

VARIATION

PRATICIEN FORMATEUR EN SOINS INFIRMIERS : TISSER LES COMPÉTENCES DE SOIGNANT ET DE FORMATEUR POUR UN CHANGEMENT DE RÔLE

Béatrice PERRENOUD,

Infirmière, enseignante au Service de la formation continue de la Direction des Soins, Hospices CHUV, assistante de recherche à la Fondation pour la recherche en soins (FORESO), Lausanne, Suisse.

Anne-marie MARQUIS,

Infirmière, Master en management SDRH, enseignante responsable de la formation de praticien formateur au Service de la formation continue de la Direction des Soins, Hospices CHUV, Lausanne, Suisse.

RÉSUMÉ

L'infirmier praticien formateur occupe une place particulière dans une équipe de soins du fait de sa double appartenance. Cet article présente l'analyse d'un dispositif de formation de praticien formateur mis en œuvre au CHU Vaudois (Suisse). Cette analyse montre comment le travail conjoint sur les axes du soin et de l'éducation favorise la transition du rôle d'infirmier référent à celui de praticien formateur et la construction d'une identité professionnelle bi-culturelle. Le praticien, ainsi formé, peut effectivement accompagner les apprenants dans une perspective soignante et mieux gérer les tensions émergent de la confrontation des différentes logiques en présence. Une évaluation de l'expérience et des pistes de développement pour le dispositif de formation sont présentées.

Mots clés : Praticien formateur, professionnalisation, accompagnement, prendre soin

ABSTRACT

The nurse preceptor holds a specific role in the healthcare staff linked with both educational and nursing cultures. This article presents the analysis of the training program developed at the CHUV (Switzerland). The analysis indicates how the training model centered on the fields of nursing and education, improves the development of a bi cultural identity, and the implementation of the preceptorship role. This training model effectively enables nurse preceptors to support students learning in a care perspective and allow them to cope with the potential conflicts between educational and nursing approaches. An evaluation of the training experience and some potential directions for the program are discussed.

Key words : Nurse preceptor, professionalization, follow up, taking care

INTRODUCTION

Le rôle de praticien formateur¹ a été introduit en 2001 dans plusieurs services du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) de Lausanne (Suisse) pour accompagner les étudiants et le nouveau personnel infirmier. L'introduction de ce rôle s'inscrit dans le plan stratégique² de la Direction des soins du CHUV. Pour accomplir cette activité, il s'agit d'être un agent porteur de sens dans le domaine des soins et de posséder des compétences incorporées³ dans la pratique soignante, articulées à des compétences en éducation des adultes. Une expérience de formation d'infirmier⁴ praticien formateur (IPF) menée dans cette institution est présentée. Cette analyse tente d'identifier en quoi le changement du niveau de maîtrise de la fonction de soignant, conduit de pair avec le développement de compétences éducatives, favorise le processus de professionnalisation et la construction d'une nouvelle identité professionnelle de praticien formateur.

DISPOSITIF DE FORMATION : POSTULATS ET CONSTATS

L'IPF de cette institution de soins est responsable de certains objectifs de la formation des étudiants, des infirmiers en formation post-diplôme, des stagiaires, ainsi que de l'accompagnement du nouveau personnel dans son intégration dans de nouveaux postes de travail. L'IPF exerce au sein d'un service de soins, deux fonctions interdépendantes, de soignant (fonction principale), et de praticien formateur. Cette dernière comporte, en parallèle de la formation des apprenants⁵, deux tâches : - l'intégration et la formation de l'équipe de soins (dans le but de soutenir l'engagement de celle-ci dans la formation des apprenants) ; et - l'information et la coordination avec les cadres du service, les professeurs des hautes écoles de santé et, le cas échéant, avec les enseignants d'autres formations post-diplôme⁶.

En plus de la convention liant la Haute Ecole Spécialisée santé - social (HES-S2), l'institution de soins et l'IPF dans un projet d'encadrement des étudiants (HES-S2, 2003), un cahier des charges institutionnel spécifique à la fonction d'encadrement et d'intégration du nouveau personnel a été élaboré. Un dispositif d'accompagnement au rôle d'IPF, de niveau post-grade, a été mis en place par le Service de la formation continue de la Direction des soins. Il a obtenu la reconnaissance de la HES-S2 pour les certificats délivrés. Le dispositif de formation repose sur des postulats, des modèles théoriques et des observations empiriques⁷ accumulés depuis vingt ans dans la conduite de formations certifiantes par les enseignants de notre service.

Premier postulat : une pratique de soignant déjà bien constituée représente le *terreau indispensable* pour le renforcement d'une capacité dite réflexive (Altet, 1996), permettant l'analyse en profondeur d'une situation de soin. En effet, l'IPF mobilise cette expérience pour soutenir et élargir l'analyse de pratique effectuée par l'apprenant. La formation en pédagogie des IPF a un réel impact auprès des apprenants lorsqu'elle est sous-tendue par une compétence effective et confirmée dans la pratique des soins.

Deuxième postulat : la capacité à conceptualiser l'action de manière systématique nécessite un apprentissage (Perrenoud, 2004). Le praticien formateur peut soutenir le développement de la réflexivité et de la compétence de soin chez l'étudiant, à condition que lui-même ait pu intégrer dans sa pratique de soignant une *posture réflexive*.

Troisième postulat : un apprentissage est considéré comme réussi lorsqu'il y a *changement de comportement*, de pratique. Un apprentissage professionnel réussi ne s'arrête pas à la modification des représentations (connaissances, valeurs, croyances) suscitée par une pratique dite réflexive (Kolb, 1984) il comporte l'expérimentation en clinique de nouvelles interventions, voire un entraînement pour leur mise en œuvre.

Quatrième postulat : le certificat et la fonction de praticien formateur donnent à l'IPF une légitimité institutionnelle. Sa *crédibilité* repose aussi sur sa compétence en soins, cette *professionnalité*⁸ lui donne une autorité naturelle pour exercer son nouveau rôle au sein de son équipe de soins (Hauser *et al.*, 1985).

¹ Le praticien formateur est un praticien expérimenté ayant suivi une formation complémentaire ad hoc, notamment dans l'analyse des pratiques, chargé de l'accompagnement méthodologique et didactique des étudiants dans l'acquisition des compétences en situations professionnelles (Thèses du groupe de pilotage opérationnel HES-S2 relatives au profil, formation et perfectionnement des enseignants, septembre 2000).

² L'objectif n° 12 du plan stratégique de la Direction des soins du CHUV vise à promouvoir le développement des compétences pour le nouveau personnel infirmier en professionnalisant les acteurs de terrain responsables de leur encadrement et de leur formation.

³ J. Leplat (1995) présente une compétence incorporée comme une compétence devenue la norme ou un « habitus » pour la personne qui la possède.

⁴ Le terme infirmier praticien formateur inclut également les infirmières, le masculin est utilisé ici pour désigner l'agent professionnel exerçant le rôle.

⁵ Le terme apprenant désigne les diverses catégories de personnes accompagnées par l'IPF.

⁶ Le CHUV propose également les formations post-diplôme d'infirmière du domaine opératoire, en anesthésie, en soins intensifs et réanimation et d'infirmière clinicienne.

⁷ Connaissances issues des observations des pratiques de soins et représentant la synthèse de notre expérience et de celle de nombreux soignants et cadres de notre institution de soins.

⁸ La professionnalité est le résultat de la professionnalisation perçue comme le développement d'un ensemble de processus tels que celui de prise de décisions en acte, de référencement, de dynamique identitaire et d'autoévaluation (Vial, 2005).

L'expertise développée par notre équipe enseignante permet de repérer certaines constantes au sujet de la professionnalité des infirmiers s'inscrivant dans nos cursus de formation.

Premier constat : une dissonance importante et souvent inconsciente est notée entre les discours et les actions déployés par les infirmiers. Leurs discours s'inscrivent dans une perspective de soins centrés sur la personne, alors que leurs actions, observées en clinique, démontrent une prise en compte prioritaire et parfois exclusive des aspects somatiques de la personne soignée.

Deuxième constat : les infirmiers démontrent une méconnaissance de la puissance opérative des concepts et modèles (Rey, 1996). Ils sont capables de nommer des modèles et des concepts, éventuellement d'en indiquer la définition et quelques contenus, mais ils arrivent difficilement à les utiliser comme ressources pour analyser les situations de soins, choisir leurs interventions et argumenter leurs pratiques.

Troisième constat : la pratique de soins des infirmiers débutant un cursus de formation est estimée (à l'aide d'observations cliniques et d'autoévaluations) au stade de compétent⁹ selon le modèle de Dreyfus (Benner, 1995). A ce stade, l'infirmier utilise une approche analytique, couplée avec une vision globale¹⁰, il a le sentiment de maîtriser les situations et il est capable de traiter les imprévus.

En lien avec les postulats et les constats, les rôles de soignant et de formateur attribués à l'IPF sont perçus comme interdépendants. Notre dispositif vise à accélérer le processus de transformation identitaire de l'IPF¹¹ en formation par le développement en étroite interrelation de ces deux rôles, dans le cadre d'un apprentissage réalisé au sein de situations professionnelles. Il est centré sur deux axes : l'éducation et le soin.

NATURE DE L'AXE ÉDUCATION

L'axe éducation propose les concepts d'éducation des adultes et d'accompagnement au changement comme cadres pour la formation au rôle d'IPF.

Le rôle de l'IPF consiste à encourager l'apprenant à problématiser les situations de soins rencontrées dans la réalité quotidienne et à analyser sa pratique soignante.

A ce titre, l'IPF est un modèle de praticien dit réflexif pour l'apprenant, il partage avec celui-ci, sa démarche d'intelligibilité des situations de soins et de production de savoirs « d'action »¹² (Barbier, 1996). La formation vise à renforcer une posture réflexive auprès de l'IPF.

Éducation des adultes : soutien au développement d'une posture réflexive

Le cadre de l'éducation des adultes soutient le développement d'une posture réflexive par une approche socioconstructiviste de l'apprentissage, visant à faire émerger, expliciter et confronter l'expérience préalable par des interactions avec soi, autrui, les savoirs et les situations professionnelles. La reconnaissance et l'attribution d'une place spécifique à l'expérience¹³ de l'IPF inclut la prise en compte de ses connaissances, ses caractéristiques identitaires, sa motivation et son projet, son système de croyances et de valeurs, ses représentations et son rapport au savoir. Ces caractéristiques personnelles pouvant constituer, selon Bourgeois et Nizet (1997), tout à la fois des contraintes et des ressources dans le processus d'apprentissage.

La pré-existence d'une expérience antérieure et son analyse vont permettre à l'IPF de prendre conscience des attitudes manifestées et de son implication personnelle, d'éclairer cette expérience avec des notions théoriques nouvelles et d'élaborer du sens, puis offrent la possibilité d'une modification des comportements et des pratiques. Dès lors, on comprend que certains savoirs n'aient pas « fait sens » pour des étudiants en formation initiale, et la nécessité d'un travail sur la dimension identitaire couplé avec un approfondissement des savoirs théoriques, une fois que l'infirmier a accumulé des expériences qui le « marquent » et qui lui « résistent » dans leur intelligibilité (Bourgeois et Nizet, 1997).

La démarche réflexive, proposée dans ce dispositif de formation pour accompagner le processus de construction du nouveau rôle professionnel, se réalise dans divers espaces en alternance, principalement durant les enseignements cliniques, les analyses de pratique et les entretiens pédagogiques (parfois également durant les cours), en individuel et en groupe.

⁹ Le modèle de Dreyfus décrit cinq stades successifs dans l'acquisition d'une compétence professionnelle : novice, débutant, compétent, performant et expert (Benner, 1995).

¹⁰ Nous nous référons à la distinction faite par Hesbeen (1997) entre vision globale et vision complexe.

¹¹ Dans la suite du texte, l'abréviation IPF désigne toujours l'« IPF en formation ».

¹² Les savoirs « d'action » sont des capacités, connaissances, compétences, attitudes, aptitudes, supposés rendre compte d'une transformation du réel. Ils composent l'identité professionnelle de l'individu qui les énonce (Barbier, 1996, p. 9-10).

¹³ Mialaret définit l'expérience comme un « ensemble d'informations, de connaissances, d'attitudes acquises par un individu au cours de son existence par l'observation spontanée de la réalité et de ses pratiques, le tout intégré progressivement à sa personnalité. » (1996, p. 165).

Enseignement clinique¹⁴

Pour travailler une posture réflexive en situation professionnelle, l'apprentissage expérientiel est une démarche qui suscite un processus de problématisation intégrant l'incertitude, l'instabilité, la contingence et les conflits de valeurs inhérents à toute situation de travail. Avec ses quatre étapes d'expériences concrètes, d'observation réflexive, de conceptualisation abstraite et d'expérimentation active (Kolb, 1984), l'apprentissage expérientiel en enseignement clinique propose un cadre propice à la mise en tension de la dialectique savoirs théoriques/savoirs « d'action ». La démarche porte sur une situation (relevant du domaine des soins, du travail en équipe ou de la formation) expérimentée par l'IPF.

Elle vise le développement d'une vision systémique reposant sur l'identification des différents éléments de la situation, du ou des interlocuteurs (patients, collègues ou apprenants), du contexte proche et de l'environnement, ainsi que sur les relations entre ces éléments. L'analyse porte également sur l'activité de l'IPF, les significations et les interprétations qui guident son action dans cette situation. L'erreur, en enseignement clinique, est reconnue comme une occasion d'apprentissage sauf si elle est dangereuse ou nuisible pour autrui. Dans ce cas, l'enseignant intervient en tant qu'expert, puis la situation est évaluée à la lumière des repères techniques, juridiques, déontologiques ou éthiques (Lery, 1990) afin de contribuer à la construction des compétences professionnelles. Dans l'apprentissage expérientiel, la production de savoirs « d'action » est favorisée au niveau des actes de pensée par l'identification, la mise en mot et la conceptualisation de l'expérience, et au niveau des gestes du métier, par l'émergence d'une nouvelle pratique. L'apprentissage expérientiel privilégie une démarche d'analyse de pratique dans laquelle les savoirs théoriques et techniques sont mobilisés pour éclairer et remodeler la pratique.

Analyse de pratique

Pour Clot (2000), l'analyse de situations professionnelles entre pairs est source d'apprentissage car elle représente, à partir d'une situation amenée par un IPF, l'occasion de différencier ce qui a été réalisé des intentions et des possibles, de donner de la valeur à l'activité décrite. Dans le développement d'une posture réflexive, les échanges entre IPF en petits groupes incitent à la confrontation des différents modèles et conceptions qui orientent leur pratique relative aux fonctions de soignant et de formateur. Ces échanges encouragent l'émergence des alternatives envisageables selon le contexte clinique et des compétences nécessaires dans la situation analysée (Clot, 2000).

Ces regroupements, entre pairs, servent également de laboratoire aux IPF, afin d'exercer la conduite d'analyse de pratique. Cet espace de formation privilégie, par l'expérimentation sur soi, l'acquisition de techniques d'aide à la formalisation de l'expérience et à l'énonciation de savoirs. Cette démarche, entre pairs, favorise la formalisation d'un savoir professionnel partagé et contribue à renforcer une identité collective chez les IPF.

Entretien pédagogique

Cet entretien constitue un espace privilégié pour un travail centré sur le développement de la personne dans une perspective de professionnalisation.

A partir d'une problématique choisie par l'IPF et de la manière dont cette problématique va être interrogée et éclairée, l'enseignant aide à : - développer des capacités utiles au développement des compétences professionnelles, - expérimenter sur lui-même, la puissance opérative des outils théoriques et pratiques enseignés, et construire son identité professionnelle. Le développement des compétences se fait par l'identification de ce qui est tissé ensemble dans une vision complexe de la problématique, par les diverses lectures qui peuvent en être faites, et par l'émergence des différents sens et significations et la recherche de stratégies d'interventions adaptées. La prise de conscience de la puissance opérative des outils se fait par la découverte pour soi, de l'efficacité, par exemple, d'un entretien d'aide (aider à rendre intelligible une attitude), d'un entretien d'explicitation (identifier un habitus d'apprentissage), ou d'une stratégie de négociation (négocier les conditions nécessaires pour remplir sa fonction de formateur dans son service de soins). Le changement identitaire se fait au niveau personnel par un travail de prise de conscience et de compréhension de soi en situation professionnelle, comme soignant et comme formateur.

Dans ces divers espaces de formation en alternance, l'IPF apprend son rôle en élaborant, à partir de son expérience, un réseau de valeurs et de sens significatifs pour ses deux fonctions, de soignant et de formateur. Après un éclairage par les théories et les modèles, le réseau de sens construit est régulé au cours de mises à l'épreuve successives dans la pratique (Vial, 2001). Dans cette perspective, l'acquisition d'un regard socioconstructiviste et d'une posture réflexive, renforcent chez l'IPF, la prise de conscience de sa pratique de soignant et de formateur, des références et conceptions qui la sous-tendent, ainsi que la construction de nouveaux gestes professionnels. Le rôle de l'IPF consiste à accompagner l'apprenant dans la réalisation de son propre projet professionnel dans la pratique des soins.

¹⁴ L'enseignement clinique est une situation d'apprentissage vécue dans un service de soins à partir d'une expérience pratique qui se déroule en présence d'un enseignant.

Par la relation construite avec l'apprenant, l'IPF encourage un processus d'interprétation et de régulation du projet durant le stage. Le dispositif de formation vise à former les IPF à l'accompagnement des apprenants dans leur professionnalisation.

Accompagnement au changement dans une perspective d'autonomisation

Le dispositif de formation offre un accompagnement qui cherche à accélérer l'émancipation de l'IPF en travaillant sa capacité à orienter, développer, réaliser et réguler son propre projet professionnel. Le projet est traité dans la mise en tension d'une dialectique - de projet visée¹⁵, se référant à la mise en travail des valeurs, croyances et connaissances de l'IPF et du contexte dans lequel son projet se réalise, et - de projet programmatique, se référant à la planification et la réalisation des objectifs, la régulation et le contrôle des résultats obtenus (Ardoïno, 2000).

Pour offrir les conditions de travailler le sens de son projet et de construire son propre chemin professionnel, l'accompagnement est compris comme «être avec» dans une approche de «centration inconditionnelle sur la personne de l'autre» (Le Bouëdec *et al.*, 2001, p. 131). Il s'inscrit dans un face-à-face qui suscite la rencontre et la confrontation entre un enseignant de la formation et un IPF, cette relation privilégiée impliquant autant l'une que l'autre personne (Cifali, 1998). L'accompagnement vise à être personnalisé en respectant l'altérité et le rythme de l'IPF. Il engage l'enseignant accompagnateur dans une attitude de non interprétation et de non jugement. Ce mode d'accompagnement se réalise dans un espace de négociation, il est planifié à la demande de l'IPF sur toute la durée de la formation.

Les attitudes et les techniques adoptées par l'enseignant accompagnateur encouragent l'IPF à une prise de distance, l'incitent à développer ses capacités d'abstraction, d'analyse et de synthèse, le stimulent à s'exprimer dans un langage professionnel. Elles cherchent à renforcer, chez ce dernier, un sentiment de réussite et la confiance en soi. Cette posture requiert de la part de l'enseignant accompagnateur, des qualités d'accueil, une écoute sensible, une intelligibilité des situations et une réflexion éthique qui l'engage dans un travail continu sur ses propres aspirations, afin de contribuer effectivement à faire émerger les propres désirs de l'IPF et non les siens (Le Bouëdec *et al.*, 2001). Elle sollicite aussi une conception de l'évaluation qui distingue et articule les deux logiques décrites par Vial (2001), la logique du contrôle

(vérification de la conformité au prescrit) et l'autre logique de l'évaluation (questionnements, élaborations de sens, mise en réseaux de références).

L'évaluation dans l'accompagnement est alors conçue comme un processus de formation qui consolide la construction identitaire par la mise en actes des attitudes et des valeurs choisies par l'IPF (Vial, 2001).

L'IPF est également formé à la posture d'accompagnement au changement. Il réalise cette expérience de communication avec les apprenants qu'il accompagne. Cette expérience d'accompagnateur, travaillée dans les divers espaces de formation, participe à la construction de son identité et de son savoir professionnels.

L'accompagnement proposé et la mise en projet de l'IPF visent à faire émerger le valeur de ce qu'il vit et de ce qu'il cherche à être comme praticien formateur dans les diverses postures liées à cette activité. Cette démarche ambitionne également de le confirmer dans ses orientations et dans son engagement, inscrits dans le contexte du service de soins dans lequel il travaille.

NATURE DE L'AXE SOIN

L'axe soin repose sur une pratique soignante orientée par une conception de la discipline professionnelle et du prendre soin.

Le rôle de l'IPF consiste à aider les apprenants à construire ou enrichir, pour eux-mêmes et dans le contexte de l'institution de soins, leur conception et leur pratique de soignant. Dans cette perspective, l'IPF mobilise aussi sa propre compétence de soignant. Ce dispositif vise, chez l'IPF, le développement de la professionnalité de soignant dans sa dimension clinique.

Pratique soignante : la performance comme degré d'expertise clinique

L'apprenant découvre également auprès de l'IPF, un savoir d'expérience, un «mode de faire» contextualisé, personnalisé et différent des savoirs théoriques ou techniques. La compétence du soignant peut être considérée dans une dimension technique (maîtrise des soins techniques) et une dimension clinique (raisonnement produit pour prendre une décision dans le but d'améliorer le bien-être et promouvoir la santé d'autrui). Le dispositif de formation vise le développement de la deuxième dimension à un niveau de performance (la première dimension étant généralement bien maîtrisée).

¹⁵ Ardoïno (2000) parle de deux dimensions sémantiquement indissociables dans le projet et qui devraient être pratiquement complémentaires : le projet visée et le projet programmatique.

PRATICIEN FORMATEUR EN SOINS INFIRMIERS : TISSER LES COMPÉTENCES DE SOIGNANT ET DE FORMATEUR POUR UN CHANGEMENT DE RÔLE

Selon l'univers de référence, la notion de performance est conçue de manière différente. Il est fait ici, référence à la performance en tant que degré d'expertise clinique. L'infirmier performant perçoit immédiatement la situation de soins dans sa complexité et s'oriente directement sur le problème prioritaire du patient, quelle que soit sa nature : physique, affectif, social ou spirituel, et quelle que soit l'offre en soin qui en découle : à visée curative ou palliative, amélioration du bien-être ou promotion de la santé. Cette performance est décrite comme acquise à travers l'expérience accumulée avec le temps dans la pratique des soins (Benner, 1995). Le projet éducatif cherche à accélérer la transformation de l'IPF, du stade de compétent à celui de performant dans son expertise clinique.

L'expertise clinique dans les soins s'inscrit dans la mise en oeuvre de ce qu'on nomme le raisonnement clinique (Moss, 2005). Ce raisonnement est conçu comme la réalisation, dans une situation de soins, d'un ensemble d'actions, abstraites et concrètes, associant : - une démarche intersubjective fondée sur le prendre soin ; - une réflexion critique fondée sur des connaissances et les signes intuitifs repérés dans la situation ; - une éthique de la responsabilité fondée sur l'interrogation des valeurs, du sens et de l'influence des actions envisagées sur soi, sur la personne soignée et sur les autres partenaires de soins ; - une prise de décision fondée sur l'évaluation de l'évolution de la situation.

La reconnaissance des signes intuitifs dans la situation de soins, en particulier des émotions, est particulièrement importante lorsque des questions touchant au devenir de la personne sont en jeu. Tout comme les outils intellectuels, la reconnaissance des signes intuitifs est un élément nécessaire pour l'élaboration, à un niveau critique (Blackburn, 1996), d'un questionnement conscient et constant sur les normes, les valeurs et le sens. Cette réflexion critique fonde une éthique de la responsabilité (Fischer-Leresche, 2005) générant une prise de décision argumentée orientée vers des soins adaptés et éventuellement créatifs, ne découlant pas uniquement des propres préférences du soignant ou de celles du service de soins.

Une expertise clinique performante nécessite selon nos observations environ dix-huit mois d'entraînement dans le cadre d'une formation post-grade, afin de reconnaître les multiples éléments composant les situations de soins et leurs relations, d'en repérer les signes intuitifs, puis d'intervenir sur la base d'un débat de normes et de valeurs. Les outils intellectuels développés et la dynamique mise en mouvement suscitée par l'exercice du

raisonnement clinique, permettent à l'IPF d'évoluer dans son identité professionnelle tout en apprenant à mieux comprendre et à interpréter les situations, à communiquer en se positionnant davantage comme soignant. Le rôle de l'IPF consiste à accompagner l'apprenant dans son processus de professionnalisation, compris non seulement comme le développement et la régulation des capacités professionnelles, mais également comme la socialisation à une perspective soignante¹⁶. A ce titre, l'IPF est porteur des valeurs de la profession et il incite l'apprenant à mettre en travail son investissement personnel dans sa pratique professionnelle. Le dispositif de formation vise une mise en travail des valeurs professionnelles chez l'IPF.

Le « prendre soin » : valeur professionnelle pour soigner

Le prendre soin, « *cette attention [particulière et concrète] portée à l'autre en vue de lui venir en aide* » (Hesbeen, 1997, p. 29), est une valeur participant à la construction de l'identité professionnelle, et également une conception complexe du lien tissé à autrui, lien qui constitue l'essence et la finalité de la pratique soignante (Fischer-Leresche, 2005).

L'IPF, lorsqu'il prend soin, utilise sa capacité à reconnaître les signes intuitifs pour aider la personne soignée à prendre conscience de la manière dont ses émotions affectent sa perception. Il use d'une approche phénoménologique de l'expérience subjective de la personne soignée pour soutenir la création de sens à cette expérience. Cette démarche constitue une étape essentielle pour ensuite choisir et réaliser, ensemble, des interventions adaptées, inscrites dans les conditions offertes par le contexte et l'environnement.

La complexité des situations de soins n'étant pas perçue en fin de formation initiale (Monnier, 2004), elle ne l'est pas non plus dans toutes ses dimensions (en particulier dans la dimension intersubjective) après quelques années de pratique.

La formation cherche à transmettre le prendre soin comme une valeur qui interroge *ce qui est tissé ensemble* dans une situation de soin, ce qui appartient au soignant et ce qui appartient au patient, dans une configuration unique et particulière. En tant que valeur, elle alimente le questionnement de l'IPF dans ses interactions avec la personne soignée. A partir des expériences relationnelles vécues par l'IPF, le prendre soin contribue à soutenir un changement de système de références, de normes et de valeurs, qui prend appui sur les qualités

¹⁶ La perspective soignante est une dimension de l'identité professionnelle de l'infirmier, elle contribue à produire la professionnalité.



personnelles et professionnelles de l'IPF. Par cette démarche, la formation cherche également à amplifier, chez l'IPF, une prise de conscience de son investissement subjectif ainsi que de son rôle dans les situations dans lesquelles il agit en tant que soignant.

CONCLUSION

Les enjeux de ce dispositif portent sur le développement de la compétence des IPF engagés dans la formation des apprenants et qui occupent une place particulière dans une équipe de soins. La compétence est perçue comme la mise en œuvre d'une pratique adaptée aux exigences de la situation professionnelle et considérée par l'IPF comme la recherche d'une intervention, éventuellement originale (Mialaret, 1996), fondée sur une réflexion critique et s'inscrivant dans la réalisation d'un projet.

Le développement de la compétence en éducation, tissé avec le renforcement de l'expertise clinique dans le domaine des soins, favorise la transformation de la personne et contribue à la création d'une nouvelle identité professionnelle en évolution. Les IPF acquièrent les capacités pour participer à la réflexion liée aux orientations et aux défis futurs pour la profession. Le positionnement des IPF dans leur nouvelle fonction face aux équipes de soin, aux cadres et aux professeurs HES, s'en trouve facilité.

Nous constatons que, par le travail d'interprétation des situations, les IPF deviennent plus conscients de leur propre humanité et plus résistants au stress que peut générer les situations. Ce qui leur permet plus facilement, d'une part, d'offrir leur présence et d'écouter avec la bonne distance les apprenants dans leur processus de professionnalisation, et d'autre part de porter une attention particulière aux patients rendus vulnérables parce qu'atteints dans leur santé.

Les IPF semblent également préparés à identifier et à prendre en compte les finalités spécifiques à chaque situation, de formation et de soins. Ils arrivent à mieux composer avec leur double loyauté - au service de soins et à l'institution de formation -, à traiter les tensions qui

naissent des différentes logiques de formation et de production, et à accompagner les apprenants dans le phénomène du choc de la réalité de la pratique décrit par Kramer (1974).

Dans les évaluations conduites à la fin de chaque cycle de formation, les cadres des services et les IPF certifiés qualifient la formation de bonne, voire excellente. Les cadres infirmiers estiment en outre indispensable de maintenir les deux axes de formation : soin et éducation.

Ces constats sont à mettre en perspective avec le bilan effectué auprès des IPF arrivés au terme de la formation. Ce bilan indique l'atteinte d'un niveau débutant pour l'exercice de la fonction de praticien formateur, selon le modèle de Dreyfuss (Benner, 1995). Le niveau démontré dans la compétence de soignant se situe *en route* vers la performance en soins.

Cette maturation nuancée dans l'activité soignante peut être attribuée à la présence plus ou moins développée de trois éléments :

- la réflexion personnelle philosophique et/ou spirituelle sur les questions existentielles,
- la capacité à reconnaître, accueillir, composer avec ses émotions et celles des autres, ainsi que
- l'insertion dans un modèle¹⁷ (de l'être humain, de la santé, de l'environnement et du soin) qui situe l'infirmier à l'origine de ses actes dans sa pratique soignante.

Les postulats choisis pour orienter le dispositif de formation s'avèrent pertinents et utiles pour dépasser les constats de départ et placer les IPF dans un processus de développement professionnel des fonctions de soignant et de formateur. Le travail, en interrelation sur ces deux fonctions, favorise la transformation identitaire de l'IPF. Les perspectives de développement de ce dispositif de formation visent l'amélioration de certaines capacités des enseignants accompagnateurs.

Une démarche d'analyse de pratique cherchant à expliciter une expérience et à construire un savoir d'action dans le cadre d'un apprentissage expérientiel, diffère d'une démarche de résolution de problème, visant à apporter une solution à une question issue d'une situation clinique. La maîtrise des techniques relatives à une démarche d'analyse de pratique nécessite un apprentissage soutenu de la part des enseignants accompagnateurs.

¹⁷ Modèle représente ici un formatage de la pensée qui « sert de cadre construit pour la conceptualisation de la pratique », il est souvent peu affiché mais il est identifiable dans les discours et les pratiques. « On dira qu'on s'insère dans un modèle, si on a conscience de le choisir, ou qu'on est inscrit dans un modèle s'il est utilisé sans le savoir » (Vial, 2001a, p. 36).

PRATICIEN FORMATEUR EN SOINS INFIRMIERS : TISSER LES COMPÉTENCES DE SOIGNANT ET DE FORMATEUR POUR UN CHANGEMENT DE RÔLE

Une formation à l'interne, utilisant la méthode GEASE (Fumat et al., 2003), a débuté cette année dans notre service. Il s'agit, à terme, de développer la maîtrise de diverses techniques pour amener à une meilleure formalisation de l'expérience.

Les perspectives de développement visent également la mise en place de groupes d'analyse de pratique de praticien formateur, afin de continuer à soutenir l'acquisition d'une posture réflexive, en particulier dans le domaine de l'évaluation. Il s'agit encore, pour l'équipe enseignante, de réfléchir et de concevoir, un dispositif permettant la mise en travail sur les diverses dimensions d'une démarche réflexive.

REMERCIEMENTS

Nos vifs remerciements vont à nos collègues Claude Curchod, Marion Fischer et Serge Gallant, ainsi qu'à Pierre Rougemont, chef du Service de la formation continue de la Direction des soins, pour leur lecture critique.

BIBLIOGRAPHIE

Altet, M. (1996). Les dispositifs d'analyse des pratiques pédagogiques en formation d'enseignants : une démarche d'articulation pratique-théorique-pratique. In C. Blanchard-Laville et D. Fablet (dir.) *L'analyse des pratiques professionnelles*, Paris, L'Harmattan, p. 11-26.

Ardoino, J. (2000). *Les avatars de l'éducation*. Paris, PUF.

Barbier, J.-M. (1996). *Savoirs théoriques et savoirs d'action*. Paris, PUF.

Benner, P. (1995). *De novice à expert*. Paris, InterEditions.

Blackburn, P. (1996). *L'éthique fondements et problématiques contemporaines*. Québec, Renouveau pédagogique.

Bourgeois, E., Nizet, J. (1997). *Apprentissage et formation des adultes*. Paris, PUF.

Cifali, M. (1998). Une altérité en acte. Grandeur et limite de l'accompagnement. In Chappaz, G. (dir.) *Accompagnement et formation*. Marseille : Université de Provence et CRDP, p. 119-160

Clot, Y. (2000). La formation par l'analyse du travail : pour une troisième voie. In Bruno Maggi (dir.) *Manières de penser, manières d'agir en éducation et en formation*. Paris, PUF, p. 133-156.

Fischer-Leresche, Marion (2005). *Entre normativité publique et normativité privée, quelle éthique des soins dans un monde libéral ?* Maîtrise en philosophie. Faculté de théologie, d'éthique et de philosophie, Université de Sherbrooke, Août 2005.

Fumat, Y., Vincens, Cl., Etienne, R. (2003). *Analyser les situations éducatives*. Paris, ESF.

Hauser, G., Maître, F., Masingue, B., Vidal, F. (1985). *L'investissement formation*. Paris, les éditions d'organisation.

Hesbeen, W. (1997). *Prendre soin à l'hôpital*. Paris, InterEditions, Masson.

HES-S2 (2003). Convention sur la formation pratique HES-S2. Delémont, 06 novembre.

Kramer, M. (1974). *Reality choc : why nurses leave nursing*. St-Louis, USA : C.V. Mosby Company.

Kolb, D.A. (1984). *Experiential learning : Experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs (NJ) : Prentice-Hall.



Le Bouèdec, G., Du Crest, A., Pasquier, L. et Stahl, R. (2001). *L'accompagnement en éducation et formation*. Paris, L'Harmattan.

Leplat, J. (1995). Les compétences incorporées. *Education permanente* n° 123, p.101-114.

Lery, N. (1990). Droit et éthique de la santé : l'expérience d'une consultation. *Médecine & Hygiène*, 48, p. 2161-2166.

Mialaret, G. (1996). Savoirs théoriques, savoirs scientifiques et savoirs d'action en éducation. In J.-M. Barbier (dir.) *Savoirs théoriques et savoirs d'action*, Paris, PUF, p. 161-187.

Monnier, M. (2004). Débuter dans la profession d'infirmière : A développer : expérience et efficacité. *Krankenpflege Soins infirmiers*, 11, p. 48-49.

Moss, M. T. (2005). *The emotionally intelligent nurse leader*. San Francisco, Jossey-Bass.

Perrenoud, P. (2004). Adosser la pratique réflexive aux sciences sociales, condition de la professionnalisation. *Education permanente* n° 160, p. 35-60.

Rey, B. (1996). *Les compétences transversales en question*. Paris, ESF.

Vial, M. (2001). *Se former pour évaluer*. Bruxelles, De Boeck Universités.

Vial, M. (2005). Penser le complexe ? Un certain rapport au savoir. Conférence à l'Ecole Supérieure de l'Education Nationale.