

### CHAPITRE III : LES ASPECTS EDUCATIONNELS

Les approches sociologiques et psychologiques que nous venons de faire ont permis d'éclairer notre thème par rapport aux contraintes sociologiques et aux conditions matérielles de la formation, et par rapport à l'élève, cliente des institutions de formation.

Nous devons, maintenant, ouvrir un autre volet, entrer dans la dynamique même des activités éducationnelles. Nous utiliserons une démarche familière maintenant pour appréhender ces réalités : descriptions, commentaires et analyses de ce qui est enseigné, vécu et appris, d'abord dans les stages, puis à l'école.

Nous essaierons ensuite de clarifier divers aspects de la problématique, surtout en ce qui concerne ses dimensions temporo-spatiales, psychosociologiques et éducationnelles. (Note 1)

Nous avons choisi, comme texte introductif à ce chapitre, la Charte des Droits et des Devoirs des élèves (143). Nous sommes particulièrement frappé par la demande d'humanisation de la formation qui est sous-jacente à ce texte. Certes le temps de travail, les horaires, les jours de repos et de congé sont actuellement respectés, en général. Mais une stagiaire peut être considérée comme un meuble, ou tout simplement oubliée. Elle peut, comme le malade, être réduite à l'état d'objet, du moins tant qu'elle n'a pas accédé à une forme de "savoir", grâce à quoi, elle "basculera" de l'autre côté, celui des diplômées, des initiées. Se souvient-elle alors du temps de son initiation ?...

A l'école, elle peut être réduite à la passivité la plus totale, être obligée de se taire, pour avoir le droit de finir ses études. Elle conservera peut-être sa personnalité, sa foi, son enthousiasme, pour peu que l'école ne soit pas, à son égard, le rouleau compresseur qui a été parfois décrit.

Diplômées et monitrices reconnaissent unanimement que les élèves, à leur arrivée, ont presque toujours une réserve d'énergie, de dynamisme, de la couleur, une forme... et qu'à la fin des études, une sorte de grisaille s'est installée, on ne les reconnaît plus, elles ne se reconnaissent plus... Que s'est-il passé durant la formation ?

---

Note 1 : Tous les documents utilisés dans ce chapitre proviennent de livres et revues, et d'entretiens inter-individuels ou de groupe.

### Charte des Devoirs et des Droits des élèves

Les Devoirs : - Respecter et connaître toute personne humaine : malade ou travaillant avec eux.

- Acquérir des connaissances et une compétence pour une meilleure sécurité des malades.

- Tout faire pour pouvoir s'intégrer à l'équipe soignante.

- Exécuter les soins avec une conscience professionnelle rigoureuse.

- Prendre conscience que leur formation doit être continue.

Les Droits : - Recevoir un enseignement de qualité en stage comme à l'école.

- Etre considérés comme futurs collègues de travail, en démarche d'apprentissage, ce qui signifie : être accueillis, pouvoir dialoguer.

- Etre appréciés non pas sur un rendement, mais sur une efficacité. Refuser de servir de "bouche-trou", de "téléphone" et de "monte-charge".

- Etre respectés dans leur vie privée, en stage comme à l'école.

- Ne pas servir de personnel d'appoint non rémunéré.

Dans ce troisième chapitre, nous avons regroupé tous les thèmes portant sur les problèmes de formation en stage et à l'école.

Nous avons voulu conserver cette séparation des documents à partir des LIEUX de formation. Comme nous le disions plus haut, elle est significative d'une certaine manière de poser le problème. Par fidélité à la documentation, nous présenterons donc successivement :

- ce qui est enseigné, vécu et appris en stage,

- ce qui est enseigné, vécu et appris à l'école.

Pour chacune de ces deux parties, nous avons préalablement séparé, dans les documents, ce qui provenait des élèves, des soignantes et des enseignantes. Nous avons secondairement effectué une synthèse plus parlante que la première étape analytique.

Nous avons donc isolé des thèmes pour le stage, puis pour l'école. Nous continuons à rester dans la ligne des documents, sans introduire de pensée personnelle, et nous effectuons au fur et à mesure la mise en évidence des contradictions et des problèmes. Nous réservons pour la troisième partie les suggestions et propositions qu'il sera possible de faire.

## SECTION I : CE QUI EST ENSEIGNE, VECU, APPRIS EN STAGE

### I.1 Les opinions

- Opinions des infirmières sur les élèves : Les infirmières perçoivent que les élèves manifestent souvent de la panique, de l'angoisse, durant un temps d'adaptation plus ou moins long, quand elles arrivent dans un nouveau stage : face aux personnes nouvelles, au matériel, à l'organisation du service, aux malades...

Lors de leurs premiers stages, les élèves vivent souvent les mêmes expériences bouleversantes que les malades, parce qu'elles ont encore le pouvoir de voir et entendre.

Par ailleurs, elles ont rarement assimilé les connaissances de base (par exemple anatomiques et physiologiques) nécessaires pour comprendre le genre de travail que l'on fait dans le service.

Enfin, les infirmières sont unanimes à reconnaître qu'il est impossible de demander les mêmes choses à une élève entrée à l'école depuis quatre mois ou à celle qui a déjà dix huit mois de formation : elles ne peuvent pas apprendre les mêmes choses ni fournir le même travail.

#### - Perceptions du stage par les élèves :

"La désaffection de la profession s'explique en  
"grande partie par le peu d'épanouissement venant  
"d'un métier qui correspond si peu à l'attente que  
"l'on a en entrant à l'école. L'action que les  
"élèves mènent vise à obtenir un peu plus d'humanité  
"pour le malade autant que pour elles-mêmes."

(146, P. 867)

Dans un article, Hervé analysait les problèmes de soins en service de nuit ; il y décrit divers aspects de ce travail dont il dénonce les dimensions scandaleuses : les proportions effarantes de malades sous la surveillance d'une seule personne, les rythmes de dix nuits consécutives, la pauvreté sinon l'absence de matériel, les conditions précaires de sécurité ;

"C'est un bagne, et c'est tuer délibérément le  
"dynamisme de jeunes professionnels que de les  
"placer dans des conditions inhumaines sans possi-  
"bilité d'objectivation de leur situation, dans  
"l'absence qu'ils sont d'une équipe de travail  
"capable de leur apporter un minimum de soutien

"psychologique... Ainsi, les jeunes arrivent à  
"prendre leur parti d'une situation où leur  
"conscience professionnelle n'est pas praticable."

(44, P. 673)

## I.2 Caractéristiques du travail de l'élève en stage

### - Des tâches en série :

"Pour les jeunes, le premier contact avec l'hôpital  
"est très décevant : courses, radio, laboratoire,  
"brancardage, ménage parfois, occupent bien du temps.  
"Restent aussi les lits, les bassins et la matinée  
"se termine sans que les médecins et parfois la  
"surveillante aient remarqué la jeune stagiaire qui  
"semble inutile. La jeune est déboussolée."

Pollet (96, P. 807)

- L'exécution des ordres : "L'élève est formée à exécuter  
des tâches prescrites sur l'ordre du médecin, de la surveillante ou de  
l'infirmière." (une surveillante)

### - Peu de responsabilités :

"Lorsque j'étais stagiaire j'avais le même travail,  
"je faisais les mêmes choses, je voyais les mêmes  
"réalités, mais je n'étais pas responsable : en  
"cas de coup dur, il y avait toujours quelqu'un  
"d'autre pour prendre les décisions."

Lefébure (64, P. 30)

Signalons que dans d'autres documents, nous avons trouvé des témoignages montrant, au contraire, de jeunes stagiaires inexpérimentées, au début de leurs études, face à des responsabilités écrasantes sans personne à qui s'adresser en cas de difficulté majeure.

### - Un "sous-rôle" infirmier :

"Il y a des tâches réservées aux infirmières,  
"d'autres réservées aux élèves, puis d'autres pour  
"les aides. La formation apprend à l'élève à se  
"situer dans une hiérarchie de tâches : celles qui  
"sont effectuées par les infirmières sont vécues  
"comme plus valorisantes que celles des élèves..."

Une surveillante

- Bouche-trou ou personnel d'appoint :

"Les stagiaires arrivent au milieu de tout cela,  
"je n'ai guère le temps de m'occuper d'elles.  
"Heureusement qu'elles sont là. Elles vont pouvoir  
"finir les toilettes qui n'ont pas été faites,  
"prendre les températures que je n'ai pas eu le  
"temps de prendre : vous parlez d'un stage où l'on  
"remplace le personnel manquant..."

Une surveillante (156, P. 12)

"Ce qui est anormal, c'est que le gouvernement  
"compte sur la présence des stagiaires pour faire  
"rouler les services tant bien que mal, souvent  
"à la limite de la sécurité."

Des élèves (146, P. 867)

Ces documents sont seulement indicatifs : la documentation est volumineuse sur ce sujet. Nous pensons que lorsque les élèves sont satisfaits de ce qu'ils font en stage, ils ne l'écrivent sans doute pas.

Notons de plus qu'il n'y a pas de perception d'un rôle, ni de la totalité des fonctions de l'infirmière, mais perception de tâches.

I.3 Caractéristiques de l'apprentissage en stage

I.3.1 Ce que l'on apprend et comment on l'apprend :

- Acquisition d'automatismes : "L'école demande l'apprentissage rapide de techniques pour les examens." (une infirmière)

L'élève apprend des techniques de soins d'une manière rigide. Elle apprend des gestes en se servant de sa mémoire, et acquiert ainsi des réflexes. Cela lui permet de travailler d'une manière automatique. Mais si la situation devient inhabituelle, angoissante, inattendue, l'adaptation est difficile, voire impossible. (une surveillante)

- Pas de développement du jugement :

"L'élève n'est souvent pas capable de porter un  
"jugement sur ce qu'elle est en train de faire,  
"de se dire ce qui ne va pas, de trouver ce qui  
"rendrait son action intelligente par rapport à  
"la finalité du soin."

Une surveillante

La formation n'utilise ni la créativité, ni le jugement.

(Une infirmière)

- Pas d'apprentissage d'une démarche :

"On apprend à l'élève un savoir fini." (Une infirmière)

"L'élève exerce son esprit d'analyse, elle n'apprend pas à remettre "le tout ensemble" et en faire une globalité. Elle n'a pas une vision globale du malade."

- Ce qu'en disent les élèves :

"Au bout de trois semaines en stage on n'apprend plus rien, on fait du travail, on est rentable."

"Dans ce service on s'ennuie (stage de personnes âgées, chroniques...), il ne s'y passe rien d'intéressant (sous-entendu, sur le plan médical, ou technique)."

"S'il y a trop de travail, on est écrasé, s'il n'y en a pas assez on se sent inutile."

Toutes les élèves soulignent l'intérêt du stage où elles peuvent pratiquer des soins qu'elles n'ont jamais faits mais "sous contrôle", avec une infirmière qui leur permet d'apprécier leurs erreurs. La plupart des témoignages situent l'intérêt du stage sur l'apprentissage de compétences (appelées "savoir-faire" par les élèves).

Nous avons trouvé aussi, dans tous les documents émanant des élèves, la défense d'une idée selon laquelle l'élève a d'abord besoin de maîtriser les techniques pour les dépasser, avant d'être capable d'assurer un véritable service infirmier caractérisé par la relation avec la personne malade à l'occasion d'un soin.

Les élèves font presque toujours la distinction entre les soins et la "relation" ; nous devons reprendre cet aspect du problème qui nous semble fondamental dans cet apprentissage.

I.3.2 Les décalages entre l'école et le stage :

- Portant sur les objectifs de stage :

"L'école nous fait parvenir des objectifs : le plus souvent ils sont inadaptés parce qu'ils ne correspondent à rien de ce que nous pouvons apprendre aux élèves." (Une surveillante)

"L'élève est arrivée avec des objectifs : il y en avait une page entière ! Finalement il fallait qu'elle apprenne en un mois ce qu'on demande à une élève en fin d'études." (Une surveillante)

"Jamais l'école n'est venue nous voir pour travailler avec nous des objectifs de stage qui seraient adaptés au travail qu'on fait dans le service." (Une infirmière)

"Il n'y a pas de progression des objectifs en fonction d'un projet pédagogique : les objectifs sont méconnus, comme le programme."

Lanriec (59), enseignante

- Portant sur les connaissances théoriques enseignées à l'école :

Tous les documents font état de ce qui est appelé couramment le décalage ou le fossé entre l'école et le stage, identifié à un fossé entre la théorie et la pratique.

Une élève : "En stage, la théorie ne sert à rien, elle est inutilisable en service."

"D'un côté on mémorise, de l'autre on exécute des gestes."

Les élèves signalent tous la difficulté qu'ils ont à relier l'expérience vécue en stage et les données théoriques acquises à l'école.

Une surveillante : "Ce qui est valorisé, c'est le contenu médical. Dans "la formation, cela prend toute la place, c'est disproportionné, le reste est secondaire. Quand l'élève "arrive dans le service, il n'y a que cela qui l'intéresse: "le diagnostic que le médecin fait et comment il le fait."

"On passe beaucoup de temps à l'école à apprendre à "l'élève ce qu'est une embolie, les signes, les moyens "de diagnostic, le traitement. Or ce qui est important "pour une infirmière c'est de comprendre ce qui se "passe avant et après."

"L'élève accorde de l'importance à ce à quoi les évaluations et les examens en donnent."

"On centre la formation sur les zones où l'infirmière "n'a normalement pas à exercer une activité primordiale "mais une activité d'auxiliaire médicale, et non sur "les zones où elle a une activité de décision en temps "ordinaire dans le service."

"Lors d'un plan de soins, l'élève développe tout ce qui "est médical, et elle ne sait même pas installer le "malade."

- Portant sur les raisonnements et les démarches : "On a l'impression que l'élève est prise entre deux logiques : celle de l'école et celle du service, qui est variable avec chaque service." (Une surveillante)

A propos de l'utilisation du plan de soins dans la formation des élèves : les élèves apprennent cette démarche et sont évaluées sur un plan de soins dans chaque stage. Mais cette démarche est seulement à l'usage de l'élève le plus souvent, car le reste des soins aux malades dans le même service n'est pas organisé sur ce mode d'approche. Pour que cet apprentissage ait un sens, les élèves soulignent qu'il est indispensable que le service tout entier soit organisé de cette manière, que les supports spéciaux de recueil de l'information existent dans le service et que tout le personnel sache utiliser cette démarche.

### I.3.3 Avec QUI l'élève apprend : l'encadrement

Est-ce que l'élève apprend avec les infirmières ? Ou bien avec une monitrice qui viendrait de l'école dans ce but ?

#### - L'encadrement par les infirmières :

"Sommes-nous une contrainte pour le service nous recevant ? Pourtant nous constatons que pendant la période estivale nous sommes, pour les services hospitaliers, d'un soutien efficace. Nous sommes la relève qu'il s'agit de former, et où la former sinon dans les endroits où l'infirmière travaille et exercera ? Comment la former en l'absence de personnel d'encadrement ?"

(146, P. 867)

Le lieu de la formation, selon cette hypothèse, serait donc le lieu où le rôle est "agi"... Qu'est-ce que l'infirmière peut donner ?

"Ce qu'elle sait, a vu, observé, et mis en relation avec d'autres faits ; ce qu'elle sait faire : comment adapter à la diversité des situations les actes stéréotypés des techniques et ses critères de choix pour les changements qu'elle y a introduits ; ce qu'elle sait être face aux situations critiques, douloureuses, urgentes..."

Lanriec (59, résumé)



Pour l'élève, l'infirmière est celle qui peut l'introduire dans le milieu hospitalier, vers l'équipe et vers les malades. Son attente est grande à son égard : elle peut "écouter, conseiller, accompagner, contrôler".

D'après les documents, nous avançons l'idée qu'il existe un savoir infirmier de tradition orale : les infirmières ont visiblement une expérience très précise quand elles sont dans un service depuis plusieurs mois. Elles ont appris à observer certains éléments, les identifier, les relier entre eux et en tirer des conclusions qui sont la base de leur travail infirmier. Cette expérience est de nature empirique, personnelle, rarement transmise par écrit. Chaque infirmière possède pour son propre compte quelques bribes d'un savoir infirmier dont aucun livre ne rend compte, en France du moins.

Il peut arriver que ce savoir ne soit pas conceptualisé, donc qu'il ne soit pas transmissible, même oralement, autrement que sous forme de "conduites à tenir" qui ne sont pas explicables, parce qu'aucune théorisation n'est possible. La stagiaire peut alors imiter, mais ne comprend pas forcément. Elle cherche appui sur le savoir médical, constitué, scientifique, rassurant.

Nous avons remarqué que ce savoir de l'infirmière porte surtout sur les "variables" des soins, c'est-à-dire sur les facteurs qui changent avec chaque malade, chaque situation, et non sur les "constantes" des soins, que l'on peut trouver dans les livres de pratique.

- L'encadrement par les monitrices : Il apparaît dans la documentation comme un événement rare dans la vie d'une stagiaire. Il semble qu'actuellement les monitrices vont en stage à l'occasion des évaluations des plans de soins qui prennent beaucoup de temps. A ces occasions-là la monitrice et l'élève, placées en situation d'évaluation, ont un tout autre contact que celui qui existe lors d'un encadrement clinique.

Dans le mémoire effectué par des étudiantes cadres de l'Ecole de Grenoble, il est intéressant de souligner que, lors de l'enquête qu'elles ont entreprise, les infirmières et les élèves des services consultés ont dit que l'encadrement réalisé par les monitrices ne présentait pas d'intérêt. (Bouffay, 15)

Par ailleurs, en analysant le discours des monitrices, des éléments très caractéristiques peuvent être relevés : la monitrice qui va en service ne sait pas comment se situer, elle est facilement en conflit de territoire avec les infirmières, en conflit de leader avec la surveillante. Elle ne sait pas en vue de QUOI elle va en service...

Est-ce pour les élèves ? Est-ce pour entretenir des relations de travail indispensables avec les surveillantes et les infirmières ?

D'autres documents retracent des expériences réalisées dans des services-pilotes où une monitrice, dite monitrice clinique, était une infirmière du service, en surnombre, uniquement occupée de l'encadrement des stagiaires. Ces expériences ont donné lieu à des analyses sérieuses qui en ont montré les inconvénients : monitrice coupée du reste de l'équipe qui ne la considère plus comme une des leurs, ignorante de l'école, dont le groupe d'appartenance est ambigu. L'avantage énorme de cette solution est, de l'avis des élèves, la présence constante de cette personne qui peut être un référentiel permanent.

Beaucoup d'enseignantes expriment qu'il est très important pour une monitrice de "revenir" en service pour ne pas "être coupée" de la réalité des services, pour se remettre à jour, se perfectionner, rester dans le bain... Ces points de vue emmêlent considérablement une situation embrouillée : si la monitrice va en service dans ce but, elle y va pour elle, c'est tout à fait justifié... Mais elle n'y va pas pour l'élève et cela ne peut s'appeler encadrement clinique mais formation continue.

Les deux semblent difficilement réalisables en même temps et avec les mêmes moyens.

Enfin, nous avons décelé, dans les documents, un autre type de discours dont nous voulons aussi rendre compte, même si, en le livrant, nous consentons à une certaine interprétation : nous avons décelé dans le discours des monitrices vis-à-vis du stage des traces de culpabilité. Comme si la monitrice se sentait coupable d'avoir "abandonné" les malades et les autres infirmières : "elle est passé à l'autre bord, elle est devenue monitrice". (Devons-nous entendre : elle est passée à l'ennemi ?) Les jeunes monitrices semblent plus particulièrement vulnérables à ce sujet.

Ainsi, dans les propos sur l'encadrement en stage, le point de vue des monitrices peut apparaître comme une nécessité pour se déculpabiliser : "on leur montre qu'on sait encore faire tel geste, qu'on n'a pas peur de faire une toilette..."

Dans le discours des soignantes, il apparaît les mêmes éléments, en contrepoint : le monitorat est une fuite, "la monitrice est planquée", le travail qu'on fait à l'école est "en dehors de la réalité", "ce sont des idéalistes"...

Sans aller plus loin sur ce thème, et sans vouloir trop

décortiquer, nous soulignons qu'il est parlé du malade sous une forme symbolique. La monitrice est accusée d'avoir fui les réalités quotidiennes des malades, elle s'est "planquée" loin de la souffrance et de la mort.

#### I.3.4 Les relations :

"Nous ne sommes pas considérées comme des collègues  
"de travail. On peut très bien entrer à l'école  
"avec de l'enthousiasme, de la foi et être un peu  
"écoeurée à la fin des études à cause de ça."

La revue de l'infirmière a publié un article sur les points de vue des diplômées sur les stagiaires :

"Les élèves disent ne trouver aucune aide en  
"service. Les infirmières disent que les élèves  
"fuient le contact avec le malade, ne voient que  
"les maladies, les techniques de soins sur  
"lesquelles elles se précipitent."

(147, P. 443)

Un mémoire rapporte que les impressions positives des stagiaires à l'égard du service concerne le climat socio-affectif du stage : accueil, intégration à l'équipe, être considérée comme collègue, échanger, participer aux réunions d'équipe...(Bouffay, 15). Il n'y a rien qu'une stagiaire pardonne moins à une équipe que le fait d'être laissée de côté lorsque les infirmières vont prendre le café le matin !

Nous effectuerons un peu plus loin une synthèse des divers problèmes posés par la formation en stage. Soulignons un des aspects importants de ces problèmes : l'absence d'une infrastructure d'apprentissage est cause de nombreuses difficultés.

Par ailleurs, le système relationnel infirmière-élève porte lui aussi en germe toute une problématique, ou ne serait-ce pas plutôt une dialectique : l'infirmière comme collègue, ou comme enseignante ?

## SECTION II : CE QUI EST ENSEIGNE, VECU, APPRIS, A L'ECOLE

### II.1 Approche des facteurs organisationnels

Dans ce paragraphe, nous traiterons des facteurs qui ne concernent pas directement l'action de formation : les différences des écoles sur le plan numérique, structurel, organisationnel sont très grandes. Ces facteurs ont une répercussion sur l'activité éducationnelle directe de l'école parce qu'ils constituent la trame du tissu où elle se déroule.

Nous allons donc essayer de donner une vision rapide de ces différences.

#### II.1.1 La dimension numérique :

La question de la pénurie d'infirmières ne peut être évacuée de notre analyse : elle a en effet contribué à noyer les aspects pédagogiques du problème. Au moment où le nouveau programme était mis en application, les besoins des hôpitaux en infirmières étaient devenus cruciaux pour certains. Cette insuffisance étant due non à la carence de candidatures à l'entrée des écoles, mais aux départs trop nombreux des infirmières diplômées.

Beaucoup d'écoles se sont ouvertes en quelques années, et celles qui existaient déjà ont été mises en demeure d'élargir leurs capacités d'accueil jusqu'à parfois doubler le nombre de leurs élèves.

Ces mesures, prises en urgence, n'ont pas toujours été suivies de l'amélioration nécessaire des conditions matérielles : les locaux insuffisants, les stages en nombre limité, les formateurs trop rares, le matériel pédagogique archaïque, furent des conditions fréquentes à ce moment là.

Cette dimension numérique a également eu un impact très fort sur les conditions d'entrée dans les écoles. Nous avons déjà consacré un paragraphe à ce sujet.

Nous avons retenu, pour appuyer nos propos, la lettre écrite à la revue de l'infirmière par un élève terminant ses études, et dont nous avons déjà cité d'autres articles :

"Je ne sais si vous comptez ouvrir les colonnes  
"de votre revue à un bilan sur la première promo-  
"tion d'élèves ayant effectué ses études en 28 mois.  
"Je l'espère, et mon espérance est à la mesure de

"mon inquiétude face à une nouvelle formation dont  
"les lacunes paraissent trop importantes en regard  
"des espérances qu'elle avait soulevées. En effet,  
"depuis septembre dernier, les troisièmes années  
"sont dans l'attente d'un diplôme d'état qui arrive  
"enfin sous une forme (dispense des pratiques) qui  
"certes nous satisfait, mais qui nous donne la  
"mesure de la panique d'une administration prise  
"de court par le temps, le petit nombre des forma-  
"teurs et des nouvelles promotions qui ne trouvent  
"plus de terrains de stage. Le ministère de la Santé  
"s'est engagé par une politique de recrutement  
"à outrance, dans un processus dont il n'est plus  
"le maître. C'est du moins, ce que je ressens à la  
"veille de mon diplôme. Je ne regrette rien, et  
"surtout pas d'avoir joui tout au long de ma forma-  
"tion d'une liberté qui est celle de quelqu'un qui  
"aura appris son métier "sur le tas", c'est-à-dire  
"grâce aux infirmières des services. Car ce sont  
"elles les véritables formatrices et non pas les  
"monitrices, qui malgré toute la bonne volonté que  
"je leur reconnais, sont victimes d'un système plus  
"axé sur la quantité que sur la qualité du produit !  
"Si le Ministère (ou les ministères puisqu'ils semblent  
"être bien nombreux à être concernés par le problème)  
"pouvait reconnaître la responsabilité de formateur  
"du personnel soignant, ce pourrait être une des  
"phases de revalorisation de la profession d'infir-  
"mière entreprise lentement par des ministères  
"successifs.

"En tout cas, la machine à produire des infirmières  
"est maintenant bien en route. On va voir dans les  
"années à venir si cette politique permet ou non  
"de résoudre une situation complexe qui ne saurait  
"-j'en suis persuadé- être réduite à une simple  
"pénurie de personnel. Ma seule crainte est que  
"justement cette pénurie soit jugulée, ce qui aurait  
"pour conséquence de laisser définitivement de côté

"des questions autrement plus graves : celles qui  
"concernent l'homme face à la maladie.

"En effet, si l'hôpital est malade matériellement,  
"il l'est surtout dans son humanité et, au moins  
"pour cela, il est le fidèle reflet d'une civili-  
"sation et d'une époque.

"Comment s'en sortir ? En faisant plus confiance à  
"l'homme qu'au système. En libérant la formidable  
"puissance d'invention et de renouveau que repré-  
"sente le monde para-médical. En favorisant la  
"liberté d'expression à tous les niveaux. En politi-  
"sant, au sens propre du terme et en acceptant  
"d'être politisé, et politique n'a jamais été  
"synonyme de révolution !"                      Hervé (45, P. 3)

Nous n'avons pas voulu tronquer cette citation qui donne bien  
la mesure globale du problème et avec laquelle nous nous sentons en accord.

Enfin, une autre dimension doit être soulignée : il faut dissocier  
la situation des hôpitaux des grandes villes, et des écoles qui s'y trouvent,  
de celle des hôpitaux ruraux ou des petites villes de province. Dans ces  
derniers, la pénurie se fait sentir différemment, soit que le personnel  
soit plus stable, soit que des ouvertures de poste aient été refusées par  
la préfecture. Ainsi nous savons que dans certaines villes, les jeunes  
diplômées qui sortent de l'école sont obligées de partir dans une ville  
voisine plus importante parce que l'hôpital de leur lieu d'origine ne peut  
pas embaucher la totalité des nouvelles diplômées. Il semble donc que seul  
le rapport entre le nombre des candidates à l'entrée d'une école, et la  
capacité d'embauche de l'hôpital soit significatif.

Jusqu'à présent dans les grandes villes les nouvelles diplômées  
trouvent du travail sur place. Mais les écoles sont assaillies de candida-  
tures et de nombreux candidats ne trouvent point de place. Ceci a une  
incidence directe sur le recrutement.

### II.1.2 La dimension structurelle :

Les structures des écoles sont très variables. Elles dépendent  
d'un grand nombre de facteurs :

- la capacité de l'école qui peut aller de 500 élèves à 60 pour  
les trois promotions ;

- l'organisme dont l'école dépend : hôpital, croix-rouge ou autre organisme privé, éducation nationale (il existe en France une école rattachée à l'éducation nationale), armée... ;

- la taille de l'organisme dont l'école dépend : une école rattachée à un hôpital n'est pas gérée comme une école de l'Assistance Publique par exemple...

Les écoles de petite capacité ont tendance à fonctionner selon un modèle quasi familial : tout le monde se connaît, a eu des relations. Le système de formation à cette échelle peut sans peine tenir compte des facteurs individuels.

Les relations avec l'hôpital sont facilitées parce que là aussi les personnes sont connues. Les services sont en relation suivie avec le personnel enseignant permanent. L'ambiance est facilement ouverte, le dialogue est possible. Lorsque de petites écoles ont une structure rigide, les facteurs extérieurs ne sont pas en cause. Il faut plutôt se tourner vers l'équipe enseignante et dirigeante pour comprendre le mécanisme.

Dans les écoles de grande taille, les structures ont une lourdeur sans rémission :

- Sur le plan enseignement : la tentation du cours magistral à répétition est inévitable. La formation des élèves en sciences humaines et dans les sciences du comportement est une gageure. Les relations enseignant-enseigné sont marquées par une anonymisation inéluctable : les enseignants sont dans l'impossibilité de connaître personnellement les élèves et de les aider individuellement à évoluer, à moins que des systèmes particuliers d'organisation aient été prévus.

- Sur le plan de l'équipe enseignante : lorsque le nombre des monitrices dépasse dix, et c'est fréquent, le groupe est trop nombreux pour qu'un travail de réflexion de fond soit possible. Les relations au sein de l'équipe deviennent conflictuelles, la lutte pour le pouvoir est inévitable. Ces phénomènes sont masqués par des comportements sociaux de compensation, mais la créativité de l'équipe et le bien-être de ses membres en sont affectés. La transmission des informations à l'ensemble de l'équipe devient une gageure, le secrétariat se transforme en usine et la directrice ne peut plus traiter que les problèmes de gestion.

En résumé, lorsque l'école atteint parfois la taille d'un I. U. T. et qu'elle est toujours organisée sur le modèle "école d'infirmières", les

phénomènes deviennent difficilement maîtrisables. Les structures sont caduques et paralysent l'action pédagogique. Il est difficile de parler de formation dans certains cas. Il serait plus exact d'employer le terme d'enseignement : on peut enseigner des connaissances et vérifier leur mémorisation. Le travail devient répétitif, se vide de sens pour les formateurs et les élèves s'ennuient, se révoltent ou s'éteignent. Un tel travail appauvri, qui n'apporte pas d'enrichissement personnel, finit par éloigner les formateurs possibles d'une fonction que nous verrons par ailleurs si peu valorisée et valorisante.

L'organisation interne des écoles est très différente d'un endroit à l'autre :

- Certaines écoles fonctionnent en "bloc-system", c'est-à-dire qu'elles ont deux promotions de première année, par exemple, qui sont alternativement à l'école le matin puis l'après-midi. D'autres modèles de bloc-system sont possibles.

- Il existe des écoles où chaque monitrice est responsable de l'enseignement d'un groupe d'élèves pour tout ce qui n'est pas enseigné à l'ensemble de la promotion. Ailleurs les monitrices sont responsables de l'enseignement d'un appareil, ou responsables de l'organisation et l'enseignement d'une période.

Ces exemples ont été choisis seulement pour illustrer les différences très importantes qui peuvent exister d'une école à une autre. Ils montrent aussi que les marges de liberté ne sont pas les mêmes, et cela nous permet de redire que nous ne cherchons pas une généralisation de nos propos.

## II.2 Essai de bilan depuis la mise en place du nouveau programme

Qu'est-ce qui a changé depuis cette mise en place ? Une commission de travail du C. E. E. I. E. C. a fait un bilan dont les résultats se sont révélés plutôt positifs. Le système de période, l'organisation de leurs contenus sont parmi les points particulièrement soulignés. Il ne s'agissait pas d'une enquête statistique. Aussi est-il difficile de savoir quelles différences réelles peuvent être mesurées. De plus ce bilan présente davantage les signes de satisfaction qu'une mesure de l'efficacité, ce qui serait évidemment beaucoup plus difficile à obtenir.

L'analyse de la documentation parue depuis montre, par ailleurs,



que la situation varie considérablement entre les écoles. Nous allons donner deux exemples pris dans des écoles de taille semblable, portant sur l'organisation de l'enseignement depuis la réforme.

- Dans une école, les élèves reçoivent des cours magistraux pour toutes les matières du programme. Il n'y a pas de travaux de groupe. L'enseignement des soins pratiques se fait en petit groupe mais c'est aussi un cours magistral. Les cours sont faits par les médecins, les élèves ne doivent pas poser de questions durant les cours. Il n'existe pas de groupe de discussion permettant d'analyser le vécu des stages ou d'aborder les points difficiles comme le problème du suicide, les accidents ou les soins aux malades mourants.

Les pratiques actuellement enseignées ne concordent pas du tout avec ce qui se fait en stage. Elles sont tirées du Nappée (87), très ancien livre de pratique, en plusieurs volumes, véritable bible des techniques. Les examens qui comportent des épreuves pratiques sont contrôlés par des monitrices qui se conforment à cet enseignement : l'élève est donc obligée d'apprendre par coeur une manière de faire qu'elle n'a jamais pratiquée et ne pratiquera jamais plus.

- Dans une autre école, l'enseignement est organisé pour moitié en travail de groupe et pour moitié en cours. Ceux-ci sont donnés soit par des médecins soit par des infirmières : à la fin du cours 20 minutes sont réservées aux questions, à faire une synthèse et explorer ce qui n'a pas été compris.

Une expérience de groupes genre "Balint" est menée par des psychiatres : les élèves, en petit groupe, peuvent y discuter les problèmes de leur vie en stage ou à l'école. Les élèves effectuent beaucoup de travaux personnels et sont capables de prendre en main l'organisation d'un travail.

Les témoignages d'élèves ne sont pas encore très fréquents dans la documentation (du moins au moment où nous l'avons arrêtée). Les sources dont nous disposons sont constituées par des rencontres de travail avec des groupes d'élèves d'écoles différentes. Ces rencontres n'avaient pas du tout pour objectif d'explorer les opinions des élèves par rapport à l'enseignement qu'ils ont reçu.

Les perceptions que nous avons eues sont là aussi très diverses. Nous pensons que l'introduction du nouveau programme peut n'avoir rien changé dans une école. Il peut n'être compris que comme une autre manière

d'organiser le temps. L'esprit de changement qui animait cette réforme, véhiculé par le préambule du programme et la synthèse terminale peut n'avoir pas été du tout perçu.

Pour illustrer nos propos sur ce point, nous avons dépouillé des compte-rendus d'entretiens de monitrices lors de leur sélection à l'entrée d'une école de cadres. Vingt entretiens ont été analysés. Toutes ces monitrices avaient connu l'ancien programme et l'avaient enseigné et toutes avaient fait un an de monitorat depuis la mise en place de la réforme. Au cours de l'entretien (dont le but était de sélectionner les monitrices et non d'explorer leur perception du nouveau programme) la même question a été posée à l'improviste par le sélectionneur : "quels changements avez-vous perçu dans la formation donnée par votre école depuis la réforme du programme ?"

- Sur les vingt monitrices, douze ont répondu qu'elles n'ont vu aucune différence, cinq ont ajouté que rien de fondamental n'était apporté. Une de ces douze a dit : "la formation est toujours aussi utopique."

- Pour celles qui ont dit avoir reconnu des différences, les points essentiels sont ceux-ci :

L'organisation par périodes facilite l'enseignement.

La pathologie est trop volumineuse, elle est mal placée dans la quatrième période.

Les élèves sont plus actives, elles prennent les choses moins passivement. On peut davantage aider l'élève à s'épanouir.

La monitrice peut aller plus souvent à l'hôpital (mais il n'était pas dit pour quoi y faire).

La conception des soins est fondamentalement différente : il s'agit d'identifier les besoins et de trouver des réponses avec le malade.

C'est l'approche d'une personne dans sa globalité.

"On n'enseigne plus les techniques de façon rigide, on peut enseigner ce qui se fait à l'hôpital."

Il nous semble que ces différences de perceptions concordent bien avec la description des différences possibles entre les écoles, que nous avons décrites dans le paragraphe II.1 de ce même chapitre. Peut-être peut-on expliquer ces divergences par l'âge des monitrices, la date plus ou moins lointaine de leur propre formation, les structures de l'école, la façon dont la sensibilisation a été faite dans leur école (Note 1).

---

Note 1 : Une campagne d'information a été menée à l'échelon national pour sensibiliser toutes les écoles, région par région.

Quoi qu'il en soit, nous ne pensons pas trahir la réalité en disant que la réforme des études d'infirmières n'a pas solutionné les problèmes de cette formation. L'analyse que nous avons faite jusqu'ici permet au moins de prendre conscience de l'ensemble des facteurs qui interfèrent sur cette problématique. La seule réforme d'un programme ne pouvait pas apporter toutes les solutions.

### II.3 Les facteurs en cause dans l'activité éducationnelle d'une école

Nous avons dégagé dans la documentation plusieurs thèmes pouvant se rattacher à ce sujet. Mais la documentation n'est pas aussi riche pour tous.

Nous les avons classés sous les rubriques suivantes :

- les finalités et les objectifs,
- les contenus,
- les méthodes et les personnes qui participent à l'enseignement, l'évaluation.

#### II.3.1 Les finalités et les objectifs :

Nous sommes fidèle à une théorie qui admet que, avant de fixer des contenus, ou des méthodes, soit élaborée une philosophie, c'est-à-dire une réflexion sur la finalité de l'enseignement et ses objectifs.

Cette démarche est inapplicable dans le contexte que nous connaissons où un programme officiel très codifié est imposé à tous. Par contre, certains propos tenus dans ce programme peuvent être transformés en objectifs pédagogiques globaux d'abord puis plus fins.

Nous sommes ainsi amenée à nous interroger sur les possibilités des écoles à élaborer une ligne de conduite portant sur l'ensemble des activités de formation. Chacun sait qu'il faudrait d'abord être fixé sur l'infirmière que l'on voudrait former ou du moins sur les différents aspects du rôle qu'elle devra assumer. Puis rechercher les conceptions des membres de l'équipe enseignante par rapport à ce que pourrait être un enseignement, une formation, une éducation.

Nous entrevoyons que, dans cet état de choses, ENSEIGNER est probablement l'acte dominant. C'est parfois une fin en soi quand l'école se préoccupe surtout d'arriver "au bout du programme".

En ce cas, l'important sera : la masse de choses ENSEIGNEES et non les choses APPRISES.

Or tout ce qui est enseigné n'est pas forcément appris, et dans ce qui est appris, nous ne savons pas quelle est la part de ce qui a été enseigné car elle n'est pas toujours évidente.

Nous voudrions faire tout un autre groupe de remarques concernant les systèmes de valeurs. Nous pouvons admettre que toute école possède un système de valeurs : explicite ou implicite. Nous ne savons que peu de choses, sinon rien, sur ces systèmes. Nous formulons l'hypothèse que bon nombre d'écoles ont adopté implicitement les valeurs de l'hôpital dont elles dépendent et celles des médecins : ceci pouvait être la condition de leur survie.

Or ce système de valeurs circule entre les malades, les élèves et l'institution, qui sont les trois termes en jeu dans cette problématique. S'il y a contradiction entre les systèmes de valeurs de l'école et ceux de l'hôpital, l'élève sera porteuse de cette contradiction. Ainsi se dessine une zone conflictuelle pour les écoles rattachées à un hôpital. Nous pensons que les infirmières enseignantes vivent cette contradiction avec beaucoup de difficultés, que les élèves en souffrent, et que les unes et les autres ont, de ce fait, d'autant plus de mal à se situer.

Lorsque des objectifs sont formulés, ou lorsqu'on analyse les systèmes de pensée d'une école pour expliciter ses objectifs latents, on peut constater assez souvent une différence entre ces objectifs et ceux des unités de soins : les écoles fonctionneraient avec des objectifs implicites de savoir, les services, avec des objectifs en terme de capacités. Y a-t-il dans cette différence le germe du malentendu traditionnel qui existe entre écoles et stages ?

Si les connaissances incluses dans le programme sont le but de l'enseignement, si, pour un examen écrit, on demande à l'élève de décrire ce qu'elle ferait dans telle situation, il peut arriver qu'une élève soit capable de l'écrire, mais pas de le faire, et inversement. L'élève comprend qu'elle doit apprendre et retenir des informations, qui n'ont pas forcément de lien avec "apprendre à soigner".

Ainsi, la nécessité pour une école de respecter, au moins dans une certaine mesure, la forme d'examen que les élèves doivent passer, peut orienter tant soit peu l'enseignement qui est dispensé.

### II.3.2 Les contenus :

- Les connaissances théoriques : Nous nous étendrons peu sur ce point, étant donné l'analyse du programme que nous avons effectuée au chapitre premier.

Nous avons trouvé particulièrement intéressant de comparer l'article de Ferrey et Moreau paru en 1968, avec des documents beaucoup plus récents :

"Faisons maintenant la somme de chacune des  
"spécialités enseignées et nous nous trouvons en  
"deux ans devant un tour d'horizon complet des  
"études médicales qui défie la possibilité de  
"compréhension de la plupart des intelligences."

(31, P.695)

Cette remarque, émanant de médecins, recoupe celle plus récente de Hervé : "l'élève a à la base une formation médicale de 28 mois..."

(43, P. 1133)

Dans le même article Ferrey et Moreau signalaient :

"le divorce complet entre le programme et ce  
"qu'il laisse supposer de connaissances, et les  
"connaissances qui sont réellement le fait des  
"infirmières diplômées."

(31, P. 695)

Les élèves qui s'expriment sur leur formation reconnaissent que ce savoir médical théorique est rarement utilisable tel quel en stage : il ne prend pas corps dans des activités pratiques qui lui donneraient vie. De plus, ce savoir est voué à une disparition rapide : les notions apprises se trouvent lavées de la mémoire dans les mois qui suivent le diplôme, nous parlons des connaissances qui ne concernent pas la spécialité où la nouvelle diplômée va travailler... C'est là que le problème devient encore plus complexe :

o La formation assure une surface de connaissances très vaste couvrant l'ensemble des connaissances médicales y compris les spécialités et la psychiatrie.

o Ces connaissances sont mémorisées pour les examens.

o Quand la diplômée entre en service, après son diplôme d'état, dans les grandes villes tout au moins, elle est affectée dans un service où l'on soigne les malades par "spécialités" : les services de

médecine générale et de chirurgie générale se font de plus en plus rares. A ce moment-là, la jeune diplômée est dans une situation assez paradoxale : elle a trop de connaissances globalement parlant, mais n'en a jamais assez pour pouvoir assumer réellement les soins dans le service, comprendre ce qui s'y fait, à moins d'y avoir fait un stage.

Aussi doit-elle renforcer ses connaissances et compétences dans la spécialité en question, laissant toutes les autres dans l'oubli. Aucune infirmière travaillant depuis quatre ans dans un service de cardiologie ne pourrait raisonnablement assumer les soins, les examens, les responsabilités dans un service de néphrologie du jour au lendemain.

Pourtant cette masse d'informations à "faire passer", envahit le temps de formation au détriment du temps de travail personnel, toujours trop court aux dires des élèves.

Dans un groupe de travail, des élèves de troisième année faisaient remarquer qu'entre la première et la sixième période, "il n'y avait plus que de la pathologie"... Ce qui est manifestement une interprétation du programme qui, lui, parle soins infirmiers... Cette remarque nous amène à dire que la manière de faire passer un programme est essentielle et conditionne la manière dont il est perçu.

- Le problème des sciences du comportement : les sciences du comportement et les sciences sociales, selon l'expression du cinquième rapport O. M. S. sur les soins infirmiers (135), sont les parents pauvres de cette formation.

La documentation fait état des constatations des élèves sur ce point qui, tous, signalent la pauvreté de leur formation dans le domaine des relations inter-individuelles et de groupe par exemple.

La sixième période propose une séquence "relation et enseignement" bloquée entre la législation, l'administration et la profession ; mais à ce moment, il est beaucoup trop tard pour faire une formation valable sur ce point.

De plus, nous pensons que beaucoup d'écoles, en introduisant des cours de psychologie ou psychosociologie, ramènent à un niveau informatif ce qui devrait toucher la formation de la personnalité. Nous parions volontiers que ce discours sur la communication, la relation, les phénomènes de groupe, tombera dans les oubliettes de la mémoire comme le discours sur les chromosomes et celui sur l'hygiène de l'eau, les égouts et autres informations...

Pourtant, en l'absence de cette formation, "l'élève ne peut se faire une idée juste d'elle-même et de son rôle envers le malade et la société" (135, P. 24).

Nous soulignons une autre lacune fondamentale : la réforme du programme, qui voulait être une réforme des soins, a introduit la notion de globalité de la personne. La démarche de soins qu'est le plan de soins, personnalise les réponses, et tente de faire du malade un être unique. L'élève et la future diplômée sont mises dans la situation de soigner autrement, sans en avoir reçu les outils. Cette lacune nous apparaît encore plus inquiétante si nous acceptons l'opinion émise par Ostaptzeff et Lavoine : selon eux, la dimension relationnelle des soins est évacuée sur l'infirmière par les médecins. (88)

Enfin, remarquons que cette formation qui surinvestit la zone intellectuelle, néglige la zone affective qui constitue la face d'ombre, jamais ensoleillée, de la formation. La possibilité d'exprimer des affects est rare. Du reste peu d'instances le permettent : ni les cours, ni les travaux de groupe.

- L'enseignement des techniques de soins : Dans beaucoup d'écoles, les techniques de soin sont d'abord enseignées à l'école, en petit groupe. Parfois il s'agit de protocoles de conduites, rédigés sous forme de fiches. Le procédé enseigné pour tel soin peut varier d'une école à l'autre, ce qui peut mettre l'élève en péril lors d'un examen, si le jury vient d'une autre école.

Ces techniques sont souvent en rupture avec ce qui se pratique couramment dans les services. Même si la pratique des services est valable, moderne, mieux adaptée, il peut arriver qu'une école ne l'adopte pas.

On peut encore entendre dire à des élèves : "ce matin la monitrice va venir, il va falloir travailler en technique". Dans d'autres services, nous avons vu des étagères de placard réservées à du matériel qui ne sert que lorsque la monitrice vient dans le service travailler avec une élève, ou pour les examens de pratique.

Nous notons, sur ce problème de l'enseignement des techniques, les mêmes écarts déjà signalés. Il existe des écoles où cet enseignement est basé sur un raisonnement, une démarche, développant surtout le jugement de l'élève : par exemple, ce qui dans un soin précis est indispensable pour qu'il soit efficace, non dangereux. L'élève apprend ainsi à se servir de concepts tels que "sécurité, efficacité, confort..." qui sont des critères.

à moduler selon les divers soins. Ce matériel conceptuel n'est pas facile à utiliser parce qu'il demande à l'enseignant une très grande souplesse. De cette manière, l'élève apprend à raisonner, à critiquer ses actes et, ainsi, à s'adapter à des situations différentes.

### Quelques remarques...

L'enseignement est fortement marqué par la fatigue des élèves : ceux-ci ont souvent de nombreux déplacements à effectuer entre école et stages, les horaires sont chargés, l'activité en stage est parfois une sur-activité, l'élève dort au cours l'après-midi, il n'est pas toujours capable d'effectuer le soir l'indispensable travail personnel.

Enfin, le flou des directives, quant au niveau que l'instruction doit atteindre, permet de rester au niveau des connaissances, du vocabulaire et des compétences techniques du domaine médical. Quant aux comportements, il en est rarement question. Rien ne dit ce qui est indispensable ou accessoire. A force de tout mettre au même niveau, les élèves ne peuvent plus discerner la barre minimale en dessous de laquelle ils seront inefficaces ou incompétents.

### II.3.3 Les méthodes et les personnes qui participent à l'enseignement :

- QUI enseigne ? Des sociologues affirment qu'une profession devient autonome quand les professionnels ont pris en main l'enseignement de base. Cette interrogation est intéressante : quel est donc notre degré d'autonomie à ce point de vue tout au moins ?

Résumons :     o Les écoles d'infirmières sont dirigées par des infirmières. Les directrices sont nommées ou révoquées par le Conseil d'administration de l'hôpital avec communication au Médecin inspecteur de la santé et au conseil supérieur des professions para-médicales.

o La présidence du conseil technique est assurée par le médecin inspecteur régional.

o Des infirmières enseignantes constituent un corps d'enseignantes professionnelles permanentes. Elles doivent avoir suivi une année supplémentaire de formation dans une école de Cadres qui leur délivre un certificat de cadre infirmier.

o Rappelons que d'après l'arrêté du 16 Février 1976, alinéa 12, "l'enseignement magistral des matières médicales suivantes : anatomie, physiologie et sciences annexes, pathologie médicale et chirurgicale,



hygiène, doit être assuré par des docteurs en médecine ou des pharmaciens."

o Un corps d'enseignants vacataires existe donc. Les écoles qui se sentent obligées de suivre le texte à la lettre effectuent un travail extraordinaire de recherche d'enseignants médicaux ou autres, qui demande un investissement de temps assez remarquable.

Les cours effectués par les médecins et autres intervenants non infirmiers :

L'article de Ferrey et Moreau signalait déjà qu'en 1966-1967 les internes et externes assuraient 65 % de l'effectif professoral des écoles de l'Assistance Publique et 80 % des 11 000 heures d'enseignement nécessaires à ces mêmes écoles. (31)

Depuis, le texte cité ci-dessus a officialisé une situation qui ne l'était pas... Nous n'avons pas de chiffres récents. Mais d'après les documents provenant d'élèves et de monitrices, on peut assurer que les médecins (externes ou internes) assurent un nombre impressionnant de cours dans les écoles.

Les mêmes médecins (31) faisaient remarquer à l'époque : "la chasse aux professeurs s'effectue dans n'importe quelles conditions". Il en est toujours de même. Dans une ville comportant plusieurs écoles d'infirmières, les mêmes médecins sont sollicités, pour peu qu'ils aient une réputation d'enseignant intéressant. Il arrive même que des écoles gardent jalousement le nom de leurs intervenants pour ne pas "se les faire prendre" !

Quelle est la qualité de cet enseignement médical : La plupart de ces médecins sont d'une très grande bonne volonté et s'informent du genre d'élèves, de leurs niveaux et de ce dont ils ont besoin. Ils demandent à connaître le programme dont ils ont généralement peu de connaissance, et parfois viennent rencontrer les monitrices avant de commencer les cours pour essayer d'harmoniser l'enseignement.

Malgré les efforts d'ajustement réels, les cours sont souvent des cours d'internat à peine allégés. Le vocabulaire employé est difficile, peu pénétrable pour certains élèves. Le médecin n'a souvent jamais enseigné auparavant : il doit s'adapter en même temps à cette situation neuve pour lui, et à un auditoire inconnu, qui n'est pas forcément bienveillant.

Que se passe-t-il alors ? Les monitrices refont les cours... Dans les meilleurs des cas, le médecin donne les aspects médicaux et la monitrice les aspects infirmiers de la question. Souvent le médecin traite aussi les aspects infirmiers...

Nous pensons que ce point est extrêmement important. Nous citons d'abord, pour mieux comprendre le problème, un nouvel extrait de l'article de Ferrey et Moreau :

"Il est grave que certains médecins se laissent  
"facilement entraîner aux cours magistraux, alors  
"qu'une grande partie de leur travail doit être  
"tout simplement de faire comprendre pas à pas le  
"vocabulaire, le raisonnement médical et d'intro-  
"duire les notions pratiques de l'exercice de la  
"profession. Ils doivent admettre que fait partie  
"de ce même enseignement la vérification scolaire  
"du niveau des élèves et de leur compréhension des  
"cours. Ils ne peuvent laisser ce soin entièrement  
"à la monitrice qui se sent obligée de les répéter  
"lorsqu'ils lui paraissent par trop mal compris."

(31, P. 697)

Une telle lucidité amène à reposer autrement le problème des cours. Poursuivons donc notre exploration documentaire. Nous transcrivons maintenant de larges extraits d'un article plus récent du Dr Sicard (112).

Dans cet article, le Dr Sicard résume les répercussions que le nouveau programme des études d'infirmières aura sur l'enseignement médical. Les réflexions de l'auteur concernent le contenu enseigné comme la manière de le faire. Il distingue clairement les zones d'enseignement propres au médecin et celles qui reviennent à l'infirmière enseignante. Il introduit la notion de complémentarité des enseignements ("ne pas solliciter du médecin ce qu'il ne peut valablement offrir, c'est-à-dire le soin infirmier proprement dit") et l'idée que la limitation du cours médical fait mieux comprendre son caractère indispensable de "mise à jour" des connaissances.

L'évolution de la pensée médicale véhiculée par cet article apparaît encore mieux dans sa conclusion :

"Les modifications récentes sont très importantes.  
"Loin de séparer infirmières-médecins, elles  
"peuvent les rendre plus solidaires les uns des  
"autres et aboutir à cette revalorisation de l'acte  
"infirmier à sa juste valeur dans la société. Car  
"le métier d'infirmière n'est pas un sous-produit  
"de l'acte médical, il est une autre fonction,  
"sûrement aussi fondamentale dans la prescription  
"et le soin."

(112, P. 243)

- Qu'en pensent les monitrices ? Devant la pression officielle effectuée pour que les cours soient donnés par les médecins, quelle est la position des infirmières enseignantes officielles ? Car, la position du Dr Sicard que nous venons de citer s'inscrit à faux contre les positions officielles décrites ci-dessus.

La position des monitrices est d'une ambivalence rare. Toujours en dépouillant les entretiens de sélection à l'entrée d'une école de cadres, on peut déceler cette ambivalence presque partout : une monitrice dit "des cours de médecins, il en faut bien" et plus loin la même ajoute "mais ils sont inadaptés". Une autre dit "si les cours étaient faits par des infirmières ou des surveillantes, ils ne seraient pas assez approfondis" mais elle ajoute plus loin : "nous devons reprendre toutes les grosses questions du programme parce qu'elles ne sont pas comprises." "Le savoir, c'est le médecin, notre domaine à nous, ce sont les techniques de soins..."

Nous résumons donc ce qui se passe en disant que :

- o Le contenu enseigné est médical, et très technique.
- o Il est traité par un médecin, et repris ou non par une monitrice.

- o Quand il n'est pas traité par un médecin, mais est d'emblée enseigné par une monitrice, soit celle-ci a travaillé dans la spécialité en cause, y est compétente et cette monitrice "double" le médecin ;  
soit la monitrice n'est pas compétente, et travaille la question dans des livres et auprès d'infirmières travaillant dans la spécialité.

Nous remarquons que dans ces deux cas, les monitrices jouent un sous-rôle d'enseignement médical puisque seul l'enseignant a changé. Le cours peut être clarifié, comme il se peut qu'il soit davantage embrouillé. Il est possible aussi que l'aspect des soins infirmiers soit plus développé.

Seule cette interprétation de la situation permet de comprendre la phrase des élèves : "entre la première et la sixième période, il n'y a plus que de la pathologie".

Nous renforçons cette interprétation en nous référant à l'article de Lanriec (60) qui disait : les monitrices enseignent de soi-disant contenus infirmiers qui sont en fait des contenus d'auxiliarat médical.

Nous essaierons d'utiliser toutes ces remarques. Il semble dès à présent qu'on puisse souligner une lacune : l'enseignement médical est une chose. Nous adhérons aux points de vue du Dr Sicard et pensons aussi que cet enseignement a sa place spécifique dans la formation des infirmières.

Le problème nous paraît devoir être posé non pas au niveau de QUI enseigne (niveau actuel de ce débat) mais au niveau de CE QUI EST ENSEIGNE. Nous pensons dans cette optique, que le raisonnement médical a sa place justifiée dans la formation des infirmières et que ce sont des médecins qui doivent aider les élèves à le construire.

Mais la lacune qui existe est énorme : c'est celle de la démarche infirmière de soins. Qu'est-ce qu'un infirmier a besoin de connaître, maîtriser, à quel niveau d'objectif faut-il situer la formation ? Une démarche spécifique infirmière, un savoir infirmier, existent-ils ? Oui, si le rôle infirmier n'est pas un sous-produit du rôle du médecin, oui, si l'infirmière n'est pas qu'une auxiliaire médicale.

Cet enseignement là, ou cette formation là, existent-ils ? Nous pensons que si les monitrices sont tellement ambivalentes sur le rôle des médecins dans l'enseignement infirmier, c'est qu'elles-mêmes sont encore en recherche à propos de ce savoir qu'elles détiennent. Que, pour elles, la seule sécurité est encore le savoir médical. Que le savoir infirmier, comme nous le disions est de tradition orale, propriété des infirmières, peu théorisé et encore moins publié !

Nous pensons étayer mieux par la suite ces affirmations quelque peu abruptes. Nous ajouterons une dernière remarque : nous pensons que le découpage de l'enseignement en fonction des organes, des appareils et de leurs fonctions, découpage qui est conforme à celui des sciences médicales actuelles, ne permet pas l'émergence d'un raisonnement infirmier comportant un savoir spécifique et des démarches propres, parce que ce raisonnement se veut "totalisant" par rapport au malade. Il se veut, si nous en croyons les documents et l'esprit du programme, une approche de l'homme total en réponse à des besoins spécifiques et à des troubles personnalisés.

- Les méthodes d'enseignement : Nous avons insensiblement commencé à travailler ce thème en parlant de raisonnement et de démarche. Il nous est pénible de séparer artificiellement ce qui est enseigné et la manière dont on l'enseigne. De même que nous jugeons peu efficace une réflexion sur les méthodes d'enseignement, alors que le problème fondamental du but qu'on veut atteindre n'est clair pour personne.

Prenons un exemple : le programme comporte un enseignement d'anatomie et physiologie. Nous avons posé à des médecins et à des monitrices cette question :

qu'estimez-vous nécessaire qu'une infirmière ait compris dans le fonctionnement de l'appareil cardio-vasculaire, par exemple ?

Nous n'avons pas obtenu de réponse précise, et cela permet de comprendre que l'anatomie et la physiologie enseignées sont les mêmes à quelque chose près que celles apprises par les étudiants en médecine.

En allant plus loin et en posant une question plus élaborée, on n'obtient pas davantage de réponse ; par exemple, toujours à propos du même appareil :

concernant le fonctionnement normal de cet appareil, que pensez-vous que l'infirmière doit connaître (qu'elle en ait entendu parler), qu'elle doit avoir compris (être capable de l'expliquer à quelqu'un qui n'a pas de connaissance sur la question), qu'elle doit être capable de faire ?

Ce que nous soulignons en fait, c'est le caractère très descriptif de cet enseignement. Sa signification globale, par rapport au fonctionnement du tout, est difficile à comprendre. L'activité de synthèse que cela suppose n'est pas effectuée par les élèves.

Nous ne prendrons pas d'autre exemple pour l'instant. Nous avons voulu souligner que, dans les informations qui sont données, probablement un bon nombre sont tout à fait inutiles, et celles qui sont significatives sont noyées dans la masse.

Il nous semble que, dans beaucoup de cas, l'enseignement magistral tel qu'il est conçu, ressemble en tous points à celui qui est donné dans les lycées et qui vise à établir une culture. Nous devons nous réinterroger sur la signification réelle des cours : s'ils n'ont aucune inscription dans le travail quotidien, quelle est leur signification ?

Nous n'engagerons pas ici de débat concernant les méthodes d'enseignement, et nous ne ferons pas non plus de description des pratiques des écoles sur ce point : elles sont beaucoup trop nombreuses et diverses.

Nous allons plutôt interroger la documentation sur la formation des monitrices à leur fonction d'enseignante, et les difficultés qu'elles expriment sur ce point.

Les difficultés : Tous les documents émanant de monitrices font état des difficultés rencontrées par des infirmières, encore jeunes, mises en situation d'enseigner des élèves à peine un peu moins âgées qu'elles, dans des conditions de supervision inexistantes. La plupart des monitrices font une année de monitorat au moins avant d'entrer dans une école de Cadres. Beaucoup gardent de cette année des souvenirs piquants. Dans les documents analysés, les difficultés sont situées sur les points suivants :

o Préparation des cours (contenus, méthode d'enseignement), animation des travaux de groupe, peur des élèves ("on n'est plus dominante comme avec les malades"), pas assez de connaissances théoriques, comment intéresser les élèves, peur du nouveau programme,...

o D'autre part, les relations avec les élèves sont aussi une zone de difficultés : "incapacité de se situer, relation maternelle", "on est élève avec elles", incapacité de comprendre et maîtriser les phénomènes d'agressivité qui se développent dans les groupes, difficulté dans les conflits, rigidité ou laisser aller, hypercontrôle et vissage ou camouflage des problèmes, évacuation des problèmes sur la directrice ou le conseil technique...

La formation des monitrices : En ce qui concerne les phénomènes qui se développent dans toutes les situations de formation, les monitrices sont particulièrement démunies. Pendant de nombreuses années les écoles de Cadres ont surtout développé chez les étudiantes monitrices les connaissances médicales, chirurgicales, scientifiques. Il était courant d'entendre dire : "il suffit d'être une très bonne infirmière pour être une bonne monitrice". Depuis plusieurs années, les écoles de Cadres ont inclus une formation dite "pédagogique" dans le programme cadre. Actuellement, on peut dire que la formation des monitrices en sciences de l'éducation ne dépasse que rarement le niveau informatif : les courants de pensée actuels dans l'éducation, les méthodes, la notion d'objectif, d'évaluation.

Pour atteindre avec un groupe d'étudiants, souvent trop nombreux, un niveau opérationnel, l'école de cadres est obligée d'amputer le programme d'un nombre d'heures important et de se donner des moyens d'enseignement qu'elle ne possède pas.

Ceci permet de comprendre les difficultés rencontrées par les monitrices, du moins au début de leur carrière : elles ont rarement appris à analyser la situation d'enseignement, le rapport du formateur et de l'étudiant ; elles ont trop peu de maîtrise en psychosociologie pour être capables de se situer dans les groupes, prendre en compte les phénomènes qui s'y développent et animer sans angoisse un travail de groupe. Celui-ci devient alors un cours magistral déguisé. Les élèves ont de leur côté rarement travaillé en groupe (du moins jusqu'à présent). Elles se fatiguent très vite des efforts personnels qu'il faut fournir, et des efforts de compréhension continuelle que les discussions exigent.

On peut arriver jusqu'au paradoxe que les élèves réclament des

cours magistraux tant elles sont insécurisées par le travail de groupe. En réalité, peu de monitrices seraient capables d'expliquer à ses élèves ce que le travail de groupe leur apportera : ce qu'elles peuvent en attendre légitimement dans le domaine des connaissances, à quel prix ce sera, quelle formation plus personnelle peut en découler. Il arrive que des élèves attaquent les monitrices en leur disant qu'elles utilisent cette forme de travail pour n'avoir, elles, plus rien à faire !

Il est évident, à travers la documentation, que le rôle de monitrice est flou et que les monitrices ont un grand problème de réalisation de leur nouvelle identité professionnelle.

Cet aspect se retrouve très marqué lorsque les monitrices vont en service avec les élèves : elles traversent alors une phase de rejet de la part de leurs anciennes collègues, comme si elles les avaient abandonnées ou trahies. Un sentiment plus ou moins conscient de culpabilité teinte le discours des monitrices qui essaient de se déculpabiliser en disant : "pourtant, on va bien en service".

Cette présence de la monitrice en service reste un point épineux : dans quel but y va-t-elle ? Pour y faire quoi, à quel titre ? Par une présence assidue en service, elle espère se faire pardonner son abandon...

Beaucoup d'explications existent à cette interrogation sur l'identité de la monitrice. Une nous a particulièrement intéressée : lorsque la monitrice vient à l'école d'infirmière, il y a changement de son objet de travail qui devient l'élève au lieu du malade. Ainsi, on pourrait émettre l'idée que la présence de la monitrice en service établit un conflit entre les infirmières et elle, au sujet de l'élève...

Nous retenons, pour notre démarche, la négation, par le milieu professionnel, de la différence entre l'état d'infirmière et celui de monitrice. La similitude entre les deux professions, ou plus exactement l'absence de différenciation, semble sécuriser considérablement les tenants des deux pôles. La mise en place d'un certificat cadre unique, dont nous ne ferons pas ici la critique, a officialisé le bien-fondé de cette croyance.

Nous comprenons mieux la source de la culpabilité des monitrices : si infirmière et monitrice, cela n'est pas différent, que fait la monitrice à l'école au lieu d'être "auprès" des malades ?

Nous résumons les propos de Lanrice (60) :

o Les monitrices se sentent seules... et coupables de former des élèves pour une profession qu'elles ont quittée et dont elles disent

s'être "sorties". Elles se culpabilisent de trouver du plaisir à enseigner, car l'enseignement les met en relation avec des êtres jeunes et dynamiques ; les soins, avec des malades, des souffrants et des mourants. Elles se sentent coupables d'être devenues différentes par rapport à un milieu professionnel qui nie cette différence.

Comme par ailleurs, le discours habituel des diplômées est : "nous avons appris notre métier sur le tas" (avec tout ce que cette image peut avoir d'inquiétant), il est évident que la monitrice ne sait pas ce qu'elle fait à l'école, ne sait pas ce qu'elle est, à qui ou à quoi elle sert, à qui ou à quoi elle se rattache.

Nous concluerons abruptement ce paragraphe en disant : l'infirmière se sent dévalorisée. Elle exprime que la monitrice est "planquée", ne fait rien, que la "réalité" est dans l'unité de soins.

La monitrice ne se sent pas bien dans sa peau : elle n'est pas valorisée, le travail est ardu et ingrat, elle sait et a vu que d'excellentes infirmières ont fait naufrage dans ce rôle.

Et bien ! Nous pensons que ce n'est pas en dévalorisant une autre fonction qu'on peut revaloriser la sienne propre. Si nous parvenions à donner un sens au rôle infirmier, à lui donner une dignité qu'il semble avoir perdu, il ne serait pas nécessaire de projeter sur une autre fonction le mépris que l'on ressent pour la sienne.

L'infirmière se réalisera en donnant aux soins la dimension qu'ils ont perdue, en recréant un rôle d'infirmière adapté aux normes actuelles de notre civilisation, et l'enseignement infirmier deviendra l'affaire de tous. Nous voulons dire par là que nous considérons un peu le malentendu qu'il y a entre infirmières enseignantes et soignantes comme un abcès de fixation détournant l'attention et la réflexion des vrais problèmes sur lesquels il faudrait se battre.

#### II.3.4 L'évaluation :

Le contrôle des connaissances et des aptitudes est fixé par deux arrêtés : celui du 9 Février 1973 détermine ce contrôle pour les deux premières périodes,

celui du 18 Novembre 1974 fixe les conditions de contrôle pour tout le reste de la scolarité, y compris le diplôme final.

Nous résumons l'essentiel de ces textes officiels :



1ère période :

2 contrôles de connaissances écrits et anonymes,

2 épreuves de soins infirmiers (note 1).

Chaque épreuve est sur 20. La note finale est la réduction à 20 de ces quatre notes.

2ème période :

2 contrôles des connaissances écrits et anonymes,

2 épreuves de soins infirmiers effectuées obligatoirement à l'hôpital.

Cette période est notée sur 30 dont 10 pour le stage.

Nous relevons intégralement une recommandation située à l'article 4 :

"Ces épreuves doivent permettre d'apprécier  
"l'aptitude de l'élève à observer, à recueillir  
"les informations indispensables, à établir les  
"liaisons significatives entre les diverses infor-  
"mations recueillies et à exécuter les soins  
"infirmiers appropriés."

Examen de passage de fin de la 2ème période :

- 1) Une épreuve écrite anonyme d'une durée de 3 h, notée sur 40 :
- "les sujets doivent être rédigés sous forme d'une  
"situation concrète avec apport d'éléments suffi-  
"sants pour que l'élève puisse, en faisant appel  
"aux connaissances acquises, analyser la situation  
"et indiquer les soins infirmiers nécessaires."

Ces sujets sont rédigés en fonction des objectifs et des contenus des deux premières périodes.

- 2) Une épreuve pratique de soins infirmiers notée sur 40 (durée de l'épreuve 1 h dont 30 minutes de préparation.)
- "Elle doit permettre d'évaluer la compétence de  
"l'élève auprès du malade. L'élève doit : présenter  
"la personne dont il s'occupe, prévoir et organiser  
"les soins nécessités par son état, exécuter l'un  
"de ces soins, transmettre les éléments jugés  
"importants."

---

Note 1 : Sous la rubrique épreuve de soins infirmiers, il est procédé à l'évaluation d'un plan d'action pour personne soignée. Ces plans de soins sont de difficulté progressivement croissante au cours de la formation.

3ème période et 4ème période :

- 2 contrôles de connaissances écrits et anonymes,
- 1 épreuve de soins infirmiers.

Chaque période est notée sur 30 dont 10 points pour le stage.

5ème période :

- 1 contrôle écrit des connaissances,
- 1 épreuve de soins infirmiers.

Cette période est notée sur 20 dont 10 points pour les divers stages.

Stages à temps complet :

- celui de 4 semaines situé après la 2ème période,
  - celui de 11 semaines qui précède la 6ème période,
- sont notés chacun sur 10 points.

6ème période :

- un travail écrit personnel en rapport avec le stage à temps complet, sur 10 points,
- des stages à temps partiel (10 points).

La période est donc notée sur 20.

Pour le diplôme d'état :

- on additionne les moyennes des notes des 3ème, 4ème, 5ème et 6ème périodes ainsi que les moyennes des notes des stages à temps complet ;
- on divise par 4 le total ainsi obtenu.

La note définitive qui en résulte est prise en compte pour le diplôme : elle réalise un total de 30 points.

Examen du diplôme d'état :

- 1) Une épreuve écrite anonyme avec deux sujets au choix :

"ces sujets doivent évoquer une situation concrète  
"avec apport d'éléments suffisants pour que l'élève  
"puisse en déduire les soins infirmiers nécessaires  
"à deux ou trois personnes et exposer l'organisation  
"de ces soins."

Epreuve de 4 h notée sur 30, corrigée par un médecin et une infirmière enseignante.

- 2) Une épreuve écrite de 3 h, comprenant une série de 10 à 20 questions dont deux au moins de thérapeutique médicamenteuse, sur 30 points.

Correction assurée par les enseignants infirmiers. (Ces deux épreuves sont les mêmes pour toute la France). La note zéro à l'une de ces deux épreuves est éliminatoire.

3) Une épreuve pratique de soins infirmiers. Elle comprend :

- "l'analyse de la situation d'une personne : besoins,
- "ressources, environnement familial et social.
- "L'exposé des problèmes posés à court et à long
- "terme, ainsi que les transmissions à prévoir ;
- "la réalisation d'une partie de ces soins."

Le jury est composé d'une infirmière soignante et d'une infirmière enseignante d'une autre école que le candidat.

L'épreuve dure au maximum 1 h 30 dont 45 à 60 minutes de préparation. Elle se déroulera si possible dans un service où le candidat a été en stage. Elle est notée sur 30 points dont 20 pour la réalisation des soins.

Sont dispensés de cette épreuve : les candidats ayant obtenu une note moyenne égale ou supérieure à 7 sur 10 à l'ensemble des épreuves de soins infirmiers des 3ème, 4ème et 5ème périodes, ainsi qu'une note égale ou supérieure à 7 sur 10 pour le stage à temps complet de la 6ème période.

"La note attribuée à ces candidats s'obtient en  
"faisant la somme de la moyenne des notes sur 10  
"obtenues aux épreuves pratiques de chacune des  
"3ème, 4ème et 5ème périodes et de la moyenne des  
"notes sur 20, affectée du coefficient 2, obtenue  
"aux stages à temps plein afférents à la 6ème  
"période. Le total est divisé par 7 et multiplié  
"par 3."

Remarques :

- La coexistence de l'évaluation continue et des examens.

Les diverses associations d'infirmières ont émis des critiques pertinentes sur cette persistance des examens, en parallèle avec un système d'évaluation continue fort serré.

Les monitrices des écoles d'infirmières sont unanimes à exprimer la dépense d'énergie que cette évaluation nécessite : que ce soit du côté des élèves ou du côté des enseignantes et des soignantes. Dans beaucoup d'écoles les monitrices ne vont plus en stage que pour faire passer "des plans de soins".

Quant aux élèves, nous avons entendu un groupe dire, lors d'une session : "le plan de soins. ? Il vaut mieux ne plus prononcer ce terme devant nous, il nous donne des allergies !"

Le côté positif, représenté par la possibilité donnée aux élèves de ne pas passer d'épreuve pratique si leurs notes en soins infirmiers sont suffisantes, est assorti d'un côté négatif qui ne saute pas aux yeux à première lecture : cet aspect de la question sensibilise considérablement les élèves à la notation de leurs épreuves pratiques. Il leur est encore plus difficile de se distancer de la note et de l'accepter avec philosophie. Enseignants et élèves ressentent vivement cet aspect de la notation et ces épreuves de soins, qui devraient être l'élément important de la formation, perdent tout aspect formateur à cause de leur caractère décisif.

D'autre part, la proportion minimale des notes obtenues dans l'évaluation continue, par rapport aux notes de l'examen lui-même, apparaît à tous comme une sorte de mépris du travail fourni dans les 28 mois.

#### - Les épreuves écrites

Nous n'engagerons pas ici un débat de fond sur ce point. Nous y reviendrons plus loin. Nous pensons que ces épreuves renforcent l'aspect cognitif de la formation, surtout si l'on considère le nombre impressionnant d'épreuves écrites qui existent déjà dans l'évaluation continue.

Nous pensons que le débat doit être porté sur le sens d'une épreuve écrite en soins infirmiers : en tenant compte de ce que cette épreuve est sortie d'un contexte pratique réel, et qu'elle se fait sans documents. Quelle est son efficacité : c'est-à-dire qu'est-ce qu'elle tente de mesurer chez le candidat ?

Quel est son réalisme : c'est-à-dire à quel aspect de la vie d'une infirmière correspond-elle ?

La dimension "écrit" et la dimension "sans document" nous semblent devoir être discutées.

La deuxième épreuve portant sur des questions qui balisent l'ensemble des quatre dernières périodes de la formation a un caractère purement cognitif. Nous nous demandons de même quelle est son efficacité, qu'est-ce qu'elle induit comme conduites chez les élèves (bachotage ? mémorisation pure ? ...), à qui ou à quoi elle sert finalement...

#### - Remarques générales

Le texte intitulé "contrôle des connaissances et des aptitudes" l'ensemble des articles qui régissent l'évaluation de la formation et sa

sanction finale.

Nous ne percevons pas bien ce qui est rangé sous le terme "d'aptitudes". De même dans le passage qui régit l'examen de fin de 2ème période il est parlé de "la compétence de l'élève auprès du malade". Ceci demanderait à être éclairci. Dans l'état actuel des choses, il est probable que chaque école, et peut-être chaque jury, a son idée sur ce que ces termes recouvrent. Nous pensons que la lecture de ce texte peut se faire à plusieurs niveaux et que cela demanderait une réflexion.

Nous continuons à penser que ce système de notation et évaluation accorde beaucoup de prix à ce que l'élève sait, aux informations qu'elle a retenues et non à ce qu'elle est capable d'en faire une fois mise en situation de travail.

Revenons sur le schéma qui admet que :

- o L'élève reçoit un "matériel informatif brut".
- o Son cerveau le traite. Il peut y avoir mémorisation pure et restitution sous forme d'écrit. (Ce qui est évalué le plus souvent dans la formation actuelle)
- o Qu'un circuit plus long consiste à admettre que le matériel informatif brut est assimilé (transformé), stocké, enrichi, par les diverses expériences, recoupé par d'autres informations.
- o Que ce qui résulte de ce traitement par des opérations intellectuelles est disponible pour être utilisé dans des situations concrètes où une vérification serait alors possible : elle ne porterait plus sur ce que l'élève a retenu, mais sur ce qu'il fait avec ce qu'il a retenu.

Ce schéma intègre le problème du transfert des informations à des situations pratiques et pour cette raison nous lui trouvons un intérêt réel.

Nous n'engagerons aucun débat sur la manière dont ces diverses évaluations sont réalisées dans les écoles : cet aspect constitue un tel nombre de variables qu'il pourrait faire l'objet d'une thèse à lui tout seul. Nous engagerons plus loin le débat sur des principes de fond sur lesquels l'évaluation pourrait porter.

Nous terminerons cette deuxième partie qui traitait la problématique de la formation, par une sorte de synthèse de quelques aspects particulièrement importants, comme nous l'avons fait en conclusion de la première partie.

### SECTION III : QUELQUES ASPECTS DE LA PROBLEMATIQUE

#### III.1 La dualité des milieux d'apprentissage

Elle apparaît comme la donnée essentielle de la situation de l'élève en formation.

Elle porte sur deux facteurs au moins :

- les milieux physiques de l'apprentissage,
- les milieux culturels.

C'est à travers ces deux analyseurs que nous concluons cette étude de la problématique de la formation. L'analyse de la dualité des milieux d'apprentissage nous conduira à poser quelques interrogations toutes situées sur la personne de l'élève censée faire l'unité de sa formation.

#### III.1.1 La dualité temporo-spatiale des milieux physiques d'apprentissage :

ECOLE	STAGE
- lieu identique durant toutes les études ;	- lieu variable d'un stage à l'autre ;
- l'école constitue un ensemble relativement complexe ;	- l'hôpital est un ensemble très complexe : un univers ;
- l'école n'est pas forcément au même endroit que l'hôpital : déplacement, fatigue ;	
- milieu scolaire : station assise le plus souvent ;	- milieu de travail : station debout le plus souvent, nombreux déplacements, allées et venues ;
- l'élève n'a pas de territoire à elle. Parfois il existe une ou des pièces "détente" réservées à l'ensemble des élèves ;	- l'élève n'a pas de territoire à elle ;
- habits civils le plus souvent ;	- uniformes ;
- existence d'un groupe d'élèves au même stade de la formation ;	- éclatement du groupe ; rencontres d'autres stagiaires (autres promotions, autres écoles) ;
- existence d'un groupe stable d'enseignants.	- des groupes de soignants divers pour chaque stage ;
	- présence de travailleurs d'autres formations qu'infirmiers.

Pour les communications entre les deux lieux d'apprentissage, il existe des réseaux officiels : la poste, le vaguemestre qui transmettent les communications écrites. Le téléphone permet de régler rapidement les situations-problèmes, mais anonymise parfois les relations. Les relations avec rencontres physiques peuvent être informelles, au gré des encadrements de stage pour les monitrices, de session ou travaux. Elles sont aussi formelles : les examens par exemple.

L'élève est le point de rencontre des lieux d'apprentissage. Ce tableau montre bien la faculté d'adaptation indispensable. Ajoutons-y la dimension du temps : lorsque le stage constitue la moitié de la journée, et l'école l'autre partie, la dualité temporelle consomme la dualité spatiale, et la renforce. Une usure physique et affective apparaît, qui est une constante lorsque ces facteurs de dualité sont très accentués.

### III.1.2 La dualité des milieux culturels d'apprentissage (136)

Ces milieux culturels comprennent :

- des modèles de systèmes valeurs/attitudes (note 1),
- des modèles du rôle,
- des modèles d'apprentissage du rôle.

#### - Les modèles de systèmes valeurs/attitudes :

L'école présentera un système de valeurs/attitudes différent selon qu'elle appartient à un hôpital, une université ou une autre organisation. Nous avons déjà parlé longuement de cette question des valeurs et ne la citons ici que pour mémoire.

L'émiettement des valeurs/attitudes traditionnelles entraînent l'émiettement du modèle et l'apparition d'une multiplicité de modèles qui peuvent être différents et contradictoires. La question du système de référence commence donc à se poser pour l'élève à ce niveau-là.

#### - Les modèles du rôle :

Ils se situent sur une gamme allant du type apostolat jusqu'au type scientifico-technique.

Nous considérerons dans le "modèle du rôle" :

- des modèles de réponses,
- des modèles de rapports.

---

Note 1 : Nous employons ici le terme de modèle en référence au dictionnaire Robert : modèle au sens de "type", "genre", "catégorie"...

Nous parlerons de modèle normatif pour désigner un modèle de rôle apportant des réponses à toutes les situations.

o Les modèles de réponse

ECOLE

STAGE

Si elle a un modèle normatif :

- Il est plus ou moins en rapport avec le modèle-idéal.  
 Il suppose que l'école enseigne une doctrine à laquelle elle croit. Il y a conditionnement comportemental des élèves, et conditionnement idéologique (écoles catholiques, protestantes)  
 Les enseignantes se doivent d'être exemplaires.  
 Risque de conflits entre écoles.

- Modèle normatif plus proche du type scientifico-technique : le processus est quelque peu identique mais le conditionnement porte sur l'idée des soins et le type d'infirmière envisagé.

- Cas rares, mais qui existent : L'hôpital possède le même système de valeurs : hôpital-école par exemple. L'élève adopte le système : généralement elle sait avant d'entrer à l'école qu'il en sera ainsi.

—————> REPONSES ADAPTEES.

Si l'élève part travailler ailleurs, après le diplôme, risque de réponses inadaptées.

- Face aux modèles normatifs : le plus souvent, multitude de modèles parfois contradictoires, sans lien avec le modèle normatif.

Si elle n'a pas de modèle normatif (cas fréquent surtout pour les écoles de grande taille) :

L'élève prend dans la formation des éléments qu'elle sélectionne, les trie, les amplifie ou les recoupe.

L'élève rencontre un grand nombre de modèles pratiques. Elle peut osciller entre le référentiel constitué par les soignants et celui constitué par les médecins. On peut constater entre élèves la transmission d'une sorte de modèle normatif construit par les élèves, transmis par les 2ème années aux plus jeunes. Il s'agit alors du modèle du rôle de l'élève.



o Les modèles de rapports

L'élève expérimente les deux catégories de rapports dans les deux milieux d'apprentissage : modèle de rapports entre pairs,  
modèle de rapports hiérarchiques.

A l'école : rapports élèves-monitrices,  
rapports élèves-directrice.

Le rapport élève-monitrice ne peut pas être de type fonctionnel contrairement aux attentes des élèves car des évaluations seront faites par les monitrices.

Les caractéristiques de ces rapports varient en fonction de plusieurs facteurs : quantité et qualité des rapports, point de vue des enseignants en ce qui concerne les phénomènes d'autorité, discipline, dialogue, participation etc...

Ces rapports du type "enseignant-enseigné" ne sont pas forcément apparentés au type dominant-dominé, mais ils peuvent l'être : dans les cas où l'école cherche à transmettre un modèle précis, le rapport dominant-dominé est presque essentiel à la transmission du modèle à moins que celle-ci ne puisse se faire de manière plus subtile, quelque peu manipulateur.

En stage : rapport élève-infirmière-surveillante,  
rapport élève-médecins.

L'élève fait l'expérience des rapports de hiérarchie. Le rapport élève-infirmière n'est jamais un rapport enseignant-enseigné au sens strict. C'est plutôt celui d'une apprentie face à une future collègue.

Mis à part ce type de rapports, l'élève expérimente l'existence de strates hiérarchiques et apprend à se situer en fonction de son statut d'élève.

Les modèles de rapports soignants-soignés s'apprennent aussi en stage : nous avons vu qu'ils s'apparentent davantage au type dominant-dominé qu'au type relation avec une clientèle.

Notons qu'à l'école, il existe tout un discours sur la relation soignant-soigné, sur les relations humaines à l'hôpital. Mais l'élève vit dans le milieu scolaire des types de relation, telles que nous les avons décrites, et ces relations la forment beaucoup plus que le discours. Il y a bien des chances pour qu'elle traite les élèves, une fois qu'elle sera diplômée, comme elle a été traitée, et qu'elle traite aussi les malades de la même manière.

L'hôpital est un lieu où il n'y a pas de discours sur "les relations" elles se vivent.

- Les modèles d'apprentissage :

Il semble exact d'admettre que, dans beaucoup d'écoles, la séparation entre la théorie et la pratique est un fait quotidien, et que, de plus, le cheminement d'apprentissage reconnu est que les connaissances doivent précéder la pratique. La théorie précède l'action.

L'école apparaît comme le lieu de la théorie, du savoir. Si l'on admet que les trois niveaux de formation peuvent être :

connaissances-compétences-comportements,

il faut admettre que l'école peut travailler sur les deux premiers et, éventuellement, juger des résultats. Mais le niveau des comportements lui échappe : l'élève, à l'école, n'est pas en situation de travail et, même si la monitrice se déplace vers l'unité de soins pour évaluer une élève, la situation d'évaluation modifie forcément le comportement de l'élève.

Pour l'école, le stage est le lieu du transfert de ce qui est appris à l'école, du moins dans la théorie d'apprentissage que nous évoquions ci-dessus.

Pour le stage, la théorie est vécue comme dangereuse, inutile, peu réaliste, "elles ont des têtes pleines et essaient de ressembler aux médecins" (une surveillante)... L'élément important est d'abord la compétence (le savoir-faire) qui concerne en premier lieu les techniques de soins. Le modèle d'apprentissage reconnu partout dans les stages est l'imitation de quelqu'un qui "sait".

La rupture entre l'école et le stage en ce qui concerne les techniques de soins a été déjà signalée. Dans ce domaine, l'école est vécue comme milieu artificiel par l'élève.

En résumé : Dans le cas des connaissances, il reste à déterminer à quoi elles servent réellement.

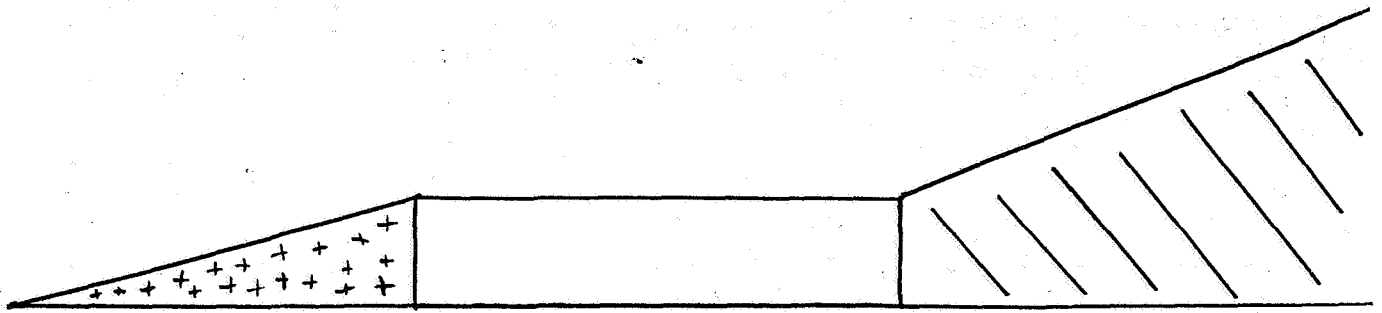
Dans le cas des informations techniques (techniques de soins), le transfert en stage n'est pas même envisagé.

L'école transmet, ou tente de transmettre, également des méthodes de travail, une démarche de soins. Elles sont vécues de la même manière comme utopiques si elles ne sont pas utilisées en service.

La mémorisation, à l'école, l'imitation en stage, semblent être les deux processus les plus courants d'apprentissage.

Quels sont leurs résultats ?

Nous schématiserons les résultats de notre propre réflexion à ce stade :



Infirmière inefficace, dangereuse, incompétente.

Infirmière adaptée à toutes les réponses attendues, une adaptabilité maximale au système, bien intégrée dans la hiérarchie.

Infirmière inadaptée, autonome, dépend peu du système, capable de critiquer les réponses attendues, de les rénover, d'innover. A du jugement et l'esprit critique, de l'imagination. Inadaptée car vite frustrée. Repli, lassitude, ennui, fuite.

Nous n'irons pas plus loin dans la description du phénomène de la formation, et de ses diverses faces problématiques...

- Le clivage "théorie et pratique" : quel sens a-t-il ?
- Y a-t-il un problème de transfert ?
- Y a-t-il une problématique entre les réponses prêtes, ou réponses-recettes, et les réponses à inventer ?

### III.2 Le clivage théorie et pratique

Nous identifions un clivage très profond qui ne concerne qu'apparemment la théorie et la pratique : les couples suivants se succèdent

- théorie .... pratique
- étudiant .... apprenti
- penser .... agir
- esprit .... corps
- être .... faire

Ainsi, dans cette formation il y a clivage entre :

- D'un côté, l'esprit, son activité, (intellectuelle s'entend), le savoir, les connaissances, la pensée, les démarches de travail. A

l'école, les zones de la sphère intellectuelle sont hypertrophiées. Mais la sphère affective est en état d'oubli, ou de sidération. Toutes les verbalisations possibles se font sur la zone intellectuelle, aucun travail sur le corps.

- De l'autre côté, le corps, son activité : "le faire, l'agir", ce qui se voit. En stage, sous-investissement intellectuel, pas de formation touchant la sphère affective où se concentrent tous les grands problèmes du stage.

Les tenants de l'esprit, sont les écoles, les enseignantes. Ceux du corps, sont les services, les soignantes. Mais, c'est l'élève qui est clivée : le corps pour le stage, et l'esprit pour l'école. Quelle est la fonction de ce clivage institutionnalisé ? Est-ce la première étape qui permettra à l'élève d'accepter le clivage du malade en malade somatique ou psychique, puis au niveau du somatique, clivé en organes ? L'unité de soins est aussi le lieu de "l'agir".

Nous pensons que le clivage n'est pas fortuit. Que là est le "fossé" entre l'école et le stage qui se disputent des "morceaux" d'élève. Le nouveau programme n'a rien changé à cet aspect du problème. Les infirmières soignantes sont toujours considérées comme des manuelles et les enseignantes comme des intellectuelles. L'élève qui fait les frais de ce processus apprend à se comporter différemment dans chacun de ces lieux.

Au-delà du clivage, une constatation se fait jour : le clivage permet une dialectique puissance-impuissance qui se répartit ainsi :

- L'école a l'idée, la pensée, le savoir : c'est sa zone de richesse. Mais elle n'a pas les malades sur lesquels elle pourrait investir sa richesse. Autrement dit elle a des armes, mais pas le terrain de la bataille.

- Le service a l'action, les moyens matériels. Les soignants sont sur le champ de bataille, mais le savoir est ailleurs, les armes font défaut.

Les soignants font des écoles, qui n'ont pas de terrain d'action, le réservoir de la pensée et du savoir... ; les enseignantes font des services, qui disent ne pas avoir le savoir, le lieu d'investissement de leur savoir.

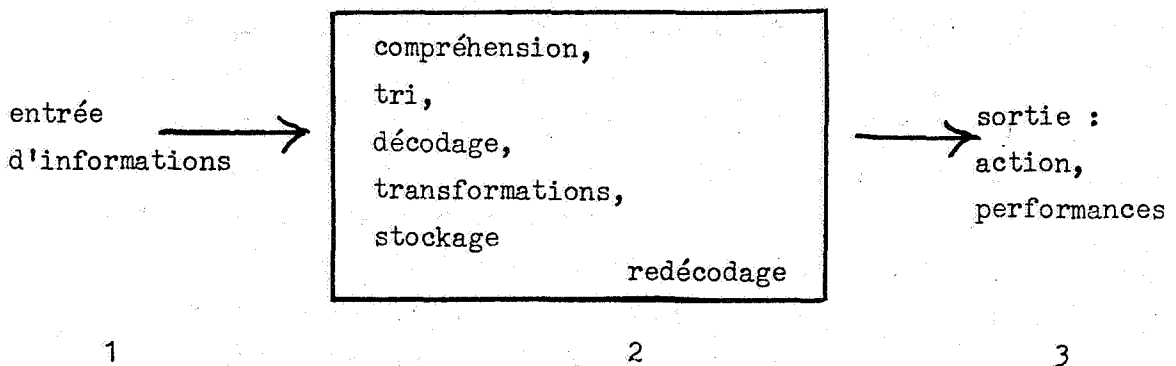
### III.3 Le problème du transfert

Par ce terme, nous voudrions entendre l'utilisation, dans une situation de travail concrète, d'informations théoriques préalablement acquises. Poser ici le problème du transfert, ce n'est pas adhérer forcément au processus d'apprentissage qu'il sous-entend.

Il est si fréquemment rencontré dans la documentation que nous ne pouvons pas le passer sous silence. Il est trop tôt pour le traiter totalement. Nous nous contenterons de souligner ici les questions que le transfert suppose (pour ceux qui pensent que tout apprentissage passe par une phase théorique obligatoirement antérieure à la phase de mise en pratique.)

Sur le plan théorique, le transfert pose un problème intéressant : pour qu'il soit possible, une série d'opérations intellectuelles doit l'avoir précédé. Nous schématisons ci-dessous :

- en 1, les entrées d'informations ;
- en 2, ce qui se passe à l'intérieur du cerveau ;
- en 3, les performances réalisées, les effets, les réalisations.



- Si nous schématisons la démarche d'enseignement, nous voyons qu'elle ne concerne que le 1 et le 3 : l'enseignant n'a que très peu de prise sur ce qui se passe en 2 (mises à part quelques techniques d'enseignement qui programment les étapes de compréhension et mémorisation).

- Pour parler de démarche d'apprentissage, nous devons comprendre les trois étapes.

Ainsi, le transfert qui se situerait entre 2 et 3, à leurs confins respectifs, échappe à l'enseignant qui ne maîtrise pas l'étape 2. Mais dans la perspective actuelle, il échappe aussi à l'étudiant qui, le plus souvent, n'a pas la maîtrise du 3. Nous nous expliquons :

- Les performances réellement demandées en 3 sont-elles connues de lui, avec toutes leurs caractéristiques ? Les moyens de vérifier ces performances sont-ils connus de lui, définis avec lui ?

- Le plus souvent, ce qui est vérifié, c'est le stockage, c'est-à-dire la mémorisation, comme si le stockage était une fin en soi.

Nous mettons en évidence une autre forme de rupture qui peut aussi s'analyser en termes de stage et d'école :

- L'enseignement théorique assure les étapes 1 et 2 et vérifie, par exemple, la mémorisation, la compréhension.

- Le stage demande que l'étape 3 soit assurée.

L'élève, qui est le seul à faire le lien entre 2 et 3, a-t-il les moyens d'assurer un transfert de ses connaissances ?

Ce qui se passe en 1 a-t-il un lien évident avec la phase d'action, la phase 3 ?

Nous avons envie de formuler une hypothèse :

Dans la mesure où l'élève connaîtrait les caractéristiques des performances qui sont attendues de lui, il pourrait organiser les acquisitions qui lui sont indispensables pour y arriver et contrôlerait le transfert lui-même, à condition que les outils méthodologiques et conceptuels lui aient été assurés.

Nous laisserons cette hypothèse brute pour l'instant, n'ignorant pas qu'elle serait intéressante à vérifier. Mais, autant ce serait facile dans le domaine de performances ne nécessitant que des informations, autant ce serait difficile lorsque la performance inclut la mise en place d'opérations complexes situées à des niveaux de savoir différents. Lorsque les enseignants s'affrontent à l'enseignement d'une démarche comme par exemple celle du plan de soins pour une personne malade, le problème du transfert se pose très vite.

### III.4 La problématique réponses-attendues, réponses-inventées

#### III.4.1 Les réponses attendues :

Il s'agit de réponses attendues, par le groupe de référence, face à des situations précises. L'élève s'y conforme pour satisfaire son besoin de réponses affectives positives, de sécurité et d'appartenance au groupe. Mais l'élève peut avoir un registre de réponses pour l'école, un autre pour le stage...

Si les réponses attendues concernent des comportements, et c'est le cas pour la plupart d'entre elles, l'élève peut avoir appris à donner la bonne réponse au bon moment, parce qu'elle a besoin de passer les examens et le diplôme.

Ces attitudes en contre-plaqué s'opposeraient aux attitudes réellement intégrées où la modification d'attitude est intériorisée et correspond à une modification du système de valeurs.

Ce niveau de pénétration des attitudes est un mystère : comment le mesurer, en a-t-on le droit (déontologiquement) ? Les résistances à ces acquisitions sont fonction de nombreux facteurs : constitutionnels, socio-culturels, éducatifs, conscients ou non.

L'acquisition d'attitudes nouvelles se fait par ébranlement et mobilisation des connaissances, croyances antérieures, intérêts et motivations. C'est dire que tous les éléments de la personnalité sont concernés : facteurs cognitifs, perceptifs et affectifs. La centration de la formation sur les facteurs cognitifs ouvre peu de chances à l'acquisition d'attitudes nouvelles. Pourtant lorsqu'on parle de formation en sciences humaines, le cognitif est très insuffisant.

C'est à ce carrefour que joue, une fois de plus, la problématique d'un rôle si mal défini, de modèles professionnels si complexes et contradictoires.

En fait, si nous parlons de réponses attendues, nous avons à nous demander de quelles attentes il s'agit : des attentes du groupe de référence, comme nous l'avons fait jusqu'ici... ou bien des attentes de la clientèle, ce qui ouvre d'autres perspectives tout aussi problématiques !

### III.4.2 Les réponses inventées :

C'est la zone de la créativité, des capacités à innover, créer, changer, modifier, adapter. Elle correspond au besoin de nouveauté, à la lutte contre l'ennui, à la recherche de la découverte, à la satisfaction de la curiosité naturelle, enfin aux possibilités de s'exprimer soi-même.

Ici l'apprentissage ne peut se faire par reproduction, imitation comme précédemment.

Mais si avec les premières réponses, on peut avoir une infirmière capable de "faire tourner un service", de donner au groupe de référence les réponses qu'il attend, l'inconvénient sera peut-être l'immobilisme du système et l'ennui de la personne en cause.

D'un autre côté, avec les réponses de la deuxième catégorie, il y a risque de dysfonctionnement du système et mécontentement du groupe qui n'a plus les réponses attendues. Par contre la personne satisfait, cette fois, ses propres besoins.

Cette réflexion sur les deux zones de réponses (au sens de comportements professionnels) nous semble ouvrir une perspective de solution à un dilemme que les écoles expriment fréquemment sous cette forme :

- Devons-nous former des infirmières adaptées à l'institution, au système et capables de s'y intégrer ?

- Avons-nous le droit de former des infirmières inadaptées aux structures actuelles parce qu'elles ne pourront pas y résister, ne supportent pas le sous-investissement intellectuel, ont un sens critique développé et de la créativité ?

Tel qu'il est présenté, le problème n'est pas soluble. Mais il pourrait y avoir une issue en imaginant qu'une formation puisse développer chez l'élève la capacité de donner, à court terme, les réponses attendues, et la capacité d'innover et de créer, mais à plus long terme, une fois l'intégration réalisée. Nous sommes très consciente que cette solution suppose un choix quasi politique : celui que le changement peut se faire progressivement, à partir de ceux qui sont concernés, et non révolutionnairement, de l'extérieur.

### III.5 Enseigner ou apprendre

Tout ce qui est enseigné n'est pas appris.

Ce qui est appris n'a pas été obligatoirement enseigné.

Les remarques que nous ferons maintenant concernant ces deux points, reprennent et résument tout ce que nous venons de dire.

#### III.5.1 La démarche d'enseignement :

De l'analyse que nous avons effectuée, nous concluons que les directives officielles concernant l'enseignement infirmier s'inscrivent toutes dans une préoccupation d'enseignement. Il y a un souci de couvrir par les connaissances une étendue aussi vaste que possible. Un nombre imposant de contrôles de connaissances assure la garantie officielle à cette préoccupation. Pourtant la masse des informations demandées implique que l'élève aura recours à des processus de mémorisation à court terme.



La garantie à long terme de la rétention des connaissances n'est pas assurée.

Dans ce qui est enseigné, la démarche d'approche des malades, que représente le plan de soins, est particulièrement importante. Toute une progression est assurée en cours de formation pour parvenir à un résultat. Cette démarche n'est pas encore répandue dans les services, elle reste une exception. Aussi la jeune diplômée l'abandonnera-t-elle très vite devant un autre type d'organisation.

Malgré cela, cette démarche apprend à l'élève une autre approche des malades et une autre façon de les voir. Mais elle place l'élève devant un dilemme difficile à résoudre : comment peut-elle intégrer, dans cette démarche, les connaissances qu'elle reçoit dans les cours. Ces connaissances sont distribuées par fonctions et organes, et la démarche de soins suppose, elle, une approche globalisante du malade, pour laquelle sa capacité d'effectuer des synthèses est sans cesse sollicitée.

### III.5.2 La démarche d'apprentissage :

Dans ce qui est appris, tout n'a pas été enseigné. Nous tirons cette affirmation d'une phrase si fréquente dans le discours des soignants : "tout ce qu'on a appris, on l'a appris sur le tas".

Nous trouvons aussi dans ces témoignages :

- telle chose que nous avons appris était tout à fait inutile ;
- telle et telle chose, nous ne l'avons jamais apprise à l'école.

Il est très rare que ce discours exprime que telle chose apprise à l'école était fort utile. Peut-être, là aussi, le positif est-il si évident qu'on ne l'exprime pas... Ou bien on peut penser que certaines séquences d'enseignement construisent en l'élève des formes dont elle n'est pas forcément consciente et qui permettent d'autres apprentissages.

Il semble bien qu'une grande partie de ce qui est appris échappe aux processus d'apprentissages balisés et se fasse par la quotidienneté du stage. Cet "appris" n'est pas identifié, ni expliqué, et ne fait jamais l'objet de vérifications.

Tout se passe comme si l'enseignement dispensé, qui permet d'atteindre le diplôme, constituait une enveloppe extérieure de ce qui est appris, enveloppe qui va partir rapidement en lambeaux et révéler ainsi les véritables formes de ce qui a été appris. Ces formes apparaissent

librement lorsque l'infirmière a acquis son diplôme. Il ne semble pas qu'on puisse actuellement prévoir, au cours de la scolarité, quelles formes se dessineront par la suite. C'est dire qu'on peut difficilement prévoir de quelle manière la jeune diplômée concevra son rôle et comment elle l'assumera.

L'année qui suit le diplôme semble être déterminante sur ce point. Nous ne pensons pas que les équipes soignantes en aient conscience. Et lorsque ces équipes peuvent identifier le processus de transformation de l'élève en diplômée, elles ont rarement les moyens d'aider celle-ci dans sa difficile accession à la maturité professionnelle.

En bref, les directives officielles balisent essentiellement des connaissances et demandent des garanties les concernant. Elles ne dessinent pas la trame d'un rôle, mais assurent une sorte de culture générale à tendance médicale.

Nous nous trouvons devant un programme en terme de blocs de matière ou de thèmes, hérité de la division des sciences médicales. Les écoles n'affrontent pas la problématique du rôle : elles peuvent, au maximum, tout en assurant les grandes lignes d'un programme, tenter d'orienter la formation un peu plus loin, vers ce qu'on pourrait appeler une "méthodologie des soins".

En ce qui concerne les services, l'organisation est également conçue selon la division des sciences médicales : répartition des malades en fonction de "l'appareil atteint" ; et l'organisation du travail à l'intérieur des unités de soins renforce souvent cet aspect en proposant une distribution de tâches sérielles réparties en fonction des statuts des personnels (strates horizontales). Le stage, qui devrait être pour l'élève le terrain d'action de l'apprentissage, lui propose une sorte de "sous-rôle infirmier". Il n'affronte donc pas davantage la problématique du rôle et de son apprentissage.

Quand la jeune diplômée dit "tout ce que j'ai appris, je l'ai appris sur le tas", elle dit en quelque sorte qu'elle a appris un rôle : mais lequel, comment, au gré de quels hasards ?

Essayons de nouer quelques fils entre la conclusion de la première partie et le point où nous sommes actuellement arrivée, à la fin de la deuxième partie... Nous pouvons dire que l'apprentissage d'un rôle n'est pas l'objet d'apprentissage actuel dans les écoles d'infirmières. Ceci pouvait presque être prévu, à la fin de l'exploration des dimensions humaines du rôle, qui faisait l'objet de la première partie.

Nous avons pris l'option de lier la problématique du rôle et celle de son apprentissage. Il nous apparaît donc nécessaire de définir notre axe de recherche en tenant compte de cette option : la formation des infirmières est d'abord (et peut-être uniquement, mais nous ne pouvons en faire la preuve) l'apprentissage d'un rôle professionnel.

En conséquence, deux étapes se succéderont :

- La définition du rôle en d'autres termes, afin que ce concept devienne plus opérationnel, en particulier par rapport aux lignes d'une formation.

- La définition de ce que pourrait être l'apprentissage d'un rôle, en tenant compte des variables que nous venons d'étudier.

Ainsi, nous traçons en pointillé la structure de la dernière partie de cette recherche... En pointillé, car la logique des idées n'est pas forcément celle de la réalité. Nous fermons cette deuxième partie sur une problématique qui lie les unités de soins et l'institution de formation par un concept : celui de rôle.

Nous ouvrons la dernière partie au fil de la même logique : la nécessité de réfléchir sur le contenu du rôle, en termes opérationnels, avant de travailler la problématique de la formation. Cet axe de travail s'enchaîne naturellement avec tout ce qui précède, alors pourquoi les "pointillés" que nous mettons sur notre recherche, comme un bémol sur une portée ?

C'est qu'à partir d'ici, nous quittons l'abri sécurisant des documents, des témoignages et de l'analyse, qui nous ont conduite à nous faire une opinion du tout et à tenter de la dépasser en une perception moins subjective...

A partir d'ici, nous devons aller jusqu'au bout de cette sorte de pari et nous interroger sur les possibilités de réduction d'une telle problématique... Nous ne disons pas possibilités de résolution !

Nous engageons donc une autre sorte de débat consistant à tracer

les lignes de recherches qui permettraient de réduire certains aspects de cette problématique.

Nous disons débat, mais débat intérieur : nous entrons dans le monde des idées, et nous n'avons rien expérimenté de ce que nous avancerons ici. Nous proposerons des idées, avec tout ce que cela peut avoir d'irréalité et de séduction.

Elles ont été alimentées par des expériences réalisées en France et à l'étranger, nous avons essayé de les adapter au milieu soignant français.

---:---:---:---:---:---:---:---:---