

ENSEIGNER.... APPRENDRE....

Nous avons déjà amorcé une réflexion sur la dissociation entre l'acte d'apprendre et l'acte d'enseigner.

C'est à partir de la dualité ou de la complémentarité de ces deux termes que nous construirons ce chapitre. Il comprendra le cadre conceptuel auquel nous nous référons quand nous parlons de formation, puis les problèmes posés par l'organisation de la formation à l'échelon national, enfin les aspects éducationnels de cette mise en place.

Nous continuerons à nous placer dans la ligne de la théorie des soins que nous venons d'exposer brièvement.

SECTION I : ENSEIGNEMENT, APPRENTISSAGE, FORMATION (Note 1)

I.1 L'Enseignement, l'Enseignant

ENSEIGNER : faire connaître par un signe, montrer des signes, aider à décoder, instruire, bâtir, élever.

Nous avons repéré dans les diverses significations accordées au terme "enseignement", les deux orientations qui nous paraissent marquer fortement l'acte d'enseigner :

- C'est d'abord l'idée de faire la lumière sur quelque chose d'obscur et d'incompréhensible ; l'idée de donner un sens ou de trouver le sens caché de quelque chose... Mais tout ceci en relation avec quelqu'un qui cherche à comprendre ce qui n'est pas immédiatement compréhensible.

L'enseignement n'est donc pas du tout l'entassement d'informations, car ce serait alors simplement l'acte d'apporter des matières premières. Dans l'acte d'enseigner, il y a mise en relation d'une personne ou d'un groupe de personnes avec l'objet recherché. L'enseignant est un intermédiaire... L'art d'enseigner est d'abord l'art "d'être avec", l'art de

Note 1 : Le contenu de ce chapitre provient de la bibliographie signalée, mais surtout de recherches effectuées lors de sessions de formation.

la non-coupure : faire des liens et aider à les trouver.

Quand les signes sont reliés entre eux, il apparaît des formes, des noms peuvent être mis, les connaissances se construisent. Enseigner, c'est donc aussi aider à comprendre et à constituer un savoir personnel. Le désir d'aider et de partager ce qui lui appartient, par ses travaux et son expérience, guide l'enseignant vers une fonction qui s'apparente à un certain maternage.

- Enseigner est aussi bâtir, élever, au sens d'instruire. Cette définition fait apparaître un but : l'idée d'une transformation possible de celui qui est enseigné. Cette transformation peut être le vrai but de l'enseignement. Cette intention a pu nourrir le reproche de "mise en conditionnement" qui est parfois avancé à l'encontre de l'enseignement.

Celui-ci prend alors l'apparence symbolique d'une initiation qui aboutirait à une transformation programmée en quelque sorte. Ainsi le pouvoir symboliquement attaché à l'enseignant est le pouvoir de transformer, changer de forme... jusqu'à donner une forme, pouvoir assorti de la tentation de donner à l'autre sa propre forme, et pourquoi pas, le faire à son image... Le pouvoir du transformateur est proche du pouvoir du créateur !

Ces images permettent de comprendre que l'acte d'enseigner, le fait d'être enseignant, sont loin d'être neutres. Elles alimentent la croyance fantasmagorique que l'enseignant possède réellement ce pouvoir et qu'il ne dépend que de lui seul. Dans la réalité le changement dépend essentiellement de celui qui veut changer, des ressources dont il dispose en lui-même et extérieurement à lui. En ce sens "enseigner, c'est procurer les moyens de se situer par rapport au savoir et de provoquer un changement" (G. Ferry, 32)

- L'idée d'un résultat attendu intervient naturellement à ce stade de la réflexion : il y a bien attente de quelque chose. S'il y a enseignement, il y a un produit : le savoir.

Le savoir : ensemble de connaissances plus ou moins systématisées, acquises par une activité mentale suivie, capacité de faire quelque chose par une habileté naturelle ou acquise. Dans "connaissances" il y a l'idée de rencontre, contact, découverte, où se fait l'appropriation de ce qui est rencontré. Les connaissances s'organisent dans l'esprit en fonction de quelque but, conscient ou non. Cette construction les transforme en un savoir. Entre les informations du départ, et le savoir qui constitue temporairement leur point final, se succèdent des opérations de transformation qui conditionnent la constitution du savoir, sa solidité, sa fiabilité, sa disponibilité.

Lorsque tout ce travail a été effectué, un changement s'est vraiment produit, à l'intérieur de celui qui apprend. Si ces opérations de transformation n'ont pas lieu, les informations sont seulement inscrites sur la mémoire à court terme. La différence se mesure par le fait que les informations non transformées ressortent lors d'une "vérification de connaissances". Le savoir se caractérise par contre en ce qu'il peut se manifester extérieurement par une application au milieu de travail ou ailleurs, dans une action qui se déroule dans d'autres conditions que l'enseignement. Ainsi il n'y a qu'un pas entre savoir quelque chose et pouvoir faire quelque chose.

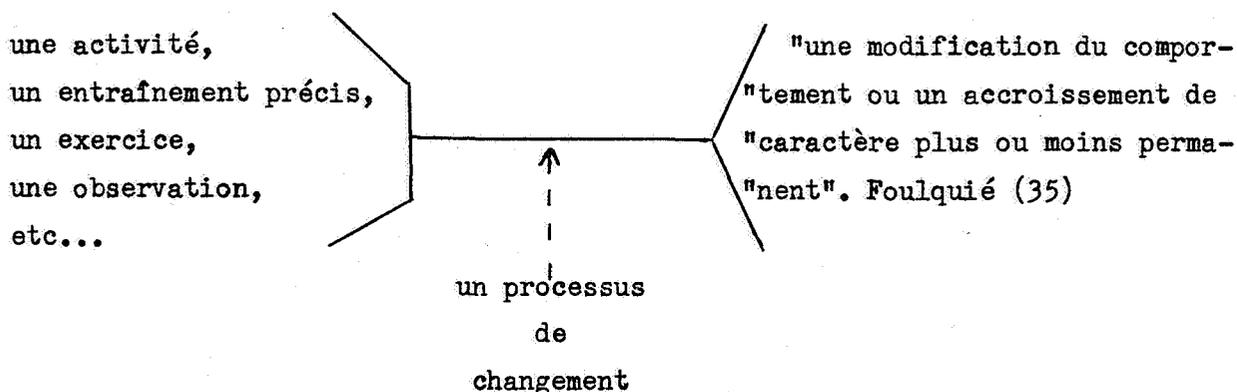
C'est pourquoi la mesure du savoir n'est pas simple et l'on comprend qu'elle se différencie fortement de la mesure des connaissances. L'évaluation du changement obtenu, ou celle de ce qui est acquis, sont des préoccupations permanentes pour les enseignants. Elles peuvent donner lieu à des activités qui occupent parfois plus de temps que l'enseignement lui-même.

I.2 L'Apprentissage, celui qui apprend (Note 1)

I.2.1 Qu'est-ce qu'apprendre ?

Est apprentissage "toute activité qui modifie les possibilités d'un être vivant de manière durable" (Lafon, 58).

En schématisant :



Par cette définition, nous nous centrons sur ce qui se passe entre celui qui veut apprendre et l'objet de son savoir.

Note 1 : Nous utiliserons toujours le terme apprendre dans son sens subjectif (activité de celui qui veut apprendre), non dans son sens objectif (activité de celui qui apprend quelque chose à quelqu'un).

Apprendre c'est donc créer une relation avec l'objet que l'on veut connaître : agir sur lui, le pénétrer, le comprendre... A partir d'une donnée qui ne nous est pas propre, construire quelque chose de personnel et de spécifique. Ainsi, à son tour l'objet de l'apprentissage agit sur l'étudiant.

"Pour comprendre un phénomène ou un évènement, il faut reconstituer les transformations dont ils sont la résultante." Piaget (93, P. 47)

C'est alors qu'on peut dire qu'il y a assimilation.

Apprendre est dynamique, c'est un acte voulu et délibéré.

En conséquence, nous différencions les objectifs centrés sur les fins de l'enseignement (transmission des connaissances) et ceux qui ont pour but le changement souhaité de l'individu en formation.

I.2.2 Sur quoi porte la modification ?

Quel domaine sera touché ? Selon Delgado :

"les éléments qui forment le cadre de référence de
"la structure mentale individuelle comprennent entre
"autres, le langage, la connaissance, les croyances
"et les modèles de réponse."

(24, P. 333)

Pour Bloom (11), trois domaines peuvent être atteints : le cognitif, l'affectif et le psycho-moteur.

Actuellement trois niveaux sont couramment utilisés dans les formations professionnelles : les connaissances (domaine du savoir), les compétences (les techniques, les savoir-faire), enfin les comportements (attitudes et valeurs).

A part le premier niveau qu'il est facile de dissocier, reconnaissons que les deux autres sont très intriqués dans les actions de formation. Une formation professionnelle vise nécessairement les trois niveaux.

I.2.3 Les conditions pour pouvoir apprendre :

• Le "vouloir" apprendre :

"On n'apprend pas en subissant, par force, quand
"on n'a pas faim, quand on est bloqué par la chose
"enseignée ou la personne qui enseigne, quand il y
"a rapport de pouvoir et domination de la part de
"l'enseignant". (rencontre avec des élèves)

On apprend :

"parce qu'on a un problème, pour ne pas rester en
"échec, parce qu'on veut réussir, parce qu'on est
"impliqué dans une situation, par intérêt, curiosité,
"utilité..." (élèves)

Il faut une motivation à apprendre et toutes les motivations externes (y compris les contre-motivations) : amour, récompense, punition, examens, travaux, ne remplacent pas les motivations internes. L'interaction des variables motivationnelles et des facultés cognitives est très forte dans l'apprentissage : de cette interaction dépend la distribution de l'attention. En résumant les propos de Shulman (111, P. 133) : des processus psychologiques agissent sur la distribution de l'attention : désirs, attentes, modèles, sources d'anxiété.

La motivation baisse quand il y a des signes d'évaluation négative, peur d'un échec, atmosphère d'émulation (classements) ou quand la sphère affective est court-circuitée (phénomène de l'ennui).

La motivation est renforcée quand il y a des signes d'évaluation positive, par l'adhésion à un modèle auquel il est possible de ressembler (choix d'un modèle qui représente la puissance, le statut, la compétence technique, la considération, l'affection...)

La présence d'infirmières enseignantes compétentes et actives, apparaît absolument nécessaire, à côté du corps médical enseignant, pour permettre l'identification.

. Le "savoir" ce qu'il faut apprendre :

Un programme en termes de connaissance ne suffit pas pour que les conditions d'apprentissage soient bonnes. En effet, il ne dit pas à quoi ces connaissances serviront, ce qu'on pourra faire avec elles. La connaissance des résultats à atteindre et la perception des différents éléments renforcent la motivation (Lafon, 58).

. Le "pouvoir" apprendre :

Il porte aussi bien sur les outils de travail intellectuel (qui doivent être développés) que sur les blocages affectifs éventuels dont le poids est très fort dans les processus d'apprentissage.

1.2.4 Comment apprend-on ?

Les théories de l'apprentissage ont essayé de comprendre et expliquer ce qui se passe entre celui qui apprend et l'objet de son apprentissage.

Sans vouloir faire une étude soigneuse de ces théories, nous nous référons néanmoins à certaines d'entre elles afin d'avoir une base solide de réflexion (Laroche, 61).

1) Un conditionnement peut être obtenu à partir de stimuli provenant de l'extérieur et des réponses qu'ils obtiennent de l'organisme. Ainsi des habitudes et des associations plus ou moins stéréotypées peuvent être acquises. L'absence de "présence consciente" dans ce mode d'apprentissage le rend pratiquement inopérant dans l'apprentissage de démarches (sauf en ce qui concerne l'usage des algorithmes).

2) Les théories cognitives posent comme essentielles l'existence de relations significatives entre la fin et les moyens. L'information provenant de l'extérieur pénètre dans le cerveau, compréhension, destruction, fixation interviennent. Lors de l'utilisation (sortie "hors" du cerveau) les données se trouvent enrichies par les données similaires, complémentaires, parallèles déjà possédées par la mémoire et sont investies dans l'action avec renforcement de l'imagination.

Cette théorie fait appel à la mémorisation. Nous extrayons de Sivadon (115, P. 140) quelques explications qui permettent de saisir les hauts et les bas de la mémoire. Le mécanisme de mémorisation se réalise selon le processus suivant :

• Perception des données :

causes de
perturbations

perception incomplète, sélective, erronée
(selon les désirs, les motivations, les
systèmes de valeurs).

Tout ce que nous percevons n'est pas forcé-
ment fixé.

Ce qui est fixé n'a pas forcément fait
l'objet d'une perception consciente.

• Enregistrement des données :

la faillibilité repose sur

la simplification nécessaire,

l'abréviation,

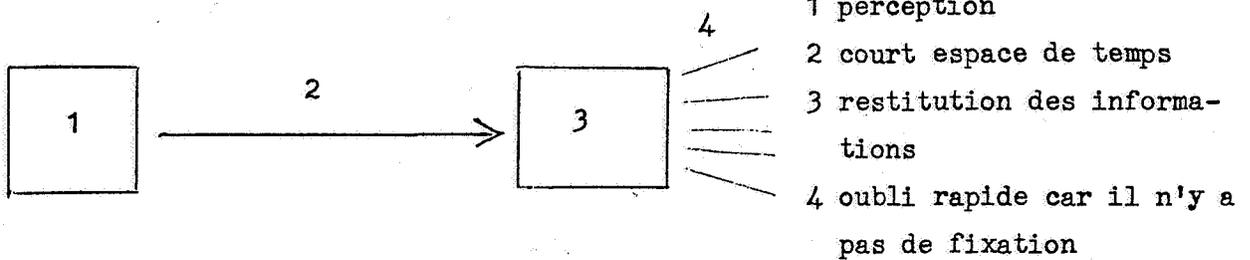
l'amplification ou la réduction de détails,

les omissions,

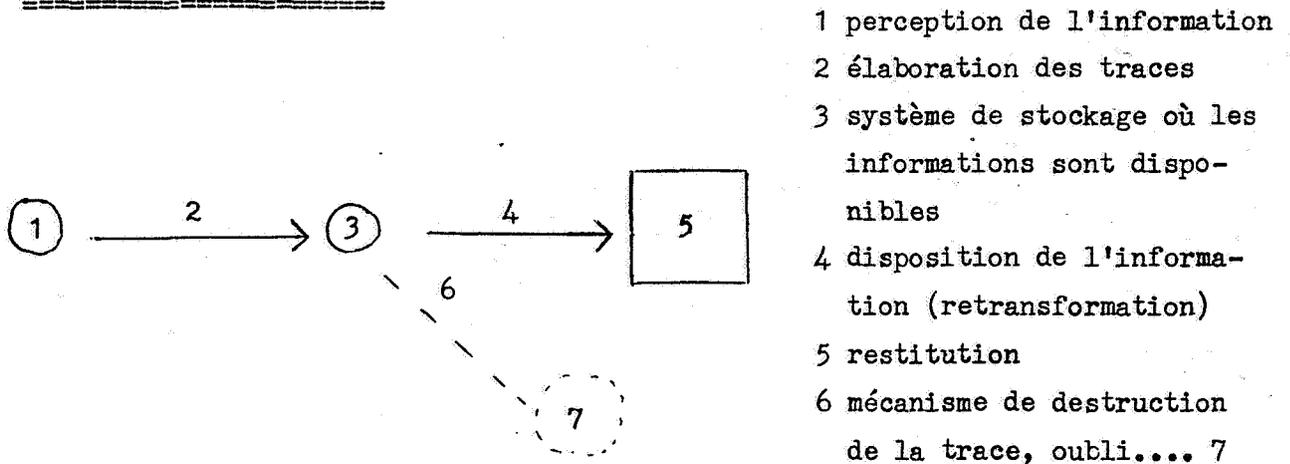
les modifications ou distorsions du contenu.

. Restitution : deux circuits sont possibles

La mémoire à court terme :



La mémoire à long terme :



Nous complétons ces schémas à l'aide de Mucchielli (84, exposé n° 1, P. 14). Lorsque la réception de l'information est passive, la mémorisation est du type court terme (précarité et fragilité de la mémorisation). Si la réception est active (opération personnelle de celui qui apprend), la mémorisation est à long terme, l'information retenue est plus importante et plus mobilisable.

Ces schémas permettent de comprendre l'utilisation de l'erreur dans la pédagogie des adultes où l'on considère que l'erreur révèle les représentations mentales des formés (Migne, 78, P. 67-87). La correction de l'erreur est insuffisante ; il s'agit de corriger la démarche qui a mené à l'erreur : la reconstituer, faire percevoir la différence entre la représentation inexacte et la représentation exacte, laisser reconstituer la démarche menant à la connaissance exacte.

3) La théorie de gagné soutient qu'il existe plusieurs variétés d'apprentissage et les hiérarchise du simple au complexe, les plus difficiles étant soumises à celles qui leur sont inférieures dans la hiérarchie.

Par exemple : l'apprentissage des concepts, principes et problèmes ne peut se faire avant d'avoir acquis la maîtrise des apprentissages qui précèdent.

4) Théorie de l'apprentissage par la découverte : Shulman et Keislar (111). L'apprentissage d'une règle, d'un concept se fait par leur découverte à travers un cas concret et des exemples spécifiques, par généralisation et différenciation. Les séquences sont inductives et permettent de procéder par essai et erreur. Les concepts, les règles, les principes, les stratégies pourraient se découvrir ainsi.

Cet apprentissage est long et lourd mais il entraîne une plus grande mémorisation et rétention. Il est beaucoup plus transférable. Il motive l'élève car il offre une motivation intrinsèque, il développe la mémoire, l'autonomie et la confiance en soi.

Mais il ne convient pas toujours : il semble ne pas convenir à l'apprentissage de tâches exigeant un comportement précis, ni à celui des codes et des langues.

5) L'apprentissage "sur le tas" : ce qualificatif est si fréquent dans les dires des élèves et des infirmières, qu'il est nécessaire de s'y arrêter un instant.

Foulquié définit cet apprentissage (35) comme empirique, sans préparation scolaire et sans enseignement méthodique :

"l'apprenti étant le simple manoeuvre d'ouvriers
"qui lui confient peu à peu les tâches dont ils le
"reconnaissent capable."

Cet apprentissage fait appel à des mécanismes de conditionnement plus ou moins conscients : la répétition de situations semblables, l'imitation du modèle (l'Ancien) permettent l'apprentissage qui est facilité par l'approbation de l'autre ou du groupe modèle. Celui qui est le modèle impose son image de façon plus ou moins consciente en renforçant le comportement de celui qui apprend.

L'acquisition d'habitudes pose un problème quand les conditions changent : que le matériel soit différent, que le travail se présente autrement, et l'apprenti est vite démuni. L'adaptation à d'autres situations est impossible ou très difficile. L'apprentissage ne peut donc pas se limiter à l'acquisition d'habitudes.

De ce dernier paragraphe nous tirons la notion que le point

le plus intéressant dans une théorie de l'apprentissage réside dans les possibilités ultérieures de reproduire ce qui a été appris, ou les possibilités de s'en servir dans d'autres circonstances.

6) Le transfert d'apprentissage : c'est

"un phénomène qui consiste en ce que les progrès
"réalisés dans un certain genre d'exercices entraînent
"une modification des aptitudes à effectuer des
"exercices de nature différente mais présentant une
"certaine analogie avec les premiers."

Lafon (58)

On parle en ce cas de transfert positif.

Dans le transfert d'apprentissage joue la possibilité d'inventer une solution appropriée. Le transfert n'est pas seulement une reproduction : le problème est de "ne pas calquer des solutions sur des modèles connus, mais d'utiliser sa disponibilité". (Mucchielli, 84, P. 16)

Les circonstances d'exercice professionnel, leurs caractéristiques (rôle mouvant, très divers, domaines scientifiques en progression constante, techniques professionnelles modifiées très souvent) nous incitent à poser le problème du transfert d'apprentissage comme l'un des problèmes centraux de la formation des infirmières.

En l'absence de la capacité de transfert, nous pouvons craindre que des habitudes se mettent en place, soient pérennisées et transmises aux jeunes par l'apprentissage empirique, sans possibilité de critique ou de progression.

"Si plutôt que d'enseigner l'utilisation de certaines
"données dans des cas déterminés, on enseigne à
"l'étudiant les méthodes appropriées pour aborder
"les problèmes, ainsi que les concepts et les généralisations, si d'autre part on lui enseigne les attitudes à prendre devant un travail et s'il acquiert des qualités d'assurance et de contrôle de soi, il est évident que les objectifs d'application sont un aspect extrêmement important du programme puisqu'ils comportent la signification d'un transfert d'apprentissage."

Bloom (11, P. 141)

La volonté de donner la primauté au développement de structures mentales permettant et préparant les transferts d'apprentissage implique une règle essentielle dans l'organisation d'une formation : les stages de toute nature, les lieux où l'élève se trouve en situation de travail ne peuvent être des temps et des lieux de transfert que si ce transfert est réellement préparé. Nous nous trouvons devant une alternative : ou bien le stage entre dans le phénomène du transfert d'apprentissage (et ce n'est possible que si c'est préparé), ou bien il est le lieu d'un apprentissage empirique dit "sur le tas". Nous pensons que dans ce dernier cas, se développe ce qui est appelé "le fossé entre la théorie et la pratique", "la séparation entre l'école et le stage"...

En conséquence, nous pensons que l'une des difficultés à franchir est d'arriver à penser, identifier et rendre possibles les transferts d'apprentissage indispensables à la formation d'une infirmière. Il est probable qu'une élève ainsi préparée, ayant appris les informations scientifiques nécessaires, les règles qui régissent les soins, des méthodes et des démarches, pourrait transférer ses compétences dans d'autres domaines.

En conclusion d'une recherche sur le transfert d'apprentissage et le niveau opératoire, P. Louchet et M. Hautekeete écrivent :

"En conséquence, il apparaît nécessaire, surtout si
"l'on vise une formation permettant la mobilité et
"l'adaptation, de déterminer, pour chaque programme
"précis d'acquisitions de connaissances :
" - les opérations intellectuelles qui sont à la
"base des acquisitions visées ;
" - les apprentissages de lois ou de relations
"(appliquées à l'expérience antérieure des sujets)
"qui seront le plus facilement transférables et
"faciliteront ainsi l'acquisition de ces opérations ;
" - la modalité pédagogique favorisant au maximum ce
"transfert.
"Ceci revient donc à dire que tout apprentissage
"particulier doit être précédé d'un apprentissage
"fondamental, visant à donner aux individus les bases
"intellectuelles nécessaires et suffisantes qui
"permettront par transfert une acquisition beaucoup
"plus rapide et une meilleure compréhension du
"programme considéré."

7) "L'attitude s'exprime par une tendance à agir d'une certaine manière dans des circonstances données..." et "on définit souvent l'opinion comme étant l'expression verbale d'une attitude..." Evans (30, P. 28)

On conçoit qu'il existe deux possibilités au moins pour agir sur les attitudes : faire agir quelqu'un d'une certaine manière, il peut alors modifier ses attitudes (à la longue) ;

faire participer quelqu'un aux discussions d'un groupe dont les opinions sont jugées favorables, on peut alors inciter quelqu'un à modifier les siennes et partant, à modifier aussi ses comportements.

De leur côté, Lewin et Bennet ont montré que les discussions de groupe sont beaucoup plus déterminantes que des cours ou des conférences pour modifier des attitudes.

Le premier problème qui se pose peut être résumé ainsi : Comment déterminer l'attitude favorable, et l'attitude défavorable ? Au bénéfice de qui ces attitudes s'exercent-elles ? S'agit-il de modifier les attitudes de l'étudiant à l'égard du malade, ou celles qu'il a envers les supérieurs hiérarchiques ? Par quelles pressions les étudiants sont-ils amenés à changer leurs attitudes ?

Il nous semble que cet aspect éthique du problème fait partie intégrante de la formation. Il sera traité, débridé, avec les étudiants jusqu'à ce qu'un protocole d'accord intervienne qui tienne compte de l'ensemble de la situation.

Enfin, ajoutons que nulle modification ou acquisition d'attitudes ne peut se faire sans une connaissance de soi qui se compose de "la connaissance de nos capacités, de la connaissance que nous avons de nous-même et de l'appréciation de nous-même par rapport à d'autres." Le Ny (65, P. 80)

Dans ce type de formation approfondie, la relation enseignant-enseigné peut être fortement mise en cause. La manière dont l'enseignant traite les étudiants révèle ses attitudes profondes à leur égard. Il transmet "un modèle de relation" que les élèves auront tendance à reproduire.

Nous concluons ce paragraphe par une remarque concernant la place des techniques pédagogiques dans un enseignement et dans une formation : nous avons adopté l'idée qu'une technique pédagogique est utilisable en fonction du but qu'elle permet d'atteindre.

"Elle fait partie d'un système instrumental, un véritable système éducatif fait appel à elle à un certain moment de la séquence pédagogique, pendant un certain temps, après et avant l'utilisation d'autres techniques". Shulman (111, P. 76)

L'insistance de l'auteur à souligner l'aspect instrumental de toute technique pédagogique, situe bien celle-ci au rang des moyens permettant d'atteindre un but précis. Certaines polémiques actuelles tendent à accorder plus de poids aux techniques elles-mêmes : en ce cas, la technique devient une fin en soi et se constitue ainsi en véritable objectif pédagogique. Même si nous sommes en désaccord sur ce point, il ne nous semble pas douteux qu'une idéologie sous-tende les techniques pédagogiques car beaucoup d'entre elles s'alimentent à un type précis de raisonnement (inductif, déductif...) et de ce fait, elles ont sur l'être humain un impact qui déborde plus ou moins la visée initiale.

I.3 La formation

Nous avons jusqu'ici tenté de nous situer face à deux phénomènes concomitants : l'enseignement et l'apprentissage. Cela suffit-il pour parler de FORMATION ?

Le fait d'enseigner un rôle, le fait pour l'élève de l'apprendre, suffit-il pour qu'un nouvel infirmier existe ? C'est pourtant le sens même du mot formation : "action par laquelle un être est produit ou se forme".

Ce serait prêter beaucoup de pouvoir aux actions d'enseignement et d'apprentissage que d'en attendre tout.

- Nous pensons qu'un certain nombre de conditions sont indispensables pour que l'enseignement et l'apprentissage aient une chance d'aboutir à la formation d'un infirmier.

Nous voulons désigner sous cette rubrique les conditions préalables nécessaires qu'une sélection s'efforcera de mettre en évidence. Nous nous intéresserons donc aussi à "l'avant" de la formation.

- Par ailleurs, toutes ces conditions étant réunies, en admettant que les objectifs de formation aient atteint leur but, nous ne pensons pas que cela suffise pour que l'infirmier ainsi formé puisse travailler le phénomène de l'intégration dans le futur milieu professionnel nous paraît

tout aussi important. A ce titre il nous semble nécessaire que les dernières séquences de formation prévoient l'intégration du futur infirmier, c'est-à-dire "l'après" de la formation.

LA SÉLECTION :

Elle pose toujours un problème idéologique. Il peut se résumer ainsi : pourquoi sélectionner ? ou pour qui ?

En fait, la deuxième question une fois argumentée donne les réponses à la première.

Nous avons identifié quatre groupes de bénéficiaires éventuels de la sélection : les malades, les administrateurs employeurs d'infirmières, les élèves, le groupe professionnel.

- Le malade : dans le but de le protéger et de lui assurer les soins optimaux, on peut :

- . éliminer les personnes porteuses de telle inaptitude jugée incompatible avec l'exercice professionnel, et vérifier l'absence de ces inaptitudes ;

- . rechercher la présence d'aptitudes indispensables, c'est-à-dire sélectionner ceux dont les caractéristiques individuelles correspondent aux exigences techniques et humaines de la profession.

- L'administration : en vue d'assurer une certaine permanence des infirmiers, les facteurs recherchés seront ceux qui assurent la stabilité du personnel en cours d'études et après. Dans le but d'éviter les conflits, il est aussi possible d'éliminer les porteurs d'idéologies tendancieuses afin d'éviter les conflits politiques et les fermentations idéologiques internes... On peut aussi chercher à constituer des groupes porteurs d'idéologies semblables toujours dans le même but.

- L'élève : en vue de lui permettre d'effectuer les études avec succès, de s'épanouir humainement, de s'intégrer ensuite dans un milieu professionnel donné, on peut rechercher les aptitudes intellectuelles, physiques et psychiques indispensables.

- Le groupe professionnel : pour défendre son image de marque et rehausser le niveau professionnel, on peut fixer un niveau culturel minimum indispensable, un niveau d'examen parallèle à celui de professions socialement comparables...

Nous avons noté ce qui pour un groupe précis peut être choisi comme critère primordial. Les autres critères peuvent être présents mais dans

un ordre différent. Il apparaît que selon le groupe qui peut contrôler la sélection (soit par la publication des textes, soit par le biais des épreuves elles-mêmes), les critères primordiaux peuvent varier. De même selon les idéologies sous-jacentes, tel ou tel critère peut apparaître en premier.

Par exemple : un souci humaniste peut faire de la sélection le premier temps d'une orientation lorsque le jeune élève n'a pas encore exercé de travail salarié. On comprend que dans ce cas, le souci est différent et les conditions pratiques de la sélection seront très diverses.

Nous reprendrons ce problème dans la section III de ce chapitre, lorsque nous traiterons de réalisations concrètes.

L'INTEGRATION :

Un des synonymes d'intégration est "incorporation".

"Réunir des parties en un tout cohérent, introduire
"dans ce tout quelque élément nouveau qui se
"comporte en harmonie avec ce tout."

Foulquie (35)

Si nous retenons l'image intéressante qui s'applique à une machine intégrée où :

"chaque élément a sa fonction propre, et travaille
"à sa manière mais concourt à un programme commun
"qui le fait collaborer avec les autres"

nous identifions les conditions indispensables pour une intégration satisfaisante :

- connaître sa fonction, son rôle, être capable de l'autonomie indispensable ;
- connaître l'objectif ou les objectifs communs poursuivis par l'équipe de travail ;
- pouvoir insérer dans ces objectifs globaux ceux de sa propre fonction ;
- pouvoir fournir la collaboration indispensable à la réalisation commune.

L'insertion dans un groupe déjà constitué suppose que le futur infirmier a intégré le langage et les codes, les coutumes du groupe. Qu'il peut donner les réponses attendues, c'est-à-dire qu'il a dans une certaine mesure accepté les valeurs du groupe ; qu'il peut réagir solidairement au groupe devant une situation de crise.

"On attend la jeune diplômée au tournant : saura-t-elle remplacer une collègue au pied levé ? Apporter des croissants tel jour ? Ne pas forcer pour obtenir tel jour de repos si cela gêne ?..."

(témoignage d'une infirmière)

Nous appelons donc intégration le phénomène par lequel une élève infirmière accepte le milieu de travail, et est acceptée de lui, s'y accoutume et peu à peu en devient partie intégrante. Ce processus pose un double problème : rester soi-même, conserver ses valeurs et sa forme, tout en s'adaptant réellement aux valeurs des autres.

Il nous semble nécessaire que ce mouvement s'engage bien avant la fin de la formation et qu'il fasse l'objet d'objectifs définis. Dans le cas contraire, la jeune diplômée passera toute son énergie affective à s'intégrer dans le groupe de travail. (Nous avons retenu cette hypothèse comme étant l'une de celles qui permettent de comprendre les difficultés des jeunes diplômées à l'issue de leur formation.)

SECTION II : PROBLEMES POSES PAR L'ORGANISATION DE LA FORMATION AU NIVEAU

NATIONAL

Il était évident qu'une réflexion sur l'organisation de la formation au plan national devait précéder toute proposition d'aménagement concret. Il était non moins évident que personne ne songerait à construire un programme ou un projet de programme, seul, et en dehors de tous les organismes concernés.

Pourtant, nous nous sentions engagée dans le processus et il nous a semblé très important d'essayer de proposer au moins des idées générales structurées sous forme de projet, idées qui seraient l'aboutissement de ce travail de recherche individuel.

Pour avancer dans cette étape, nous avons tenu compte de programmes étrangers divers, des documents qui existent à l'heure actuelle sur ce sujet et des travaux de recherche français ou étrangers (Note 1).

Enfin, nous estimons avoir une vue suffisamment étayée du contexte

Note 1 : entre autres, le programme de formation des infirmières suédoises, la thèse de Poletti (95) et le programme canadien.

professionnel français à l'heure actuelle pour que nos propos ne soient pas uniquement des plans tirés sur la comète !

Avant d'aller plus loin, nous énumérerons quelques données qui nous paraissent nécessaires à toute organisation de ce genre :

1) Les structures proposées devront s'insérer dans l'ensemble du cursus général de l'éducation nationale, à leur départ et à leur arrivée. C'est la perspective d'insérer cette formation dans un plan d'éducation permanente qui doit justifier cette mesure.

2) Les structures de formation devront être très souples : elles doivent permettre soit à des jeunes issus du lycée ou des collèges d'entreprendre ces études sans avoir jamais exercé d'autres professions auparavant, soit à des adultes de se réorienter, éventuellement en cours de travail, sans perdre de vue leurs obligations familiales ou autres.

3) Les directives de formation données au plan national doivent être très précises en ce qui concerne l'organisation de la formation dans le temps et dans ses lignes générales, mais souples sur le plan de la conception pédagogique. Celle-ci doit pouvoir être adaptée à la clientèle, aux moyens humains et matériels, aux circonstances, à l'évolution... donc elle doit se décider au niveau de la "cellule" de base de cette formation. Le tout devra être conforme aux Accords Européens (134).

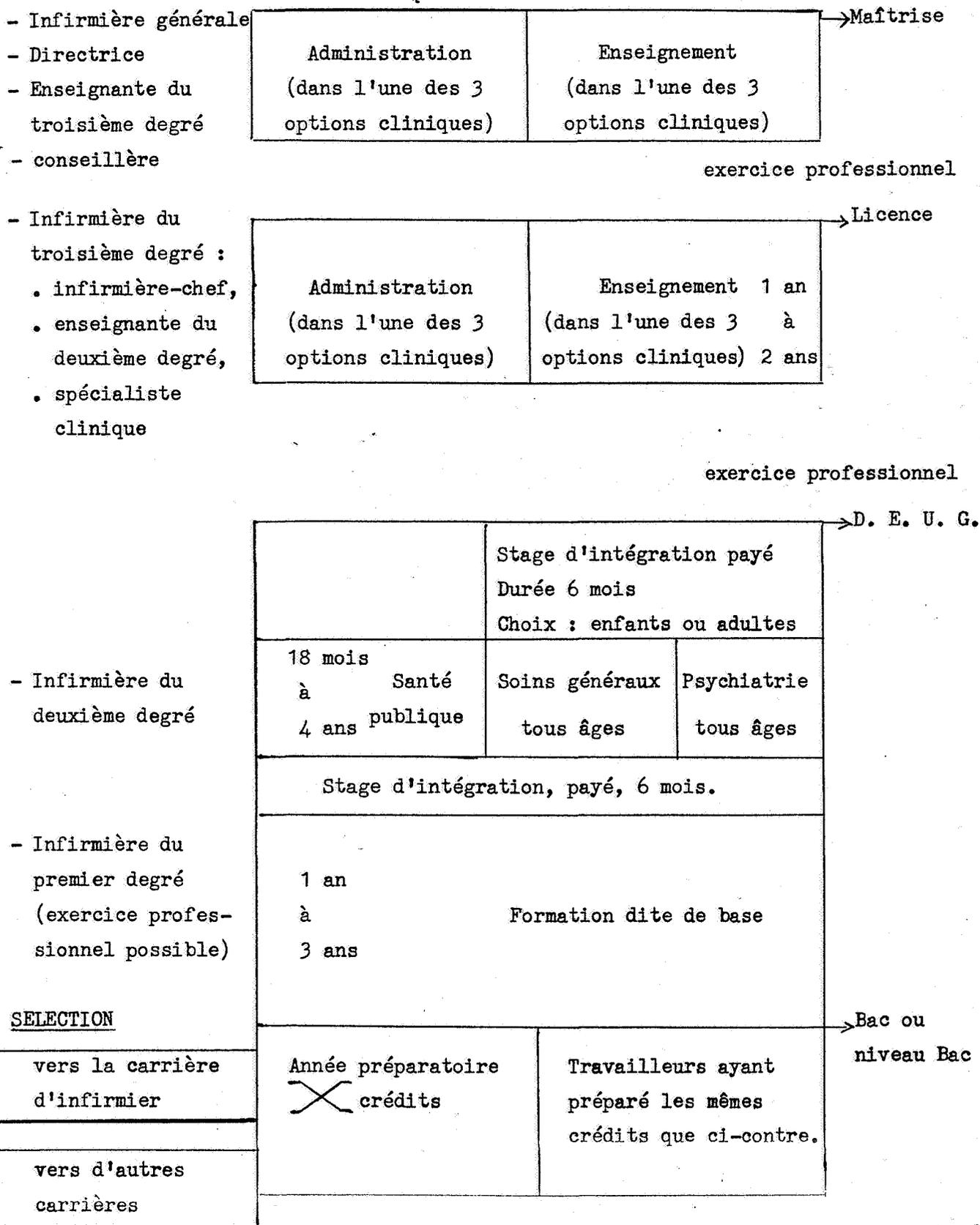
Les grands points que nous traiterons dans cette section se rapportent à deux axes de préoccupation dont nous pensons qu'ils forment la trame de l'organisation d'une formation : la notion de programme,
la notion de sélection.

La notion d'école, quant à elle, sera seulement envisagée à la fin de ce chapitre, car nous pourrons, autour de ce concept, organiser nos conclusions.

II.1 La notion de programme

II.1.1 Organisation générale de la formation : Nous traiterons donc d'abord, sous la terminologie de "programme", de l'organisation générale de la formation destinée à donner une vision globale du projet. Nous la traiterons par paliers, en intégrant pour chacun d'eux divers problèmes : la durée, le raccordement au cursus général d'enseignement, les niveaux de diplômes. Un tableau d'organisation générale est présenté page 233. Il doit permettre de comprendre les articulations entre les diverses étapes proposées.

TABLEAU N° 8 : SCHEMA GENERAL DE LA FORMATION



Lecture du tableau : de bas en haut.

A gauche : les différents degrés de formation infirmière ;

A droite : les niveaux universitaires auxquels ces dernières correspondent ;

Au centre : l'organisation schématique des diverses étapes avec leur durée.

II.1.2 Avant la formation proprement dite : une année préparatoire

Le premier problème à traiter est le raccordement des études secondaires et le début de la formation elle-même. En effet, il ne semble pas judicieux d'abaisser l'âge de début de la formation à 16 ans. Or, il peut se faire que des jeunes aient terminé leurs études secondaires entre 16 et 18 ans, âge minimum requis pour commencer les études d'infirmière. La solution la plus satisfaisante serait que ces jeunes puissent travailler durant cette période. Mais dans la conjoncture économique actuelle, ce ne sera le cas que de quelques uns. (Nous ne pouvons prétendre traiter un problème d'ordre social, nous soulignons seulement qu'il doit être pris en compte dans toute organisation de la formation.)

Aussi, nous pensons qu'il est intéressant d'aménager une année d'études, et non de formation professionnelle, après la fin des études secondaires, le jeune ayant ou non obtenu le baccalauréat. L'organisation de cette année devra être telle qu'elle permette aux jeunes qui le désireraient de repasser cet examen.

Cette année d'études pourrait être commune à des jeunes se destinant à des professions ayant des points semblables : médecins, sage-femmes, infirmières, kinésithérapeutes, entre autres. Nous ne perdons pas de vue que pour être réaliste, une telle supposition entraîne la nécessité de créer de nombreuses bourses permettant à des jeunes issus de couches sociales peu favorisées d'y avoir accès.

L'aménagement des activités de cette année d'études devrait tendre à poser des bases solides dans des domaines tels que :

- la connaissance de soi, la connaissance de l'homme,
- le développement et la maîtrise des outils de travail intellectuels,
- la connaissance et la pratique vivante de l'anglais.

(Ceci dans le but de permettre aux étudiants des voyages dans les pays nordiques ou anglo-saxons dont l'apport dans le domaine des soins infirmiers est très riche et d'autre part de leur rendre accessible la littérature professionnelle de langue anglaise.)

Deux objectifs précis devraient être posés :

. développer chez le jeune la capacité de travailler de façon totalement autonome et de prendre en charge sa propre formation. Cet objectif, dont nous reparlerons, s'inscrit dans la perspective d'un changement de comportement des futurs soignants à l'égard de leur clientèle ;

. développer une perception aussi exacte que possible de la profession envisagée. Cet objectif vise à compenser les images idéales véhiculées par les mass-média et la presse populaire, ou à rectifier les images dévalorisantes véhiculées de la même manière par des documents-témoignages non critiqués. On pourrait ainsi espérer que ne s'engageraient dans les études d'infirmières que des jeunes assez avertis pour y réussir personnellement et professionnellement.

A titre indicatif, nous proposons une orientation possible du contenu des deux premiers domaines à développer :

- Connaissance de soi, connaissance de l'homme :

Formation en sciences biologiques :

- . connaissance de son corps : schéma corporel,
sensations, contact,
mouvement dans l'espace,
territoire personnel,
perception du corps d'autrui,
etc...

Tout ceci évidemment sous une forme active à l'aide de techniques de relaxation ou d'expression de toutes sortes ;

. compréhension du fonctionnement physiologique du corps : une approche d'abord systémique, puis analytique permettra d'intégrer cette connaissance en sorte que l'étudiant ait compris les mécanismes de fonctionnement, d'abord d'une manière simplifiée.

La mémoire pure ne sera pas utilisée. Le travail devra donc se faire à l'aide de recherches personnelles et de mises en commun permettant d'évaluer la compréhension individuelle et la marche de chacun.

L'objectif sera que tous les étudiants aient constitué un capital de données utilisables dans ce domaine, cela signifie qu'ils doivent avoir effectué eux-mêmes l'élaboration du matériel, et l'avoir assimilé.

Formation en sciences humaines : psychologie et psychosociologie

. le développement de la personnalité, la construction progressive de l'être humain seront abordées à partir de données psychanalytiques solides et accessibles, permettant à l'étudiant d'effectuer une élaboration personnelle qui constituera une base pour ses études ultérieures ;

- . l'homme, son milieu de vie, la notion de besoin, désir, demande,

la relation entre l'homme et le milieu, la notion d'équilibre, de santé, seront étudiés avec soin, dans le but de situer l'homme dans un tout ;

. l'homme en relation : la communication, à deux, en groupe, les obstacles à la communication, l'écoute, les types d'intervention... feront l'objet d'une initiation théorique et pratique, en vue d'élaborer, plus tard, des compétences précises dans ces domaines.

- Développement et maîtrise des outils de travail intellectuels:

. tous les outils intellectuels concrets : l'analyse, la synthèse d'un document, le résumé, la fiche de lecture, le compte-rendu, l'utilisation d'une documentation seront pratiqués jusqu'à ce que l'étudiant ait acquis une certaine habileté dans leur maniement ;

. la formation méthodologique (par exemple : l'initiation à l'entraînement mental avec application à l'observation et à l'étude des phénomènes, et application à la résolution des problèmes) sera commencée à ce moment-là également.

Un certain nombre de "crédits" pourraient valider ces diverses acquisitions... Toutes ces suggestions sont à retravailler : elles sont livrées ici à l'état brut (Note 1).

Cette année d'études pourrait être organisée au sein d'un lycée, d'un collège ou d'un institut de formation autonome préparant au diplôme d'infirmier.

Un problème particulier se pose pour les futurs élèves infirmiers en cours d'emploi : auront-ils eu l'occasion, dans leurs études antérieures, d'acquérir les notions qui font l'objet de l'année d'études préparatoires ? C'est peu probable. Or ces notions devraient logiquement être considérées comme acquises, après l'année préparatoire, et ne pas faire l'objet d'un

Note 1 : Par "crédit", nous voulons désigner les tests qui valident une unité d'enseignement. Ils comprennent les connaissances et compétences qui doivent être testées à la fin de cette unité, qui est insérée dans d'autres unités d'enseignement et articulée plus ou moins avec elles.

nouvel enseignement. Il faudrait peut-être proposer comme solution la possibilité pour ces travailleurs de préparer les différents crédits nécessaires, sur leur temps de travail, et dans le cadre de la formation permanente (ceci évidemment seulement dans les zones où leurs tests seraient insuffisants).

La sélection des candidats aux études d'infirmier se placerait donc à la fin de cette année pour les étudiants qui l'ont suivie et après l'obtention des crédits voulus, pour les étudiants issus de branches professionnelles.

Nous traiterons ce problème de la sélection à part, après avoir donné les lignes d'organisation générale de la formation (voir page 243).

II.1.3 Les études d'infirmier

. Idée générale : établir diverses étapes de formation.

Chacune correspondrait à un brevet de capacité professionnelle précis permettant d'exercer : ces diverses étapes constitueraient une échelle de difficulté croissante dans la prise en charge des malades.

Chacune comprendrait un nombre de crédits déterminés à obtenir pour valider le brevet professionnel correspondant. Une fourchette de temps très large pour l'obtention de ces crédits permettrait aux étudiants désireux de conserver un emploi de mettre le temps voulu pour y parvenir.

Ces diverses étapes couvriraient l'ensemble des niveaux de formation professionnelle.

Chaque brevet de capacité correspondrait à un niveau universitaire précis. Donc il faudra prévoir les accords avec les autorités universitaires. Une idée très importante à notre avis est celle qui prévoit un exercice professionnel pour chaque brevet de capacité. C'est-à-dire que pour chacun d'entre eux, il existerait un statut précis.

Des négociations entre les instances professionnelles représentatives et l'administration d'une part, l'université et les étudiants d'autre part, devraient tendre à faire admettre ce principe au niveau d'une règle intangible : aucun diplôme ne serait délivré sans correspondre à un statut précis incluant les devoirs et droits professionnels qu'il recouvre. Il pourrait être admis que des formations différentes puissent donner le même statut mais à la condition qu'elles aient été reconnues par tous comme équivalentes.

En dehors de ces accords nationaux, l'organisation purement fonctionnelle de cette formation pourrait être laissée au contrôle local.

Nous pensons que des personnes représentant la profession, et acceptées par les autorités administratives et universitaires, pourraient assumer une fonction de supervision : portant sur l'organisation des apprentissages nécessaires pour acquérir un brevet de capacité précis ;

et portant sur la validation finale de cette compétence.

Ce "corps d'experts" qui, par ailleurs, seraient des professionnels à plein temps dans la branche qu'ils supervisent, donnerait de la souplesse aux structures de formation. En effet, ces experts pourraient être aussi nombreux que nécessaire . Ils seraient en quelque sorte les "juristes" qui assurent la validité d'un processus. Ils trancheraient aussi les litiges et les situations douteuses.

• Infirmier du premier degré (note 1) : durée 1 à 3 ans

Cette formation vise à permettre la prise en charge de malades ne pouvant par eux-mêmes satisfaire leurs besoins fondamentaux. (Dans le tableau n° 7 page 212 , il s'agit de la colonne de gauche.)

- Soit ces malades ne présentent pas de difficulté dans le domaine "technique" ni dans le domaine "humain" et ils peuvent être pris entièrement en charge par cet infirmier.

- Soit ces malades sont affectés d'un certain coefficient de difficulté dans l'un ou l'autre domaine, technique ou humain. En ce cas, la prise en charge se fera avec un infirmier du deuxième degré et sous son contrôle.

La formation viserait autant que possible à donner à l'infirmier la capacité de prendre en charge les malades de façon globale et personnalisée. L'idée fondamentale est de traiter le problème de l'homme en perte d'équilibre : comprendre les divers mécanismes biologiques et psychiques mis en jeu dans ces phénomènes, afin de progresser dans l'expérience pratique du soin (note 2).

Note 1 : La terminologie est inélégante et... hiérarchisante. Nous n'en avons pas trouvé d'autre.

Note 2 : Dans la section III : problèmes éducationnels posés par la mise en place de la formation, nous développerons divers procédés d'enseignement.

Par ailleurs seront continuées la formation en sciences humaines (concrètement, un travail progressif et continu à partir de cas vécus en situation, un aménagement des comportements à l'égard des malades, des familles, des autres travailleurs) et la formation méthodologique (application concrète de la démarche d'approche des malades).

Cette formation se terminerait par un stage d'intégration de trois mois dans le milieu professionnel (agent salarié mais supervisé) même pour ceux qui désireraient d'emblée poursuivre les études menant à un brevet de capacité de deuxième degré).

. Infirmier du deuxième degré : 18 mois à 4 ans

L'étudiant devra faire un choix entre les trois options cliniques : soins généraux, psychiatrie et santé publique. Ces formations étant organisées par crédits capitalisables auraient sans aucun doute quelques-uns de ces crédits en commun. Le choix n'est donc peut-être pas indispensable au départ, alors que l'étudiant n'a pas encore d'informations solides sur son orientation. Remarque : nous plaçons l'orientation "psychiatrie" à cette étape. Un infirmier du deuxième degré en psychiatrie devra être capable de soigner les malades dans les services de soins intensifs de psychiatrie. Nous nous plaçons dans l'optique d'une psychiatrie de secteur où seuls les malades, ayant temporairement besoin d'un milieu soignant spécialisé, seront hospitalisés.

Les travailleurs qui soigneront les malades en secteur (infirmiers psychiatriques actuels) recevront une formation probablement différente de celle des infirmiers dont nous parlons ici.

Par ailleurs, nous pensons que le choix qui orientera certains étudiants vers la santé publique doit se faire assez tôt, afin de leur permettre de travailler des disciplines indispensables à des personnes qui s'inséreront dans une action orientée vers la prévention, l'éducation sanitaire, l'amélioration des milieux de vie et des conditions de santé.

Dans cette formation, l'infirmier acquerra la capacité de prendre en charge des malades dont le coefficient de besoins techniques est plus élevé et dont le coefficient de besoins humains peut être à son maximum (tableau n° 7 page 212, colonne médiane).

En soins généraux comme en psychiatrie, l'étudiant aura des contacts successifs avec des enfants, adultes et des personnes âgées. (Une option enfant ou adulte pourrait être prise au moment du stage d'intégration qui précéderait l'exercice professionnel.)

Par contre, il ne semble pas utile que des connaissances poussées soient développées dans chaque spécialité médicale et chirurgicale. Une ou des démarches d'approches seraient intégrées, et on mettrait en place le plus d'éléments possibles pour faciliter les transferts d'apprentissage ultérieurs. Il serait convenu que, durant le stage d'intégration, 50 % du temps serait consacré, sur place, à développer toutes les connaissances et compétences nécessaires, rattachées à la spécialité du service (tableau n° 7, page 212, colonne de droite).

Durant la formation, les connaissances scientifiques seront un peu plus poussées, afin de permettre la compréhension des soins. La formation en sciences humaines se poursuivrait, et traiterait les problèmes spécifiques à l'option. Quant à la formation méthodologique, elle envisagerait la résolution de problèmes précis de l'option, la prise de décision, et une formation initiale à l'organisation du travail.

On pourrait convenir que toute personne qui le souhaite pourrait refaire une autre option au bout de 3 ou 4 ans d'exercice professionnel en acquérant les crédits spécifiques de cette option.

Enfin, au cours de cette formation, il nous semble qu'une orientation des soins pourrait être envisagée, en soins généraux, en particulier vers des soins infirmiers intensifs ou des soins infirmiers à des malades hospitalisés pour une longue durée.

. Infirmier du troisième degré et du quatrième degré :

Nous passerons très vite sur ces deux niveaux que nous ne situons que pour donner une vision d'ensemble de notre projet.

Le troisième degré se placerait après un temps d'exercice professionnel précis : 3 ans, 4 ans.

A ce niveau, il serait intéressant que l'orientation se fasse à nouveau entre deux spécialités de fonction : l'administration des soins et l'enseignement. Pour l'une et l'autre, nous pensons que la formation doit couvrir deux domaines au moins : la pratique de la fonction elle-même, ce qu'est gérer, ou enseigner, mais aussi la recherche à inclure dans cette fonction. Le troisième degré se situerait au niveau de la licence.

Le quatrième degré interviendrait après un autre temps d'exercice professionnel et ouvrirait une formation débouchant au niveau de la maîtrise, dans l'une des deux options de fonction.

• Quelques critiques :

1) Cette proposition s'insère dans le cadre d'une médecine orientée vers la spécialisation. Comme telle, elle peut renforcer le système et nous sommes en contradiction dans la mesure où nous en avons argumenté les déficits. Nous avons tenté de pallier cette difficulté en priorisant, dans les options de formation, les approches systémiques, et les soins conçus d'une manière totale. Evidemment, nous faisons ainsi de l'infirmier le garant du non-morcellement du malade, et cela peut paraître ambitieux.

2) En officialisant des catégories de soignants aptes à donner des soins en fonction du degré de difficulté, nous priorisons l'intérêt du malade qui devrait avoir un service de meilleure qualité.

Mais, nous avons l'air d'officialiser aussi une hiérarchie socio-professionnelle renforçant les castes : ceci n'est pas forcément bon pour le personnel... Nous pensons qu'il est très possible d'ôter toute hiérarchie entre les degrés de soignants, sans pour cela nuire à la qualité des soins. Poser le problème de la hiérarchie à ce niveau, c'est le poser d'abord au niveau de toute l'unité de soin : nous ne voulons pas entrer dans ce débat.

3) Un problème d'organisation très important se pose si l'on veut essayer de faire donner tous les soins d'un même malade par une seule personne : cela suppose de pouvoir donner à un infirmier du premier degré un malade qu'il peut soigner entièrement etc... Les malades seront sûrement très complaisants s'ils s'arrangent toujours de manière à être catégorisables ainsi !

Il est plus probable qu'il serait judicieux de constituer des équipes d'infirmiers si l'on désire rendre les soins aussi personnels que possible, dans cette optique où un même travailleur serait le plus possible responsable de tous les soins d'un malade.

4) Certains penseront peut-être que très peu de travailleurs resteront infirmiers du premier ou du deuxième degré, et que très vite il y aura saturation des postes de troisième degré... Nous argumenterons rapidement deux aspects :

◦ L'aspect économique : l'espoir d'un meilleur salaire peut pousser quelqu'un à poursuivre vers les formations suivantes. Il n'est pas évident qu'un infirmier du troisième ou quatrième degré doive être davantage payé

qu'un infirmier du premier degré... Si le salaire de départ est revu en fonction de critères réalistes, cet argument peut être caduc.

o L'aspect intérêt du travail peut inciter l'infirmier à changer de palier. L'intérêt au travail, la créativité, la motivation peuvent être stimulés autrement que par un changement radical de fonction. La personne qui désire se cultiver, continuer à travailler dans sa profession peut profiter de la formation permanente pour améliorer ses capacités et son plaisir au travail.

Nous empruntons cet argument à R. Poletti :

"la crainte émise par ceux qui pensent que trop peu
"de soignants seraient heureux de pratiquer leur
"profession au niveau infirmier assistant, par
"exemple, s'est révélée sans fondement dans les
"endroits où ce système de palier est employé. En
"effet, pour beaucoup de gens, l'idée qu'il existe
"une porte de sortie suffit à donner une satisfaction
"bien plus grande au travail. S'ils le désirent, ils
"peuvent aller plus loin, la décision est la leur,
"elle n'est pas prise arbitrairement sur la base de
"leur scolarité antérieure qui elle-même est plus
"souvent la conséquence d'une situation socio-
"économique qu'un reflet de leurs aptitudes intellec-
"tuelles."

(95, P. 12)

5) Enfin, une remarque concernant le plan économique peut être faite : dans un tel système, il sera beaucoup plus difficile de prévoir exactement le nombre d'infirmiers dont on peut "disposer" à l'issue d'une formation très bien balisée dans le temps, telle que celle que nous connaissons à l'heure actuelle. Ceci est certainement un grand inconvénient sur le plan du marché de l'emploi.

Cette proposition n'est pas réellement une création : des systèmes un peu analogues existent dans d'autres pays. Nous avons insisté à plusieurs reprises sur la possibilité pour les étudiants d'acquérir les divers crédits à leur rythme. L'utilisation de la forme discontinue nous semble pédagogiquement très bonne. Pour le devenir dans la réalité, plusieurs conditions seront nécessaires, et nous pensons que ces conditions sont aussi l'une des chances de la formation continue en France.

La réussite d'une formation "en discontinu" dépend entre autres : de l'organisation du travail dans l'entreprise. Quelqu'un ne peut pas en même temps poursuivre des études et accomplir le même travail qu'en temps ordinaire. Une organisation différente doit être introduite, à tous les niveaux, afin que les bienfaits d'une formation en discontinu ne se transforment pas en un pari difficile à tenir.

Nous insistons encore sur les chances que peut offrir la formation en discontinu : l'allongement du temps des études à temps plein ne paraît pas réaliste et le sera de moins en moins. Tous les adultes "re-scolarisés" sur le tard manifestent plus ou moins fortement des signes de désadaptation à la scolarisation à temps plein.

Cela ne signifie pas que nous soyons systématiquement opposée à une formation en temps continu : nous pensons que cela aussi doit pouvoir être un choix. Une ou deux années de formation peuvent constituer un "temps sabbatique" dans une existence.

II.2 La notion de sélection

Lorsque nous avons tracé les grandes lignes de l'année préparatoire aux études d'infirmier, nous avons suggéré l'idée que les futurs élèves infirmiers justifient un certain nombre de "crédits" au moment de leur candidature.

La sélection s'effectuerait donc à l'issue de l'année préparatoire pour ceux qui l'ont faite ; le candidat justifierait l'acquisition des crédits nécessaires, et il serait peut-être possible d'exiger de tous les candidats (excepté les candidats issus de la promotion intra-hospitalière) un mois de pré-stage qui aurait pour but :

- de leur permettre de confronter leurs représentations du rôle infirmier et du milieu professionnel avec un lieu précis et des cas concrets ;
- de leur permettre de commencer à évaluer leur force physique et morale ;
- mais en aucun cas une évaluation quelconque des aptitudes n'y serait faite afin de ne pas mêler des objectifs aussi contradictoires.

Des unités de soins seraient contactées en nombre suffisant et organisées en service d'accueil de ce type avec possibilités données aux candidats de s'informer, d'effectuer des visites dans l'hôpital, de suivre des infirmières au cours de leur travail... L'accueil de ces candidats serait

reconnu comme une des fonctions enseignantes de ces services auxquels les moyens indispensables en personnel et en matériel devront être donnés : dans le cas contraire, l'organisation de ce pré-stage sera inévitablement laissée au gré des bonnes volontés, déjà amplement sollicitées. Il risque d'être perçu de la part du personnel comme une surcharge et de sombrer dans l'artisanat.

Nous pensons que le principe d'une seule et unique étape de sélection devrait être retenu.. Une fois cette étape franchie, les candidats devront avoir à leur disposition tous les moyens de devenir des professionnels qualifiés, quel que soit le palier qui les intéresse. Ensuite, les divers tests devraient suffire pour qu'un étudiant puisse définir lui-même le palier auquel il peut accéder.

Notre argument en faveur de ce principe est que la multiplication des épreuves sélectives augmente l'angoisse et la désorientation. De plus, nous pensons qu'ainsi tous les efforts pourraient être faits pour donner à cette sélection initiale la valeur humaine et professionnelle qu'elle doit avoir. La reconnaissance d'un tel principe par les pouvoirs publics et les représentants professionnels qualifiés est indispensable car une sélection digne de ce nom sera forcément coûteuse.

La sélection porterait au moins sur les trois axes habituels :

- les capacités du candidat à assumer les tâches et fonctions du rôle infirmier ;
- ses capacités à s'intégrer dans un milieu professionnel soignant ;
- ses capacités à effectuer les études nécessaires.

On admettrait, comme un postulat, l'obligatoire hétérogénéité de la population étudiante infirmière : en effet nous devons désormais compter avec un ensemble de facteurs qui sont devenus des réalités quotidiennes tels que la promotion professionnelle, la mobilité professionnelle, le recrutement de jeunes à l'issue d'échecs scolaires et universitaires. Tout ceci entraîne l'augmentation des facteurs d'hétérogénéité dont nous donnons une idée par le tableau de la page suivante.

TABLEAU N° 9 : FACTEURS D'HETEROGENEITE DE LA POPULATION ELEVES-INFIRMIERES

Catégories de travailleurs Facteurs d'hétérogénéité	Travailleurs provenant d'un milieu soignant (promotion)	Travailleurs provenant de milieux non soignants	Jeunes issus d'institu- tions de formation n'ayant jamais exercé d'emploi salarié
Age	jeunes et adultes parfois plus de 30 ans	adultes	jeunes pré-adultes
Responsabilités familiales	fréquence +++	fréquence +++	fréquence -
Habitué à un salaire	oui	oui	
Représentation du rôle	oui	peu ou pas ou fausse	peu ou pas ou fausse
Facteurs sociologiques	vie de travailleur	vie de travailleur	vie d'étudiant
Motivations conscientes	promotion	hétérogènes : chômage, promotion, choix idéo- logique etc..	hétérogènes : échec ailleurs, impossibilité de faire autre chose, choix...
Stabilité présumée	élevée	élevée	basse
Niveau d'études	C. E. P. B. E. P. C.	hétérogénéité du C. E. P. jusqu'aux diplômes uni- versitaires.	hétérogénéité : du niveau bac jusqu'aux diplômes universitaires.

Ces différentes données, qui reposent sur une documentation mais pas sur des statistiques, montrent bien les divers facteurs d'hétérogénéité de la population étudiante infirmière.

L'organisation de la formation telle que nous la silhouettons précédemment permettrait d'intégrer cette notion d'hétérogénéité de la clientèle, plutôt que de l'occulter.

Le mot de "sélection" entraîne des résonances multiples quand on le prononce. Les sous-jacents idéologiques sont constants. Qui dit sélection, dit choix : des élus et des non-élus. Le choix implique des critères, une orientation.

Quelle orientation voyons-nous à ce choix en ce qui concerne les futurs infirmiers ? Nous souhaiterions que l'intérêt des malades soit pris en compte, et qu'il soit le critère primordial.

Ce souhait n'est peut-être pas facile à réaliser et il est probablement utopique. Nous ne pousserons pas l'ambition jusqu'à vouloir effectuer ici une étude approfondie de ce thème épineux et brûlant. La documentation est riche sur ce point. Nous renvoyons, parmi les travaux effectués, à l'étude très argumentée de M. Tallandier (120).

Sur un plan général, nous reconnaissons que l'enjeu peut être de caractère "politique" (faire un choix pour une certaine société) et qu'il existe un lien entre la sélection et le type d'infirmière qu'une école voudrait former : en ce sens, une sélection ne se concevrait pas sans un projet de formation.

Nous nous interrogerons seulement sur deux aspects du problème de la sélection, qui nous sont plus accessibles :

- L'aspect socio-économique :

C'est le lien entre une sélection possible et les besoins en infirmières d'un hôpital ou d'une région. Il pourrait ainsi y avoir un flottement de la sélection en fonction de l'emploi local : si un hôpital a beaucoup de postes à pourvoir, et très peu de candidatures, il aura tendance à faire pression pour abaisser les normes de sélection.

Réglementer l'accès à cette formation en fonction des postes à pourvoir est une décision de nature politique, elle renvoie à "qui décide du nombre de postes à pourvoir ?"

Dans la mesure où la formation serait organisée en fonction de structures assez souples, si les normes de la sélection ne cadraient plus du

tout avec les besoins en infirmières, que feraient les jeunes, titulaires d'un diplôme inutilisable ? Faut-il compter sur l'ouverture d'un marché de l'emploi européen ? La régulation entre l'offre et la demande est-elle possible ? Qui peut la faire ?

Face à de telles dimensions, nous ne pouvons que soulever des questions dont nous n'avons pas les réponses.

- L'aspect éducationnel du problème :

Dans cette perspective, on peut effectuer une sélection au profit du malade (lui assurer des soins optimaux) ou au profit de l'élève (assurer son intégration et ses possibilités d'épanouissement)... Est-ce possible ?... Il serait par ailleurs illogique de demander à une future infirmière au moment de la sélection de faire preuve des capacités qu'on lui demandera de manifester trois ans après à l'issue de sa formation.

Il nous semble légitime de retenir au moins deux principes : cette sélection recherchera l'existence d'inaptitudes préalablement définies, et l'existence en germes d'aptitudes que la formation se proposera d'aider à développer.

. Par l'examen psychologique, on se proposera de "bâtir un pronostic sur les situations auxquelles le sujet saura s'adapter en fonction de ses aptitudes, de ses connaissances, de son expérience, et de ses réalisations." (120, P. 5)

Les outils dont le psychologue dispose (tests projectifs, épreuve de groupe, entretien psychologique) peuvent permettre d'atteindre ces objectifs avec un espoir raisonnable de succès. Lorsque nous parlions du coût de cette sélection, c'est de cela que nous parlions : pour être efficaces, ces outils doivent être utilisés par ceux qui sont habilités à les manier. La rigueur est nécessaire sur ce point. De plus, nous pensons que les institutions de formation, quelles qu'elles soient, doivent rester à l'écart de ces épreuves.

En dehors d'un défaut très net d'orientation, ces épreuves peuvent rechercher les inaptitudes actuelles d'un individu dans le domaine socio-affectif : une instabilité émotionnelle trop élevée, une impulsivité excessive, l'incapacité à communiquer, enfin la manière dont le sujet se situe face aux décisions à prendre.

Par ailleurs, ces mêmes tests peuvent permettre de déceler les candidats doués d'une compréhension particulière des situations et des person-

nes, ayant atteint un degré d'autonomie particulièrement élevé, capables d'établir un mode relationnel riche et nuancé.

L'idée d'insérer ces tests dans la perspective de la dynamique du sujet nous paraît particulièrement intéressante : ainsi la sélection pourrait ne pas être un rejet, mais en certain cas une temporisation (120).

. Par les tests de la zone intellectuelle, les inaptitudes à rechercher concerneront un système verbal éventuellement insuffisant, des connaissances générales trop peu développées, ou des moyens d'élaboration (fonction intellectuelle) trop faibles.

En résumant les propositions faites dans ce document (120), une sélection pourrait se composer :

- de moyens nécessaires pour informer le candidat sur les réalités professionnelles, les aptitudes nécessaires et les inaptitudes fondamentales ;

- de tests lui permettant d'établir son niveau intellectuel (expression écrite, orale, compréhension et jugement, culture nécessaire) (note 1) ;

- des tests psychosociologiques éclairant sa personnalité, son expérience passée, son environnement, ses façons de réagir.

La décision serait à prendre en fonction du tout : si les tests ont décelé des inaptitudes, celles-ci pourraient entraîner une décision ferme tout en étant parfois temporaire.

A qui appartient la décision finale ? Dans un ensemble comme celui-là, il n'est pas possible d'arriver à un résultat mathématique... La décision pourrait être prise en commun, entre le candidat, le psychologue et la professionnelle habilitée à faire passer ces tests, en tout cas, chaque fois qu'il y a un litige ou un problème. Ce pourrait être l'ébauche d'une réorientation du candidat éventuellement.

Ce problème de la décision finale reste difficile à trancher : jusqu'ici une école d'infirmières avait la relative possibilité d'effectuer une mini-sélection des candidats déjà reçus à l'examen officiel, dans la

Note 1 : L'acquisition de crédits, telle que nous la proposons pourrait tenir lieu de tests intellectuels.

mesure où les candidats qui se présentaient à ses portes excédaient sa capacité d'accueil. Ce n'est pas sans difficulté que les écoles abandonneraient le pouvoir de sélection qui leur permet d'ajuster quelque peu, à l'examen officiel, leur propre vision des futures professionnelles.

Nous pensons que l'organisation de cette sélection en dehors des écoles allègerait le procédé. De plus, nous estimons que les futurs employeurs peuvent ne pas être présents à cette étape : ils auront en effet leur efficacité lors de l'embauche d'un agent, comme toute entreprise d'ailleurs.

Par contre, nous pensons que la présence d'une professionnelle qualifiée pour participer à ce travail de sélection garantit son adéquation aux réalités professionnelles.

Cette dernière remarque nous amène à nous poser plus concrètement le problème de la mise en place de la formation en ce qui concerne ses objectifs, ses structures, ses étapes...

SECTION III : PROBLEMES EDUCATIONNELS POSES PAR LA MISE EN PLACE DE LA FORMATION

Nous venons de silhouetter une carrière d'infirmier, incluant la dimension du temps dans notre approche, mais sans apporter de solution aux questions : une formation oui, mais où, comment, pourquoi, vers quoi, avec qui ?

Nous devons donc maintenant nous situer par rapport à ces questions, sans perdre de vue l'ensemble dans lequel elles apparaissent.

Il nous semble nécessaire de résumer ici les idées-forces que notre projet véhicule :

1) Lutter contre le morcellement : soigner l'homme dans sa globalité. Nous avons interprété l'idée de "fossé entre la théorie et la pratique" comme le symptôme d'une dichotomie, celle qui existe entre le corps et l'esprit et qui touche d'abord le malade, puis l'infirmière et l'élève-infirmière.

Soigner le malade dans son entier, signifie admettre la complexité de sa constitution, et les inter-relations permanentes de son corps et de son psychisme. de sa vie somatique et de sa vie psychique. Soigner le malade comme un être humain, c'est reconnaître son appartenance constante en même temps à ces deux mondes, visible et invisible, mais appartenance

intriquée, simultanée, non dissociable, alors que pour les nommer nous devons les séparer. Pour soigner de cette manière, le soignant sera amené à reconstruire sa propre appartenance à ces mondes et acceptera d'investir dans ses activités, qualifiées si faussement de manuelles, son affectivité et son intelligence.

La formation préparera les élèves-infirmières à soigner les malades dans leur totalité, si elle les concerne dans leur personnalité entière : c'est dire que les connaissances et les activités de mémorisation ne peuvent à elles seules assurer une telle formation.

2) Lutter contre la relation dominant-dominé : rendre au malade le pouvoir de se soigner. Le malade "se soigne" : c'est la prise en charge du malade par lui-même qui est considérée comme le facteur essentiel de la guérison. Les soins viseront à aider le malade à conserver ou retrouver le plus vite possible son autonomie affective, intellectuelle et physique ; le malade est responsable de tout ce qui le touche.

La relation de soins, dans cette optique, ne comporte pas la connotation dominant-dominé qui lui est habituelle. Dans cette perspective, les rapports entre les soignants quels qu'ils soient, seront modifiés de même : en effet plus les relations entre les soignants sont marquées par des rapports de force, plus les relations avec les malades en sont imprégnées. Ainsi, la prise en charge de soi par le malade dépend en partie de la manière dont les soignants se prennent en charge. Les élèves devront donc progressivement développer leur capacité de se prendre en charge. La formation ne pourra les y aider que dans la mesure où les relations de formation ne seront pas fondées sur le rapport "dominant-dominé".

En effet, si les élèves sont habituées à la passivité, à la soumission, et à la dépendance, elles auront beaucoup de peine à orienter les soins vers une prise en charge de soi par le malade.

Dans la mesure où certaines de ces attitudes correspondent à des attitudes défensives et ont été identifiées comme telles, le problème spécifique des attitudes défensives devra être traité sans ambiguïté.

3) Enfin, avant de détailler les points principaux de notre projet, nous situons comment nous comprenons un programme :

"Traditionnellement, le plan d'un programme d'études
"se présente sous la forme d'un exposé schématique
"des cours, de leur agencement, de leur ordre chrono-
"logique, du temps qui leur est affecté, de la

"matière qui y sera traitée et des méthodes pédagogiques qui seront utilisées... Il ne renseigne pas sur ce que le programme est censé produire. Le plan d'un "programme d'études finalisé", en revanche, s'il est lui aussi un exposé descriptif, s'attache surtout à spécifier les objectifs de l'apprentissage et les diverses ressources auxquelles les étudiants peuvent recourir pour atteindre ces objectifs. Ces ressources peuvent comprendre des cours magistraux, mais ils ne sont qu'un des nombreux moyens didactiques utilisables. Le document servira aussi aux enseignants, mais avant tout pour leur rappeler constamment qu'il n'y a pas de programme optimal unique pour les étudiants, et pour les encourager à créer régulièrement des choix et des alternatives plutôt qu'à poursuivre le but inaccessible du programme d'études considéré comme une fin en soi. Le monde change, et avec lui le programme d'études doit changer pour répondre aux besoins nouveaux et exploiter les possibilités nouvelles. La théorie des programmes d'études veut que le processus de planification soit un processus permanent, dynamique et sans fin..." (137, P. 16-17)

A partir de ces idées essentielles, nous allons successivement porter notre intérêt sur trois points :

- l'objet à enseigner, à apprendre ;
- les procédés d'enseignement ;
- les relations enseignant-enseigné.

III.1 L'objet à apprendre, à enseigner

III.1.1 L'année préparatoire

A titre indicatif, voici ce que pourrait comporter cette année, nous en avons déjà parlé. Des objectifs très généraux pourraient concerner : le développement de la connaissance de soi, l'amélioration de la pratique des outils intellectuels et la capacité de parler l'anglais et le lire.

Nous ne pouvons pas entrer dans le détail d'objectifs spécifiques, à mettre au point dans chaque centre. Par contre, nous pouvons illustrer notre idée par quelques exemples :

- Connaissance de soi, qui se compose de "la connaissance de nos capacités, de la connaissance que nous avons de nous-même et de l'appréciation de nous-même par rapport à d'autres..." (65, P. 80)

Les objectifs pourraient s'inspirer de ces divers niveaux de connaissance et l'utilisation d'une approche systémique faciliterait la vision totale : perception du corps en soi, dans l'espace..., perception du schéma corporel, identification des tensions et de leur nature..., amélioration de la perception des sensations périphériques, restauration des sens..., perception de l'équilibre, de la pesanteur et de la légèreté...

Toutes ces actions de développement et de connaissance de soi seront proposées dans une ambiance de liberté et d'absence de contrainte. Mais toujours avec une perspective de "totalité" : en partant du corps, par une approche perceptive, intuitive et sensorielle, intégrer les affects, et la compréhension, ou au contraire, en partant de l'abstrait, si c'est le chemin choisi, réinvestir le perceptif, le sensoriel, l'espace autour de soi, le monde.

La connaissance de soi, corps et esprit, progressera en cours de formation. Des outils très différents peuvent être utilisés pour ce faire, selon les goûts et les peurs de chacun.

La connaissance du corps, de ses mécanismes naturels de fonctionnement, s'inscrira dans ces perspectives d'une manière simple et légitime. Il s'agira d'apprendre à connaître le fonctionnement du corps vivant : ainsi les descriptions anatomiques nécessaires pour un médecin qui doit différencier et proposer des diagnostics passent au deuxième plan. L'essentiel sera de maîtriser les mots indispensables pour permettre de comprendre à fond les mécanismes de fonctionnement. Ceux-ci seront toujours mis en face des actes de soin pour lesquels leur compréhension est indispensable : thérapeutique, examens, diététique etc... Rien du pathologique n'apparaîtra durant cette année : le corps est l'objet de tabous multiples, aucun de nous ne peut affirmer qu'il habite son corps réellement, depuis toujours et sans difficultés ; enfin, nous ne sommes pas forcément conscients des attitudes défensives que notre corps permet et assure.

Ceci suffit pour comprendre qu'une année entière de préparation soit bénéfique à ceux qui doivent rencontrer les malades dont le corps est porteur de douleur et de maux.

De la même manière, on abordera le développement de la personne dans le but de faire percevoir à chacun son mode de fonctionnement psychique. La connaissance plus intime de soi, de ses comportements, la manière d'être de chacun, les relations à soi, au monde, la perception de l'autre, les relations de groupe, les niveaux de communication, sont autant de domaines à explorer, mais toujours dans la même perspective de respect.

Nous venons de brosser un tableau bien vaste... Nous ne suggérons pas que tout soit fait et atteint en une année. Mais au moins qu'une préparation solide ait permis à chacun de mieux se saisir et se comprendre, en un mot que chacun ait commencé à porter un regard sur soi.

- Le développement des outils de travail intellectuel. L'objectif à poursuivre pour les unités de formation de cette branche pourraient être, par exemple : de développer chez les étudiants la capacité de travailler par eux-mêmes. Ceci sous-entend la pratique de certaines techniques telles que le résumé, la synthèse de documents, mais aussi l'apprentissage de méthode de travail moins connue, telle que le dossier documentaire par exemple. De cette manière, chacun sera incité à travailler pour soi et par soi, d'abord. Les étudiants constitueront pour leur usage personnel une sorte de documentation déjà triée, aménagée, leur permettant de disposer du matériel indispensable pour leurs travaux et leurs activités professionnelles. On pourra investir pour cela le temps qui était consacré à apprendre des connaissances immédiatement rejetées dans l'oubli.

Dans cette même branche se place l'approche de certains modes de raisonnement utilisables dans les situations de travail. Certains s'inspirent de la méthode expérimentale. Il en est ainsi de "l'entraînement mental" (21) dont les rudiments peuvent déjà être apportés durant l'année préparatoire. L'objectif pourrait être d'entraîner les élèves à la résolution de problèmes simples. La démarche générale se déroule suivant les étapes ci-dessous :

o De quoi s'agit-il ? Pour répondre à cette question, il faut apprendre à observer, décrire, énumérer, distinguer et comparer.., tout un développement des moyens de perception du réel, et de notre monde intérieur : découvrir les obstacles, les pièges sur la perception du réel comme par exemple, notre subjectivité, les défauts de la mémoire, les répulsions, les images pénibles antérieurement mémorisées..., discerner les opinions, les sentiments, les faits...

o Qu'est-ce qui ne va pas ? Cette question nécessite de déceler dans la situation les troubles, les contradictions, les relations de cause à

effet, les causes apparentes et les causes profondes, les déterminations qui ont entraîné l'enchaînement des causes.

o Que peut-on faire ? Mis en comparaison avec que voudrait-on faire, dans l'idéal et que se passerait-il ensuite ? Ces dernières questions ouvrent sur des possibilités de solution.

Cette rapide description d'un type d'approche du réel permet de se représenter les écueils spécifiques de cette approche : le sur-investissement intellectuel rendu possible peut court-circuiter la sphère affective, constituant un mode de défense solide et très gênant pour préparer les étudiants aux contacts avec les malades. Il faudra donc pallier ces inconvénients pour éviter la formation d'attitudes défensives de ce genre.

Nous ne prétendons pas apporter ici l'ensemble des domaines à explorer durant l'année de formation. Nous avons choisi quelques pistes particulièrement intéressantes, afin de mieux illustrer la ligne dans laquelle nous nous plaçons. Nous n'irons donc pas plus loin dans les espaces qui peuvent être investis au cours de l'année préparatoire : nous les avons déjà cités dans la section II.1 (la notion de programme) page 232.

A partir de ces bases, communes à plusieurs professions, les étudiants s'orienteront vers celle de leur choix : l'année préparatoire devra leur avoir permis des expériences différentes éclairant leurs motivations, et rendant ainsi leur décision finale mieux adaptée. C'est ici que se place la sélection dont nous avons également parlé.

III.1.2 La formation des infirmières de premier degré

Nous proposons d'explorer trois dimensions pour ce premier degré, tout en soulignant qu'il y en a vraisemblablement d'autres :

- les découvertes et connaissances ;
- les méthodes de raisonnement et outils de travail intellectuel ;
- les expériences professionnelles du premier degré.

- Les découvertes et connaissances : nous plaçons sous cette rubrique les données indispensables, qui font suite aux travaux de l'année préparatoire. Nous énumérons rapidement :

- o concernant le corps et son fonctionnement : les mécanismes de dysfonctionnement, les signes, les anomalies ;
- o concernant l'esprit et le psychisme : les troubles et signaux de dysfonctionnement.

Les objectifs poursuivis lors de ces séquences pourraient être (en schématisant) d'atteindre le niveau des objectifs définis par Le Boterf (63). Comme nous n'avons pas eu encore l'occasion de les préciser, nous les résumons ici :

Le premier niveau d'acquisition, le plus élémentaire, est celui de l'information : être au courant de l'existence d'un phénomène, d'une théorie, d'une technique. Donc, savoir les énumérer en utilisant un vocabulaire adapté.

Le deuxième niveau est celui de l'acquisition "d'un instrument de lecture" et d'expression des phénomènes étudiés. L'étudiant peut alors repérer, reconnaître, nommer, désigner les phénomènes ou les processus. Ce niveau permet donc de différencier certains signes, phénomènes ou processus. L'intérêt de cette acquisition est évident. La vérification devra se faire concrètement, en situation, et non par oral ou écrit.

Nous citons les deux autres niveaux car nous devrons en reparler ultérieurement : le niveau trois est celui de l'acquisition de la maîtrise d'un outil. L'étudiant a acquis la possibilité de se servir d'un outil, d'une technique : il en connaît l'existence, peut l'identifier, et peut s'en servir. Le dernier niveau est celui de la maîtrise méthodologique : il s'agit de l'invention de nouveaux domaines d'application de la technique ou de l'outil, amélioration des outils..., éventuellement, en trouver d'autres...

Les signes et signaux de dysfonctionnement doivent être l'objet d'un enseignement très développé, être toujours replacés dans le contexte global de l'être humain afin de ne pas commencer là le morcellement dont nous avons parlé.

- Les méthodes de raisonnement : il s'agit d'approfondir ce qui a été commencé lors de l'année préparatoire.

L'objectif général poursuivi dans cet aspect de la formation pourrait être d'aider l'élève à forger un certain comportement face aux situations professionnelles : c'est-à-dire, l'aider à développer en elle l'aptitude à porter un jugement rapide sur les situations et prendre les décisions adaptées. Il s'agit donc d'une pensée dynamique qui saura évoluer dans la mouvance actuelle. On développera donc la recherche d'un mode de raisonnement qui convienne à l'élève et corresponde à ces nécessités.

Le raisonnement dit expérimental (35 et 58), ou le raisonnement dit dialectique (21, P. 109) peuvent être l'un ou l'autre utilisés dans ce but.

o Le raisonnement expérimental qui part d'une hypothèse propose d'aborder le phénomène en disant : si l'hypothèse est vraie, nous devons

observer tel ou tel phénomène - or, nous l'observons, ou nous ne l'observons pas - donc l'hypothèse est vraie ou fausse.

o Le raisonnement dialectique étudie les choses dans leur mouvement et leurs changements, en mettant l'accent sur leurs contradictions. A et Non-A existent au sein de la même réalité. A sécrète Non-A : le conflit permanent entre les deux provoque le changement et résout le conflit "toute situation, toute chose, tout être vivant est une unité de contraires" (2I, p. 110).

Quatre éléments résument la pensée dialectique et justifient le choix que nous en faisons ici :

- . la notion de changement : tout est toujours étudié au sein d'un processus ;
- . la notion de contradiction : les aspects contradictoires d'une situation nous révèlent son mouvement ;
- . la totalité : la dialectique travaille sur la totalité d'une réalité ;
- . le progrès par bonds.

Ces divers types de raisonnement doivent être travaillés sur des situations concrètes. Leur application se fera à deux domaines : le domaine de l'analyse de problème, suivi par l'analyse de situation, et, par ailleurs, le domaine des démarches nursing qui ne sont elles-mêmes que des applications de l'analyse de situation.

Ajoutons que toute l'organisation du travail peut être regardée à la lumière de ces raisonnements qui sont un appui solide pour cette science.

- L'expérience professionnelle du premier degré : sous ce terme nous incluons tout ce qui est la théorie des soins. Au niveau où nous nous plaçons, seuls les deux premières étapes seront franchies, et encore uniquement pour des soins simples : il s'agit des "modèles nursing" et des "démarches nursing". (Page 195 et page 200).

o Les modèles nursing : il s'agit, comme nous le disions plus haut, des valeurs et attitudes mises en jeu dans cette profession. Les objectifs généraux seraient : que chaque élève arrive à identifier son système de valeurs, ce à quoi il croit ou ne croit pas, ce qui est essentiel, important ou secondaire pour lui, en quoi il est voisin ou déviant par rapport aux opinions dites courantes.

Les domaines sur lesquels il faudrait travailler ces valeurs

- définitions biologiques, sociologiques, ethniques,
politiques...,
équilibre-déséquilibre...,
2) conception de la santé crises : naissance, maladie, mutilations, veuvage,
vieillesse, deuils..., retraite...,
la santé sous l'angle national : notion économique,
politique...,
les handicaps divers et la santé etc...
- satisfaction des besoins,
assistance totale, partielle, de support,
adaptation du malade, inadaptation...,
3) conception des soins but des soins,
actions supportives, actions thérapeutiques,
soins = prévenir, guérir, éduquer ?
visions du personnage "infirmière"...
- temporaire, définitif,
4) notion de de personnel soignant : les milieux de soins spé-
cialisés, le foyer comme milieu de soins...,
milieu soignant : notion d'équipe soignante,
les relations d'équipe,
notions d'éthique...

o Les démarches nursing : leur objectif général est d'apprendre à soigner.

Avant tout, nous signalons que les niveaux d'apprentissage seront définis en fonction d'un critère de complexité appliqué aux deux dimensions dont nous avons dit qu'elles constituent, à notre avis, deux dimensions inaliénables des soins : la dimension humaine,
la dimension technique.

Pour illustrer notre propos, voici quelques exemples de facteurs qui pourraient être pris en compte :

- DIMENSION HUMAINE, critères : . urgence : problème de vie et de mort immédiate,
. problème de vie et de mort à plus ou moins long terme,
. avenir : problème de séquelles, diminution temporaire ou non de la motricité,

diminution temporaire ou non de la vie relationnelle (langage : trachéotomie par exemple...), diminution ou perte des possibilités de vie sexuelle...,

- . problème touchant le corps : concernant l'intimité physique (pose de sondes, examens etc...), image du corps, esthétique...,
- . problème touchant la vie relationnelle : communication verbale, non verbale (paralysies), atteintes du visage, impossibilité d'exprimer les sentiments, motricité...,
- . problème touchant le psychisme : degré de confusion, aliénation, angoisse, dépression, délire, souffrance..., degré de dépendance,
- . problème de la douleur : examens, opérations, accidents etc...,
- . actes effrayants : par leur localisation, par les fantasmes qu'ils suscitent...
etc...

DIMENSION TECHNIQUE : . acte de la vie courante ne nécessitant pas ou peu de préparation,
. acte de la vie courante nécessitant une préparation technique du soignant,
. actes de traitements divers à visée exploratoire ou diagnostique, à visée curative ou supplétive, (le tout de complexité technique variable dont il faudra définir les niveaux).

Nous signalons aussi que, pour chaque niveau d'apprentissage, en plus de la complexité du soin, il faudra définir également les supports informatifs indispensables, provenant des disciplines médicales, chirurgicales, pharmaceutiques etc...

Nous ne détaillerons pas les démarches nursing sur lesquelles nous avons déjà fait un exposé détaillé (page 200). Par contre il nous paraît nécessaire de signaler que chaque niveau d'apprentissage sera vérifié par un ou plusieurs tests. Nous en parlerons, avec les autres modes d'évaluation, dans le paragraphe suivant.

Pour résumer, deux grandes catégories d'objectifs seront visées dans l'apprentissage des démarches nursing :

o Identifier les besoins et ressources du malade, faire le bilan des déficits éventuels. Etablir un plan d'action en rapport avec ce bilan, avec les ressources du milieu soignant et du milieu familial. Mettre en route le plan d'action en apportant les soins nécessaires dans leurs deux dimensions.

o Entendre les demandes explicites et implicites du malade le plus exactement possible. Comprendre les attitudes défensives que la situation de soin précise engendre (chez le malade et le soignant). Créer le climat propice à la métabolisation de l'angoisse, à la communication et à l'apaisement (note 1).

Tout cet apprentissage devra être fait dans l'optique où nous nous sommes située, tout au début de cette section : éviter le morcellement, rendre au malade le pouvoir de se soigner. Cette dernière option sera la plus difficile à mettre en place concrètement : il faudra commencer tout au début afin de susciter chez les soignants des comportements adéquats.

Trois facteurs nous paraissent conditionner la réussite de l'entreprise dans cette orientation : le partage intégral des informations avec le

malade,

la restitution des décisions au malade,

la participation maxima du malade aux soins.

Ceci ne sera possible que dans la mesure où cette option sera partagée par l'équipe soignante toute entière, les médecins y étant inclus. Nous sommes consciente que cette éventualité rend la réussite aléatoire. Nous sommes convaincue cependant, pour l'heure tout au moins, que la lutte contre le morcellement et la lutte contre la mise en dépendance du malade (quand celle-ci est le fait spécifique des soignants, et n'est pas rendue obligatoire par la maladie) sont deux facteurs essentiels pour l'amélioration rapide du malade, si elle est humainement possible. Dans le cas d'une maladie terminale, le malade pourra ainsi conserver sa dignité et finir ses jours sans souffrances superflues et inutiles, et sans dégradation de son humanité.

Note 1 : Il va de soi que nos propositions sont à creuser et à vérifier.

Elles n'ont aucun caractère de fiabilité. La signification réelle de leur présence dans ce document sert à prouver que de telles pistes existent réellement...

Nous ne développerons pas davantage nos propositions : il s'agissait surtout de présenter l'idée générale du projet, et non de la bâtir réellement. En abordant maintenant les procédés d'enseignement, nous allons pouvoir mieux encore nous situer dans ce projet.

III.2 Les procédés d'enseignement

"La pédagogie est ce double phénomène d'accélération et de sécurisation de la transmission des connaissances et la formation des personnalités."

(91, P. 31)

Nous admettons comme une base de départ qu'il y a une relation à établir entre l'objet de l'apprentissage et le procédé pédagogique à utiliser. Ce dernier, au service des processus d'apprentissage, prend une valeur instrumentale.

"En ce qui concerne la définition d'une méthode pédagogique optimale... il apparaît nécessaire, surtout si l'on vise une formation permettant la mobilité et l'adaptation, de déterminer, pour chaque programme précis d'acquisition de connaissances :

- " - les opérations intellectuelles qui sont à la base des acquisitions visées ;
- " - les apprentissages de lois ou de relations (appliquées à l'expérience antérieure des sujets) qui seront le plus facilement transférables et faciliteront ainsi l'acquisition de ces opérations ;
- " - la modalité pédagogique favorisant au maximum ce transfert."

(68, P. 48)

Nous ajouterons que nous nous situons dans la perspective d'un apprentissage dont les principes essentiels sont en résumé :

- motivation par "capitalisation des intérêts de l'élève" ;
- ajustement de ce qu'il faut apprendre avec le degré de maturité de l'élève ;
- organisation de l'enseignement de façon à rendre perceptibles les relations entre les éléments de l'apprentissage et le but poursuivi ;
- évaluation des progrès par l'élève à l'aide de critères qu'on

lui fournit ;

- organisation d'expériences où le sujet peut réaliser ce qu'il a appris, de manière satisfaisante, par rapport à ses pairs et à l'enseignant.

(121, P. 418)

La motivation à apprendre, facteur-clé de ce chapitre, peut se développer au cours de la formation. Les facteurs qui peuvent y contribuer ont été déjà plusieurs fois décrits, aussi nous contenterons-nous de les résumer : l'existence évidente de rapports étroits entre ce qui doit être appris et les actions professionnelles, donc la connaissance des buts, la progression des difficultés avec le mûrissement de l'élève, la sollicitation permanente d'un engagement personnel, la démission de la responsabilité de la formation de la part des enseignants, et reprise par l'élève, la prise en charge par l'élève des différents tests nécessaires à chaque étape, le choix du moment où ces tests sont possibles pour lui, sont autant d'éléments par lesquels les motivations peuvent s'accroître.

A travers ces quelques considérations, il apparaît que chacun des "objets" d'apprentissage doit faire l'objet d'une réflexion approfondie. Ainsi, les diverses étapes que nous avons décrites au paragraphe précédent, ne pourront être saisies par les mêmes procédés. Nous allons essayer d'élucider ces points à l'aide d'exemples.

III.2.1 Choix des procédés d'apprentissage et d'enseignement

Pour clarifier notre exposé, nous serons obligée de "disséquer", en quelque sorte, des éléments qui, normalement, peuvent être intriqués. Nous distinguerons donc pour ce faire : les connaissances (informations), les acquisitions de compétences techniques, et les acquisitions d'outils d'analyse. Nous traiterons à part la question des comportements.

1) Les connaissances : certaines connaissances devront être acquises absolument sous peine que les phénomènes qui en découlent ne puissent être, ensuite, compris. Nous nous plaçons pour ces acquisitions aux niveaux 1 et 2 déjà cités page 255 (Le Boterf, 63).

Pour définir des objectifs pédagogiques au sens strict, nous devrions descendre davantage dans le détail de notre projet. Nous y renonçons. Mais nous pouvons cependant signaler qu'un travail préalable et absolument nécessaire devrait être effectué pour déterminer, parmi les connaissances, celles qui peuvent être stockées par l'étudiant dans des fichiers, classeurs....

celles qui doivent être maîtrisées et mémorisées (et à quelle fin), et pour finir, celles qui doivent permettre d'atteindre le niveau 3.

Donnons un exemple pris en pharmacie qui nous permettra de parler aussi des 2) compétences techniques : - certaines données peuvent figurer sur des fichiers. Tous les services pourraient disposer de fichiers spécifiques traitant les médicaments les plus utilisés dans leur spécialité ;
- pour d'autres, l'étudiant doit pouvoir citer des noms, les différencier d'autres médicaments, et effectuer concrètement les opérations permettant de juger l'efficacité et l'inocuité du traitement (anticoagulants par exemple).

La mémorisation sera évitée en tant que telle, et pour cela les tests de mémoire doivent être bannis. En effet, les contrôles dits de connaissances forcent l'élève à apprendre quelque chose "par coeur" la veille. Ils testent le niveau 1 et à peine le 2. Si l'on veut parvenir au niveau 3 de maîtrise de l'action, les opérations suivantes sont indispensables : appréhension de l'information (exposés, cours, observation directe, travaux personnels sur documentation, film etc...), élaboration (travail de l'intelligence sur les matériaux donnés auxquels sont appliqués l'attention, le raisonnement, le jugement...) et assimilation-incorporation du donné de l'expérience "dans les schèmes de la conduite, ces schèmes n'étant autres que le canevas des actions susceptibles d'être répétées activement."(58) (Note 1)

Pour arriver à un tel niveau de maîtrise des données, de nombreux exercices concrets seront effectués au cours de travaux pratiques. Les informations indispensables seront stockées sur des systèmes souples et faciles à utiliser ou à modifier.

Il est évident que nous ne détaillerons pas ici l'ensemble des moyens audio-visuels dont les enseignants peuvent disposer pour s'aider dans leur tâche. Dans l'optique où nous nous plaçons, les moyens qui sollicitent le plus l'attention, ceux qui permettent une manipulation personnelle ou un travail individuel seront préférés dans la mesure où ils promettent la compréhension personnelle de l'objet d'apprentissage.

3) Les outils d'analyse : pour toutes les stratégies et démarches, le niveau 3 de maîtrise est nécessaire. Dans ce cas, la pédagogie de la

Note 1 : Les méthodes dites d'enseignement programmé sont précieuses pour l'acquisition de connaissances jusqu'aux niveaux 1 et 2.

découverte (ou méthode d'induction) décrite par Shulman et Keislar (111) semble convenir particulièrement. En résumé, il s'agit de l'enseignement d'une association, d'une règle ou d'un concept qui se fait par la découverte de ceux-ci à travers un cas concret qui, appliquant la loi générale, permet de découvrir par induction la loi qu'il implique. La vérification de l'apprentissage se fait en faisant énoncer la loi, en la faisant appliquer à d'autres exemples, ou en en faisant inventer d'autres. Les séquences sont inductives et permettent de procéder par essais et erreurs.

"La méthode d'induction ou de découverte obtient
"du sujet une attention maxima parce qu'elle le
"stimule ; elle aide l'élève en conflit de dépendance
"passive parce qu'elle donne liberté et
"latitude, elle augmente l'autonomie et la confiance
"en soi."

(111, P. 135)

Une telle méthode de travail est directement applicable à l'apprentissage des "démarches nursing", peut-être après rodage sur un cas concret travaillé en laboratoire.

De même la résolution des problèmes, et plus tard l'analyse de situation, peuvent être abordés d'une manière très vivante. La méthode des cas peut permettre de commencer un apprentissage dans des conditions affectives meilleures que la pratique directe sur le terrain.

Que ce soit l'acquisition de connaissances, de compétences techniques ou d'outils d'analyse, il s'agit d'objets de connaissance pouvant donner lieu à l'élaboration d'objectifs, et à des mesures.

Nous traiterons maintenant, sous la rubrique "comportements" des acquisitions peu ou pas du tout mesurables, du moins dans la plupart des cas.

4) Les comportements : nous incluons sous ce titre, plusieurs matières de formation qui se seraient trouvées déplacées dans les autres rubriques. Nous entendons par là par exemple : la connaissance de son corps, de celui des autres, de sa vie relationnelle et de celle des autres, l'élaboration des "modèles nursing" ; les comportements auprès des malades, les attitudes de soignants, ne sont que la résultante de ces mini-acquisitions et modifications. On comprendra que dans ces domaines il n'y ait pas de "dogmes", mais une action de longue durée, entreprise depuis le début, difficilement mesurable...

Il n'est pas facile de recenser les possibilités éducationnelles dans ces domaines. Nous en signalerons certaines, plus connues peut-être que d'autres :

- La mobilisation des opinions et croyances : dans ce domaine, il est connu que les discussions de groupe sont un excellent moyen de modification des opinions. Ainsi, la participation d'élèves à une discussion d'infirmiers déjà diplômés sur un thème précis, a beaucoup plus de chance de mobiliser les opinions de ces élèves qu'un cours, un exposé ou un travail individuel (car on n'entend, on ne retient, à la limite, on ne lit que ce qui rentre dans le cadre de notre référentiel précédent). Il n'est pas utile de signaler les possibilités de manipulation qui existent dans ces domaines. La seule manière de les éviter sera de clarifier par avance les objectifs poursuivis et d'instaurer une authenticité permanente dans les relations de formation.

- Les valeurs et croyances : tout ce qui constitue "les modèles nursing" entre dans ce cadre. Une attention particulière doit y être portée. Il serait judicieux de construire, avec les étudiants, des unités d'enseignement (note 1) permettant de baliser les étapes à franchir.

Parmi les procédés pédagogiques, la discussion de groupe sur des textes photocopiés, l'utilisation du photolangage, le film-débat, les rencontres-témoignages, sont certainement les plus intéressantes et les mieux adaptées. L'enquête s'y prête fort bien, mais demande une préparation et une exploitation soignées et longues, ce qui en diminue les temps d'utilisation.

Dans les travaux de groupe et discussions, les interventions de l'enseignant seront directives sur la procédure (pas d'intervention sur le contenu de la discussion, interventions sur l'organisation et la régulation de la discussion), afin de ne pas gêner l'implication des élèves.

- Les informations et connaissances indispensables, directement en rapport avec les comportements : il s'agit, entre autres, des données de psychologie, psychosociologie et sociologie. Un socle d'informations solides doit nécessairement être mis en place en cours de formation. Les exposés magistraux ne sont guère utilisables dans ces domaines où l'implication de l'élève est évidente : lorsqu'on traite de "psychologie", n'est-il pas

Note 1 : Voir Annexe n° 9

clair qu'il est d'abord parlé de chacun de nous, avant que le malade ne soit concerné ? Il ne s'agit pas de la psychologie du malade, mais d'abord de la nôtre ! Aussi, ces séquences de formation devront être organisées en sorte que chaque élève ait la possibilité de faire tout le chemin nécessaire, et ceci n'est possible que dans des groupes de très petite taille (pas plus de 12) où chacun peut apporter, commenter, discuter et contester. Ceci est la base de la connaissance de soi et de l'autre, de sa relation à soi et à l'autre, sans laquelle les relations et les comportements resteront théoriques, et parfois pourront donner naissance à des attitudes défensives de type "intellectualisation" qui empêcheront l'élève d'aller plus loin.

- Approche corporelle : plusieurs méthodes d'approche existent... relaxation, expression corporelle, eutonie, et bien d'autres encore. Nous incluons une telle approche dans la formation des soignants : le corps n'est-il pas, en effet, le médiateur par excellence de notre relation à l'autre, aux autres ? Quelle que soit la méthode, il est évident que les élèves ne peuvent y adhérer que volontairement. Il nous semble particulièrement important pour les futurs infirmiers que ce volet de formation fasse l'objet d'études sérieuses.

Nous avons posé comme condition que le soignant ne pourra considérer le corps du malade, lui prêter attention, entendre sa plainte et sa demande, que s'il a découvert que lui-même a un corps, et nous ne disons pas qu'il l'ait forcément accepté : ceci est une autre étape.

Découvrir que le corps est source de plaisirs autres qu'érotiques est indispensable pour comprendre les frustrations des malades. Saisir sa propre angoisse, à travers l'expression de son corps, entraîne le soignant vers une modification radicale de sa compréhension du malade.

Il nous paraît particulièrement nécessaire de travailler le contact manuel, si fréquent dans les soins. La réhabilitation des mains, les sensations qu'elles reçoivent et transmettent, la pratique du contact, les massages, forment une image de la relation manuelle précieuse pour un soignant. Un exemple suffit pour illustrer nos propos : quel maternage est possible, sans son corps, sans les mains, sans la chaleur et les battements du coeur, sans les mots, sans les sentiments ?

Toute pratique visant à améliorer les sens, vue, ouïe, odorat, contact, améliorera forcément les relations de soin.

- Approche relationnelle : nous citerons ici le magnétoscope, avec toutes les réserves d'usage. L'appareil quasi magique qui permet à l'être

humain de se voir, de se percevoir parlant, travaillant, de se voir "de dos", ne peut être utilisé qu'avec une grande prudence et avec bienveillance. L'image de soi n'est pas facile à constituer, elle n'est même pas facile à accepter.

Dans cette approche, nous pensons que la technique du jeu de rôle est essentielle. Elle met en situation concrète en même temps qu'en situation d'élucidation (présence d'un animateur). Elle peut permettre de vivre des situations difficiles et de les métaboliser ainsi, par le passage, par les affects. Il nous semble que cette pratique pourrait se situer dans une méthode pédagogique plus vaste que nous appellerions "groupes d'analyse de la pratique professionnelle".

Dans ces groupes, de dimensions restreintes, seraient apportés des exemples concrets, des situations vécues, des conflits, des cas épineux. Il va sans dire que les élèves devront avoir déjà un minimum de pratique professionnelle pour que ce soit possible. En fait, il s'agirait presque de "groupes Balint" appliqués à la formation des infirmières.

Cette méthode permettrait une réelle analyse du vécu, l'intégration des difficultés, la compréhension des phénomènes de pouvoir et autorité, des défenses mises en jeu dans les relations avec les malades etc... et l'intégration des données de psychologie et psychosociologie.

Nous y verrions, en outre, comme avantages, la possibilité d'élucider les affects vécus "ici et maintenant" (donc possibilité de comprendre les affects ressentis ailleurs), la dédramatisation des situations pénibles, ou angoissantes, l'abolition des défenses primitives contre l'agression, remparts à la communication, et l'aménagement d'attitudes défensives à minima.

Nous citons, en illustration de ces opinions, des extraits d'un article du Dr Moreau (83). Voici quels sont, à son avis, les objectifs que l'on peut espérer atteindre par la pratique des groupes Balint :

"Rendre le futur médecin capable de fonctionner comme
"une personne libre, authentique, spontanée et res-
"ponsable... (P. 126)

"Rendre le futur médecin capable de percevoir les
"relations interpersonnelles et de vivre ces relations
"à autrui de façon satisfaisante... (P. 128)

"Rendre le futur médecin capable de percevoir le
"malade dans sa totalité : la personne du malade,
"la maladie, la répercussion de l'un sur l'autre et
"surtout la relation médecin-malade... (P. 129)

"Rendre le futur médecin capable d'apporter des
"réponses thérapeutiques aux offres du patient."(P. 129)

Cette pratique a été étendue par le Dr Moreau à la formation des élèves infirmières : effectivement, beaucoup des objectifs ci-dessus pourraient, reformulés, s'appliquer à la dynamique de la relation infirmière-malade (note 1).

Cette formation sera doublée par une supervision effectuée directement sur le terrain de travail. Nous pensons que cet encadrement serait optimum s'il pouvait être réalisé par une infirmière travaillant sur les mêmes lieux et formée à cette fin. Il est important que cette infirmière n'ait, avec l'élève, aucune relation de notation ou évaluation décisive quelle qu'elle soit. En effet, il est nécessaire que l'élève puisse s'impliquer dans cette relation avec les malades, et ne craigne pas une éventuelle sanction. Elle admettra ainsi beaucoup mieux les passages difficiles, et, éventuellement, les erreurs.

Cet aspect de la formation est incontestablement le plus difficile à étudier : il nécessite en effet d'assurer à l'élève, en même temps, la sécurité indispensable à son épanouissement professionnel, et les moyens nécessaires pour qu'elle se prenne en charge psychologiquement. Ces deux facteurs ne sont-ils pas incompatibles ? Ce n'est pas certain. Trop de sécurité engendrera dépendance, trop peu de sécurité fera naître des attitudes défensives précoces et prématurées, d'où peu fonctionnelles.

Par ailleurs, les relations entretenues par l'équipe soignante avec les malades risquent aussi de donner le ton des relations entretenues avec les élèves. Cette possibilité de contradiction avec les objectifs de la formation nécessitera un travail approfondi entre les membres des équipes soignantes et enseignantes.

III.2.2 L'évaluation

Nous ne ferons qu'effleurer ce sujet fort complexe, éclairant quelques points qui nous paraissent particulièrement importants pour notre réflexion. Ils constituent un canevas de principes plus que des descriptions de techniques

Note 1 : Voir en Annexe n° 10 une classification des degrés de relation possible entre infirmière et malade.

(note 1).

1) La notation : Nous ne parlerons de la notation que pour exprimer un point de vue très radical. Nous suggérons d'y renoncer purement et simplement :

- la notation est toujours subjective, à l'exception de cas précis (questionnaires choix multiples par exemple), ou sauf si des pratiques mathématiques compliquées permettent de corriger cet aspect par une péréquation par exemple ;

- elle n'apporte aucune dimension formatrice : au contraire, les mauvaises notes signifient échec, et peuvent paralyser l'effort, surtout si l'élève avait travaillé ;

- elle entraîne des comparaisons entre les élèves et, de ce fait, peut entraver le développement personnel par le brouillage affectif qui parasite la formation ;

- elle s'ajoute à des pratiques de notation qui remontent à l'enfance de l'individu : ainsi, elle peut réactiver des situations douloureuses qui n'ont jamais été métabolisées.

2) L'évaluation :

"L'apprentissage progresse mieux si le sujet a les
"moyens de juger les progrès qu'il fait : sa moti-
"vation en est renforcée." (121, P. 418)

Sur cette base, nous développerons un certain nombre de points de vue touchant à la nécessité de former très sérieusement les futures infirmières à s'évaluer elles-mêmes : nous pensons que c'est indispensable dans la mesure où une infirmière passe la quasi totalité de son temps de travail sans contrôle. L'efficacité de son travail, et la sécurité des malades dépendent donc de sa capacité à évaluer par elle-même les diverses actions qu'elle entreprend.

Nous pensons que c'est dès le début de la formation qu'il faut entreprendre ce travail.

Nous avons déjà parlé de tests qui sanctionneraient des séquences

Note 1 : Tout ce qui concerne l'aspect relationnel, humain de l'évaluation sera repris dans le paragraphe suivant.

de formation et délivreraient des "crédits". Avant de détailler quelques aspects plus importants de l'évaluation, nous tenons à souligner une nécessité, du moins à notre point de vue : nous pensons que ces tests doivent être passés sous le contrôle d'experts reconnus comme tels, différents des enseignants. Il nous semble que dans l'état actuel des choses, le fait d'être évalué introduit dans la relation entre enseignant et enseigné la possibilité de transformer ce rapport en "dominant-dominé". Nous pensons que c'est préjudiciable à la formation. Dans l'optique où nous nous sommes placée, il est souhaitable de supprimer de la relation pédagogique les phénomènes de pouvoir qui pourraient la parasiter.

Nous posons donc comme point de départ que l'évaluation sert d'abord à l'élève qui, par elle, repère ses progrès. Elle lui appartient donc en propre. Cette évaluation, dont la caractéristique est d'être formatrice, doit être fréquente. Contrairement à l'évaluation de type décisif qui caractérise les tests menant à des crédits, l'évaluation formatrice peut être effectuée avec des enseignants habituels. Un dialogue très fructueux peut ainsi être aménagé.

Les difficultés de notre exposé tiennent à la vastitude du sujet : aussi ne tenterons-nous pas de le cerner, encore moins d'inventorier ses aspects, ni même d'en faire un résumé. Ceci peut donner lieu à d'autres recherches... (40) Nous nous résignons à ne débattre ici que de quelques idées :

- Que peut-on évaluer ? Les acquisitions de compétences techniques, la maîtrise des outils d'analyse et des démarches peuvent être évaluées d'une manière relativement précise, en termes de :

"objectif atteint, dépassé, non atteint",

"niveau de maîtrise suffisant, insuffisant, trop élevé",

"actions efficaces, inefficaces (avec degrés),

"actions dangereuses (degrés), etc..."

Nous disons pourtant "relativement précise" : en effet, encore faudra-t-il être assez clair sur les objectifs, sur le niveau de maîtrise et la manière dont il doit s'exprimer concrètement, sur les critères d'efficacité et ceux qui rendent une action dangereuse. Et tout ceci devra avoir été travaillé à l'avance avec les étudiants, si l'on veut que très vite, ils puissent s'évaluer. Or, quand on passe à des exercices concrets, on s'aperçoit que rien n'est plus difficile que cette précision là. Et, c'est justement de ce degré

d'imprécision que naît l'impression d'arbitraire toujours si vivement ressentie chez les élèves. Il faut consacrer tout le temps voulu à ces précisions : c'est aussi de la formation (note 1).

Nous pensons que l'évaluation est facilitée chaque fois qu'elle porte sur des activités professionnelles précises. Nous la ramenons ainsi aux trois éléments constitutifs des soins infirmiers : modèles, démarches et organisation "nursing".

Dans cet ensemble, plusieurs niveaux peuvent être définis et évalués. Ainsi, il n'est pas indispensable de prévoir des tests de connaissances, qui, en elles-mêmes n'ont peut-être pas d'intérêt. Mais, dans une évaluation de pratique professionnelle, la compréhension de tel mécanisme peut être explorée en demandant un schéma explicatif, ou à l'aide d'un Q. C. M. par exemple. On cherchera à développer ainsi chez l'étudiant l'idée que la compréhension des phénomènes est aussi importante que la qualité de l'action car s'il y a réelle compréhension, la qualité de l'action peut être constante, alors qu'en cas d'incompréhension, la qualité est vraisemblablement liée au hasard.

Nous avons jusqu'ici éludé l'évaluation des comportements... non sans juste raison ! En réalité, nous pensons que, dans ce domaine, les évaluations dont nous venons de parler ne sont pas praticables. Elles se révèlent assez souvent inefficaces sinon dangereuses, en ce sens qu'elles risquent de renforcer les défenses.

Il nous semble qu'une bonne formation psychologique avec des groupes Balint, ou d'autres formes d'analyse de la pratique quotidienne portent en eux-mêmes leur fruit et ne nécessitent pas d'évaluation formelle. L'élève perçoit très bien quand il cesse de se défendre d'une manière gênante pour le malade, et adopte des attitudes d'écoute et de compréhension compatibles avec les exigences de sa tâche.

D'autre part, la supervision effectuée sur les lieux de travail, et dont nous avons parlé, comprendra forcément l'analyse des interactions malade-soignant. Ainsi, nous pensons que l'élève progressera naturellement dans son adaptation aux diverses situations stressantes ou non.

- Comment favoriser l'auto-évaluation ? Au début ce sera facile de travailler sur des actions très punctuelles, par exemple à partir de critères concernant l'efficacité, la sécurité etc... balisant les deux grandes dimensions des soins : technique et humaine. Pour une activité précise, les

Note 1 : Voir Annexe n° 11

normes minimales à respecter peuvent être définies : en dessous de ces normes, le travail sera jugé inacceptable ; au-dessus des normes, on pourra former l'étudiant à répondre lui-même aux critères fixés, en quoi son action est efficace, en quoi elle est non dangereuse.

Ainsi, on essaierait de développer l'idée qu'il est très important qu'il sache évaluer son activité : un test pourrait alors comprendre deux parties : l'activité qui est l'objet d'évaluation et l'évaluation par l'étudiant.

On conviendrait qu'une certaine marge d'erreur peut être acceptée, (au-dessus des normes minima fixées) pourvu que l'étudiant soit capable de se contrôler.

- Les activités d'enseignement des élèves : nous n'avons pas du tout détaillé l'aspect encadrement que les activités des élèves prendront au fur et à mesure qu'ils avanceront dans leur formation, ils se formeront à aider les élèves moins avancés qu'eux. Cette prise en charge précèdera tout naturellement les fonctions d'encadrement que les diplômés assureront envers les élèves. Dans cette perspective, plusieurs types d'évaluation peuvent être proposés : entre autres, la constitution d'un dossier documentaire sur un thème à expliquer à des élèves,...

III.3 La relation enseignant-enseigné

En disant : la relation, et non les relations, nous situons notre réflexion à un niveau général. Nous ne traiterons pas les divers aspects (théoriques, pratiques, idéologiques...) des relations enseignant-enseigné. Cette question est beaucoup trop vaste pour être traitée ici ; elle a, de plus, fait l'objet de nombreuses publications émanant de personnalités fort compétentes en la matière.

Nous désirons cependant développer trois aspects qui nous paraissent liés à notre problématique : la relation enseignant-enseigné en tant que modèle relationnel, les interférences dans cette relation du couple savoir-pouvoir, et la place du rapport dominant-dominé dans la formation des infirmières.

- La relation enseignant-enseigné comme modèle relationnel éventuel offert à l'élève, nous interroge dans la mesure où nous effectuons, a priori, un lien entre ce modèle relationnel et le modèle relationnel

soignant-soigné.

Cette hypothèse est donc que l'élève peut avoir tendance à modeler ses comportements sur ceux des enseignants et à traiter le malade comme elle aura été traitée (nous faisons la même remarque en ce qui concerne le modèle relationnel développé dans les services à l'égard des stagiaires). Nous pensons que le modèle relationnel enseignant-enseigné développé aussi bien en stage qu'à l'école à l'égard de l'élève, aura une prégnance particulière de par sa fréquence et son intensité obligatoires.

Ainsi, lorsque les objectifs poursuivis en cours de formation sont de développer ou de créer chez les élèves des comportements d'écoute, de compréhension sans jugement, de bienveillance à l'égard des idées et des sentiments d'autrui, nous pensons que l'existence de ces caractéristiques dans la relation enseignant-enseigné est une des conditions pour que ces objectifs puissent être atteints. Les enseignants et les soignants doivent pouvoir faire la preuve qu'ils sont capables de développer le système relationnel qu'ils demandent aux élèves d'acquérir.

- La relation enseignant-enseigné est fortement imprégnée de toute la problématique du SAVOIR. Les connaissances de l'enseignant, mais plus encore, ses idées, son expérience, sont transmises à l'enseigné aussi bien à travers la trame officielle de l'enseignement qu'à travers les rencontres informelles. Un tissu affectif sous-tend ces échanges rendant indissociables les deux aspects intellectuel et affectif de la relation.

Ces remarques nous mènent à souligner la séduction possible dont ces rapports peuvent être colorés. Nous pensons que la crédibilité de l'enseignant, pour l'élève, dépend davantage de l'aspect affectif que de l'aspect intellectuel de la relation. Nous avons utilisé le terme de séduction en ce sens que l'élève "séduit" peut avoir tendance à confondre savoir et vérité : à ce stade, l'élève perçoit ce que l'enseignant dit comme étant la vérité, et la seule vérité, lorsque la séduction agit.

Beaucoup d'élèves passent par cette étape avant de découvrir et admettre la relativité du savoir de l'enseignant et du savoir tout court. Peut-être même est-elle indispensable pour que l'élève constitue son propre discours, son propre savoir. Mais c'est de cette manière que l'élève accèdera à une pensée professionnelle indépendante, autonome, condition de son accession à la responsabilité et à l'autonomie.

Ce cheminement est d'autant plus important que, dans bien des cas, le pouvoir est une fonction directe du savoir. L'élève a devant les yeux

l'image quotidienne du pouvoir médical bien enraciné dans un savoir spécifique considéré aussi bien comme une science que comme un Art. Ce pouvoir basé sur le savoir constitue une autre forme de relation dominant-dominé, médiatisée celle-ci par le savoir.

Si l'un des objectifs de la formation est d'aider l'élève à sortir de ce stéréotype, il sera nécessaire d'utiliser des méthodes d'enseignement permettant à l'élève de rechercher des informations, construire ses connaissances et son savoir. A travers cette démarche d'appropriation, les connaissances peuvent apparaître comme un bien commun, et le fait d'apprendre, comme une marche permanente vers un savoir jamais figé.

- Le rapport dominant-dominé : nous soulignons dans les lignes qui précèdent, deux points d'appui possibles de ce type de relation, le cas où elle s'appuie sur le pouvoir du savoir et celui où elle est médiatisée par les structures et s'appuie sur le pouvoir hiérarchique. Nous avançons ainsi l'idée que l'élaboration progressive, dans la conscience de l'élève, de types de relations différents du rapport dominant-dominé dépend, en partie tout au moins, des relations entretenues par les enseignants, et des méthodes d'enseignement par lesquelles toute connaissance est véhiculée ou médiatisée.

L'élève a pu, parfois, être défini comme "le produit fini" du système de formation ; dans cette perspective, l'élève est "objet" d'enseignement. L'introduction de la notion de "client" ne pourrait-elle pas assainir les rapports ? Si l'élève peut être considéré comme un client, il peut aussi être perçu comme sujet de sa propre formation.

Nous pensons que, lorsqu'un système de formation accepte que l'élève soit considéré comme un client, ce système devient capable de considérer l'élève comme premier responsable de sa formation et son premier artisan. Les infirmiers sortis de cette formation, pourraient peut-être, à leur tour, considérer le malade comme responsable et artisan de sa guérison, client du système soignant.

Dans cette même ligne, nous entrevoyons le nécessaire et difficile passage d'une pédagogie appuyée sur le pouvoir hiérarchique, à une pédagogie appuyée sur la compétence, sur l'autorité qu'une personne possède par son expérience. Pédagogie dans laquelle c'est ce qui est appris et acquis qui revêt de l'importance.

Mais, toujours dans les mêmes perspectives, l'enseignant devra dépasser l'aire de sa compétence pour laisser à l'élève la possibilité d'une remise en cause éventuelle, chemin par lequel il fondera sa propre compétence.

Nous sommes très consciente qu'en articulant, dans notre réflexion, la transformation de la relation soignant-soigné et la transformation de la relation enseignant-enseigné, en faisant passer l'évolution respective de ces relations par l'abolition du rapport dominant-dominé, nous posons peut-être le problème d'une manière trop radicale : en effet, nous le fondons sur les modèles relationnels proposés à tout individu depuis sa naissance. Nous proposons donc de travailler sur les relations entretenues inter-individuellement, quelles que soient les positions des personnes dans une structure hiérarchique. Mais, nous devons nous poser une question qui ramène le débat à un niveau plus réaliste : dans une structure où les rapports sont hiérarchisés par la structure elle-même, établis solidement en position dominant-dominé, est-il pensable que des relations différentes s'instaurent entre les éléments de cette structure, et d'autre part entre ces éléments et les clients du système ?

Parallèlement, nous posons, du fait même de notre interrogation, une relation directe entre l'individualisation des soins (le fait de considérer le malade comme unique, même s'il est porteur d'une maladie reconnue en plusieurs exemplaires dans l'unité de soin) et l'individualisation de l'enseignement : c'est-à-dire le fait de permettre à l'élève d'établir une relation personnelle avec l'objet de sa connaissance ou de son apprentissage.

En conclusion de ce bref aperçu concernant la relation enseignant-enseigné, nous poserons une dernière question : l'élève en quête d'un modèle identificatoire peut-elle trouver une réponse dans la personne de l'enseignante ? Dans la mesure où elle recherche un référentiel "au comportement soignant", ce n'est qu'auprès des malades que l'élève peut trouver des réponses. L'infirmière enseignante (à temps plein) ne pouvant se situer comme soignante, peut élucider ce qu'il est réaliste de proposer aux élèves dans la situation où elle se trouve : dans la relation de l'élève avec l'infirmière enseignante, les divers objets d'acquisition (connaissances, compétences etc...) forment le troisième pôle de la relation. Celle-ci présente donc une triangulation dont le troisième pôle est un objet, abstrait ou concret.

Par contre, lorsque l'élève est en service, la relation enseignant-enseigné qui apparaît entre l'infirmière et l'élève offre aussi une triangulation. Mais cette fois, le troisième pôle est le malade, et dans ce cas il y a pour l'élève une possibilité de se référer aux modèles compor-

