans la formation théorique (qu'ils trouvent confortable) alors qu'ils vivent si difficilement leur rôle de formateur en stage clinique ? Nous proposons quelques pistes stratégiques qui concernent d'abord l'individu, l'institution et enfin le système tel qu'organisé actuellement.

Stratégies individuelles

Accepter une nécessaire prise de risque, c'est d'abord prendre conscience de ce que l'on fait. Pour Beckers (1999), la majorité des professeurs sont persuadés qu'au travers des leçons qu'ils donnent, ils ont toujours inmanquablement contribué au développement de processus mentaux et de méthodes de travail transférables. Cette conviction, comme le signale Rey B. (1996, p. 19) constitue d'ailleurs « le mythe fondateur de l'école », justifiant l'apprentissage de certains contenus dont la fonctionnalité manque d'évidence... Ces propos font échos à notre analyse.

Quoi qu'il en soit, prendre conscience de ce que l'on fait ne va pas de soi ; parfois, en raison de résistances, d'angoisses, de mécanismes de défense. La prise de conscience passe par un travail sur soi et oblige à surmonter ces résistances plus ou moins fortes. Selon Perrenoud (1996, p. 195), la prise de conscience change l'habitus parce qu'elle le combat en temps réel et en situation. Lorsque ce combat se répète, le contrôle s'automatise et prend à son tour la forme de ce qu'on pourrait appeler un « contre-schéma ». On peut espérer favoriser la prise de conscience à travers des dispositifs de formation (Perrenoud, 1994) : la pra-

tique réflexive, l'échange sur les représentations et les pratiques, l'observation mutuelle, la métacommunication avec les élèves, l'écriture clinique, la vidéoformation, l'entretien d'explicitation (Vermersch, 1996), l'histoire de vie, la stimulation et les jeux de rôles, l'expérimentation et l'expérience.

Travailler sur son habitus n'est pas confortable. C'est accepter d'être confronté à la part de soi qu'on connaît le moins et qu'on n'aime guère lorsqu'elle émerge. Qui pourrait assumer ce risque s'il n'en voit pas les profits, si cette démarche n'est pas thématisée, encouragée montrée, s'il se sent seul avec sa lucidité, comme un imbécile dans un monde où chacun affiche ses certitudes ? (Perrenoud, 1996, p. 207)

Stratégies institutionnelles

L'institution peut se donner les moyens d'encourager chaque membre à cette prise de conscience de différentes manières : création de groupe de réflexion, mise en place de dispositifs d'analyse des pratiques et de recherche sur le processus enseignement-apprentissage (Lemenu, 2000), participation à des formations visant la construction de la professionnalité par le développement d'une métacompétence : le savoir analyse (Altet, 1996, p. 38).

Prendre conscience de ce que l'on fait, en équipe, peut aussi amener une clarification des rôles en formation clinique et théorique : qui fait quoi, comment et pourquoi ? Une réflexion qui conduira inévitablement à revoir les pratiques mais aussi les contenus et leur cohérence, l'alternance cours-stage, dans une perspective d'acquisition de compétences. Le métier d'enseignant implique également un engagement comme « acteur social » dans des projets collectifs (classe-atelier, classe-entreprise, projet en interdisciplinarité, participation constructive à des dispositifs communs d'évaluation, etc.) mais aussi dans des débats pour définir un projet d'établissement et participer à sa gestion (Paquay L., Wagner M.-C., 1996, p. 160). Plutôt que de défendre chacun sa propre conception de l'enseignement, la référence commune à une vision globale des différentes facettes du métier valorise la complémentarité des apports de chacun dans sa spécialité propre et avec ses talents spécifiques. Une « coexistence pacifique » est la base minimale sans doute d'une collaboration fructueuse en équipe.

Les stratégies institutionnelles concernent également le partenariat avec les institutions de soins et le recherche d'une logique scolaire cohérente. Pour Goudeaux (1998, p. 43), aucun des espaces ne tient compte véritablement de l'apprentissage des élèves. Chacun présente ses

propres exigences. La stratégie consiste à produire d'un côté et de l'autre, faire preuve d'un savoir important découpé selon une logique scolaire. L'élève est alors livré largement à lui-même pour arriver à élaborer une cohérence entre les deux milieux où il évolue. Avec toutes les conséquences que cela induit au niveau des motivations, de l'élaboration de l'identité professionnelle.

La formation clinique telle qu'organisée aujourd'hui peut-elle répondre de manière adaptée aux exigences de qualité requises pour la pratique sociale? La réforme a eu pour conséquence de réduire les heures de formation clinique à consacrer à chaque étudiant (les enseignants disposent de 2 h 30 à 3h par étudiant par semaine). Ce temps de travail, si l'on veut qu'il soit « créateur », nécessite de redéfinir le rôle de l'enseignant. Pour Pôlet-Masset (12 décembre 2000), un deuil partiel doit encore être fait de la fonction de soignant. L'enseignement clinique est le lieu et le moment privilégié pour « prendre soin » de l'étudiant et non plus du patient dont l'étudiant s'occupe. Cela demande la clarification de « qui fait quoi » pour tous les partenaires de travail : l'étudiant, l'enseignant et le soignant.

Les enseignants en soins infirmiers vivent des conflits d'identité. Il leur est difficile de développer une image positive du « soi professionnel ». L'essentiel de la formation d'enseignant (initiale et continue) ne consisterait-il pas dès lors à viser la constitution d'une identité professionnelle ancrée sur le plaisir d'enseigner? Une question subsiste cependant, ce temps de travail en formation clinique est-il suffisant pour développer des stratégies de pratiques réflexives?

Stratégies nationales (Belgique)

De quelle manière l'école contribue-t-elle à l'élaboration de l'identité professionnelle? Pour Goudeaux (1998), le processus de professionnalisation n'est pas le fait d'une influence de l'école ou de l'hôpital. C'est l'élève qui, à partir de son expérience, de sa « souffrance en stage », l'élabore. Même si l'enseignant prend conscience de ses pratiques et les ajuste, si l'institution répond au mieux aux défis qui lui sont lancés et que les différents partenaires de la formation clarifient leur rôle respectif, est-il possible de répondre de manière cohérente aux missions de l'école telles que décrites dans le décret de juillet 1997 (art. 6 chap. II)? L'organisation actuelle de la formation des futurs professionnels en soins infirmiers permet-elle de promouvoir la confiance en soi et le développement de la personne de chacun des élèves, d'assurer à tous les élèves des chances égales d'émancipation sociale, d'amener tous les élèves à s'approprier des savoirs et à acquérir

des compétences qui les rendent aptes à apprendre toute leur vie et à prendre une place active dans la vie économique, sociale et culturelle?

En 1992, un groupe de travail constitué des Directions du Département infirmier des institutions hospitalières des secteurs public et privé, des Directions de toutes les écoles infirmières de la Communauté française de Belgique, de l'Union Générale des Infirmières de Belgique (UGIB) avait transmis au Ministre un projet de recherche qu'il désirait entreprendre sur l'encadrement du stage hospitalier des étudiants infirmiers dont le but était d'améliorer la qualité de l'enseignement en provoquant une réflexion pédagogique de tous ses acteurs. Cette étude a permis de décrire avec précision les conditions de l'enseignement clinique, mais les initiatives suggérées en vue d'une amélioration n'ont pas trouvé d'échos au niveau national...

Si l'on veut envisager une approche par compétences dans l'enseignement des soins infirmiers, il faut une implication forte à différents niveaux : individuel, institutionnel et national...

BIBLIOGRAPHIE

Altet, M. (1996). Les compétences de l'enseignant-professionnel : entre savoirs, schèmes d'action et adaptation, le savoir analyser. In: Paquay, L., Altet, M., Charlier, E., Perrenoud, P., Former des enseignants professionnels. Louvain-la-Neuve : De Boeck Université, pp. 27-39.

BECKERS, J. (1999). Développer des démarches mentales au travers des matières scolaires : pas si facile ! In: DEPOVER, C., NOEL, B., *L'évaluation des compétences et des processus cognitifs. Modèles, pratiques et contextes*. Paris-Bruxelles : De Boeck Université, pp. 143-158.

BEITONE, A., LEGARDEZ, A. (1995). Enseigner les sciences économiques : pour une approche didactique. *Revue Française de Pédagogie*, 112, p. 38.

BIVER, S. (2000). Deux outils de traitement des données qualitatives sur la sellette. Application de la « grounded theory » de GLASER et STRAUSS et l'analyse structurale de PIRET, BOURGEOIS et NIZET aux soins infirmiers. *Cahier du GRASi*, 24, pp. 69-100.

BRITT, M.-B. (1993). *Le savoir en construction. Former à une pédagogie de la compréhension*. Paris, Retz.

UNE APPROCHE PAR LES COMPÉTENCES POUR L'APPRENTISSAGE DES SOINS INFIRMIERS ANALYSE DES PRATIQUES DES ENSEIGNANTS

- CHARTIER, L. Atelier sur la métacognition et le raisonnement diagnostique. Non publié. Canada, Université de Sherbrooke.
- CLENET, J., GERARD, C. (1994). *Partenariat et alternance en éducation*. L'harmattan, Alternances et développements.
- CLIFFORD, C. (1999). The clinical role of the nurse teacher: a conceptual framework. *Journal of Advanced Nursing*, 30 (1), pp. 179-185.
- DALY, W.M. (1998). Critical thinking as an outcome of nursing education. What is it? Why is it important to nursing practice? *Journal of Advanced Nursing*, 28 (2), pp. 323-331.
- DAVID, N. (Année de référence inconnue). Les insolences d'une praticienne.
- DAVIES, E. (1995). Reflective practice: a focus for caring. *Journal of Nursing Education*, 34 (4), pp. 167-174.
- DE KETELE, J.-M. (1996). L'évaluation des acquis scolaires: quoi? pourquoi? pour quoi? *Revue Tunisienne des Sciences de l'Éducation*, 23, pp. 17-36.
- DE VECCHI, G., CARMONA-MAGNALDI, N. (1996). *Faire construire des savoirs*. Paris: Hachette Livre.
- DEVELAY, M. (1997). La pédagogie du sens. *Recherche en soins infirmiers*, 51, pp. 42-47.
- DINGWALL, R., MURPHY, E., WATSON, P., GREATBATCH, D., PARKER, S., (1998). Catching goldfish: quality in qualitative research. *Journal of Health Services Research and Policy* 3, pp. 167-172.
- FEALY, G.M. (1997). The theory-practice relationship in nursing: an exploration of contemporary discourse. *Journal of Advanced Nursing*, 25, pp. 1021-1069.
- FONTEYN, M.E., CAHILI, M. (1998). The use of clinical logs to improve nursing students metacognition: a pilot study. *Journal of Advanced Nursing*, 28 (1), pp. 149-154.
- GIORDAN, A. (1993). *Les conceptions des apprenants. La pédagogie: une encyclopédie pour aujourd'hui*. Paris: ESF, pp. 259-274.
- GOUDEAUX, A. (1998). À propos de la formation initiale et continue des personnels soignants hospitaliers: travail réel et formation en alternance. *Recherche en soins infirmiers*, 54, pp. 18-69.
- JEANGUIOT, N. (1999). Approche de l'alternance en formation: étude comparée de la formation des enseignants à l'I.U.F.M. et de la formation des infirmiers. *Recherche en soins infirmiers*, 57, pp. 57-89.
- LE BOTERF, G. (1995). *De la compétence: essai sur un attracteur étrange*. Paris: Éditions d'Organisation.
- LEMENU, D. (2000). *Enseigner ou apprendre des compétences. Analyse des pratiques d'apprentissages de compétences à l'Institut Supérieur de Soins Infirmiers*. Rapport de recherche.
- Étude du groupe de Direction des Associations ACN/FNIB (Octobre 1997). L'enseignement clinique à l'hôpital dans la formation de l'infirmière. Rapport de recherche.
- LHOTELLIER, A. (1997). De l'analyse des pratiques à la démarche praxéologique. *Soins Formation Pédagogie Encadrement*, 23, pp. 12-14.
- LOVINOSSE, A. (9 décembre 1999). Le point de vue du Directeur du Département Infirmier face à l'enseignement clinique. *Journée d'étude organisée par la Fédération Européenne des Enseignants en Soins Infirmiers: «L'infirmier(e) enseignant(e) face à l'Enseignement Clinique»*.
- MARCHAL, P. (15 octobre 1992). Qui est l'infirmière? Quelques éléments d'analyse politique, *57^{ème} Congrès Annuel de l'A.C.N. Actes du Congrès*, pp. 31-40.
- MAYS, N., POPE, C. (2000). Qualitative research in health care. Assessing quality in qualitative research. *British Medical Journal*, 30, pp. 50-52.
- MEURIER, C.E., VINCENT, C.A., PARMAR, D.G. (1997). Learning from errors in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 26, pp. 111-119.
- PAQUAY, L. (1994). Vers un référentiel des compétences professionnelles de l'enseignant, *Recherche et Formation*, 16, pp. 7-33.
- PAQUAY, L., WAGNER, M.-C., (1996). Compétences professionnelles privilégiées dans les stages et en vidéo-formation. In: PAQUAY, L., ALTET, M., CHARLIER, E., PERRENOUD, P., *Former des enseignants professionnels*. Louvain-la-Neuve: De Boeck Université, pp. 153-180.
- PARMENTIER, P., ROMAINVILLE, M. (1998). Les manières d'apprendre à l'université. In: FRENAY, M., NOEL, B.,

- PARMENTIER, P., ROMAINVILLE, M., *L'étudiant-apprenant : grilles de lecture pour l'enseignement universitaire*. Paris-Bruxelles : De Boeck Université, pp. 63-80.
- PIAGET, J. (1969). *Psychologie et pédagogie*. Collection « médiation » : Édition Denoel.
- PIRET, A., NIZET, J., BOURGEOIS, E. (1996). *L'analyse structurale. Une méthode d'analyse de contenu pour les sciences humaines*. Paris-Bruxelles : De Boeck Université.
- PERRENOUD, P. (1994). Former les enseignants primaires dans le cadre des sciences de l'éducation : le projet genevois. *Recherche et Formation*, 16, pp. 39-60.
- PERRENOUD, P. (1996). Le travail sur l'habitus dans la formation des enseignants. Analyse des pratiques et prise de conscience. In: PAQUAY, L., ALTET, M., CHARLIER, E., PERRENOUD, P. *Former des enseignants professionnels*. Louvain-la-Neuve : De Boeck Université, pp. 181-207.
- PERRENOUD, P. (1998). *L'évaluation des élèves. De la fabrication de l'excellence à la régulation des apprentissages. Entre deux logiques*. Paris-Bruxelles : De Boeck Université.
- PERRENOUD, P. (2000). L'école saisie par les compétences. In: BOSMAN, C., GERARD, F.-M., ROEGIERS, X., *Quel avenir pour les compétences?* Bruxelles : De Boeck Université.
- REY, B. (1996). *Les compétences transversales en question*. Paris : ESF.
- ROBERTON, G. (1998). Du concept à la pratique... Approche didactique de la formation en Institut de Formation en Soins Infirmiers : vers une formation de l'esprit. *Recherche en soins infirmiers*, 54, pp. 87-117.
- ROEGIERS, X. (2000). *Une pédagogie de l'intégration. Compétences et intégration des acquis dans l'enseignement*. Bruxelles : De Boeck Université.
- ROMAINVILLE, M. (1998). Sous les réformes, les défis... *Réflexions/Études, Wallonie*, 53, pp. 47-54.
- ROMAINVILLE, M. (2000a). *Didactique générale*. Année académique 2000-2001. Louvain-la-Neuve : DUC.
- ROMAINVILLE, M. (22-24 Août 2000b). « Et maintenant, que vais-je faire? » Les implications didactiques de l'approche par compétences. Exposé introductif au XXVII^e Séminaire d'été du CEDOCEF : *Compétences socles, compétences terminales et nouveaux programmes*.
- SAINT-ETIENNE, M. (1998). Pratique infirmière et savoirs spécifiques. *Soins Formation Pédagogie Encadrement*, 26, pp. 8-11.
- SELLAPAH, S., HUSSEY, T., BLACKMORE, A.M., MCMURRAY, A. (1998). The use of questioning strategies by clinical teachers. *Journal of Advanced Nursing*, 28 (1), pp. 142-148.
- SEVERINSSON, E.I. (1998). Bridging the gap between theory and practice: a supervision programme for nursing students. *Journal of Advanced Nursing*, 27, pp. 1269-127.
- STINGLHAMBER, B. (1991). *Infirmière, genèse et réalité d'une profession*. Bruxelles : De Boeck Université.
- STINGLHAMBER, B. (9 décembre 1999). L'enseignement clinique : son évolution. Journée d'étude organisée par la Fédération Européenne des Enseignants en Soins Infirmiers, *L'infirmier(e) enseignant(e) face à l'Enseignement clinique*.
- STORDEUR, J. (1996). *Enseigner et/ou apprendre. Pour choisir nos pratiques*. Bruxelles : De Boeck.
- TARDIF, J. (1992). *Pour un enseignement stratégique*. Montréal : Éditions Logiques.
- TOZZI, M. (1998). L'acte d'apprendre. *Cahiers Pédagogiques*, hors série, janvier, pp. 6-8.
- VERMERSCH, P. (1994). *L'entretien d'explicitation*. Paris : ESF.
- VIAU, R. (1994). *La motivation en contexte scolaire*. Bruxelles : De Boeck.
- VIAU, R. (1996). La motivation : condition essentielle de réussite. *Sciences Humaines*. Hors série, 12, pp. 44-46.

UNE APPROCHE PAR LES COMPÉTENCES POUR L'APPRENTISSAGE DES SOINS INFIRMIERS ANALYSE DES PRATIQUES DES ENSEIGNANTS

Annexe 1 : Guide d'interviews

Qu'évoque pour vous le mot « formateur » ?
Pourriez-vous décrire une matinée de travail avec un étudiant en stage clinique ?

Qu'est-ce que vous avez fait ?

Comment avez-vous procédé ?

Pourquoi ?

- Avez-vous le souvenir d'une matinée qui s'est très bien passée, où vous avez eu l'impression que l'étudiant a bien appris ? Pourriez-vous expliquer pourquoi ?
- Au contraire, gardez-vous en mémoire une situation de stage où vous avez eu le sentiment d'éprouver des difficultés à aider l'étudiant ?
- Certains éléments vous empêchent-ils d'atteindre votre rôle pédagogique en stage clinique ? Pourquoi ? Comment réagissez-vous ?

Que mettez-vous en œuvre lors de votre enseignement théorique pour préparer l'application de cet enseignement en stage clinique ?

- Pourriez-vous décrire un cours qui vous a paru particulièrement utile pour les étudiants ?

Comment vous y êtes-vous pris(e) : préparation, exploitation... ?

Qu'est-ce qui a fait que vous vous êtes senti(e) bien, que vous avez été satisfait(e) ?

- Pourquoi n'est-ce pas toujours le cas ?
Qu'est-ce qui peut alors être source d'insatisfaction ?
- Quand considérez-vous qu'un cours est prêt ?
Avez-vous des notes écrites sur la méthodologie de votre cours ?
- Quand est-ce que vous vous sentez le plus « formateur » : lorsque vous donnez cours ou lorsque vous supervisez un étudiant en stage clinique ?

Pourriez-vous choisir un mot, une phrase qui vous définit le mieux dans votre rôle de formateur en soins infirmiers ?

Cette définition a-t-elle évolué au cours de votre carrière ? Pourquoi ?

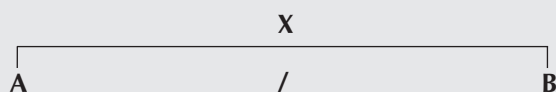
Annexe 2 : Analyse structurale : récapitulatifs (Piret, Nizet, Bourgeois, 1996, p. 29, 59, 84)

1 LA RELATION DE DISJONCTION

La relation de disjonction est une relation

- entre deux termes du discours (postulat de binarité) tel que, du point de vue du locuteur, ces deux termes (A, B) se réfèrent à une même catégorie de réalité, appelée axe sémantique (X) (critère d'homogénéité)
- sont mutuellement exclusifs (critère d'exclusivité)
- constituent par leur réunion l'ensemble des formes possibles de l'axe sémantique (critère d'exhaustivité).

Une relation de disjonction se note de manière générale :



A est l'inverse de B et réciproquement. L'inverse d'une réalité peut prendre deux formes. L'inverse est non-marqué si c'est la négation grammaticale du premier terme ou une forme équivalente de cette négation. Sinon, on parlera d'inverse marqué.

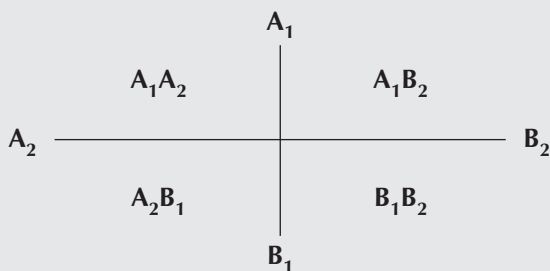
Le locuteur peut connoter un ou plusieurs des termes d'une disjonction à l'aide d'un indice de valorisation. L'inverse du terme valorisé est affecté de la valorisation opposée.

Lorsque l'un des termes de la disjonction (axe, inverse, valorisation) n'est pas explicitement énoncé par le locuteur, on dit qu'il est non-manifesté. Le décodeur formule alors une hypothèse quant à ce terme. Les termes supposés sont notés entre parenthèses.

2 LA STRUCTURE CROISÉE

Une structure croisée est une structure qui permet de rendre compte des quatre possibilités de combinaison des termes de deux disjonctions.

Schématiquement, la structure croisée se représente de la manière suivante :



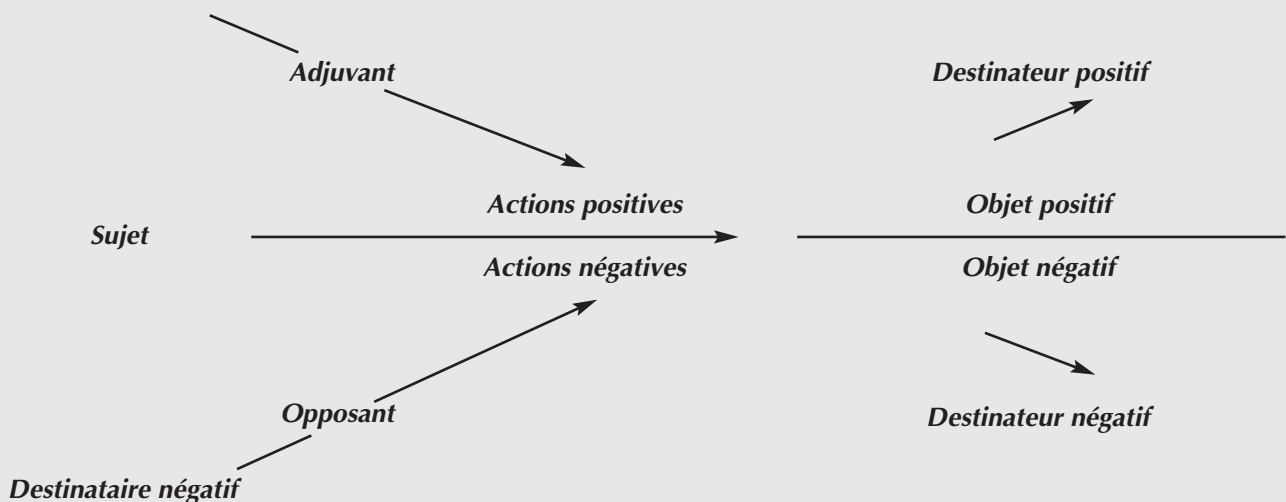
Les termes des disjonctions dont les axes sont croisés sont appelés réalités-mères. Les réalités issues de la combinaison des axes sont appelées réalités fécondées.

Chaque réalité fécondée suppose les deux réalités-mères dont elle est issue.

Parmi les réalités fécondées, il faut distinguer :

- le nombre de réalités théoriquement possibles,
- le nombre de réalités prises en compte par le locuteur dans son raisonnement. Conventionnellement, la zone des réalités exclues est hachurée,
- le nombre de réalités manifestées dans le matériau ; les hypothèses concernant les réalités fécondées

Destinateur positif



prises en compte mais non-manifestées sont indiquées entre parenthèses.

Les réalités fécondées peuvent éventuellement se structurer entre elles.

La valorisation des disjonctions-mères suit les règles de la valorisation des disjonctions classiques. Ces valorisations se répercutent sur les réalités fécondées.

Un dilemme est une structure croisée dont la réalité fécondée la plus positive n'est pas accessible. Le choix se pose alors entre les deux réalités fécondées à connotation ambivalente. Si un axe est plus valorisant que l'autre, le dilemme comporte une sortie.

3 LE RÉCIT DE QUÊTE

Le récit de quête rend compte de la dynamique du matériau selon un modèle qui comprend des rôles-types appelés actants.

Les actants principaux sont le sujet, l'objet (versant positif et versant négatif), les actions menées pour l'atteindre (positives ou négatives).

Cette description inclut, le cas échéant, des actants complémentaires tels que l'adjuvant, l'opposant, le destinataire positif et le destinataire négatif, les destinataires.

Le récit de quête se représente graphiquement par un schéma de quête.

Dans sa forme la plus complète, le schéma de quête se présente comme suit :