



**HAL**  
open science

# La vie du genre des cadres de santé formateurs dans l'activité de supervision du raisonnement clinique des étudiants en soins infirmiers

Ruddy Rosamel

## ► To cite this version:

Ruddy Rosamel. La vie du genre des cadres de santé formateurs dans l'activité de supervision du raisonnement clinique des étudiants en soins infirmiers. Education. 2022. dumas-03778350

**HAL Id: dumas-03778350**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03778350>**

Submitted on 15 Sep 2022

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Master 2 Métiers de l'Enseignement, de l'Éducation et de la Formation  
Mention pratique et ingénierie de la formation

INSPE / DFTLV Université de la Réunion

Année 2021-2022

**La vie du genre des cadres de santé formateurs  
dans l'activité de supervision du raisonnement clinique  
des étudiants en soins infirmiers**

**Ruddy ROSAMEL**

Mémoire réalisé sous la direction de Stéphane TALÉRIEN, Maître de Conférences en  
Sciences de l'Éducation et de la Formation (Laboratoire ICARE, EA 7389)

Soutenu le 29 août 2022

JURY

**Peggy NEVILLE**

Docteure en Sciences de l'Éducation et de la Formation  
*Présidente du jury*

**Stéphane TALÉRIEN**

MCF Sciences de l'Éducation et de la Formation  
*Directeur de mémoire*

## REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier ici toutes les personnes qui ont contribué, d'une façon ou d'une autre, à la réalisation de ce travail :

Stéphane TALÉRIEN, mon directeur de mémoire, pour m'avoir accordé sa confiance. Ses conseils précis et ses réflexions éclairantes m'ont accompagné tout au long de ce cheminement. Merci pour ce soutien constant et bienveillant.

Mon institution et mes collègues qui m'ont accordé de leur temps pour participer à des entretiens, formels ou informels, lors de la réalisation de cette étude. La richesse de nos échanges a contribué à faire grandir ma curiosité.

Les deux étudiantes en soins infirmiers, en stage dans le service de chirurgie digestive, qui se sont investies dans cette étude, contribuant ainsi à la qualité des données recueillies lors de sa mise en œuvre.

Mes collègues de Master, qui ont contribué à faire de ce parcours une véritable aventure humaine.

Enfin, je remercie mes proches et plus particulièrement mon épouse, ma fille et mon fils, pour leur patience et leur chaleureux soutien.

« L'homme est plein à chaque minute de possibilités non réalisées »  
(Vygotski, 1925)

## RÉSUMÉ

L'évolution de la profession infirmière se caractérise par « *une longue marche hésitante vers la reconnaissance des compétences et l'affirmation de la part d'autonomie dans les soins* » (Belpaume, 2009, p. 43). Le développement du raisonnement clinique permet d'asseoir cette autonomie, mais reste « *un concept difficile à cerner dans le processus de la supervision clinique en milieu de soins* » (Dabrimon, 2011, p. 41), y compris pour certains cadres de santé formateurs qui réclament davantage d'harmonisation dans les pratiques de supervision des étudiants. En effet, le manque d'unité de la littérature consacrée au jugement clinique contribue à la difficulté d'accéder à l'activité cognitive des sujets.

En choisissant l'angle de l'analyse de l'activité, nous<sup>1</sup> proposons dans ce mémoire de « *passer au crible la pensée* » (Vygotski, 1994, p. 226) des formateurs afin de décrire leurs stratégies visant à favoriser l'apprentissage et le développement des capacités de raisonnement clinique des étudiants lors d'une activité de supervision réalisée en stage.

Le choix du courant théorique de la clinique de l'activité et l'identification précise d'un dispositif de recherche technologique transformeront cette activité de supervision vécue en objet d'une nouvelle expérience revécue afin de décrire, non seulement l'activité réalisée, mais aussi et surtout, le réel de cette activité de supervision, incluant « *ce qui ne se fait pas, ce que l'on cherche à faire sans y parvenir [...] ce que l'on aurait voulu ou pu faire, [...] ce que l'on fait pour ne pas faire ce qui est à faire* » (Clot, Faïta, Fernandez, & Scheller, 2000, p. 2). L'expression des formateurs sur leurs expériences permettra de décrire les conflits vitaux inhérents à cette activité et de faire émerger des controverses, rendant alors possible le développement de nouvelles possibilités.

Les résultats de cette recherche permettent de décrire, avec des variantes de styles, huit préoccupations chez les deux formateurs confrontés à leur propre activité de supervision. Une confrontation croisée entre eux a également permis de suivre à la trace la validation de trois nouvelles variantes consacrant ainsi un élargissement de leur pouvoir d'agir.

Ces résultats confirment que la volonté d'harmonisation des pratiques de supervision clinique des formateurs peut trouver une issue favorable par une démarche de développement de variantes nouvelles, favorisant ainsi le renforcement du genre professionnel. Ce renforcement encourage l'émergence de styles complémentaires, à même d'inscrire cette pratique dans un cercle vertueux et de renforcer sa vitalité à plus long terme.

---

<sup>1</sup> Le « nous » utilisé dans ce mémoire vise à favoriser une plus grande neutralité du chercheur à l'égard des écrits scientifiques.

# Table des matières :

<b>INTRODUCTION : Emergence d'une problématique .....</b>	<b>8</b>
---	----------

## **PARTIE 1 : LE CONTEXTE DE LA FORMATION**

<b>Chapitre 1 : Le contexte de la formation infirmière.....</b>	<b>13</b>
---	-----------

1. La formation en soins infirmiers en France depuis 2009 .....	13
1.1. L'universitarisation de la formation .....	14
1.2. La formation clinique en stage .....	14
1.3. L'accompagnement des étudiants en stage .....	15
2. Le raisonnement clinique : éclairages théoriques.....	17
2.1. Qu'est-ce que le raisonnement clinique ?.....	18
2.2. Un raisonnement clinique infirmier soutenu par une pluralité théorique .....	19
2.3. L'école des besoins selon Virginia Henderson .....	21
2.4. Le modèle clinique tri-focal .....	22
3. Le raisonnement clinique infirmier, un apprentissage complexe .....	23

<b>Chapitre 2 : Etude exploratoire de l'activité ordinaire des formateurs.....</b>	<b>25</b>
--	-----------

1. Le terrain d'étude.....	25
2. Méthode d'enquête athéorique.....	26
3. Résultats de l'enquête exploratoire .....	28
3.1. Des styles affirmés dans la mise en œuvre des principales activités pédagogiques .....	28
3.2. Des pratiques différentes source d'insatisfaction.....	31
3.3. Le dilemme des formateurs entre harmonisation des pratiques et liberté d'agir.....	33

<b>Chapitre 3 : La revue des travaux sur la supervision du raisonnement clinique des étudiants en santé.....</b>	<b>34</b>
--	-----------

1. Difficultés de l'activité et stratégies de supervision.....	34
2. Méthodes de supervision du raisonnement clinique.....	35
2.1. La méthode de la minute du superviseur.....	36
2.2. La méthode de supervision inversée : « Raconte-moi l'histoire à rebours ! ».....	36
2.3. La méthode de « Tante Minnie » .....	36
2.4. La méthode SNAPPS .....	37

## **PARTIE 2 : LE CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE**

<b>Chapitre 1 : Le choix d'un cadre théorique .....</b>	<b>39</b>
---	-----------

1. L'activité issue de l'ergonomie de langue française.....	40
2. Le genre professionnel : une mémoire pour agir .....	41
3. Le style : s'affranchir pour se développer .....	42

4. Le cadre dialogique : polyphonie des voies du dialogue réel à la frontière entre l'intérieur et l'extérieur .....	43
5. Le suivi à la trace du multi-adressage dialogique.....	45
6. Le chercheur comme destinataire multiple du dialogue .....	47
<b>Chapitre 2 : Approche méthodologique de l'autoconfrontation .....</b>	<b>47</b>
1. L'entretien d'autoconfrontation simple.....	48
2. L'entretien d'autoconfrontation croisée.....	49
<b>Chapitre 3 : Proposition d'un dispositif technologique.....</b>	<b>52</b>
1. Les hypothèses .....	52
2. Le dispositif.....	54

### **PARTIE 3 : MISE EN ŒUVRE DE L'ETUDE**

<b>Chapitre 1 : Le contexte de recueil des données .....</b>	<b>56</b>
1. Présentation de l'étude à la hiérarchie .....	56
2. Les participants de l'étude .....	57
<b>Chapitre 2 : Le recueil des données .....</b>	<b>58</b>
1. Enregistrement des traces d'activité de supervision .....	58
2. Recueil des données d'autoconfrontation .....	60
2.1 Méthode de recueil des données d'autoconfrontations simples .....	60
2.2 Méthode de recueil des données de l'autoconfrontation croisée.....	64
<b>Chapitre 3 : La méthodologie d'analyse des données.....</b>	<b>67</b>
1. Traitement des données issues des autoconfrontations simples.....	67
2. Traitement des données issues de l'autoconfrontation croisée.....	68

### **PARTIE 4 : PRESENTATION DES RESULTATS ET ANALYSE**

<b>Chapitre 1 : Stratégies d'identification des catégories de préoccupation .....</b>	<b>71</b>
<b>Chapitre 2 : Description des préoccupations des formateurs.....</b>	<b>74</b>
1. Préoccupations directement liées au développement du raisonnement clinique .....	74
1.1 Apprécier la conformité des démarches de soins au regard des objectifs .....	74
1.2 Vérifier la pertinence du raisonnement de l'étudiant.....	76
1.3 Evaluer les connaissances de l'étudiant .....	78
1.4 Renforcer la méthodologie du raisonnement permettant d'identifier les problèmes de santé.....	81
1.5 Synthétiser les éléments clés de la progression.....	85
2. Des préoccupations « annexes », mais essentielles.....	86
2.1 Veiller au respect de l'anonymat des présentations.....	86
2.2 Etablir un climat de confiance et veiller au bien-être des étudiants .....	86
2.3 Prendre en compte l'impact du dispositif de recherche technologique.....	88

<b>Chapitre 3 : Le développement du pouvoir d’agir .....</b>	<b>90</b>
1. Confirmation du genre comme ressource pour agir .....	90
1.1 S’assurer de la conformité des démarches de soins grâce au genre professionnel .....	90
1.2 Le genre pour évaluer les connaissances, sans en avoir la maîtrise .....	91
2. Mise en évidence des nouvelles variantes acceptables .....	92
2.1 Rôle du formateur pour garantir l’anonymat des présentations cliniques.....	92
2.2 Une nouvelle stratégie pour apprécier la pertinence du raisonnement clinique des étudiants.....	93
2.3 Le combat dialogique vers une approche plus méthodique .....	94

## **PARTIE 5 : LA DISCUSSION**

1. Les apports de la recherche .....	96
1.1 Des indices qui précisent les résultats d’autres recherches.....	96
1.2 La transformation des stratégies des formateurs vers une approche plus méthodique.....	99
2. Limites de cette recherche .....	100
3. La perspective d’un dispositif de formation destiné au collectif de formateurs .....	101
<b>LA CONCLUSION .....</b>	<b>102</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>103</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>106</b>

## **PRINCIPAUX SIGLES ET ACRONYMES UTILISES**

ACC : Entretien d’autoconfrontation croisée  
CDS : Cadre de santé formateur  
ESI : Etudiant.e.s en soins infirmiers  
EAC : Entretien d’autoconfrontation simple  
IERS : Institut d’Étude en Santé  
IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers  
RUS : Référent unique de stage  
UE : Unité d’Enseignement

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau 1 : Profil de la population participant à l'enquête exploratoire.....	27
Tableau 2 : Profil des cadres de santé participant à l'étude.....	57
Tableau 3 : Profil des étudiantes participant à l'étude.....	58
Tableau 4 : Extrait du découpage de l'EAC avec le CDS.2.....	67
Tableau 5 : Extrait du découpage de l'ACC entre le CDS.1 et le CDS.2.....	69
Tableau 6 : Extrait du tableau d'identification des indices pour la catégorisation des préoccupations des formateurs.....	73

## **LISTE DES FIGURES**

Figure 1 : Modélisation du cadre d'analyse de la revitalisation du genre sous l'effet du cadre dialogique institué.....	53
Figure 2 : Dispositif technologique en 3 étapes.....	55
Figure 3 : Prise de vue réalisée lors de l'enregistrement de la supervision CDS.1 avec l'ESI.1 (durée 90 min).....	59
Figure 4 : Prise de vue réalisée lors de l'enregistrement de la supervision CDS.2 avec l'ESI.2 (durée 110 min).....	59
Figure 5 : Prises de vues réalisées lors de l'entretien d'autoconfrontation simple du CDS.1 (a) et du CDS.2 (b), en présence du chercheur. ....	60
Figure 6 : Représentation de l'architecture de l'entretien de supervision mené par CDS.1 le 13 avril 2022.....	61
Figure 7 : Représentation de l'architecture de l'entretien de supervision mené par CDS.2 le 14 avril 2022.....	61
Figure 8 : Exemples de prises de vues réalisées lors de l'ACC des deux Cadres de Santé Formateurs : (a) visionnage d'une séquence, (b) émergence de controverses entre les CDS.....	65
Figure 9 : Schématisation de l'autoconfrontation croisée séquencée.....	66
Figure 10 : Figure 10 : Capture d'écran de : (a) l'activité de supervision clinique et (b) l'EAC mené avec CDS.2.....	83
Figure 11 : Représentation graphique de la conduite de supervision clinique en fonction de la maîtrise conceptuelle des formateurs.....	85

## INTRODUCTION : Émergence d'une problématique

Au carrefour des sciences médicales et sociales, la discipline des soins infirmiers s'édifie au sein d'une pluridisciplinarité au service de la santé (Dabrion, 2011).

D'abord construit à partir de notre parcours professionnel, ce mémoire propose une réflexion sur ce qui tient à cœur aux infirmiers et, peut-être encore davantage, à ceux qui les forment. Ces professionnels du soin l'évoquent communément comme étant « *le cœur de métier* ». Nous y reviendrons un peu plus loin.

Mais d'abord, revenons sur notre parcours professionnel, d'où émerge notre questionnement. Au tournant des années 2000, nous débutons notre propre formation en soins infirmiers afin d'acquérir les savoirs essentiels à la prise en charge soignante des personnes malades. Bien que les principes pédagogiques très transmissifs devaient permettre au plus grand nombre d'acquérir un savoir et un savoir-faire (Sabachvili, 2019), les qualités relationnelles des formateurs ainsi que leur expertise du soin ont contribué à faire émerger ce qui deviendra pour nous une double passion : le soin et la formation.

D'abord infirmier en service de cardiologie et aux urgences, nous avons ensuite développé une expérience spécifique en service de réanimation polyvalente au sein du Centre Hospitalier Félix Guyon. Caractérisée par sa complexité et la pluralité des traitements qu'elle propose, cette discipline vise à suppléer les fonctions vitales défaillantes, comme la ventilation ainsi que la surveillance continue des paramètres vitaux et l'état clinique des patients. Cette spécificité a fait grandir notre intérêt pour la formation des étudiants<sup>2</sup> infirmiers aux postures et gestes techniques afin de leur permettre d'acquérir les codes et le langage de la réanimation. Il s'agissait donc de les aider à développer « *un sens aigu de l'observation, un haut niveau de raisonnement clinique, de la rigueur et de la réactivité* » (Faivre, 2021, p. 37) face à des situations souvent complexes et stressantes.

Mais, si de nombreuses procédures, comme la gestion de la sédation, reposent sur le jugement clinique de l'infirmier et améliorent le soin des patients, « *cette démarche diagnostique semble encore peu maîtrisée par les étudiants* » (Faivre, 2021, p. 38).

Le « *manque de connaissances, la difficulté à faire des liens entre les symptômes, leurs causes et les actions, et le manque d'expérience* » (Antonello, 2020, p. 44) rendent cette « *démarche*

---

<sup>2</sup> Dans ce mémoire, nous utilisons le terme « étudiant.s » pour désigner de manière générale les personnes inscrites dans une formation infirmière. Le terme « étudiante.s » pourra être utilisé pour désigner une ou plusieurs de ces personnes de sexe féminin, en particulier.

*parfois aléatoire et hésitante [et] empêchant les étudiants d'explicitement leur logique de questionnement* » (Antonello, 2020, p. 44).

Nous devons ici également reconnaître nos propres difficultés, en tant qu'infirmier, à « *expliquer aux étudiants comment [nous mettons] en place [notre] raisonnement clinique* » (Antonello, 2020, p. 44). Alors, comment aider ces futurs professionnels « *à problématiser ces situations de travail [sans] leur donner des certitudes* » (Vial, 2001, cité dans Grousset & Malavaux, 2012, p. 34).

En parallèle de ces expériences du soin et de l'encadrement, le projet de devenir Cadre de Santé se dessine petit à petit. Au gré des opportunités d'un parcours professionnel ponctué de hasards apparents et d'une envie d'exercer davantage de responsabilités, nous accédons progressivement à un poste d'infirmier « faisant fonction » de cadre de santé formateur à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI). Cette démarche implique de renoncer à la pratique connue et maîtrisée du soin pour mener à bien une nouvelle construction professionnelle. En effet, exercer la fonction de cadre de santé « *implique un changement de paradigme et une modification des comportements professionnels. Le soin ne se vit plus dans la relation, mais s'exprime au travers des concepts* » (Dupuis-Pegourdie, 2008, p. 21). Nous considérons alors l'acte de formation, tout comme les soins infirmiers, comme un art, un espace de création et de partage d'émotions. Il s'agissait, sur les conseils de Marsollier (2011), de trouver une sérénité féconde pour agir avec notre cœur.

Nos premières responsabilités pédagogiques s'orientent alors naturellement vers l'enseignement des techniques de soin telles que la transfusion sanguine ou les soins de trachéotomie, en lien avec notre expérience professionnelle soignante. En effet, selon Dupuis-Pegourdie, « *il ne s'agit plus de savoir faire le soin, mais de savoir l'expliquer pour mieux le défendre* » (Dupuis-Pegourdie, 2008 p. 21).

Si cette évolution professionnelle était source de satisfaction dans les domaines techniques ou biomédicaux en apparence bien documentés par la littérature scientifique, d'autres domaines du métier de formateurs pouvaient être source de questionnement, car plus difficiles à mettre en mot. Il nous apparaissait alors moins aisé de favoriser cette « *mise en mouvement sociocognitif par la problématisation* » (Grousset & Malavaux, 2012, p. 34) qui caractérise plus particulièrement la démarche de raisonnement clinique de l'infirmier.

Ainsi, le raisonnement clinique est défini par Psiuk comme « *une démarche systématique qui intègre et met en lien, à partir d'un examen physique et d'une écoute active, les signes et symptômes recueillis permet l'élaboration d'hypothèses de problèmes de santé réels ou*

*potentiels et d'hypothèses de réactions humaines physiques et comportementales réelles ou potentielles, cette démarche se terminant par la validation d'hypothèse la plus probable »* (Psiuk, 2002, p. 91)

Comme le rappelle Dupuis-Pegourdie (2008), devenir cadre de santé représente aussi une aventure éthique et citoyenne qui se poursuit par la formation à l'Institut de Formation des Cadres de Santé (IFCS). Cette « *étape du « chemin initiatique » semble incontournable pour mener à bien une construction professionnelle* » (Dupuis-Pegourdie, 2008, P. 20). Devenir cadre répond d'abord à un désir de satisfaction personnelle, une volonté d'évolution. Ce fut le cas pour nous au tournant des années 2010 à l'IFCS de Paris-Sainte Anne.

Ce parcours de formation nous permet d'exercer pleinement le métier de « formateur des professionnels de santé »<sup>3</sup>, plus habituellement nommé « Cadre de Santé Formateur » (CDS) en IFSI.

Mais cette plus grande légitimité par le diplôme n'a pas fait disparaître tous nos questionnements. L'officialisation des nouvelles fonctions de tuteurs et de maîtres de stage<sup>4</sup> par la mise en application du « nouveau programme de formation », régi par l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier, a continué à alimenter nos interrogations :

- Quelle posture adopter dans le cadre du suivi pédagogique des étudiants en stage ?
- Quel rôle pouvait désormais avoir le cadre de santé formateur aux côtés des tuteurs et maîtres de stage pour favoriser les apprentissages cliniques ?

En effet, la réingénierie de la formation a abouti en 2009 à la création d'un référentiel de formation à partir d'un référentiel de compétences. Cette rénovation s'inscrit dans une démarche d'universitarisation instaurée par les accords de Bologne<sup>5</sup> du 19 juin 1999 et valorise désormais le diplôme d'État d'infirmier au grade de Licence. Le diplôme s'obtient alors par l'obtention des 180 crédits européens, correspondant à l'acquisition des dix compétences du référentiel.

Comme le souligne Lagier (2020), cadre supérieure de santé et formatrice en soins infirmiers, des changements majeurs sont intervenus dans la formation infirmière, tels que l'approche par compétence et le développement de partenariat avec les universités.

---

<sup>3</sup> Terminologie utilisée par le Répertoire des Métiers de la Santé et de l'Autonomie, Fonction Publique Hospitalière.

<sup>4</sup> Ces fonctions seront précisées dans le chapitre suivant, à la page 15.

<sup>5</sup> Le Processus de Bologne et un processus de réforme visant à créer un espace européen de l'enseignement supérieur. Ce processus vise à faciliter la mobilité des personnes qui souhaitent passer d'un système éducatif à un autre ou d'un pays à un autre et ainsi accroître la mobilité des étudiants et des universitaires ainsi que l'employabilité dans toute l'Europe.

Ces changements ont modifié la relation pédagogique, la posture du cadre de santé formateur ainsi que celle de l'étudiant. Le formateur se positionne ainsi davantage dans « *l'accompagnement du processus d'apprentissage de l'étudiant. Le formateur ne dispense pas un savoir, il propose des moyens d'y accéder* » (Doucet, 2013, p. 26). Ils assurent plus que jamais une mission d'accompagnement à la professionnalisation (Lagier, 2020). Mais apprendre à apprendre, « *aider l'étudiant à identifier les gestes mentaux n'est pas inné pour les formateurs* » (Doucet, 2013, p. 26). Ils doivent ainsi développer une « *posture de médiateur entre l'apprenant et le savoir* » (Lagier, 2020, p. 32).

C'est ici particulièrement vrai lorsqu'il s'agit d'apprendre à raisonner dans un contexte clinique. L'étudiant est appelé, selon l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier, à développer des ressources théoriques et méthodologiques, à reconnaître ses émotions et à consolider une éthique professionnelle lui permettant de prendre des décisions éclairées.

Le sujet de la transmission du métier reste ainsi, plus que jamais, au cœur des préoccupations des cadres formateurs. L'enjeu est alors de « *favoriser les apprentissages et développer les capacités de raisonnement du futur professionnel* » (Grousset & Malavaux, 2012, p. 33) pour qu'il devienne « *un praticien autonome, responsable et réflexif, c'est-à-dire un professionnel capable d'analyser toute situation de santé, de prendre des décisions dans la limite de son rôle et de mener des interventions, seul ou en équipe professionnelle* » (Bulletin Officiel Santé, Protection sociale, Solidarités, numéro 7 du 15 août 2009, Annexe III, Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier, p. 275.)

Pour atteindre cet objectif « *le formateur développe des stratégies qui aident l'étudiant dans ses apprentissages en milieu clinique. Il trouve des moyens qui affinent le sens de l'observation et permettent à l'étudiant d'exercer sa capacité de recherche et de raisonnement dans ses expériences. Il aide à l'acquisition d'une démarche comportant les problèmes de soins et les interventions en rapport et permet l'exercice d'un raisonnement inductif, analogique ou déductif* » (Bulletin Officiel Santé, Protection sociale, Solidarités, numéro 7 du 15 août 2009, Annexe III, Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier, p. 276).

Ainsi, si « *le développement clinique chez les infirmiers et les étudiants en soins infirmiers constitue depuis les années 1950 un enjeu majeur de développement professionnel* » (Nagels, 2017, p. 7), et « *aide l'infirmière à développer son autonomie* » (Psiuk, 2009, p. 1), des

confusions et divergences conceptuelles majeures persistent. Selon Psiuk<sup>6</sup>, « *il est urgent de ne plus confondre démarche clinique et démarche de soins* » (2009, p. 1).

Pour Nagels<sup>7</sup>, « *le raisonnement clinique et le jugement clinique sont parfois confondus dans la littérature grise* » (2017, p. 7). Selon l'auteur, le manque d'unité de la littérature consacrée au jugement clinique renvoie certainement à la difficulté perçue des auteurs, et des formateurs, d'accéder à l'activité cognitive des sujets.

Lagier s'interroge alors : « *comment cette profession du « prendre soins », et dont les sources se situent probablement au commencement de l'organisation sociale des groupes humains, en est-elle encore à ce stade d'apprendre à expliciter les étapes du raisonnement préalable à son action ?* » (Psiuk, 2012, p. 7)

En se détachant progressivement de l'approche biomédicale, « *la pensée infirmière autour du prendre soin est presque parvenue à maturité, mais reste dans une impasse sémantique et conceptuelle, sur fond de quête identitaire professionnelle* » (Psiuk, 2012, p. 8).

Dans cette même logique, selon Dabrion, « *la profession infirmière est fermée sur elle-même, et ne reconnaît pas l'universalité scientifique, puisqu'elle ne dispose d'aucune procédure pour l'intégrer* » (Dabrion, 2011, p. XIII). Bien que délimitée, elle pêche néanmoins en légitimité auprès des autres partenaires, car sa reconnaissance en tant que science est mise à mal dans notre pays. Ainsi, le raisonnement clinique infirmier, socle de l'identité et de l'autonomie de ces professionnels, leur « *cœur de métier* », semble souffrir d'une forme d'instabilité. Ce constat nous amène à interroger davantage encore les conditions de formation permettant aux étudiants de développer cette capacité de raisonnement :

### **Quelles stratégies les cadres de santé formateurs en soins infirmiers développent-ils pour favoriser l'apprentissage et le développement des capacités de raisonnement clinique de l'étudiant pour qu'il devienne un praticien autonome, responsable et réflexif ?**

Pour éclairer encore davantage ce questionnement, la partie suivante aura vocation à délimiter les éléments de contexte de la formation infirmière de nos jours en France. Une attention particulière sera portée à la formation au raisonnement clinique infirmier. Nous proposerons ainsi un éclairage sur la pluralité théorique qui régit cette activité de raisonnement ainsi que les principaux éléments de méthodologie.

---

<sup>6</sup> Directrice des soins (10 ans) et directrice pédagogique dans un organisme de formation (15 ans), experte en raisonnement clinique.

<sup>7</sup> Consultant-formateur, Chercheur en sciences de l'éducation, Centre de recherche sur l'éducation, les apprentissages et les didactiques, Université européenne de Bretagne, Rennes, France.

## PARTIE 1

### ÉTAT DES LIEUX DE LA FORMATION

La finalité de cette première partie est de délimiter les contours de notre problématique professionnelle en précisant le contexte dans lequel il s'inscrit.

Cette première partie s'articulera donc autour de trois chapitres qui aborderont successivement le contexte actuel de la formation infirmière, les apports d'une première enquête exploratoire réalisée dans un IFSI, et enfin, une revue de littérature relative à l'activité de supervision du raisonnement clinique en santé.

#### Chapitre 1 : Le contexte de la formation infirmière

---

##### 1. La formation en soins infirmiers en France depuis 2009

Depuis l'ouverture des premières écoles d'infirmières en 1878, la formation infirmière s'est constamment renouvelée jusqu'au référentiel de 2009.

Le précédent programme de formation datait de 1992. Mais, en presque deux décennies, l'évolution sociétale et la transformation de la demande de santé ont créé une « *inadéquation entre cette même demande et l'offre sanitaire* » (Murat, 2010, p. 45). La demande de reconnaissance des professionnels infirmiers s'ajoutait également à ce contexte de profonde mutation socio-économique. La formation des professionnels du soin devait désormais intégrer « *une démarche de professionnalisation via le développement des compétences* » (Murat, 2010, p. 45). Un vaste chantier de réingénierie des diplômes a abouti à une refonte du dispositif de formation régi par l'arrêté du 31 juillet 2009, dont le contenu est défini aux annexes III, IV, V et VI.

En France, 331 IFSI publics et privés assurent désormais la formation infirmière initiale pour un peu plus de 30 000 places d'étudiants par promotion. On compte en moyenne un formateur pour une vingtaine d'étudiants. Ces importantes cohortes d'étudiants infirmiers répondent à des besoins d'emploi de nouveau repartis à la hausse en France.

La mission des cadres de santé formateurs consiste à former des professionnels paramédicaux. Selon le Répertoire des Métiers de la Santé et de l'Autonomie, il s'agit de concevoir et d'organiser les conditions de leurs apprentissages en formation initiale, en veillant à l'efficacité et à la qualité des prestations.

Dans cette visée, l'universitarisation constitue un axe majeur de la réforme de la formation infirmière.

### 1.1. L'universitarisation de la formation

Le néologisme d'universitarisation souligne l'intention des pouvoirs publics d'introduire une dimension universitaire dans la formation des infirmiers. Il s'agit de répondre aux exigences des accords de Bologne d'une part, et aux demandes de reconnaissance des associations d'étudiants et de professionnels d'autre part.

Alignée sur le calendrier universitaire, la formation, d'une durée de trois années, est désormais organisée en six semestres de vingt semaines chacun, équivalant à 4 200 heures, réparties de la façon suivante :

- ✓ 2 100 heures de formation théorique, sous la forme de cours magistraux, travaux dirigés et travail personnel guidé.
- ✓ 2 100 heures de formation clinique.
- ✓ Environ 900 heures de travail personnel complémentaire.

L'ensemble, soit 5 100 heures, constitue la charge de travail de l'étudiant. La formation s'articule autour de temps de formation théorique réalisés dans les IFSI et de temps de formation clinique sur les lieux où sont réalisées des activités de soins.

Les enseignants universitaires participent désormais à de nouvelles instances décisionnelles, les Commissions d'Attribution des Crédits, qui attribuent les crédits européens de formation sous forme d'ECTS – *European Credit Transfert System* (Titre II. Art.34. Arrêté du 31 juillet 2009). La validation de chaque semestre s'obtient ainsi par l'acquisition de 30 crédits européens.

En fin de formation, le diplôme d'État d'infirmier s'obtient par l'obtention des 180 crédits européens. Le ministère de l'Enseignement supérieur de la Recherche délivre aux étudiants le grade de Licence.

### 1.2. La formation clinique en stage

La formation conduisant au diplôme d'État d'infirmier vise l'acquisition de dix compétences pour répondre aux besoins de santé des personnes. Les stages, d'une durée de 60 semaines réparties sur les 6 semestres de formation, constituent un lieu d'enseignement clinique et permettent à l'étudiant, entre autres, d'exercer son jugement.

Ainsi, « *l'enseignement clinique se définit comme étant le volet de la formation d'infirmier par lequel le candidat infirmier apprend, au sein d'une équipe, en contact direct avec un individu sain ou malade et/ou une collectivité, à organiser, dispenser et évaluer les soins infirmiers globaux requis à partir des connaissances et compétences acquises* ». (Directive européenne 2005/36/CE sur la reconnaissance des qualifications – du 30 septembre 2005).

Ainsi, selon l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier, les stages sont à la fois des lieux d'intégration des connaissances construites par l'étudiant et des lieux d'acquisition de nouvelles connaissances par la voie de l'observation, de la contribution aux soins, de la prise en charge des personnes, de la participation aux réflexions menées en équipe (Bulletin Officiel Santé, Protection sociale, Solidarités, numéro 7 du 15 août 2009, Annexe III).

Les étudiants doivent effectuer au moins un stage dans chacune des quatre typologies prévues dans le parcours de formation :

- ✓ En « *soins de courte durée* », les étudiants s'adressent à des personnes atteintes de pathologies et hospitalisées dans des établissements publics ou privés.
- ✓ En « *soins en santé mentale et psychiatrie* », les étudiants s'adressent à des personnes hospitalisées ou non, suivies pour des problèmes de santé mentale ou de psychiatrie.
- ✓ En « *soins de longue durée et de suite et réadaptation* », les étudiants s'adressent à des personnes qui requièrent des soins continus dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale, en établissement dans un but de réinsertion, ou une surveillance constante et des soins en hébergement.
- ✓ En « *soins individuels ou collectifs sur des lieux de vie* », les étudiants s'adressent à des personnes ou des groupes qui se trouvent dans des lieux de vie (domicile, école, ...).

### 1.3. L'accompagnement des étudiants en stage

En stage, chaque étudiant est placé sous la responsabilité d'un maître de stage, d'un tuteur, d'un professionnel de proximité, et « *acquiert progressivement une façon de plus en plus autonome d'exercer son futur métier* » (Bulletin Officiel Santé, Protection sociale, Solidarités, numéro 7 du 15 août 2009, Annexe III, Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier, p. 275).

Ainsi, le maître de stage représente la fonction organisationnelle et institutionnelle. Il s'agit le plus souvent du cadre de santé qui exerce des fonctions de management dans l'unité de soins.

Le rôle de tuteur, exercé par un infirmier diplômé d'État expérimenté, représente la fonction pédagogique du stage. Il assure l'accompagnement de l'étudiant et facilite l'accès aux divers moyens de formation, le met en relation avec les personnes-ressources et favorise la compréhension de l'ensemble du processus de soins. Il évalue la progression de l'étudiant dans l'acquisition des compétences lors d'entretien individuel en cours et à la fin du stage.

Enfin, les professionnels de proximité représentent la fonction d'encadrement pédagogique au quotidien. Ils accompagnent l'étudiant dans sa réflexion et l'encouragent dans ses recherches.

Le maître de stage et le tuteur sont en relation directe avec le « *formateur de l'IFSI référent de stage* » (Bulletin Officiel Santé, Protection sociale, Solidarités, numéro 7 du 15 août 2009, Annexe III, Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier, p. 275) qui occupe, de fait, une place fondamentale dans l'accompagnement de l'étudiant. En effet, les IFSI désignent un formateur référent pour chacun des stages. Dans un objectif d'accompagnement pédagogique, il se déplace sur le lieu de stage, à son initiative ou à la demande de l'étudiant ou celle du tuteur.

Ainsi, le formateur référent du stage :

- ✓ Assure la coordination avec l'établissement d'accueil.
- ✓ Accompagne les équipes dans l'utilisation du référentiel de compétences et des outils de suivi de la formation.
- ✓ Contribue à la formation clinique de l'étudiant et à l'analyse de ses pratiques.
- ✓ Communique avec le tuteur et le maître de stage afin de suivre le parcours de l'étudiant.
- ✓ Organise des rencontres avec les étudiants sur le lieu de stage ou à l'IFSI.
- ✓ Régule les difficultés éventuelles.

Dans cette perspective, Chartier (2009), Directeur des soins infirmiers, suggère de saisir l'opportunité de ce nouveau programme de formation pour repenser les modalités d'accompagnement des étudiants en stage. Il invite, en particulier, à repenser le rôle des cadres de santé formateurs pour aider les soignants à mettre en œuvre une politique d'accompagnement des étudiants en initiant la mise en place de « *formateurs délégués à la formation clinique* » (Chartier, 2009, p. 14). Selon lui, les cadres de santé formateurs ont toutes les compétences requises pour aider les soignants à mettre en œuvre une politique d'accompagnement des étudiants.

Pour Chartier (2009), la formation clinique doit pouvoir bénéficier, au même titre que la formation théorique, de l'expertise en ingénierie de formation et en pédagogie des cadres de santé. Ces derniers sont invités à analyser avec les étudiants des situations complexes de soin et élaborer avec les soignants les processus d'encadrement.

C'est dans ce contexte que s'est développée la notion de référent territorial par terrain de stages avec la formalisation, dans les deux IFSI de la Réunion, de la mission de formateur référent unique de stage. Cette stratégie d'encadrement, formalisée dans un guide d'accompagnement en stage, s'articule autour de deux axes :

- L'encadrement des étudiants : modalités d'organisation pratique des stages, niveaux d'exigence attendus en fonction du niveau de formation.

- L'accompagnement des tuteurs : précisions réglementaires et des intentions pédagogiques au regard des parcours de stage.

Ce document formalise, par ailleurs, les modalités d'accompagnement de l'étudiant avant, pendant et après le stage. Pouvant se réaliser en individuel ou en collectif, cet accompagnement permet d'optimiser la réflexion de l'étudiant en particulier dans l'apprentissage du raisonnement clinique infirmier.

*Ainsi, selon l'arrêté du 31 juillet 2009, « le formateur développe des stratégies qui aident l'étudiant dans ses apprentissages en milieu clinique. Il trouve des moyens qui affinent le sens de l'observation et permettent à l'étudiant d'exercer sa capacité de recherche et de raisonnement dans ses expériences. Il aide à l'acquisition d'une démarche comportant les problèmes de soins et les interventions en rapport et permet l'exercice d'un raisonnement inductif, analogique ou déductif » (Bulletin Officiel Santé, Protection sociale, Solidarités, numéro 7 du 15 août 2009, Annexe III, Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier, p. 276).*

Dans ce cadre, les stages constituent de fait un lieu d'apprentissage clinique qui permet à l'étudiant, entre autres, d'exercer sa capacité de raisonnement clinique. Ce raisonnement clinique se développe également au gré de l'accompagnement réalisé par les cadres formateurs en IFSI. Ces derniers peuvent s'appuyer sur un cadre théorique riche et pluriel, qui fera l'objet du sous-chapitre suivant.

## **2. Le raisonnement clinique : éclairages théoriques**

L'enseignement du raisonnement clinique s'inscrit dans le domaine numéro trois de la formation infirmière intitulé « Sciences et techniques infirmières, fondement et méthodes ». Les premières compétences du référentiel de l'infirmier débutant donnent d'emblée les étapes essentielles de cette démarche de raisonnement :

1. Évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier,
2. Concevoir et conduire un projet de soins infirmier.

En cours de la formation, ces deux compétences sont principalement associées aux Unités d'Enseignement (UE) suivantes :

- ✓ UE 2.3. S2 Santé, maladie, handicap, accidents de la vie.
- ✓ UE 3.1. S1 Raisonnement et démarche clinique infirmière.
- ✓ UE 3.1. S2 Raisonnement et démarche clinique infirmière.
- ✓ UE 3.2. S2 Projet de soins infirmiers.
- ✓ UE 3.2. S3 Projet de soins infirmiers.

Dans son ouvrage relatif à l'enseignement des UE 3.1 et 3.2, Dabrion (2011), Cadre de santé formateur en IFSI et Docteur en sociologie, avertit d'emblée que la dénomination de l'Unité d'Enseignement « Raisonement et démarche clinique » annonce la complexité de la matière et nécessite une clarification des orientations théoriques.

Ses travaux serviront de support principal à l'élaboration de notre éclairage théorique sur le raisonnement clinique des infirmiers.

## 2.1. Qu'est-ce que le raisonnement clinique ?

Dabrion soutient que « *le raisonnement clinique est un concept difficile à cerner dans le processus de la supervision clinique en milieu de soins de santé* » (2011, p. 41). Pourtant, un des éléments importants de l'exercice d'une profession de la santé est un raisonnement clinique efficace. Raisonner est, pour elle, une opération où la pensée produit des idées à partir d'autres idées.

Pour Ardoine (1989), « *est donc proprement clinique, [...] ce qui veut appréhender le sujet (individuel et/ou collectif) à travers un système de relation [...], qu'il s'agisse de viser l'évolution, le développement, la transformation d'un tel sujet ou la production de connaissance, en soi, comme pour lui ou pour nous* ». Il s'agit ainsi d'une « *sagacité (perspicacité) d'accompagnement dans une durée, d'intimité partagée* » (Cité dans Dabrion, 2011, p. 41).

Pour le médecin, le raisonnement clinique désigne « *les processus mentaux permettant de faire un diagnostic avec les seules données de l'interrogatoire et de l'examen clinique, ou en ayant recours à des examens complémentaires, de décider d'un traitement, d'établir un diagnostic* » (Dabrion, 2011, p. 41). Il convient de préciser qu'il s'agit, pour l'infirmier, d'établir un diagnostic dans le domaine infirmier. Ainsi, « *dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue* » (Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier).

Pour Casimiro et Tremblay de l'université d'Ottawa, citées par Dabrion (2011), « *le raisonnement clinique est défini comme étant un processus cognitif ou métacognitif qui permet de prendre des décisions éclairées et qui guide l'exercice de la profession* » (Dabrion, 2011, p. 41). Le terme *cognitif* fait référence au processus même qui nous amène à prendre des décisions telles que poser un diagnostic.

Pour Phaneuf (2008), infirmière et docteur en didactique de la Faculté de l'éducation de l'Université de Montréal, il est difficile de trouver une définition unanime du jugement clinique,

concept pourtant essentiel pour la profession infirmière en raison de ses résultats. Si de nombreux auteurs ont proposé des définitions réfléchies, le sujet reste complexe et impose de faire preuve d'humilité et de simplicité pour appréhender ce concept.

Pour Phaneuf, « *le jugement clinique est la conclusion ou l'opinion éclairée à laquelle une infirmière arrive à la suite d'un processus d'observation, de réflexion et d'analyse de données observables ou disponibles* » (Phaneuf, 2008, p. 1).

## 2.2. Un raisonnement clinique infirmier soutenu par une pluralité théorique

Pour Nagels (2017), le corpus théorique qui soutient le développement du raisonnement clinique ne semble pas faire l'unanimité et des confusions persistent notamment autour du raisonnement clinique et du jugement clinique. Selon lui, le premier trouve sa finalité dans le second en tant que décision. Ainsi, même dans la littérature anglophone « *les termes jugement clinique, résolution de problème, prise de décision et pensée critique sont interchangeables* » (Nagels, 2017, p. 8). De plus, la proximité avec le raisonnement diagnostique médical montre aussi la complexité des liens qui unissent et distinguent ces deux professions.

Qu'il s'agisse du raisonnement, du jugement ou de la démarche clinique, l'enrichissement théorique nous amène « *vers une complexité polysémique* » (Dabrimon, 2011, p. 46). L'intérêt n'est alors pas, selon cette spécialiste de la question, dans l'affrontement des sens, mais dans l'éclairage que cette complexité engendre, au travers de leurs nuances ou divergences, pour faire avancer la science dans le domaine infirmier.

Les premières théories en soins infirmiers n'ont pas pu bénéficier de recherches antérieures et ont dû puiser dans des sciences connexes. Reprenant les propos de Saulnier (2004), professeure en soins infirmiers, Dabrimon le confirme :

*« Plusieurs conceptions de la discipline infirmière ont été élaborées par les théoriciennes nord-américaines, particulièrement au cours du XX<sup>e</sup> siècle. Ces auteurs se sont inspirés de différents courants de pensée, notamment par les physiciens ou les philosophes. Ces différentes façons de voir et de comprendre le monde ont permis à ces infirmières d'expliquer leur champ de pratique [...]. Précisément, les infirmières théoriciennes ont défini en leurs termes leur propre façon d'aborder la relation entre la personne, l'environnement, la santé et le soin ».*  
(Dabrimon, 2011, p. 50).

Ces conceptions de la discipline infirmière ont majoritairement été élaborées en se centrant sur les « *dimensions biopsychosociales de la personne et en insistant sur son caractère global, ce qui les différencie du modèle biomédical* » (Dabrimon, 2011, p. 50).

Ainsi, plus d'une vingtaine de modèles conceptuels ont émergé à différentes époques, certaines plus populaires que d'autres. Façon de conceptualiser une réalité, un modèle conceptuel est, selon Phaneuf, « *un cadre de référence qui permet à l'infirmière de préciser et d'expliquer les services professionnels qu'elle rend au public* » (Phaneuf, 1986, p. 3).

Nightingale a élaboré la première conception de la pratique infirmière. Ainsi, dès 1859, elle précisait « *que la médecine et la chirurgie ne peuvent faire autre chose que d'enlever des obstacles ni l'une ni l'autre ne guérit... seule la nature peut guérir et ce que le nursing fait est de placer le patient dans des meilleures conditions pour que la nature agisse sur lui* » (Cité dans Dabrion, 2011, p. 50).

Au début des années 1950, d'autres infirmières théoriciennes proposent des conceptions de la discipline infirmière. Il y a alors six grandes écoles :

- ✓ L'école des besoins.
- ✓ L'école de l'interaction.
- ✓ L'école des effets souhaités.
- ✓ L'école de la promotion de la santé.
- ✓ L'école de l'être humain unitaire.
- ✓ L'école du « caring ».

Depuis, bien d'autres ont défini leur façon de concevoir les soins. De nombreux ouvrages présentent l'histoire de l'avènement de ces courants de pensée dans le domaine infirmier. Pour ne citer que quelques-uns, nous retiendrons ceux de Collière<sup>8</sup>, Poisson<sup>9</sup> ou encore Charles<sup>10</sup>.

Si ces théories ont été un temps délaissées et considérées comme « *de simples exercices scolaires* », elles restent vivaces selon Dabrion pour qui « *il n'y a pas de sciences infirmières sans théories infirmières, ni pratiques codifiées* » (2011, p. 49).

Certaines de ces théories ont eu une influence significative dans la construction des savoirs infirmiers, en particulier celle des 14 besoins de Henderson ou, plus récemment, le modèle tri-focal de Psiuk.

Les sous-parties suivantes éclaireront le lecteur sur ces deux modèles actuellement enseignés dans la majorité des IFSI de France, y compris à La Réunion.

---

<sup>8</sup> Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers. Inter-Éditions, Paris, 1982.

<sup>9</sup> Origines républicaines d'un modèle infirmier 1870-1900. Éditions hospitalières, Vincennes, 1998.

<sup>10</sup> L'infirmière en France d'hier à aujourd'hui. Éditions Le Centurion, Paris, 1979.

### 2.3. L'école des besoins selon Virginia Henderson

Les modèles conceptuels de l'école des besoins tentent de répondre à la question : Que font les infirmières ? Les principales théoriciennes de cette école sont : Virginia Henderson, Dorothea Orem, Faye Abdellah.

En France, les IFSI sont influencés par l'école des besoins et ont majoritairement choisi le modèle conceptuel de Virginia Henderson centré sur l'indépendance de la personne dans la satisfaction de ses besoins fondamentaux.

Virginia Henderson (1897-1996) est originaire de Kansas City (États-Unis). Fille d'enseignants, elle devient infirmière à l'âge de 24 ans et travaille auprès des plus démunis. Elle écrit en 1955 son principal ouvrage intitulé « Les principes fondamentaux en soins infirmiers ».

Pour cette théoricienne, l'homme comporte quatorze besoins fondamentaux d'ordre biopsychosocial. Les soins infirmiers visent alors à conserver ou rétablir l'indépendance du patient dans la satisfaction de ces quatorze besoins fondamentaux.

Ces quatorze besoins fondamentaux sont : (Dabrion, 2011, p. 52).

1. Respirer normalement.
2. Manger et boire convenablement.
3. Éliminer par toutes les voies d'élimination.
4. Se mouvoir et maintenir une bonne posture.
5. Dormir et se reposer.
6. Choisir des vêtements appropriés, s'habiller et se déshabiller.
7. Maintenir à un niveau normal la température du corps.
8. Tenir son corps propre et protéger son épiderme.
9. Se garder des dangers que peut représenter l'environnement.
10. Communiquer avec autrui et exprimer ses émotions, ses besoins, ses craintes.
11. Remplir ses devoirs religieux selon ses croyances.
12. S'occuper à un travail qui donne l'impression de faire quelque chose d'utile.
13. Jouer ou participer à divers genres de récréations.
14. Apprendre, découvrir, satisfaire une saine curiosité pouvant favoriser le développement normal.

Au centre du modèle conceptuel de Virginia Henderson se trouvent les concepts d'indépendance, de dépendance, de manifestation et de source de difficulté. A partir de la perturbation de ces besoins, l'infirmière peut formuler un diagnostic infirmier. Utilisée pour la

première fois en 1953 dans un document rédigé par Virginia Fry aux États-Unis, l'expression « *diagnostic infirmier* » rencontre d'abord l'hostilité médicale (Dabrion, 2011, p. 55). Citées par Dabrion (2011), Lyse Riopelle, Louise Grondin et Margot Phaneuf en proposent la définition suivante : « *Le diagnostic infirmier est l'énoncé concis actuel ou probable des manifestations d'indépendance de la personne, regroupées ou non, reliées à une source de difficulté* » (Dabrion, 2011, p. 55). Il constitue le rôle autonome de l'infirmière.

Actuellement, « *l'ensemble de la communauté infirmière s'accorde sur le diagnostic infirmier qui se traduit par l'énoncé concis du (ou des) problèmes(s) de santé réel(s) ou potentiel(s) [et] comporte trois parties : le problème, le ou les étiologies, les signes* » (Dabrion, 2011, p. 55).

L'Association nord-américaine du diagnostic infirmier (ANADI) reconnaît plusieurs taxonomies pour le classement des catégories de diagnostics. La plupart utilisent l'approche par besoins de Virginia Henderson.

Mais d'autres auteurs soutiennent que la compétence clinique est dans une combinatoire de ressources cognitives, comportementales et de valeurs humaines selon un modèle dit tri-focal (Psiuk, 2009). Nous précisons ce second modèle dans le sous-chapitre suivant.

#### 2.4. Le modèle clinique tri-focal

Selon Psiuk « *la compétence clinique infirmière est un atout pour la qualité des soins si elle se coordonne aux raisonnements cliniques des autres professionnels de santé* » (2009, p. 1), et particulièrement en collaboration avec le raisonnement et le diagnostic médical.

Arlette Marchal et Thérèse Psiuk développent ainsi le modèle tri-focal en identifiant trois domaines dans lesquels l'infirmier peut exercer son raisonnement clinique et son jugement clinique :

- ✓ Identification des signes et symptômes de la pathologie : l'infirmier identifie mentalement une hypothèse de diagnostic médical ou, lorsque le diagnostic est posé, il évalue l'évolution des signes cliniques en montrant une évolution positive ou l'exacerbation des symptômes.
- ✓ Identification des risques : il s'agit à la fois de complications potentielles liées à la pathologie et aux effets secondaires des traitements, mais aussi aux réactions humaines physiques et psychologiques.
- ✓ Élaboration d'un diagnostic infirmier : l'infirmier pose ses conclusions cliniques après avoir recueilli des signes dominants en formulant un jugement clinique.

### 3. Le raisonnement clinique infirmier, un apprentissage complexe

Si la maîtrise des niveaux de jugement clinique aide l'infirmier à développer son autonomie, selon Psiuk, « *le raisonnement clinique est actuellement trop implicite, souvent absent des observations écrites dans les dossiers des patients* » (2009, p. 1-2).

Parce que le travail de l'infirmier ne se situe pas uniquement dans le « faire » et dans « l'ici et maintenant », son action nécessite une dose de réflexion, de prise de décision, de capacité à prévoir les interventions nécessaires, de planifier à plus long terme et de prévenir les complications possibles.

La pertinence du raisonnement clinique va se développer avec l'expérience professionnelle. Ainsi, le développement du jugement clinique, si important dans la formation infirmière, « *demande une attention particulière par un apprentissage approprié, fondé sur une observation judicieuse du malade et sur l'analyse rigoureuse des données pertinentes* » (Dabrion, 2011, p. 42).

Benner (1995, p. 23-35) soutient que le jugement clinique se développe au gré de l'expérience, du novice à l'expert, selon cinq stades :

- ✓ Stade 1, novice : avec peu ou pas de connaissance et d'expérience, l'infirmier adhère aux principes et aux règles. Les interventions sont rigides ou limitées. Le jugement clinique est analytique et exige un effort.
- ✓ Stade 2, débutant : L'infirmier possède un certain niveau de connaissances et d'expériences qui lui permet de reconnaître les aspects pertinents d'une situation. Le jugement clinique est analytique et guidé par des principes dans un registre de pistes supérieur à celui du novice.
- ✓ Stade 3, compétent : L'infirmier possède deux à trois ans d'expérience. Le jugement clinique est plus rapide, les interventions sont efficaces et la planification se fait dans une perspective à long terme. L'infirmier prend consciemment et délibérément des mesures en prévision d'événements imprévus. Le registre des pistes est encore plus grand.
- ✓ Stade 4, performant : L'infirmier est capable de modifier ses actions pour faire face à des événements imprévus. Les connaissances peuvent être transférées et appliquées dans de nouvelles circonstances. L'ensemble du processus de jugement est plus rapide et demande moins d'efforts. Il identifie les priorités de manière logique.
- ✓ Stade 5, expert : Après 5 ans d'expérience, l'approche est moins analytique et est caractérisée par une plus grande capacité à résumer. Avec davantage d'intuition, l'infirmier est plus rapide et plus sûr de lui dans son jugement. Capable de transférer

des connaissances tout en s'en tenant à l'essentiel, l'infirmier est moins contraint par les règles et règlements infirmiers codifiés. Il est créatif pour résoudre des problèmes, faire face à des urgences et gérer des situations complexes.

Ainsi, lorsque le raisonnement clinique est soutenu par l'expérience, l'infirmier peut facilement et rapidement poser les jugements cliniques nécessaires pour organiser ses actions. De manière de plus en plus intuitive, celles-ci sont mises en œuvre avec efficacité et pertinence. Elles tiennent compte du contexte et des ressources pluridisciplinaires. Mais qu'en est-il de l'apprentissage de cette compétence chez les étudiants novices en formation initiale à l'IFSI ?

Frenette-Leclerc nous montre combien « *le jugement clinique peut être mis en défaut par manque d'expertise des débutants et par insuffisance de ressources pour décider de comportements alternatifs au vu de la transformation des situations* » (Nagels, 2017, p. 8). Le jugement clinique doit alors faire l'objet d'un processus d'apprentissage complexe pour les professionnels novices.

Dans cette continuité, Dabrion (2011) soutient que l'apprentissage du raisonnement clinique dans le cadre de la formation initiale demande de courir des risques :

- ✓ Pour les personnes en formation, par le fait d'être invitées à (s') exposer et d'être conduites à se (re) mettre en question.
- ✓ Pour les formateurs, qui ne sont plus dans la maîtrise, mais dans l'accompagnement, la médiation, la guidance, le partage et parfois le doute.

Ainsi, « *la démarche suppose donc un changement de posture des formateurs ainsi que des personnes en formation, et présente l'avantage d'être en harmonie avec un acte éducatif (un acte formatif) qui aidera ces dernières, les formant à ne plus être dans une attente de transmission de savoirs normés, préétablis et relativement figés, mais à construire leurs propres savoirs, à se construire dans la réflexion et le conflit (cognitif et sociocognitif), à développer leur identité professionnelle* » (Dabrion, 2011, p. 45).

Le chapitre suivant visera, à présent, à rendre compte de cette posture pédagogique par la réalisation d'une enquête exploratoire auprès de plusieurs cadres de santé formateurs dans un IFSI<sup>11</sup>.

---

<sup>11</sup> Rappel : Institut de Formation en Soins Infirmiers.

## Chapitre 2 : Étude exploratoire de l'activité ordinaire des formateurs

---

Afin de mieux explorer le contexte local, nous avons décidé de réaliser une étude qualitative à visée exploratoire. Cette enquête avait pour ambition de mettre en lumière l'activité ordinaire des cadres de santé exerçant les fonctions de formateurs en IFSI et d'accéder aux concepts indigènes de la communauté professionnelle.

Ce premier temps athéorique nous semble donc essentiel pour étayer la problématique. Les résultats obtenus ne sont pas représentatifs du corps des formateurs, mais permettent de dégager les lignes de force relatives à l'activité de formation, en particulier celle visant le développement du raisonnement clinique des étudiants.

Ce deuxième chapitre présentera ainsi le terrain concerné par l'enquête, la méthode choisie pour le recueil de données et la population cible. Nous poursuivrons par la présentation des résultats<sup>12</sup>.

### 1. Le terrain d'étude

Cette enquête a été réalisée dans notre milieu professionnel habituel à l'IFSI du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de La Réunion. Celui-ci regroupe, depuis février 2012, le Centre Hospitalier Félix Guyon de Saint-Denis et le Groupe Hospitalier Sud Réunion de Saint-Pierre.

L'établissement propose un enseignement médical, de maïeutique, ainsi que dix formations paramédicales, accueillant plus de mille élèves et étudiants. Les dix écoles et instituts de formation paramédicale et maïeutique sont regroupés dans le cadre d'un Institut d'Étude en Santé (IES). L'IES compte aujourd'hui deux IFSI, à Saint-Denis et à Saint-Pierre, dont la Direction est assurée par un même Directeur des soins. Ce dernier est secondé par deux Cadres de santé supérieurs assurant des missions transversales, en lien avec la gestion des stages pour l'un, et la coordination pédagogique pour l'autre.

Nous avons donc choisi de réaliser cette enquête sur notre lieu de travail depuis plus d'une dizaine d'années en tant que cadre de santé formateur, à l'IFSI de Saint-Denis. Cet IFSI accueille 120 étudiants en première année de formation et compte actuellement 16 formateurs permanents. Ceux-ci sont tous titulaires du diplôme d'État d'infirmier et, pour l'immense majorité, du diplôme de Cadre de Santé. Les richesses d'expériences antérieures donnent aux formateurs un ancrage professionnel fort et une légitimité pour accompagner les étudiants dans leur parcours de professionnalisation. « *Cette identité plurielle [...] cette multiplicité*

---

<sup>12</sup> La retranscription des entretiens sous forme de verbatim est consultable en annexe 1.B à 1.E

*d'appartenance des formateurs* » (Lagier, 2020, p. 32) permettent, selon Lagier<sup>13</sup>, de développer une diversité de compétences en formation.

Outre la mission de concevoir, de mettre en œuvre et d'évaluer les UE placées sous leur responsabilité, les formateurs assurent également la responsabilité du suivi pédagogique des étudiants. Ainsi, chaque semestre, ceux-ci réalisent le bilan des acquisitions avec l'étudiant, le conseillent pour la suite de son parcours et proposent la validation des stages à la commission d'attribution des crédits. Par ailleurs, chacun d'eux assure, en qualité de RUS<sup>14</sup>, une mission d'accompagnement en conduisant, notamment, des activités de supervision du raisonnement clinique.

## **2. Méthode d'enquête**

### **- L'outil d'enquête :**

Pour recueillir le point de vue authentique des CDS, nous avons élaboré un outil-guide<sup>15</sup> sur le principe de l'entretien semi-directif. Ces entretiens n'ont pas été menés selon un cadre théorique préétabli, mais sur la base d'un échange professionnel mené par un apprenti chercheur appartenant au même corps de métier. Cette condition permet de maîtriser le langage courant et de saisir les « allants de soi » des pratiques ordinaires de la communauté professionnelle. Cet outil présente l'avantage de laisser la possibilité à l'interlocuteur de développer librement son propos tout en le guidant selon un fil conducteur par des phrases de relances. De plus, observer la communication non verbale (gênes, hésitations, mimiques, signes de congruence...) est une plus-value permettant d'aiguiser notre compréhension des situations.

### **- Le déroulement de l'enquête :**

Nous avons organisé les entretiens sur la base de rendez-vous programmés, d'une durée de 35 à 40 minutes, dans le bureau de l'un des formateurs afin de garantir la confidentialité des propos et la sérénité des échanges. L'enregistrement par dictaphone a été négocié afin de faciliter la retranscription sous la forme de *verbatim*. Les entretiens se sont déroulés du 15 au 30 novembre 2021, en fonction de la disponibilité des personnes.

Nous avons fait le choix, en introduction de chaque entretien, de ne pas évoquer la thématique du travail de recherche avec trop de précision afin de ne pas induire de biais dans les échanges.

### **- La population cible :**

Sur la base du volontariat, nous avons choisi d'interroger quatre formateurs permanents, tous titulaires du diplôme de cadre de santé. Nous avons donc fait le choix de privilégier, non

---

<sup>13</sup> Cadre supérieure de santé, responsable pédagogique.

<sup>14</sup> Référent Unique de Stage.

<sup>15</sup> Le guide d'entretien est consultable en annexe 1.A

pas la représentativité de la communauté des formateurs, mais bien la diversité des profils permettant d'éclairer les situations de travail de manière complémentaire. Le tableau ci-après offre une synthèse des profils de la population enquêtée.

Formateurs	Référent pédagogique	Sexe	Diplôme Cadre de santé	Ancienneté dans la fonction de formateur	Ancienneté à l'IFSI de St Denis
<b>F1</b>	Promotion 2021/2024	F	2017	1 mois 1/2	1 mois 1/2
<b>F2</b>	Promotion 2021/2024	M	2019	2 ans	4 mois
<b>F3</b>	Promotion 2020/2023	F	2017	4 ans	4 ans
<b>F4</b>	Promotion 2020/2023	M	2007	14 ans	14 ans

*Tableau 1 : Profil de la population participant à l'enquête exploratoire*

#### - Méthodologie d'analyse des entretiens

A partir de ces entretiens et de leur retranscription sous forme de verbatim, une analyse de contenu inspirée de la méthodologie<sup>16</sup> de Bardin (2013) a permis d'apporter des informations supplémentaires au lecteur critique. Il s'agissait ainsi de se distancier d'une lecture profane, pour tenter de donner du sens aux matériaux récoltés.

En portant une attention particulière aux mots évoqués dans le discours des formateurs et à leur succession au cours du récit, une première lecture « flottante » ou intuitive a d'abord permis d'identifier des rubriques pour chacun d'eux. Inversement, certaines rubriques ont progressivement émergé en cours d'analyse. La méthode a consisté à identifier les mots ou expressions récurrentes, ayant une proximité sémantique, afin d'établir des rapprochements pertinents. Il s'agit ainsi d'établir « *une typologie en repérant des constantes* » (Bardin, 2013, p. 61).

Le sous-chapitre suivant propose maintenant une synthèse des résultats de cette enquête exploratoire.

<sup>16</sup> La méthodologie utilisée est comparable à celle utilisée pour l'analyse des EAC. Celle-ci sera décrite dans la partie « présentation des résultats », pages 64-66.

### 3. Résultats de l'enquête exploratoire

Cette enquête exploratoire a permis d'identifier trois activités principales chez les cadres de santé formateurs : le suivi pédagogique des étudiants, la conception et la mise en œuvre des UE et la supervision du raisonnement clinique en stage. L'analyse de leurs déclarations met en évidence (1) des postures professionnelles très affirmées dans la mise en œuvre de chacune de ces activités, source de liberté d'agir, de satisfaction, mais aussi (2) les inconvénients de ces pratiques hétérogènes, source d'inconfort pour les étudiants et aussi de tensions entre CDS.

#### 3.1. Des styles affirmés dans la mise en œuvre des principales activités pédagogiques

Le quotient lexical de la catégorie « *moi-je* » permet d'identifier une affirmation très marquée du style personnel des formateurs expérimentés dans la manière de mettre en œuvre les activités professionnelles. Par exemple, F2 utilise fréquemment les formules « j'estime que ; je préfère ; moi j'aime bien » (F2. 8). Il en est de même pour F3 qui explique que « l'accompagnement, je le fais aussi à ma façon, je pense là aussi (F3.52). Enfin, F4 qui indique « moi je vois plus mon rôle en tant que référent pédagogique comme du coaching (F4.8) [...] Ben en tout cas, c'est ma vision des choses » (F4.37).

Ces styles très marqués traduisent une liberté d'agir permettant de mettre à leur main chaque activité. D'abord déstabilisante pour les formateurs novices, cette liberté devient progressivement une importante source de satisfaction. Ainsi, avec un mois d'ancienneté, F1 regrette d'abord le manque de pratique commune des formateurs : « il n'y a pas d'uniformité en fait [...] il n'y a pas de fil conducteur » (F1.30). Elle regrette, par exemple, le manque d'outil permettant de structurer l'activité de suivi pédagogique des étudiants : « y'a pas de feuille de route vraiment établie, un déroulé type » (F1. 24). La confrontation à ces différentes manières de faire semble être une épreuve pour elle : « quand on arrive, ça peut être déroutant, parce que finalement quelqu'un dit A et puis après quelqu'un te dit B, et puis finalement, ben on fait C » (F1.36).

Mais elle insiste ensuite pour nuancer ses propos : « Après, elle est pas..., ça c'est vraiment pour améliorer..., là on parle d'axe d'amélioration, c'est pas heu... » (F1.58). Elle semble percevoir, après un mois d'expérience, les bénéfices professionnels de « cette multitude de façons de faire » (F1.36). Celle-ci représente aussi une source de satisfaction, « c'est une vraie richesse [...] Je trouve très intéressant quand même c'est cette liberté hein, au-delà de, heu, la créativité bien sûr et cette liberté donc de faire, finalement aussi, comme il nous semble bon » (F1.64).

Au gré de leurs expériences, chaque formateur semble ainsi investir l'activité de suivi pédagogique à sa manière. Ainsi, F2 tient un discours centré sur sa posture de formateur. Une posture conjuguant disponibilité, non jugement, personnalisation et responsabilité afin de construire une relation de confiance, s'autorisant tout de même une posture plus directive « quand je vois que ça ne se passe pas bien, ben là je vais être plutôt cadrant, plutôt directif, ben si je vois qu'il y en a besoin » (F2. 14). F3 rejoint cette position en revendiquant « la liberté et aussi l'obligation d'avoir des postures variées » (F3.48).

Si l'existence d'une méthodologie et d'un outil commun<sup>17</sup> permet de structurer le premier entretien de suivi pédagogique des étudiants de 1<sup>re</sup> année, chaque formateur revendique la liberté de pouvoir s'en affranchir. F2 se félicite de l'existence d'une méthodologie et d'une trame structurante : « l'idée est là, enfin elle me plaît bien [...], avec un outil hyper-solide justement qui te permet après de prendre de la liberté pour partir sur quelque chose de plus individualisé, mais bien évidemment pour individualiser, la liberté, il faut avoir un socle solide à la base, ouais » (F2. 26). S'il adhère à la méthode, il conserve la possibilité d'y mettre sa patte : « il faut laisser justement cette liberté de penser, mais il faut quand même un socle, heu, enfin une trame à la base » (F2. 28)

Concernant la conception et la mise en œuvre des UE, les formateurs se réjouissent également de leur marge de liberté, fruit de la confiance accordée par la direction selon F2. Une confiance et une marge de liberté qu'il attribue à « une maturité professionnelle [...] une identité professionnelle [...] bien marquée » (F2. 20). Il évoque avec enthousiasme et satisfaction cette « part d'improvisation, en quelque sorte, la liberté elle s'exprime aussi par rapport à ça » (F2. 22).

Ainsi, ce qui leur tient à cœur, c'est la « liberté en premier, mais, la liberté de, heu, d'organiser, la liberté de mettre sa propre tonalité, ma propre intention » (F3.40) en fonction de ce qui leur semble pertinent pour parvenir à un résultat satisfaisant. Comme « le TD d'hier, par exemple, j'ai des objectifs fixés par le référent d'UE, donc j'm'y tiens » (F3.26). Mais, « on avait normalement un mode opératoire et moi j'ai vite vu que c'était pas pertinent. Et du coup, j'ai modifié l'organisation du TD. Donc, oui, là j'ai pris la liberté de ne pas suivre exactement ce qui était demandé » (F3.30).

Ces différences pédagogiques sont non seulement stimulantes, « ça nous donne aussi envie de créer » (F1.66), mais également sécurisantes pour le formateur. « Le fait que chacun fasse

---

<sup>17</sup> Cet outil permet de recueillir des données de manière ciblée afin de formuler un diagnostic pédagogique à l'entrée en formation.

différemment, on se dit que si on fait différemment et qu'on sort du cadre, ça ne sera pas reproché » (F1.66).

Enfin, chacun d'eux investit l'activité de supervision clinique en y mettant également de soi. Ainsi, F2 s'attache à créer du lien pour co-construire avec les tuteurs. Il apprécie la possibilité d'incarner la fonction de RUS à sa manière. « Je peux mettre ma petite touche perso » (F2. 16).

Pour F3, l'important est de s'adapter aux difficultés de l'étudiant. Elle reconnaît là aussi, malgré l'existence du guide d'accompagnement en stage, qu'il n' « y'a pas de guide. Le premier mot qui m'est venu en tête quand tu m'as posé la question, c'est l'intuition » (F3.18). La vision précise du résultat attendu ainsi que « l'expérience et le tempérament font que je prends un peu des libertés, mais heu..., de toute façon on n'a pas tous les mêmes façons de fonctionner [...] Donc heu, l'accompagnement je le fais aussi à ma façon » (F3.52).

Ainsi, F3 semble très au fait des objectifs à atteindre, au point de ne plus savoir s'il s'agit d'attentes institutionnelles ou personnelles. « Ben, c'est des attendus quand même institutionnels... heu... quoique... heu... je... heu... Alors si quand même (F3.64).

Pour F4 également, le guide d'accompagnement en stage permet de structurer et de cadrer le travail de l'étudiant ainsi que celui du tuteur de stage chargé de l'accompagner. « Le guide d'accompagnement en stage des étudiants qui fixe un peu des règles pour l'étudiant et le tuteur » (F4.28). S'il reconnaît suivre cette trame « depuis quelque temps », il identifie tout de même les circonstances dans lesquelles il s'autorise des marges de liberté, dans l'intérêt de l'étudiant : « sauf que je trouve que, heu, là pareil, je vais demander à l'étudiant d'aller faire quelque chose où je vais générer chez lui un stress » (F4.30).

Avec 12 ans d'expérience dans la formation, F4 parvient à réaliser une synthèse afin de relativiser l'impact du style de chacun dans la mise en œuvre des activités professionnelles : « On a une procédure, on a ... comment on va dire, on a un projet, heu, qui guide un peu tout ça, mais après ce projet, bon... il a le mérite d'exister, ça me permet de cadrer certains éléments, mais dans le faire, je pense que ça dépend de chacun, je pense que vraiment ça dépend de notre parcours, ça dépend de notre vécu, de notre représentation et de comment on perçoit les choses. [...] je pense que chacun amène un peu en fonction de son regard, de son expérience et de son vécu. C'est normal, on a tous un vécu et une orientation différente, [...] donc c'est obligé qu'on adapte comme ça » (F4.16).

Cette liberté de création apparaît comme une évidence pour les CDS, d'autant plus s'ils maîtrisent le référentiel de formation qui pose le cadre de l'activité. Cette liberté de créer à sa

manière apparaît comme une principale source de satisfaction au travail et conforte la vision de Le Blanc (2007). Pour lui, la créativité se faufile dans l'opération de la norme prescrite, dans le détournement subjectif de cette norme en vue de sa réalisation, dans la mise à distance du prescrit, dans le trafic des normes qui rend possible des micro-inventions de soi.

Ce détournement subjectif de la norme favorise alors la satisfaction, mais aussi le sentiment de sécurité, ouvrant la voie à de nouvelles opérations créatives. Mais cette vision d'une diversité avantageuse dans l'action laisse tout de même apparaître certains inconvénients, particulièrement concernant l'accompagnement des étudiants dans l'apprentissage du raisonnement clinique.

### 3.2. Des pratiques différentes sources d'insatisfaction

Au-delà de la satisfaction décrite précédemment, les formateurs dénoncent une « cacophonie de façon de faire » (F1.52), en partie responsable de l'inconfort psychologique des étudiants « crispés [...] angoissés » (F1.52).

Ces différences, particulièrement concernant l'activité de supervision du raisonnement clinique, créent des tensions entre formateurs : « j'ai l'impression qu'on est tous différents nous les formateurs et qu'on n'a pas les mêmes attentes, en termes de démarche de soins et moi ben ça me gêne parce que, heu, je trouve qu'on n'est pas capable déjà de s'entendre nous-même sur ce qu'on attend d'un étudiant » (F2. 34)

Si l'existence du guide d'accompagnement en stage apparaît comme une première étape vers la démarche d'harmonisation des pratiques, cela reste insuffisant. Selon F2, « ça y participe [...], mais pas complètement [...], ce serait bien que, ben je sais pas, mais les démarches de soins et les recueils de données il faut un truc type quoi [...] je pense qu'il faut des consensus, des trucs un peu formalisés » (F2.38).

Si F2 reconnaît « [qu'] on s'appuie tous sur la démarche de soins et c'est très bien parce que le raisonnement clinique, c'est la plus-value du métier d'infirmier » (F2.34), il se montre très critique sur la capacité des formateurs à s'entendre pour élaborer une vision consensuelle. « Ça se vérifie au séminaire, [...] y avais un groupe qui travaillait sur le raisonnement clinique et ils se bouffaient le nez » (F2.34).

Les formateurs regrettent aussi une trop grande théorisation de l'apprentissage au dépend d'une approche pragmatique. Ils critiquent ce qui est perçu comme une volonté « [d'] intellectualiser le truc alors que parfois il faut être un peu plus pragmatique » (F2.34). F3 souhaiterait ainsi que « le raisonnement clinique [...] se rapproche de la pratique [...] je trouve qu'on a une grande

tendance à conscientiser les choses, [...] un langage différent... une utilisation d'un langage pour se dissocier de la pratique » (F3.71).

Les approches conceptuelles différentes ainsi que des niveaux d'exigence et de maîtrise variables rendent la démarche d'harmonisation très complexe. « On a tous des niveaux d'exigence différents, des attendus différents sur ce que doit être l'étudiant infirmier, sur ce que doit être également un infirmier, on a tous des visions du soin, [...] donc c'est compliqué de s'harmoniser sur ça. Mais dans notre métier de formateur on a des exigences différentes. Sur les accompagnements en stage, certains formateurs ont des exigences trop élevées pour les étudiants » (F3.89).

Du haut de son ancienneté dans la fonction, F4 confirme cette vision avec une attitude visiblement résignée : « Regarde par exemple, sur le raisonnement clinique. Je pense que, pour moi, on pourra l'enseigner de la façon qu'on voudra, en respectant à la lettre ce qui est écrit dans les livres, on sera jamais satisfait, il y aura toujours un qui va toujours vouloir pas faire comme un autre, parce qu'il ne s'y retrouve pas, parce qu'il n'a pas compris ci, parce qu'il n'a pas compris ça. Ben c'est le jeu hein, c'est le jeu. Voilà, et donc il faut qu'on accepte du coup, que si nous, on n'est pas d'accord avec ça, ben que l'étudiant aussi ne comprenne pas où est-ce qu'on veut l'amener » (F4.73).

Les formateurs semblent être à la recherche d'une forme d'harmonisation du discours rendant la démarche de supervision du raisonnement clinique plus cohérente. F2 regrette ainsi que l'« on n'est pas capables, nous-même, d'avoir une harmonisation sur le raisonnement clinique par exemple, sur les attendus d'une démarche de soins par exemple. Et d'un formateur à un autre, heu, on, ben voilà on va passer des messages différents » (F2.36).

Ils reconnaissent unanimement « [qu'] il va falloir qu'on change notre regard » (F4.75). F4 expose aussi sa difficulté à enseigner les théories en lien avec le raisonnement clinique de manière consensuelle. « Chacun peut avoir sa propre vision, mais après nous, notre difficulté, c'est là où [...] on doit quand même enseigner selon un modèle ou une façon de faire pour guider les étudiants au mieux » (F4.77).

Pour lui, « si des formateurs ne se retrouvent pas dans le modèle qu'on a enseigné, ben du coup, c'est logique que lui, remette en question, je suis capable de comprendre. Mais, moi ce qui me pose problème, c'est que je lui dis pas que mon modèle prévaut par rapport à ce que lui pense, mais je veux juste lui faire comprendre que, moi j'ai enseigné ça, à lui d'essayer de reprendre et de dire, oui il y a ça, mais y a aussi d'autres modèles, parce que moi le sien, peut-être que je ne le connais pas, je ne le maîtrise pas » (F4.77).

Au-delà de la satisfaction liée à une importante marge de liberté perçue comme légitime, le discours des formateurs est également marqué par une demande d'harmonisation des pratiques dans l'intérêt des étudiants, particulièrement concernant l'activité de supervision clinique. Ils semblent ainsi réclamer davantage d'échanges pour harmoniser leurs pratiques.

### 3.3. Le dilemme des formateurs entre harmonisation des pratiques et liberté d'agir

Entre liberté d'agir et nécessité d'harmoniser les pratiques professionnelles, les formateurs semblent devoir accepter des postures intermédiaires. Cette liberté serait ainsi finalement profitable aux étudiants pour F1 : « Cette liberté-là nous donne le pouvoir de créer et ce pouvoir de créer nous satisfait et cette satisfaction elle retentit forcément sur l'étudiant » (F1.72). F2 évoque clairement ce dilemme : « parce que moi-même j'ai besoin de beaucoup de liberté, et puis je vais dire, mais il faut des outils cadrant, etc. Je dirais avoir un maximum d'outil auquel se référer quitte à se dire après ça m'emmerde tous ces outils et rendez-moi ma liberté, mais je trouve qu'ils ont quand même le mérite d'exister ». (F2. 42).

Les formateurs admettent ainsi que, pour réaliser le travail avec efficacité, une prise de liberté, un écart à la règle prescrite par le référentiel de formation et les procédures est nécessaire. Le « *formateur ordinaire* » opère ainsi des détournements à l'intérieur de la norme et « *réalise donc bien la prescription qui plane sur sa tête sans pour autant laisser toute sa tête dans la prescription elle-même* » (Le Blanc, 2007, p. 178).

Ce détournement, cette « *intelligence de la ruse* » (Le Blanc, 2007, p. 180) n'est source de satisfaction au travail que si elle reste éthiquement acceptable. Cette limite d'acceptabilité se caractérise par l'inconfort psychologique des étudiants exposés aux discours parfois contradictoires des formateurs.

Ce dilemme, entre d'un côté une demande d'harmonisation des pratiques de supervision, et une demande préservation de la liberté d'agir de l'autre, nous invite à préciser notre problématique initiale :

**Comment favoriser la nécessaire démarche d'harmonisation des pratiques de supervision du raisonnement clinique des étudiants tout en préservant la liberté d'agir qui caractérise l'activité ordinaire des formateurs en soins infirmiers ?**

Pour approfondir ce questionnement professionnel, nous proposons enfin de convoquer des écrits scientifiques ciblés traitant des méthodes de supervision du raisonnement clinique en santé. Cette revue des travaux clôturera la première partie de ce mémoire.

## **Chapitre 3 : La revue des travaux sur la supervision du raisonnement clinique des étudiants en santé**

---

Dans ce troisième chapitre, nous nous attacherons d'abord à mobiliser les recherches réalisées dans ce domaine pour éclairer les difficultés pour les formateurs et les stratégies décrites visant à favoriser le développement du raisonnement clinique des étudiants. Nous présenterons ensuite les principales méthodes de supervision du raisonnement clinique. Nous nous appuierons particulièrement sur l'ouvrage collectif dirigé par Pelaccia (2018) qui s'interroge, dans son intitulé, « *Comment [mieux] superviser les étudiants en sciences de la santé dans leurs stages et dans leurs activités de recherches ?* ».

Sans viser l'exhaustivité, nous mobiliserons ainsi les recherches menées par Kassirer (1983) ; Irby (1995) ; Jouquan et al. (2003) ; Mehlman (2003) ; Chamberlan & Hivon (2005) ; Kilminster et al. (2007) ; Wolpaw et al. (2009) ; Audétat & Laurin (2010) ; Durning et al. (2011) ; Laurin et al. (2014).

### **1. Difficultés de l'activité et stratégies de supervision**

Comme le relèvent Jouquan et al. (2003), il ne suffit pas d'exposer un étudiant à des patients et à des problèmes de santé en situation de stage. Encore faut-il que ces situations soient systématiquement exploitées pour induire et orienter les apprentissages (Jouquan et al., cité dans Pelaccia et al., 2018). Cette affirmation est alors particulièrement pertinente lorsqu'il s'agit d'aborder l'apprentissage du raisonnement clinique.

Ainsi, les superviseurs sont souvent exposés au « *défi du temps disponible* » (Irby, cité dans Pelaccia et al., 2018, p. 112). Le manque de temps est au cœur des obstacles à une supervision efficace. Ce manque de temps est lié au fait, qu'en stage, les objectifs d'apprentissages des étudiants peuvent être nombreux. Plusieurs aspects d'une situation peuvent en effet être abordés en supervision. Il peut s'agir, par exemple, de la communication, des enjeux relationnels, des connaissances, ou encore du raisonnement clinique. Ainsi, choisir l'angle du raisonnement clinique est un excellent moyen pour soutenir son apprentissage (Pelaccia et al., 2018, p. 114), car cette stratégie permet également d'apprécier le raisonnement de l'étudiant.

Kassirer a été l'un des premiers auteurs à décrire de nouvelles manières d'enseigner et de superviser l'apprentissage du raisonnement clinique. Il propose ainsi « *que l'on cesse d'enseigner un modèle artificiel du raisonnement clinique qui consistait jusqu'alors à demander aux étudiants de questionner et d'examiner le patient de façon exhaustive [...] avant d'interpréter les données obtenues et de générer des hypothèses diagnostiques* » (Kassirer, cité

dans Pelaccia et al., 2018, p. 116). Dans cette perspective, selon Pelaccia, le superviseur doit chercher à rendre accessible le raisonnement clinique de l'étudiant, en s'intéressant aussi bien aux problèmes du patient qu'au processus de pensée et à la démarche de l'étudiant.

Durning et al. recommandent ainsi, au-delà de la qualité des hypothèses générées par l'étudiant, d'être attentif à la manière dont il recueille les données pour vérifier ses hypothèses, ou à l'interprétation qu'il en fait pour retenir les éléments les plus pertinents afin de formuler un diagnostic adéquat et de proposer un plan utile à la résolution du problème (Durning et al., , cité dans Pelaccia et al., 2018).

Ainsi, pour soutenir le raisonnement clinique en supervision, Laurin et al. (2014) recommandent de mettre en œuvre deux stratégies pédagogiques : (1) faire expliciter le raisonnement de l'étudiant et (2) expliciter son propre raisonnement en qualité de superviseur. Plusieurs méthodes de supervision ont été décrites afin d'atteindre ce double objectif.

## **2. Méthodes de supervision du raisonnement clinique**

La supervision clinique est l'une des principales méthodes pédagogiques utilisées pour aider les étudiants à développer les connaissances et les habiletés nécessaires à l'exercice clinique (Chamberlan & Hivon, cité dans Pelaccia et al., 2018). Elle consiste à permettre à l'étudiant d'intégrer des connaissances, des habiletés et des comportements, par des échanges avec un superviseur qui lui proposera une guidance et une rétroaction (Kilminster et al., cité dans Pelaccia et al., 2018).

Kilminster et al. (2007) décrivent aussi deux principaux types de supervision :

- La supervision directe, également nommée « supervision par observation », consiste à être présent au même endroit que l'étudiant et à l'observer lors de la prise en charge d'un patient.
- La supervision indirecte peut se réaliser par discussion de cas ou par l'examen du dossier rédigé par l'étudiant. Elle permet d'explorer la capacité de synthèse et d'organisation des données, le regroupement des éléments clés et leur priorisation ainsi que l'importance et la qualité de l'organisation des connaissances.

Si Audétat et Laurin (2010) soulignent l'importance de l'observation directe dans la supervision, elles appellent à être modeste et réaliste en ce qui concerne le temps réellement disponible pour travailler individuellement avec chaque étudiant.

Ce temps disponible est également déterminant dans la pratique de supervision des formateurs en soins infirmiers. Nous examinerons maintenant plus en détail quatre méthodes de

supervision indirecte, par discussion de cas, permettant de favoriser l'apprentissage du raisonnement clinique.

### 2.1. La méthode de la minute du superviseur

Cette méthode décrite par Audétat et Laurin (2010) permet de structurer et d'optimiser le temps disponible de supervision. Elle prévoit une série de six tâches séquentielles à réaliser par le superviseur après la présentation du cas par l'étudiant :

- Demander à l'étudiant d'énoncer ses hypothèses diagnostiques après la présentation du cas, sans intervenir, et l'interroger sur son plan d'intervention.
- Demander à l'étudiant d'expliquer et de justifier ses décisions.
- Souligner ce qui a été bien fait.
- Corriger des erreurs et proposer des alternatives.
- Enseigner un principe général à retenir
- Conclure afin de préciser les différentes étapes, le rôle de chacun et effectuer un bilan pédagogique de l'étudiant.

### 2.2. La méthode de supervision inversée : « Raconte-moi l'histoire à rebours ! »

Dans cette méthode proposée par Charles Mehlman (2003), également nommé « le modèle orthopédique », le superviseur demande d'abord à l'étudiant de formuler son diagnostic, plutôt que de relater le cas, puis d'explicitier le processus de raisonnement qui l'a conduit à ses conclusions. L'exercice d'explicitation à rebours encourage les apprenants à prendre des décisions et également à prendre conscience de leur processus de raisonnement en justifiant leurs choix et priorités dans une situation clinique donnée. Cette méthode a montré ses limites chez les étudiants moins avancés dans leur formation qui ont besoin de progresser pas à pas dans la démarche, en respectant toutes les étapes du raisonnement, pour arriver à formuler un diagnostic.

### 2.3. La méthode de « Tante Minnie »

Cette méthode, décrite par Sackett et al., est destinée à promouvoir la genèse et la vérification rapide d'hypothèses. Elle postule que beaucoup de problèmes de santé ont un mode de présentation typique et que « *si la dame de l'autre côté de la rue marche comme Tante Minnie et qu'elle est habillée comme Tante Minnie, c'est probablement elle, même si vous ne voyez pas son visage !* » (Sackett et al., cité dans Pelaccia et al., 2018).

La mise en œuvre de cette méthode repose sur cinq étapes :

- L'étudiant procède à l'anamnèse et à l'examen clinique du patient.
- Il formule le problème prioritaire.

- Pendant que l'étudiant rédige son compte rendu, le superviseur va à son tour évaluer le patient, poser un diagnostic et définir un plan d'intervention.
- Le superviseur et l'étudiant discutent des problèmes fréquents et des modes de présentation habituels.
- Le superviseur prend connaissance, vérifie et complète le compte rendu rédigé par l'étudiant.

#### 2.4. La méthode SNAPPS<sup>18</sup>

Décrite par Wolpaw et al. (2009), cette méthode est destinée à structurer la présentation du cas clinique par l'étudiant, dans un temps limité et l'amener à verbaliser son raisonnement. Il est encouragé à poser des questions sur la situation clinique et à dégager des objectifs personnels d'apprentissage. Elle suppose que l'étudiant connaisse cette manière de présenter le cas et nécessite une appropriation de la méthode en amont de la supervision.

Encore plus récemment, une étude pilote réalisée à la faculté des sciences infirmières de l'Université Laval au Québec (Lechasseur, Hegg, Gagnon, Gagnon, & Goudreau, 2020) a permis d'évaluer la méthode SNAPPS en explorant la pertinence d'une version adaptée aux sciences infirmières (SNAPPS-A<sup>19</sup>) lors du stage d'étudiants inscrits en 2<sup>e</sup> année de baccalauréat en sciences infirmières. Comme la version originale, cette méthode adaptée est également composée de six étapes :

1. Sommaire de l'état de santé de la personne : consiste à présenter un résumé concis des données cliniques pertinentes.
2. Nommer les problèmes ou besoins prioritaires : l'étudiant identifie deux ou trois problèmes.
3. Analyser les problèmes ou besoins prioritaires : l'étudiant compare les problèmes ou les besoins identifiés pour justifier le plus prioritaire. Il s'agit d'un moment clé pour verbaliser ouvertement les processus de réflexion.
4. Présentation de ses incertitudes et de ses questions : l'étudiant fait part au superviseur de ses incertitudes et de ses questions pour obtenir des clarifications, des précisions ou des recommandations.
5. Planification des soins : il s'agit de planifier les interventions envisagées et de justifier le plan de soins élaboré.
6. Sélection des éléments à explorer : l'étudiant détermine des éléments en lien avec le cas clinique à explorer de façon individuelle (ou autonome).

---

<sup>18</sup> Acronyme qui signifie en anglais « Summarize, Narrow, Analyse, Probe, Plan, Select ».

<sup>19</sup> En anglais : SNAPPS - Adapted.

Cette étude d'une durée de seize mois montre que cette méthode favorise, d'une part, le développement du raisonnement clinique des étudiants et, d'autre part, la connaissance et la compréhension du raisonnement des étudiants par les superviseurs, puisqu'elle exige l'explicitation de leur démarche intellectuelle, surtout lors de l'expression des incertitudes (étape 4). Ainsi, il leur était plus facile d'identifier les lacunes dans le raisonnement des étudiants. Ces résultats montrent enfin que l'étape 6, qui offre aux stagiaires une opportunité de rechercher et présenter des informations pertinentes afin de guider la prise en charge des patients, restait difficile à appliquer, autant par les étudiants que par les superviseurs. Le manque de temps pourrait, selon les auteurs, représenter une barrière à la réalisation de cette étape.

La première partie de ce mémoire a ainsi permis de mettre en lumière l'importance et la difficulté de soutenir le développement du raisonnement clinique chez les étudiants en soins infirmiers. À la suite d'une première étude à visée exploratoire, nous avons questionné le moyen de favoriser une plus grande harmonisation des pratiques de supervision des formateurs. Une revue des travaux nous a permis de décrire la difficulté de s'intéresser à la fois, à la qualité de raisonnement de l'étudiant et aux problèmes du patient lui-même, tout en expliquant notre propre raisonnement en qualité de superviseur. L'étendue des méthodes possibles pour y parvenir nous conduit à mesurer, davantage encore, la complexité de la démarche d'harmonisation réclamée par les formateurs.

Dans ce mémoire, nous proposerons de mettre en place un dispositif d'accompagnement permettant d'aider les formateurs à concilier leurs besoins professionnels de liberté et d'harmonisation des pratiques de supervision, tout en tenant compte de la complexité polysémique précédemment décrite.

La suite de ce travail visera désormais à identifier un cadre théorique pertinent permettant de soutenir une double ambition de recherche et de formation.

## PARTIE 2

### LA CADRE THÉORIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE

Comme nous avons pu le mettre en évidence dans la première partie de ce mémoire, le développement du raisonnement clinique chez les infirmiers et les étudiants en soins infirmiers constitue un enjeu majeur de développement professionnel et participe à accroître leur autonomie. Mais, la pensée infirmière reste dans une impasse sémantique et conceptuelle et des divergences majeures persistent, y compris chez les cadres de santé formateurs. En référence aux travaux de Dabrion (2011), la première partie de ce mémoire a évoqué cette « *complexité polysémique* » (Dabrion, 2011, p. 41).

Pour comprendre la démarche ordinaire de supervision du raisonnement clinique par les CDS, nous proposons maintenant un cadre conceptuel et méthodologique permettant d'explorer ce qui se passe en situation auprès des étudiants en soins infirmiers.

Ainsi, cette deuxième partie se compose de trois chapitres. Le premier visera à argumenter le choix d'un cadre théorique relevant de la clinique de l'activité et à décrire les principaux concepts mobilisés pour cette démarche de recherche. Le deuxième chapitre précisera l'approche méthodologique retenue en décrivant les apports des différents types d'entretien d'autoconfrontation développés dans l'expérimentation. Enfin, un troisième chapitre permettra d'exposer le dispositif technologique ainsi que les hypothèses de recherche qui le conditionnent.

#### Chapitre 1 : Le choix d'un cadre théorique

---

Les différentes recherches réalisées dans le cadre des théories de l'activité ont permis de mieux comprendre les relations complexes se tissant entre l'humain et le travail. Pour cette étude, nous choisissons plus particulièrement de nous inscrire au sein du courant de la clinique de l'activité.

Adossé aux travaux de Vygotski, Bakhtine ou Bruner, ce courant analyse le rapport de l'homme et du travail. En comprenant ce qui se passe en situation, des connaissances peuvent émerger et un processus de développement peut s'instaurer. Par ailleurs, la thèse de Voisin-Girard (2020) sera une ressource pour convoquer la dimension vygotkienne du développement.

Après avoir souligné les apports de l'ergonomie de langue française dans le cadre théorique choisi, nous décrirons certains concepts clés de la clinique de l'activité pour notre étude.

## 1. L'activité issue de l'ergonomie de langue française

Barbier définit l'activité comme « *l'ensemble des processus par et dans lesquels est engagé un être vivant, notamment un sujet humain individuel ou collectif, dans ses rapports avec son environnement (physique, social et/ou mental), et transformations de lui-même s'opérant à cette occasion* » (2011, p. 25).

Les psychologues du travail ont pris la distinction entre tâche et activité à leur compte. Ainsi, en reprenant les propos de Leplat (1983), Clot soutient que « *la tâche relève de la prescription, elle est ce qui doit être fait. À l'opposé, l'activité est ce qui se fait* » (Clot, Faïta, Fernandez, & Scheller, 2000, p.2)

Ce qui se fait, que l'on peut considérer comme l'activité réalisée, n'est cependant que l'actualisation d'une des activités réalisables dans la situation où elle voit le jour. Dans cette situation, le développement de l'activité gagnante (Vygotski, 1994) est gouverné par les conflits entre celles, concurrentes, qui auraient pu réaliser la même tâche à d'autres coûts. Selon Clot, Faïta, Fernandez et Scheller, le réel de l'activité est également « *ce qui ne se fait pas, ce que l'on cherche à faire sans y parvenir [...] ce que l'on aurait voulu ou pu faire, ce que l'on pense pouvoir faire ailleurs. Il faut y ajouter - paradoxe fréquent - ce que l'on fait pour ne pas faire ce qui est à faire* » (2000, p. 2).

Considérant que « *les transformations ne sont portées durablement que par les collectifs de travail eux-mêmes* » (Clot, 2008, p. 102), la clinique de l'activité aura pour objectif de « *seconder ces collectifs dans leurs efforts pour redéployer leur pouvoir d'agir [et] élargir leur rayon d'action* » (Clot, 2008, p. 102).

Dans cette étude, nous proposons de mobiliser le courant de la clinique de l'activité pour deux raisons principales.

D'abord, nous considérons ce courant théorique comme ressource afin d'éclairer la dynamique d'action des CDS en identifiant celles relevant du genre professionnel ou du style émancipé des formateurs. La co-analyse de leur activité de supervision clinique nous aidera à considérer le poids des « *activités suspendues, contrariées ou empêchées, voire les contres activités* » (Clot, Faïta, Fernandez, & Scheller, 2000, p.2).

Puis, utilisée comme moyen, la clinique de l'activité favorisera le développement de l'expérience et des compétences. En mobilisant la méthodologie des entretiens d'autoconfrontation, nous souhaitons susciter des effets de ré-adressage du dialogue permettant de produire une expérience de formation susceptible d'induire un élargissement du pouvoir d'agir des formateurs dans l'activité de supervision du raisonnement clinique. Nous nous

inspirerons de la thèse de Voisin-Girard (2020) pour convoquer la théorie de l'énoncé de Bakhtine (1984) et documenter le développement des cadres de santé formateurs dans une dimension transformative par le moyen du dialogue adressé.

## 2. Le genre professionnel : une mémoire pour agir

Au-delà de la description traditionnelle du travail opposant le prescrit et le réel, Yves Clot soutient, en reprenant Bakhtine, qu'il existe « *un travail de récréation de la tâche par les collectifs professionnels, une récréation de l'organisation du travail par le travail d'organisation du collectif* » (Clot, 2008, p. 103).

Ainsi, il existe un troisième terme décisif qu'il désigne comme « *le genre social du métier, le genre professionnel, c'est-à-dire les « obligations » que partagent ceux qui travaillent pour arriver à travailler [...] parfois malgré l'organisation prescrite du travail* » (Clot, 2008, p. 103). Clot propose ainsi de regarder l'activité ordinaire de travail comme « *la mobilisation d'un véritable enthymème social<sup>20</sup> pour agir : partie sous-entendue de l'activité que les travailleurs d'un milieu donné connaissent et voient, attendent et reconnaissent [...] ce qu'ils savent devoir faire grâce à une communauté d'évaluation présupposée, sans qu'il soit nécessaire de respecifier la tâche chaque fois qu'elle se présente* » (Clot, 2008, p. 148).

À la suite des travaux de Bakhtine, Clot distingue ainsi deux composantes du genre :

- ✓ Le genre de discours, « *stock d'énoncés attendus, prototypes des manières de dire ou de ne pas dire dans un espace-temps sociodiscursif* » (Clot, 2008, p. 104), immédiatement disponible et dont le sujet doit parvenir à disposer pour entrer dans l'échange. La parole s'ordonne alors en énonciation type, une sorte de « *diapason lexical* » (Clot, 2008, p. 105) propre à un milieu et à une époque.
- ✓ Le genre technique, forme prescriptive que le travailleur s'impose pour pouvoir agir. Reposant sur un principe d'économie de l'action, « *le genre, comme intercalaire social, [...] organise l'activité personnelle de façon tacite* (Clot, 2008, p. 106). L'activité, comme « *entrée dans la chaire des professionnels [...] soudée aux choses* » n'est même pas énoncée, car, « *s'il fallait créer chaque fois dans l'action chacune de nos activités, le travail serait impossible* » (Clot, 2008, p. 105). Il s'agit ici de « *ce que les travailleurs d'un milieu donné connaissent et voient, attendent et reconnaissent [...] ce qui leur est commun [...] ce qu'ils savent devoir faire [...], sans qu'il soit nécessaire de respecifier la tâche chaque fois qu'elle se présente* » (Clot, 2008, p. 105).

---

<sup>20</sup> Syllogisme dont l'une des prémisses n'est pas exprimée, mais sous-entendue. Par exemple : « Socrate est un homme, donc il est mortel ». On sous-entend que tous les hommes sont mortels (Clot, p. 148).

Les genres de discours et les genres de techniques forment ensemble ce qu'on peut appeler des genres d'activités, une forme de « *pré-établi disponible pour en disposer* » (Clot, 2008, p. 106).

Dans cette recherche, nous envisageons que les CDS mobilisent le genre du métier pour se mettre au « *diapason professionnel* » (Clot, 2008, p. 107). Ils disposent d'un stock de « *mise en mot* » et de « *mise en acte* » (Clot, 2008, p. 107), de prêts à servir pour agir en situation de supervision des étudiants, mais aussi pour échanger entre professionnels à partir d'énonciation type relative à la démarche de raisonnement clinique.

### **Genre comme ressource et contrainte**

Prémédité social en mouvement qui ne relève pas de la prescription officielle, mais qui la traduit, « *ces genres définissent [...] aussi les façons de travailler acceptables* » (Clot, 2008, p. 107) considérées comme juste dans le groupe de pairs à un moment donné.

Moyen de savoir s'y retrouver dans la situation et de savoir comment agir, le genre organise l'action individuelle comme un recours pour éviter d'errer tout seul devant l'étendue des bêtises possibles (Darré, 1994). Ces conventions d'actions pour agir apparaissent à la fois comme des ressources et des contraintes, dictant la manière d'agir ou de s'abstenir d'agir dans des situations précises. C'est dans ce qu'il a d'essentiellement transpersonnel que le genre professionnel exerce une fonction psychologique dans l'activité de chacun. Mais, « *le genre n'est pas amorphe [...], sa stabilité est toujours transitoire* » (Clot, 2008, p. 109). Confronté à l'épreuve du réel, cette contrainte à respecter peut également être une ressource permettant un retravail du genre par les formateurs pour faire à leur façon et en fonction des circonstances. Ces derniers se libèrent et s'affranchissent du cours des activités attendues, en créant leurs styles.

### **3. Le style : s'affranchir pour se développer**

Les formateurs « *ajustent et retouchent les genres en se plaçant également en dehors d'eux par un mouvement, une oscillation parfois rythmique consistant à s'éloigner, à se solidariser, à se confondre selon de continues modifications de distances qu'on peut considérer comme des créations stylistiques* » (Clot, 2008, p. 109).

Le style est considéré comme un retravail du genre en situation, une métamorphose du genre en cours d'action. Ce travail de style, ces « *créations stylistiques* » produisent « *une stylisation des genres susceptible de les « garder en état de marche* » (Clot, 2008, p. 109), c'est-à-dire de les transformer en les développant.

Ainsi, « *les styles ne cessent de métamorphoser les genres professionnels qu'ils prennent comme objet de travail sitôt que ces derniers se « fatiguent » comme moyen d'action* » (Clot, 2008, p. 109). Le style individuel, c'est avant tout la transformation des genres dans l'histoire

réelle des activités au moment d'agir, en fonction des circonstances. Il s'agit ainsi, pour ceux qui travaillent, de « *pouvoir jouer avec le genre [...] jongler avec les différentes variantes qui animent la vie du genre* » (Clot, 2008, p. 109).

Mais l'élaboration du style, cette prise de liberté avec le genre, nécessite une fine appropriation de ce dernier. En effet, « *la non-maîtrise du genre et de ses variantes interdit l'élaboration du style* » (Clot, 2008, p. 110).

Le style est donc un « mixte » qui décrit l'effort d'émancipation des cadres de santé formateurs par rapport à la mémoire impersonnelle d'une part, et la mémoire personnelle issue de leurs expériences antérieures singulières d'autre part. Cet effort est toujours motivé par un souci d'efficacité afin de permettre aux étudiants infirmiers d'acquérir un niveau de raisonnement clinique acceptable pour envisager une entrée dans le métier de manière satisfaisante.

Prise de liberté avec le genre, nous envisagerons maintenant comment cet affranchissement ouvre la voie au développement par l'artifice du dialogue lorsque celui-ci est multi-adressé.

#### **4. Le cadre dialogique : polyphonie des voies du dialogue réel à la frontière entre l'intérieur et l'extérieur**

À la suite de Voisin-Girard (2020), nous reprenons le postulat de Bakhtine pour qui le mot personnel porte une signification pour les membres de la communauté linguistique. Cette signification commune suggère que nous ne sommes pas à l'origine de nos mots personnels. Avant tout contenu dans le mot d'autrui, ceux-ci sont rapatriés en nous. C'est ce que Bakhtine traduit par « *un mot plus grand que soi* » (1984, p. 370). Le mot est ainsi porteur d'une mémoire au sein de la communauté dans le cadre du dialogue.

Pour Bakhtine, c'est donc « *l'expression qui organise l'activité mentale (Bakhtine 1977), réfutant [...] tout mythe de l'intériorité* » (Voisin-Girard, 2020, p.133). Le nœud de l'approche dialogique est constitué par les relations entre le dialogue intérieur et extérieur. « *Dans le dialogue, les répliques de l'un empiètent sur les répliques du dialogue intérieur de l'autre* » (1970 a, p. 347, cité dans Clot, 2008, p. 205). Clot nous amène ainsi à mesurer « *à quel point le dialogue possède un volume que sa surface ne saurait envelopper tout entier. C'est d'ailleurs ce qui donne une histoire possible au dialogue qui est toujours plein de possibilités non réalisées* » (Clot, 2008, p. 206).

Ainsi, pour Bakhtine, il n'y a donc pas de discordance entre les sujets, entre leurs voix, qui ne soit aussi, simultanément, « *interférence de deux voix à l'intérieur d'une seule* » (Clot, 2008, p. 205). Il existe une interférence consonante ou dissonante des répliques du dialogue « *apparent* » avec des répliques du dialogue intérieur. Et c'est même cette discordance qui peut se révéler créatrice selon Bakhtine (Clot, 2008, p. 209).

Comme le rappelle Voisin-Girard (2020), mettre cette polyphonie au cœur des préoccupations est constitutive de notre expérience du langage. C'est à l'intérieur des différentes formes de dialogue, aux frontières entre le dialogue intérieur (microdialogue) et le dialogue apparent (dialogue réalisé) que se développent les formateurs dans le flux expérientiel au sein du « combat dialogique ».

Dans les répliques du dialogue réalisé avec le destinataire immédiat de qui l'auteur attend une réponse, deux autres destinataires sont simultanément présents :

- ✓ **Le sur-destinataire**, qui regroupe la tonalité des voix du passé qui continuent à parler dans le présent. Une histoire collective de civilisation du réel. Il est très précisément « transpersonnel » et existe à l'intérieur des échanges singuliers. Ainsi, le mot va toujours plus loin et traverse son destinataire immédiat à la recherche d'une assistance, jusqu'au mensonge note Bakhtine : « *N'importe qui, à ma place, aurait menti* » (1984, p.337, cité dans Clot, 2008, p. 205).
- ✓ **Le sub-destinataire**, concept utilisé pour désigner les voix du dialogue intérieur, ou microdialogue. Dans ce microdialogue, se joue alors une partie réglée avec soi comme autrui, entre soi et la communauté de pratique, entre soi et la prescription institutionnelle. « *Une partie engagée dans l'activité dialogique avec l'interlocuteur immédiat et un autrui de référence* » selon Voisin-Girard (2020, p. 135).

Bakhtine inscrit ces deux dialogues mêlés à l'intérieur d'un troisième : le « *grand dialogue* ». C'est le « *troisième front* ». Ainsi, pour Bakhtine, « *comprendre, c'est nécessairement devenir le troisième dans un dialogue* » (1984, p. 336, cité dans Clot, 2008, p. 206). Car ce qui intéresse Bakhtine, c'est moins de montrer l'homme en accord avec l'autre, que ce même homme dialoguant en dépit de l'autre, de lui-même et de ses propres intentions, réfractaire à la synthèse, et ce au nom de la recherche dans le réel de ce qui est vrai ou faux, juste ou injuste, bon au mauvais, efficace ou non. Ainsi, c'est ce qui fait dire à Yves Clot, reprenant les propos de Todorov, que « *la vérité existe, mais on ne la possède pas* » (1984, p. 21, cité dans Clot, 2008, p. 210). La vérité serait plutôt le développement de nouvelles possibilités de pensée, la production de quelque chose de neuf, l'invention d'une possibilité de faire autrement ou de dire autrement. Elle se signale par une intensité différente du dialogue. Cette activité vraie ou encore authentique marque la véracité du dialogue, la liberté prise avec les faux-semblants.

C'est donc au cours des échanges, des discussions, des controverses, qui se déroulent entre interlocuteurs, que s'engage un processus constituant la base des conflits interpsychiques rapatriés par les sujets dans leur psychisme, devenant par là même des conflits intrapsychiques. Ces derniers permettent ainsi d'envisager d'autres préoccupations et d'autres manières de faire.

Ils alimentent momentanément des hésitations, des doutes, des empêchements (Clot, 2008). Cette diversité des dialogues constitue, selon nous, un élément clé du développement des formateurs dans l'activité de supervision clinique auprès des étudiants.

Ces doutes seront le terreau d'un réadressage du dialogue pour chacun d'eux. L'enjeu du chapitre suivant sera d'identifier des éléments observables permettant de suivre à la trace ce développement dans l'activité dialogique des professionnels.

### **5. Le suivi à la trace du multi-adressage dialogique**

Bakhtine identifie une dimension expérientielle du langage comme constitutive de l'Être. « Être, c'est communiquer dialogiquement. Quand le dialogue s'arrête tout s'arrête (Bakhtine, 1970, pp. 343-344) » (Clot, 2008, p. 113). S'intéressant particulièrement aux sciences du langage, Bakhtine considère que « la phrase comme unité d'analyse a cédé le pas au discours, à la conversation et l'interaction » (Clot, 2008, p. 113). L'homme se dévoile alors grâce aux interactions entre autrui et lui-même, et le dialogue lui permet de devenir « ce qu'il est vraiment et non pas uniquement aux yeux des autres, répétons-le, aux siens propres également » (Clot, 2008, p. 114). Pour Bakhtine « Il est impossible de percevoir l'homme de l'intérieur [...] On peut l'approcher et le découvrir, plus exactement le forcer à se découvrir seulement par un échange dialogique » (Clot, 2008, p. 114).

Comprendre ce qui se joue dans l'activité dialogique selon Bakhtine, c'est en conséquence avoir accès aux significations au-delà de ce qui est dit, en considérant deux niveaux de production de l'énoncé : une partie verbalement réalisée ou actualisée dans le dialogue réalisé ou dialogue apparent, et une partie sous-entendue dans le réel du dialogue, où se définissent les questions de volume et de surface du dialogue.

Nous proposons de convoquer la théorie de l'énoncé de Bakhtine afin d'explorer les sous-entendus du dialogue réel des CDS et rendre compte de l'épaisseur de ce dialogue entre professionnels concernant l'activité de supervision clinique des étudiants. Il s'agit ainsi de rendre compte du rôle des destinataires et de ce qu'ils engagent dans la compréhension et la vitalité de l'activité adressée.

Selon cette théorie reprise par Voisin-Girard (2020), Bakhtine soutient que l'énoncé provoque sur l'autre une expérience qui se traduit par une « compréhension responsive active » (Voisin, 2020, p. 134). Cette compréhension responsive introduit une dimension émotive, indissociable de la dimension valorielle du dialogue, et se traduit par des indices d'expressivité. Ces indices d'expressivité témoignent alors de la réalité vivante de l'échange verbal. La part émotionnelle qui s'exprime au sein de l'activité dialogique nous donne accès à la complexité de l'interaction

verbale. C'est cette part émotionnelle qui peut être suivie à la trace, car elle se manifeste par « *les intonations, mais aussi les silences, les rires, les phatèmes<sup>21</sup>, les attitudes, les mimiques* » (Voisin, 2020, p. 134) qui participent ainsi de ce que Bakhtine nomme le « rapport émotif-valoriel » à l'objet du discours.

Ce flux expérientiel au sein du combat dialogique, aux frontières entre le dialogue intérieur et le dialogue extérieur, donne une forme aux différentes formes du dialogue (Voisin, 2020, p. 137). Clot (2008), pour qui le dialogue ne tient pas en place, évoquera quant à lui une migration de l'activité dialogique.

Comme le résume Voisin-Girard (2020), la part émotionnelle de l'activité dialogique témoigne de la relation à tous les participants du dialogue entre un interlocuteur immédiat concrétisant le dialogue apparent, un sub-destinataire participant au microdialogue en ce qu'il résonne avec l'expérience du sujet membre de sa communauté, et enfin un sur-destinataire ou « destinataire de secours », convoqué dans une dimension idéologique et participant à la compréhension du dialogue en profondeur, que Bakhtine désigne par « le grand dialogue ».

En effet, pour Bakhtine, dans la part active de la compréhension responsive du dialogue réalisé, « *celui à qui je répons se trouve être aussi mon destinataire dont, à mon tour, j'attends une réponse (ou, du moins, une compréhension responsive active)* » (1984, p. 303). Par cette alternance de prises de parole, une autorégulation s'opère afin de maintenir le lien de la compréhension mutuelle.

Nous postulons que cette autorégulation favorise l'émergence d'une compréhension mutuelle. Ce grand dialogue est alors trahi « *là où se dévoilent les vouloir-dire parfois indicibles, qui finalement s'échouent dans des hésitations, des rires déplacés, des phrases interrompues* » (Voisin, 2020, p. 137). Cet adressage s'exprime alors, selon Voisin-Girard (2020), par l'emploi d'une grammaire et d'une syntaxe verbale repérable. L'emploi de « *verbes semi-auxiliaires tels que « devoir », « pouvoir », « falloir », « vouloir », [...], et d'indices non verbaux ou para-verbaux (intonations, silences, phatèmes, hésitations...) témoins de l'intention discursive, d'actions non réalisées, d'actions empêchées ou contrariées* » (Voisin, 2020, p. 138). Nous considérons que ces traces témoignent de l'activité indicible du dialogue intérieur d'où émerge le troisième front. Cette intensité émotionnelle du dialogue peut alors révéler une prise de liberté avec les faux-semblants (Clot, 2008) dans l'activité de supervision clinique des étudiants, signe d'un élargissement du pouvoir d'agir des formateurs.

---

<sup>21</sup> Interjections servant à ralentir le discours, tels que « *oui, enfin, je ne sais pas, n'est-ce pas...* », qui nous accordent un instant de répit pour réfléchir lorsque nous ne savons pas exactement comment exprimer quelque chose.

## 6. Le chercheur comme destinataire multiple du dialogue

La présence du chercheur dans l'activité d'observation nous invite à le considérer comme acteur de l'activité dialogique. Comme Voisin-Girard (2020), nous choisissons nous aussi de questionner notre rôle de chercheur qui, par notre présence et notre statut professionnel, peut occuper successivement le rôle de (1) destinataire immédiat involontaire en observant le déroulement d'un entretien de supervision, (2) sur-destinataire en tant que CDS faisant partie de la communauté professionnelle, (3) destinataire « pair » s'inscrivant dans la suite des énoncés antérieurs, ou (4) destinataire volontaire actif lorsque nous susciterons la controverse pour relancer les formateurs en entretien d'autoconfrontation.

Ainsi, nous rejoignons Yvon et Clot, qui considèrent que la présence du chercheur modifie les conditions de l'observation de leur activité par les professionnels et que cela ne constitue pas un obstacle, mais une ressource au développement de cette activité au sens où : *« il s'agit de "déformer" cette activité pour lui donner la possibilité de suivre un autre cours (...) Ne pouvant l'observer pour elle-même, le principe est d'intervenir sur l'activité du sujet et d'en étudier les transformations sous l'action de l'expérimentateur. De la sorte on provoque ou crée artificiellement un processus de développement psychologique »* (2003, p. 21).

Nous choisissons donc d'assumer notre place de chercheur en pensant notre présence comme un artefact permettant d'amplifier l'adressage aux destinataires dans l'analyse de l'activité dialogique pour mieux les repérer. Le dernier rôle joué par le chercheur est circonscrit par la méthode de l'entretien d'autoconfrontation qui fera l'objet du chapitre suivant dans une approche méthodologique.

## Chapitre 2 : Approche méthodologique de l'autoconfrontation

---

Utilisé dans les analyses ergonomiques du travail, cet outil méthodologique est notamment développé par Theureau et Jeffroy en 1994, et par Clot en 1999.

Artéfact méthodologique destiné à produire et à mobiliser des ressources dialogiques nouvelles pour la transformation des situations de travail ordinaire (Clot, 2008, p. 117), l'autoconfrontation vise la transformation des activités réelles face à l'observation des activités réalisées pour que *« les sujets observés dans leur travail puissent devenir les observateurs et les interprètes de leur propre activité en transformant l'activité ordinaire non pas seulement en but, mais en moyen de la pensée collective »* (Clot & Leplat, 2005, p. 306). Ce qui compte, selon Clot, c'est que le collectif de travail ne se résigne pas aux vérités du moment, c'est *« ce qu'on n'arrive pas encore à dire du réel de l'activité »*. (Clot, 2008, p. 215).

Il s'agit donc de transformer pour comprendre comment s'accroît ou diminue le rayon d'action des sujets, le développement et ses empêchements. En référence aux travaux de Clot, nous retiendrons que la méthode d'autoconfrontation repose sur deux présupposés :

- ✓ D'abord clinique : il s'agit d'une méthode dialogique destinée à développer le pouvoir d'agir de ces mêmes interlocuteurs sur leur milieu et sur eux-mêmes.
- ✓ Une certaine conception des rapports entre le sujet individuel et le collectif : c'est l'état de la conflictualité sociale qui aménage la conflictualité interne de l'individu. L'ouverture du dialogue ne peut se maintenir sans relai social qui l'alimente en énergie conflictuelle.

Il s'agit donc de recueillir deux types de traces vidéo, celles de l'activité elle-même et celles de la confrontation avec celle-ci en réalisant deux types d'autoconfrontation.

### **1. L'entretien d'autoconfrontation simple**

L'autoconfrontation simple, ou « initiale » selon Clot, permet de créer un « *espace-temps différent* » (Clot, 2008, p. 219), de confronter le sujet « *à des traces filmées de son activité qu'il commente* » (Clot & Leplat, 2005, p. 307). C'est une activité d'auto observation qui donne lieu à une « *interprétation intérieure du travail* » par l'acteur qui est « *observateur extérieur de son activité en présence d'un tiers* » (Clot & Leplat, 2005, p. 307).

La situation d'autoconfrontation est celle où les opérateurs, exposés à l'image de leur propre travail, mettent d'abord en mots ce qu'ils pensent en être les constantes. Ils dialoguent ainsi avec l'autre et avec eux-mêmes, se découvrant à l'écran et verbalisant les conduites qu'ils observent, et découvrant par la même occasion le premier piège de cette activité de type nouveau : l'essentiel finalement ne se voit pas.

Au-delà de chercher à comprendre « pourquoi » ce qui est fait est fait, le chercheur tente plutôt d'obtenir que les travailleurs s'interrogent sur ce qu'ils se voient faire. Il les invite le plus précisément possible à décrire les gestes et opérations observables sur l'enregistrement vidéo jusqu'à ce que la limite de cette description se manifeste, jusqu'à ce que « *la vérité établie soit prise en défaut dans la véracité du dialogue, par l'authenticité du dialogue* » (Clot, 2008, p. 215). Le sujet défait et refait les liens entre ce qu'il se voit faire, ce qu'il y a à faire, ce qu'il voudrait faire, ce qu'il aurait pu faire ou encore ce qui serait à refaire.

Ce que l'acteur a vécu pendant son activité est ainsi « revécu » lors de l'autoconfrontation et devient un moyen pour transformer son activité. Nous pouvons voir émerger les dilemmes<sup>22</sup> professionnels par la formulation des préoccupations, des activités empêchées, des possibles et non réalisés, et des décisions.

Le vécu, revécu dans une situation transformée change de place dans l'activité du sujet. Encore vivant, le vécu n'est pas seulement ce qui est arrivé ou ce qu'on a fait, mais aussi ce qui n'est pas arrivé ou ce qu'on n'a pas fait et qu'on aurait pu éventuellement faire. Il s'agit donc « [d'] *organiser les migrations du vécu pour que le sujet puisse expérimenter ce dont il est capable* » (Clot, 2008, p. 226). En restituant son travail point par point, séquence par séquence, « *le professionnel redécouvre des dilemmes dans son activité* » (Clot, 2008, p. 226).

Cependant, pour assumer le dialogue avec le chercheur, le discours en « on » ou discours du générique, peut épouser plus ou moins ce que l'on a qualifié de genre, comme instrument collectif de l'action. Comme précédemment évoqué dans le cadre théorique, ce « *destinataire de secours* », comme « *moyen de se rassurer* » peut fermer le dialogue intérieur au sujet (Clot, 2008, p. 226). Les attendus du métier peuvent venir colmater les inattendus du dialogue intérieur ouvert par l'autoconfrontation simple.

Ce n'est alors que dans l'échange avec l'observateur que se produit la rupture discursive faisant basculer la mise en mot hors du genre convenu. Seul le regard du pair est susceptible de permettre la relance du mouvement dialogique dans le sens de la créativité. Clot propose ainsi de réaliser des situations d'autoconfrontation croisée, au cours desquelles le regard du pair sur son activité conduit chaque sujet à s'extraire du rapport dichotomique de type « moi » et/ou contre « les autres » (Clot, 2008, p. 124).

## **2. L'entretien d'autoconfrontation croisée**

L'enjeu de ce deuxième niveau de l'entretien d'autoconfrontation est donc de donner une place au chercheur dans le processus d'apprentissage du métier en organisant une confrontation de l'acteur non seulement aux traces de son expérience, mais aussi à des « autrui

---

<sup>22</sup> « Pour les rhéteurs hellénistiques du II<sup>e</sup> siècle, un dilemme est l'expression d'une situation tragique et inéluctable au sein de laquelle deux orientations possibles de l'action s'opposent : l'une et l'autre se justifient individuellement mais se révèlent incompatibles mutuellement. Le dilemme est un cercle vicieux : l'acteur ne peut pas ne pas s'y affronter et en même temps la solution au dilemme est impossible. Il ne peut conserver les deux dimensions contradictoires et le choix dont il dispose est dérisoire dans la mesure où il produit une issue insatisfaisante quelle que soit sa décision. » (Ria, Saury, Sève, & Durand, 2001, p. 2).

» significatifs, représentants de la communauté professionnelle de référence (Bertone & Chaliès, 2015).

Ainsi, les autoconfrontations croisées consistent à demander à des professionnels de commenter des images vidéo de l'activité d'un collègue avant que celui-ci ne commente les siennes. Ces confrontations croisées préparent leur engagement réciproque dans des dialogues professionnels sur les gestes de métiers, dialogues qui ne sont jamais exempts de controverses. Dialogues au pluriel, car nous instaurons sur la scène un double rapport dialogique : entre le sujet et l'autre, ou entre le sujet et lui-même, mais aussi, initialement, entre lui et nous, co-acteur de la situation créée.

Confrontés par binôme à leur activité, les CDS peuvent alors s'engager dans des controverses professionnelles portant sur les genres à partir des styles de leurs actions.

Le dialogue entre professionnels rend ainsi le genre visible et discutable. Il le fait apparaître en le mettant à l'épreuve de la confrontation avec sa propre activité et avec celle de l'autre. Chaque autoconfrontation croisée fait revivre le genre d'une façon personnelle, offrant la possibilité au collectif d'un perfectionnement du genre ou, en tout cas, celle d'un questionnement pouvant déboucher sur la validation collective de nouvelles variantes. (Clot, 2008). Le genre peut ainsi rester vivant. La ré-interrogation par les pairs ranime et réveille les résonances, corrélations et contradictions dont le dialogue est porteur. Alimenté par les créations stylistiques, le genre du milieu de travail peut ainsi s'entretenir, vivre dans le présent, se souvenir de son passé et former une mémoire pour prédire. D'autres gestes possibles restés insoupçonnés peuvent être imaginés. Ils peuvent être « *pris à l'autre* », assumant une « *dynamique générique* » (Clot, 2008, p. 110).

Le « on » devient ainsi l'objet de l'activité dialogique elle-même. Cette migration du dialogue est de nature à restaurer la vitalité du « *métier au carré* », à « *relancer le travail générique* » et donc « *à faire reculer les frontières des sous-entendus partagés ; non pas en les niant, mais par la voie de leur développement* » (Clot, 2008, p. 229). Ce répondant professionnel participe ainsi au dialogue intérieur autorisant chaque travailleur à se sentir partie prenante et comptable d'un « *devenir autre* » du métier.

L'autoconfrontation croisée organise ainsi « *le refus de tout discours achevé [afin de] contaminer l'activité ordinaire [...] pour l'affranchir de tout ce qui est conventionnel, nécrosé, ampoulé, amorphe, de tout ce qui freine sa propre évolution* » (Clot, 2008, p. 230).

À partir du courant de la clinique de l'activité présenté ci-dessus, nous admettons que l'activité de supervision des CDS visant à développer le raisonnement clinique des étudiants est influencée par des genres de discours et d'action qui représentent à la fois une ressource et une contrainte pour agir. En fonction des conceptions théoriques auxquelles ils croient, ils développent des stratégies individuelles favorisant l'émergence de variantes de style pour agir efficacement.

Ces créations stylistiques sont sources de satisfaction professionnelle parce qu'elles concrétisent des marges de liberté, mais aussi sources d'insatisfaction parce qu'elles mettent à jour des contradictions et des incohérences au sein du collectif, fragilisant l'action de chacun.

Nous croyons que le cadre dialogique instauré à partir des traces de cette activité favorisera l'émergence de dilemmes professionnels par la formulation des préoccupations, des activités empêchées, des possibles et non réalisés. Le dialogue avec un pair dans le cadre d'autoconfrontations croisées éclairera la polyphonie du dialogue intérieur des formateurs dans ses dimensions valorielle et émotive par la prise en compte de leurs attitudes responsives actives. Dans cette recherche, les attitudes émotives traduisant la compréhension responsive active seront des critères précieux de l'activité dialogique pour témoigner de la vivacité de l'échange. Nous retenons les indices d'expressivité des formateurs, tels que les intonations, silences, rires, phatèmes, attitudes, mimiques, ainsi que l'emploi de verbes semi-auxiliaires tels que « devoir », comme indicateurs permettant de suivre à la trace le flux de l'activité dialogique. En trahissant le grand dialogue, ces indices traduiront l'émergence de nouvelles actions possibles pour les formateurs.

Ces postulats issus de l'activité ordinaire des formateurs et adossés aux cadres théorique et méthodologique choisis nous permettent de concevoir le dispositif technologique indexé à cette étude.

## Chapitre 3 : Proposition d'un dispositif technologique

---

### 1. Les hypothèses

Nous pouvons maintenant envisager le dispositif méthodologique de ce projet de recherche en formulant l'hypothèse théorique suivante :

« L'institutionnalisation par le chercheur d'un cadre dialogique permettra d'éclairer le style et de revitaliser le genre professionnel des formateurs comme moyen d'accompagner les étudiants dans l'activité de supervision du raisonnement clinique, favorisant ainsi une stylisation du genre susceptible de le garder en état de marche ».

Cette hypothèse théorique principale est soutenue par plusieurs hypothèses axillaires (HA) :

**HA 1** : La mise en évidence, lors des entretiens d'autoconfrontation simple, des préoccupations des formateurs permettra de décrire leurs stratégies, en termes de genre et de style. Cette description permettra de documenter leur propre raisonnement et de mettre en lumière cette activité professionnelle.

**HA 2** : Habités par leurs préoccupations et les controverses, les formateurs élaborent un dialogue interne. Par le réadressage du dialogue avec le sub-destinataire, les CDS identifient des façons de travailler différentes, mais acceptables. La validation de nouvelles variantes traduira un élargissement du pouvoir d'agir.

**HA 3** : Les indices d'expressivité traduisant la compréhension responsive active des formateurs permettront de suivre à la trace ces migrations dialogiques et de débusquer le grand dialogue des formateurs. Ce grand dialogue se traduira par l'expression de nouvelles possibilités et de nouvelles pensées.

Nous considérons, dans le cadre de ces hypothèses, le cadre dialogique comme une « *variable explicative* » (Campenhout, Marquet & Quivy, 2020, p. 157) de la revitalisation du genre des cadres de santé formateurs. Les relations entre les différents éléments précédemment cités peuvent être représentées selon la figure suivante.

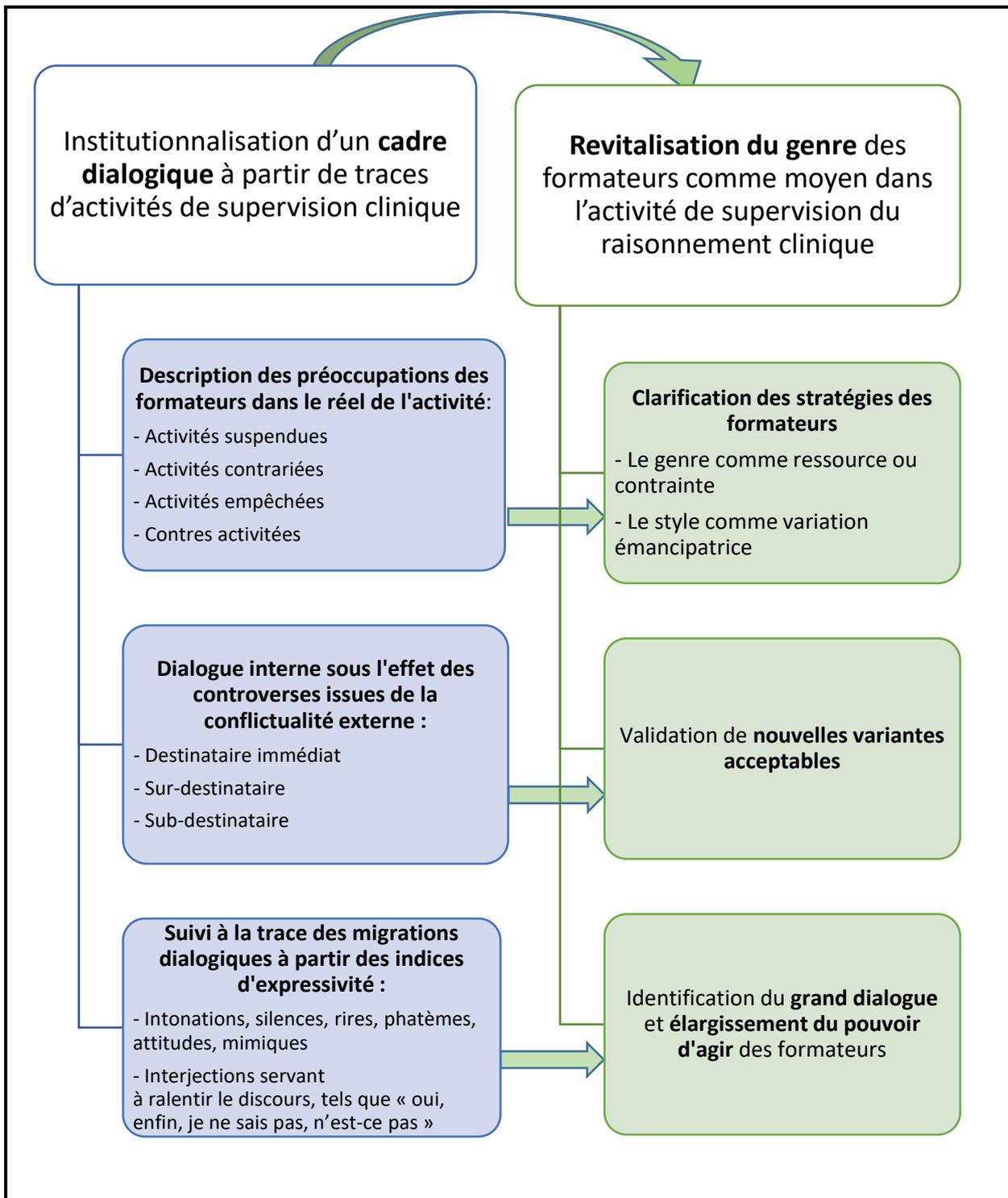


Figure 1 : Modélisation du cadre d'analyse de la revitalisation du genre sous l'effet du cadre dialogique institué

## 2. Le dispositif

Ce sous-chapitre vise à décrire la démarche méthodologique visant à mettre à l'épreuve les hypothèses énoncées ci-dessus en documentant la façon dont les formateurs font face à leurs préoccupations, identifiables par la mise en évidence de leurs conflits intrapsychique.

Dans une démarche consistant à transformer pour comprendre, notre objectif sera donc de mettre en place un dispositif technologique permettant l'analyse du travail de deux CDS à partir de traces de leur activité.

Pour cette étude, nous choisissons donc de cibler une activité de supervision du raisonnement clinique de deux étudiantes en soins infirmiers de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> année, chacune par un CDS, lors d'une séquence d'accompagnement pédagogique au cours de leur stage dans un service de chirurgie digestive.

Ce choix ciblé nous permet d'opérer une réduction d'un phénomène pour en limiter la complexité des situations ordinaires et le rendre susceptible de produire une connaissance scientifique (Theureau, 2010).

Cette transformation assume une double visée :

- ✓ Une **visée épistémique** afin de produire des connaissances scientifiques sur les stratégies des formateurs dans l'activité de supervision du raisonnement clinique des étudiants en termes de genre et de style.
- ✓ Une **visée transformative** coconstruite par les acteurs (les deux formateurs et le chercheur) capable de fournir des opportunités de régulation de l'activité par l'élaboration d'un dialogue interne et l'élaboration de nouvelles variantes.

Pour concevoir un prototype de dispositif de formation centré sur deux CDS, nous organisons notre programme de recherche technologique en trois étapes :

1. Enregistrement de séquence d'activité choisie. Nous constituons ainsi les traces de l'activité qui vont faire l'objet d'analyses répétées.
2. Confrontation vidéo du CDS à l'enregistrement vidéo de son activité en présence du chercheur (*autoconfrontation simple - EAC*).
3. Confrontation du même professionnel au même enregistrement, en présence du chercheur et d'un pair CDS, s'étant lui-même aussi confronté à ses propres séquences d'activité. (*Autoconfrontation croisée - ACC*).

Le schéma suivant permet de visualiser le dispositif technologique proposé. Le chercheur faisant partie intégrante du dispositif, sa place y est également matérialisée.

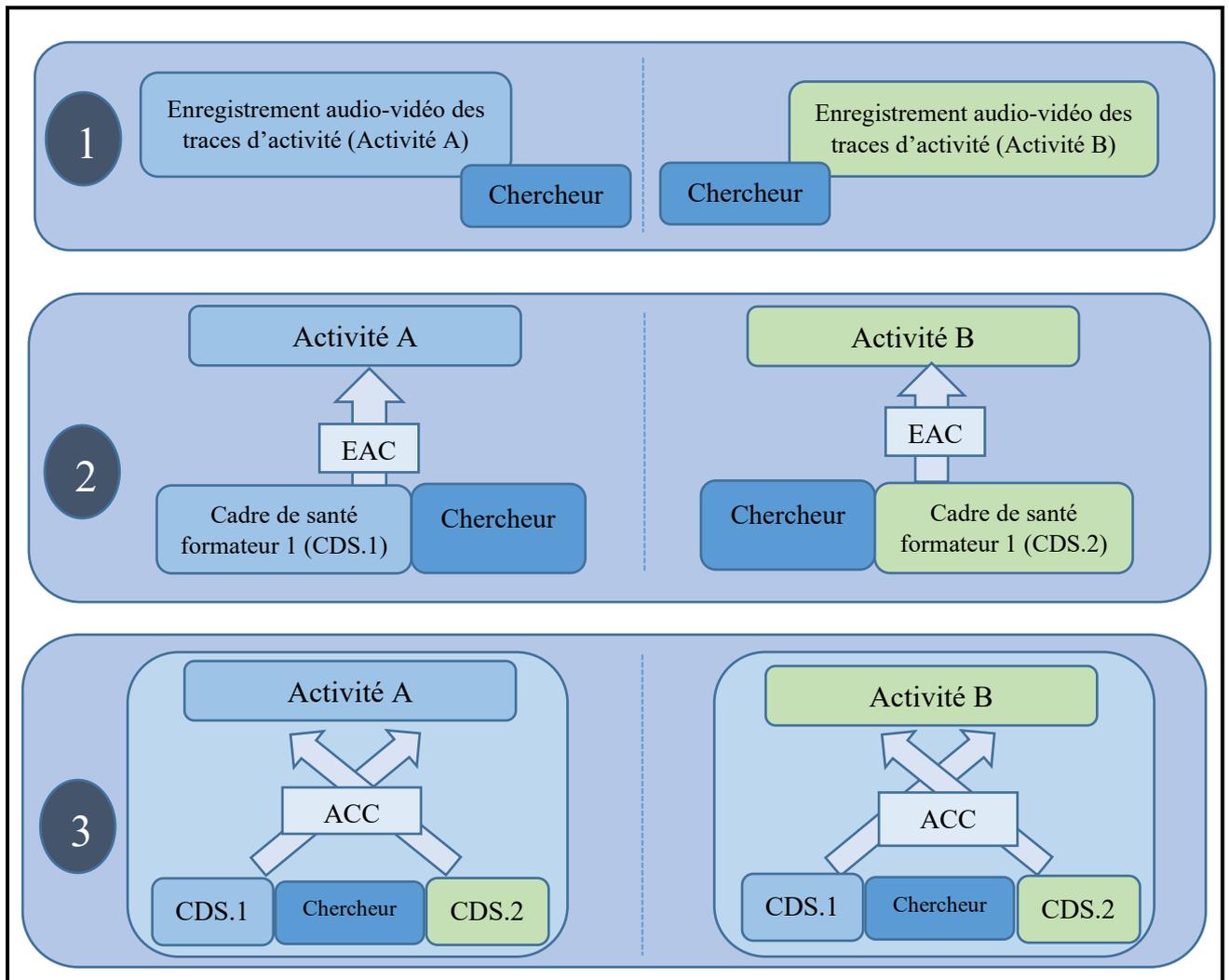


Figure 2 : Dispositif technologique en 3 étapes

La prochaine partie aura vocation à décrire la mise en œuvre de ce dispositif de recherche.

## **PARTIE 3**

### **LA MISE EN ŒUVRE DE L'ÉTUDE**

Cette troisième partie expose les modalités de mise en œuvre du dispositif de recherche et se compose de trois chapitres.

Le Chapitre 1 décrit le contexte dans lequel les données ont été recueillies.

Le Chapitre 2 précise les modalités de recueil des données.

Le Chapitre 3 détaille la méthode d'analyse des données récoltées.

#### **Chapitre 1 : Le contexte de recueil des données**

---

Ce chapitre présente la contractualisation avec la hiérarchie et les différents participants.

##### **1. Présentation de l'étude à la hiérarchie**

Une première étape a permis d'obtenir l'accord préalable de la hiérarchie avant de solliciter la participation des formateurs, mais surtout celle des étudiants<sup>23</sup> en soins infirmiers, peu habitués à ce type de recherche technologique.

Nous avons donc pris soin, lors d'un entretien avec le Directeur de l'IFSI<sup>24</sup>, de présenter le contexte de la recherche envisagée, la problématique mise en évidence, les objectifs et une esquisse de dispositif technologique en précisant la méthode utilisée pour le recueil des données. L'ensemble de ces éléments a été reçu de manière très favorable.

Sur le plan éthique, les principes d'anonymat des participants et de confidentialité des propos ont été actés.

La période de mise en œuvre de l'étude a également été négociée. Il s'agissait de garantir que celle-ci n'aurait pas d'influence négative sur la progression des étudiants. La deuxième moitié du mois d'avril 2022 a ainsi été retenue, car les stages programmés sur cette période ne faisaient pas l'objet de supervision clinique obligatoire. Les étudiants et les formateurs pourraient ainsi se porter librement volontaires pour y participer.

---

<sup>23</sup> Pour rappel, nous utilisons dans ce mémoire le terme « étudiant.s » pour désigner de manière générale les personnes inscrites dans une formation infirmière. Le terme « étudiante.s » pourra être utilisé pour désigner une ou plusieurs de ces personnes de sexe féminin, en particulier.

<sup>24</sup> Institut de Formation en Soins Infirmiers.

## 2. Les participants de l'étude

Nous distinguerons dans cette étude deux types de participants, les CDS dont l'activité de supervision constitue le cœur même de cette recherche, et les étudiants en soins infirmiers (ESI) qui constituent le « milieu associé » (Clot, Faïta, Fernandez & Scheller, 2000).

### • Profil des participants

Plusieurs formateurs de l'IFSI Nord se sont portés volontaires pour participer à l'étude. Nous avons ainsi retenu les critères de disponibilité, d'ancienneté et de légitimité dans la fonction (titulaire du diplôme de Cadre de Santé). Le tableau suivant présente le profil des deux CDS retenus.

Cadre de Santé Formateur 1 (CDS.1)	Cadre de Santé Formateur 2 (CDS.2)
Masculin, 44 ans	Masculin, 43 ans
Référent pédagogique en 2 <sup>e</sup> année	Référent pédagogique en 1 <sup>re</sup> année
Expérience pédagogique : 14 ans	Expérience pédagogique : 2 ans

*Tableau 2 : Profil des cadres de santé participant à l'étude*

### • Profil des participants associés

La démarche de recrutement des étudiants a nécessité plusieurs étapes. Parmi l'ensemble des étudiants affectés en stage sur la période concernée, nous avons d'abord identifié ceux correspondant aux critères de faisabilité suivants :

- Stage réalisé dans la typologie de « Courte Durée »,
- Responsabilité du suivi de stage attribué à un CDS de l'IFSI Nord.

Ce premier tri a permis d'identifier 8 étudiants de deuxième année ainsi que 58 étudiants de troisième année susceptibles de participer à l'étude. Un mail d'information a ensuite été transmis à une dizaine d'entre eux, de manière aléatoire, les invitant à une réunion virtuelle afin d'explicitier la démarche et répondre à leurs questionnements.

L'absence de réponse après une semaine d'attente a fait évoluer notre stratégie. Nous avons pris soin de contacter individuellement chaque étudiant par téléphone afin d'expliquer notre démarche de recherche. Surpris par cette proposition originale, les étudiants ont d'abord manifesté un grand intérêt pour comprendre notre étude, jusqu'au moment d'apprendre que cela allait nécessiter la préparation de démarches de soins pendant leur stage et que celles-ci seraient supervisées par le CDS référent de stage. De manière unanime, les ESI ont alors émis des réserves, soulignant le « risque » que pourrait comporter cette participation pour la suite de leur formation. Ils craignaient alors que la qualité de leur prestation puisse influencer négativement la validation de leur stage. Les tentatives de réassurance n'y ont rien fait. Certains ont d'emblée décliné la proposition quand d'autres ont sollicité un délai de réflexion, sans date butoir.

Cette méfiance unanimement exprimée par les étudiants a certes représenté un frein pour la mise en œuvre de l'étude, mais elle a surtout confirmé notre intérêt pour étudier ce qui se joue dans cet espace de supervision clinique.

Une nouvelle fois, nous faisons alors évoluer notre stratégie en identifiant directement un service de soins. Le service de chirurgie digestive du CHU Félix Guyon, qui accueille 3 étudiantes en stage sur la période considérée, retient alors notre attention. Nous prenons rendez-vous avec celles-ci directement dans le service. Il s'agissait d'abord d'établir une relation de confiance suffisante avant de présenter les modalités de participation à l'étude. Après plus d'une heure d'entretien, deux étudiantes acceptent d'y participer. Le tableau suivant présente le profil de ces deux étudiantes volontaires.

<b>Etudiante en Soins Infirmiers 1 (ESI.1)</b>	<b>Etudiante en Soins Infirmiers 2 (ESI.2)</b>
Féminin, 22 ans	Féminin, 23 ans,
IFSI Nord, 3 <sup>e</sup> année de formation	IFSI Sud, 2 <sup>e</sup> année de formation
Stage de semestre 4	Stage de semestre 6

*Tableau 3 : Profil des étudiantes participant à l'étude*

Nous prenons alors à notre charge la planification des rencontres de supervision en tenant compte de la disponibilité de l'ensemble des participants. Une salle dédiée a également été réservée dans les locaux du CHU afin d'assurer la sérénité et la confidentialité des échanges.

Le chapitre suivant décrira les modalités pratiques de recueil de données de supervision et d'autoconfrontation des acteurs.

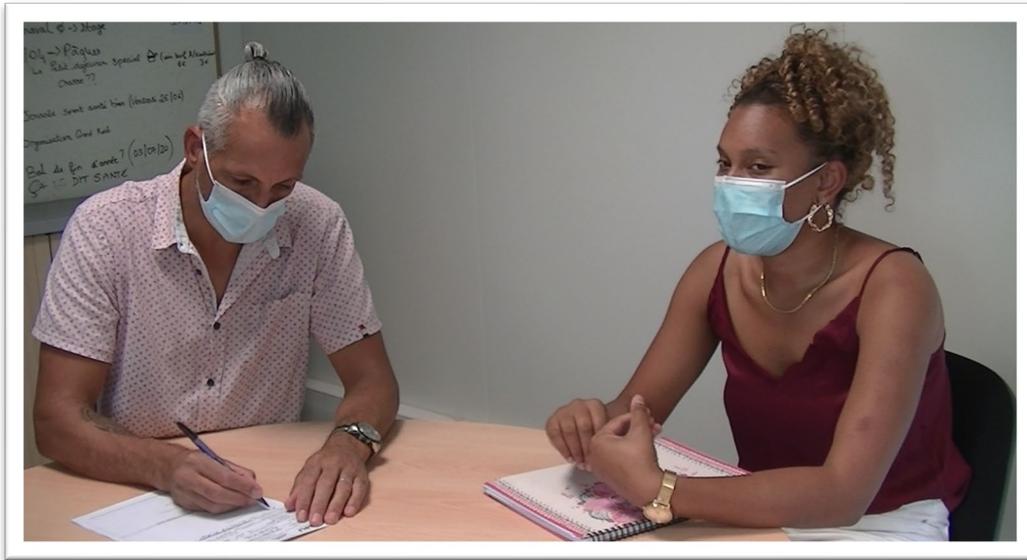
## **Chapitre 2 : Le recueil des données**

---

Deux types de données ont ainsi été recueillis. Dans un premier temps, ce chapitre détaillera les modalités de recueil des données d'enregistrement de l'activité de supervision clinique réalisée par chaque CDS. La description des dispositifs utilisés afin de recueillir les données d'autoconfrontation des acteurs à leurs propres pratiques et à la pratique d'un pair fera l'objet d'un second sous-chapitre.

### **1. Enregistrement des traces d'activité de supervision**

La première supervision du CDS.1 avec l'ESI.1 s'est déroulée le 13 avril 2022 au cours de la quatrième semaine de stage de cette étudiante de troisième année en service de chirurgie digestive. L'enregistrement audio-vidéo a été effectué par le chercheur au moyen d'une caméra numérique. Cette caméra était positionnée sur un trépied en face des acteurs installés autour d'une table de travail ronde. La figure 3 montre un exemple de prise de vue.



*Figure 3 : Prise de vue réalisée lors de l'enregistrement de la supervision CDS.1 avec l'ESI.1 (durée 90 min)*

La séance est filmée afin que l'on puisse voir les deux acteurs dialoguer ainsi que leurs réactions corporelles. Pour augmenter la qualité de la prise de son, un enregistrement audio a été réalisé à partir d'un téléphone portable connecté, placé à proximité d'eux.

L'enregistrement audio-vidéo de la deuxième supervision entre le CDS.2 avec l'ESI.2 a été réalisé le jeudi 14 avril 2022 dans les conditions scrupuleusement identiques à la première. La figure suivante en montre un exemple de prise de vue.



*Figure 4 : Prise de vue réalisée lors de l'enregistrement de la supervision CDS.2 avec l'ESI.2 (durée 110 min)*

Notre rôle de chercheur s'est ici limité à superviser les aspects techniques tout au long de l'enregistrement. Installé dans un angle de la salle, hors du champ visuel des participants, nous

avons fait le choix d'éviter d'intervenir, mais de rester à leur disponibilité pour répondre à d'éventuelles interrogations pendant cette phase de recueil de données.

## 2. Recueil des données d'autoconfrontation

Par la suite, le recueil des données d'autoconfrontation a débuté dans les 24 heures après l'enregistrement de chaque supervision clinique. Ce sous-chapitre expliquera comment les entretiens d'autoconfrontation simple (EAC) ont servi de base de travail pour structurer l'entretien d'autoconfrontation croisée (ACC) de manière séquencée.

### 2.1 Méthode de recueil des données d'autoconfrontations simples

Moins de 24h après l'enregistrement de chaque supervision clinique, les deux CDS ont été confrontés aux traces de leur activité de supervision lors d'un entretien individuel avec le chercheur. Chacun d'eux a ainsi visionné ses actions sur un écran d'ordinateur portable pendant qu'une caméra filmait en continu (voir la Figure 5).



Figure 5 : Prises de vues réalisées lors de l'entretien d'autoconfrontation simple du CDS.1 (a) et du CDS.2 (b), en présence du chercheur.

Dans cette posture de chercheur, nous avons pris soin, avant chaque EAC, de visionner attentivement chaque enregistrement pour identifier les différentes étapes constitutives de l'entretien. Cette précaution a permis de percevoir que les deux CDS ont structuré leurs rencontres de manière sensiblement comparable.

Ainsi, le CDS.1 a mené l'entretien pendant 90 minutes et l'a structuré en 3 grandes parties permettant d'aborder :

1. L'organisation générale du stage : le formateur explore le vécu de l'étudiante, le niveau d'atteinte des objectifs préalablement énoncés, son autoévaluation (points forts et points à améliorer) ainsi que le respect du planning et les absences éventuelles.

2. L'Analyse de Situation Professionnelle (ASP)<sup>25</sup> : le formateur apporte une aide méthodologique et oriente le questionnement ou les recherches théoriques selon les besoins (recommandations de bonnes pratiques, règles déontologiques...).
3. La supervision du raisonnement clinique : le formateur apprécie et soutient les capacités de raisonnement de l'étudiante à partir de la présentation d'un cas clinique rédigé par celle-ci. Cette troisième partie de l'entretien représente la plus importante en termes de durée (voir la Figure 6).

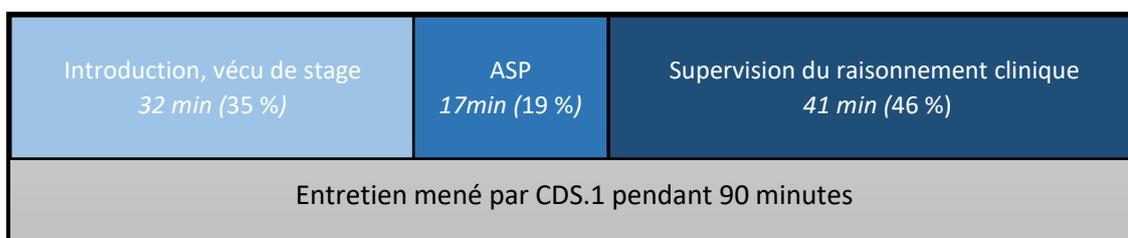


Figure 6 : Représentation de l'architecture de l'entretien de supervision mené par CDS.1 le 13 avril 2022

Le CDS.2 a structuré l'entretien de manière comparable, sans aborder l'ASP.

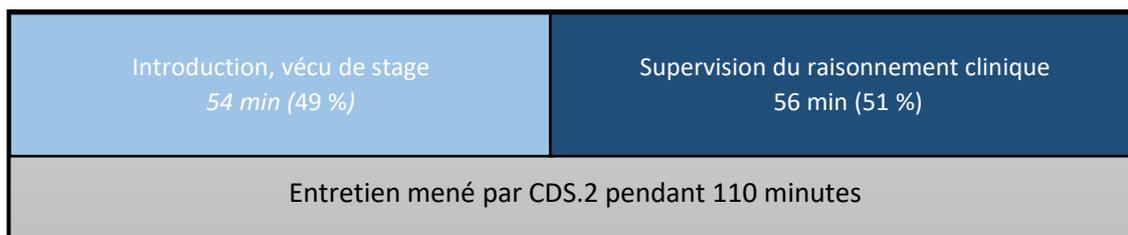


Figure 7 : Représentation de l'architecture de l'entretien de supervision mené par CDS.2 le 14 avril 2022

Nous avons ensuite fait le choix<sup>26</sup> de centrer notre attention sur la partie de l'entretien relative à la supervision du raisonnement clinique. Cette supervision indirecte est réalisée à partir d'un dossier rédigé par l'étudiante synthétisant un cas clinique rencontré en stage. Comme évoqué dans la première partie de ce mémoire, cette supervision permet d'explorer la capacité de synthèse et d'organisation des données, le regroupement des éléments clés et leur priorisation ainsi que l'importance et la qualité de l'organisation des connaissances.

<sup>25</sup> Il s'agit pour l'étudiante de décrire une situation de soin et de l'analyser en faisant référence à des ressources théoriques valides afin de renforcer sa posture professionnelle et favoriser une plus grande prise de recul avec les situations vécues.

<sup>26</sup> Ce choix permet de sélectionner au mieux les données à recueillir en lien avec notre objet d'étude.

Ces deux EAC se sont déroulés en 5 étapes :

1. Le rappel des objectifs de la recherche et du cadre éthique

Comme le rappellent Ria et Moussay (2015), il nous a d'abord semblé important de poser le cadre éthique, qui reste sur la sphère professionnelle, exprimable, racontable et comprise par un pair formateur faisant partie de la même communauté professionnelle. Il n'est pas question ici d'envisager d'éventuelles faiblesses des personnes d'un point de vue psychologique ou dans une perspective psychanalytique. Nous essayons de comprendre ce qui est mobilisé par l'acteur lorsqu'il accompagne un étudiant dans l'apprentissage du raisonnement clinique, comprendre ce qu'il mobilise dans l'action.

2. L'entrée en matière :

En début d'entretien, nous avons rappelé aux CDS les modalités de l'autoconfrontation. Il était notamment précisé à l'interviewé qu'il pouvait arrêter la vidéo ou revenir en arrière quand il le souhaitait.

*Extrait 1 de l'EAC (CDS.1 – EAC – Supervision du raisonnement clinique)*

**Chercheur (00'10) :** « Alors, on va regarder ton activité de supervision avec l'étudiante ESI.1, que nous avons filmée hier. Dans un premier temps je te propose de regarder simplement les images pour te remettre dedans et t'habituer à toi-même, tu vas te repérer, entendre le son de ta voix, tu vas sûrement avoir des effets surprenants parce que c'est une position d'extériorité. Tu laisses défiler. Ensuite, le principe, c'est que tu me racontes ton activité, que tu puisses avec des mots simples m'expliquer ce que tu fais. Moi je vais jouer le naïf, je suspens mes projections pour que tu m'expliques ton activité au plus près ton activité. Et puis je vais te pousser à exprimer tes sensations : « Qu'est-ce que tu regardes ? Tu fais quoi à ce moment-là ? C'est toi qui peux à tout moment arrêter l'image, suspendre le visionnement et revenir en arrière. Et puis moi, je peux faire le récalcitrant : là je ne comprends pas ce que tu dis ! On revient en arrière, je n'ai pas compris ton histoire ?

Sois rassuré, c'est un travail entre nous deux, qui restera à un niveau professionnel et qui ne sera pas diffusé. Si tu le souhaites, on peut arrêter à tout moment l'entretien, on peut mettre la vidéo à la poubelle et je te donnerai la preuve qu'elle est bien supprimée. Je suis non évaluateur et je ne communiquerai pas cet échange à la hiérarchie ou aux collègues ».

3. Les premières minutes d'EAC : Confrontation à sa propre image

Cette étape a donc consisté à montrer un court extrait aux CDS sans demander de commentaire afin qu'ils apprivoisent leur image. Nous avons choisi ce premier extrait parmi la partie introductive qui n'avait pas vocation à être exploitée par la suite. En effet, cette confrontation

à sa propre image est souvent perturbante et les commentaires sont généralement peu exploitables (Ria & Moussay, 2015). Chaque CDS a ainsi pu se remémorer la situation.

#### 4. Le visionnage de l'intégralité de l'activité de supervision du raisonnement clinique

Par la suite, nous avons proposé à chaque CDS de visionner l'intégralité de l'activité de supervision portant sur le raisonnement clinique, excluant volontairement les étapes liées au vécu de stage et à l'analyse de situation. Le choix de cette séquence ainsi que les questions du chercheur devaient permettre aux CDS d'accéder au réel de leur activité (Clot, 1999, cité dans Moussay, 2009). Ceux-ci pouvaient alors interrompre la vidéo et réagir spontanément durant le visionnage. Le chercheur pouvait en faire de même pour conduire l'EAC.

#### 5. La conduite de l'EAC

Nous avons choisi de conduire les EAC selon le principe de l'entretien semi-directif à partir d'un guide d'entretien<sup>27</sup>. Nous intervenions alors pour nous faire instruire afin de comprendre leurs préoccupations et leurs choix.

L'EAC a ainsi permis d'amener chaque CDS à décrire ses actions (« *Qu'est-ce que tu fais, là ?* », « *A quoi prêtes-tu attention à ce moment-là ?* »...).

Simultanément, il s'agissait d'essayer, du mieux possible, de documenter d'autres composantes de son activité. Nous cherchions alors à renseigner :

- ✓ ses préoccupations (« *Qu'est-ce que tu cherches à faire ?* » ; « *Qu'est-ce qui te préoccupe ?* » ; « *Quelle est ton intention quand tu fais ça ?* »),
- ✓ ses attentes (« *Qu'est-ce que tu attends quand tu ...* » ; « *Qu'est-ce qui t'intéresse quand tu ...* »), ses activités suspendues ou contrariées (« *Qu'est-ce que tu aurais pu faire ?* » ; « *Qu'est-ce que tu n'as pas pu ou voulu faire ?* »),
- ✓ sa manière de mobiliser le genre et le style (« *Tu fais toujours comme ça ?* » ; « *Habituellement ça se passe comment ?* »).

Ce retour sur l'action a permis la mise en mots de ce qui s'est produit en situation, les constats, les préoccupations en cours ou *a posteriori*. Ainsi, le formateur peut prendre conscience de son activité en la faisant revivre tout en la transformant. Il réalise, avec l'aide du chercheur, « *ce qui ne se fait pas, ce [qu'il] cherche à faire sans y parvenir [...] ce que [qu'il] aurait voulu ou pu faire, ce que [qu'il] pense pouvoir faire ailleurs* » (Clot, Faïta, Fernandez, & Scheller, 2000, p.2).

---

<sup>27</sup> Le guide d'entretien des EAC est consultable en annexe 2.A

Comme le notait Vygotski (1994), en organisant ainsi le redoublement de l'expérience vécue « *l'action passée au crible de la pensée se transforme en une autre action, qui est réfléchie* » (p. 222). Ce dispositif a permis au formateur de « reprendre la main » sur ce qui lui a échappé et qui aurait pu être différent, l'aidant ainsi à trouver progressivement un compromis entre ce qu'il fait, ce qu'il croit devoir faire et ce qu'il voudrait faire.

Ces éléments ont permis de documenter la dimension épistémique de cette recherche concernant l'activité de supervision du raisonnement clinique par les CDS.

La mise en œuvre des EAC avec chaque CDS s'est prolongée, 48h plus tard, par l'organisation d'une ACC dont les modalités sont décrites ci-après.

## 2.2. Méthode de recueil des données de l'autoconfrontation croisée

Une première réécoute préalable de chaque EAC a d'abord permis de mettre en évidence cinq principaux centres d'intérêt chez les CDS.1 et 2. Ces centres d'intérêt ont servi de ressources pour découper l'activité de supervision du raisonnement clinique selon cinq séquences, en conservant l'ordre chronologique des acteurs :

- Séquence 1 : Le nombre de démarches de soins réalisées par l'ESI.
- Séquence 2 : L'anonymat dans les présentations cliniques.
- Séquence 3 : La compréhension des situations cliniques présentées.
- Séquence 4 : L'exploration des connaissances des ESI.
- Séquence 5 : L'identification et la formulation des problèmes de santé par l'ESI.

Nous avons choisi de confier le montage vidéo à une personne exerçant dans le domaine de l'audio-visuel afin de regrouper les traces d'activités des deux CDS en fonction des séquences retenues. Le résultat obtenu a servi de support pour structurer l'ACC et favoriser la verbalisation. Ce séquençage a été expliqué aux CDS en introduction de l'ACC.

### Extrait 1 de l'ACC (CDS.1 & 2 – ACC – Supervision du raisonnement clinique)

**Chercheur (00'06):** *Merci de participer à cet entretien d'autoconfrontation. Donc, je vous propose de regarder ensemble des séquences des supervisions cliniques que vous avez réalisées en fin de semaine dernière auprès de deux étudiantes en stage en service de chirurgie digestive. Ces vidéos ont été découpées en séquences chronologiques en tenant compte de la conduite de vos entretiens. Je vous propose de visionner successivement vos deux pratiques pour chacune de ces séquences et d'échanger sur ce que vous allez voir, sur ce que vous allez... observer. L'idée, encore une fois, n'est pas de dire qui fait bien ou qui fait mal, il n'y a pas de vérité. En revanche, ce que je voudrais, c'est que vous puissiez discuter sur..., sur cette activité de*

*supervision, sur ce qui vous interpelle. D'accord ? Donc je vais vous inviter à discuter, à entrer en controverse. On va débiter la vidéo. Est-ce que ça vous convient ? »*

Cette autoconfrontation s'est déroulée dans le même bureau utilisé précédemment afin de maintenir un haut niveau d'immersion des acteurs. Lors de cet enregistrement, nous avons adopté une position hors du cadre de l'image, dans l'axe de l'objectif, filmant les deux CDS de face, en cadrant un peu serré afin de capter au mieux leurs expressions non verbales, leurs silences et les mimiques... Le visionnage de chaque séquence était alors suivi d'une phase de dialogue entre les CDS (Voir Figure 8).



*Figure 8 : Exemples de prises de vues réalisées lors de l'ACC des deux Cadres de Santé Formateurs : (a) visionnage d'une séquence, (b) émergence de controverses entre les CDS.*

Notre intention, en qualité de chercheur, était de favoriser la controverse professionnelle par nos relances. Nous souhaitons que leurs commentaires, à partir de cette activité, puissent susciter un mouvement psychique chez chacun des CDS. Nous avons donc conduit l'ACC en nous appuyant sur un guide d'entretien permettant de :

- ✓ faire émerger des controverses professionnelles (« *J'ai vu que ça vous a fait réagir* »),
- ✓ faire discuter le style de chacun des formateurs (« *Comment tu l'aurais fait toi ? Est-ce que tu aurais fait différemment ?* »),
- ✓ laisser le temps nécessaire à l'expression du dialogue intérieur (« *qu'est-ce que ça t'évoque ?* »).

Volontairement succinct, ce guide d'entretien a ainsi été envisagé afin de favoriser l'émergence de conflits interpsychiques au travers des discussions et des controverses. Nous souhaitons par ailleurs laisser le temps à chaque CDS de rapatrier cette conflictualité externe dans leur propre psychisme, devenant ainsi un conflit intrapsychique. Le dialogue interne avec le sub-destinataire et le recours éventuel au destinataire de secours devait ainsi favoriser une réélaboration psychique ouvrant la voie à l'identification de nouvelles variantes et à l'élargissement du pouvoir d'agir des formateurs.

L'alternance des séquences visionnées et des phases de dialogue a permis de garantir un cadre structurant pour la mise en œuvre d'une autoconfrontation croisée séquencée des acteurs.

Dès l'épuisement du dialogue malgré nos relances, le visionnage de la séquence suivante devait permettre de renouveler l'état de conflictualité recherché.

À ce moment de notre recherche, nous proposons au lecteur une vue détaillée de la troisième étape du dispositif technologique afin de mieux percevoir les différentes séquences de l'autoconfrontation croisée mise en œuvre.

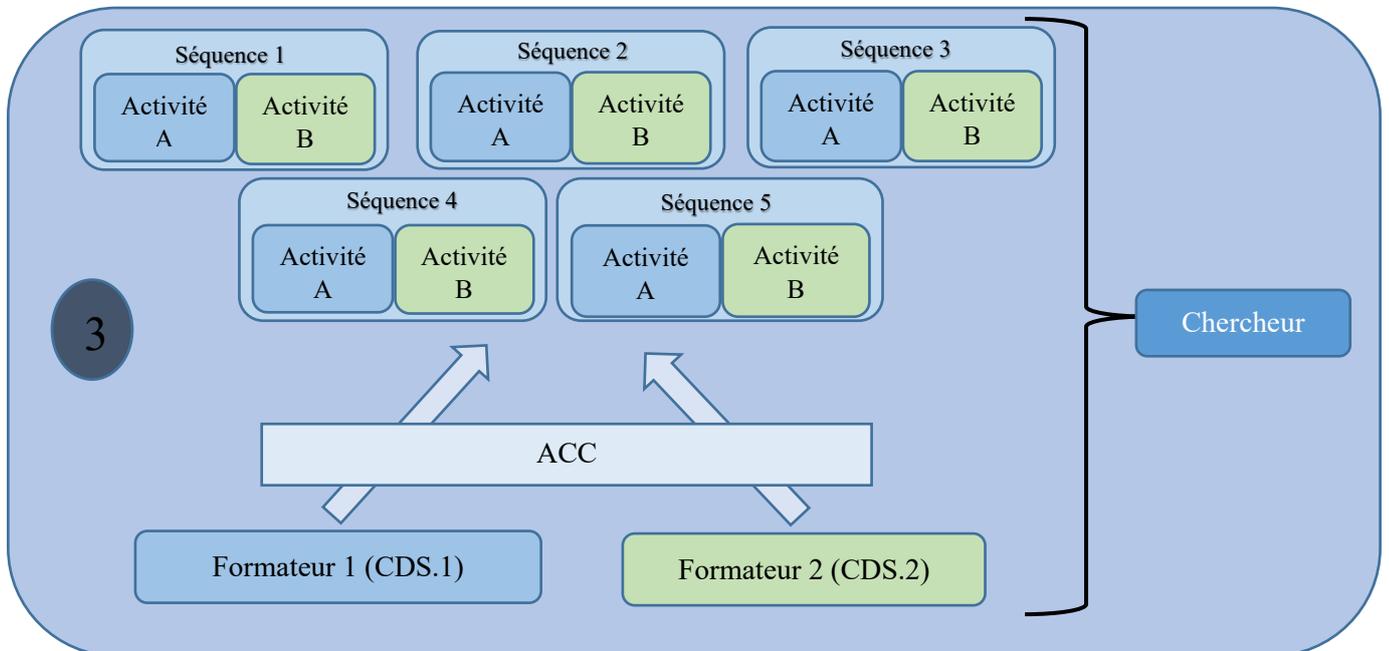


Figure 9 : Schématisation de l'autoconfrontation croisée séquentielle

Cette figure précise comment les deux CDS ont été confrontés aux séquences successives de leurs activités respectives, en alternance avec des phases de controverses, alimentées par les questions du chercheur dans le but de favoriser la réélaboration psychique des acteurs.

Le chapitre suivant décrira, enfin, la méthodologie retenue pour l'analyse des données recueillies.

## Chapitre 3 : La méthodologie d'analyse des données

Ce chapitre propose de décrire la méthode retenue pour analyser successivement les types de données d'autoconfrontation recueillies.

### 1. Traitement des données issues des autoconfrontations simples

Les données recueillies lors des EAC ont été traitées selon une méthodologie en 3 étapes successives.

**Étape 1 :** Retranscription des EAC sous la forme de *verbatim*<sup>28</sup>. La retranscription des éléments non verbaux, des expressions et des silences a fait l'objet d'une attention particulière.

**Étape 2 :** Découpage<sup>29</sup> du *verbatim* de chaque CDS à partir des catégories<sup>30</sup> (Bardin, 2013) de préoccupation, afin de faire émerger la nature de l'activité réalisée, et d'explorer le réel de cette activité de supervision, en identifiant :

- ✓ Ce qu'il fait (activité réalisée).
- ✓ Ce qu'il cherche à faire (préoccupation).
- ✓ Ce qu'il aurait voulu faire, mais qu'il n'a pas pu faire, ou qu'il aurait pu faire autrement (activités suspendues ou contrariées).
- ✓ Ce qu'il fait pour ne pas faire ce qu'il a à faire (contre-activité).

Ce découpage est synthétisé dans un tableau dont voici un extrait<sup>31</sup>.

<b>Préoccupation 3 : Evaluer les connaissances de l'étudiante.</b>			
Activité réalisée	Préoccupation	Activité suspendue ou contrariée	Contre activité
L'étudiante poursuit avec les actions réalisées : consulter les résultats de BMR <sup>32</sup> . CDS.2 demande alors à l'étudiante: qu'est-ce que c'est BMR (8'34).	(Tour 87) là j'évalue les connaissances de l'étudiante, clairement. Donc, elle me dit BMR, donc je lui demande qu'est-ce que c'est et je vérifie qu'elle sait de quoi elle parle. (Tour 88) Chercheur : donc elle sait ce que signifient les initiales BMR.	(Tour 89) CDS.2 : [silence, hésitation] non, je... je..., ouais après je ne sais pas si j'ai approfondi, mais qu'elle me dise ce que c'est quoi. Parce que, elle y sera confrontée dans les services, donc c'est assez compliqué. Et puis ensuite on va sur des... isolements. Là, pareil, j'aurais pu faire le lien avec la patiente quand elle parle du problème isolément avec un impact psychologique.	(Tour 89) Tu vois, là moi-même je ne fais pas le lien parce que je suis passé à autre chose, malheureusement [rires].

*Tableau 4 : Extrait du découpage de l'EAC avec le CDS.2*

<sup>28</sup> Voir annexes 2.B et 2.C

<sup>29</sup> Voir annexes 2.E et 2.F

<sup>30</sup> La démarche utilisée pour identifier les catégories de préoccupations est détaillée dans la partie suivante (p.71)

<sup>31</sup> Cet extrait permet d'illustrer la méthode d'analyse. Il ne s'agit pas, à ce stade, d'en présenter les résultats.

<sup>32</sup> Une bactérie est dite multi-résistante (BMR) quand les traitements antibiotiques n'ont plus d'effet contre elle. Cette résistance est due à une exposition trop fréquente de la bactérie aux traitements antibiotiques.

**Étapes 3 :** Pour chaque catégorie de préoccupation identifiée, une analyse comparative<sup>33</sup> des manières de faire ou de ne pas faire des deux CDS a permis de faire émerger (1) le genre professionnel, ces « *obligations que partagent ceux qui travaillent pour arriver à travailler* » (Clot, 2008, p. 103), et (2) le style individuel envisagé ici comme un retravail du genre, un ajustement et une retouche aboutissant à des créations de nouvelles façons de faire.

## **2. Traitement des données issues de l'autoconfrontation croisée**

Cette analyse a principalement visé la poursuite de deux objectifs. Il s'agissait (1) de suivre à la trace et de décrire ces migrations dialogiques par le repérage des indices d'expressivité de chaque formateur et (2) de mettre en évidence la validation de nouvelles variantes acceptables par le réadressage du dialogue entre le destinataire immédiat et le sub-destinataire. Ces données ont été traitées selon une méthodologie en 2 étapes successives.

**Étape 1 :** Retranscription de l'ACC sous forme de *verbatim*<sup>34</sup>. De la même manière, la retranscription des éléments non verbaux, des expressions et des silences a fait l'objet d'une attention particulière.

**Étape 2 :** Découpage<sup>35</sup> du *verbatim*, à chaque fois qu'un objet de controverse émerge du dialogue entre les 2 CDS, afin d'identifier :

- ✓ L'objet de controverse (dialogue apparent avec le destinataire immédiat),
- ✓ Les indices d'expressivités<sup>36</sup> (dimension émotive dans le flux expérientiel du dialogue),
- ✓ L'adressage au sub-destinataire (dialogue intérieur traduisant le conflit intrapsychique),
- ✓ L'émergence du grand dialogue<sup>37</sup> (compréhension et développement de nouvelles possibilités).

Les éléments ainsi récoltés ont été classés dans un tableau synthétique. L'extrait présenté ci-après permet d'illustrer la méthode utilisée.

---

<sup>33</sup> Le fruit de cette analyse est à retrouver directement dans la partie 4 : Présentation des résultats.

<sup>34</sup> Voir annexes 2.G

<sup>35</sup> Voir annexes 2.H

<sup>36</sup> Part émotionnelle du dialogue se traduisant par des silences, des rires, des phatèmes, des attitudes et des mimiques.

<sup>37</sup> Ce grand dialogue est trahi, selon Clot (2005), par des hésitations, des rires déplacés, phrases interrompues, verbes semi-auxiliaires tels que « devoir », « pouvoir », « falloir », « vouloir ».

Objet de controverse 1	Dialogue apparent	Indices d'expressivité	Verbalisation du dialogue intérieur	Verbalisation du grand dialogue
<b>Respect de l'anonymat des dossiers écrits</b>	(Tour 123) Chercheur : alors, sur l'anonymat, vous avez des interrogations différentes, ou des pratiques différentes.	(Tour 125) CDS.2 : [garde le silence, le regard fixe]. (Tour 128) CDS.2 : [garde le silence, le regard songeur]. (Tour 130) CDS.2 : [écoutant silence, repositionne ses lunettes] (Tour 133) CDS.2 : [surpris, comme s'il n'avait pas entendu la question] pardon ?	(Tour 135) CDS.2 : Mais moi, je n'ai pas réfléchi, effectivement, à la notion de l'écrit qu'elle pourrait perdre que ça tombe entre les mains de personnes hors du milieu santé... et [se gratte la tête], c'est vrai que j'ai pas pensé à ça. Je me suis juste interrogé sur le secret partagé.	(Tour 139) CDS.2 : [inspiration] bah, oui c'est la règle. Là, il lui a donné une astuce, mettre les trois premières lettres. Oui, on sait très bien que les transmissions qui sont dans la poche qui tombe... bon ben voilà. S'il y a une famille qui tombe dessus... c'est une faute. Donc notre rôle de pédagogue, de formateurs, c'est de donner les bonnes conduites, donc j'aurais dû... enfin j'aurais dû... j'aurais pu, si j'y avais pensé, dire : à l'oral, on peut éventuellement donner le nom, on peut le faire, par contre faites attention à vos écrits, vous êtes responsables et vous pouvez vraiment vous retrouver en grande difficulté. <div style="border: 2px solid green; border-radius: 15px; padding: 10px; margin-top: 10px;">             (Tour 143) CDS.2 : Quand on peut faire des rappels comme ça aux étudiants, il faut le faire, c'était le moment, le prétexte est tout trouvé.              (Tour 144) CDS.1 : oui, donc de manière pédagogique on rappelle aussi les règles professionnelles.              (Tour 145) CDS.2 : oui, oui elle est importante celle-là. De bien protéger la confidentialité... voilà.              (Tour 150) CDS.1 : Je pense qu'il faut quand même rappeler les règles lors de cette étape de la démarche de soins parce qu'on rentre dans des situations de vie sur lesquels il faut être vigilant, oui.           </div>

Tableau 5 : Extrait du découpage de l'ACC entre le CDS.1 et le CDS.2

Ce tableau<sup>38</sup> propose ainsi une représentation visuelle des migrations dialogiques au cours de l'autoconfrontation croisée séquencée, dont la légende est la suivante :

	Dialogue adressé au destinataire immédiat dans le dialogue apparent
	Dialogue adressé au subdestinataire dans le microdialogue
	Validation collective de nouvelles variantes

Nous soutenons que ces modalités de traitement des données nous permettront d'éprouver nos hypothèses. Nous nous attacherons, dans une quatrième partie, à rendre compte des résultats de cette étude dans une visée (1) épistémique, pour décrire les stratégies des formateurs et leurs préoccupations dans l'activité de supervision du raisonnement clinique, et (2) dans une visée développementale, pour suivre à la trace les indices d'expressivité afin de décrire la validation de nouvelles variantes et l'élargissement du pouvoir d'agir des CDS.

---

<sup>38</sup> Consultables en annexe 2.H

## PARTIE 4

### PRÉSENTATION DES RÉSULTATS ET INTERPRÉTATION

Après avoir exposé la méthodologie retenue pour le recueil de données, il est maintenant proposé d'utiliser ces dialogues provoqués comme matière première pour la recherche et pour l'étude du développement de la pensée des cadres de santé formateurs.

D'abord sur le plan méthodologique, un premier chapitre précisera la stratégie employée pour identifier les catégories de préoccupation des formateurs lors de l'activité de supervision du raisonnement clinique.

Puis, nous nous emploierons à détailler chacune d'elles en identifiant le genre professionnel ainsi que les variantes considérées comme des créations stylistiques.

Enfin, un troisième chapitre exposera leurs conflits intrapsychiques permettant d'envisager, dans une visée transformative, d'autres manières de faire et ainsi décrire le développement du pouvoir d'agir.

#### Chapitre 1 : Stratégies d'identification des catégories de préoccupation

Afin de rendre compte des préoccupations des formateurs dans l'activité de supervision clinique, le *verbatim* de leurs EAC, constituant notre *corpus*<sup>39</sup>, a fait l'objet d'une analyse de contenu selon la méthodologie décrite par Bardin (2013) en commençant par une phase de préanalyse.

Cette phase correspond à « *une période d'intuition* » (Bardin, 2013, p. 125), flexible, mais précise, permettant d'aboutir à un plan d'analyse. Elle a consisté à réaliser une lecture « flottante » en laissant venir à soi des impressions et des orientations. Pour nous, cette phase a débuté dès la première réécoute des entretiens afin de préparer le séquençage en vue de l'ACC.

Puis, « *petit à petit, la lecture devient plus précise en fonction d'hypothèses émergentes* » (Bardin, 2013, p. 126). Nous découvrons ainsi, progressivement, dans le récit des formateurs, que ce qu'ils cherchent à faire peut-être regroupé en thématiques.

---

<sup>39</sup> Selon Bardin, « le corpus est l'ensemble des documents pris en compte pour être soumis aux procédures analytiques » (Bardin, 2013, p. 127).

Nous proposons alors de formuler l'hypothèse selon laquelle les préoccupations des formateurs peuvent être classées selon plusieurs thématiques distinctes<sup>40</sup> :

- Le nombre de démarches de soins réalisées par l'ESI,
- L'anonymat dans les présentations cliniques,
- La compréhension des situations cliniques présentées,
- L'exploration des connaissances des ESI,
- L'identification et la formulation des problèmes de santé par l'ESI.

Ensuite, cette affirmation provisoire nous a servi de guide pour identifier les indices de chaque thématique dans le discours des formateurs. Selon Bardin, « *l'indice peut être la mention explicite d'un thème [qui a] d'autant plus d'importance pour le locuteur qu'il est répété plus souvent [...], l'indicateur correspondant sera la fréquence de ce thème* » (Bardin, 2013, p. 130).

Nous avons alors pris soin de recenser les indices permettant de réaliser « *une opération de découpage du texte en unité comparable* » (Bardin, 2013, p. 131) ainsi que l'occurrence<sup>41</sup> de celles-ci dans le discours des formateurs.

Il s'agissait alors, par la mise en œuvre de cette analyse de contenu, de mettre à l'épreuve des faits les propositions de thèmes ayant intuitivement émergé lors de la phase de préanalyse. Certains indices préalablement identifiés ont progressivement été précisés. D'autres ont également pu émerger au cours de l'analyse.

Cette phase d'analyse s'est prolongée par une étape de classification des indices, regroupés par analogie ou différenciation, et aboutissant à la formalisation d'une catégorisation de préoccupation<sup>42</sup>.

Le tableau suivant propose un extrait de ce recensement et la formulation d'une première catégorie de préoccupation.

---

<sup>40</sup> Cette première classification a également servi de support pour le séquençage de l'ACC.

<sup>41</sup> Apparition d'un fait linguistique dans un corpus donné

<sup>42</sup> Le recensement complet des indices par catégorie est consultable en annexe 2.D

Catégorie	Indices retenus	Occurrence / EAC du CDS.1	Occurrence / EAC du CDS.2
Conformité des démarches de soins réalisés	<b>Nombre de patients pris en charge</b>	6	2
	<b>Rappel des règles et objectifs de prise en charge</b>	6	3
	<b>Rappel des responsabilités de l'infirmière</b>	5	2
	<b>Actualisation et précision des données</b>	4	0
	<b>Authenticité de la prise en charge du patient</b>	4	1
	<b>Spontanéité des réponses / données-patients</b>	5	2
	<b>Recours à l'expérience d'infirmier</b>	0	3

Tableau 6 : Extrait du tableau d'identification des indices pour la catégorisation des préoccupations des formateurs

Cette démarche nous a ainsi permis d'identifier huit grandes préoccupations communes aux deux formateurs participant à l'étude. Cinq d'entre elles sont directement liées au développement du raisonnement clinique des étudiants :

1. Apprécier la conformité des démarches de soins au regard des objectifs de formation.
2. Apprécier la pertinence du raisonnement de l'étudiant.
3. Evaluer les connaissances de l'étudiant.
4. Renforcer la méthodologie du raisonnement permettant d'identifier les problèmes de santé.
5. Synthétiser les éléments clés de la progression.

Les trois suivantes apparaissent comme des préoccupations « annexes », mais tout aussi essentielles selon le discours des formateurs :

6. Veiller au respect de l'anonymat des présentations.
7. Etablir un climat de confiance et veiller au bien-être des étudiants.
8. Prendre en compte les impacts du dispositif technologique dans l'accompagnement de l'étudiant.

Ayant désormais à notre disposition des résultats cohérents attestant des préoccupations des deux CDS, nous proposons, dans la suite de cette présentation, de détailler chacune d'elles en veillant à identifier leurs variantes de style. Le code couleur utilisé lors du traitement des données<sup>43</sup> est conservé afin d'offrir des repères visuels au lecteur.

<sup>43</sup> Voir annexes 2.E et 2.F

## Chapitre 2 : Description des préoccupations des formateurs

---

### 1. Préoccupations directement liées au développement du raisonnement clinique

#### 1.1 Apprécier la conformité des démarches de soins au regard des objectifs

Les deux formateurs inaugurent cette supervision du raisonnement clinique en demandant aux étudiantes de présenter les démarches de soins réalisées au regard des objectifs de formation, soit 4 démarches en deuxième année et 8 démarches en troisième année.

Ils sont tous deux interpellés en apprenant que celles-ci n'ont pas réalisé la totalité du travail requis et auraient pu suspendre prématurément l'activité de supervision. Selon CDS.1 « j'aurais pu être plus direct en disant, ce travail-là, pour moi ça ne correspond pas aux exigences, je m'arrête à là, et pour la prochaine fois j'attends vos 8 démarches complètes » (EAC, tour 5). Pour CDS.2 « là, elle ne répond pas à la demande..., je pourrais mettre fin à l'entretien » (EAC, tour 16). Mais, comme pour respecter des conventions d'actions contraignantes, les deux formateurs s'abstiennent spontanément et parviennent à identifier des ressources pour agir de manière plus satisfaisante. Ainsi, CDS.1 reconnaît qu'elle « n'a pas répondu complètement à la demande, mais ce qu'elle a fait va me permettre quand même de poursuivre le travail d'accompagnement sur la démarche de soins » (EAC, tour 12). De manière comparable, CDS.2 propose à l'étudiante « faites-moi quand même votre présentation et vous allez quand même développer un patient au regard des connaissances que vous avez » (EAC, tour 12).

Cette poursuite de l'activité de supervision s'accompagnera systématiquement d'un rappel à la règle : « Je recentre sur les objectifs attendus » (EAC, CDS.1, tour 12) ; « On va travailler sur les attendus [...] et lui rappeler les règles quoi » (EAC, CDS.2, tour 20). Ce rappel des objectifs de formation s'inscrit dans une perspective professionnelle selon les formateurs. « Elle doit être capable de prendre en charge 8 à 10 patients. Si ce n'est pas le cas, ça signifie que... elle n'est pas prête à devenir infirmière tout de suite » selon CDS.1 (EAC, tour 5). De même, CDS.2 attend de l'étudiante « une posture, une rigueur de travail » dans un objectif, « la professionnalisation » (EAC, tour 24).

Ainsi, le genre organise l'action individuelle de chaque formateur en dictant la manière d'agir et de s'abstenir d'agir lorsque le travail demandé n'est pas complètement réalisé par les étudiantes.

Outre le nombre de démarches réalisées, la conformité du travail est également appréciée en s'assurant du caractère effectif des prises en charge décrites. Les formateurs, qui

n'ont pas toujours la possibilité de voir les étudiants réaliser les soins, cherchent alors à vérifier l'authenticité de la démarche clinique par des moyens indirects.

Pour CDS.1, il s'agit d'abord de vérifier l'actualisation des données énoncées : « la planification qu'elle me propose n'est pas celle du matin, mais la planification d'hier [...] là j'ai tiqué un peu parce qu'elle ne me présente pas les patients du jour » (EAC, tour 21 et 23). Il complète alors en expliquant « j'essaie de vérifier si elle a vraiment pris en soin ses patients, [...] Je veux vérifier que ce sont bien les patients qu'elle a vus le matin » (EAC, tour 29), car « ça me permet de voir qu'elle a bien fait le travail demandé » (EAC, tour 64).

La vérification de l'authenticité des prises en charge s'appuie également sur la capacité des étudiantes à s'approprier les données énoncées. Les formateurs demandent alors aux étudiantes de réaliser les présentations sans se limiter à une stricte lecture de la démarche de soins synthétisée à l'écrit. Selon CDS.1, « elle peut utiliser son papier, mais je veux qu'elle utilise plus ses capacités d'infirmière dans le service ». L'étudiante « doit être capable de remobiliser ses connaissances [du patient] en temps réel, et de redonner les informations » (EAC, tour 29). CDS.2 utilise les mêmes conventions d'action en précisant « moi, je fais comme si j'étais un infirmier et que j'étais à la relève, parce que le but c'est quand même qu'on se projette dans quelque chose de réaliste » (EAC, tour 10). Il veut ainsi s'assurer que l'étudiante soit « capable de... de bien transmettre les informations pertinentes » (EAC, tour 10).

D'ailleurs, cette capacité d'appropriation semble particulièrement marquée chez l'étudiante ESI.2. Le formateur fait ainsi part de sa satisfaction : « ah ben... je pense que je vais la valoriser là. Je trouve qu'elle a une capacité à expliquer la situation » (EAC, tour 33). Il complète : « son appropriation. On voit qu'elle sait de quoi elle parle en fait » (EAC, tour 35).

Ainsi, le principal indicateur permettant d'apprécier la capacité d'appropriation des données par les étudiantes réside dans la spontanéité de leurs réponses. CDS.1 l'explique clairement : « tu vois là, la spontanéité de l'étudiante pour apporter cette information complémentaire m'indique qu'elle a compris, [...] qu'elle a vraiment pris en soin le patient et qu'elle a vraiment fait le boulot » (EAC, tour 69). Il précise encore « là ça me sert à vérifier si c'est vraiment le patient qu'elle a en soins. Parce que, je ne le vois pas moi le patient. Et là, je mesure de sa spontanéité pour répondre, donc je vois que c'est plausible et qu'elle est vraiment dans la prise en soin de ses patients. Ce qu'elle m'a raconté, ce n'est pas des bobards. Ça me permet déjà de me rassurer que c'est bien son patient et qu'elle le connaît » (EAC, tour 69).

Ainsi, cette première préoccupation relative à la vérification de la conformité du travail réalisé s'appuie sur deux principaux éléments : (1) le **nombre de démarches** de soins réalisées, miroir

des capacités professionnelles des étudiants à prendre en charge les patients, et (2) l'**authenticité** des démarches présentées, confirmée par la spontanéité des étudiantes, suggérant une appropriation satisfaisante des données, ainsi que l'actualisation de ces dernières.

Lorsque le travail présenté n'est pas conforme, la manière d'agir ne relève alors pas de la prescription officielle. Le genre professionnel exerce ici une fonction psychologique dans l'activité de chacun des formateurs.

## 1.2 Vérifier la pertinence du raisonnement de l'étudiant

L'exposé des situations cliniques est ensuite l'occasion de vérifier la pertinence du raisonnement clinique : ESI.1 expose la situation d'un patient de sexe masculin hospitalisé depuis 24 jours pour un syndrome de détresse respiratoire aiguë<sup>44</sup> sur une masse laryngée.

Quant à ESI.2, elle propose la situation d'une patiente de 47 ans porteuse de stomies digestives<sup>45</sup> hospitalisée pour reprise de fistules sigmoïdiennes<sup>46</sup>.

Pour les deux formateurs, cette pertinence s'apprécie d'abord à partir de la qualité du recueil de données réalisé : « ce que j'évalue, c'est les recherches qu'elle a réalisées pour essayer de comprendre la situation » (EAC, CDS.1, tour 44). CDS.2 confirme également cet aspect essentiel : « moi j'insiste beaucoup sur la qualité du recueil de données. Parce que plus on aura des informations, plus on va croiser des données, faire des liens, pour identifier des diagnostics infirmiers » (EAC, tour 50).

L'appréciation de la pertinence des données recueillies conditionne la compréhension de la situation clinique des étudiants et relève ainsi du genre professionnel des formateurs. Mais la démarche pour y parvenir laisse apparaître des retouches que nous pourrions considérer comme des créations stylistiques.

Ainsi, CDS.1 privilégie l'écoute attentive et silencieuse pour enregistrer les informations et construire son propre raisonnement clinique : « Pour l'instant je construis moi-même mon raisonnement en fonction des éléments qu'elle est en train de me donner. C'est-à-dire que j'enregistre les informations pour voir quels problèmes de santé sortir derrière... » (EAC, tour

---

<sup>44</sup> Le SDRA est un type d'insuffisance respiratoire qui résulte de nombreuses anomalies différentes responsables de l'accumulation de liquide dans les poumons et d'une réduction excessive de l'oxygène dans le sang.

<sup>45</sup> Une stomie est l'abouchement chirurgical, temporaire ou permanent, d'un segment de l'appareil digestif à la paroi abdominale antérieure. Celle-ci entraîne une perte du contrôle volontaire de l'exonération des matières fécales et des gaz.

<sup>46</sup> Les fistules sigmoïdiennes se définissent par l'existence d'un trajet anormal reliant un segment du tube digestif à la vessie.

38). Il compare ensuite le résultat du raisonnement clinique de l'étudiante, le jugement clinique, avec son propre raisonnement pour en évaluer la pertinence et l'exhaustivité. Cette démarche lui permet de savoir « est-ce que ça tient la route déjà, est-ce que c'est adapté, pertinent ? » (EAC, tour 53). L'écoute silencieuse est fondamentale dans la démarche de CDS.1 : « Donc pour l'instant je ne lui parle pas, j'écoute, j'analyse, et j'essaie de comprendre ce qu'elle est en train de me dire » (EAC, tour 44). Il anticipe les questions qu'il adressera à l'étudiante seulement à la fin de sa présentation, par exemple concernant le retour à domicile du patient : « Et là tu vois, par exemple, en termes de réflexion je me dis il y a quelque chose que je ne comprends pas. [...] Et donc, ça fera l'objet d'un questionnement pour lui indiquer qu'elle doit être précise sur les informations qu'elle apporte » (EAC, tour 44).

Face à ce silence méthodique, CDS.2 va privilégier une démarche plus spontanée basée sur son expérience professionnelle : « alors, déjà, un constat, je préviens toujours les étudiants en général que je vais les interrompre » (EAC, tour 42). Il s'explique : « premièrement moi je suis curieux, et deuxièmement, encore dans l'objectif de la professionnalisation, je me place dans la posture infirmier d'égal à égal [...]. Et plutôt que de prendre des notes et de revenir après, moi j'aime bien la spontanéité. [...] Moi j'aime bien interagir sur le coup et créer une dynamique très spontanée » (EAC, tour 42). CDS.2 privilégie l'échange spontané et l'interaction avec l'étudiante pour apprécier la conformité de son jugement clinique : « Donc là, elle me parle de morphine, moi je lui parle de prise en charge de la douleur » (EAC, tour 42).

Pour CDS.1, qui est également chargé d'enseigner la démarche de raisonnement clinique en formation théorique, il y a clairement un double travail de raisonnement lors de l'activité de supervision clinique, « parce qu'on écoute ce qu'elle dit-elle pour voir si ça tient la route et je suis en train, moi-même, de faire mon propre raisonnement pour voir si je retrouve la même chose, pour pouvoir évaluer si ce qu'elle dit est juste ou pas » (EAC, tour 40).

S'appuyant principalement sur son expérience d'infirmier et de cadre manager en service de soins, CDS.2 va progressivement faire évoluer son discours pour laisser apparaître ce double travail de raisonnement au cours de l'EAC. Au tour 52, il affirme d'abord « non, moi je m'en fiche. [Cherche ses mots] voilà, moi je m'en fiche. Non, c'est pour l'étudiante, complètement ». Puis, il argumente « moi j'ai pas besoin... enfin... c'est pas que j'ai pas besoin de comprendre la situation ». Des hésitations et des phatèmes commencent ensuite à trahir la richesse de ce dialogue : « ben oui... si..., si j'ai besoin d'éléments de compréhension... je vais lui en faire part », avant de verbaliser le développement d'une compréhension nouvelle de sa démarche de

supervision : « Après, oui pour aider l'étudiante, il faut que nous... on ait une bonne compréhension du patient ». Plus tard, il confirmera cette vision en expliquant la plus-value d'écouter la présentation clinique à l'aide d'un support préparé par l'étudiante : « Donc, bien sûr que le support papier ça aide... ça aide à avoir une meilleure connaissance du patient. Et du coup, à être plus pertinent dans l'échange que tu peux avoir avec l'étudiant. Ça, c'est clair » (EAC, tour 100).

Vérifier la pertinence du raisonnement clinique des étudiantes est donc une préoccupation commune de deux CDS, en appréciant la qualité du recueil de données d'une part, et en comparant ce raisonnement au leur, d'autre part. Mais des variantes de style émergent chez les formateurs pour parvenir à élaborer leur propre raisonnement clinique. CDS.1 privilégie une écoute silencieuse permettant d'anticiper ses questions, nous parlerons ici d'une « *approche méthodique* ». CDS.2 s'appuie, quant à lui, principalement sur ses expériences professionnelles et favorise les interactions spontanées pour instaurer une relation d'égal à égal. Nous parlerons alors d'une « *approche empirique* ». Ces deux approches seront détaillées dans la suite de la présentation.

### 1.3 Evaluer les connaissances de l'étudiant

La pertinence d'un raisonnement clinique suppose de mobiliser des connaissances théoriques adaptées en matière de pathologies, de pharmacologie ou encore de procédures de soins. Des connaissances souvent très spécifiques que les formateurs ne maîtrisent pas nécessairement. Ce troisième sous-chapitre détaillera les stratégies, plus ou moins assumées, de chacun des formateurs pour évaluer ces connaissances en supervision indirecte.

Les formateurs explorent régulièrement les connaissances que les étudiantes évoquent dans la présentation des cas. Ainsi, lorsque ESI.1 indique que le patient est atteint d'une hypertension artérielle pulmonaire, le formateur l'interroge sur cette pathologie. Il expliquera lors de l'EAC que « ce n'est pas anodin puisque moi-même je ne connais pas bien. Je ne connais pas bien, et là, je me mets en difficulté. Clairement, là je suis en difficulté parce que ce n'est pas quelque chose que je maîtrise » (EAC, tour 78). L'étudiante prendra alors l'initiative de s'appuyer sur le schéma présent dans un petit carnet personnel pour expliquer sa compréhension de la circulation sanguine au niveau cardio-pulmonaire, avec un vocabulaire parfois approximatif. « Donc, moi ne maîtrisant pas non plus la pathologie [...], j'essaye de comprendre dans ma tête le mécanisme qu'elle a voulu expliquer, tout simplement » (EAC, tour 83) en procédant par élimination à partir de ses connaissances de l'insuffisance cardiaque.

Il en est de même pour CDS.2 lorsque l'étudiante évoque le motif d'entrée d'un deuxième patient : une urétéro-hydronephrose (déformation des cavités rénales). Il précisera au cours de l'EAC : « j'ai même pas retenu le nom » (EAC, tour 107). Il expliquera qu'il est impossible de maîtriser toutes les connaissances dans le domaine de la santé, tant elles sont évolutives : « Il y a tellement de diversité de terrain de stage, que je n'ai pas la prétention de maîtriser tous les domaines » (EAC, tour 111). À ce sujet, CDS.1 exprime clairement sa difficulté pour évaluer des connaissances qu'il ne maîtrise pas lui-même : « Alors, clairement, ça, c'est une difficulté quand je fais du raisonnement clinique. Des fois, tu es confronté à des pathologies que tu ne maîtrises pas » (EAC, tour 89). Cette difficulté est à l'origine de la mise en suspens de nombreuses questions de connaissance (activités contrariées), des demandes d'approfondissement que les formateurs ne formulent pas afin de limiter ces situations d'inconfort : « J'aurais pu, d'ailleurs, la questionner sur l'insuffisance cardiaque » (EAC, tour 85) ; « J'aurais pu aller plus loin, oui, mais comme je te dis, j'étais mal à l'aise avec cette pathologie [grimace] » (EAC, tour 95) ; « j'aurais pu la questionner sur les normes. J'aurais pu aborder les recommandations de l'OMS... on, je ne l'ai pas fait là, parce que... je pense que j'arrivais aussi à saturation » (EAC, tour 117) ; « non, je... je..., ouais après je ne sais pas si j'ai approfondi » (EAC, tour 89) ; « Mais je ne lui explique pas à fond » (EAC, tour 90) ; « dites-moi, ça je pourrais le faire, les trois types de précautions complémentaires. Donnez-moi un exemple pour chaque, etc. ça, c'est le truc que j'aurais pu faire, mais que je n'ai pas fait avec cette jeune fille, mais que j'aurais pu le faire » (EAC, tour 90) ; « Mais bon, pareil, j'aurais pu approfondir ses connaissances sur le cancer, le lien avec le motif d'hospitalisation » (EAC, CDS.2 tour 117).

Mais, comme l'expliquera CDS.1, « le but n'est pas de vérifier toutes les connaissances, mais qu'elle sait faire évoluer ses connaissances en lien avec la situation du patient » (EAC, tour 75). Les questions relatives aux connaissances théoriques ne visent donc pas à vérifier leur exactitude, mais davantage à apprécier les moyens déployés par les étudiantes pour les améliorer dans le but de comprendre la situation clinique. Ainsi, CDS.1 se réjouit, car « j'ai pu voir quelque chose d'important aussi, j'ai vu le carnet. J'ai vu qu'elle a fait des recherches sur l'hypertension avec des schémas, des données. Donc j'ai vu quand même qu'elle s'est donnée les moyens d'approfondir ses connaissances. Donc, je savais qu'elle avait fait le taf. Je n'avais pas besoin de la questionner davantage. » (EAC, tour 95). « J'essaye de voir des petites connaissances, mais surtout j'essaie de voir si elle a bossé » (EAC, tour 97). De même, conscient de ne pas être en mesure d'évaluer l'exactitude des connaissances théoriques, CDS.2

porte davantage son attention sur la capacité d'argumentation de l'étudiante : « elle arrive à argumenter le motif d'hospitalisation et d'expliquer au niveau de la physiologie et de la pathologie » (EAC, tour 37). Il précise encore que « sa capacité à argumenter de manière quasi spontanée me montre qu'elle s'est approprié des connaissances » (EAC, tour 113). C'est d'ailleurs ce qui permet à CDS.1 de considérer que les connaissances de l'étudiante sur l'hypertension artérielle pulmonaire restent à améliorer : « Donc, elle va expliquer ça, mais je sens qu'elle n'est pas encore suffisamment à l'aise avec le vocabulaire. Le vocabulaire est hésitant » (EAC, tour 83). La spontanéité et l'aisance dans l'argumentation des connaissances apparaissent ainsi comme des critères déterminants pour apprécier les connaissances des étudiantes : « Ça me permet de dire qu'elle maîtrise son sujet. Il n'y a pas trop d'hésitation, elle répond aux questions de manière spontanée, elle ne semble pas perturbée, donc je vois que c'est une étudiante qui a fait le travail. Et du coup, ça me permet de dire que demain elle sera une bonne professionnelle » (EAC, tour 140).

Les propos de CDS.2 lors de l'EAC illustrent parfaitement la stratégie des formateurs en matière d'évaluation des connaissances au cours des supervisions cliniques. En voici en extrait<sup>47</sup>.

*L'étudiante évoque l'intervention chirurgicale à réaliser (type Bricker) en expliquant le principe de réalisation (13'00).*

118. CDS.2 : *[rires]* ça tient la route, hein ?
119. Chercheur : *[grimaces]*, mais, tu lui poses directement la question : « c'est quoi la chirurgie, moi j'ai pas compris » ?
120. CDS.2 : *[silence]* bah c'est vrai. *[Rires longs]*
121. Chercheur : c'est vrai ?
122. CDS.2 : bah oui *[rires]*. Moi je suis pas expert, il faut avoir cette humilité et ne pas faire semblant en disant : ouais, moi c'est bon je suis cadre. Dans le rapport avec la personne, il faut qu'il y ait de l'authenticité, il ne faut pas se faire passer pour ce que tu n'es pas. J'ai certaines compétences, mais l'expertise médicale, je ne l'ai pas. Mais là, encore une fois, peu importe. Elle me parle d'une intervention chirurgicale, le Bricker ou je ne sais plus quoi, allez : qu'est-ce que c'est. Par contre, j'interroge. Je veux savoir si elle sait ce que c'est. Et là, en plus, elle a l'air *[fait des guillemets avec ses doigts]*, elle a l'air *[en insistant]* pertinente, son argumentation. Après, je ne peux pas dire à 100 % si le raisonnement est bon, mais elle est convaincante. Après, bon bah voilà, je ne peux pas être sûr à 100 % *[en secouant la tête]*. Et tu remarqueras sur la vidéo que je ne valide pas, je dis : d'accord *[Rires longs]*.

*Extrait 1 de l'EAC de CDS.2*

<sup>47</sup> Cet extrait évoque une technique de déviation chirurgicale des urines vers la peau qui porte le nom du chirurgien qui l'a mise au point, le Dr BRICKER.

C'est ainsi que CDS.2 relève les indices d'expressivités de l'étudiante (Voisin, 2020) pour apprécier ses connaissances théoriques, que lui-même ne maîtrise pas nécessairement. Par ailleurs, il attirera particulièrement notre attention en expliquant « que ... malgré tout, la non-maîtrise, je la maîtrise. [Rires nerveux] je ne sais pas comment expliquer ça » (EAC, tour 143) en précisant que « [rires francs] la non-maîtrise médicale, je la maîtrise dans le sens où pour moi le but est autre. (EAC, tour 147). Cette expression particulière fera l'objet d'une controverse entre les deux formateurs au cours de l'ACC et sera détaillée dans un prochain chapitre.

Ainsi, comme lorsqu'il s'agissait d'apprécier la conformité et l'authenticité des démarches cliniques (préoccupation 1), les formateurs parviennent, sans en avoir une maîtrise spécifique, à évaluer les connaissances théoriques des étudiantes en appréciant (1) leur investissement personnel pour approfondir ces connaissances et (2) la spontanéité de leurs réponses ainsi que leur capacité d'argumentation. Encore une fois, ces critères ne relèvent pas de la prescription officielle, mais traduisent des façons de travailler acceptables. Ils représentent des ressources qui organisent l'activité personnelle de façon tacite pour savoir agir en situation. Le genre professionnel représente, ici encore, une mémoire pour agir.

#### 1.4 Renforcer la méthodologie du raisonnement permettant d'identifier les problèmes de santé

Après s'être assurés de la conformité des démarches de soins au regard des objectifs de formation, après avoir acquis une compréhension suffisante de la situation exposée et après avoir vérifié l'investissement des étudiantes pour approfondir leurs connaissances théoriques, la préoccupation des formateurs porte désormais sur la méthodologie du raisonnement permettant d'identifier et de formuler des problèmes de santé pertinents.

Pour les formateurs, il s'agit donc de rappeler ces principes méthodologiques à partir des situations cliniques concrètes. Ici encore, CDS.1 adopte une approche méthodique et propose à ESI.1 de faire des liens avec les savoirs abordés lors des enseignements théoriques : « Donc là, je recentre sur la méthodologie et sur la priorisation des problèmes de santé à prendre en compte » (EAC, tour 110). Il s'appuie sur les éléments de la présentation pour rappeler les principes théoriques permettant d'identifier et de prioriser les problèmes de santé ou de formuler des objectifs de soins : « Je l'amène aussi à prendre en compte le médecin dans la détermination des objectifs du patient » (EAC, tour 112). Pour CDS.1, il est important « de lui rappeler la méthodologie du recueil de données. Parce qu'ici, le résultat qu'elle obtient n'est

pas complet » (EAC, tour 131) ; « je lui rappelle la méthodologie et la différence entre un problème réel et un problème potentiel » (EAC, tour 131). Ces rappels ciblés permettent à l'étudiante d'identifier d'autres formulations possibles et de réajuster les objectifs de soins.

Pour CDS.2, le renforcement méthodologique de l'étudiante se fait de manière plus hésitante, par exemple concernant la prise en charge de la douleur de la patiente : « je lui parle de la douleur en tout cas, je lui parle de traitement et je veux qu'elle s'interroge sur la prise en charge de la patiente. *[Se pince les lèvres]* il me semble ... » (EAC, tour 131). Ou encore concernant les conséquences psychologiques de la maladie : « on peut poser un diagnostic infirmier... qui pourrait s'intituler... *[hésitation]* bon moi j'ai plus les titres en tête : moral perturbé, enfin, baisse de l'humeur en lien avec une pathologie aiguë » (EAC, tour 65). Ce qui apparaît ainsi comme une « fragilité méthodologique » se traduit par la mise en suspend de nombreuses possibilités de renforcement : « là, je me dis : c'est dommage, j'aurais pu, enfin j'aurais dû plus insister. J'aurais pu lui dire : [...] comment pouvez-vous définir ce problème ? J'aurais pu faire un rappel de méthodologie : quels objectifs ? Quelles actions ? » (EAC, tour 73). Il expliquera ensuite qu'il y avait « deux possibilités de rappeler la méthodologie. Là, j'aurais dû m'arrêter et dire : Bam, c'est un problème de santé qu'est-ce qu'on fait ? [...] hum... *[grimaces]* c'est vrai, là il y avait une perche très grande pour parler d'un problème de santé du patient, et je pointe le problème. [...] Tant pis. *[Sourire crispé]* » (EAC, tour 75).

Ces activités suspendues laissent alors le champ libre à des contre-activités permettant à CDS.2 de contourner le rappel des principes méthodologiques : « Alors que là, on va basculer sur un autre problème qui est plutôt institutionnel, sur l'organisation du service... » (EAC, tour 75). Ces contre-activités sont encore plus évidentes lorsque ESI.2 demande une aide méthodologique sur la formulation des problèmes de santé en lien avec les pathologies du patient (37'24) : « Et là, c'est de la broderie. Là, je brode là. Je brode, complètement... » (EAC, tour 193). « Donc, j'essaye de raccrocher... justement, à de la méthodologie en lien avec mes connaissances sur le raisonnement clinique [...] Mais je brode dans le sens..., je ne suis pas sûr de répondre à la question *[sourire]* » (EAC, tour 197). Face aux images de ses contre-activités, CDS.2 verbalise, au cours de l'EAC, sa difficulté à cerner le questionnement de l'étudiante et à réaliser du renforcement méthodologique : « et là, elle me parle de méthodologie des problèmes de santé [...] j'avoue que je n'ai pas trop compris. Donc, je lui demande de reformuler, et après je crois que je m'emmêle les crayons » (EAC, tour 178).

Les contre-activités ont alors un objectif pour CDS.2, trouver une issue de secours acceptable. L'extrait de l'EAC de CDS.2 qui va suivre est très évocateur de cette difficulté et des contre-activités mises en œuvre pour contourner ce rappel méthodologique.

*CDS.2 et l'étudiante poursuivent la discussion pour tenter de clarifier le questionnement.*

*CDS.2 proposent une synthèse en disant que ce sont des « problèmes liés » (42'46).*

214. CDS.2 : *[rigole]* ah, je suis trop fort !

215. Chercheur : qu'est-ce qui te fait rire ?

216. CDS.2 : là, je fais des pirouettes, je... Là, c'est de la comédie ce que je fais *[rigole]*.

217. Chercheur : de la comédie ?

218. CDS.2 : mais bien sûr ! Parce que je n'étais pas tout à fait dans la maîtrise, parce que je ne comprenais pas sa question. Donc, je fais des pirouettes, pour ne pas perdre la face, mais surtout *[rigole]* pour que l'étudiante ne soit pas frustrée *[rigole]*. Mais là, je ne lui apporte pas grand-chose en fait. Je vais pas assez loin en fait. Là, quand elle m'explique le lien entre diabète et obésité, en termes de méthodologie, j'aurais dû être plus précis pour répondre à cette question. Mais bon, je lui dis qu'il faut être pragmatique, que c'est un problème lié... *[sourire]*, c'est une manière de lui dire : c'est bon, j'ai compris votre question, laissez-moi *[en faisant des signes avec les mains, mimant une personne qui s'échappe]*. Laissez-moi une porte de sortie quoi.

#### Extrait 2 de l'EAC de CDS.2

Nous lui proposons alors d'observer attentivement et de commenter son image arrêtée à ce moment de l'activité de supervision :

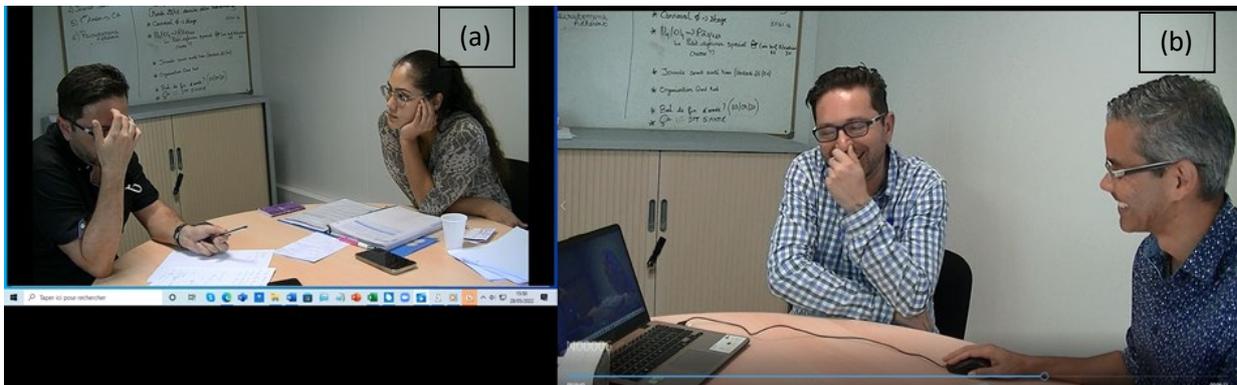


Figure 10 : Capture d'écran de :  
(a) l'activité de supervision clinique et (b) l'EAC mené avec CDS.2

« Après, ma réponse n'est pas très claire et... ça se voit que je suis un petit peu soucieux *[rigole]*. C'est clair, c'est clair, mais je l'assume, qu'est-ce que tu veux ? C'est comme ça, au moins, je suis resté ouvert à l'étudiante. C'est important ça. Et là, je maîtrise à moitié, mais l'étudiante, là elle est bien, et c'est ça qui importe. Là j'aime bien ton arrêt sur image, ça permet de dire : ouais, ben le prof il galère un peu, et tant mieux qu'il galère. Il faut se remettre en

question, on n'est pas dans la maîtrise. L'étudiante, elle est contente alors, objectif atteint. Allez, « next » [en montrant l'écran de la main]. [Rigole] » (EAC, tour 222).

En se recentrant ainsi sur le vécu de l'étudiante, CDS.2 identifie les limites de « l'approche empirique » dans l'activité de supervision clinique, particulièrement s'agissant de l'identification et de la formulation des problèmes de santé.

Ce renforcement méthodologique est donc une préoccupation commune des formateurs, presque une obligation, dans l'activité de supervision du raisonnement clinique en stage. Mais tous ne disposent pas de ressources conceptuelles susceptibles de soutenir efficacement cette partie de l'activité. Ainsi, CDS.1 reconnaîtra que « j'ai cette capacité parce que je l'enseigne. Si je ne l'enseignais pas, pas sûr que j'aurais été capable de l'expliquer de cette manière » (EAC, tour 121). Selon CDS.2, moi, la méthodologie du raisonnement clinique..., je la maîtrise... d'une certaine manière. Du fait de mon expérience... du fait de mes apprentissages à moi... mais c'est sûr que je maîtrise moins que mon collègue [en parlant de CDS.1] (EAC, tour 230).

Cette « non-maitrise » est pleinement acceptée par CDS.2 qui construit alors un style pédagogique propre. Il parlera alors de « maitrise de la non-maitrise » : « la non-maîtrise, tu apprends à la maîtriser pour agir quand même [...] La non-maîtrise, je l'ai affronté et je continue de l'affronter. Ça fait partie du travail de cadre. Ce serait impossible de ne pas pouvoir gérer les imprévus » (EAC, tour 234).

Ainsi, si le renforcement méthodologique constitue une préoccupation majeure des formateurs pendant l'activité de supervision clinique, sa mise en œuvre dépend de leurs ressources conceptuelles dans ce domaine. Nous identifions, là aussi, une « approche méthodique », lorsque ceux-ci disposent de ressources conceptuelles suffisantes, et « une approche empirique » permettant de suppléer à des « faiblesses conceptuelles » pour agir quand même.

La figure ci-dessous propose une représentation de cette vision « méthodico-empirique » de la conduite de supervision du raisonnement clinique.

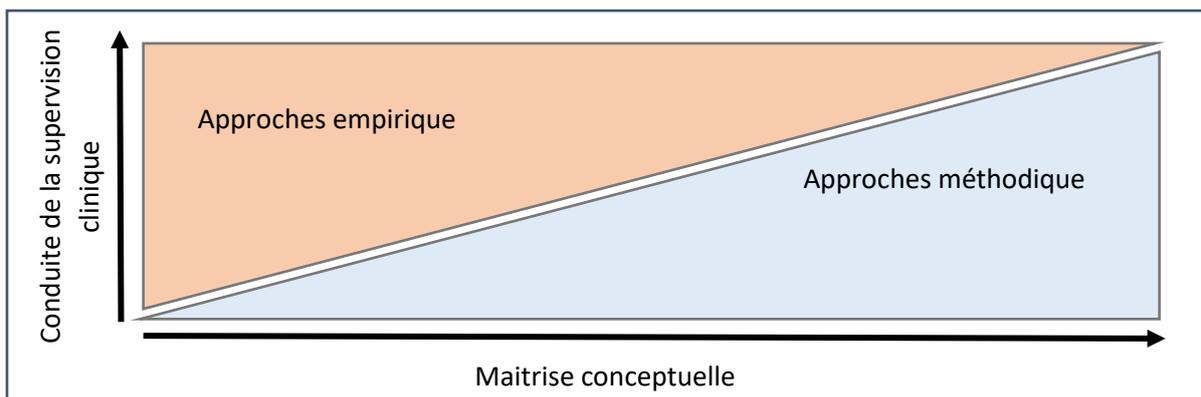


Figure 11 : Représentation graphique de la conduite de supervision clinique en fonction de la maîtrise conceptuelle des formateurs

Par ailleurs, il est fort probable que ces deux approches, méthodique et empirique, subissent, elles-mêmes, de nombreuses variations de styles en fonction, du modèle conceptuel retenu (14 besoins, tri-focal...) pour la première, ou des parcours professionnels propres à chacun des formateurs pour la seconde. Nous admettons alors que ces variations de styles puissent offrir une épaisseur à cette vision méthodico-empirique que la figure ci-dessus ne pourrait pleinement représenter.

### 1.5 Synthétiser les éléments clés de la progression

Enfin, pour clore la présentation des préoccupations directement liées au développement du raisonnement clinique, nous retenons que les formateurs réalisent systématiquement une synthèse des points positifs concernant le travail réalisé par les étudiantes : « je fais un résumé du travail réalisé et je fais en même temps la traçabilité écrite » (EAC, tour 138) à l'attention du référent de suivi pédagogique ; « à la fin de l'exercice, je synthétise ce qui est correctement fait » (EAC, tour 159). Il s'agit ainsi de formaliser, à l'oral pour l'étudiante et à l'écrit pour le formateur référent de son suivi pédagogique, un diagnostic pédagogique précisant l'investissement et la progression de celle-ci en stage : « Je note les éléments positifs, il y a un bon niveau de recherche, une bonne analyse, mais qui n'est pas complète, mais sa démarche de soins était plutôt bien construite » (EAC, CDS.1, tour 138).

CDS.2 souligne les capacités de l'étudiante en termes de compréhension et de mobilisation des connaissances et complète avec une proposition d'axes d'amélioration concernant la rigueur du travail de recueil et d'analyse des données « en lui disant quand même un message : écoutez, vous n'avez pas répondu à la demande, donc là on a improvisé, il manquait des supports » (EAC, tour 179).

Les deux formateurs n'ont pas évoqué le contenu précis de ce diagnostic pédagogique, suggérant que ces éléments relèvent bien du genre, comme une partie sous-entendue de l'activité que les formateurs, connaissent et attendent, qu'ils savent devoir faire sans qu'il soit nécessaire de la respécifier à chaque fois qu'elle se présente (Clot, 2008).

## 2. Des préoccupations « annexes », mais essentielles

### 2.1 Veiller au respect de l'anonymat des présentations

Les deux formateurs se rejoignent sur l'importance de respecter l'anonymat des situations cliniques exposées au cours de cette supervision. Lorsque CDS.1 visualise la planification des soins de l'étudiante « tout de suite, je me rends compte qu'il y avait les noms dessus [...], je suis obligé de rappeler les règles : anonymat, confidentialité, secret professionnel... et donc, j'attire son attention sur les risques encourus si elle divulgue des informations couvertes par le secret professionnel » (EAC, tour 135). CDS.2 s'interroge sur la question de l'anonymat lorsque l'étudiante indique oralement les noms des patients : « j'ai un doute sur la confidentialité des données-patients. Et après, je me rassure en disant qu'il y a le secret partagé. Je crois que c'est le cas » (EAC, tour 103). Comme précédemment concernant le rappel méthodologique sur la formulation des problèmes de santé, ce doute induit une mise en suspens, cette fois, du rappel des règles professionnelles concernant la confidentialité des données-patients : « Et là, j'aurais pu, pareil, dire : secret partagé, confidentialité patient, on fait un focus là-dessus. Ça, j'aime bien faire il y avait une porte ouverte et je ne l'ai pas prise non plus [...] j'ai peut-être estimé qu'elle savait ce qu'est le secret partagé. » (EAC, tour 103).

Ainsi, lorsque les formateurs identifient un écart dans le respect des règles professionnelles, un rappel est systématiquement réalisé, ou du moins, envisagé comme une possibilité d'action dans l'activité réelle.

### 2.2 Etablir un climat de confiance et veiller au bien-être des étudiants

Bien conscients qu'il leur appartient de maîtriser la relation qui va s'établir avec les étudiantes, les formateurs développent des stratégies visant à mettre celles-ci à l'aise pour favoriser leur expression. Ils leur proposent par exemple de choisir le cas clinique qui fera l'objet d'un exposé plus approfondi : « c'est pour la mettre à l'aise quelque part » (EAC, tour 31) ; il s'agit de « de créer une relation de confiance » (EAC, tour 26) ; « c'est aussi pour détendre l'atmosphère » (EAC, tour 30). Cette mise en confiance se fait également par l'utilisation du renforcement positif : « ça fait tellement de bien d'entendre des choses positives, d'entendre les compliments, de reconnaître le travail » (EAC, tour 38).

Mais, en fonction du niveau d'investissement des étudiants et de la conformité du travail réalisé, les EAC laissent apparaître d'autres réalisations possibles en adoptant une posture plus rigide : « Quand je vois que l'étudiant... déjà dans le travail en amont, n'est pas au clair [...], dans le comportement et l'attitude des étudiants, [...] parce qu'on sait qu'il y a des étudiants qui font le travail à moitié. Donc là je peux imposer aussi, en disant présentez-moi celui-là, et on va voir ensemble » (EAC, tour 33). Pour CDS.2 également « si je vois que c'est un étudiant qui a de grandes difficultés par un manque de travail, par un manque d'investissement, je vais avoir une position hyper-rigide » (EAC, tour 31). Bien conscient de cet éventail de possibilités, les formateurs adaptent leur posture : « Là je me dis c'est une étudiante plutôt brillante et je veux qu'elle me donne le maximum d'éléments sur un patient pour qu'on puisse échanger » (EAC, tour 31).

Par ailleurs, les formateurs veillent au bien-être des étudiantes en portant une attention quasi constante à leur niveau de fatigue physique et cognitif. Ainsi, lorsque ESI.1 se frotte les yeux en expliquant la physiologie de l'hypertension artérielle pulmonaire (17'54), CDS.1 nous fait remarquer : « tu vois, il y a un autre problème aussi : elle a travaillé ce matin, on est à une bonne heure d'entretien et je sens que déjà, elle sature. Ça aussi, j'ai pris le temps de regarder [...] là, pour moi, elle est déjà étanche » (EAC, tour 105). Ce constat va mettre en suspens certaines actions envisagées, mais qui ne seront pas réalisées : « là je vais continuer encore un peu, mais je ne vais plus aller trop loin dans ce que je vais lui demander. [...] Je pense que je vais demander à aller un peu plus vers la conclusion et le résultat du travail » (EAC, CDS.1, tour 107). Cette préoccupation est également présente chez CDS.2 pour qui « ça demande beaucoup de concentration quand même le suivi de stage. Il faut vraiment être hyper attentif. Et quand tu arrives à la fin, tu es peut-être moins concentré. Là on arrive au bout, et je ne suis plus très...., [...] et elle non plus, manifestement » (EAC, tour 184).

De plus, le vécu de cette préoccupation, revécu par le visionnage audiovisuel, amène CDS.1 à reconsidérer l'architecture temporelle de ses habitudes de supervision clinique : « D'ailleurs, je me rends compte que c'est dommage, on pourrait commencer par le raisonnement clinique en début d'entretien quand l'étudiant est plus frais. Oui, là, en regardant la vidéo, je suis en train de me rendre compte de ça, c'est dommage de terminer l'entretien par quelque chose qui demande autant d'énergie. [Il marque un temps de silence et secoue la tête] oui, oui ça c'est dommage je me rends compte maintenant » (EAC, tour 127). La confrontation à sa propre activité, conjuguée aux questionnements du chercheur, a alimenté une conflictualité chez CDS.1. Les indices d'expressivité [*silence, mouvement de tête*] et le dialogue explicite avec le

subdestinataire [*c'est dommage je me rends compte maintenant*] traduisent clairement que le formateur envisage une nouvelle manière d'agir [*on pourrait commencer par le raisonnement clinique*], s'orientant résolument vers un développement du pouvoir d'agir.

Nous considérons alors que le dispositif technologique proposé, en tant qu'artéfact méthodologique, a permis au CDS.1 d'élargir son pouvoir d'agir. Le soutien d'un cadre théorique relevant de la clinique de l'activité a fourni l'éclairage conceptuel permettant sa description.

### 2.3 Prendre en compte l'impact du dispositif de recherche technologique

Dans le cadre théorique (partie 2 de ce mémoire), nous avons envisagé que la présence du chercheur puisse modifier l'activité des formateurs. Après analyse des résultats, nous constatons effectivement que le dispositif technologique a eu pour effet d'exacerber certaines préoccupations, devenant par la même une nouvelle préoccupation pour les formateurs.

Ainsi, la vérification de la conformité des démarches de soins (préoccupation 1) a été modifiée par les contraintes géographiques de la séance de supervision. Pour des raisons techniques et organisationnelles, les activités de supervision se sont déroulées, non pas dans une pièce du service de chirurgie digestive, mais dans un bureau situé dans un bâtiment contigu. Cette configuration a induit la mise en suspens d'une activité envisagée par les formateurs, mais rendue impossible à réaliser. Ainsi, lorsque ESI.1 présente au formateur des données non actualisées, CDS.1 nous confiera en EAC : « *la planification qu'elle me propose n'est pas celle du matin, [...] elle avait oublié celle du matin sur le chariot de soins* » (EAC, tour 21), « *mais du coup je ne pouvais pas lui demander d'aller chercher parce qu'on est un peu à distance, par contre dans le service, j'aurais pu lui demander d'aller prendre l'outil et le dossier patient* » (EAC, tour 23). CDS.2 fait le même constat : « *Bon, là on n'est pas dans le service, c'est toujours mieux de réaliser la visite directement dans le service* » (EAC, tour 26).

Par ailleurs, la recherche du bien-être des étudiantes (préoccupation 7) a également été accentuée. En effet, les deux formateurs ont naturellement pris en compte le volontariat des étudiantes pour participer au dispositif de recherche. Par exemple, lorsque CDS.1 fait remarquer à l'étudiante un manque de précision dans l'explication de l'hypertension artérielle pulmonaire : « *En fait, je prends aussi en compte qu'elle était volontaire pour participer à cet entretien, pour être filmée. J'avais peur, en allant trop loin, que ça la mette mal à l'aise. Elle fait déjà un travail avec nous, elle n'y était pas obligée, et je ne voulais pas qu'elle le vive de manière négative* » (EAC, tour 104). CDS.2 aussi a abaissé son niveau d'exigence quand il s'aperçoit

que l'étudiante n'a pas réalisé les démarches de soins : « Très honnêtement là, dans..., là il y avait un petit côté artificiel, donc je fais l'exercice, mais en fait j'aime pas du tout là » (EAC, tour 21).

De plus, les conditions de mise en œuvre de l'étude (délais court entre le recrutement des étudiantes volontaires ; absence de traçabilité dans le dossier de formation) ont visiblement influencé leur investissement dans la réalisation des travaux et ainsi déformer cette partie de l'activité de la supervision. CDS.2 précisera : « je suis sûr qu'elle est très investie dans ses évaluations, mais là, il y avait la caméra... c'était une expérience. Voilà, elle voulait faire un petit peu..., je vais dire sa belle » (EAC, tour 28).

Nous avons ainsi pu exposer les principales préoccupations des formateurs au cours de l'activité de supervision clinique. La possibilité offerte de revivre l'activité vécue au cours des entretiens d'autoconfrontation simple, a déjà permis d'alimenter la conflictualité interne des formateurs, faisant émerger une nouvelle variante acceptable dans l'activité de chacun d'eux.

Ainsi, CDS.2 a progressivement fait évoluer son discours sur le double travail de raisonnement clinique entre les tours de parole 52 et 100. Rejetant d'abord l'idée de construire son propre raisonnement pendant l'exposé de l'étudiante, il acceptera de verbaliser cette double démarche en reconnaissant : « Après, oui pour aider l'étudiante, il faut que nous... on ait une bonne compréhension du patient [et] le support papier ça aide... ça aide à avoir une meilleure connaissance du patient » (EAC, tour 100).

Le visionnage de son activité a également amené CDS.1 à reconsidérer l'architecture temporelle de ses habitudes de supervision clinique : « c'est dommage de terminer l'entretien par quelque chose qui demande autant d'énergie. [Il marque un temps de silence et secoue la tête] oui, oui ça c'est dommage je me rends compte maintenant » (EAC, tour 127).

Le chapitre suivant poursuivra la présentation des nouvelles variantes ayant pu émerger, cette fois, de l'autoconfrontation croisée séquencée.

## Chapitre 3 : Le développement du pouvoir d’agir

---

Ce troisième chapitre a vocation à présenter les nouvelles variantes qui ont pu émerger du dialogue instauré entre les deux formateurs à partir de leurs activités de supervision réciproques. Mais cette confrontation entre pairs ne débouche pas toujours sur des disputes professionnelles alimentant des controverses. Comme le précise Yves Clot, « *on ne peut prédire où ce développement va commencer, s’il commence, où il va se passer et surtout s’il va s’arrêter* » (2020).

Un premier sous-chapitre détaillera les objets de préoccupation n’ayant pas abouti à des controverses, confirmant alors le genre comme ressource pour agir. Un deuxième sous-chapitre précisera, au contraire, les objets de préoccupation ayant alimenté des controverses. Nous présenterons alors les indices d’expressivité traduisant les microdialogues des CDS en montrant la validation de nouvelles variantes et l’élargissement de leur pouvoir d’agir.

### 1. Confirmation du genre comme ressource pour agir

Certaines préoccupations n’ont pas fait l’objet de véritables controverses lors de l’autoconfrontation croisée séquencée. Comme le précise CDS.2 : « *du coup, bon désolé de ne pas contredire le collègue [s’adressant au chercheur] ...* » (ACC, tour 63).

#### 1.1 S’assurer de la conformité des démarches de soins grâce au genre professionnel

Le visionnage de la première séquence d’autoconfrontation a d’abord permis de confirmer que la conformité des démarches de soins au regard des consignes institutionnelles est une préoccupation commune. La manière d’agir, ou de ne pas agir, relève bien du genre professionnel, avec de très légères variantes de style.

CDS.1 et CDS.2 confirment avoir été désagréablement surpris en apprenant que les étudiantes n’ont pas réalisé la totalité des démarches demandées. Ils acceptent néanmoins d’entendre leurs explications : « *elle cherche des excuses, en disant : j’ai pas pu faire, etc... Là, l’étudiante n’a pas fait le travail dans le respect des attentes institutionnelles* » (ACC, tour 24). Ils poursuivent tous les deux en rappelant les règles institutionnelles, avec un peu plus d’humour pour CDS.2 : « *je ne l’ai pas fait de manière... on va dire, institutionnelle en disant que la règle c’est ça. Je l’ai fait plutôt sur le ton de l’humour, sur un mode cynique, etc., mais la volonté, elle est la même* » (ACC, tour 49).

Tous les deux s’accordent ensuite sur l’importance de poursuivre, malgré tout, l’activité de supervision en utilisant les connaissances opérationnelles des étudiantes recueillies lors de la

prise en charge des patients : « on va faire avec la matière qu'elle me donne » (ACC, tour 61) ; « voilà, ça n'empêche pas à l'étudiante de travailler aussi et de dire : de toute façon, même si tu n'as pas préparé, mais comme tu t'es occupé des patients. » (ACC, tour 62) ; « on est dans la professionnalisation, dans l'adaptation, donc oui... vous n'avez pas la démarche comme j'aime qu'elle soit faite. Donc, on n'aura peut-être pas autant de contenu, etc., mais avant de vous adapter et de me montrer que vous connaissez votre patient » (ACC, tour 65).

Le recours répété au « on transpersonnel » confirme que le genre organise véritablement les modalités d'adaptation des formateurs pour définir des façons de travailler acceptables lorsque les étudiantes ne réalisent pas un travail strictement conforme aux attentes. CDS.1 poursuivra en précisant : « On peut très bien démontrer aux étudiants que, justement, on est là pour faire un travail. Et même s'ils n'ont rien préparé derrière, on a les moyens de les faire travailler sur le moment. Et du coup, l'accompagnement qu'on est venu faire sur la démarche de soins, elle va quand même se réaliser » (ACC, tour 88). CDS.2 confirmera également que la poursuite de cet accompagnement peut se réaliser de manière différée : « Je vous demande quelque chose, vous ne le faites pas, ça c'est inacceptable. Pour autant, moi mon but, c'est quand même que vous puissiez vous améliorer. Moi, je suis garant d'une certaine qualité d'accompagnement et de la formation des professionnels que je vais mettre sur le marché du travail. Donc je vous reverrai, je fixerai les objectifs » (ACC, tour 108).

## 1.2 Le genre pour évaluer les connaissances, sans en avoir la maîtrise

La quatrième séquence d'ACC invite les deux formateurs à revoir les questions qu'ils posent aux étudiantes pour évaluer leurs connaissances. Sans maîtriser les éléments théoriques faisant l'objet de leurs questionnements, les formateurs parviennent, en mobilisant un genre professionnel, à évaluer, non pas les connaissances véritablement, mais leur investissement pour les améliorer ainsi que leur capacité d'argumentation et la spontanéité des réponses.

Cette préoccupation ne semble pas faire l'objet de controverse entre les deux formateurs. Néanmoins, au tour de parole 315, CDS.1 évoque spontanément son sentiment de malaise et sa difficulté pour interroger certaines connaissances : « non parce que, attends, je me permets de t'interrompre, je vais t'expliquer. Là, [en montrant l'écran] je connais pas l'hypertension artérielle pulmonaire » (ACC, tour 315), « et là, [en fixant l'écran du doigt] je suis dans la merde, concrètement, enfin excuse-moi, mais je suis dans la merde [rigole] » (ACC, tour 318).

CDS.2 tente alors de le rassurer en lui expliquant que « même si tu ne maîtrisais pas, ça ne se voyait pas » (ACC, tour 322). Il précise sa conception de la « maîtrise de la non-maîtrise » : « je

vais chercher les ressources. [...] Quand t'es cadre formateur, et que quelqu'un vient te voir pour dire j'ai un problème, soit tu lui apportes la solution, soit tu orientes » (ACC, tour 346), « pour ne pas laisser la personne en difficulté [...], ce n'est pas non plus faire semblant, c'est... trouvé la parade, trouver la stratégie quoi » (ACC, tour 346), « Ça veut dire qu'il y a plein de trucs que je ne maîtrise pas. Mais par contre, on est dans la résolution de problèmes, à chercher des solutions, au niveau opérationnel... ou plus réflexif, etc. tu vas chercher les ressources » (ACC, tour 360).

CDS.1 se montre attentif, mais reste d'abord perplexe : « d'accord, ouais... j'sais pas. En tout cas, ça m'a questionné. Parce que souvent je me dis que je ne suis pas tout à fait à l'aise avec ça. Et pourtant ça fait des années que je suis formateur » (ACC, tour 385) ; « ben moi, j'ai toujours peut-être un peu peur » (ACC, tour 390). Il envisagera ensuite, lui aussi, la possibilité de mobiliser les ressources disponibles pour davantage maîtriser les questions de connaissance : « Donc effectivement, c'est la question de la mobilisation des ressources. Et là, ce qui nous manque, la ressource ça aurait été le tuteur » (ACC, tour 392), « Sinon, je m'appuie aussi sur ce que me dit l'étudiant, et je fais confiance à l'étudiant. Je renforce l'étudiant pour qu'il comprenne que ce n'est pas moi qui détiens le savoir » (ACC, tour 396).

Lors de cette étape de la confrontation, s'apparentant plutôt à une acceptation mesurée de la vision de l'autre [d'accord, ouais... j'sais pas], les indices d'expressivité ne sont restés que peu observables, ne témoignant pas d'un dialogue interne particulièrement fécond. De plus, l'expression de CDS.1 [ben moi, j'ai toujours peut-être un peu peur] confirme l'absence immédiate de nouvelles possibilités. En effet, l'identification du tuteur de stage comme ressource relève d'une pratique courante et ne constitue donc pas une nouvelle variante.

Le sous-chapitre suivant, en revanche, abordera ces nouvelles variantes en les décrivant.

## **2. Mise en évidence des nouvelles variantes acceptables**

### **2.1 Rôle du formateur pour garantir l'anonymat des présentations cliniques**

Si les deux formateurs se rejoignent, lors des EAC, sur l'importance de respecter l'anonymat des situations cliniques, le visionnage de l'activité de son collègue a alimenté une activité intrapsychique très intense chez CDS.2. Entre les tours de parole 125 et 133, cette activité intérieure bruyante a laissé place, dans le dialogue apparent, à un silence constant et à un regard fixe<sup>48</sup>. Ce microdialogue est interrompu au tour 133 lorsque le chercheur s'adresse

---

<sup>48</sup> Voir annexe 2.H. Tableau 1 : Respect de l'anonymat à l'écrit

directement à CDS.2, qui tente alors de se raccrocher au dialogue apparent : « *[surpris, comme s'il n'avait pas entendu la question] pardon ?* ». Il verbalisera ensuite le contenu de ce dialogue intérieur : « *mais moi, je n'ai pas réfléchi, effectivement, à la notion de l'écrit qu'elle pourrait perdre que ça tombe entre les mains de personnes hors du milieu santé...* » (Tour 135), pour parvenir à l'identification d'une nouvelle possibilité par la verbalisation d'un grand dialogue : « *[inspiration] bah, oui c'est la règle. [...] notre rôle de pédagogue, de formateurs, c'est de donner les bonnes conduites, donc j'aurais dû... enfin j'aurais dû... j'aurais pu, si j'y avais pensé, dire : à l'oral, on peut éventuellement donner le nom, on peut le faire, par contre faites attention à vos écrits* (Tour 139).

Cette deuxième séquence de l'ACC a donc permis à CDS.2 d'envisager de manière plus précise son rôle de formateur dans le rappel des règles de confidentialité *[j'aurais dû... enfin j'aurais dû... j'aurais pu]*. Les deux formateurs valident ensemble cette nouvelle possibilité d'action permettant d'élargir le pouvoir d'agir de CDS.2. Ceci corrobore notre deuxième hypothèse, comme l'illustre l'extrait suivant.

143. CDS.2 : [...] *[hésitation]* ... c'est une faute qui prêle à conséquence, donc on doit... Quand on peut faire des rappels comme ça aux étudiants, il faut le faire, c'était le moment, le prétexte est tout trouvé.
144. CDS.1 : oui, donc de manière pédagogique on rappelle aussi les règles professionnelles.
145. CDS.2 : oui, oui elle est importante celle-là. De bien protéger la confidentialité... voilà. On sait jamais comment ça peut être utilisé. Surtout si c'est des pathologies graves.
146. CDS.1 : *[acquiesce]*.

*Extrait 1 de l'ACC séquencée entre CDS.1 et CDS.2*

## 2.2 Une nouvelle stratégie pour apprécier la pertinence du raisonnement clinique des étudiants

La séquence d'ACC suivante a permis de faire émerger des controverses sur la manière d'apprécier la pertinence du raisonnement clinique des étudiantes (préoccupation 2). Pour rappel, CDS.1 a privilégié une écoute silencieuse et attentive pour évaluer la logique du raisonnement de l'étudiante dans une approche que nous avons qualifiée de « méthodique ». De son côté, CDS.2 a favorisé l'interaction immédiate en se positionnant comme infirmier pour engager un échange d'égal à égal basé sur son expérience professionnelle, avec une approche dite « empirique ».

Lors de la confrontation<sup>49</sup> avec son collègue, CDS.1 évoque alors les raisons qui peuvent parfois l'amener à interrompre les étudiants : « s'il y a quelque chose qui vient m'interpeller parce que ça manque de cohérence, là je vais être obligé de mettre les pieds dans le plat. Je leur dis : comment vous expliquez ça ? » (Tour 207). Cette remarque faite à lui-même s'est révélée être une ressource pour alimenter le rapport de conflictualité externe avec CDS.2 qui lui fait alors remarquer : « donc, c'est plutôt avec une connotation négative » (Tour 218). En acquiesçant, le regard fixe et les lèvres pincées, CDS.1 envisagera alors, dans un dialogue adressé à CDS.2 autant qu'à lui-même : « il faut que je teste ta méthode quand même. Je le ferai, et je prendrai ce qui me permettrait d'ajuster..., je sais pas... ouais... » (Tour 235). Il envisageait alors déjà de faire évoluer sa pratique : « c'est vrai qu'elle ne sait pas comment moi je fonctionne. Donc ça, c'est vrai qu'il faudrait qu'on l'annonce à chaque fois » (Tour 183).

Inspirés par cette dispute professionnelle sur les critères de qualité permettant d'apprécier le raisonnement clinique des étudiantes, les deux formateurs entreprennent chacun un dialogue dans lequel leurs voix intérieures semblent se superposer à celles du dialogue apparent<sup>50</sup>. Chacun envisage alors les limites de leurs façons respectives d'agir : « Mais c'est vrai que je ne suis pas en train d'écouter... de faire un diagnostic pédagogique... c'est vrai que je ne suis pas du tout dans cette dimension-là [*se gratte les cheveux, le regard fixe*] » (Tour 212, CDS.2) ; « je me rends compte que ça peut être un peu déstabilisant pour eux. Par ce que j'écoute, mais je n'apporte pas suffisamment de validation [...], se dire qu'on est infirmier avec eux, ça serait intéressant, ouais » (Tour 245, CDS.1). Ils s'accorderont ainsi sur la possibilité d'envisager un « mixte » des deux façons de faire en privilégiant l'interaction d'égal à égal lors de la première partie de l'exposé (recueil de données), puis en favorisant une posture plus structurante et silencieuse en deuxième partie lors de la présentation du projet de soins.

Ici encore, la confrontation croisée a permis aux deux formateurs d'engager une dispute professionnelle féconde pour aboutir à un « mariage des styles individuels ». Cette association de styles permet alors une métamorphose du genre professionnel pour mieux apprécier la pertinence du raisonnement clinique des étudiants.

### 2.3 Le combat dialogique vers une approche plus méthodique

Comme avant d'aborder le dernier round d'un combat tout en sachant qu'il n'a pas l'avantage, dès l'annonce de cette dernière séquence de l'ACC, CDS.2 manifeste des marques

---

<sup>49</sup> Voir annexe 2.H. Tableau 2 : Écouter / interagir avec les ESI pendant l'exposé de la démarche

<sup>50</sup> Voir annexe 2.H. Tableau 2 : Écouter / interagir avec les ESI pendant l'exposé de la démarche

d'inquiétude : « *[grimace en acquiesçant]* » (Tour 398) ; « *[rires]* » (Tour 401) ; « *OK [l'air soucieux]* » (Tour 408).

CDS.1 débute alors l'offensive en évoquant les formulations imprécises d'ESI.2. Il explique que l'étudiante évoque bien des éléments pouvant aboutir à des problèmes de santé, mais « *il n'y a pas d'apothéose. Et toi tu finis par lui dire : tout compte fait, vous me parlez de problèmes de santé là* » (Tour 418). Cette première offensive provoque alors chez CDS.2 une expérience associée à une forte dimension émotive : « *mouais [le regard fixe, en silence, puis rires]* » (Tour 415), « *[écoute, en silence, le regard fixe]* » (Tour 417), « *hum... [les mains jointes sur le menton]* » (Tour 419). Cette bataille inégale<sup>51</sup> se poursuivra jusqu'au tour 464 où CDS.2 va reconnaître : « *bah, là,..., je, je... [hésitation]. Mais, toi tu ne sais pas CDS.1, mais en fait je ne captais rien à ce qu'elle me racontait* ». Comme pour éclairer son collègue, CDS.1 présente alors quelques fondements théoriques : « *bah, c'est pas pour prendre sa défense, mais en fait ça dépend du modèle conceptuel. En fait, on a deux modèles d'analyse, et Saint-Pierre, ils sont beaucoup focalisés sur le modèle tri-focal. En fait, elle ne te parle pas de problèmes de santé, elle te parle de pathologie et d'antécédent des patients* » (Tour 471). Cette précision raisonne à l'intérieur de CDS.2, qui adressera alors, tant à lui-même qu'à son collègue : « *tout à fait. Ça veut dire qu'il faut peut-être que je revoie mes connaissances aussi. En termes de... pour le coup... de méthodo...* » (Tour 474). Le dialogue apparent qui suivra entre les deux formateurs, mêlé d'une forte dimension expressive de CDS.2, consacrera la mise en évidence d'une nécessité nouvelle pour CDS.2 : « *Moi, personnellement, si je pouvais être un peu plus habile dans la théorie, ça ne mangerait pas de pain à mon avis [se pince les lèvres en grimaçant]* » (Tour 511).

Ici, le dialogue ne débouche pas immédiatement sur un élargissement du pouvoir d'agir de CDS.2, mais plutôt sur une première étape consistant à identifier les conditions nécessaires pour envisager des possibilités d'action plus large et plus robuste afin d'améliorer le renforcement méthodologique des étudiants. Il envisage désormais, à condition de consolider sa propre maîtrise des concepts de raisonnement cliniques, une migration de sa conduite de la supervision clinique vers une approche plus méthodique (voir figure 11).

---

<sup>51</sup> Voir annexe 2.H. Tableau 3 : Le combat dialogique de la méthode

## PARTIE 5

### LA DISCUSSION

La première partie de ce mémoire a mis en évidence la place du raisonnement clinique pour favoriser le développement professionnel des infirmiers et étudiants en soins infirmiers et ainsi accroître leur autonomie. Mais, la littérature grise nous montre également à quel point la pensée infirmière reste dans une impasse sémantique en lien avec des divergences conceptuelles majeures, y compris chez les cadres de santé formateurs. Ainsi, du fait d'une grande « *complexité polysémique [...] le raisonnement clinique [reste] un concept difficile à cerner dans le processus de la supervision clinique en milieu de soins de santé* » (Dabrion, 2011, p.41).

Dans cette recherche, nous avons proposé d'éclairer la pratique de supervision clinique grâce aux apports de la clinique de l'activité en mobilisant certains de ses concepts clés : le genre et le style ; la cadre dialogique et l'adressage à des destinataires multiples ainsi que la théorie de l'énoncée de Bakhtine pour suivre à la trace ces différentes migrations dans le dialogue.

La conception et la mise en œuvre d'un dispositif de recherche technologique en trois étapes (enregistrement de l'activité, EAC, ACC séquencée) a permis d'étudier le réel de l'activité de supervision clinique de deux formateurs auprès de deux étudiantes en stage dans un service de chirurgie digestive. Le traitement des données ainsi recueillies a permis, dans une visée épistémique, de mettre en évidence huit préoccupations communes aux deux formateurs, ainsi que de décrire, dans une visée transformative, la validation de trois nouvelles variantes. Ces résultats ont fait l'objet d'une présentation détaillée dans la partie précédente.

Cette cinquième et dernière partie proposera une synthèse des apports de cette recherche. Nous évoquerons également les limites de celle-ci avant d'envisager ses perspectives.

#### **1. Les apports de la recherche**

##### **1.1 Des indices qui précisent les résultats d'autres recherches**

Dans la lignée des travaux d'autres auteurs (Psiuk, 2009 ; Grousset & Malavaux, 2012 ; Nagels, 2017 ; Antonello, 2020), cette étude confirme que la supervision du raisonnement clinique représente « *un enjeu d'envergure [et] un moment privilégié pour soutenir et accompagner le développement de ces compétences* » (Audétat & Laurin, 2010, p. 294)

Notre recherche a utilisé le cadre dialogique comme instrument afin de décrire les préoccupations des formateurs au cours de l'activité de supervision indirecte du raisonnement clinique des étudiants en soins infirmiers, par discussion de cas.

Ces premières préoccupations visent ainsi à apprécier l'investissement des étudiants dans la compréhension des situations cliniques ainsi que la qualité de celui-ci. Comme le confirme Audétat & Laurin, « *le superviseur va aller à la recherche d'indices qui vont lui permettre d'élaborer des hypothèses sur la qualité du raisonnement [de l'étudiant] afin de préciser ses besoins d'apprentissage* » (Audétat & Laurin, 2010, p. 294). Pour les deux formateurs ayant participé à notre étude, le nombre de démarche clinique préparées, la spontanéité de l'argumentation de la situation et des connaissances théoriques ont été des indices permettant d'apprécier l'investissement des étudiantes. La pertinence du recueil de données et l'identification des problèmes de santé pertinents ont été les indices d'un raisonnement de qualité.

Notre analyse a montré que la collecte de ces indices relève ainsi du genre professionnel des formateurs dans cette activité de supervision. Nous avons également montré que les formateurs développent des variantes de style pour apprécier le raisonnement des étudiantes. CDS.1 privilégie une « approche méthodique » qui, selon Audétat & Laurin, « *[tient] compte de ses conclusions. La supervision devient alors un processus réfléchi, ciblé et dynamique* » (Audétat & Laurin, 2010, p. 294). Cette démarche méthodique se rapproche alors de la méthode de supervision décrite par Audétat & Laurin (2010) intitulée « la minute du superviseur ». Ainsi, après la présentation du cas par l'étudiant, cette méthode prévoit une série de six tâches que CDS.1 a scrupuleusement respectée : demander à l'étudiante d'énoncer des hypothèses diagnostiques ; demander de justifier et d'expliquer ses conclusions, souligner ce qui est bien fait ; corriger les erreurs et proposer des alternatives ; enseigner un principe général ; conclure.

Par ailleurs, à l'image du silence méthodique de CDS.1, les auteurs déconseillent aux superviseurs d'intervenir pendant l'étape de présentation du cas. Les étapes de proposition d'alternatives et d'enseignement des principes généraux ont constitué une autre des préoccupations des formateurs au travers du renforcement méthodologique des étudiantes. Grâce à des ressources conceptuelles suffisantes, CDS.1 parvient à proposer des liens avec les enseignements théoriques, à rappeler les principes de priorisation des problèmes, ou encore, à proposer à l'étudiante d'autres diagnostics non envisagés.

Mais, comme le rappellent Audétat & Laurin, les formateurs « *se sentent en général assez démunis et disent régulièrement manquer d'outils simples et efficaces pour les aider dans une démarche d'identification et d'objectivation rapides des différentes étapes du raisonnement clinique* (Audétat & Laurin, 2010, p. 294). Des recherches menées à l'Université de Montréal mentionnent également cette zone d'inconfort pour les superviseurs, « *notamment en raison de méconnaissances concernant les modèles théoriques qui rendent compte des processus de raisonnement clinique* » (Audétat, Laurin & Sanche 2012, p. 224). Dans notre étude, CDS.2 nomme bien cette zone d'inconfort en évoquant sa « maitrise de la non-maitrise ». Nous avons ainsi montré que ce formateur, « *très à l'aise dans la démarche clinique* » (Audétat, Laurin & Sanche 2012, p. 224) mobilise alors son expérience professionnelle comme ressource principale pour conduire la supervision lorsque celui-ci manque d'outils méthodologiques. En adoptant une « approche empirique », il s'appuie principalement sur ses expériences d'infirmier et de cadre d'unité de soins pour conduire l'activité de supervision. De plus, en privilégiant l'interaction spontanée, la supervision du raisonnement s'oriente, chez CDS.2, vers un dialogue « d'égal à égal » dans une visée d'abord professionnalisante, mettant alors en suspens les occasions de renforcement méthodologique, et ouvrant la voie à des contre-activités.

Une autre zone d'inconfort s'est dessinée chez les CDS participant à notre étude au moment d'évaluer les connaissances théoriques des étudiantes. Selon CDS.1, « *clairement, ça c'est une difficulté quand je fais du raisonnement clinique. Des fois, tu es confronté à des pathologies que tu ne maîtrises pas* » (EAC, tour 89). CDS.2 confirme que « *je n'ai pas la prétention de maîtriser tous les domaines* » (EAC, tour 111). Cette difficulté est à l'origine de la mise en suspens de nombreuses questions de connaissance (activités contrariées). Il s'agit de questions que les formateurs ne formulent pas afin de limiter les situations d'inconfort.

Les recherches consultées dans le domaine de la supervision du raisonnement clinique s'intéressent prioritairement aux problématiques de raisonnement (de l'étudiant et du superviseur), mais évoquent peu cette difficulté liée à la maîtrise des connaissances par les formateurs. En effet, le formateur n'est plus dépositaire du savoir théorique, il « *a une position désormais stratégique de médiateur entre les trois institutions que sont l'Université, l'Hôpital, et l'IFSI* » (Lalioui, 2020, p. 32) pour permettre à l'étudiant de développer les compétences requises à l'exercice professionnel. Par ailleurs, le référentiel de formation de 2009 insiste sur la nécessité pour les formateurs d'encourager chez l'apprenant la réflexivité « *qui conduirait l'étudiant à acquérir une certaine autonomie grâce à ses acquis* » (Lalioui, 2020, p. 32). Il est alors invité à favoriser, d'après l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier,

« le sens de l'observation et [permettre] à l'étudiant d'exercer sa capacité de recherche et de raisonnement dans ses expériences... » (Bulletin Officiel Santé, Protection sociale, Solidarités, numéro 7 du 15 août 2009, Annexe III, Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier, p. 276).

Les résultats de notre étude corroborent ces affirmations. Les deux formateurs, conscients de ne pas être en mesure d'évaluer l'exactitude des connaissances des étudiantes, s'attachent alors à collecter les indices de l'investissement et de l'autonomie de ces dernières dans l'acquisition des connaissances (recherches personnelles, carnets de synthèse...) et de leur appropriation, traduction de leurs capacités réflexives (spontanéité des réponses, aisance de l'argumentation). Les formateurs apprécient ainsi davantage le rapport que les étudiantes entretiennent avec les connaissances théoriques que la qualité même de ces connaissances. Le genre professionnel représente, ici encore, une ressource organisant l'activité personnelle de façon tacite pour agir en situation de façon satisfaisante.

## 1.2 La transformation des stratégies des formateurs vers une approche plus méthodique

L'autoconfrontation croisée a permis d'identifier de nouvelles variantes acceptables dans la pratique de supervision des deux formateurs.

Les recherches antérieures ont montré que « pour être à même d'observer la démarche [de l'étudiant] avec un œil avisé, il est important d'avoir à l'esprit les étapes-clés du raisonnement clinique » (Audétat & Laurin, 2010, p. 294). Ainsi, dans une visée transformative, l'ACC entre les deux formateurs a permis à CDS.2 d'envisager des possibilités d'action plus large et plus robuste afin d'améliorer le renforcement méthodologique des étudiants. En effet, grâce au dialogue adressé à son collègue autant qu'à lui-même, CDS.2 envisage une migration de sa conduite de la supervision clinique vers une approche plus méthodique (voir figure 11) en consolidant sa propre maîtrise des concepts de raisonnement clinique. Cette démarche constitue ainsi un prérequis permettant d'envisager un élargissement du pouvoir d'agir.

Par ailleurs, CDS.2 est parvenu à envisager de manière plus précise son rôle de formateur dans le rappel des règles de confidentialité lors des exposés cliniques.

Le point culminant de cette visée transformative a concerné les stratégies permettant d'apprécier la pertinence du raisonnement clinique des étudiantes (préoccupation 2). Le dialogue entre collègues et avec le sub-destinataire leur a permis d'envisager les limites de leurs stratégies respectives. Ils ont alors pu imaginer ensemble une nouvelle variante en associant

leurs deux façons de faire. Ils s'accordent ainsi sur un « mixte » privilégiant à la fois, l'interaction d'égal à égal lors de la première partie de l'exposé (recueil de données), puis favorisant une posture plus structurante et silencieuse en deuxième partie lors de la présentation du projet de soins. Cette stratégie devra alors être clairement indiquée aux étudiants en début de présentation.

De plus, la confrontation à sa propre activité lors de l'EAC avait déjà amené CDS.1 à reconsidérer l'architecture temporelle de ses habitudes de supervision clinique. Il envisage désormais la possibilité de débiter l'entretien par cette activité de supervision, car « c'est dommage de terminer l'entretien par quelque chose qui demande autant d'énergie » (EAC, tour 127).

Nous pouvons ainsi corroborer notre hypothèse théorique selon laquelle l'institutionnalisation d'un cadre dialogique à partir des traces d'activité de supervision clinique permet d'éclairer le style et de revitaliser le genre professionnel des formateurs comme moyen d'accompagner les étudiants dans l'activité de supervision du raisonnement clinique.

## **2. Limites de cette recherche**

Cette recherche comporte néanmoins des limites. Ce sous-chapitre recensera celles qui nous semblent les plus significatives.

D'abord, cette étude aborde la pratique de supervision uniquement du côté des formateurs sans décrire les stratégies des étudiants, bénéficiaires principaux et non moins acteurs de cette activité. Le dispositif que nous avons mis en œuvre ne règle donc pas l'inconfort des étudiants qui représente une des préoccupations des formateurs, comme l'évoquaient déjà F1 lors de l'étape exploratoire : « L'étudiant, il doit juste se sentir serein et je pense que c'est important parce que je pense qu'il s'affole du fait que tout le monde ne travaille pas de la même façon » (F1.52).

Nous souhaitons ensuite reconnaître que la différence d'ancienneté des deux formateurs dans cette fonction (14 ans pour CDS1 / 2 ans pour CDS.2) a pu constituer une limite de l'ACC. Cette différence d'ancienneté pouvant générer une différence d'épaisseur expérientielle a peut-être favorisé une asymétrie dans leur relation. Cette caractéristique n'a pas été prise en compte, ni par les acteurs lors de la dispute sur les critères de qualité de la supervision clinique, ni par le chercheur lors du traitement des données récoltées.

Par ailleurs, si nous avons pu argumenter la mise en évidence des approches « méthodique » et « empirique » lors de l'activité de supervision du raisonnement clinique par les formateurs, notre étude n'a concerné que deux d'entre eux et mériterait d'être consolidée sur la base d'une casuistique plus importante.

Cette limite représente aussi un élément de perspective de notre recherche qui, pour le moment, n'impacte pas le collectif de travail de manière large. Ce constat nous amène alors à envisager une perspective plus large.

### **3. La perspective d'un dispositif de formation destiné au collectif de formateurs**

Il nous semble envisageable, dans un avenir proche, de réunir un groupe de formateurs pour organiser une allo-confrontation collective (Mollo & Falzon, 2004) aux traces d'activité de leurs collègues afin de la commenter ensemble. Il s'agira ainsi d'étendre le travail d'analyse au collectif professionnel, en présence des deux formateurs participants, selon une méthodologie en 3 étapes :

1. Réaliser un nouveau montage vidéo regroupant, cette fois, chaque séquence utilisée pour l'autoconfrontation croisée aux commentaires correspondants de CDS.1 et 2, recueillies lors de l'étape 3 du dispositif. Ce montage aboutirait à la production de 5 nouvelles séquences (activités + commentaires croisés des acteurs).
2. Visionnage des séquences par le collectif constitué à la fois de formateurs expérimentés et novices, en présence des deux formateurs ayant participé à l'étude.
3. Mise en discussion, au sein de ce collectif, de ces situations rigoureusement délimitées en ouvrant le dialogue à chaque membre. Il s'agira alors de les inviter à faire part de leurs propres préoccupations, leurs stratégies d'actions favorisant ainsi la verbalisation des styles qui peuvent à nouveau être recyclés pour poursuivre le travail de revitalisation du genre.

Cette formation aura une double visée. Elle permettra : (1) aux formateurs expérimentés de partager leurs styles d'action dans l'activité de supervision clinique et d'envisager, grâce à l'émergence de controverses, de nouvelles variantes acceptables aboutissant à un élargissement de leur pouvoir d'agir, et (2) aux formateurs novices de s'approprier un genre professionnel permettant d'identifier des îlots de certitudes et ainsi d'éviter d'avoir à errer tout seul devant l'étendue des bêtises possibles.

## LA CONCLUSION

La question de l'enseignement du raisonnement clinique infirmier, d'abord issue de notre expérience personnelle puis relayée par les apports de la littérature et la réalisation d'une enquête exploratoire, s'est d'abord orientée vers une démarche d'harmonisation des pratiques de supervision clinique des formateurs, par ailleurs très attachés à leur liberté d'agir.

Pour décrire les stratégies des formateurs lors de cette activité de supervision, nous avons proposé un éclairage théorique mobilisant les théories de l'activité et tout particulièrement celle de la clinique de l'activité au travers de certains de ses concepts clés : le genre et le style ; le cadre dialogique et la théorie de l'énoncé de Bakhtine. Le dispositif de recherche technologique en trois étapes (enregistrement de l'activité, EAC, ACC séquencée) a permis d'étudier le réel de l'activité de supervision de deux formateurs dans un service de chirurgie digestive. Le traitement de ces données nous a permis d'identifier huit préoccupations saillantes. Cinq d'entre elles sont directement liées au développement du raisonnement clinique des étudiants et concernent la conformité des démarches de soins, la pertinence du raisonnement de l'étudiant, l'évaluation de ses connaissances, le renforcement méthodologique et la synthèse de la progression. Trois autres préoccupations « annexes » concernent le respect de l'anonymat, le bien-être des étudiantes ainsi que les impacts du dispositif technologique dans l'accompagnement de celles-ci.

Par ailleurs, cette recherche a également permis de décrire trois nouvelles variantes, consacrant ainsi un élargissement du pouvoir d'agir des formateurs, concernant la confidentialité des données-patients, le renforcement du raisonnement clinique des étudiants par une approche méthodique, et enfin les stratégies permettant d'apprécier la pertinence de leur raisonnement clinique.

Ces résultats corroborent ainsi l'hypothèse selon laquelle l'institutionnalisation d'un cadre dialogique organisant le redoublement de l'activité (Vygotski, 1994) de supervision des formateurs favorise la vitalité du genre professionnelle. Les controverses professionnelles peuvent alors alimenter l'état de conflictualité interne, favorisant l'émergence de nouvelles variantes acceptables. Cet élargissement du pouvoir d'agir, suivi à la trace grâce à l'identification précise d'indices d'expressivité, est alors susceptible d'enrichir les stratégies des formateurs visant à soutenir les capacités de raisonnement clinique des étudiants en soins infirmiers.

## BIBLIOGRAPHIE

- Audétat, M., & Laurin, S. (2010). Supervision du raisonnement clinique : Méthodes et outil pour soutenir et stimuler un raisonnement clinique efficace. *Le Médecin de famille canadien*, volume 56, 294-296.
- Audétat, M., Laurin, S. & Sanche, G. (2011). Aborder le raisonnement clinique d'un point de vue pédagogique. *Pédagogie médicale*, volume 12 (4), 223-229.
- Antonello, F., & Antonello M. (2020). Apprentissage du raisonnement clinique et pratique infirmière en stage. *La revue de l'infirmière*, N°259. 44-45.
- Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier. (JORF n°0181 du 7 août 2009)  
Consulté le 20 janvier 2022, sur  
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020961044/2022-01-20/>
- Barbier, J.-M. (2011). *Vocabulaire d'analyse des activités*. Paris : PUF.
- Bardin, L. (2013). *L'analyse de contenu*. Paris, PUF.
- Belpaume, C. (2009). Accompagner l'apprentissage du raisonnement clinique en soins infirmiers. *Recherche en soins infirmiers*. N°99, 43-74.  
<https://doi.org/10.3917/rsi.099.0043>
- Bertone, S., & Chaliès, S. (2015). « Construire un programme de recherche technologique sur la formation des enseignants : choix épistémologiques et théoriques ». 12-2.  
<http://activites.revues.org/1088>
- Bertone, S., & Chaliès, S. (2013). Conception d'un programme de recherche sur la formation professionnelle des enseignants : fondements épistémologiques, développements théoriques et choix de méthode.
- Bertone, S., Chaliès, S., & Clot, Y. (2009). Contribution d'une théorie de l'action à la conceptualisation et à l'évaluation des pratiques réflexives dans les dispositifs de formation initiale des enseignants ». *Le travail humain*, 72 <https://www.cairn.info/revue-le-travail-humain-2009-2-page-105.htm> 73
- Brignon, B. (2009, Avril). « Clinique de l'activité en formation en soins infirmiers ». *Recherche en soins infirmiers*, N° 99, 75-96.
- Charre, P. (2020). La réforme de l'entrée en IFSI, une « révolution » bienvenue. *Soins cadres*. N°117.
- Chartier, E. (2009). Cadre formateur délégué à la formation clinique, un nouveau rôle pour le cadre formateur. *Soins cadres*. N°70.
- Clot, Yves. (2008). *Travail et pouvoir d'agir*. Paris : PUF.
- Clot, Y., Faïta D., Fernandez, G. & Scheller, L. (2000). Entretiens en autoconfrontation croisée : une méthode en clinique de l'activité. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 2(1).

- Clot, Y., & Leplat, J. (2005). La méthode clinique en ergonomie et en psychologie du travail. *Le travail humain*, 68, 289-316. <https://doi.org/10.3917/th.684.0289>
- Clot, Y. (2020). *Ethique et travail collectif. Controverses*. Toulouse : Editions Erès.
- Dabrion, M. (2011). *Raisonnement et démarche clinique infirmière. Enseignement et apprentissage*. Paris : Estem.
- Darré, J.P. (1994). *Le mouvement des normes, avec Bakhtine et quelques agriculteurs*. Dans J.P. Darré (Ed.), *Pairs et experts dans l'agriculture*, p. 15-29, Erès, Toulouse.
- Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 *relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique. TITRE Ier : PROFESSION D'INFIRMIER OU D'INFIRMIÈRE*. (JORF n°183 du 8 août 2004, texte n° 37086).
- Doucet, A. (2013). Réforme des études infirmières, impact dans les IFSI. *La revue de l'infirmière*. N°191.
- Dupuis-Pegourdie, A. (2008). De la fonction d'infirmière à celle de cadre de santé ou l'itinéraire d'une construction identitaire et éthique. *Soins cadres*. N°66.
- Faivre, L. (2021). Infirmier de réanimation en 2021, de l'expertise à la reconnaissance. *Soins*. N°861. 36-39.
- Fresney, C. D., & Perrin, G. (2017). *Le métier d'infirmière en France*. Paris : PUF.
- Grousset, S & Malavaux, C. (2012). Le raisonnement clinique dans l'apprentissage du soin technique. *Soins*. N°770. 33-34.
- Henderson, V. (2005). *Les principes fondamentaux des soins infirmiers*. Bruxelles : Editions De Boeck, 2<sup>e</sup> édition.
- Kérouac, S. et al. (1994). *La pensée infirmière*. Laval (Québec) : Editions Maloine.
- Lagier, C. (2020). Les formateurs d'IFSI à l'heure de l'universitarisation. *Soins cadres*. N°117.
- Lalioui, F. (2020). *De la réforme de 2009 du diplôme d'État à la mutation de l'identité professionnelle du formateur*. (Thèse de Doctorat, Université de Toulouse 2 - Jean Jaurès)
- Le Blanc, G. (2007). *Les maladies de l'homme normal*. Paris : Vrin.
- Lechasseur, K., Hegg, S., Gagnon, J., Gangnon M-P. & Goudreau, J. (2021). Développement du raisonnement clinique chez des étudiants en sciences infirmières par la méthode SNAPPS-A : une étude pilote. *Recherche et perspectives. Pédagogie Médicale* 22, 167-176.
- Marchal, A. & Psiuk, T. (2002). *Le paradigme de la discipline infirmière en France*. Paris : Séli Arslan.
- Marsollier, C. (2011). *Enseigne avec ton cœur*. Lyon : Chronique Sociale.
- Mollo, V. & Falzon, P. (2004) *Auto- and allo-confrontation as tools for reflective activities*. *Appl Ergon*. 35(6).

- Mura, L. (2010). La réforme des études d'infirmier, entre légitimité, volonté des acteurs et temps d'appropriation. *Soins cadres*. N°74.
- Nagels, M. (2017). Le jugement clinique est un schème. Propositions conceptuelles et perspectives en formation. *Recherche en soins infirmiers*, 129, 6-17. <https://doi.org/10.3917/rsi.129.0006>
- Phaneuf, M. (2008). Profession Clinical Judgement – An Essential Tool in the Nursing Profession. <http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2013/01/Clinical-Judgement-.pdf>
- Prot, B. (2004). Controverses entre les professionnels à propos de l'exercice de leur métier source de développement de la santé. *Fondation Nationale de Gérontologie*, vol. 27(111), 171-181. <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2004-4-page-171.htm>
- Psiuk, T. (2012). *L'apprentissage du raisonnement clinique. Concepts fondamentaux. Contexte et processus d'apprentissage*. Bruxelles : De Boeck Supérieur.
- Psiuk, T. (2009). Raisonnement clinique et personnalisation des soins. *Savoirs et soins infirmiers*. N°60, 1-9
- Ria, L., Saury, J., Sève, C., & Durand M. (2001). Les dilemmes des enseignants débutants : Etudes lors des premières expériences de classe en Education Physique. *Science & motricité : Revue scientifique de l'Association des Chercheurs en Activités Physiques et Sportives*. N° 42, 47-58.
- Ria, L., & Moussay, S. (2015, mars). *Former les enseignants au XXIe siècle*. Communication présentée à la chaire UNESCO.
- Riopelle, L., Grondin, L., & Phaneuf, M. (1986). *Répertoire des diagnostics infirmiers*. Montréal : Editions McGraw-Hill,
- Rongiconi, J. P. (2013). Cadres de santé, deux référentiels pour deux métiers. *Soins cadres*. N°87.
- Sabachvili, S. (2019). La relation pédagogique, un véritable espace de rencontre. *Soins cadres*. N°111.
- Theureau, J. (2010). Les entretiens d'autoconfrontation et de remise en situation par les traces matérielles et le programme de recherche. *Revue d'anthropologie des connaissances*, volume 4 (2), 287-322
- Vial, M. (2001). Faut-il un référentiel pour déterminer les missions du formateur des personnels de santé ? *Soins cadres*. N°37.
- Voisin-Girard, B. (2020). *Activité de jugement des inspecteurs d'académie – inspecteurs pédagogiques régionaux (IA-IPR) et développement de l'activité professionnelle en entretien d'inspection dans le système éducatif français : règles, jeux de langage, et conflits d'une activité dialogique pluri-adressée*. Thèse de doctorat Ingénierie de la Santé, du Sport et de l'Environnement. Université de la Réunion
- Vygotski, L. (1994). Le problème de la conscience dans la psychologie du comportement (F. Sève, trad.). *Société française*, 50, 35-47. (Original publié en 1925).

# **ANNEXES**

# ANNEXES

<b>PARTIE 1 : LES DONNEES DE L'EXPLORATION ATHEORIQUE.....</b>	<b>2</b>
Annexe 1.A : Guide d'entretien exploratoire .....	3
Annexe 1.B : Entretien exploratoire formateur 1 (F1) – (39 min – 71 tours de parole).....	4
Annexe 1.C : Entretien exploratoire formateur 2 (F2) (38 min – 48 tours de parole) .....	8
Annexe 1.D : Entretien exploratoire formateur 3 (F3) (42 min – 81 tours de parole) .....	12
Annexe 1.E : Entretien exploratoire formateur 4 (F4) (34 min – 54 tours de parole).....	17
<b>PARTIE 2 : LES DONNEES ISSUES DE LA MISE EN ŒUVRE DU DISPOSITIF DE RECHERCHE .....</b>	<b>22</b>
Annexe 2.A : Le guide d'entretien des EAC .....	23
Annexe 2.B : L'EAC du CDS.1 à sa pratique de supervision clinique avec l'ESI.1 (1h50min – 140 tours de parole) .....	23
Annexe 2.C : L'EAC du CDS.2 à sa pratique de supervision clinique avec l'ESI.2 (2h23min – 241 tours de parole) .....	34
Annexe 2.D : Tableau d'identification des indices par catégories de préoccupation / EAC .....	49
Annexe 2.E : Traitement de l'EAC du CDS.1 .....	51
Annexe 2.F : Traitement de l'EAC du CDS.2 .....	65
Annexe 2.G : L'ACC « séquencée » des CDS.1 et 2 sur leurs pratiques de supervision clinique auprès des ESI.1 et 2 (2h51min – 633 tours de parole ou d'expression).....	83
Annexe 2.H: Traitement du verbatim de L'ACC « séquencée » des CDS.1 et 2 .....	107

## **PARTIE 1 : LES DONNÉES DE L'EXPLORATION ATHEORIQUE**

Cette première partie propose le guide utilisé pour la conduite des entretiens exploratoires ainsi que leur retranscription sous forme de *verbatim*. Le lecteur pourra ainsi consulter successivement :

- Le guide d'entretien exploratoire.
- L'entretien exploratoire formateur 1 (F1) – (39 min – 74 tours de parole).
- L'entretien exploratoire formateur 2 (F2) – (38 min – 48 tours de parole).
- L'entretien exploratoire formateur 3 (F3) – (42 min – 81 tours de parole).
- L'entretien exploratoire formateur 4 (F4) – (34 min – 54 tours de parole).

Pour la retranscription de cette phase d'enquête exploratoire, nous choisissons d'assumer notre statut d'enquêteur athéorique, en nous identifiant par notre prénom.

La numérotation des tours de parole visera à faciliter le repérage lors du traitement et de la présentation des données.

## **Annexe 1.A : Guide d'entretien exploratoire**

### **Introduction :**

Objet : Explorer la manière d'investir les activités pédagogiques en qualité de cadre de santé formateur en IFSI.

Entretien anonyme sur la base du volontariat.

Enregistrement avec accord pour en faciliter le travail de retranscription et d'analyse

Age :	Sexe :	Promotion de référence :
Ancienneté dans la formation :		Ancienneté dans l'IFSI :
Diplômes :		Domaines d'enseignement :

### **Parcours et choix professionnel :**

- ↳ Pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel ?
- ↳ Comment êtes-vous devenu formateur ? Choix professionnel ?

### **Activités professionnelles significatives :**

- ↳ Parmi vos activités, lesquelles vous tiennent à cœur ? Pourquoi ?
- ↳ Certaines activités vous semblent-elles plus difficiles à mettre en œuvre ? Lesquelles et pourquoi ?
- ↳ Quels aspects de ce métier vous apportent satisfaction ? Pourquoi ?
- ↳ Comment qualifier vos interactions avec les étudiants ?

### **Approfondissement :**

- ↳ Pouvez-vous développer ces points particulièrement intéressants ?

-  
-  
-  
-

## Annexe 1.B : Entretien exploratoire formateur 1 (F1) – (39 min – 74 tours de parole)

1. **Ruddy (R)** Je te remercie encore une fois d'avoir accepté cet entretien anonyme qui vise à orienter mon travail de recherche. Est-ce que tu pourrais me parler de ton parcours professionnel ?
2. **F1** : Alors d'abord diplôme d'infirmière, j'étais diplômée en 2007, euh ensuite j'ai fait, ensuite, beaucoup d'intérim à l'APHP<sup>52</sup>, et j'ai travaillé en salle de réveil, ensuite, puis j'ai fait de la dialyse, euh... dans un service en CDI<sup>53</sup>, donc là je me suis posée et j'ai travaillé au bloc opératoire, je suis revenu à la dialyse, quelques années, deux ans, et là j'ai décidé de faire un diplôme universitaire d'épuration extrarénale à la faculté de médecine d'Amiens et, donc j'ai, je suis restée en dialyse et, là j'ai décidé de passer mon diplôme de cadre de santé. Voilà et entre temps j'ai fait pas mal de libéral, euh... à côté, dans mes emplois précédents.
3. **R** : Et du coup, qu'est-ce qui t'a amené à l'IFSI<sup>54</sup> ?
4. **F1** : Euh... j'ai débuté un travail de tutorat pour les étudiants... euh, en fait qui venait dans mon service, je trouvais que c'était décousu, il n'y avait pas de livret d'accueil, de vrai plan de formation. Donc j'ai voulu formaliser l'accueil, et euh, et le stage de l'étudiant et donc j'ai initié ce travail-là avec les équipes et je trouvais ça constructif. J'ai vraiment envie de construire et ne plus travailler seul, dans les services, on est, euh, souvent dans le colmatage de brèches. On travaille dans, euh, alors après c'est de l'intuition, on va vite, on essaie vraiment d'aller à l'essentiel, euh, aux urgences, on n'est pas vraiment dans un travail constructif à long terme, et c'est ça qui me manquait, de construire quelque chose de pertinent euh, de solide et c'est à travers ce travail-là que j'ai eu envie de travailler à l'IFSI.
5. **R** : C'est un choix ?
6. **F1** : Ah oui, j'ai voulu le faire plus... rapidement, mais, parce que la Direction, donc, le dernier poste que j'avais, ça fais 2 ans, et l'équipe, il fallait que je finalise les projets de service, je ne pouvais pas abandonner l'équipe et la direction.
7. **R** : Et donc, tu es arrivée à l'IFSI depuis combien de temps ?
8. **F1** : Euh ... pas longtemps, ça fait un peu plus d'un mois.
9. **R** : OK, depuis que tu es arrivée, est-ce que tu peux me parler de tes activités principales à l'IFSI ?
10. **F1** : Alors, mes activités principales à l'IFSI, euh, c'est d'aller chercher les informations, euh, pouvoir me repérer dans le travail, ça a été quand même une activité principale de me repérer, d'utiliser les supports, que ce soit logistiques, les supports informatiques. Puis comprendre aussi le fonctionnement de l'établissement, moi, c'est au moins 50% de mon temps. Et puis, on va dire 25% de construction d'UE et 25% de suivi de stage, de suivi pédagogique, avec toute la partie des étudiants.
11. **R** : Est-ce que tu peux me parler de ce qui te tient à cœur dans cette fonction de formatrice à l'IFSI ?
12. **F1** : Euh, ce qui me tient à cœur, je pense que c'est vraiment de faire un travail de qualité, c'est-à-dire, vraiment, d'apporter, euh, quelque chose, enfin, des connaissances aux étudiants, leur donner les moyens, je pense que c'est ça qui me tient le plus à cœur. Et du coup, euh ..., c'est ce qui me pose plus ou moins problème, comme je viens d'arriver, le fait que je ne maîtrise pas l'ensemble des outils, que je en maîtrise pas, la formation, euh, le déroulé de la formation, euh, j'ai..., y'a un travail à la pêche aux informations pour faire les choses selon les règles, selon la commande pédagogique qui est institutionnalisée, voilà.
13. **R** : Et concrètement c'est difficile pourquoi ?
14. **F1** : Ça me pose problème dans le sens où j'y vais à tâtons et euh, en fait, j'n'ai pas l'impression de faire un premier jet de qualité. Euh, par exemple le premier jour quand je suis arrivée, il fallait que je fasse la rencontre, la première rencontre avec mes étudiants et ben, je n'étais pas vraiment au courant.
15. **R** : Tu parles de la première rencontre de suivi pédagogique ?
16. **F1** : Oui, ben voilà. Il fallait que je, pendant 3 heures, donc j'ai un problème de maîtrise donc je pense, du coup c'était difficile, après c'était intéressant, je suis naturelle, j'aime bien le relationnel avec les gens, donc du coup, je m'en sors, mais, euh...
17. **R** : Qu'est-ce qui était difficile pour toi dans le suivi pédagogique ?
18. **F1** : Ce qui était difficile, ben je ne savais pas pourquoi il y avait ce suivi pédagogique là et euh... est-ce que c'était vraiment pour, en vue du premier stage ? C'était une première pour moi. Qu'est-ce qu'il fallait qu'ils aient comme information lors de ce premier euh... suivi pédagogique ? Euh... qui est commun et puis euh..., donc du coup, j'ai un peu navigué à vue, mais après finalement, ça a été, ma tutrice m'a aidé. Et c'était, euh, voilà, c'était un premier bain dès le premier jour, euh..., c'était, après [hésitation] intéressant, hein.

<sup>52</sup> Assistance Publique des Hôpitaux de Paris.

<sup>53</sup> Contrat à Durée Indéterminée.

<sup>54</sup> Institut de Formation en Soins Infirmiers.

19. **R** : Euh, tu as une tutrice et elle t'a aidé ?
20. **F1** : Oui, elle m'a guidé en fait pour avoir les étudiants pendant 3 heures, il faut quand même avoir quelque chose à leur dire, donc, du coup, elle m'a aiguillé sur cette rencontre, le but de cette rencontre et puis, finalement avec le relationnel aussi, les étudiants étaient très crispés, parce qu'ils avaient une autre information au préalable d'un autre formateur, c'est ça aussi, il n'y a pas de continuité. La préparation du stage s'était faite avec un autre formateur et moi, la première rencontre avec les étudiants se faisaient avec moi du coup, et donc, et euh, je sais qu'ils étaient très angoissés par rapport à leur premier stage, finalement on a adapté cette première rencontre là, et euh, et euh... des questions sont venues au cours de ces 3 heures, essentiellement aussi sur ce premier stage.
21. **R** : Et, ça t'évoque quoi le fait que les étudiants soient crispés ? En quoi ça peut impacter ton travail.
22. **F1** : Très content de le savoir, euh, pas que ça s'était mal passé en amont, mais avoir cette information du ressenti de l'étudiant, après ça permet de donner des infos pour les aborder d'une autre façon peut-être, d'une autre façon et du coup adapter le format de notre rencontre à leur demande.
23. **R** : Donc, tu as parlé du suivi pédagogique, du relationnel. Comment tu te sens aujourd'hui dans le suivi pédagogique, que ce soit en individuel ou dans le collectif ?
24. **F1** : C'est toujours ce manque de connaissance, ces rencontres quels buts elles ont, c'est ça. Donc là on va avoir le retour de stage, euh... quels sont les documents à récupérer ? Donc tout ce qui est finalement pratique-pratique. Et puis aussi, les objectifs en fait de chaque rencontre... On manque d'information un peu sur le déroulé de chaque rencontre. Donc là non, ça se fait au coup par coup, je me renseigne à chaque séquence sur ce qu'il va falloir que je fasse, d'un point de vue administratif, mais aussi le but de la rencontre, le retour de stage, le ressenti de l'étudiant... donc c'est un peu... voilà, euh... y'a pas de feuille de route vraiment établie, un déroulé type, voilà.
25. **R** : Là tu parles du suivi pédagogique ?
26. **F1** : Oui, mais aussi pour tout. La construction d'une UE<sup>55</sup> par exemple, c'est la même chose, ce serait intéressant de savoir par exemple, comment construire une UE. Quel outil utiliser et de quelle façon, ça, ça serait un modèle type, un schéma, euh... voilà, pour pas solliciter toujours les collègues, toujours devoir leur demander.
27. **R** : Comme il n'y a pas de modèle type pour le suivi pédagogique et pour autre chose, comment tu fais ?
28. **F1** : Je sollicite mes collègues, je les questionne. Donc, quand ma tutrice est là je lui demande, et quand elle n'est pas là je vais au renseignement, je cherche des supports, mais, par exemple, on voit une UE comme elle a été construite l'année précédente, du coup on fait des déductions, on se dit qu'à cette période-là, c'est pas..., y a le sanitaire, on fait des déductions et on recoupe les informations.
29. **R** : Hum, d'accord.
30. **F1** : Après, pour le suivi pédagogique, mais aussi autre chose, le stage aussi, il semble qu'il y a un document type, mais tout le monde ne remplit pas le document de la même façon, à l'informatique ou manuscrit, y'en a qui l'incorpore dans le suivi pédagogique. Il n'y a pas d'uniformité en fait. [Cherche ses mots] Après c'est très enrichissant hein, le fait de voir qu'il y ait une multitude de façons de procéder, mais dans cette multitude-là, il n'y a pas de fil conducteur [rire].
31. **R** : Il n'y a pas de fil conducteur, mais il me semble qu'il y a un document guide. Ça t'aide ça ?
32. **F1** : Alors oui, y'a un document oui, le guide d'accompagnement en stage, ça c'est formidable, le guide de stage ça m'aide, ça aide aussi les étudiants, les maîtres de stage, ils n'en n'ont pas connaissance d'ailleurs parce que je leur donne et ils sont tout étonnés, ils découvrent le document. Mais après c'est pas tout, savoir où il faut remplir, à quel endroit, rien que d'avoir un guide pour notre logiciel, je pense que c'est la base. Nous par exemple dans le service, quand j'avais le logiciel RH<sup>56</sup>, quel que soit le logiciel, on avait un guide informatique dématérialisé des logiciels utilisés, ou un référent, avec un nom de référent pour chaque logiciel.
33. **R** : D'accord, et si on revenait un peu sur ce que tu me disais toute à l'heure. Qu'est qui te tient à cœur ?
34. **F1** : La transmission des connaissances et la qualité de ces connaissances ; la qualité de la..., la pertinence des éléments apportés...
35. **R** : Qu'est-ce qui t'apporte de la satisfaction ?
36. **F1** : Justement, cette multitude de façon de faire, c'est une vraie richesse aussi, c'est sûr que quand on arrive ça peut être déroutant parce que finalement quelqu'un dit A et puis après quelqu'un de dit B, et puis finalement, ben on fait C, mais cette multitude, c'est très enrichissant parce qu'on peut arriver au même but, au même... par différent chemins.

---

<sup>55</sup> Unités d'Enseignement.

<sup>56</sup> Ressources Humaines.

37. **R** : Donc une multitude de façon de faire, par rapport à quelles activités ?
38. **F1** : Alors euh, ben tout, déjà les créations d'UE, euh, chacun euh, je pense que oui, il y a vraiment différents types de façons de faire euh, les, le suivi pédagogique aussi, et du coup je pense aussi que les suivis de stage aussi sont déférents aussi, y'en a qui vont voir des soins, y'en a qui vont surtout pas voir des soins... euh y'en a qui euh, qui font aussi du suivi de stage groupé, voilà, donc on voit une multitude de façon de faire, après c'est enrichissant parce que du coup ça amène à réfléchir à notre propre façon de faire. Alors voilà. Donc c'est ça qui me satisfait, cette multitude de choses et donc le rationnel avec des étudiants, la proximité, c'est enrichissant.
39. **R** : C'est-à-dire le relationnel avec les étudiants ?
40. **F1** : Pouvoir les aider, la proximité que ce soit en TD<sup>57</sup>, que ce soit sur les lieux de stage, leur questionnement, pouvoir les accompagner quel que soit le terrain, par rapport à mon expérience en tant qu'infirmière aussi.
41. **R** : Et pour ça, est-ce qu'il y a un modèle type de conduite à tenir ?
42. **F1** : Euh, non y'a pas de conduite type, mais je pense qu'on pourrait quand même cadrer une façon de faire propice, avec un étudiant, euh, ben la bienveillance, des éléments, euh, un socle, qu'il faudrait rappeler à des gens qui sont novices dans la formation par exemple, quand on a été que manager, c'est pas le même chose qu'encadrer un étudiant. Donc peut-être une carte de route sur les attendus d'un étudiant déjà, qui sont différents des attendus d'un infirmier ou d'un aide-soignant, eux ils ont le diplôme en point de mire, leurs attendus ne sont pas les mêmes. Donc oui, pas une check liste mais oui, euh oui des... des thématiques qui pourraient déjà nous aiguiller sur la façon d'aborder un étudiant en général déjà.
43. **R** : D'accord, donc tu aurais aimé avoir une sorte de guide ?
44. **F1** : Ben, entre guillemet oui, rappeler leurs objectifs, leurs attendus, euh. Rappeler aussi qu'ils ont, euh..., après c'est du bon sens tout ça, mais je crois que, aussi que, en un coup d'œil se remémorer qu'ils ont tous des parcours différents. En première année, y'en a beaucoup qui viennent du bac, mais y'a pas que le bac, y'en a aussi qui viennent du milieu professionnel.
45. **R** : Est-ce qu'il y a des choses difficiles dans tes interactions avec les étudiants ?
46. **F1** : Ben, j'ai pas beaucoup d'expérience. L'information sur la précision des informations qui leur sont transmises. Euh... ils ont besoin, surtout là où je suis, je m'occupe de la première année. Notamment pour ces étudiants-là, pour qui tout est nouveau, je pense qu'il y a une appréhension du coup, de la formation, vu que c'est le début et je pense qu'ils sont demandeur d'une précision, d'une précision dans les corrections... euh... aussi ils ont peut-être besoin d'être rassurés, d'avoir des guides...
47. **R** : A ton avis, comment on pourrait améliorer la formation des étudiants ?
48. **F1** : Alors je sais pas s'il y a des questionnaires de satisfaction sur chaque UE notamment, alors des questionnaires vraiment précis, sur les interventions des différents professionnels qui viennent, en cours magistraux en TD, est-ce qu'il y a un feed-back, euh... je pense qu'il faudrait faire des points d'étape réellement, réajuster, et puis, parce que euh, je sais pas si il y a des retour en chaque fin de semestre sur comme la promotion se sent, parce que forcément sur les modalités d'évaluation, il y a la construction des UE, peut-être des fois réajuster euh, s'il y a quelque chose qui pêche, parce que les promotions sont différentes, du coup, y'a eu sûrement des promotions impactées par différentes problématiques, donc faire des points d'étape avec les délégués et pas attendre la fin des 3 années pour réajuster.
49. **R** : J'aimerais revenir sur un point, tu es référente d'un groupe de suivi pédagogique en première année. Qu'est-ce que tu aimerais améliorer concernant le suivi pédagogique en première année ?
50. **F1** : Je pense que, euh... qu'il faut vraiment définir chaque attendu sur chaque suivi pédagogique. Y'a aussi le suivi individuel, donc là c'est quand ils remplissent leur feuille au préalable, pour la première rencontre individuelle. Donc peut-être définir quel est le but et l'objectif de chaque rencontre. Alors quand il est collectif, quel est le pourquoi, le but. Et puis, le suivi individuel, ben... oui vraiment définir chaque rencontre je pense.
51. **R** : Définir les buts entre vous formateurs ou avec les étudiants ?
52. **F1** : L'étudiant, non il doit juste se sentir serein et je pense que c'est important parce que pense qu'il s'affole du fait que tout le monde ne travaille pas de la même façon, et euh... le fait d'avoir, euh, une cacophonie de façon de faire, il ne s'y retrouve pas, il se pose des questions et pourquoi à moi on ne m'a pas demandé ça et pourquoi ça s'est pas passé de la même façon pour l'autre ? Donc déjà, uniformiser nos pratiques nous en tant que formateurs, donc, après c'est sûr que le relationnel s'instaure, et bien sûr qu'on individualise les choses et on y met notre patte, mais une carte de route groupée pour l'ensemble des formateurs, au moins au sein de la même promotion.
53. **R** : Et donc, ces différentes manières de faire, tu as parlé de cacophonie, ça a un impact sur les étudiants ?

---

<sup>57</sup> Travaux Dirigés.

54. **F1** : Je pense que oui. Je pense oui.
55. **R** : Comment ?
56. **F1** : Euh... ben je pense par exemple que, oui ça les..., ils savent pas pourquoi, est-ce normal qu'on ne leur ait pas demandé les mêmes choses ? Et ils ont l'impression de ne pas avoir eu les mêmes informations, donc ils partent en stage et ils n'ont pas forcément les mêmes informations. Bon ben, y'a des formateurs qui travaillent uniquement les objectifs, d'autres qui ont travaillé uniquement le positionnement en stage, donc je pense que, du coup, comme ils ont des interactions entre eux et euh, je pense que ça les interpelle, ça les déstabilise. Peut-être même qu'il y a un sentiment d'iniquité. Nous même en tant que formateur, avant de délivrer une information, pour des apprenants, c'est comme donner un corrigé, ils doivent tous avoir le même corrigé, je pense qu'ils ont besoin d'avoir un peu la même chose notamment ceux qui sont jeunes. On est sur une nouvelle expérience, sur une nouvelle formation, sur beaucoup de choses nouvelles, si en plus il y a des divergences je pense que ça ne rassure pas.
57. **R** : Ces divergences, ça tient à quoi ?
58. **F1** : Ben, disons que ça dépend de l'ancienneté du formateur et la personnalité, et puis d'une vision différente de la formation aussi. Après elle est pas, ça c'est vraiment pour améliorer, là on parle d'axe d'amélioration, c'est pas euh, c'est perceptible, mais c'est pas ... voilà, c'est un axe d'amélioration, et il faut améliorer ça. Parce que, pour certains c'est le bien être des étudiants qui prime, pour d'autres c'est l'assiduité... Je pense que, qu'il faut un étudiant qui se sente bien pour être en position d'apprendre plus facilement, leur donner de bonnes conditions et des bonnes connaissances pour pouvoir être bien pour pouvoir apprendre, donc c'est le relationnel qui est important bien sûr, mais c'est leur donner aussi des connaissances et être quand même, pas être exigeant mais leur donner une vision de ce que le monde de demain va exiger d'eux. Parce que la bienveillance à outrance, c'est pas non plus les aider, même en stage, les pauvres seront confrontés à des patients et même des tuteurs qui n'auront pas forcément le temps, ils ne sont pas non plus au clair, pourtant la réforme de 2009 est ancienne maintenant. Et euh... et puis l'assiduité, prévenir, le positionnement euh, la présence au niveau des stages, l'absentéisme, la tenue des documents, voilà cette exigence-là elle leur sera demandée dans le monde du travail, donc je pense qu'il faut leur donner tous les moyens d'effectuer un bon stage, mais après la balle est dans leur camp aussi, il faut leur dire qu'est-ce qu'on attend d'eux. Nous, il faut être au clair avec les attendus.
59. **R** : Et il faut que les formateurs entre eux soit au clair avec les attendus, c'est bien ça ?
60. **F1** : Oui, c'est ça.
61. **R** : Est-ce qu'il y a d'autres points que tu aimerais aborder ?
62. **F1** : Non, c'est les documents, l'archivage des documents. Parce que aller chercher l'information c'est compliqué, même quand on veut on l'obtient pas toujours. Parce que tous les Drives ne sont pas tenus de la même façon, et puis tout le monde ne rattache pas ses documents dans PG<sup>58</sup>, et puis y'en a qui mettent pas leurs TD et puis y'en a qui mettent que leurs CM, y'en a qui mettent leur séquence pédagogique, chacun fait comme il veut. Et puis quand on reprend derrière, on a envie de récupérer le sac à dos avec ce qu'il y a dedans et, ben on n'y arrive pas parce que le sac à dos il n'est pas toujours plein, parce qu'on n'arrive pas à récupérer les antériorités. On ne sait pas forcément où chercher, voilà.
63. **R** : D'accord.
64. **F1** : Et puis, en même temps, ce que je trouve très intéressant quand même c'est cette liberté hein, au-delà de, euh, la créativité bien sûr et cette liberté donc de faire finalement aussi, comme il nous semble bon.
65. **R** : C'est à dire ?
66. **F1** : Quand on veut créer, euh, une unité d'enseignement, le fait de, on n'est peut-être pas assez guidé, mais on n'est pas enfermé dans un carcan avec une procédure type, donc on peut créer une UE comme il nous semble pertinent de la créer, de la modeler, donc c'est cette création-là. C'est sûr qu'on se base sur le référentiel, mais finalement, le référentiel, même si il y a des figures imposées d'évaluation, des figures imposées de thématiques à aborder, mais euh... et puis on voit finalement, puisque les formateurs sont tellement différents, variés, avec des passés, du coup, chacun construit les UE différemment, donc ça nous donne aussi envie de créer de faire quelque chose d'innovant, le fait qu'on ne soit pas non plus encadrés dans une procédure type, ça nous donne envie... de donner de sa personne et de créer en tout cas. On ne se sent pas, et puis même le fait que chacun fasse différemment on se dit que si on fait différemment et qu'on sort du cadre ça ne sera pas reproché et que du coup ça nous sécurise, ça nous donne envie de créer davantage.
67. **R** : Est-ce que tu peux donner des exemples de créativité, de liberté de faire ?

---

<sup>58</sup> Logiciel de gestion des dossiers des étudiants.

68. **F1** : Par exemple, une création de TD, on a un certain nombre d'heures à faire et du coup, on peut faire intervenir des gens de l'extérieur, le modéliser, euh, de la façon... Par exemple pour l'UE Processus Traumatique, moi j'aime beaucoup la simulation, je l'ai découpé en 3 moments forts : le premier moment c'était le pré-op, le deuxième le post-op et le dernier TD c'est du TP finalement qui reprend les 2 premières séquences, mais en pratique pour permettre aux étudiants d'imprimer d'une autre façon, de manière pratique.
69. **R** : Qu'est qui t'a guidé pour faire cette création ?
70. **F1** : [hésitations – grimaces] Je... non, mais... c'est une envie... comme c'est leur premier processus, et ensuite ils n'ont pas d'expérience de stage en chirurgie, je pense qu'il fallait faire simple. Au début je pensais qu'il fallait apporter énormément de connaissances et faire beaucoup de TD. Et finalement, je me suis dit que c'n'était pas le but, plutôt d'acquérir quelque chose qui va les suivre toute leur carrière avec une prise en charge pré et post-chirurgicale, déjà s'ils arrivent avec ce bagage-là en stage, avec les surveillances infirmières adéquates et du rôle prescrit et du rôle propre bien défini, ce sera déjà quelque chose de pertinent. Enfin, après, le fait qu'il n'y a pas de ... la direction de l'IFSI qui, je pense qu'ils ont la main, mais ils n'ont pas d'exigence sur la création de nos TD.
71. **R** : C'est-à-dire ?
72. **F1** : Déjà en tant qu'individu, il nous fait confiance, c'est une satisfaction personnelle. Et au-delà on a l'impression de pouvoir donner le mieux de nous-même et ça aura un impact bénéfique pour les étudiants et ça va en cascade, cette liberté-là nous donne le pouvoir de créer et ce pouvoir de créer nous satisfait et cette satisfaction elle retentit forcément sur l'étudiant.
73. **R** : Ok, c'est intéressant. Est-ce qu'éventuellement tu serais intéressée par participer à une forme de dispositif innovant dans le cadre de cette recherche.
74. **F1** : A oui, bien sûr, avec plaisir.

### **Annexe 1.C : Entretien exploratoire formateur 2 (F2) (38 min – 48 tours de parole)**

1. **Ruddy (R)** : Merci beaucoup pour ta disponibilité. Pour commencer, est-ce que tu peux succinctement me parler de ton parcours professionnel ?
2. **F2** : Alors, donc moi je suis de formation infirmière, diplômé en 2008, euh, donc j'avais fait le choix de travailler en psychiatrie, pour euh..., ben voilà, c'est ce qui me correspondait le mieux hein. Donc quoi dire ? Donc j'ai travaillé au centre psychothérapeutique de Nancy, de 2008 à 2011, euh, ouai, donc, qu'est que je pourrais en dire ? Après je suis parti à Mayotte en 2001, toujours en psychiatrie, toujours en qualité d'infirmier au Centre Hospitalier de Mayotte, donc de 2011 à 2012. Après j'ai pris une année sabbatique où on a fait un voyage avec ma compagne. Après je suis revenu en psychiatrie de 2013 à 2015, et après en 2015, j'étais nommé faisant fonction de cadre de santé en psychiatrie toujours pendant 2 ans. Après j'ai fait, la même chose, pendant 18 mois en chirurgie, donc je gérais tout ce qui était consultation, soins externes, odontologie. Après je suis parti à l'école de cadre en 2018-2019, donc à la Réunion. Je suis revenu en santé publique pendant 7 mois. Donc je gérais tout ce qui était centre de vaccination, prévention, etc... c'était assez large, pendant 7 mois. Après j'ai fait 5 mois en pédiatrie, toujours au Centre Hospitalier de Mayotte. Et on m'a proposé un poste à l'IFSI en juillet 2020, que j'ai accepté, et voilà. Donc j'ai fait une année universitaire à l'IFSI de Mayotte, en deuxième année, où j'ai géré, ben pas mal d'UE, plus le service sanitaire, et puis après au CHU de la Réunion à l'IFSI nord depuis 4 mois.
3. **R** : Et devenir formateur, est-ce que c'était un choix pour toi ?
4. **F2** : Euh... Je... Je... C'était une opportunité en l'occurrence pour Mayotte. Parce que j'avais vraiment un profil de manager, enfin, j'étais vraiment identifié comme cadre de terrain, et donc, c'est ma cadre supérieure du pôle qui avait eu un poste en fin de carrière à l'IFSI, qui partant à la retraite, a demandé à ce que je la remplace, c'est comme ça que j'ai été pris. En tout cas c'est comme ça que ça s'est passé, ben... je sais pas si tu peux le retranscrire comme ça, mais c'est comme ça que ça s'est passé.
5. **R** : Très bien.
6. **F2** : Bon, néanmoins, mon stage de pédagogie que j'avais fait ici, ma tutrice de l'époque avait été très positive à mon égard, et donc la cadre supérieure un peu aussi, qui m'avait un peu aidé pour m'orienter vers la pédagogie, même si c'était pas une volonté première de ma part, mais j'ai senti une volonté positive de ce côté.
7. **R** : Donc tu es dans la fonction de formateur depuis bientôt 2 ans. Est-ce que tu peux me parler de tes principales activités en tant que formateur à l'IFSI ?
8. **F2** : Je trouve qu'il y a, en premier lieu, la coordination. Je me vois bien comme coordonnateur avec des intervenants extérieurs. Parce que euh... ben j'estime que mon cœur de métier m'a apporté pas mal de compétences, mais, j'allais dire, pour dispenser des cours dans des domaines vraiment précis, je préfère largement solliciter des personnes extérieures et moi mon rôle ça va être de, euh... euh... ben voilà, de passer la

commande, mais d'expliquer exactement ce que je veux, de manager quoi en gros, de manager, coordonner. Euh... puis, bon, participer évidemment, moi j'aime bien cette notion de coordination, de trouver les bons interlocuteurs, les bons intervenants, de leur faire passer le bon message pour que, enfin, voilà, quoi, de bien affiner la commande pour euh..., qu'ils répondent à mes besoins auprès des étudiants. Y'a toute cette partie-là.

9. **R** : Donc ça, ça concerne la partie gestion d'UE ?
10. **F2** : C'est euh..., voilà exactement, c'est ça, gestion d'UE, j'aime beaucoup solliciter les autres. Par exemple, à Mayotte j'avais 10 UE à gérer, dont les soins d'urgence que je ne maîtrisais pas. Cette année j'avais les soins palliatifs, j'ai un peu géré cette équipe-là à Mayotte. Par exemple, la cancérologie, je n'y connaissais rien, j'étais obligé de m'appuyer sur des personnes, donc le côté ingénierie, pour moi y'a vraiment un rôle de coordination et surtout de développement de réseau à monter quoi. Ça c'est une part importante, avec la programmation, euh... etc... donc monter les UE, c'est la grosse part du travail. Et puis, bien évidemment, le lien avec les étudiants, qui est absolument fondamentale.
11. **R** : C'est-à-dire ?
12. **F2** : Ben c'est euh..., le lien il se fait à l'IFSI donc dans le cadre des UE par exemple, si je prends mon expérience récente, j'ai beaucoup eu d'entretien informel avec les délégués, enfin les représentants de promotion pour, bien, pour comment dirai-je, faire le lien et affiner justement ce que j'avais programmé et puis réajuster quoi, au fil de l'eau, moi c'est les personnes ressources pour justement communiquer, ben voilà, d'être en adéquation avec les besoins des étudiants et puis pour réajuster, ben voilà, on programme beaucoup et on réajuste beaucoup aussi, je pense hein. Donc ... comme ici c'est de grosses promotions, euh, donc j'ai trouvé plus simple de travailler directement avec les représentants de promotion.
13. **R** : D'accord, là tu me parles toujours de la conduite d'UE c'est ça ?
14. **F2** : Ouais, là je suis toujours dans l'UE, ouais. Après y'a les autres domaines, y a quoi ? Y'a le suivi en stage qui est fondamental hein, oui. Euh... [hésitation] euh à adapter, moi je pense que c'est quelque chose de très personnalisé hein. A adapter en fonction du niveau de formation de l'étudiant, de la spécificité du service, euh..., et euh... voilà, donc moi, ma ligne de conduite par rapport à ça c'est de me rendre vraiment disponible auprès de l'étudiant donc euh... la posture que j'ai c'est vraiment d'être dans l'accompagnement, dans l'aide et pas dans le jugement auprès de l'étudiant, c'est le message que j'essaie de faire passer, même si, quand je vois que ça se passe pas, ben là je vais être plutôt cadrant, plutôt directif, ben si je vois qu'il y en a besoin, mais à la base, euh... le message que je fais passer c'est je suis là pour vous aider, donc ça parle à l'étudiant de participer, que ce soit quelque chose d'assez individualisé quoi, je tends vers ça.
15. **R** : Est-ce qu'il y a des choses qui te sont insatisfaisantes dans ta pratique ?
16. **F2** : J'ai pas beaucoup de recul, on va dire, mais moi l'idée du référent unique de stage, j'aime bien, parce que ça permet de créer du lien, de créer vraiment euh... enfin de co-construire avec les tuteurs avec les maîtres de stage un parcours de stage qui me semble cohérent, en tout cas qui me ressemble, je peux mettre ma petite touche perso quoi en gros, ça c'est pas mal. Dans les choses à améliorer, euh j'ai pas beaucoup de recul, je suis pas très critique pour l'instant, là je trouve que j'ai beaucoup de liberté, euh de manière générale, dans la pédagogie, en plus pour le suivi des étudiants en stage, y'a un guide de stage je trouve qui est vraiment bien. Comme, moi, je me suis bien appuyé là-dessus, je l'ai même présenté aux [étudiants de] première année euh, je le transmets aux tuteurs et maîtres de stage et j'aime bien ce support-là, c'est plutôt positif.
17. **R** : Tu as dit que tu as beaucoup de liberté, c'est-à-dire ?
18. **F2** : Ben, c'est-à-dire que j'ai pas une hiérarchie qui me dit tu dois faire ci, tu dois faire ça. Euh, je..., mes suivis pédagogiques, enfin mes suivis de stage, enfin, j'ai personne pour le moment qui est venu me voir en disant que c'est pas bien ce que tu fais, après j'essaie de rentrer dans, comment dirais-je, dans ce que demande l'institution en termes de traçabilité, euh, de répondre aux grandes lignes, mais, enfin je sens pas de regard directif, pour le moment on me fait absolument confiance, quoi.
19. **R** : Et quel regard tu portes sur cette liberté-là ?
20. **F2** : Ben, euh... moi ça me convient parfaitement, mais peut-être qu'il y a d'autres personnes, enfin, je constate qu'il y a beaucoup de personnes dans notre milieu qui aiment bien être dirigés. Moi, c'est pas toute à fait le contraire, mais c'est parce que j'ai, j'ai acquis une maturité professionnelle et ça requiert d'avoir, euh, d'avoir une grande matu..., enfin une, une maturité professionnelle et puis d'être une personne, euh, oui, une identité professionnelle qui soit déjà bien marquée, c'est le mot oui. La liberté, voilà, il faut avoir, si on veut l'utiliser à bon escient, il faut savoir où tu vas quoi, et c'est vrai que, euh, moi j'apprécie énormément hein.
21. **R** : D'accord, tu me parlais du rapport avec les étudiants en évoquant cette notion d'informelle. Est-ce que tu peux préciser ?
22. **F2** : Ben c'est-à-dire, euh... [hésitation], moi je suis quelqu'un qui construit beaucoup, qui anticipe beaucoup, donc j'essaie de construire et j'aime bien la part d'improvisation, en quelque sorte, la liberté elle s'exprime aussi

par rapport à ça, moi j'ai monté une UE.2.9<sup>59</sup> en utilisant, euh, l'existant évidemment, mais euh..., voilà, après je prends la température, je sens les étudiants un petit peu stressés, je rencontre les étudiants, est-ce que ça va, là j'ai 2 heures de TD, je savais pas trop quoi faire, est-ce que vous voulez qu'on fasse plutôt des CM, des évaluations blanches, c'est là-dessus que je les ai sollicité. Ou par exemple sur la 4.7<sup>60</sup>, sur les soins palliatifs, on a fait euh, comment dirai-je, j'allais constituer des groupes pour l'évaluation et au départ j'avais fait de manière très directive euh, je prends l'alphabet, etc..., et je me suis rendu compte que c'est une UE qui requiert un vrai travail en équipe, ça fait appel aux valeurs humaines fortes etc..., et j'ai changé de fusil d'épaule, je me suis dit, peut-être que je vais faire des groupes par affinité. Certains étudiants étaient venus me voir, donc j'ai convoqué, entre guillemet, les délégués pour m'aider à changer, euh, des modalités de constitution des groupes et c'est eux qui ont appuyé, en tout cas qui ont communiqué auprès des étudiants pour reconstituer les groupes par affinités, voilà, hum.

23. **R** : Euh, est-ce qu'on peut évoquer ta vision du suivi pédagogique ?

24. **F2** : Alors, euh, pour le moment, y'a plusieurs phases, y'a le suivi pédagogique collectif que j'ai déjà réalisé euh, ici même, et le suivi pédagogique individuel, bon en l'occurrence, en étant référent de la euh, de la première année, bon, on n'a pas trouvé la place pour faire du suivi pédagogique individuel avant le mois de février, fin janvier, je trouve ça un peu dommage, parce que bon, je trouve qu'en début de formation, c'est bien de recevoir les étudiants pour répondre un peu, à leur questionnement et puis les guider quand même. Sans parler d'orientation, mais en étant à leur écoute, ça aurait été pas..., là ça arrive un peu tardivement, après moi je, je suis quelqu'un qui m'adapte, donc je me dis, vois le bon côté des choses, je me dis, ce premier suivi pédagogique individuel, il viendra tard dans la formation, mais bon ça permettra de travailler sur de l'existant, sur du vécu et de pouvoir interagir avec de l'expérience qu'ils auront eue, donc pourquoi pas. Le suivi pédagogique de groupe, j'aime beaucoup aussi, là bon, ben, j'essaie vraiment de créer une dynamique de groupe, une dynamique d'entraide, moi je balance directement sur la table mes valeurs professionnelles et bon, ben, en l'occurrence ce que j'attends, moi des valeurs d'un futur soignant, et puis après j'essaie de construire une relation de confiance avec ce groupe, et puis, après c'est la même chose en individuel, moi je travaille sur la responsabilisation, sur les valeurs collectives, sur euh..., sur les valeurs professionnelles, qui sont très, très, fortes chez moi, qui peuvent me permettre, des fois, d'aller à l'encontre, pas de l'ordre établi, mais en tout cas de, de me confronter à la hiérarchie, je suis prêt à monter au créneau pour défendre ces valeurs-là, c'est quelque chose que j'essaie d'inculquer en tout cas, donc les valeurs professionnelles. A niveau infirmier c'est l'entraide, c'est le sens de la responsabilité, la rigueur, euh, bon enfin beaucoup de valeurs humaines quand même, j'avoue. Et donc, ben voilà, c'est créer une dynamique de groupe, ça c'est au niveau du collectif, et puis l'individuel c'est en personnalisant. Au début on fait un peu un état des lieux et puis après euh..., on accompagne, on réajuste, euh... en fonction de, j'allais dire, de l'étudiant, enfin, le but c'est aussi de les impliquer, c'est pas des monologues, pour moi c'est des futurs professionnels à court termes, qu'ils soient acteur quand même du dispositif, quand ils viennent me voir je leur accorde du temps, une grande disponibilité, mais il faut qu'il y ait un feed-back quoi, que eux ils apportent de la matière quoi, moi je suis là pour recadrer ou valoriser ce qui est bien pour tirer vers le haut en terme d'objectif. Donc le suivi, ben il y a toujours des objectifs derrière, hein, ça c'est le B-A BA de la pédago hein.

25. **R** : C'est-à-dire ?

26. **F2** : Ben, je, enfin, la cadre supérieure, elle m'a dit par exemple qu'ici il y a une méthodologie qui est pas mal pour le premier entretien de première année, j'ai pas encore fait, mais on fait le diagnostic pédagogique là, donc avec toute, euh, une méthodo, enfin avec une trame que je n'ai pas encore consulté, mais l'idée est là, enfin elle me plait bien, même si je me contredis en disant que j'aime bien personnaliser les choses, mais avec un outil quand même déjà qui est bien solide, avec un outil hyper-solide justement qui te permet après de prendre de la liberté pour partir sur quelque chose de plus individualisée, mais bien évidemment pour individualiser, la liberté, il faut avoir un socle solide à la base, ouais.

27. **R** : Là tu parles du diagnostic pédagogique ?

28. **F2** : Ouais, pour le diagnostic pédagogique, mais même pour tout. Euh, voilà, même si je sais pas forcément dans quelle direction ça va aller parce qu'il faut laisser justement cette libre pensée, mais il faut quand même un socle, euh, enfin une trame à la base quoi. Et puis répondre à des objectifs institutionnels, quand même quoi.

29. **R** : Est-ce que ces objectifs institutionnels te semblent clairs ?

30. **F2** : Oui, parce que, moi j'arrive vraiment à faire le lien avec la pédagogie et le terrain quoi, on reste quand même dans une formation assez professionnelle, même si moi j'aime beaucoup l'évolution universitaire, mais, euh, on

---

<sup>59</sup> Numéro de l'UE intitulé « Processus tumoraux » prévue au semestre 5 du programme de formation.

<sup>60</sup> Numéro de l'UE intitulé « Soins palliatifs et de fin de vie ».

veut quand même former des infirmiers de terrain. Donc moi forcément, je me sers vraiment de mon expérience, hum.

31. **R** : Est-ce qu'il y a des choses qui te paraissent difficiles ?
32. **F2** : Ben, euh... ben c'est de travailler tous ensemble quoi. Oui, ben voilà, moi ce qui me paraît difficile, c'est les messages paradoxaux qu'on va euh, qu'on va délivrer aux étudiants. C'est la chose que je trouve très contre-productif.
33. **R** : C'est-à-dire ?
34. **F2** : Ben moi, je vous dis ça et puis mon collègue il va vous dire autre chose et puis un autre collègue il va dire encore autre chose, euh, ou alors des choses, euh..., bon, on va essayer de ne pas nommer, euh, personne, mais... Par exemple, je faisais l'UE sur la chambre implantable, voilà, et donc il y a toujours un petit calcul de dose au début et les étudiants, en fait, j'avais la correction type, mais, à chaque fois, j'avais des résultats différents, mais avec un raisonnement qui était juste. Y'a des étudiants qui euh..., ils rajoutaient dans leurs calculs le principe actif et donc un formateur qui est référent d'une UE de... [hésitation, rire...] qui leur dit, à l'évaluation, vous devez tenir ce raisonnement là, mais par contre quand vous serez en service vous ferez le contraire, mais il dit si vous faites ce que vous faites dans le service lors de l'évaluation vous aurez zéro. Alors, moi je trouve que c'est des messages paradoxaux qu'on passe aux étudiants quoi, c'est pas pour balancer notre collègue, mais je trouve que c'est totalement improductif et totalement incohérent hein. Donc, moi, à partir du moment où le raisonnement est bon et qu'il n'y a pas de risque pour le patient, moi j'entends que, moi j'aurais tendance à accepter les deux résultats à partir du moment où le raisonnement est bon, puisque si c'est vraiment un produit sensible, on va prendre des pousses seringues électriques avec du matériel spécifique avec vraiment un « goutte à goutte » contrôlé. Mais que tu fasses du « 11,33 gouttes » à la minute ou du « 12 gouttes » par minute sur les perf's manuelles là, hein, c'est exactement la même chose. Donc, euh, bon voilà, c'est un exemple, mais ça va être aussi, bon. Moi, j'ai constaté ça ici, mais aussi à Mayotte, je vois les étudiants en stage, donc effectivement, on s'appuie tous sur la démarche de soins et c'est très bien parce que le raisonnement clinique, ben c'est la plus-value du métier d'infirmier, je pense qu'il faut appuyer et sur-appuyer la dessus et en fait euh, j'ai l'impression qu'on est tous différents nous les formateurs et qu'on n'a pas les mêmes attentes, en terme de démarche de soins et moi ben ça me gêne parce que, euh, je trouve qu'on n'est pas capable déjà de s'entendre nous-même sur ce qu'on attend d'un étudiant et ça se vérifie au séminaire auquel j'ai assisté en visio quand j'étais à Mayotte, Y'avais un groupe qui travaillait sur le raisonnement clinique et ils se bouffaient le nez même si, ben voilà, intellectualiser le truc alors que parfois il faut être un peu plus pragmatique, un peu plus simple quoi. Donc la difficulté, je trouve que, en formation, on est un peu trop intellectuel, que ça serait mieux de trouver des positions communes plutôt que de dire moi je suis plus intelligent que toi, moi je suis un tenant de ce pédagogue, je trouve que, au détriment de l'étudiant surtout quoi. Donc ce manque de cohérence par rapport à ce qu'on veut faire passer, ce qu'on veut transmettre en matière d'apprentissage quoi.
35. **R** : Manque de cohérence ? Il y a des messages contradictoires ?
36. **F2** : Oui, oui, oui... mais c'est évident ! On n'est pas capable, nous-même, d'avoir une harmonisation sur le raisonnement clinique par exemple, sur les attendus d'une démarche de soins par exemple. Et d'un formateur à un autre, euh, on, ben voilà on va passer des messages différents. Moi j'ai été voir une étudiante, et en plus les étudiants en jouent, moi j'ai été voir une étudiante de deuxième année, je l'ai trouvé complètement à la ramasse sur la démarche de soins, c'était catastrophique, et incompréhensible pour moi. Et en fait elle me dit, « ouais, mais euh.. », et du coup les étudiants, ils balancent sur les autres formateurs « non, mais la formatrice du sud elle me disait qu'il fallait faire ci comme ça et vous vous me dites le contraire », je dis ben je veux pas remettre en question ma collègue, après on a une éthique et essayer de se défendre entre nous. Bon, je pense que l'étudiante elle faisait exprès d'enfoncer le truc, mais néanmoins il y a toujours une part de vérité, c'est-à-dire, oui, ce serait bien qu'on ait, et donc ce qui pourrait améliorer les choses c'est ce fameux guide de stage.
37. **R** : Est-ce que ce guide permet d'atteindre cette cohérence, cette harmonisation ?
38. **F2** : ça y participe, mais pas complètement parce que, parce que, moi. Ben je sais pas, les premières années que j'ai été voir, et ben ils m'ont tous fait un truc différent, ce serait bien que, ben je sais pas, mais les démarches de soins et les recueils de données il faut un truc type quoi. Moi j'ai pas mis le nez dans le raisonnement clinique sur les UE, mais je pense qu'il faut des consensus, des trucs un peu formalisés pour le coup, là, hein. Ouais.
39. **R** : Donc ce qui est difficile c'est de travailler ensemble, c'est les messages paradoxaux et par rapport notamment au suivi en stage et le raisonnement clinique, c'est ça ?
40. **F2** : Ouais, ouais, ben oui... parce que, euh, parce que ça impacte les étudiants quoi. Et après c'est le lien aussi avec les tuteurs, les maîtres de stage. Par exemple, je vais en pneumo, avec le maître de stage on est sur la même longueur d'onde, les tutrices sont très disponibles, peut-être même un peu trop, c'est-à-dire il faudra que je revois un peu leur positionnement, je trouve trop maternant, mais bon, vaut mieux trop que pas assez. Et à côté de ça je

vais dans une maison de retraite où il n'y a jamais personne quand j'arrive, ben ça c'est pas terrible. Là du coup, je pourrais dire à l'étudiante de venir, ce serait la même chose. Le but d'aller en stage, c'est quand même de créer le lien avec les personnes et pour eux, c'est pas dans leurs façon de faire et là y'aura quelque chose à travailler, sur le lien. Encore une fois je ne veux pas me substituer aux maîtres de stage, mais c'est bien qu'on travaille ensemble quoi.

41. **R** : Est-ce qu'il y a des choses que tu aimerais faire différemment ?
42. **F2** : Ben, moi-même je pense que je ne suis pas facile non plus. Moi-même, ces discours paradoxaux, parce que moi-même j'ai besoin de beaucoup de liberté, et puis je vais dire, mais il faut des outils cadrants, etc. Je dirais avoir un maximum d'outils auxquels se référer quitte à se dire après ça m'emmerde tous ces outils et rendez-moi ma liberté, mais je trouve qu'ils ont quand même le mérite d'exister [rire].
43. **R** : Quels outils par exemple ?
44. **F2** : Ben des trames, euh comme des, ben, des protocoles un peu de travail, de pédagogie. Moi je te dis, j'aime bien le guide de stage, euh, comment dirais-je ? Euh, j'ai pas trop d'idée, mais, voilà, qui, ça va avec Qualiopi<sup>61</sup> d'ailleurs, ils veulent qu'on ait des choses pour s'y référer pour harmoniser notre manière de travailler, toujours chercher l'harmonisation et en préservant, j'allais dire, ce côté créatif que peuvent avoir certains formateurs. Et moi si on me contraint trop, ça va me freiner dans mon élan et je serai moins productif pour le coup.
45. **R** : Ok, est-ce qu'il y a des points que tu voudrais évoquer.
46. **F2** : Non..., juste... ouais, c'est ça, j'aime bien l'autonomie que j'ai. Quand la cadre sup est venue me chercher pour travailler à l'IFSI, on a un peu travaillé ensemble pour ma prise de poste, j'ai eu un tuilage hein, c'est le mot, d'un mois et demi avec elle où j'ai fait des visites de stage, elle a construit des UE avec moi, elle m'a transmis le service sanitaire euh, j'ai eu un accompagnement 5 étoiles à Mayotte. Et donc, moi je suis arrivé ici, euh, j'avoue que, bon, on a des logiciels communs comme PG, mais c'est vrai que si je n'avais pas cette expérience j'aurais pu être un peu largué, c'est pour ça que les outils sont indispensables, enfin c'est la condition pour pouvoir, entre guillemet, pour voler de ses propres ailes, s'élever. Mais il faut une base solide, et je trouve qu'on est mauvais en termes de partage de, de documents, les trucs Drive... je pense qu'un IFSI de cette dimension, je pense qu'on doit avoir un vrai logiciel de partage des documents, euh, enfin un truc pro quoi ! Là je suis encore, ça fait plusieurs fois que je demande à avoir accès au Drive partagé de l'IFSI et je ne l'ai toujours pas, donc c'est vrai que je cours un peu à droite à gauche pour avoir les renseignements, mais j'en fais mon affaire quoi. Mais, il faudrait vraiment une base de données qui soit bien cadrée. Il faut un truc fait pour ça, mais... moi je pense qu'on manque un peu de certains moyens pour tout ce qui est base de données, que ce soit pour les procédures ou le bases de cours.
47. **R** : Ok, est-ce qu'il y a autre chose ?
48. **F2** : Non, ça va, j'espère ne pas avoir été trop confus (rire).

### **Annexe 1.D : Entretien exploratoire formateur 3 (F3) (42 min – 81 tours de parole)**

1. **Ruddy (R)** : Merci à toi. Pour commencer, est-ce que tu peux me parler succinctement de ton parcours professionnel.
2. **F3** : Succinctement ! Diplômée infirmière de 2002 de l'IFSI de La Rochelle, puis j'ai eu un parcours très varié, tant au niveau géographique que d'activité des soins, donc, euh, beaucoup d'intérim, euh, beaucoup, euh, j'ai travaillé ensuite dans un service très polyvalent puisqu'il recevait le public en fonction de sa couverture, autant de la médecine, de la chirurgie que des soins palliatifs, donc c'était très varié. Après, en Guyane, j'étais en chirurgie gynéco et ORL-Ophtalmo, également varié. Et après je suis venu ici où j'ai travaillé 11 ans dans le secteur de l'oncologie, en chimio, ambulatoire, euh, avec un poste également sur les entretiens infirmiers dans le cadre du dispositif d'annonce. Et puis j'ai pris la responsabilité du service de chimio, puis du service de chimio et d'oncologie médicale, qui comprenait des lits de soins palliatifs également.
3. **R** : Donc, tu as eu une expérience de cadre en service, c'est ça ?
4. **F3** : Cadre, oui. Alors dans le privé, c'est dit différemment, mais on parle, de, voilà, oui j'étais cadre du service d'oncologie et de chimiothérapie, pendant 6 ans. Un service de 30 lits, plus la chimio ambulatoire.
5. **R** : Ok, et ensuite ?

---

<sup>61</sup> Certification qui vise à attester de la qualité du processus mis en œuvre au sein des organismes de formation et permet une plus grande lisibilité de l'offre de formation auprès des entreprises et des usagers.

6. **F3** : Et ensuite, je, euh, je suis parti de la clinique de mon plein gré, euh... puisque je voulais passer à autre chose en terme d'activité professionnelle, le management. Donc, j'ai quitté l'oncologie au bout de 11 ans, mentalement j'étais au bout de ce que je voulais faire et en matière de management j'étais à un tournant, à un questionnement de ma vie professionnelle, avec euh, soit je repartais dans les soins, soit je valorisais mon expérience de responsabilité. Et du coup, je me suis financé et je suis partie faire l'école des cadres qui était ici à la Réunion.
7. **R** : Et depuis l'école des cadres ?
8. **F3** : Depuis l'école des cadres, en 2017, j'ai postulé, puisqu'il y a eu un poste d'ouvert ici dans l'enseignement en IFSI, euh, et puis j'ai été recrutée.
9. **R** : Tu es donc formatrice en IFSI depuis 4 ans. Est-ce que devenir formatrice était un choix pour toi ?
10. **F3** : Ha..., euh..., au départ, c'était une envie de changement. Puisque je ne connaissais pas ce métier de formateur malgré un stage de 4 semaines, mais c'est pas suffisant pour comprendre ce métier. Ça a été un risque aussi, ça a été un choix en tout cas de prendre ce risque. Mais c'est vrai que le métier de cadre de santé a cet avantage de pouvoir s'orienter, tant dans le management que dans l'enseignement, même si pour moi ce sont des métiers avec des similarités, mais des métiers différents. Donc je voulais profiter de cette opportunité en postulant directement, et puis j'avais une envie de changement par rapport au rythme et à la charge de travail quand on est cadre de santé dans un service de soins.
11. **R** : Ok. Qu'est-ce qui t'apporte de la satisfaction dans ton métier de formatrice ?
12. **F3** : Hum... l'échange avec les étudiants, euh, quand j'arrive à voir l'étincelle dans leurs yeux (rire), c'est-à-dire quand j'arrive à ...utiliser le bon canal pour qu'ils puissent comprendre ce que je suis en train de leur dire. Ça c'est sur l'instant T, et puis ce qui me satisfait c'est de voir la progression de l'étudiant, et puis au final notre objectif c'est de le voir diplômé et de le voir opérationnel dans un service et de le voir satisfait d'être dans la profession. Et une troisième chose que me satisfait, euh..., c'est quand j'arrive à retrouver les valeurs soignantes que je plébiscite, chez les étudiants. Quand j'arrive à me dire qu'un étudiant, à me dire, celui-là, bon ben y'a toujours des axes d'amélioration, mais celui-là dans tel ou tel service ça va aller, ce sera un bon élément.
13. **R** : Quand tu arrives à voir l'étincelle, la progression, les valeurs soignantes... Est-ce que tu peux préciser ? En faisant quoi ? Toi ?
14. **F3** : En changeant ma méthode, euh, par exemple en TD pratique, euh... ouais, par exemple sur les prises de tension, je me souviens d'une étudiante, euh... on a fait un TD en groupe, je lui fais prendre la tension sur moi comme ça je pouvais vérifier ses chiffres, elle n'y arrivait pas. On a fait plusieurs méthodes et on n'y arrivait pas, et à la fin, en fait je me suis juste aperçue qu'elle n'arrivait pas à lire... les chiffres. Donc, en fait, c'est juste s'adapter, c'est décrypter un peu le fonctionnement de l'étudiant, son raisonnement et de voir là où ça coince.
15. **R** : Voir là où ça coince, c'est-à-dire identifier sa difficulté ...
16. **F3** : ... oui, c'est arriver à identifier sa difficulté. Et on peut prendre d'autres exemples. Par exemple méthodologique, dans le service quand on fait de l'accompagnement clinique, euh... dans les services. Euh, [cherche ses mots], ce qui... euh, on demande toujours aux étudiants de faire des liens [rire], sauf qu'ils ne savent pas comment faire, et euh... ben de tout décrypter au niveau du raisonnement, leur dire comment ils fonctionnent, leur dire qu'on ne peut pas faire des liens sans connaissance, sans expérience, et de leur donner du sens en fait. Donc, si je synthétise, euh, percevoir l'étincelle, c'est à la fois faire un diagnostic de leur difficulté et donner du sens à leur travail. De leur dire, voilà, on te demande de travailler de telle façon, voilà à quoi ça va te servir en pratique.
17. **R** : Donc, tu as donné l'exemple d'un TD en IFSI, d'un accompagnement clinique en stage avec le raisonnement clinique. Sur quoi tu t'appuies pour essayer de trouver cette étincelle ? Qu'est-ce qui te guide ?
18. **F3** : Euh..., alors. Euh... y'a pas de guide. Le premier mot qui m'est venu en tête quand tu m'as posé la question, c'est l'intuition.
19. **R** : C'est-à-dire ?
20. **F3** : Ben l'intuition... euh... mais qui s'appuie sur... euh. [Hésitations]. J'ai une intuition que je vais aller vérifier, par exemple sur cette étudiante-là sur la tension. Euh, j'ai essayé de voir ce qui coïncitait, donc j'ai essayé de poser des questions, mettre en place, des choses pour voir ce qui coïncitait, et je pense, en posant des questions, ça confirme ou pas l'intuition, euh, on pourrait se rapprocher de l'infirmière dans le service sur ce raisonnement, euh, mais non j'n'ai pas de guide en tout cas.
21. **R** : Alors, j'insiste, tu n'as pas de guide, mais tu sembles bien savoir ce que tu cherches et comment t'y prendre !
22. **F3** : [hésitations, réflexion] Ben, c'est-à-dire, moi je connais le résultat, je, quand je suis avec un étudiant, je connais les attendus. Quand je fais un cours, quand je fais un TD, je sais où je veux arriver. Je sais quel est mon objectif.
23. **R** : Comment est identifié l'objectif ?

24. **F3** : Euh, ben le référent d'UE, ou moi-même quand je fais le raisonnement clinique ou autre. Moi quand je fais un TD, je pose mes propres objectifs.
25. **R** : Tu poses tes propres objectifs.
26. **F3** : En suivant le ... euh..., le TD de demain, par exemple, j'ai des objectifs fixés par le référent d'UE, donc j'm'y tiens. Moi je suis juste une intervenante donc je dois me coller aux objectifs du référent d'UE. Mais du coup j'ai un attendu, je sais où je vais, et si je n'y arrive pas, je mesure un écart, euh... mais... euh.  
[Réflexion] En fait, si tu me demandes ce qui me guide pour agir comme je fais, je euh, je dirai l'expérience, l'intuition, l'expérience, et puis je m'appuie sur l'étudiant en fait. Je m'adapte à l'étudiant. Je sais pas si mes réponses sont assez concrètes.
27. **R** : Oui, oui.
28. **F3** : Ben, ce que j'ai tenté la semaine dernière avec Pascale<sup>62</sup> justement, euh, et du coup, on a discuté de la méthodologie que j'ai employé pour organiser le TD, elle m'a dit que moi je n'aurai pas été en capacité de m'adapter.
29. **R** : Pourquoi ?
30. **F3** : Ben parce qu'on avait normalement un mode opératoire et moi j'ai vite vu que c'était pas pertinent. Et du coup, j'ai modifié l'organisation du TD.
31. **R** : Et le mode opératoire, qui l'avait défini ?
32. **F3** : La formatrice référente de l'UE.
33. **R** : La référente d'UE.
34. **F3** : Donc, oui, là j'ai pris la liberté de ne pas suivre exactement ce qui était demandé.
35. **R** : D'accord, et qu'est-ce qui t'a guidé dans cette initiative ?
36. **F3** : Parce que... euh, j'ai trouvé que... euh... laisser travailler les étudiants pendant 1h30 sur les cinq scénettes sans leur faire de rétroaction, parce que j'aime bien ce mot-là, euh, euh... ils allaient utiliser la même façon de faire, même si on était là pour les guider, pendant les 5. J'me suis dit, d'une, ils perdraient de la motivation, et ils ne vont pas pouvoir réajuster entre les scénettes, s'améliorer, et du coup j'ai dit on en fait une, on met en commun, on en retravaille une autre, on remet en commun, ce qui fait qu'à chaque fois ils ont pu..., ils ont pu euh, s'améliorer sur leur méthodologie d'analyse. Et ça, Pascale, elle n'aurait pas pu le faire.
37. **R** : Et pourquoi ?
38. **F3** : Ben certainement parce qu'elle vient d'arriver et qu'elle n'a pas l'expérience. Euh... y'a une notion, je le dis un peu sur le ton de l'humour, quand je dis qu'on y va « au talent », euh, c'est de l'humour, mais, on y va à l'expérience. Parce qu'on est obligé, je trouve dans la pédagogie, de s'adapter, même si on a euh, des fiches de séquence de TD, euh... on a 4 heures avec les étudiants, on est obligé de s'adapter, s'adapter à leurs niveaux et à leurs difficultés.
39. **R** : Concrètement, qu'est-ce qui te tient à cœur dans ton travail ?
40. **F3** : [réflexion, hésitation...] Concrètement, qu'est-ce qui me tient à cœur dans mon travail ? La... euh... euh, je vais dire liberté en premier, mais, la liberté de, euh, d'organiser, la liberté de mettre sa propre tonalité, ma propre intention, dans les UE. On a un référentiel qui est très précis, on est obligé de suivre un référentiel, mais, euh, par contre, à l'intérieur de ces heures, on a une liberté de travailler avec les uns et les autres, de faire un focus sur euh... telle ou telle notion, et on a la liberté de séquencer comme on veut, de programmer, ben entre guillemets, comme con souhaiterai le faire.
41. **R** : Et ça t'apporte de la satisfaction ?
42. **F3** : Ben oui, parce que euh..., on voit bien que à chaque fois que quelqu'un reprend une UE, systématiquement, ben est-ce que tu as vu un formateur ici reprendre une UE sans la modifier ?
43. **R** : Bien, je te retourne la question [sourire].
44. **F3** : [rire] Donc, je réponds à la question. Je ne crois pas, euh, je pense qu'on a tous besoin de mettre de ce qu'on est dans ses UE.
45. **R** : Ok, tu me parles là de la construction des UE. Est-ce que ça peut concerner d'autres activités, cette liberté que tu évoques ?
46. **F3** : Ah ben oui, euh, le suivi pédagogique.
47. **R** : C'est-à-dire ?
48. **F3** : Euh, l'accompagnement des étudiants, euh... alors on va parler du groupe d'étudiants de suivi pédagogique. Je suis référente actuellement d'un groupe d'étudiants actuellement en deuxième année. Et au sein de cet accompagnement, on a euh... je parle de liberté encore... on a la liberté et aussi l'obligation d'avoir des postures variées. Le suivi pédagogique pour moi, c'est l'accompagnement pédagogique, ok, aider les étudiants dans leur

<sup>62</sup> Infirmière faisant fonction de formatrice ayant intégré l'IFSI depuis 3 mois

méthodologie, euh... et puis on peut être aussi coach, on peut être plus recadrant, on peut être psychologue, on peut être euh... accueil des pleurs, bureau des pleurs, on a un panel de posture différentes qu'on utilise au besoin de l'étudiant.

49. **R** : Et qu'est-ce qui guide ta posture ?

50. **F3** : Ben l'étudiant. C'est-à-dire la connaissance de l'étudiant je vais dire. Si je perçois qu'il est en difficulté, par exemple à l'extérieur, je vais un peu plus m'adapter, si euh, je euh... je m'aperçois que cet étudiant, ben il est pas en cours, mais en termes de posture il n'est pas adapté, là pour le coup, je vais être plus cadrant. Euh, en fonction du niveau de motivation, du niveau de son état émotionnel, euh, et au..., et à la demande aussi.

51. **R** : D'accord, est-ce que cette liberté tu peux la retrouver encore dans d'autres activités ?

52. **F3** : Dans l'accompagnement pédagogique en stage. Euh, même si c'est assez cadré pareil hein. On est dans un carcan, euh, alors après c'est peut-être aussi mon tempérament aussi. L'expérience et le tempérament fait que je prends un peu des libertés, mais euh..., de toute façon on n'a pas tous les mêmes façons de fonctionner, pas tous les mêmes façons de raisonner, euh pas tous les mêmes façons de, euh, de faire raisonner l'autre. Donc euh, l'accompagnement je le fais aussi à ma façon, je pense là aussi.

53. **R** : D'accord. Maintenant, est-ce que tu peux me parler de ce qui te semble insatisfaisant dans ta pratique ?

54. **F3** : Ben, quelques fois, le travail en équipe. Ben y'a deux minutes je disais qu'on avait tous des façons de fonctionner différemment et que, ben sur une promotion, euh, on a besoin d'être solide, en tout cas d'être solidaire, d'avoir des façons de fonctionner, des propos qui ne soient pas décalés des uns des autres. Donc ça c'est devant la promotion, mais derrière, le rouage de l'ingénierie pédagogique est tellement compliqué avec une promo de 120, que si on n'a pas tous la même façon de fonctionner ça se voit assez vite sur un planning, ça dysfonctionne assez vite. Et ceux qui en pâtissent ce sont les étudiants généralement.

55. **R** : C'est-à-dire ?

56. **F3** : Ben sur des problèmes de planning par exemple. Soit, ils vont pas avoir des cours qu'ils devraient avoir, soit ils vont avoir des plannings chargés alors que je pense que ça pourrait se faire différemment. Euh... et je pense que notre manque d'organisation a un impact en fait sur les étudiants. Chacun demande un travail à réaliser pendant le stage, et du coup ils se retrouvent avec beaucoup de travaux, euh, alors ça c'est pas grave qu'ils aient des travaux à réaliser, mais peut-être que ce soit anticipé. Alors, je vais passer à un deuxième niveau d'insatisfaction. Ben c'est personnel en fait. Dans cet IFSI, ça va beaucoup mieux qu'il y a quelques années, il y a un manque de cohésion, et là je parle au niveau de la promotion et je peux en parler parce que je suis coordo de cette promotion, avec des intentions... euh qui collaient beaucoup à ma personnalité, sur l'altruisme et la cohésion d'équipe. Donc j'avais envie que cette promotion, ben qu'elle soit comme ça, et ben en fait pas du tout. Ils sont dans la compétition, ils sont très individualistes, et du coup, ça, ça me..., c'est une insatisfaction parce que je pensais vraiment faire mieux et en fait, euh, c'est pas ça.

57. **R** : D'accord. Pour toi qu'est-ce qui pourrait être à améliorer ?

58. **F3** : Euh..., je dirais, le management. C'est-à-dire que quelqu'un distille des façons de faire. Alors quand je dis façons de faire, c'est pas sur la gestion d'UE ou autres hein, mais euh des choses simples, à faire et qu'on fasse tous la même chose, sur euh, les documents, la gestion documentaire. On a des Drives de promotion et y'en a pas un qui a le même non par exemple, c'est quand même des choses très simples à faire, mais qui simplifient la vie pour tout le monde. Gestion documentaire, nous au niveau des formateurs, on n'a pas de document intentionnel, alors que c'est des choses assez simples à faire. Euh... alors, je pense quand même au niveau du matériel ici, le matériel pédagogique, les mannequins, les micros qui grésillent, les visioconférences qui ne fonctionnent pas, les visioconférences qu'on n'a qu'un seul code pour 3 promos, qui sont bloquées à 100, euh, des choses simples, du matériel, des locaux. Euh, encore les locaux, c'est pas simple, je vais peut-être retirer ça, mais du matériel pédagogique quoi.

59. **R** : D'accord, et est-ce qu'il y a d'autres aspects qui pourraient être améliorés ?

60. **F3** : Euh, par exemple en stage, que le raisonnement clinique, euh soit..., euh, se rapproche de la pratique. Euh, l'IFSI, je trouve qu'on a une grande tendance à conscientiser les choses, à voir des, euh, des... un langage différent.

61. **R** : L'IFSI ?

62. **F3** : Ben les formateurs à l'IFSI. Ben tu vois par exemple, on parle de situation emblématique par exemple, ça c'est parce qu'il fallait absolument dissocier la situation prévalente de la situation emblématique... donc encore un... une utilisation d'un langage pour se dissocier de la pratique. Mais nous on forme des étudiants pour aller sur le terrain, mais en fait on forme des étudiants qui ne sont pas en capacités de travailler avec les outils du terrain que sont les transmissions ciblées notamment. Donc on dissocie le travail qu'on fait de raisonnement clinique, alors que... on ne les prépare pas suffisamment à être sur le terrain.

63. **R** : Et du coup, comment tu fais quand tu les accompagnes en stage ?

64. **F3** : Moi, je leur dis que je reviens de vacances, et que les étudiants partent en vacances, donc déjà je leur fais choisir là où ils partent en vacances, comme ça ils sont un instant sur une belle plage. Euh, et je leur demande de me faire des transmissions pour que je sois en capacité de m'occuper du patient. Donc je leur demande de faire une transmission d'entrée. Ce que je fais là je sais que d'autres formateurs le font puisque je l'ai piqué cette technique à une autre formatrice proche de la retraite. Et en fait j'étais allée avec elle en visite au début quand je suis arrivée. Et j'ai trouvé cette façon de faire intéressante, puisque on s'éloigne de l'écrit. Moi je dis aux étudiants, je m'en fiche que ce soit dactylographié, j'ai pas envie qu'ils passent 10h à faire de la littérature, c'est pas ça qui compte, ce qui compte c'est qu'ils aient une vision du patient et qu'ils soient en capacité de dire ben ce patient il a tel ou tel problème de santé, voilà comment il faut que je m'en occupe. Je ne veux pas qu'ils me fassent des paragraphes.
65. **R** : Pour quoi c'est important ça ?
66. **F3** : Alors, ben c'est des attendu quand même institutionnels... euh... quoique... euh... je... euh... Alors si quand même, c'est une attente institutionnelle parce que la feuille de traçabilité issue du guide de stage... euh, met en avant des points à traiter lorsqu'on est en accompagnement pédagogique. Et effectivement, on s'appuie quand même sur le guide de stage pour savoir combien de... de patients les étudiants doivent prendre en charge, quelles sont les compétences que les étudiants doivent développer en première, deuxième et troisième année, donc on a quand même un guide institutionnel. Sur l'ensemble des stages de la formation. Voilà.
67. **R** : Et tu te colles à ce guide institutionnel ?
68. **F3** : Ben, alors, par exemple il y a deux items sur la feuille de traçabilité que je coche systématiquement « non ». C'est-à-dire que sur la feuille de traçabilité, ils demandent à accompagner les étudiants sur un soin, sur une activité de soins, chose que je ne fais pas. Alors, plusieurs explications. Euh... moi j'estime que ma part du travail elle est sur un apport méthodologique, c'est-à-dire que je vais aider l'étudiant à construire..., sa façon de penser, sa façon de transmettre ses informations. Là par exemple, pour être dans le concret, avant qu'il m'explique, qu'il me présente un patient, je dis ok, mais avant quels items on va euh... on va dérouler. Donc je note, il a prévu de faire une présentation du patient. Et puis après on regarde si ce qu'il a déroulé ça correspond à ce qu'il pensait dérouler. Comme ça on, là pour le coup, je conscientise là ou ... là où c'est brouillon, les éléments qui reviennent tout le temps, mais c'est pas bien classé.
- Mais bon, voilà, pourquoi je ne fais pas les activités de soins ? Pour moi, je viens faire un apport méthodologique. Euh, je veux bien mettre la blouse pour aller dans les chambres, euh sauf qu'on ne rentre pas dans une chambre de service comme ça. Avant ça il faut se faire connaître de l'équipe, il faut que toute l'équipe puisse me visualiser, avoir confiance, et euh... pour que je puisse rentrer dans la chambre de patient. Je peux pas rentrer en plus sans être accompagnée d'un professionnel, ça c'est la deuxième chose. De trois, euh j'me pose la question, qui je suis pour me substituer à un infirmier sur la qualité de réalisation d'un acte de l'étudiant, sur l'évaluation de la qualité, est-ce que c'est pas plutôt l'infirmier qui est au quotidien dans le soin qui aura une meilleure évaluation ? Alors, moi euh, j'aurai une évaluation hein, de par l'expérience, euh... mais je sais pas, je me pose la question de la pertinence. Et puis, je passe déjà beaucoup de temps dans l'accompagnement, à ce moment-là il faudrait que je reste au moins 4 heures pour un étudiant.
69. **R** : Donc il y a un cadre institutionnel, que tu adaptes dans ta pratique de formatrice, c'est ça ?
70. **F3** : Oui, oui. [Silence]. Oui, en fonction de mes objectifs, je porte toujours une attention aux objectifs. Et c'est important que l'étudiant sache pourquoi on est là aussi, qu'est-ce qu'on vient faire ?
71. **R** : D'accord, d'après toi, qu'est qui pourrait améliorer la formation des étudiants ?
72. **F3** : Bonne question [Silence]. Euh, j'ai un mot qui me vient, euh « simplification ». Je te livre là sans filtre hein. Euh, ben je reviens à ce que je disais tout à l'heure, des fois je pense qu'on a tendance à complexifier les choses, nous en tant que formateur. D'intellectualiser, dans notre langage, dans... oui surtout dans notre langage. Donc peut-être faire venir plus de professionnels de santé... Oui, je trouve qu'on est trop éloignés de la pratique, on s'éloigne et dès fois on s'éloigne un peu volontairement.
73. **R** : C'est-à-dire ?
74. **F3** : Ben, par exemple dans le raisonnement clinique, on dissocie ce qui se fait à l'IFSI et en pratique, mais ce qu'on fait en pratique doit servir ce qu'on travaille à l'IFSI, et l'inverse également, on ne devrait pas autant dissocier. Alors, on s'améliore je pense, en tout cas on cherche à s'améliorer, mais, peut-être qu'en faisant participer plus d'infirmiers de pratique, on arriverait peut-être plus à simplifier les choses.
75. **R** : D'accord. Est-ce que tu aimerais rajouter des choses avant de terminer ?
76. **F3** : [Silence] Je réfléchis deux minutes. Je vais mettre des gros mots peut-être, euh, qu'on accepte la progression de l'étudiant. C'est-à-dire je pense qu'un infirmier quand il est tout juste diplômé, il est tout juste diplômé hein, il n'est pas expert, hein.
77. **R** : Qu'est-ce que tu veux dire là ?

78. **F3** : Ben peut-être qu'en terme d'exigence, il faudrait euh, ça c'est quelque chose à discuter entre formateurs, mais, euh on a tous des niveaux d'exigence différents, des attendus différents sur ce que doit être l'étudiant infirmier, sur ce que doit être également un infirmier, on a tous des visions du soin, euh, qui sont, et des pratiques différentes. Donc c'est compliqué de s'harmoniser sur ça. Mais dans notre métier de formateur on a des exigences différentes. Chacun a des exigences différentes. Euh..., je le vois bien sur les attendus, sur les accompagnements en stage, certains formateurs ont des exigences trop élevées pour les étudiants. Je sais pas s'il y a une peur que les étudiants ne travaillent pas, mais en tout cas on leur donne beaucoup de travail à réaliser. Alors que normalement, on est en formation adulte. Mais... voilà, peut-être l'axe de progression c'est de plus discuter. Il faut donner du sens, voilà, échanger ensemble sur ce qu'on a envie de faire de cette formation.
79. **R** : Et d'après toi qu'est-ce qui pourrait aider à harmoniser ces niveaux d'exigence entre formateurs ?
80. **F3** : Le partage. Le partage de notre travail. Par exemple de présenter nos projets d'UE, par exemple présenter sur les soins relationnels, voilà ce que je fais. Moi sur la santé publique, voilà ce que je fais. Euh, j'ai invité l'année dernière les formateurs à voir la conclusion du service sanitaire, personne n'est venu. On est encore très cloisonnés. Donc un décloisonnement et un partage d'expérience.
81. **R** : Je te remercie. On va pouvoir s'arrêter là. Merci beaucoup.

### Annexe 1.E : Entretien exploratoire formateur 4 (F4) (34 min – 54 tours de parole)

1. **Ruddy (R)** : D'abord, est-ce que tu peux succinctement me parler de ton parcours professionnel ?
2. **F4** : Euh, donc je suis diplômé infirmier depuis décembre 2000. Ensuite j'ai travaillé environ 4 ans - 5 ans en SSR<sup>63</sup>, au bout de ce temps-là de parcours professionnel, j'ai décidé de faire l'école des cadres, donc je suis allé à l'école des cadres en 2006/2007. Euh, quand je suis revenu, donc y'avait pas de poste de cadre de disponible donc je suis retourné en tant qu'infirmier dans un service de soins qui était l'USLD<sup>64</sup> où j'ai travaillé 1 an et demi, et à partir de là, donc j'ai, je, j'ai rejoint l'équipe pédagogique de l'IFSI puisque j'encadrais des étudiants, donc c'est comme ça que je suis arrivé à l'IFSI, et je suis à l'IFSI donc depuis 2009.
3. **R** : Ça fera donc 12 ans. Très bien. Est-ce que tu peux me parler de ce choix de venir à l'IFSI ?
4. **F4** : Alors au départ, mon projet, c'était pour devenir manager dans un service de médecine. Entre temps, donc une année s'est écoulée et mon établissement support, donc, avait recruté une nouvelle cadre qui était sur le poste qui m'était destiné. Donc du coup, je me retrouve sans poste, euh, je cherchais une opportunité, mais bon j'étais quand même tributaire de mon établissement puisque je devais rendre un certain nombre d'années à mon établissement. Et, il se trouve que j'aimais bien encadrer les étudiants. Et je rencontre à l'époque un cadre de santé formateur qui semble me voir des compétences là-dedans et qui me dit ben si ça m'intéresse, ben y'a telle ou telle opportunité. Donc, je choisis cette opportunité-là, je me dis ce sera toujours une expérience, le temps d'aller ensuite vers du management. Donc ça fait 12 ans que ça dure, ben voilà. C'est un choix personnel, ouais, que je ne regrette pas, ouais.
5. **R** : Est-ce que tu peux me parler de tes principales activités en tant que formateur ?
6. **F4** : Euh, en tant que formateur, donc euh, je commencerai par le suivi pédagogique des étudiants, qui me prend quand même, pas mal de temps. Euh... suivi pédagogique, c'est coaching, euh accompagnement, euh, un peu de social aussi, ben voilà, ouais..., un peu de coaching quand même.
7. **R** : C'est-à-dire ?
8. **F4** : Ben, certains, ils ont besoin d'être euh, pas motivés, mais, euh de modéliser un peu comme si on était en sport pour tirer le meilleur d'eux même. Ils ont les capacités, mais ils ne savent pas trop comment, bon ils sont encore jeunes, je dirais 18 ans, et ils ont encore besoin de, de, d'être poussés un p'tit peu, ben voilà, l'idée de coach quoi, moi je vois plus mon rôle en tant que référent pédagogique comme du coaching, ou de l'accompagnement, mais pas que formateur, pas qu'en terme d'apprendre des choses aux étudiants, moi je vois pas mon rôle que comme ça. Après ben il y a la gestion des UE, donc je gère les UE de raisonnement clinique, des Unités Intégratives, euh, mais j'ai fait aussi d'autres UE hein, puisque quand je suis arrivé ici j'ai fait tout le programme de la première à la troisième année, donc j'ai pu avoir en responsabilités des UE de processus aussi, des UE transversales, euh, ben sur le raisonnement clinique notamment, sur de la pharmaco, voilà un p'tit peu

<sup>63</sup> L'activité de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) a pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion.

<sup>64</sup> Unité de soins de longue durée.

de tout. Ben, après y'a l'accompagnement en stage des étudiants. Ça fait un peu parti d'un suivi pédagogique. Euh, y'a aussi la représentation ben de l'institut et de l'établissement support, le CHU, dans différentes réunions, commission..., donc je fais partie pendant un certain nombre d'années, pendant au moins 6 à 7 ans, de la commission de soins. Euh, j'aimais bien parce qu'on partage la politique de l'établissement au sein de ces réunions-là, donc ça nous permet de retransférer un peu les informations, de ramener un peu ces informations là au niveau de l'IFSI. Euh... voilà hein un peu les missions de manière générales.

9. **R** : Euh, suivi pédagogique, gestion d'UE, accompagnement en stage, et puis fonction de représentation.
10. **F4** : Oui, voilà, ouais.
11. **R** : D'accord. Parle-moi de ce qui te tient à cœur.
12. **F4** : Ben, y'a deux fonctions principales. Le métier de formateur en lui-même, parce que partager des savoirs, c'est pas apporter, c'est partager des savoirs avec les étudiants. Ce qu'on apporte, mais ils nous apportent aussi des choses, donc ça c'est la partie la plus intéressante, je dirais centrale. Et, après ben la deuxième partie reste le suivi pédagogique, puisque ce qui est intéressant dans le suivi, on a un p'tit jeune de 17-18 ans qui arrive, qui ne connaît rien à la profession, du moins peu de choses, et avec lequel, on va lui permettre de se construire et l'amener à être un futur professionnel de santé, un infirmier, et euh, donc ça c'est très intéressant. J'ai eu déjà l'opportunité de travailler avec une promotion de la première à la troisième année, mais on voit vraiment cette évolution-là, c'est vraiment un plaisir de voir la progression de chaque étudiant, même s'ils avancent tous à leur rythme, et c'est ce qui fait la richesse de ce métier et c'est ça qui est intéressant.
13. **R** : Donc, suivi pédagogique, tu m'as parlé de coaching. Qu'est qui construit cette vision du suivi pédagogique là ?
14. **F4** : Ben, je pense qu'il y a eu le suivi que moi j'ai eu quand j'étais étudiant, je le reconnais aujourd'hui, j'ai eu de bons formateurs, je dirais comme ça. Y'a des personnes, je me souviens des formateurs et formatrices que j'ai eu, qui étaient proche des étudiants, qui étaient là pour nous tirer vers le haut, donc je pense qu'ils avaient des valeurs de bienveillance, d'empathie et voilà, tout en restant professionnels, voilà c'est tout ça, ouais, je pense que j'ai pu modéliser déjà sur ce que eux ont pu m'apporter, euh après euh, euh, je pense aussi, enfin moi c'est ma vision de choses, d'être dans le partage et dans l'accompagnement des étudiants, dans le coaching parce que je peux pas faire des choses sans impliquer l'étudiant dedans, pour moi c'est une façon d'impliquer l'étudiant dedans. C'est le modèle que moi je veux amener, puisque si je veux lui imposer des choses, ben ça peut pas marcher. Pour moi, bon, j'ai eu la chance d'avoir fait une licence en science de l'éducation et j'ai appris ce qu'ils appellent le modèle allostérique à l'époque, en fait il faut qu'on considère l'étudiant. Ce que tu vois c'est le haut de l'iceberg, et en dessous de l'iceberg il y a une grosse partie, et donc on est obligé de conjuguer tout ça ensemble, et donc notre vraie plus-value en tant que formateur c'est d'aller chercher le bas justement, le haut est peut-être beau, mais en dessous, des fois, c'est des étudiants qui sont stressés, qui ont beaucoup de difficultés sociales, familiales et tout ça et c'est un modèle très intéressant. Voilà c'est sur ça que je m'appuie quoi.
15. **R** : Euh, est-ce qu'il a des choses, des éléments institutionnels qui guident ton suivi pédagogique ?
16. **F4** : Oui, ou au niveau institutionnel, on a une procédure, on a ... comment dire, on a un projet, euh, qui guide un peu tout ça, mais après ce projet, bon... il a le mérite d'exister, ça me permet de cadrer certains éléments, mais dans le faire, je pense que ça dépend de chacun, je pense que vraiment ça dépend de notre parcours, ça dépend de notre vécu, de notre représentation et de comment on perçoit les choses. Y'aura toujours, dans notre travail, une part qui nous appartient. Donc, oui, institutionnellement ça nous aide dans la structuration, dans la méthode, mais dans la façon d'amener les choses, je pense que chacun amène un peu en fonction de son regard, de son expérience et de son vécu. Mouais, moi je pense ça.
17. **R** : Tu dirais que chacun personnalise...
18. **F4** : ... chacun personnalise ensuite son suivi pédagogique. C'est normal, on a tous un vécu et une orientation différente, donc, et puis notre vécu, ben c'est ce qui conditionne un peu ce qu'on est aujourd'hui, donc c'est obligé qu'on adapte comme ça. C'est comme un cours, réaliser un cours, on peut très bien prendre un truc et le lire pendant une heure, on a réalisé notre cours, mais est-ce que, euh, on est obligé tous de faire comme ça, non certains vont faire différemment, aller vers plus d'interactivité, en fait construire le cours avec l'étudiant. Au final, chacun, c'est en fonction de son modèle, s'il a appris à faire comme ça, c'est sûr qu'il va faire son cours juste en lisant les choses, moi c'est pas comme ça ce que j'aime, je préfère l'interactivité, la partage avec l'étudiant, c'est pour ça que je parle du partage de connaissances.
19. **R** : Une manière d'individualiser. Tu as parlé des cours, tu as parlé du suivi pédagogique. Est-ce qu'il y a d'autres domaines qui peuvent...
20. **F4** : ... euh... oui, même en accompagnement en stage, même, euh. Par exemple, on faisait des suivis de travaux de fin d'étude des étudiants. Et puis, ça m'arrive de faire, pas de l'ingérence, mais d'aller vers des étudiants qui ne sont pas les miens, mais pour autant, faire ce que je fais avec les miens. Pourquoi ? Parce que je pense que

c'est une continuité et que certains sont demandeurs. Donc l'étudiant, il est en train de se construire, les plus âgés ne vont pas tellement modéliser, mais, encore que, mais les plus jeunes ont besoin d'avoir ces modèles.

21. **R** : Et tu allais me dire que c'est un peu pareil pour l'accompagnement en stage ?
22. **F4** : Ouais, ben l'accompagnement en stage. Ben, l'étudiant, imaginons, il a telle ou telle difficulté, euh, je sais pas, bon. En soins, tout se passe très bien, il a la technique, par contre au raisonnement clinique ben il est un peu à la ramasse, il comprend pas ce qu'il fait, il n'a pas les connaissances. Ben je vais reprendre avec lui qu'est ce qui fait défaut, on reprend avec lui pour retravailler dessus.
23. **R** : « On », c'est qui ?
24. **F4** : Alors, « nous » devrions, nous les formateurs.
25. **R** : Et toi, qu'est-ce qui te guide dans cette démarche d'accompagnement en stage.
26. **F4** : Ben ce qui me guide, c'est de voir un peu, déjà, est-ce que l'étudiant il a compris ce qu'il faisait là, est-ce qu'il a compris, en tant qu'étudiant infirmier, demain il devra, euh, donner des soins infirmiers, mais pas que, donc prendre soins des patients, avoir une bonne posture, doit c'est un professionnel en devenir, c'est ça qui guide, c'est ma motivation, je veux arriver à faire en sorte qu'il soit un bon professionnel demain, mais, quand même, parfois, je vais pas tout le temps aller dans ce sens-là si je vois que l'étudiant n'est pas capable d'y arriver. Mon rôle va être aussi peut-être de le ramener sur terre, entre guillemet, en lui faisant comprendre qu'il a choisi cette voie, je sens qu'il est motivé, mais il n'en n'a pas les capacités, et ça c'est une grande difficulté par contre.
27. **R** : D'accord, et est-ce qu'il y a un cadre qui règle ton travail dans l'accompagnement en stage par exemple ?
28. **F4** : Alors, euh, oui, on a le guide d'accompagnement en stage des étudiants qui fixe un peu des règles pour l'étudiant et le tuteur. Après, euh, mon expérience et puis on a des comptes rendus de réunion qui fixent un p'tit peu le cadre dans lequel on devrait, euh, accompagner un étudiant. Donc en règle générale, on a aussi la trame de l'accompagnement en stage, sur laquelle on a toute la traçabilité de ce qu'il y a à faire. Et j'avoue que, depuis quelques temps je suis cette trame. Pourquoi ? Parce que je n'ai pas retrouvé vraiment, euh, de document écrit qui précise vraiment comment on devrait accompagner un étudiant en stage dans l'idéal, dans l'idéal je parle. Parce que on devrait avoir au moins ça, que... quand on arrive, qu'est qu'on regarde, qu'est-ce qu'on lui demande, vers quoi on va ? Euh, j'ai des collègues, par exemple, on en discutait y'a pas longtemps, ils font des accompagnements en stage, ils font un soin, ensuite ils débriefent du soin, et tout ça. Euh, moi par exemple, sur les soins, ben si j'arrive, et l'étudiant est en train de faire un soin, ben oui, je vais le voir et ça va me permettre de débriefer. Mais s'il n'est pas en train de faire un soin, il m'attend et on se voit directement, je vais pas aller voir un soin, je vais parler d'autres choses et je vais suivre la trame du compte rendu d'accompagnement en stage.
29. **R** : Mais, si je me troupe pas, dans cette trame il y a : « voir un soin ».
30. **F4** : Alors il y a voir un soin effectivement, sauf que je trouve que, euh, là pareil, je vais demander à l'étudiant d'aller faire quelque chose où je vais générer chez lui un stress, euh, il va se sentir encore une fois comme dans une forme d'évaluation, même si je veux mettre le cadre que je veux, euh j'arrive à un moment donné T dans sa planification, donc si je tiens compte de sa planification, je vais pas lui demander ça, je vais juste lui dire qu'est-ce qu'il a fait comme soin et je vais prendre en exemple, et dans ce soin-là, qu'est-ce qu'il a retenu, voilà je vais travailler sur la même méthode sans obligatoirement avoir vu le soin. Parce que le principe, c'est pas d'aller voir un soin. Moi le soin je le connais, et voir faire aussi, pourquoi pas, mais est-ce que c'est ça le vrai travail ou est-ce que c'est plus de faire réfléchir l'étudiant sur quelles sont toutes ses connaissances, et tout ce qu'il doit mobiliser dans la réalisation d'un soin. Je pense que même sans avoir vu on peut travailler dessus quand même. Parce que lui il l'a fait. Et puis, quelques fois on a les tuteurs, et les tuteurs rebondissent aussi là-dessus, oui, il a vu ça, euh voilà. Y'a un vrai partage, un vrai échange, sans obligation... donc du coup sur cette partie-là, je lui pose des questions sur quels sont tous les soins qu'il a pu rencontrer, et je prends un soin en particulier, le soin le plus complexe, pour voir s'il a compris ce qu'il a réalisé quand il l'a réalisé. Pourquoi il a fait ce soin ? Et donc on débriefe après là-dessus, voilà.
31. **R** : Quels aspects de ce métier t'apportent le plus de satisfaction ?
32. **F4** : Euh, l'aspect du métier qui m'apporte le plus de satisfaction. Ah, je, euh..., comme dire ça, je suis un formateur, que je qualifierais d'assez relationnel, donc je pense que c'est le côté relationnel. Relationnel, tant avec l'étudiant, les professionnels, les collègues. Je pense que si je faisais ça tout seul dans mon coin sans relationnel avec les autres, ça n'aurait pas été intéressant. Pas aussi intéressant en tout cas, c'est le relationnel, le partage, le lien avec les différents partenaires, avec les étudiants, oui, c'est plus ça.
33. **R** : D'accord. Et qu'est-ce qui te semble difficile dans ce travail ?
34. **F4** : Je dirais que le plus compliqué, moi je dis, c'est concilier les contraintes institutionnelles, avec le temps qui nous est imparti. Et clairement, une des contraintes pour moi c'est la traçabilité. Parce que j'n'aime pas ça, et ça demande du temps, les outils sont performants, mais pas toujours adaptés. Je prends PG, c'est un très bon outil,

mais comme il n'fonctionne pas toujours très bien. On ne l'a pas toujours à distance, que ça représente un frein, donc le côté administratif, la traçabilité, pour moi c'est une contrainte que j'apprécie pas trop.

**R** : Et concernant le travail en équipe ?

35. **F4** : Hum, ouais, de manière générale ça va. Comme je suis assez franc du collier, de toute façon, ça passe ou ça casse hein, moi je vais pas mentir la dessus. Oui, des fois ça chamaille, mais ça fait partie du travail, on ne peut pas toujours être d'accord, on peut avoir des idées différentes, et il faut l'accepter. Après, par contre, moi j'aime bien que quand on a pris une décision dans le sens commun, de manière générale, qu'on s'y tienne. On revient plus constamment sur ce qui a été décidé, parce que je trouve que ça, ça fait perdre du temps, ben à chacun d'entre nous et notamment aussi aux étudiants aussi après. Alors, je n'dis pas qu'il faut rester fermé sur d'autres propositions, faire évoluer, mais si on fait ça tout le temps, à un moment donné on s'épuise. Dans le métier qu'on fait et au vu des contraintes, faire trop de changements à un moment donné... on n'a pas le temps d'évaluer ce qu'on est en train de faire. On a connu ça dernièrement, depuis 3 ans, on change tout le temps d'organisation, à un moment donné c'est pas bien quoi. Après le travail en équipe reste le travail en équipe hein ! Voilà, faut accepter les qualités, les défauts de chacun, les miens en premier d'ailleurs, et après ça passe, voilà.

Regarde par exemple, sur le raisonnement clinique. Je pense que, pour moi, on pourra l'enseigner de la façon qu'on voudra, en respectant à la lettre ce qui est écrit dans les livres, on sera jamais satisfait, il y aura toujours un qui va toujours vouloir pas faire comme un autre, parce qu'il s'y retrouve pas, parce qu'il n'a pas compris ci, parce qu'il n'a pas compris ça. Ben c'est le jeu hein, c'est le jeu. Voilà, et donc il faut qu'on accepte du coup, que si nous on n'est pas d'accord avec ça, ben que l'étudiant aussi, ne comprenne pas où est-ce qu'on veut l'amener.

36. **R** : C'est normal que l'étudiant ne comprenne pas où-est-ce qu'on veut l'amener ?

37. **F4** : Alors, non c'est pas normal, il faut qu'on accepte que, du coup, il va falloir qu'on change notre regard. Par contre c'est là où c'est compliqué. Du coup, ça on peut faire dans un accompagnement en suivi pédagogique, mais on ne peut pas faire en CM par exemple. On n'a pas cette capacité, euh, de temps pour s'adapter aux 120 étudiants, moi j'ai pas cette capacité. Mais bon c'est compliqué. De toute façon, c'est ce que je dis aux étudiants, euh, parce que quand je suis arrivé en 2009. On me disait, ouais ben le raisonnement clinique, ben il faut le maîtriser dès qu'on a le diplôme et après c'est bon. Et, j'ai fait la remarque aux étudiants, que même lorsque vous allez être diplômés, il vous faudra du temps, sur le terrain, parce que même avec le diplôme, on a une base, mais on n'a pas encore tout compris, il faut la pratiquer pour lui donner du sens, et il faut déjà 3, 4 parfois 5 ans à certains pour comprendre où est-ce qu'on voulait les amener, donc il faut qu'on accepte ça aussi. Ça il faut qu'on l'accepte. Ben en tout cas, c'est ma vision des choses.

38. **R** : Et, est-ce qu'il faut aussi qu'on accepte l'idée que chacun ait sa propre vision du raisonnement clinique ?

39. **F4** : Tout à fait ! Euh..., alors, chacun peut avoir sa propre vision, mais après nous, notre difficulté, c'est là où on est un peu, euh... comment dire, on doit quand même enseigner selon un modèle ou une façon de faire pour guider les étudiants au mieux. Donc, du coup, si des formateurs ne se retrouvent pas dans le modèle qu'on a enseigné, ben du coup, c'est logique que lui remettent en question, je suis capable de comprendre. Mais, moi ce qui me pose problème, c'est que je lui dis pas que mon modèle prévaut par rapport à ce que lui pense, mais je veux juste lui faire comprendre que, moi j'ai enseigné ça, à lui d'essayer de reprendre et de dire, oui il y a ça, mais y'a aussi d'autres modèles, parce que moi le sien, peut-être que je ne le connais pas, je ne le maîtrise pas. Donc c'est ça qui est le plus intéressant c'est d'être dans le partage d'expérience pour la construction de l'étudiant, et après, bon, des fois, j'ai des partis pris. Quand je vois que l'école de Belgique continue avec Virginia Henderson, ici y'en a qui dit que Virginia Henderson c'est dépassé. C'est dépassé peut-être, mais... j'ai pas trouvé de meilleur outil de recueil de données pour l'instant, en tout cas. Quand je vois les écoles de Belgique, avec le niveau qu'ils ont, ben je me dis qu'ils utilisent ce modèle là et ils y arrivent, pourquoi nous, on ne devrait pas y arriver ? Peut-être nous, notre approche, euh, voilà...

40. **R** : Qu'est-ce que tu aimerais faire différemment ?

41. **F4** : Hum, faire différemment. Euh, peut-être sur les méthodes pédagogiques, avoir des méthodes pédagogiques un peu plus novatrices. Ça c'est vrai que j'ai encore du mal à me mettre dans le moule, pas dans le moule, mais, euh, à être dans *le move*, comme diraient les jeunes. Être plus ouvert sur les outils apprenants, je pense que ça viendra, parce que je pense qu'on y sera amené au regard de ce qu'a amené la crise sanitaire, euh, sur les outils, sur la façon de gérer le cours, ça j'essaie de faire différemment depuis 2 ou 3 ans, d'être moins sur mon support et de dérouler, par exemple 2 heures ou 4 heures de cours sans regarder le support. Pourquoi, parce que, quand on devient, entre guillemets, expert dans un certain domaine, on n'a plus besoin d'avoir des supports pour réaliser le cours, on sait où on va, où on veut amener les étudiants. Mais avec les nouveaux outils, il faut réadapter tout ça. Et je pense que les nouveaux outils, ça peut jouer sur l'interactivité, sur l'attention des étudiants, donc euh

ramener de l'attention. Parce que parler pendant 30 ou 40 minutes, l'attention baisse. Euh, et puis voilà, c'est plus travailler là-dessus. C'est un des trucs qu'il va falloir que je travaille dans les années à venir.

42. **R** : Pour quoi ça te semble important ça ?

43. **F4** : Ben... parce qu'en termes de qualité de l'enseignement..., euh, les étudiants évoluent, qu'on le veuille ou pas, si nous on reste bloqués sur nos méthodes, eux ils vont avancer. Parce qu'ils sont plus aguerris sur les outils informatiques que nous. Je dis pas tous les outils, mais beaucoup. Les enseignements qu'ils ont reçus dans les autres établissements, ils y viennent, donc nous il va falloir qu'on y vienne aussi. Et du coup, ça m'amène aussi à dire, pourquoi j'aimerais bien aller là-dessus ? Parce que je pense que j'y prendrais beaucoup plus de plaisir. Parce que plus y'a de l'interactivité, je l'ai dit au départ, pour moi l'enseignement, c'est un partage de connaissance. Donc comment partager si moi j'apporte et puis j'ai rien en retour, donc il faut que j'ai des outils qui me permettent d'échanger, de partager beaucoup plus avec les étudiants.

44. **R** : Et, concrètement, qu'est-ce qui pourrait améliorer la formation des étudiants ?

45. **F4** : Je pense que, en fait cette formation, elle est très cadrée, y'a un référentiel normé. Maintenant, je pense que, malgré ces normes, je pense qu'il faudrait qu'on ait un peu plus de marge de manœuvre dans la façon d'amener les cours et de laisser les étudiants, euh, enfin, c'est mieux, euh, organiser les choses, dans le sens où ils ont le temps d'apprendre et, comment dire, il faut qu'on arrête de penser que notre rôle à nous c'est d'apporter un savoir aux étudiants, il faut qu'on amène l'étudiant à construire son savoir à partir de méthodes. Nous, on apporte des choses, mais lui-même construit son savoir. Moi je pense qu'il faut qu'on améliore ça. Après, dans le dispositif quand même, c'est normé oui, mais euh, à nous aussi de voir, comment dans le dispositif, faire apprendre les étudiants, avec ce qu'on a. Je pense que, des fois, on demande trop de choses aux étudiants, on leur demande énormément de trucs, mais on oublie quoi en fait ? Derrière chaque étudiant, y'a de la famille, y'a des choses à faire, on apprend déjà aux étudiants à morfler, entre guillemet, dans la formation, plutôt que de prendre plaisir à ce qu'ils sont en train de faire. Donc, c'est pas top, ça c'est un des points qui m'interrogent aujourd'hui, oui. Je sais pas si j'ai répondu à ta question.

46. **R** : Oui, oui. C'est clair. Euh, est-ce que tu te sens à l'aise dans ton travail ?

47. **F4** : Oh oui, oui, je construis les outils qu'il faut. Les horaires, je les adapte en fonction des besoins comme je veux, ça c'est un des avantages qu'on a en tant que cadre, on a quand même une souplesse de travail. Oui, je pense être à l'aise. Après, euh, ...

48. **R** : Cette souplesse se traduit dans les horaires ?

49. **F4** : Oui, dans les horaires. Mais pas que dans les horaires, euh, ça peut être aussi sur le contenu, dans la façon d'aborder les choses. Mais, y'a une souplesse qu'on peut avoir dans l'approche des thèmes et des contenus, mais on est quand même contraints sur le nombre d'heures et sur des thèmes à aborder. On ne peut pas non plus faire ce qu'on veut. Par exemple, si on a tant d'heures de CM et tant d'heures de TD, on doit quand même se conformer. Parfois, on peut quand même glisser un p'tit peu du TD en CM et inversement, mais on doit le faire de manière minimale par que on est contraint par ce référentiel-là. On n'a pas non plus beaucoup de marge de manœuvre. Et après, comme on fait des comités de lecture ou des présentations d'UE, donc on est aussi soumis à un contrôle de la part de la Direction, donc ben voilà, si ça n'colle pas on peut se faire taper sur les doigts, donc on est obligés, quand même, de se conformer un peu à ça.

50. **R** : Un peu...

51. **F4** : Un peu quand même, oui un peu quand même, voilà !

52. **R** : Tu estimes que tu as quand même une marge de manœuvre en tant que formateur ?

53. **F4** : Oui, oui, j'ai une marge de manœuvre. Parce que je peux faire intervenir qui je veux, dans le sens professionnel, bon qui correspond bien sûr au thème. Euh, je peux, euh, comment dire, décliner les CM et les TD sur un rythme qui me convienne moi aussi et qui convienne aux intervenants. Euh, oui, j'ai quand même une marge de manœuvre, ça oui, tout à fait. Voilà. Même sur l'évaluation, par exemple, y'a pas plus de contrainte que ça, voilà.

54. **R** : Ok, on arrive au terme de cet entretien, je te remercie beaucoup.

## **PARTIE 2 : LES DONNÉES ISSUES DE LA MISE EN ŒUVRE DU DISPOSITIF DE RECHERCHE**

Cette deuxième partie d'annexes propose, de façon successive, la retranscription *verbatim* de :

- L'EAC du CDS.1 à sa pratique de supervision clinique avec l'ESI.1.
- L'EAC du CDS.2 à sa pratique de supervision clinique avec l'ESI.2.
- Le tableau d'identification des indices permettant de catégoriser les préoccupations des CDS.
- Traitement de l'EAC du CDS.1.
- Traitement de l'EAC du CDS.2.
- L'ACC « séquencée » des CDS.1 et 2 sur leurs pratiques de supervision clinique auprès des ESI.1 et 2.
- Traitement du verbatim de L'ACC « séquencée » des CDS.1 et 2.

Afin de faciliter la compréhension du lecteur, une synthèse des scènes visionnées sera réalisée en italique surligné de gris avant chaque phase de dialogue entre le chercheur et les CDS. Ici aussi, chaque tour de parole sera numéroté pour en faciliter le repérage lors du traitement des données.

Une indication temporelle sera mentionnée entre parenthèse. Celle-ci correspond à la durée consacrée à la supervision du raisonnement clinique des étudiants par le CDS.1 (41 minutes au total), et par le CDS.2 (56 minutes).

## Annexe 2.A : Le guide d'entretien des EAC

Description de l'activité réalisée	Qu'est-ce que tu fais, là ? Qu'est-ce que tu dis ?
Description des préoccupations	Que cherches-tu à faire ? Qu'est-ce qui te préoccupe ? Quelle est ton intention quand tu fais ça ?
Description des attentes	Qu'est-ce que tu attends quand tu ... ? Qu'est-ce qui t'intéresse quand tu ... ?
Description des activités suspendues ou contrariées	Qu'est-ce que tu aurais pu faire ? Qu'est-ce que tu n'as pas pu ou voulu faire ?
La manière de mobiliser le genre et du style	Habituellement ça se passe comment ? Tu fais toujours comme ça ?

## Annexe 2.B : L'EAC du CDS.1 à sa pratique de supervision clinique avec l'ESI.1 (1h50min – 140 tours de parole)

1. Chercheur : Alors, on va regarder ton activité de supervision avec l'étudiante ESI.1, que nous avons filmé hier. Dans un premier temps je te propose de regarder simplement les images pour te remettre dedans et t'habituer à toi-même, tu vas te repérer, entendre le son de ta voix, tu vas sûrement avoir des effets surprenants parce que c'est une position d'extériorité. Tu laisses défiler.
2. CDS.1 : D'accord.
3. Chercheur : Maintenant, le principe, c'est ce que tu me racontes de ton activité, que tu puisses avec des mots simples m'expliquer ce que tu fais. Moi je vais jouer le naïf, je suspens mes projections pour que tu m'expliques ton activité au plus près de ton activité. Et puis je vais te pousser à exprimer tes sensations : qu'est-ce que tu regardes ? Tu fais quoi à ce moment-là ? C'est toi qui peux à tout moment arrêter l'image, suspendre le visionnement et revenir en arrière. Et puis moi, je peux faire le récalcitrant : là je ne comprends pas ce que tu dis ! On revient en arrière, je n'ai pas compris ton histoire ? Soit rassuré, c'est un travail entre nous deux, qui restera à un niveau professionnel et qui ne sera pas diffusé. Si tu le souhaites, on peut arrêter à tout moment l'entretien, on peut mettre la vidéo à la poubelle et je te donnerai la preuve qu'elle est bien supprimée. Je suis non évaluateur et je ne communiquerai pas cet échange à la hiérarchie ou aux collègues. Donc on va démarrer en regardant cette partie supervision de la démarche de soins.

*CDS.1 demande à l'étudiante de lui présenter ses démarches de soins. Celle-ci explique qu'elle n'a fait que deux planification de soins, et qu'elles sont inachevées. (2'44)*

4. Chercheur : est-ce que tu peux me dire là qu'est-ce que tu fais ?
5. CDS.1 : là je suis en train de rappeler les règles à l'étudiante, mais de manière détournée. En toute honnêteté. Quand elle me dit qu'elle n'a pu en faire que 2 déjà, ça m'interpelle. Dans les attentes, les objectifs posés. Pour rappel, ils doivent réaliser entre 8 à 10 démarches à ce stade de la formation. Elle est au stage 6A, quand elle me dit qu'elle n'en a fait que 2, déjà ça m'interpelle, et je me dis, mais pourquoi elle n'en a fait que 2 ? D'où ma question, depuis combien de temps elle s'occupe du patient ? Parce qu'un patient qui vient de rentrer, à la limite, je peux comprendre qu'elle n'est pas pu bien préparer ses démarches avant. Mais un patient qui est là depuis 20 jours, elle aurait eu le temps d'anticiper et de présenter ses démarches, donc de faire le travail demandé, du moins en termes de quantité. Après, elle finit quand même par me dire... elle présente un ensemble de planifications de ses patients, et donc elle finit quand même par me dire qu'elle en

a pris en charge 8, avec des démarches très synthétiques. Et, il y en a 2 qu'elle a plutôt bien détaillées, et donc, je finis par accepter ça parce que, effectivement, le but n'est pas non plus d'aller que sur la quantité, mais aussi de regarder la qualité du travail après.

6. Chercheur : est-ce qu'il y a autre chose que tu aurais pu faire autrement ?
7. CDS.1 : ah bah, j'aurais pu être plus direct en disant, ce travail-là, pour moi ça ne correspond pas aux exigences, je m'arrête à la, et pour la prochaine fois j'attends vos 8 démarches complètes. J'aurais pu, mais je ne sais pas si, pour moi, ce n'est pas l'objectif voulu. Je pense que par le passé je pouvais le faire, aujourd'hui avec l'expérience et le recul que j'ai, ce n'est pas sur la quantité que je vais juger le travail de l'étudiante, notamment sur la démarche de soins, mais plus sur 1 ou 2, en termes de qualité du travail. Donc oui, allez refaire le travail demandé ! Mais... j'avoue que je ne l'aurais pas fait, parce que je sentais chez l'étudiante... qu'elle avait quand même fait du travail, au moins ça.
8. Chercheur : d'accord, et donc là, du coup, ton intention c'était quoi ?
9. CDS.1 : alors, donc l'intention c'était de lui rappeler qu'elle doit réaliser 8 démarches, et elle doit savoir pourquoi. Parce que, au stade où elle en est de la formation, dans un objectif pédagogique, elle doit être capable de prendre en charge 8 à 10 patients. Si ce n'est pas le cas, ça signifie que... elle n'est pas prête à devenir infirmière tout de suite, il faudra qu'elle travaille encore ça. Qu'elle progresse là-dessus, parce que la démarche de soins, c'est bien la capacité d'analyser la situation... pour être une infirmière demain.
10. Chercheur : d'accord, OK.

*L'étudiante présente à CDS.1 ses planifications de soins. Celui-ci rappelle à l'étudiante que ses planifications de soins doivent être faites tous les jours, pas uniquement le jour de la visite du formateur. (4'55)*

11. Chercheur : donc là tu fais quoi ?
12. CDS.1 : du... comment on appelle ça ? Je recentre sur les objectifs attendus. Donc, je lui rappelle les règles. Et je lui dis qu'est-ce qui est important. C'est... qu'elle sache maîtriser la démarche de soins. Pour moi, comme je le disais tout à l'heure, ce n'est pas la quantité de travail qu'elle va réaliser qui fera d'elle une bonne infirmière. Donc que déjà, si elle a compris sur 1 ou 2. Quelque part, je fais aussi un peu de réassurance de l'étudiante en disant, bon... elle n'a pas répondu complètement à la demande, mais ce qu'elle a fait va me permettre quand même de poursuivre le travail d'accompagnement sur la démarche de soins.
13. Chercheur : d'accord, et quand tu lui rappelles l'importance de faire des démarches tous les jours...
14. CDS.1 : eh bien, le but c'est de lui dire qu'une infirmière fait ça tous les jours. Donc, elle ne le fait pas pour répondre à une commande de l'institut, du formateur, mais elle le fait pour pouvoir prendre en soins de manière la plus adaptée possible son patient. Si elle ne le fait pas, elle risque de ne pas comprendre ce qu'elle doit faire et de passer à côté des problèmes de santé de son patient. Oui, je lui montre l'importance de ça, parce que... personnellement, avec le recul, je me rends compte que, ils ont oublié que faire une démarche de soins ce n'est pas pour répondre à une demande de l'institut, mais c'est une compétence de l'infirmière. Il faut le faire pour pouvoir prendre en soins correctement son patient.
15. Chercheur : et ça c'est quelque chose que tu fais habituellement ?
16. CDS.1 : je le fais habituellement pour les étudiants que je vois en stage, si je sens que c'est nécessaire. Si je vois qu'ils ont compris, et qu'ils le font de manière spontanée sans avoir besoin d'insister, bah j'ai pas besoin vraiment de le rappeler. Je vois que l'étudiante l'a intégré dans son travail lors de ses stages, ça fait partie de ses acquis. Par contre, pour certains, je préfère le rappeler si je vois que le travail n'est pas conforme par rapport à ce qui est demandé. Pour leur dire, attention, vous avez fait ça, mais ce n'est pas seulement parce qu'on vous le demande. Ça fait partie des compétences de l'infirmière, c'est une de ses compétences d'ailleurs.
17. Chercheur : OK, et bien je te propose de continuer.
18. CDS.1 : d'accord en continu.

*CDS.1 prend connaissance du document de planification des soins des huit patients. (5'28)*

19. CDS.1 : là, le problème que j'ai... elle me donne ses huit planifications, mais ses documents ne sont pas réajustés. J'aurais pu lui demander d'aller prendre les dossiers des patients pour réajuster ses démarches. Mais, du fait du temps disponible pour réaliser cette supervision, ça induit une modification de mon comportement.
20. Chercheur : qu'est-ce qu'il manquait justement ?
21. CDS.1 : là, la planification qu'elle me propose n'est pas celle du matin, mais la planification d'hier. Et elle avait oublié celle du matin sur le chariot de soins.

22. Chercheur : ce n'est pas la planification du jour.
23. CDS. 1 : c'est ça, mais du coup je ne pouvais pas lui demander d'aller chercher parce que on est un peu à distance, par contre dans le service, j'aurais pu lui demander d'aller prendre l'outil et le dossier patient puisqu'on est là. Si j'étais dans le service, je lui aurais demandé d'aller prendre l'outil. C'est parfois la difficulté, justement, lorsqu'on fait un regroupement d'étudiants. Ils ont les documents dans le service, mais ils ne pensent pas à le ramener avec eux. Voilà, ça c'est un point important, là j'ai tiqué un peu parce qu'elle ne me présente pas les patients du jour.
24. Chercheur : d'accord, et... c'est important qu'elle te présente les patients du jour ?
25. CDS.1 : ben oui ! Parce que ça montre son activité réelle. Moi, les patients qui sont sortis, décédés, qui ne sont plus là, elle ne les prend plus en charge donc c'est déjà passé. Moi ce qui m'intéresse, c'est ce qu'elle fait aujourd'hui. Et d'utiliser les éléments factuels du service. Ce n'est pas ce qui a été fait avant, ça ne m'intéresse pas ça.
26. Chercheur : d'accord.
27. CDS.1 : tu vois, pour la démarche de soins, il faut éviter de faire sur un patient sorti. Un patient sortant, oui. Mais un patient qui n'est plus là, ça n'a pas d'intérêt.

*CDS.1 propose à l'étudiante de choisir une démarche qu'elle présentera de manière plus complète à l'oral, sans se limiter à une stricte lecture du document écrit. (5'53)*

28. Chercheur : là, tu fais quoi ?
29. CDS.1 : alors, ce que j'essaie de lui demander comme travail, souvent, ils ont juste envie de lire le travail, c'est facile, ça me donne un résultat de ce qu'ils ont mis sur le papier. Mais, ce que j'essaie de lui faire faire, en fait, j'essaie de vérifier si elle a vraiment pris en soin ses patients. Déjà, parce que le document qu'elle a réalisé elle aurait très bien pu le récupérer avec quelqu'un d'autre. Je veux vérifier que ce sont bien les patients qu'elle a vus le matin, parce qu'elle est censée me parler des patients qu'elle a vus ce matin. Et une infirmière doit être capable de travailler sa mémoire. Donc il y a un travail intellectuel à faire, un travail de mobilisation de ces savoirs. Bon, elle peut utiliser son papier, mais je veux qu'elle utilise plus ses capacités d'infirmière dans le service. Ils ont tous un petit papier, un petit pense-bête, oui. J'essaie de voir si elle maîtrise la structuration de la présentation d'un patient et si elle est capable de me présenter son raisonnement. Si c'est un travail qu'elle a fait en amont elle doit être capable de le faire. Elle doit pouvoir me restituer des éléments importants, à ce stade de la formation. Par contre, ça je ne le ferai pas systématiquement en première et deuxième année de formation. Plutôt en troisième année oui, parce que demain, elle peut être interpellée par un médecin dans le service puisqu'elle s'est occupée de monsieur untel, qui lui demanderait des informations précises. Elle doit être capable de remobiliser ses connaissances en temps réel, et de redonner les informations. Donc ça c'est aussi de retravailler la mémoire des étudiants, et voir ce qu'ils ont compris à travers ce travail de mémorisation.
30. Chercheur : et donc, toi tu la laisses choisir ?
31. CDS. 1 : ouais, je la laisse choisir la situation... euh, c'est pour la mettre à l'aise quelque part. Parce que l'idée ce n'est pas de la mettre en difficulté. Elle a fait la démarche pour les deux patients donc elle est capable de me les présenter.
32. Chercheur : et... ça t'arrive de faire autrement ?
33. CDS. 1 : ça m'arrive de faire autrement, d'imposer un patient. Pour la simple et bonne raison, c'est quand je vois que l'étudiant... déjà dans le travail en amont, n'est pas au clair. Parce que, ce qui guide un peu mon questionnement et ma façon de faire avec les étudiants, c'est tout ce que j'ai fait en amont dans l'introduction de la rencontre. Dès lors que, on voit que sur la partie administrative, il y a des lacunes, des écueils, des choses qui manquent. Quand il y a des hésitations, dans le comportement et l'attitude des étudiants, ça va guider un peu mon choix et mon orientation. C'est vraiment sur le ressenti que j'ai au départ. Peut-être un peu aussi sur mes représentations vis-à-vis des étudiants... parce qu'on sait qu'il y a des étudiants qui font le travail à moitié. Donc là je peux imposer aussi, en disant présentez-moi celui-là, et on va voir ensemble. Et puis, c'est peut-être au feeling parfois, quand il y a une situation qui m'interpelle. J'aimerais bien qu'il me fasse celui-là plutôt qu'un autre.
34. Chercheur : ça peut être au feeling ?
35. CDS.1 : ça peut ! Ça peut être au feeling oui, tout à fait. Par exemple, quand il y a une situation avec une pathologie un peu orpheline, avec des manifestations que je ne connais pas, je me dis tiens ce serait intéressant qu'il me parle de ça. Et des fois, justement, le fait d'aller au feeling comme ça, ben bizarrement, il y arrive mieux parce qu'il a envie de montrer qu'il sait. Et, au contraire, parfois lorsqu'on laisse le choix, des fois ils y arrivent moins bien.

36. Chercheur : OK, on continue.

*L'étudiante expose la situation d'un patient de sexe masculin entré depuis 24 jours pour un syndrome de détresse respiratoire aiguë sur masse laryngée. CDS.1 écoute attentivement la présentation des antécédents (diabète, hypertension artérielle pulmonaire), l'évolution de la prise en soins (8'40)*

37. Chercheur : là, qu'est-ce qui t'intéresse ?

38. CDS.1 : là, comment dire ? Pour l'instant je construis moi-même mon raisonnement en fonction des éléments qu'elle est en train de me donner. C'est-à-dire que j'enregistre les informations pour voir quels problèmes de santé sortir derrière... et, donc je joue ça, je juge le fond et la forme. Dans la forme, c'est vrai que, elle essaie de suivre un plan, elle me parle des différentes étapes qu'elle a mises sur son papier. Donc, je vois qu'elle donne des informations assez succinctes, mais qui permettent de comprendre la situation du patient. Donc là, moi-même je suis en train de réfléchir au raisonnement, donc à la démarche qu'elle devrait avoir derrière. Du coup, je suis en train de mettre en place mon questionnement par rapport à des choses que je n'ai pas comprises.

39. Chercheur : tu réfléchis à sa démarche à elle ou tu es en train de faire la tienne ?

40. CDS.1 : je réfléchis à la démarche..., bah, les deux. Je vois si elle fait des liens et je réfléchis à ma démarche aussi pour voir quel problème je pourrais formuler et comparer avec ce qu'elle a fait. Donc c'est un double travail. Instinctivement, il y a deux travaux. Parce qu'on écoute ce qu'elle dit-elle pour voir si ça tient la route et je suis en train moi-même de faire mon propre raisonnement pour voir si je retrouve la même chose, pour pouvoir évaluer si ce qu'elle dit est juste ou pas.

41. Chercheur : si je comprends bien, tu essaies de comparer ton propre raisonnement clinique avec le sien.

42. CDS.1 : avec le sien oui. Voilà, pas nécessairement dans les différentes étapes, mais au moins dans les résultats qu'elle obtient. Voir est-ce que j'aurais obtenu les mêmes résultats.

43. Chercheur : et du coup, là, dans ce qu'elle te dit, tu t'intéresses à quoi ?

44. CDS.1 : ben là, je vois qu'elle me donne des données, je vois qu'elle commence à me donner quelques problèmes, elle me parle de détresse respiratoire. Elle m'a donné des éléments cliniques, notamment la masse au niveau du larynx. Donc j'essaie de comprendre, et surtout, ce que j'évalue aussi, c'est les recherches qu'elle a réalisées pour essayer de comprendre la situation. Et je me rends compte, justement, quand elle m'a parlé de masse, j'ai pensé à un cancer. J'ai pensé à une leucémie ou un lymphome, etc. voilà, j'essaie de comprendre la cause de la détresse respiratoire du patient. Je ne me mets pas à la place de l'étudiante, mais, j'essaie de me dire si j'avais ces éléments-là qu'est-ce que je serais allé chercher, et qu'est-ce qu'elle devrait, elle, aller chercher en termes de connaissances. Donc c'est déjà ce que je suis en train d'enclencher dans mon processus de réflexion. Donc pour l'instant je ne lui parle pas, j'écoute, j'analyse, et j'essaie de comprendre ce qui est en train de me dire. Je suis là-dedans.

45. Chercheur : on poursuit.

*L'étudiante poursuit la présentation clinique avec les éléments du plan personnel familial et social (9'16)*

46. CDS.1 : tu vois là, elle me parle de retour à domicile. Mais je me souviens que dans la présentation, le patient vivait dans une Maison d'Accueil Spécialisé. Et là tu vois, par exemple, en termes de réflexion je me dis il y a quelque chose que je ne comprends pas. D'ailleurs je vais l'interpeller là-dessus pour lui demander s'il retourne à domicile ou bien en MAS ? Et donc, ça fera l'objet d'un questionnement pour lui indiquer qu'elle doit être précise sur les informations qu'elle apporte. Je l'amenais à faire des liens entre cette information et la situation sociale du patient. Et elle finira par me dire qu'en fait il prévoit de retourner chez son fils en métropole. Au niveau social ce lien est très important. Donc tu vois, j'écoutais, j'enregistre des informations pour pouvoir m'assurer que les liens qu'elles réalisent sont pertinents. Donc c'est l'occasion de l'interpeller et de demander des éclaircissements, parce que pour moi ce n'était pas clair.

47. Chercheur : mais tu ne l'interpelles pas tout de suite ?

48. CDS.1 : non, je ne veux pas casser cette dynamique à elle. J'ai peur que si je l'interpelle, elle peut perdre le fil de sa présentation. Je voulais qu'on continue comme ça, pour voir jusqu'où elle allait m'amener, notamment par rapport à son jugement clinique après. Voilà, donc je laisse finir. J'enregistre les informations. Bon, là je n'ai pas pris beaucoup de notes, d'habitude je prends des notes, mais pas toujours. J'arrive maintenant à retenir l'essentiel et après, à revenir sur les éléments qui m'ont le plus interpellé.

49. Chercheur : d'accord.

*L'étudiante poursuit la présentation des actions soignantes du jour (soins de trachéotomie, glycémies, insulines). Elle présente les problèmes de santé du patient de manière structurée. (11'22)*

50. Chercheur : j'arrête un instant, là, tu continues à écouter, elle te parle des problèmes de santé...
51. CDS.1 : voilà, je la laisse terminer pour qu'elle puisse, à partir des données qu'elle m'a présentées, dire quels résultats elle retire des données qu'elle a analysées et des liens qu'elle a faits. Donc là, elle arrive à son jugement clinique.
52. Chercheur : et comment tu prends en compte ce qu'elle te dit ?
53. CDS.1 : je compare les éléments qu'elle me donne à la compréhension que je peux me faire de la situation. Est-ce que ça tient la route déjà, est-ce que c'est adapté, pertinent ? La deuxième chose, je suis en train de juger aussi de la formulation des problèmes de santé. Parce qu'il y a une manière de formuler : « titre de..., liée à..., se manifestant par... », et donc je regarde un peu sur la forme si ça tient la route. Après, il y a une deuxième difficulté, je tique un peu sur les titres, mais je ne lui montre pas. Parce que je ne veux pas casser, pareil, sa dynamique. Je suis pas très fan de ses titres de problèmes de santé, même si ça ne veut pas dire qu'ils ne sont pas bons. Mais, les titres me gênent un peu dans la formulation.
54. Chercheur : la formulation des problèmes de santé t'embête ?
55. CDS.1 : sa formulation m'embête, mais non pas par rapport à la situation, on va dire que c'est surtout par rapport au modèle... il est un peu... il est un peu standardisé ici.
56. Chercheur : OK, et tu y reviendras dans la suite du visionnage, on continue.

*L'étudiante poursuit la présentation et évoque les thérapeutiques du patient (11'35)*

57. Chercheur : là, elle te demande si...
58. CDS.1 : ... si elle parle des traitements. Donc oui, je lui dis de décliner les traitements pour terminer. Et en fait, quand elle les décline... Alors, j'aurais pu choisir l'option d'associer les traitements aux problèmes de santé, mais j'ai vu que par rapport à la planification qu'ils ont l'habitude de travailler, c'est un peu normalisé. Mais j'aurais pu lui demander d'associer chaque traitement au problème de santé correspondant. Mais, ce qu'elle va faire après, va me pousser à ne pas le faire parce qu'elle va parler des traitements et elle va faire le lien avec ses propres connaissances. Donc, je sais à quels problèmes de santé elle va associer les différents traitements du coup.
59. Chercheur : d'accord, et ça t'arrive de faire différemment ?
60. CDS.1 : oui, ben oui. J'ai aussi d'autres façons de faire. Soit, je pars à partir de la présentation de la planification individualisée d'un patient, de l'ensemble des problèmes de santé et de la déclinaison du projet de soins, qui inclut aussi les traitements dans les actions. En première et deuxième années, je fais plus souvent comme ça. En troisième année, pour moi, c'est de l'acquis, je vais plus regarder les liens et l'association des informations entre eux pour voir si ça tient la route. Et je suis moins exigeant sur la forme de la présentation. En première et deuxième année je suis plus exigeant sur la forme parce que, comment dire, je pense qu'il doit acquérir les bases au départ. Ensuite, je peux lâcher un peu plus la bride là-dessus et voir ce qu'ils font des informations en stage et comment ils déclinent les actions à réaliser. D'ailleurs, chose que je n'ai pas faite ici, je ne lui ai pas demandé de décliner l'ensemble des actions en lien avec chaque problème de santé. Là, je ne l'ai pas fait, non pas parce que je ne voulais pas, mais elle a déjà évoqué ce qu'elle faisait lors de la présentation du patient. Par exemple quand elle a parlé de la trachéotomie, elle a décliné ses actions en même temps. Quand elle a parlé de l'oxygénothérapie, elle a décliné ses actions. Donc je vois qu'elle associe, qu'elle fait les liens, entre les pathologies et les actions qu'elle réalise. Je sais qu'elle fait des liens. Pour les étudiants de première et deuxième années, ça c'est parfois difficile parce qu'il découvre encore les démarches, il ne maîtrise pas encore tout. Ils n'ont pas suffisamment de recul. Ici elle arrive en fin de parcours donc c'est plus facile de le faire.

*L'étudiante décline les thérapeutiques du patient. CDS.1 écoute silencieusement jusqu'à la fin puis questionne l'étudiante sur le syndrome de détresse respiratoire. (12'35)*

61. Chercheur : là, tu fais quoi ?
62. CDS.1 : [après un temps de réflexion] Donc, là je reprends, par rapport à ce qu'elle m'a présenté, je viens vérifier, en regardant son document écrit, là je fais une vérification, par rapport à ce que moi j'ai enregistré comme information. J'ai besoin de vérifier dans ce qu'elle a pu noter sur son document que les informations sont pertinentes, et c'est là où justement j'aborde le retour à domicile. Donc je vais vérifier que les informations qu'elle m'a apportées concordent avec celles qu'elle a mentionnées sur son document écrit, et celles que j'ai comprises. En fait, je vérifie que les connaissances écrites tiennent la route.
63. Chercheur : et ça te permet de déduire quoi ?

64. CDS.1 : eh bien, ça me permet de voir qu'elle a bien fait le travail demandé, et en même temps ça m'aide à corriger ce qu'elle a fait lorsqu'elle apporte une information qui n'est pas suffisamment fiable précise. Et donc l'idée ici, ça permet de recadrer un peu le sens de sa présentation et la structuration de ses idées.

*CDS.1 l'interroge sur l'origine inconnue de cette masse laryngée chez ce patient (13'10)*

65. CDS.1 : je suis en train de vérifier ses propos. Il y a quelque chose qui me gêne, parce que soit elle n'a pas eu l'information soit elle n'a pas été chercher. Après effectivement, j'aurais pu, avoir avec moi la tutrice qui viendrait confirmer cette information. Donc là je suis obligé de reprendre l'information, de faire répéter l'étudiante pour être sûr qu'elle ait bien compris que les investigations menées n'ont rien données, ce qui complique la prise en charge du patient et qui va compliquer d'autant plus sa sortie. Et donc je veux m'assurer de ça. Je requestionne pour savoir si elle a bien compris la démarche diagnostique qui a été réalisée. Donc en fait, implicitement, je suis en train, moi-même, de continuer mon raisonnement et de voir quelles informations j'aurais été chercher pour comprendre la situation clinique. Mais je veux que, elle-même, me confirme qu'elle a bien fait ce travail. Parce que moi, j'aurais cherché quel est l'origine de cette masse, quels sont les examens diagnostics ont été réalisés, etc. Donc elle me parle bien de biopsies, et elle va me confirmer sa compréhension.
66. Chercheur : donc tu reconstruis ton propre raisonnement...
67. CDS.1 : ... je reconstruis mon propre raisonnement.
68. Chercheur : OK, on continue.

*L'étudiante confirme l'origine inconnue de la masse et précise que le médecin interrogeait ce matin même son confrère d'hématologie pour savoir s'il n'y avait pas une origine auto-immune (13'35)*

69. CDS.1 : tu vois là, la spontanéité de l'étudiante pour apporter cette information complémentaire m'indique qu'elle a compris. Là, elle évoque une information qui montre qu'elle a fait l'effort de comprendre la situation. Donc, je vois qu'elle a vraiment pris en soin le patient et qu'elle a vraiment fait le boulot. Là ça me sert à vérifier si c'est vraiment le patient qu'elle a en soins. Parce que, je ne le vois pas moi le patient. Et là, je mesure la spontanéité pour répondre, donc je vois que c'est plausible et qu'elle est vraiment dans la prise en soin de ses patients. Ce qu'elle m'a raconté, ce n'est pas des bobards. Ça me permet déjà de me rassurer que c'est bien son patient et qu'elle le connaît.
70. Chercheur : d'accord, donc là tu me parles de son attitude...
71. CDS.1 : ... de son attitude, oui.
72. Chercheur : et ça, ça te dit des choses ?
73. CDS.1 : ça me dit des choses, oui. Là, sa spontanéité me permet effectivement de vérifier qu'elle prend bien en soin le patient et que, du coup elle s'occupe vraiment de son patient. Tu vois, elle m'aurait dit : oui... je sais pas trop, peut-être qu'il va faire ceci, peut-être qu'il va faire ça... mais sans me donner les examens qui sont vraiment envisagés dans le service. Ça m'aurait indiqué que la compréhension n'est pas encore claire. Ici, je vois qu'elle s'est intéressée à ça, donc ça me permet de mesurer sa compréhension de la situation, les liens qu'elle fait avec ses connaissances. On voit dans l'attitude de l'étudiant quand il n'a pas la réponse et qu'il ne sait pas trop quelle explication donner. Après, ça ne veut pas dire que l'étudiant n'avait pas travaillé, mais qu'il n'avait pas compris où aller chercher l'information et quoi faire de cette information après dans la situation. Donc dans le recueil de données, ça me permet de recentrer sur quoi je devrais retravailler avec l'étudiant ensuite : liens, connaissances, recueil de données, etc., etc.
74. Chercheur : OK.

*L'étudiante continue en listant l'ensemble des examens réalisés, mais qui n'ont pas permis de déterminer la cause de la masse laryngée du patient (14'12)*

75. CDS.1 : voilà, elle me liste les examens, de tête. Si elle n'avait pas compris, elle n'aurait pas pu réaliser cette énumération logique de manière aussi spontanée. Bon, alors après, là j'hésite quand même. Parce que, c'est pas l'objectif d'aller vérifier toutes les connaissances, mais, au moment où elle me parle du Pet-scan<sup>65</sup>, j'ai envie de lui demander : c'est quoi la différence avec le scanner. Mais je ne le fais pas, je le mets dans un coin

---

<sup>65</sup> La tomographie par émission de positons (TEP) est un test d'imagerie qui peut aider à révéler la fonction métabolique ou biochimique des tissus et organes. La TEP utilise un médicament radioactif (traceur) pour montrer une activité métabolique normale et anormale. Elle peut souvent détecter le métabolisme anormal du traceur dans les maladies avant que la maladie n'apparaisse sur d'autres tests d'imagerie, tels que la tomodensitométrie (TDM) et l'imagerie par résonance magnétique (IRM).

de ma tête. Je me dis, je devrais peut-être lui poser la question. Mais, des fois quand j'ai le temps de le faire je pose la question pour vérifier ses connaissances. Là, je ne l'ai pas fait, parce que ce n'était pas l'objectif ici. Parce que le but n'est pas de vérifier toutes les connaissances, mais qu'elle sait faire évoluer ses connaissances en lien avec la situation du patient. Donc là je vois qu'elle sait faire les liens et elle est capable de comprendre la situation. Donc, ça me permet de déduire, quand même pas mal de choses.

76. Chercheur : OK.

*CDS.1 questionne l'étudiante sur la question du retour à domicile. Puis, il lui demande d'expliquer ce qu'est l'hypertension artérielle pulmonaire (HTAP). (15'25)*

77. Chercheur : tu me parlais de connaissances. Là, tu questionnes l'étudiante sur les pathologies.

78. CDS.1 : oui, sur l'hypertension artérielle pulmonaire. Alors, ce n'est pas anodin puisque moi-même je ne connais pas bien. Je ne connais pas bien, et là, je me mets en difficulté. Clairement, là je suis en difficulté parce que ce n'est pas quelque chose que je maîtrise. J'en ai entendu parler, mais de loin. Et là, je me mets en difficulté, parce que je sais que je ne maîtrise pas la pathologie, mais je m'en fous. L'idée, c'est pas..., c'est pas à moi de montrer mes connaissances à l'étudiant. C'est à l'étudiant de savoir m'expliquer. Et, on va le voir par la suite elle va prendre un carnet avec un schéma, et là, je me dis banco, elle est allée faire des recherches, donc je sais qu'elle a bossé. Et, avec son petit carnet je vais être très étonné de ses connaissances.

79. Chercheur : mais... excuse-moi, mais si tu me dis que tu ne maîtrises pas la pathologie, alors comment, même si elle te montre son carnet, tu peux vérifier qu'elle a les bonnes connaissances ?

80. CDS.1 : alors, elle va essayer de m'expliquer... en fait je pense que [il se tient la tête]. Je pense qu'il y a plusieurs logiques, il y a la logique soignante et le principe de compréhension physiopathologique. Comme elle me l'a expliqué, d'ailleurs c'était pas très clair son affaire. C'est pour ça que je repose la question : c'est quoi la différence entre une artère et une veine ?

81. Chercheur : oui justement on va le voir dans la suite de la vidéo.

*L'étudiante récupère un carnet dans son sac sur lequel se trouve un schéma de la vascularisation artérielle et veineuse du corps humain. Elle explique ainsi sa compréhension de la circulation sanguine au niveau cardio-pulmonaire avec un vocabulaire parfois approximatif. (17'02)*

82. Chercheur : là, l'étudiant explique la circulation sanguine, à quoi tu prêtes attention ?

83. CDS.1 : alors, j'essaie de voir si elle a compris le mécanisme, c'est tout ce qui m'intéresse. Ce qu'elle explique, qui est un peu alambiqué, parce que ça aurait pu être plus simple en expliquant il y a une pression, là, qui entraîne une hyper pression ici [il fait les gestes avec la main en même temps], du coup c'est ce qui explique les œdèmes, voilà comment s'explique l'hypertension artérielle pulmonaire. Donc, elle va expliquer ça, mais je sens qu'elle n'est pas encore suffisamment à l'aise avec le double vocabulaire. Le vocabulaire est hésitant. Donc, moi ne maîtrisant pas non plus la pathologie pour dire simplement les choses, j'essaie de comprendre dans ma tête le mécanisme qu'elle a voulu expliquer, tout simplement.

84. Chercheur : mais comment tu sais qu'elle est en train d'expliquer correctement le mécanisme de l'hypertension artérielle pulmonaire ?

85. CDS.1 : ben... je pense que... là je t'avoue que je ne maîtrise pas du tout. Et j'essaie de comprendre, moi-même, comment peut s'expliquer le mécanisme de l'hypertension artérielle pulmonaire. Et donc, sans être sûr à 100 % que j'ai bien compris, je vois si ce qu'elle explique tient la route, et ça semble tenir la route. Voilà... alors pourquoi ? En fait, je vais procéder par élimination à partir de ce que je sais sur l'insuffisance cardiaque. J'aurais pu, d'ailleurs, la questionner sur l'insuffisance cardiaque, mais ce n'est pas ce qui m'intéresse. Il y a quelque chose qui m'a interpellé dans ce qu'elle m'a dit, je crois qu'elle n'a pas bien compris le système de veines et artères, c'est-à-dire ce qui amène le sang au cœur et ce qui permet de le transporter à partir du cœur.

86. Chercheur : donc, là tu es sur la physiologie ?

87. CDS.1 : de la physiologie oui.

88. Chercheur : mais la question que tu lui as posée porte sur l'hypertension artérielle pulmonaire, la pathologie.

89. CDS.1 : oui, c'est vrai, elle me parle de la physiologie. Je n'ai pas réajusté là-dessus. Alors, clairement, ça c'est une difficulté quand je fais du raisonnement clinique. Des fois, tu es confronté à des pathologies que tu ne maîtrises pas, pour lesquels tu n'as pas été suffisamment formé ou habitué. Mais moi, à la limite, je dirais que je ne suis pas obligé de tout maîtriser. Après j'aurais pu utiliser mon joker [il saisit son téléphone portable posé sur la table], des fois, je prends mon téléphone et je recherche : hypertension artérielle pulmonaire, je lis, et là je peux travailler à partir de ça. Bon, là je ne l'ai pas fait parce que, voilà, je n'ai pas osé, mais... je peux le faire et je me donne le droit de le faire.

90. Chercheur : tu le fais parfois ?
91. CDS.1 : parfois je le fais, oui, pour des pathologies ou des traitements que je ne connais pas. Parce que maintenant les traitements évoluent tellement, avec les noms qui changent... donc je suis obligé d'aller vérifier. C'est comme ça que parfois je découvre de nouveaux traitements par les étudiants.
92. Chercheur : d'accord. Mais pourquoi tu choisis de la questionner sur de la physiologie alors qu'elle te parle d'une pathologie ?
93. CDS.1 : en fait, je cherche juste à vérifier qu'elle avait les connaissances de base, voir si ce qu'elle me dit tient la route. On part sur la physiologie parce que c'est la base.
94. Chercheur : mais, est-ce que ça l'aide à comprendre la pathologie ?
95. CDS.1 : alors, je n'ai pas été jusqu'au bout des choses c'est vrai. J'aurais pu aller plus loin, oui, mais comme je te dis, j'étais mal à l'aise avec cette pathologie [il grimace]. Voilà, c'est pas quelque chose que je maîtrise. Moi je voulais vérifier qu'elle se donne les moyens d'essayer de comprendre la pathologie en fournissant un travail de recherche sur les connaissances. Après, j'ai pu voir quelque chose d'important aussi, j'ai vu le carnet. J'ai vu qu'elle a fait des recherches sur l'hypertension avec des schémas, des données. Donc j'ai vu quand même qu'elle s'est donnée les moyens d'approfondir ses connaissances. Donc, je savais qu'elle avait fait le taf. Je n'avais pas besoin de la questionner davantage.
96. Chercheur : donc, du coup qu'est-ce qui est important pour toi ?
97. CDS.1 : qu'elle se donne les moyens de comprendre. Pas seulement parce qu'il y a une visite du formateur, mais que ces recherches sont nécessaires à chaque fois qu'elle prend en charge un patient. Donc, au travers de ça j'essaie de voir des petites connaissances, mais surtout j'essaie de voir si elle a bossé. Là-dessus, je suis rassuré. Je sais qu'elle a fait le taf. Je ne suis pas obligé, si enfin oui, je peux voir si elle maîtrise l'ensemble des connaissances, mais si je fais ça, l'entretien peut durer des heures.
98. Chercheur : ta limite c'est le temps ?
99. CDS.1 : oui le temps, et puis je ne maîtrise pas tout. C'est clair, je ne maîtrise pas toutes les pathologies. Et parfois je le dis aux étudiants : je ne maîtrise pas le sujet, par contre vous devez être capable de comprendre les principes de base. Donc c'est une manière de dire les étudiants qu'il va aussi m'apprendre quelque chose, donc ça le valorise. Là je ne l'ai pas fait. J'aurais dû, peut-être.
100. Chercheur : quand tu dis à l'étudiant qu'il doit maîtriser ce que toi tu ne maîtrises pas, qu'est-ce que tu cherches à faire ?
101. CDS.1 : ben, qu'il prenne conscience que moi je ne suis pas infirmier dans le service. Mais demain, par contre, si je suis infirmier dans le service, je me serais donné les moyens de maîtriser cette pathologie. Mais, un infirmier ne peut pas tout savoir tout le temps. Mais, pour être efficace dans son travail dans le service, je dois aller chercher cette information.

*CDS.1 fait remarquer à l'étudiante un manque de précision entre veines et artères. L'ESI porte la main à ses yeux. (17'54)*

102. CDS.1 : tu vois là, je me rends compte que l'étudiante est mal à l'aise aussi, donc ça, ça me freine aussi.
103. Chercheur : qu'est-ce qui te fait dire que l'étudiante est mal à l'aise ?
104. CDS.1 : eh bien, là, je vois qu'elle est un peu en stress. Et je ne voulais pas la mettre mal à l'aise. Et donc, du fait qu'elle soit volontaire et qu'elle réalise le travail pour améliorer ses connaissances, je ne voulais pas aller la titiller là-dessus. En fait, je prends aussi en compte qu'elle était volontaire pour participer à cet entretien, pour être filmée. J'avais peur, en allant trop loin, que ça la mette mal à l'aise. Elle fait déjà un travail avec nous, elle n'y était pas obligée, et je ne voulais pas qu'elle le vive de manière négative.

*CDS.1 continue avec l'explication de la physiologie cardiaque. L'étudiant se montre réceptif. CDS.1 valorise le travail de l'étudiante en feuilletant son carnet. (18'36)*

105. CDS.1 : tu vois là, encore une fois, elle se touche le visage. Je sens qu'elle n'est pas bien. Tu vois, il y a un autre problème aussi : elle a travaillé ce matin, on est à une bonne heure d'entretien et je sens que déjà, elle sature. Ça aussi, j'ai pris le temps de regarder. Parce que, faire ce travail qui demande de mobiliser les connaissances... là, pour moi, elle est déjà épuisée. C'est-à-dire que ça va être compliqué d'aller encore plus loin sur la démarche de soins et le raisonnement clinique. Je sens qu'elle a beaucoup travaillé et qu'elle arrive un peu à saturation là maintenant. Là, je la sens fatiguée.
106. Chercheur : et du coup, quand tu te rends compte de ça, tu fais quoi ?
107. CDS.1 : ben, là je vais continuer encore un peu, mais je ne vais plus aller trop loin dans ce que je vais lui demander. Je vais commencer à diminuer un peu mes demandes. Je pense que je vais demander à aller un peu plus vers la conclusion et le résultat du travail. Parce que je sens que je ne vais pas pouvoir aller plus

loin. Ça, c'est une vraie difficulté, il faut tenir compte du niveau de fatigue de l'étudiante après une journée de travail. Là, moi-même j'étais fatigué. Donc, je tiens compte aussi de son niveau de fatigue qui peut expliquer aussi sa difficulté à m'expliquer les choses. Elle a déjà travaillé huit heures avant, donc ça peut être compliqué, on ne doit pas oublier ça.

*CDS.1 continue à valoriser le travail réalisé tout en l'invitant à développer le vocabulaire professionnel. Il aborde maintenant les problèmes de santé formulés par l'étudiante et la questionne sur leur priorisation. (19'50)*

108.CDS.1 : donc là, je vois quel lien elle a fait. Les liens qui lui ont permis de poser un jugement clinique. Donc, je recentre sur la démarche clinique.

109.Chercheur : tu l'interroges sur la priorisation. Qu'est-ce que tu cherches à faire ?

110.CDS.1 : je cherche à lui faire comprendre que ses problèmes ne sont pas ordonnés de manière prioritaire. Donc, je cherche à lui montrer que, par rapport à la situation clinique du patient, elle ne peut pas commencer par évoquer le problème prioritaire du jour qui était : dynamique familiale perturbée. Voilà, il n'est pas là pour ça en premier lieu. C'est un problème important, mais qui n'est pas prioritaire par rapport aux problèmes respiratoires. Il a une trachéotomie, et l'oxygène, donc les problèmes prioritaires seront centrés autour de la fonction respiratoire chez ce patient. Donc là, je recentre sur la méthodologie et sur la priorisation des problèmes de santé à prendre en compte.

*CDS.1 rappelle les principes à respecter pour la priorisation des problèmes de santé : urgence vitale, sécurité, soins de confort et de bien-être. Il questionne l'étudiante sur les paramètres respiratoires du patient, en particulier sur la saturation en oxygène. (21'25)*

111.Chercheur : alors, qu'est-ce qui t'intéresse là ?

112.CDS.1 : là, je me rends compte qu'elle n'arrive pas à faire le lien entre des constantes normales et la pathologie du patient. Je veux lui faire comprendre que les paramètres sont aussi à mettre en lien avec le contexte clinique du patient. Ici, le patient a une pathologie respiratoire chronique, donc la saturation est nécessairement plus basse. Je l'amène aussi à prendre en compte le médecin dans la détermination des objectifs du patient. Ici pour la saturation, mais c'est pareil pour le diabète. Qui fixe ses objectifs ? C'est le médecin, donc il faut le prendre en compte.

113.Chercheur : d'accord.

*CDS.1 rappelle les objectifs variables pour un patient présentant une pathologie respiratoire chronique (22'50)*

114.Chercheur : donc, là, c'est quoi ton intention ?

115.CDS.1 : alors, là, on est sur des objectifs de soins. J'essaie de faire des liens avec ce qu'elle aurait pu formuler comme objectif pour le patient concernant son problème respiratoire. J'essaie de lui faire comprendre que si l'objectif de saturation est à 94 %, c'est que cet objectif est posé par le médecin et qu'il va conditionner ses actions à elle.

116.Chercheur : et tu évoques aussi des connaissances théoriques ?

117.CDS.1 : oui, je fais un rappel sur la BPCO, sur différentes pathologies respiratoires. Mais pareil, j'aurais pu la questionner sur les normes. J'aurais pu aborder les recommandations de l'OMS... on, je ne l'ai pas fait là, parce que... je pense que j'arrivais aussi à saturation. Donc je n'y ai pas pensé sur le moment, mais j'aurais pu le faire.

*CDS.1 poursuit en expliquant le lien entre saturation et problème de santé respiratoire. (23'16)*

118.CDS.1 : alors là, il y a un truc. Je me suis rendu compte que, au terme de l'analyse, parce que j'analyse en même temps qu'elle, je cherche à lui faire identifier l'exhaustivité des problèmes de santé, parce qu'il y a des manques. Il y a des problèmes de santé auxquels elle n'a pas pensé. Donc elle a réussi à cibler certains problèmes c'est bien, mais après je vais la questionner sur les autres problèmes qu'il ne faut pas oublier.

*CDS.1 évoque des problèmes de santé issus de son propre raisonnement : perturbation de la vie sociale. (24'03)*

119.CDS.1 : donc là, j'évoque avec elle les problèmes de santé que j'envisage à partir des données qu'elle m'a transmises.

120.Chercheur : dans quelle intention tu fais ça ?

121.CDS.1 : bah, pour lui donner un exemple de raisonnement et l'amener à approfondir son recueil de données afin de confirmer les hypothèses que je lui propose. Parce que le raisonnement, c'est quelque chose que je maîtrise. Donc, je lui montre que je suis capable de mettre en place un raisonnement aussi. Après, j'ai cette capacité parce que je l'enseigne. Si je ne l'enseignais pas, pas sûr que j'aurais été capable de l'expliquer de

cette manière. Et je suis capable, par exemple, de faire le lien avec le devenir du patient de manière automatique. Parce qu'elle évoque un problème social qui sera à prendre en compte pour la sortie du patient, dans le devenir. Et ça me permet d'aborder la structuration de la présentation pour ne pas oublier d'évoquer le devenir du patient.

122. Chercheur : c'est important pour toi la structuration ?

123. CDS.1 : bas, la structuration, c'est ce qui va lui permettre de ne pas oublier certaines étapes dans la démarche clinique.

*CDS.1 continue et questionne l'étudiante sur le devenir social et psychologique du patient. Il évoque un risque de perturbation de la vie sociale en amenant l'étudiante à identifier les données pertinentes de ce problème potentiel après 24 jours d'hospitalisation. Il évoque les données suggérant d'autres problèmes comme l'anxiété ou la perturbation de l'estime de soi, liée à la trachéotomie (26'55)*

124. Chercheur : et là, tu lui parles des autres problèmes de santé que toi tu as envisagé ?

125. CDS.1 : oui. Oui, alors là, je le fais en live quand même. Je n'ai pas tout envisagé depuis le début. J'essaye de déconstruire son raisonnement pour lui montrer que certaines données n'ont pas été correctement prises en compte pour identifier d'autres problèmes de santé. Et donc, je reconstruis le raisonnement en intégrant ces données pour identifier ses problèmes. Donc oui, j'essaye de faire évoluer son raisonnement en prenant le mien pour exemple et en lui expliquant pourquoi.

126. Chercheur : et tu fais toujours comme ça ?

127. CDS.1 : alors, on peut faire autrement et proposer autre chose. Bon, il y a des freins à faire comme ça. Il faut faire attention à ne pas trop déstabiliser les étudiants en leur renvoyant leurs lacunes. Et deuxième chose, au niveau de la durée, je pense qu'on arrive à la limite, parce qu'on fait ça à la fin. D'ailleurs, je me rends compte que c'est dommage, on pourrait commencer par le raisonnement clinique en début d'entretien quand l'étudiant est plus frais. Oui, là, en regardant la vidéo, je suis en train de me rendre compte de ça c'est dommage de terminer l'entretien par quelque chose qui demande autant d'énergie. [Il marque un temps de silence et secoue la tête] oui, oui ça c'est dommage je me rends compte maintenant. Ça permettrait d'aller plus au fond des choses, parce que là, je me sens obligé d'accélérer par rapport à la fatigue qui augmente pour moi et pour l'étudiante. Du coup, je crains de ne pas être très efficace [le regard dans le vide]. Ah oui, là je me rends compte qu'elle arrive à saturation je me rends compte en regardant la vidéo.

*CDS.1 demande à l'étudiante si le patient parle ou comprend le français et l'amène à considérer une autre donnée pour identifier un problème de communication altérée. (27'50)*

128. CDS.1 : donc là, j'ai quitté la dimension biologique et je suis sur la dimension sociale. Donc je lui montre ici, dans ses démarches, qu'elle s'est focalisée sur la dimension biologique, mais que la dimension psychologique a été un peu oubliée et qu'il faudra aussi la prendre en compte.

*CDS.1 invite l'étudiante à prendre en compte toutes les dimensions de la situation. Il rappelle l'importance de réaliser le recueil de données à partir de 14 BF [Besoins Fondamentaux] de Virginia Henderson afin de traiter l'ensemble des dimensions de la personne. (29'00)*

129. CDS.1 : ici tu vois, on voit tout de suite quand le recueil de données n'a pas été approfondi jusqu'au point. Du coup, l'absence de recueil des données selon les 14 BF me permet de lui faire comprendre pourquoi il lui en manque, certaines données n'ont pas été prises en compte.

130. Chercheur : et du coup ton intention là c'est quoi ?

131. CDS.1 : ben, c'est de lui rappeler la méthodologie du recueil de données. Parce qu'ici, le résultat qu'elle obtient n'est pas complet.

*CDS.1 rappelle la méthodologie du recueil de données, notamment au niveau du besoin de respirer en énumérant l'ensemble des signes cliniques et biologiques à rechercher afin de proposer des problèmes de santé adaptés. De manière synthétique, il reproduit la même démarche avec le deuxième patient pour vérifier la pertinence des liens entre les données retranscrites, les problèmes de santé et les actions envisagées. Il questionne l'étudiante sur la formulation du problème de constipation. (34'15)*

132. CDS.1 : méthodologie [il montre l'écran du doigt], là c'est la méthodologie qu'il manque. Donc, elle formule problèmes de santé de constipation, mais elle ne dit pas comment ça se manifeste, elle manque de données. Donc je lui rappelle la méthodologie et la différence entre un problème réel et un problème potentiel. Là, je suis encore sur... la structuration, sur la structuration des problèmes de santé pour qu'elle travaille les liens.

Donc, je lui pose des questions pour l'aider à identifier les données manquantes qu'elle doit rechercher : qu'est-ce qu'elle mange ? La date des dernières selles ?

*CDS.1 poursuit cette aide au raisonnement en évoquant la dimension psychologique avec ce patient également. Il invite l'étudiante à s'imaginer dans la situation de ce patient. (40'11)*

133. Chercheur : là, tu fais quoi ?

134. CDS.1 : j'essaie de faire en sorte qu'elle se mette à la place du patient pour qu'elle imagine les conséquences psychologiques possibles. Bon, c'est pas évident comme exercice, mais c'est un levier possible pour l'amener à identifier ce que peut ressentir le patient. C'est une astuce que je peux avoir.

*CDS.1 visualise à nouveau les planifications des soins réalisés (40'30)*

135. CDS.1 : alors là, je revois les planifications et tout de suite, je me rends compte qu'il y avait les noms dessus. Et là, je suis obligé de rappeler les règles : anonymat, confidentialité, secret professionnel... et donc, j'attire son attention sur les risques encourus si elle divulgue des informations couvertes par le secret professionnel en perdant ces documents dans la rue par exemple. Et donc, je lui donne une petite astuce : utiliser les initiales du patient ou les deux premières lettres du prénom pour s'y retrouver tout en préservant les règles de confidentialité. Parce que parfois ils font ça, ils ramènent des démarches et ils oublient qu'il faut les anonymiser.

136. Chercheur : et ça tu le fais de manière systématique ?

137. CDS.1 : oui, systématique. Le respect de l'anonymat des documents et de la confidentialité, oui c'est important.

*CDS.1 propose l'étudiante de résumer leur échange : « ESI.1 prend en charge 8 patients, les 14 BF sont à approfondir pour évaluer le niveau de dépendance du patient. Les problèmes de santé sont globalement pertinents, mais non exhaustifs au niveau psychologique et social » (41'02)*

138. CDS.1 : là, je fais un résumé du travail réalisé et je fais en même temps la traçabilité écrite que je donnerai au formateur référent du suivi pédagogique de l'étudiante. Donc, je fais ma conclusion et je propose un diagnostic pédagogique sur la progression de l'étudiante : donc, je sais qu'elle prend en charge les patients, elle n'en a présenté que deux, donc j'ai noté ça sur le document. Je note les éléments positifs, il y a un bon niveau de recherche, une bonne analyse, mais qui n'est pas complète mais sa démarche de soins était plutôt bien construite.

139. Chercheur : OK, on arrive à la fin du visionnage. Une dernière question : est-ce que tu voudrais faire une observation ou un commentaire sur la conduite de l'entretien ?

140. CDS.1 : alors, sur cet exercice et au regard du niveau de l'étudiante, j'ai ciblé plus le résultat de la démarche de raisonnement de l'étudiant en ciblant certaines étapes. J'ai voulu m'assurer qu'elle ait compris les étapes au travers de mon questionnaire. Et je sais que je ne l'aurais pas fait de cette manière en première et deuxième année, parce que je vais cibler plus en première année le recueil de données, et en deuxième année le projet de soins. Là, je regarde la globalité depuis la présentation des données jusqu'à la synthèse de l'évolution en passant par la présentation du patient. Et je regarde si le résultat global tient la route, et si le cheminement est pertinent. Au final, je pense avoir pu lui préciser certaines choses au niveau méthodologique qui devraient l'aider pour les prochaines démarches. Alors, j'aurais pu encore approfondir certaines choses, mais comme je l'ai dit au travers de son discours très spontané et serein, je vois qu'elle a fait le travail. Ça me permet de dire qu'elle maîtrise son sujet. Il n'y a pas trop d'hésitation, elle répond aux questions de manière spontanée, elle ne semble pas perturbée, donc je vois que c'est une étudiante qui a fait le travail. Et du coup, ça me permet de dire que demain elle sera une bonne professionnelle.

## **Annexe 2.C : L'EAC du CDS.2 à sa pratique de supervision clinique avec l'ESI.2 (2h23min – 241 tours de parole)**

1. Chercheur : Alors, je te propose de revoir ensemble la vidéo du suivi de stage réalisée hier avec l'étudiante ESI.2 en chirurgie digestive. Et on va parler de ton activité. Dans un premier temps je te propose de regarder une séquence pour te remettre dedans et t'habituer à toi-même, et à ta propre image.
2. CDS.2 : D'accord.
3. Chercheur : voilà, ça c'était la première étape, maintenant, le principe, ce que je te propose, c'est que tu me racontes ton activité, que tu expliques avec tes mots ce que tu fais. On va principalement s'attarder sur le travail que tu as fait concernant le raisonnement clinique de l'étudiant pour lequel tu as consacré la moitié du temps de l'entretien. Le principe est que tu m'expliques ton activité au plus près de ton activité et moi je vais jouer le naïf. Et puis je vais te pousser à exprimer tes sensations : « qu'est-ce que tu regardes ? Tu fais quoi à ce moment-là ? Toi aussi, tu peux à tout moment arrêter l'image, suspendre le visionnement et revenir en arrière. Et puis moi, je peux faire le récalcitrant : là je ne comprends pas ce que tu dis ! On revient en arrière, je n'ai pas compris ton histoire ?
4. Encore une fois, c'est un travail entre nous deux, qui restera à un niveau professionnel et qui ne sera pas diffusé. Si tu le souhaites, on peut arrêter à tout moment l'entretien, on peut mettre la vidéo à la poubelle et je te donnerai la preuve qu'elle est bien supprimée.
5. CDS.2 : d'accord.
6. Chercheur : donc on démarre avec le début de la vidéo sur le raisonnement clinique.

*CDS.2 demande à l'étudiante de lui présenter ses 4 démarches de soins. Celle-ci explique qu'elle n'a pas ses démarches. Avec une certaine gêne mêlée d'humour, CDS.2 propose au chercheur, présent dans la salle, d'exclure l'étudiante de l'étude (0'30).*

7. Chercheur : alors, dis-moi, qu'est-ce qui t'intéresse là ?
8. CDS.2 : alors, je trouve que c'est une étape vraiment importante que l'on peut faire avec les étudiants. Ça permet de prendre le temps, effectivement de décortiquer une démarche de soins et la prise en charge concrète d'un patient dans un service, et d'avoir une écoute... enfin, plus qu'une écoute, c'est de pouvoir échanger. Parce que, moi je trouve que dans la démarche clinique, on reprend tout ce qu'on attend d'une infirmière : le recueil de données, la sélection des informations... pour extraire les problématiques de soins, voilà c'est important ça.
9. Chercheur : d'accord, mais là tu n'es pas encore dans le recueil de données là. Donc, là tu fais quoi là, en introduction ?
10. CDS.2 : euh, là je lui demande qu'elle présente ses quatre patients. Moi, je fais comme si j'étais un infirmier, et que j'étais à la relève, parce que le but c'est quand même qu'on se projette dans quelque chose de réaliste, qu'on se mette dans les conditions du réel. Moi, je veux voir si elle est capable de... de bien transmettre les informations pertinentes. Donc, je lui demande la présentation synthétique des quatre patients, après, ce que je fais en général, je choisis un patient et on va plus en profondeur.
11. Chercheur : et qu'est-ce qu'elle te répond là ?
12. CDS.2 : [hésitation] eh bien, bien, là qu'elle n'a pas. Donc..., là tu vois j'ai blagué, mais dans les blagues il y a toujours un fond de vérité. Ouais, en général j'aime pas quoi, si on répond pas aux attendus... parce que effectivement, nous on a un cadre qui... qui est donné avant le stage. Donc il y a des consignes qui sont établies, qui sont intégrés au guide de stage. Et là l'objectif de l'étudiant c'est de faire quatre démarches de soins pour un étudiant de deuxième année. Très honnêtement là, dans, là il y avait un petit côté artificiel, donc je fais l'exercice, mais en fait j'aime pas du tout là.
13. Chercheur : là tu n'aimes pas du tout !
14. CDS.2 : non.
15. Chercheur : qu'est-ce que tu aurais pu faire de différents ?
16. CDS.2 : [hésitation, cherche ses mots] ... j'aurais pu dire [hésitation] ... bah c'est vrai que j'ai passé un temps important au départ à travailler sur le vécu, sur les objectifs de stage, mais... moi, la démarche de soins, il y a peut-être des gens qui vont trouver ça has-been, j'insiste c'est vraiment un élément important. Nous on a une méthodologie, on a une expérience et moi je pousse les étudiants à avoir ce raisonnement infirmier... Donc, là, elle ne répond pas la demande, ..., je pourrais mettre fin à l'entretien [en fixant le chercheur des yeux].
17. Chercheur : est-ce que tu as déjà fait ?

18. CDS.2 : [prend une grande inspiration avant de répondre] je ne sais pas ..., mais oui là franchement, je pourrais le faire. Après, on, voilà c'est une étudiante qui ..., je pense qu'elle a du potentiel, c'est une intuition parce que je ne connais pas du tout. Je n'ai pas du tout regardé son dossier.
19. Chercheur : c'est une étudiante de l'IFSI Sud.
20. CDS.2 : oui. Voilà, il y a le contexte. Ça aurait été une étudiante qui fait partie de mon groupe de suivi pédagogique<sup>66</sup>, là j'aurais dit : bon, écoutez, je ne vais pas vous demander de faire les démarches puisque vous n'avez pas répondu à la demande, mais par contre on va travailler sur les attendus. Moi, je veux que vous m'expliquiez pourquoi vous n'avez pas fait. Et, lui rappeler les règles quoi. J'aurais pu faire ça. Me connaissant, c'est ce que j'aurais dû faire d'ailleurs. Voilà, moi je trouve pas ça... pour moi c'est un manque de sérieux.
21. Chercheur : et du coup, qu'est-ce que tu lui proposes ?
22. CDS.2 : eh bien, là je lui propose... : faites-moi quand même votre présentation, et vous allez quand même développer un patient au regard des connaissances que vous avez quoi.
23. Chercheur : on va regarder justement.

*ESI.2 se justifie et explique qu'elle n'a pas eu le temps de faire un recueil de données. Elle explique que l'activité du service et son planning ne lui ont pas permis de se poser pour étudier les dossiers des patients. L'étudiante explique qu'elle a rencontré des difficultés, qu'elle a eu l'occasion d'évoquer avec sa tutrice. (1'10).*

24. CDS.2 : je veux bien que tu coupes. Donc en fait, là je lui demande quand même : pourquoi elle n'a pas fait ses démarches. Et là, c'est là où elle commence à me rouler dans la farine. Elle me donne ses arguments. Bon après, voilà je lui laisse la possibilité de se justifier. Et bon, elle a réussi en tout cas [rires] à ne pas mettre fin à l'entretien. Elle a réussi à faire en sorte que je ne sois pas rigide dans mon fonctionnement. Donc, après j'ai entendu ce qu'elle me disait, donc je ne ferme pas la porte voilà. Je lui dis : bon, ben on va faire avec ce que vous me donnez. Mais, vraiment, moi je trouve que dans l'accompagnement des étudiants, en particulier les étudiants de première année quand on les accueille, je leur dis : moi j'attends de vous une posture, une rigueur de travail. Donc, là elle peut me dire les excuses qu'elle veut, je pense qu'il y aurait toujours un moyen de faire quelque chose de... moi je suis assez à cheval sur la rigueur. Là, j'ai été assez tolérant on va dire.

*CDS.2 propose à l'étudiante de réaliser des transmissions orales pour les patients dont elle a eu la charge ce jour comme s'il était infirmier en chirurgie [rires, en demandant s'il ressemble à un infirmier de chirurgie]. Elle pourra s'aider des notes retranscrites sur un document placé devant elle (1'50).*

25. Chercheur : là, du coup, c'est quoi ton attention là ?
26. CDS.2 : [grande inspiration] la professionnalisation. C'est vraiment..., ben voilà : vous êtes en stage. C'est se mettre en situation de contexte. Bon, là on n'est pas dans le service, c'est toujours mieux de réaliser la visite directement dans le service<sup>67</sup>. Je veux être pragmatique en fait, je m'appuie quand même sur mon expérience, j'ai été manager en chirurgie. Et donc, là le but c'est de dire : je suis un infirmier de service, à votre égal, pour essayer de créer une relation de confiance. Essayer de se rapprocher d'une relation professionnelle. Moi, j'aime bien créer une relation de confiance, et c'est vrai que moi j'aime bien rigoler, tout en gardant un cadre professionnel. Et c'est là, où je me suis fait avoir. Parce que là, après elle est rentrée dedans, et après elle était dans un jeu. Voilà, comme je te dis j'aime bien créer une relation..., pas amicale, mais avec sympathie et bienveillance, etc. Mais avec elle, je me rends compte que c'est pas le bon plan, elle a pris ça pour du jeu.
27. Chercheur : comment tu qualifies ce jeu ? Tu dis qu'elle est rentrée dans un jeu.
28. CDS.2 : [hésitation], moi je trouve qu'elle a pris le truc un peu à la légère quand même. Voilà, je ne l'ai pas trouvé hyper-sérieuse. Même si je pense que c'est une étudiante plutôt brillante, je suis sûr qu'elle est très investie dans ses évaluations, mais là, il y avait la caméra... c'était une expérience. Voilà, elle voulait faire un petit peu..., je vais dire sa belle, sa princesse, je sais pas trop.
29. Chercheur : et toi là, tu lui demandes l'autorisation de faire des blagues.
30. CDS.2 : [marque un temps de réflexion] je lui demande l'autorisation ? Ah bon. Peut-être, oui. Ben, c'est justifié parce que je sais que je suis un peu familier, mais c'est juste pour dire, voilà c'est de dire que je vais utiliser l'humour pour voir si ça va choquer ou pas la personne. Tu sais, il y a des personnes qui sont hyper rigides, ils vont se dire : non, mais, le gars n'a pas la posture d'un cadre. Alors qu'en fait, je l'ai. C'est pour maîtriser la relation. Dire que si là je vais trop loin, OK dans ce cas je vais reprendre mon image lisse, etc. Voilà, mais en général cette relation, ça a plutôt des effets positifs, ça vise à mettre les étudiants à l'aise. En

<sup>66</sup> CDS.2 est un le formateur référent du suivi pédagogique d'un groupe de 20 étudiants de première année à l'IFSI DE Saint Denis.

<sup>67</sup> La rencontre est organisée dans un bureau situé légèrement à l'extérieur du service de soins

général, c'est aussi pour détendre l'atmosphère. Et en même temps, le message que je fais passer, c'est : je sais que le contexte de l'hôpital est difficile, il y a des patients qui sont parfois difficiles et les collègues, etc. Et, le message que je fais passer c'est qu'on peut être très sérieux dans son travail et dans la bonne humeur. Parce qu'on travaille en équipe, on travaille avec l'humain, même avec les patients on peut avoir un certain humour. Ce n'est pas de la familiarité, je n'aime pas ce mot, mais avoir une relation détendue. Et effectivement, c'est ce que j'aime dans la posture de cette étudiante finalement, elle est agréable et je suis certain qu'elle est adaptée avec les patients.

*CDS.2 propose à l'étudiante de présenter les patients et lui laisse la possibilité de choisir le dossier qu'elle présentera de manière plus approfondie (2'15).*

31. CDS.2 : tu vois, ça c'est un petit cadeau, c'est important pour mettre en confiance la personne. Et après, c'est selon le type d'étudiants. Si je vois que c'est un étudiant qui a de grandes difficultés par un manque de travail, par un manque d'investissement, je vais avoir une position hyper-rigide. Parce que là je vais tester ses capacités de travail, donc là je ne vais pas lui laisser le choix. Elle, c'est pas le cas, je me suis fait mon idée. Là je me dis c'est une étudiante plutôt brillante et je veux qu'elle me donne le maximum d'éléments sur un patient pour qu'on puisse échanger. Donc là je me suis adapté à la situation telle que je la percevais, c'est très contextuel. Si c'était une étudiante que j'avais estimé être très en difficulté, qui ne répond jamais aux commandes institutionnelles par rapport aux travaux, etc., j'aurais imposé un dossier.

*L'étudiante réalise la présentation synthétique d'une patiente de 47 ans hospitalisée pour reprise de fistule sigmoïdienne. L'étudiante précise l'histoire de la maladie et précise la localisation de stomie avec des gestes (2'47).*

32. Chercheur : là, qu'est-ce que tu prends en compte dans son discours ?
33. CDS.2 : ah ben... je pense que je vais la valoriser là. Je trouve qu'elle a une capacité à expliquer la situation. Par exemple, moi je suis cadre formateur, je n'ai pas forcément une maîtrise de la pathologie digestive, etc., et je trouve qu'elle s'approprie énormément son recueil de données. C'est plutôt rare chez les étudiants. Tu vois, en plus elle est visuelle elle explique avec des gestes. Ces rare, donc moi je trouve ça top. Comment dirais-je, en termes d'assimilation des connaissances. Certains étudiants ont du mal dans le diagnostic médical. Mais si tu creuses un peu, tu vois qu'ils sont perdus. Là, elle est capable d'expliquer en fait. Donc, top, moi j'aime beaucoup.
34. Chercheur : d'accord, ce que tu prends compte c'est sa maîtrise ?
35. CDS.2 : son appropriation. On voit qu'elle sait de quoi elle parle en fait.
36. Chercheur : tu vois qu'elle sait de quoi elle parle même si toi tu ne maîtrises pas la pathologie qu'elle évoque ?
37. CDS.2 : ouais ! Bah oui, parce qu'elle est capable de l'expliquer. Moi, si tu veux en tant que formateur, si on était en psychiatrie par exemple, bah je connais par cœur. C'est mon domaine d'expertise. J'aurais été très attentif au moindre mot. Là, la « chir » je maîtrise un peu parce que j'ai été cadre, mais pour autant, je n'ai jamais été infirmier en chirurgie. Mais..., j'ai quelques connaissances quand même, je suis infirmier malgré tout, mais... comme je te dis, le fait qu'elle arrive à argumenter le motif d'hospitalisation et d'expliquer au niveau de la physiologie et de la pathologie. Je trouve ça tellement rare chez les étudiants, en deuxième année, au bout de 10 jours de stage.

*CDS.2 félicite l'étudiante pour l'introduction de sa présentation et sa maîtrise de la pathologie (3'28)*

38. CDS.2 : tu vois. Pour moi là c'est fondamental : le renforcement positif. Ça, ça vient de mon expérience de management, mais je pense que c'est applicable à la pédagogie. Et ça fait tellement de bien d'entendre des choses positives, d'entendre les compliments, de reconnaître le travail. C'est des choses qui ne se font pas assez, me semble-t-il, dans les services. Donc là, je trouve que c'est bien, donc je le dis. Et ça, toujours dans l'objectif de valoriser et de mettre en confiance la personne. Et la valorisation, c'est tellement, tellement, tellement important. Donc ça, c'est quelque chose de fondamental dans ma manière d'être. Ça c'est un truc hyper-important. Et même, des étudiants qui sont parfois un peu en difficulté, il faut chercher des motifs de réassurance. Il faut donner confiance aux personnes pour qu'elles puissent s'exprimer pleinement et s'épanouir dans ce qu'elles font.

*L'étudiante accueille ce compliment avec le sourire et poursuit la présentation : patiente à jeun, allergique au paracétamol, porteuse d'une perfusion au bras droit, début d'alimentation parentérale ce matin. La patiente refuse la morphine. CDS.2 demande si la patiente est algique (4'28).*

39. Chercheur : là, pendant la présentation, tu interagis, tu poses des questions...
40. CDS.2 : tout le temps, oui.
41. Chercheur : tu cherches à faire quoi ?
42. CDS.2 : alors, déjà, un constat, je préviens toujours les étudiants en général que je vais les interrompre. Par exemple, tu vois, quand on fait des oraux pour les concours, là je n'interromps pas. C'est la modalité d'un concours, c'est cadré. Mais là, premièrement moi je suis curieux, et deuxièmement, encore dans l'objectif de la professionnalisation, je me place dans la posture infirmier d'égal à égal : bah j'ai envie d'échanger avec vous. Et plutôt que de prendre des notes et de revenir après, moi j'aime bien la spontanéité. Donc, peut-être que ça peut mettre mal à l'aise les étudiants, ça je ne sais pas. Moi j'aime bien interagir sur le coup et créer une dynamique très spontanée, c'est vraiment le but recherché pour moi. Voilà, après c'est discutable...
43. Chercheur : et pourquoi ça c'est important pour toi ?
44. CDS.2 : bah, comme je te dis [prend un temps de réflexion en regardant le plafond] premièrement, si on fait de la prise de notes, on risque de perdre de l'attention, c'est assez évident. Et puis on loupera peut-être des choses.
45. Chercheur : là, tu demandes si la dame est algique.
46. CDS.2 : oui, parce qu'elle me parle de morphine. On aime bien faire des liens quand on est infirmier.
47. Chercheur : excuse-moi, c'est qui on aime bien ?
48. CDS.2 : [hésitation] et bien... le soignant, enfin moi et les soignants.
49. Chercheur : toi en tant que formateur ?
50. CDS.2 : ah ben, tout à fait. Entre tous les éléments du recueil de données, moi j'insiste beaucoup sur la qualité du recueil de données. Parce que plus on aura des informations, plus on va croiser des données, faire des liens, pour identifier des diagnostics infirmiers, et même des diagnostics médicaux, mais ça ce n'est pas de son rôle. Le but c'est d'arriver à une prise en charge qui soit optimale. Donc là, elle me parle de morphine, moi je lui parle de prise en charge de la douleur. Pour que eux aussi, ils aient cette méthodologie de se dire : tiens, il y a un traitement, qui n'est pas anodin, assez puissant avec des effets secondaires, etc. donc morphine – douleur, amener les étudiants à faire le lien de manière la plus systématique possible.
51. Chercheur : d'accord, et là tu vises à aider l'étudiante à faire ce lien ou toi-même d'essayer de bien comprendre la situation de la patiente, ou les deux ?
52. CDS.2 : non, moi je m'en fiche. [Cherche ses mots] voilà, moi je m'en fiche. Non, c'est pour l'étudiante, complètement. Moi mon objectif c'est qu'elle ait une connaissance plus personnalisée du patient et qu'elle comprenne la prise en charge du patient avec les antécédents médicaux, les traitements. Mais, moi j'ai pas besoin... enfin... c'est pas que j'ai pas besoin de comprendre la situation, mais c'est pas pour moi que je fais, c'est pour savoir si elle met en lien la douleur et la morphine. Voir si pour elle c'est logique de mettre en lien les deux. Moi, ma connaissance de la personne, ben oui si, j'ai besoin d'éléments de compréhension je vais lui en faire part. Mais là, en l'occurrence c'était pour... c'était pas pour moi mieux connaître la patiente, mais c'était pour que elle, elle fasse le lien. Mais effectivement, à d'autres moments s'il y a des choses que je ne comprends pas dans la prise en charge de la patiente, je vais poser des questions. J'ai le souvenir d'une étudiante de deuxième année en stage en cabinet libéral qui présentait de gros problèmes de santé, mais il manquait beaucoup d'informations. Donc j'ai posé beaucoup de questions pour connaître la situation. Après, oui pour aider l'étudiante il faut que nous on est une bonne compréhension du patient. Mais là en l'occurrence c'était plutôt pour l'étudiante.

*L'étudiante confirme la présence de douleur chez la patiente en lien avec l'écoulement de selles acides au niveau abdominal (4'41).*

53. CDS.2 : là est-ce que tu peux arrêter là ?
54. Chercheur : oui.
55. CDS.2 : donc tu vois, ce qui est intéressant, c'est que j'ai ouvert le sujet avec la prise en charge de la douleur et donc elle continue à expliquer en disant : oui là elle a des selles acides. Donc l'objectif est atteint. Elle est capable d'argumenter et de dire pourquoi la patiente est algique. Donc là, c'est top. Je l'emmène à verbaliser le pourquoi du comment. Là, je suis très content. Et ça tu vois, par exemple, si j'étais dans la prise de notes, non moi j'aime bien la spontanéité. Là vous me parlez d'un problème donc là on échange tout de suite. Enfin, c'est ma philosophie et je suis prêt à en discuter avec d'autres personnes qui ne fonctionnent pas comme ça.

*L'étudiante et CDS.2 poursuivent l'échange autour de la prise en charge médicamenteuse de la douleur, car la patiente préfère éviter d'avoir recours à la morphine (5'20).*

56. CDS.2 : là, j'aime bien. Là il y a une interaction, tous les deux. Donc en fait, on est centré sur la personne et on va même encore un peu plus loin : non, la patiente ne veut pas prendre sa morphine parce que c'est un

traitement assez lourd. Donc on part vraiment de la patiente, là j'ai l'impression vraiment d'être son collègue. Cette partie-là, j'aime bien. Après, j'ai peut-être été moins performant. Mais là, je trouve que c'est vraiment riche ce qui est en train de se passer, peut-être un des moments les plus riches. C'est des petites choses, mais elle explore plusieurs dimensions : la douleur, la pathologie, les traitements, oui, mais la patiente ne les prend pas parce que la morphine ça fait peur... mais elle prend d'autres médicaments. Et donc je vais l'emmener à aller en parler avec le médecin, donc je vais l'aider quand même à avancer dans sa prise en charge. J'aurais même pu lui demander, j'aurais dû lui demander : elle est à combien l'EVA<sup>68</sup> aujourd'hui ? Si elle m'avait dit qu'elle est à 7 ou 8, j'aurais dit : bah interrogez-vous là ! Parce que là il y aurait eu un problème. Donc, engager l'étudiante à évoluer, à revoir peut-être son positionnement, comme une infirmière le ferait quoi. Moi, je lui fais des feed-back, quelque part, pour qu'elle puisse éventuellement réajuster sa posture. Donc là je suis assez content.

57. Chercheur : d'accord. Tu me dis que tu aurais pu lui demander l'EVA...
58. CDS.2 : j'aurais dû.
59. Chercheur : et ça aurait permis quoi ?
60. CDS.2 : que ça améliore la prise en charge de la patiente. Quand on dit aux étudiants de prendre en charge les patients dans leur globalité, ce n'est pas de la théorie. Il faut le mettre en pratique. Donc là, il y a un problème de douleurs et donc l'évaluation de la douleur permet de savoir si le problème de santé est résolu. Donc il y a des choses à mettre en œuvre.
61. Chercheur : et là tu lui parles de problèmes de santé ?
62. CDS.2 : [silence] bah, je lui parle de la douleur en tout cas, je lui parle de traitement et je veux qu'elle s'interroge sur la prise en charge de la patiente. [Se pince les lèvres] il me semble.

*L'étudiante poursuit la présentation en évoquant les conséquences psychologiques de la maladie pour la patiente qui reçoit peu de visite, même de la part des médecins. CDS.2 lui confirme qu'il s'agit d'un problème pertinent et suggère donc discuter avec le médecin (6'38)*

63. CDS.2 : là en fait tu vois, je lui dis : je ne suis pas infirmier dans le service, mais en fait, c'est un contre message. Je l'amène à parler, échanger sur la patiente et je suis content du problème. Là on arrive, avec cette spontanéité, dans cette relation presque d'égal à égal, elle arrive à me dire que ça a un impact sur le moral de la patiente. Et je suis content de lui avoir dit : tien, ça c'est un problème, et de l'inviter à en discuter avec le médecin.
64. Chercheur : est-ce que justement tu peux me parler de ce problème ? Tu dis à l'étudiante : là vous avais identifié un problème. De quel type de problème tu parles ici ? Problème de santé ? Problème dans le service ?
65. CDS.2 : et bien le problème c'est que, dans la prise en charge de la patiente, on peut poser un diagnostic infirmier... qui pourrait s'intituler... [hésitation] bon moi j'ai plus les titres en tête : moral perturbé, enfin, baisse de l'humeur en lien avec une pathologie aiguë qui est très invalidant à vivre [il refait les mêmes gestes que l'étudiante montrant les orifices de stomies sur l'abdomen], en lien avec... comment dirais-je... le manque d'information donnée par l'équipe médicale, manque de considération de la personne. Voilà quoi, un problème avec la possibilité de poser un diagnostic infirmier et de mettre en place des actions.
66. Chercheur : donc là tu parles de problème en termes de problèmes de santé ?
67. CDS.2 : oui tout à fait. Problème de santé oui.
68. Chercheur : et du coup qu'est-ce que tu aurais pu..., qu'est-ce que tu aurais voulu faire quand tu identifies ce problème là avec l'étudiante ?
69. CDS.2 : [en un temps de réflexion les mains jointes]
70. Chercheur : que tu n'as pas fait par exemple.
71. CDS.2 : bah, en fait je ne sais plus ce que j'ai fait derrière. Là je l'interromps, je lui dis si je peux me permettre, parce que je ne suis pas infirmier dans le service, mais ça c'est un problème. Et j'espère qu'après, elle a développé et elle va proposer des actions à mettre en œuvre. Et là, je me dis que j'ai réussi à l'amener à s'interroger sur la prise en charge de la patiente. Elle sort de là en se disant : je vais aller voir le médecin pour lui faire part de telle ou telle information, c'est plutôt pas mal quand même.
72. Chercheur : on va voir la suite.

*CDS.2 fait remarquer que l'absence de rencontre avec le médecin est dommageable pour la patiente (7'02).*

73. CDS.2 : là, je me dis : c'est dommage, j'aurais pu, enfin j'aurais dû plus insister. J'aurais pu lui dire : là vous venez d'évoquer un problème : comment pouvez-vous définir ce problème ? J'aurais pu faire un rappel de

<sup>68</sup> Echelle Visuelle Analogique : outils permettant d'évaluer la douleur des patients.

méthodologie : quels objectifs ? Quelles actions ? Et là, en fait je l'emmène sur un autre truc, j'évacue le truc donc dommage, c'est dommage.

74. Chercheur : qu'est-ce qui fait que tu ne l'as pas fait ?
75. CDS.2 : [il hausse les épaules.] Bah c'est ma spontanéité, je... je..., tu vois comme je laisse libre cours à ma spontanéité, du coup tu passes à côté, des fois, de possibilités de rappeler la méthodologie. Là, j'aurais dû m'arrêter et dire : Bam, c'est un problème de santé qu'est-ce qu'on fait ? Et là j'aurais pu laisser la main à l'étudiante et lui laisser le temps d'argumenter et de structurer un projet de soins. Alors que là, on va basculer sur un autre problème qui est plutôt institutionnel, sur l'organisation du service...
76. Chercheur : c'est là, effectivement, où je ne voyais pas bien la différence entre les deux : problèmes de santé ont problème de service ?
77. CDS.2 : hum... [grimaces] c'est vrai, là il y avait une perche très grande pour parler d'un problème de santé du patient, et je pointe le problème. Je dis bien : il y a un rôle infirmier donc il y a des actions à mettre en place, avec un rôle médical, etc. et au lieu de laisser l'étudiante s'exprimer, que je lui pose des questions, que je la cuisine, ben on passe à côté. Là c'était une ouverture géniale. Une ouverture comme je les adore. Voilà, une manière de dire : vous me pointez un problème de santé donc on s'arrête là-dessus et on développe. Ça, ça aurait été généralissime. Bon, je ne l'ai pas fait [le regard vers le bas]. Tant pis. [Sourire crispé]. Ben oui c'est ça. Après, le cadre rassurant de la démarche de soins, c'est qu'on leur demande de poser des problèmes avec les objectifs, les actions... et là, on aurait plus approfondi si j'avais le support papier. Parce que, mine de rien, là on était dans l'improvisation. Elle improvise, j'adore ça moi, parce que j'aime la créativité, mais c'est du sans filet, tu ne maîtrises pas. Enfin, tu ne maîtrises pas. Tu as ton expérience, tu as quand même une ligne directrice dernière, mais si j'avais vu la démarche de soins ça aurait été beaucoup plus facile de revenir sur ce problème-là, tu vois ?
78. Chercheur : qu'est-ce qui aurait été plus facile avec le support papier ?
79. CDS.2 : c'est cadré. Une démarche de soins, normalement c'est structuré et complet. Voilà le problème psychologique, elle me l'aurait exposé et en aurait fait un focus dessus. Alors que là, c'était que du verbal il n'y avait pas de support écrit. Donc je suis passé à côté... bon, il n'y a pas mort d'homme. Mais c'est dommage, c'était l'occasion de consolider la partie méthodologie.

*À la demande CDS.2, l'étudiante évoque les actions infirmières à réaliser auprès de la patiente (8'10).*

80. Chercheur : là, l'étudiante liste les actions infirmières. À quoi tu prêtes attention là ?
81. CDS.2 : [hésitation] je ne sais plus. Euh, après, ouais c'est assez technique, bon c'est important de voir si... si... elle sait s'organiser justement pour dispenser les soins. Après, la, normalement c'est juste une planification. En général je regarde la planification et puis j'approfondis la démarche de soins. Là, je suis obligé de m'adapter, car je savais qu'il n'y avait pas de planification dernière. Bon... là, je l'écoute, je pense.
82. Chercheur : et quand tu dis que c'est assez technique, ça veut dire quoi ?
83. CDS.2 : et, je sais plus là. Je crois qu'il n'y avait le pic-line<sup>69</sup>, c'est les prescriptions médicales. L'application des prescriptions médicales quoi.
84. Chercheur : le rôle prescrit ?
85. CDS.2 : oui, c'est ça.

*L'étudiante poursuit avec les actions réalisées : consulter les résultats de BMR<sup>70</sup>. CDS.2 demande alors à l'étudiante : qu'est-ce que c'est BMR (8'34).*

86. Chercheur : qu'est-ce que tu fais là ?
87. CDS.2 : bah, là j'évalue les connaissances de l'étudiante, clairement. Donc, elle me dit BMR, donc je lui demande qu'est-ce que c'est et je vérifie qu'elle sait de quoi elle parle.
88. Chercheur : donc elle sait ce que signifient les initiales BMR.
89. CDS.2 : [silence, hésitation] non, je... je..., ouais après je ne sais pas si j'ai approfondi, mais qu'elle me dise ce que c'est quoi. Parce que, elle y sera confrontée dans les services, donc c'est assez compliqué. Et puis ensuite on va sur des... isolements. Là, pareil, j'aurais pu faire le lien avec la patiente quand elle parle du problème isolément avec un impact psychologique. Tu vois, là moi-même je ne fais pas le lien parce que je suis passé à autre chose, malheureusement [rires]. Mais j'aurais pu faire aussi le lien avec le problème et dire : voyez, vous avez parlé d'un problème de santé psychologique, vous ne pensez pas que l'isolement va majorer ce problème

<sup>69</sup> Cathéter veineux central de 30 à 60 cm de long, inséré par une veine périphérique du bras et dont la partie distale se situe au niveau de la jonction de la veine cave supérieure et l'oreillette droite.

<sup>70</sup> Examen de laboratoire permettant d'identifier une Bactérie Multi Résistante

? Et après je crois que je lui parle de précaution complémentaire parce qu'on ne parle plus d'isolement aujourd'hui. Et elle me dit : si, on dit isolement. Et là j'aurais pu lui renvoyer que « isolement » ça a une connotation très négative, on ne va plus voir le patient. Donc ça aurait été intéressant de rebondir là-dessus.

*L'étudiante maintient que le dossier fait bien mention d'isolement (8'44).*

90. CDS.2 : donc, là, je ne lui explique pas [montre sa tête avec le doigt], je lui dis juste : c'est pas précaution complémentaire ? Mais je ne lui explique pas à fond. J'aurais dû lui dire qu'il y a cette connotation négative de l'isolement et que le vocabulaire a évolué. Moi j'étais passé à autre chose. Mais je voulais la sensibiliser sur cette notion de précaution complémentaire et refaire un peu de théorie, lui demander : qu'est-ce que c'est ? en quoi ça consiste ? C'est important d'évaluer les connaissances. Et là, en reprends la casquette de cadre de formateur en disant : dites-moi, ça je pourrais le faire, les trois types de précaution complémentaire. Donnez-moi un exemple pour chaque, etc. ça, c'est le truc que j'aurais pu faire, mais que je n'ai pas fait avec cette jeune fille, mais que j'aurais pu faire.
91. Chercheur : et qu'habituellement tu fais ?
92. CDS.2 : oui, oui, oui. A bah oui. Là, pour le coup, autant j'aime bien me mettre dans une posture de soignants, mais j'ai aussi un rôle de formateur et donc, évaluer les connaissances et d'amener l'étudiante à faire des recherches. Parce que, là tu me parles de précaution complémentaire, moi j'aurais dit : aller, vous avez fait des recherches ? Donnez-moi des exemples.
93. Chercheur : ça aurait été quoi l'intérêt de poser ces questions ?
94. CDS.2 : bien qu'elle sache ce qu'elle fait. Je veux dire, quand on met un patient en précaution complémentaire, elle doit en connaître le motif. Elle doit connaître comment on le met en œuvre. Elle doit être capable d'évoquer le risque de transmission de germes et les mesures à mettre en œuvre pour l'éviter. J'aurais pu aussi l'interroger sur ses pratiques, pour savoir pourquoi elle fait les choses. C'est important qu'elle comprenne que l'infirmier n'est pas un simple exécutant. Elle doit être capable aussi de l'expliquer à la famille et à l'entourage. C'est important pour favoriser l'acceptation du patient. Et là, si j'avais été un super formateur [sourire] là, j'aurais fait le lien avec le problème psychologique, incontestablement [sourire].
95. Chercheur : aujourd'hui tu dis que tu aurais pu le faire. Qu'est-ce qui fait qu'en situation tu ne l'as pas fait ?
96. CDS.2 : bah, je vais me chercher des excuses, mais c'est vrai que je n'avais pas le document écrit. J'étais un peu perturbé. En fait, j'étais un peu perturbé que l'étudiante n'ai pas préparé une démarche de soins. Voilà, même si j'aime bien le côté spontanéité, etc., j'aime bien avoir le support de la démarche de soins pour échanger.
97. Chercheur : le support de la démarche de soins aurait permis quoi ?
98. CDS.2 : eh bien, parce que dans la démarche de soins, si elle est bien structurée, l'étudiante doit faire le lien entre les problèmes de santé et les actions à mettre en œuvre. Les problèmes comme la BMR auraient dû être explicités. Donc, c'est sûr que j'aurais été plus à l'aise. Là, tu rames un peu pour faire les liens à l'oral, c'est plus difficile de rebondir.
99. Chercheur : est-ce que le support papier t'aide à te faire une représentation plus claire de la situation du patient ?
100. CDS.2 : mais évidemment ! Parce que c'est plus complet, on a les thérapeutiques, le motif d'entrée, on a une histoire de la maladie, les antécédents, les problèmes de santé, les actions, l'évaluation... on a tout pour bien comprendre la situation. Donc, bien sûr que le support papier ça aide... ça aide à avoir une meilleure connaissance du patient. Et du coup, à être plus pertinent dans l'échange que tu peux avoir avec l'étudiant. Ça, c'est clair.
101. Chercheur : OK.
102. CDS.2 : le point faible de ce suivi pédagogique, c'était ça. La partie clinique est ici plutôt négligée je pense. Après, c'est de sa faute. Parce que moi je viens pour aider et pour accompagner l'étudiante. Après, si la personne ne se donne pas les moyens de faire quelque chose de sérieux et d'approfondi, c'est tant pis pour elle. Là, je me suis raccroché à ses quelques lignes, mais bien sûr que ça aurait été beaucoup plus pertinent, avec un support papier.

*L'étudiante poursuit avec la présentation synthétique d'un deuxième patient en énonçant son nom de famille complet. CDS.2 s'interroge quant à la notion d'anonymat des présentations réalisées (9'48).*

103. Chercheur : qu'est-ce qui se passe là ?
104. CDS.2 : j'ai un doute sur la confidentialité des données-patients. Et après, je me rassure en disant qu'il y a le secret partagé. Je crois que c'est le cas. Et là, j'aurais pu, pareil, dire : secret partagé, confidentialité patient, on fait un focus là-dessus. Ça, j'aime bien faire il y avait une porte ouverte et je ne l'ai pas prise non plus. Parce

que, intuitivement, j'ai peut-être estimé qu'elle savait ce qu'est le secret partagé. Mais en fait, je ne sais pas, puisque je ne lui ai pas demandé. Et c'est dommage. Voilà, dans le contrôle et l'évaluation des connaissances, c'était une belle porte ouverte et je ne l'ai pas fait. Dommage.

*Elle poursuit en indiquant le motif d'entrée : UHN. Elle précise qu'il s'agit d'une Urétéro-Hydro-Néphrose, une déformation du rein (10'42).*

105.CDS.2 : elle explique, j'aime bien ça.

106.Chercheur : donc, elle explique UHN. Qu'est-ce que tu prends en compte ?

107.CDS.2 : là, elle essaye de s'approprier les données médicales pour les rendre accessibles, pour elle, et pour transmettre aux autres. Et, si je vais plus loin, ça veut dire qu'elle sera capable de l'expliquer au patient. Parce que, le patient tu lui dis... le langage médical [hésitation] j'ai même pas retenu le nom, il ne va rien capter. Donc, là ça veut dire qu'elle est capable de l'expliquer au patient pour le rassurer, et c'est tout à fait son rôle.

108.Chercheur : donc là, tu me dis que tu sens qu'elle s'approprie les connaissances, qu'elle est capable de les expliquer, et en même temps, tu me dis que toi-même tu n'as pas retenu le nom de la maladie.

109.CDS.2 : [temps de réflexion le regard au plafond], mais, peu importe, le malade ne va pas retenir le nom de la maladie. Mais il peut comprendre de manière concrète en quoi ça consiste son problème de santé, pour moi c'est bon.

110.Chercheur : mais comment tu le sais que ce qu'elle te dit est pertinent ?

111.CDS.2 : [silence, prends une grande inspiration les yeux tournés vers le plafond] d'accord... [silence] oui, oui... c'est une bonne question. Bien, là je vais te renvoyer à notre domaine d'expertise en tant que formateur... si j'étais un psy, je pourrais, à peu près, vérifier les dires de l'étudiante. Mais là, je ne peux pas les vérifier, je vérifie le raisonnement. Il y a tellement de diversité de terrain de stage, que je n'ai pas la prétention de maîtriser tous les domaines. Moi, ce que je vais vérifier, c'est la méthodologie, la recherche, l'appropriation, et après... non, je ne peux pas vérifier. Je ne peux pas garantir la pertinence des connaissances de l'étudiant.

112.Chercheur : quels indices te font dire que l'étudiante s'approprie les connaissances ?

113.CDS.2 : le fait de pouvoir argumenter, et sans que j'aie la chercher. Tu sens qu'il y a une démarche active, qui n'est pas provoquée. Sa capacité à argumenter de manière quasi spontanée me montre qu'elle s'est appropriée les connaissances. Moi, je ne me place pas comme expert, je suis un expert de la pédagogie si tu veux, de l'encadrement, etc., mais je ne suis pas... chirurgien digestif, et pourtant j'ai été cadre en chirurgie digestive, et je pense que j'ai été un bon cadre.

*L'étudiante poursuit la présentation clinique de ce deuxième patient en énonçant ses antécédents de cancer colorectal, la chirurgie, les soins de lavement..., CDS.2 questionne l'étudiante sur chacun de ces éléments au fur et à mesure de sa présentation (12'42).*

114.Chercheur : donc là tu continues à poser des questions ?

115.CDS.2 : c'est ça. Ça renforce tout à fait ma philosophie, j'aime beaucoup cette façon de fonctionner.

116.Chercheur : c'est-à-dire, qu'est-ce que tu apprécies ?

117.CDS.2 : que j'ouvre l'étudiante. Elle me parle de son hospitalisation, et à côté elle me dit il y a un cancer. Donc, ce n'est quand même pas une petite pathologie. Est-ce qu'il y a un lien à faire avec le motif d'hospitalisation ? Donc, c'est forcément un gros problème de santé que d'avoir un cancer du côlon et donc, de quelle manière elle va le prendre en compte dans sa prise en charge ? Donc, là, je l'interroge sur sa prise en charge du patient. Mais bon, pareil, j'aurais pu approfondir ses connaissances sur le cancer, le lien avec le motif d'hospitalisation. Tu remarques ? À chaque fois que je l'interroge sur quelque chose, elle a quelque chose à me dire, elle est capable d'argumenter et c'est ça qui me fait dire que c'est une bonne étudiante.

*L'étudiante évoque l'intervention chirurgicale à réaliser (type Bricker<sup>71</sup>) en expliquant le principe de réalisation (13'00).*

118.CDS.2 : [rires] ça tient la route, hein ?

119.Chercheur : [grimaces], mais, tu lui poses directement la question : c'est quoi la chirurgie, moi j'ai pas compris ?

120.CDS.2 : [silence] bah c'est vrai. [Rires longs]

121.Chercheur : c'est vrai ?

122.CDS.2 : bah oui [rires]. Moi je suis pas expert, il faut avoir cette humilité et ne pas faire semblant en disant : ouais, moi c'est bon je suis cadre. Dans le rapport avec la personne, il faut qu'il y ait de l'authenticité, il ne

---

<sup>71</sup> Technique de déviation chirurgicale des urines vers la peau

faut pas se faire passer pour ce que tu n'es pas. J'ai certaines compétences, mais l'expertise médicale, je ne l'ai pas. Mais là, encore une fois, peu importe. Elle me parle d'une intervention chirurgicale, le Bricker ou je ne sais plus quoi, allez : qu'est-ce que c'est. Par contre, j'interroge. Je veux savoir si elle sait ce que c'est. Et là, en plus, elle a l'air [fait des guillemets avec ses doigts], elle a l'air [en insistant] pertinente, son argumentation. Après, je ne peux pas dire à 100 % si le raisonnement est bon, mais elle est convaincante. Après, bon bah voilà, je ne peux pas être sûr à 100 % [en secouant la tête]. Et tu remarqueras sur la vidéo que je ne valide pas, je dis : d'accord [Rires longs].

*L'étudiante poursuit la présentation avec l'explication des soins de stomie à réaliser pour ce patient. Elle illustre avec des gestes. CDS.2 l'interroge sur le vécu du patient au regard de ses soins importants réalisés (14'10).*

123. Chercheur : là, c'est quoi ton intention ?

124. CDS.2 : bah, je veux voir si elle connaît le vécu du patient. Elle comprend ce qui lui arrive et est-ce qu'il a une bonne adhésion aux soins ?

125. Chercheur : tu cherches quoi ?

126. CDS.2 : [silence] à m'assurer qu'elle prend bien en compte toutes les dimensions du soin. Parce que, effectivement, pour moi c'est quelqu'un qui avait des antécédents très lourds. Il a beaucoup de pathologies graves qui lui tombent dessus, donc effectivement, donc il y a un impact sur la santé, mais dans toutes les dimensions de la santé : physique, psychologique, etc. donc voir si elle a bien mesuré tout ça. C'est donc évaluer si elle prend en compte toutes les dimensions du soin auprès du patient. Donc là, elle me dit que le patient il comprend bien ce qui lui arrive, elle communique bien, etc. donc, je fais OK je passe à autre chose. Si elle m'avait dit que le vécu est difficile, etc., on se serait arrêté pour parler de problèmes de santé. Tu vois, je me rends compte que j'évalue quand même beaucoup l'étudiante. Sur toutes les dimensions, sur les connaissances de pathologies, sur le vécu du patient, sur les liens entre les traitements les manifestations... tu vois hier, j'ai pensé que l'étudiante était dans un jeu, mais là, je me rends compte qu'on n'est pas dans un jeu, on fait du vrai travail. J'ai réussi à aborder pas mal de choses. Je m'étais sous-estimé. Parce que là, ce que tu montres, je suis assez content. Avec le peu de matière que l'étudiante importe, je trouve ça cool ce qu'on a fait.

*CDS.2 s'intéresse à la date prévue de l'intervention chirurgicale. Celle-ci n'est pas encore planifiée selon l'étudiante (14'36).*

127. CDS.2 : tu vois, là c'est super important. Parce que pour le coup, là je connais le fonctionnement de la chirurgie. En plus, elle me parlait d'un problème que je connais : la guéguerre entre chirurgiens pour l'occupation de lits. Donc je lui demande : quand est-ce qu'elle est prévue cette chirurgie ? Elle n'est pas du tout anodine cette question. Là, je teste si elle est organisée, si elle anticipe, si elle connaît son patient. Tu vois, c'est une petite question toute bête, mais elle est très importante.

128. Donc, c'est une petite question, mais derrière il y a du sens. Et là, regarde, elle me dit : peut-être, sûrement... mais en fait, elle ne sait pas. Et pour moi le but c'est qu'elle aille chercher cette réponse derrière. C'est ça l'objectif derrière. Moi je demande : c'est quand la chirurgie ? Elle me dit : sûrement...

129. Non, c'est pas sûrement, il y a probablement une chirurgie prévue, elle, elle ne sait pas. Et même, j'aurais dû lui demander d'aller chercher, de faire une recherche pour savoir la date de l'intervention chirurgicale.

130. Chercheur : tu aurais pu lui demander ?

131. CDS.2 : oui, j'aurais pu lui demander. Ça aurait été bien.

132. Chercheur : et qu'est-ce qui fait que tu ne l'as pas fait ?

133. CDS.2 : eh bien... [sourire] j'ai été distrait par mon téléphone. Mais ça c'est pas bien. Bah oui. Ça casse complètement la communication [rires]. Et du coup, je passe à autre chose.

*L'étudiante poursuit et termine la présentation clinique de ce patient. Elle enchaîne avec le suivant : un homme de 59 ans entré pour HOLEP<sup>72</sup> sur hypertrophie bénigne de la prostate. CDS.2 lui demande si c'est en lien avec son hypertrophie prostatique (15'36).*

134. Chercheur : là, tu fais quoi ?

135. CDS.2 : je cherche à savoir le lien. Elle me parle de... de symptômes... d'une pathologie... voilà. Le lien de cause à effet. Est-ce qu'elle comprend bien les choses. Parce que, encore une fois, pour bien comprendre ce qu'on fait, il faut être capable d'expliquer au patient de manière simple.

136. Chercheur : et du coup, elle comprend bien d'après toi ?

137. CDS.2 : oui. [Il acquiesce] je crois...

138. Chercheur : qu'est-ce qui te fait dire ça ?

---

<sup>72</sup> Enucléation de la Prostate par Laser Holmium. Cette intervention est réalisée en cas d'hypertrophie majeure de la prostate chez l'homme.

139.CDS.2 : [silence, il prend une grande inspiration] bah, le fait que... que... qu'elle explique... je ne sais plus trop ce qu'elle dit, mais ça m'avait convaincu en tout cas. Après, on peut revenir en arrière.

*Le Chercheur propose de visionner à nouveau la séquence. L'étudiante confirme que : « sa prostate prend beaucoup de place, et du coup, ça comprime les vaisseaux » (15'43).*

140.CDS.2 : oui, bah voilà, c'est le côté fonctionnel, ça comprime l'uretère ou machin, ça crée une gêne. Là, c'est assez simple à comprendre.

141.Chercheur : c'est la réponse que tu attendais ?

142.CDS.2 : [silence] j'n'attendais pas de réponse. Enfin, technique... je veux juste qu'elle explique ce qu'elle a compris. Histoire d'aller un petit peu plus loin et m'assurer de la bonne compréhension du mécanisme physiopathologique. Et là, il n'y a pas besoin de chercher midi à 14 heures. On a bien compris que l'hypertrophie peut créer une gêne, et du coup, c'est pertinent. L'objectif, c'est toujours que l'étudiante soit capable d'argumenter. Ça peut être le patient qui demande. Donc, l'infirmière il faut qu'elle soit capable de donner une réponse. Là, si j'étais le patient, je me dis : OK c'est bon, ça me va. Et en tant que formateur, ça me va.

*CDS.2 demande à l'étudiante : « c'est quoi le HOLEP ? Je n'connais pas moi » (16'09).*

143.CDS.2 : [sourire] après, c'est dangereux ça. Parce que, c'est vrai que les étudiants ont besoin d'être rassurés. Tu vois, juste un exemple, j'ai géré le module de cancéro cette année, et, au tout début de la présentation de l'UE, je leur ai dit : je vais apprendre avec vous [rires] ce que c'est que la cancéro, j'ai jamais fait de cancéro. Pour moi, c'est être dans un lien de transparence. Mais, ça les a fait plutôt flipper, les étudiants. Le fait que je leur dise que je ne maîtrise pas. Même si moi je sais que j'avais trouvé des personnes pour m'accompagner. Ça fait stresser les étudiants. Ils se disent : le prof il connaît pas ? Tu vois, ça il y a des étudiants à qui ça peut faire flipper.

144.Chercheur : est-ce que tu aurais pu faire autrement ?

145.CDS.2 : mais bien sûr. Ben oui, dans la manière de communiquer, il ne faut pas dire : je ne sais pas. Là, je suis sans filtre quand je dis ça. J'aurais pu par exemple, me mettre à la place du patient et lui demander de m'expliquer la maladie comme si je ne savais pas. D'ailleurs, c'est intéressant l'exercice qu'on fait tous les deux, parce que le but c'est de m'aider à progresser. Donc là, si je dois m'améliorer, je dirais la prochaine fois : si j'étais à la place du patient... [sourire]. Comme ça, je ne dis pas que je ne maîtrise pas. Honnêtement, si ça ne tenait qu'à moi, je garderais mon fonctionnement. Mais il y a des étudiants que ça met en difficulté. Parce que... malgré tout, la non-maîtrise, je la maîtrise. [Rires nerveux] je ne sais pas comment expliquer ça.

146.Chercheur : [expression d'étonnement] la non-maîtrise, tu maîtrises ? C'est intéressant.

147.CDS.2 : [rires francs] la non-maîtrise médicale, je la maîtrise dans le sens où pour moi le but est autre. Comme je te le disais, c'est le raisonnement, et faire des liens, de travailler sur la posture, etc. je ne peux pas avoir la prétention de tout connaître, c'est impossible.

148.Chercheur : et tu me disais un peu plus haut que tous ces indices montrent que les étudiants s'approprient les connaissances.

149.CDS.2 : absolument... absolument. Pour moi c'est ça le plus important. En plus, elle, elle est assez douée. Et il y a des étudiants, qui te raconteraient des conneries. Il y en a qui ne maîtrise pas autant qu'elle.

*L'étudiante poursuit la présentation en énonçant les éléments de surveillance postopératoire en insistant sur la surveillance mictionnelle. Elle évoque le premier lever du patient à J1 postopératoire. CDS.2 insiste sur l'importance de réaliser ce premier lever même si, d'après l'étudiante, la recherche d'une hypotension artérielle n'est pas systématiquement faite (17'53).*

150.CDS.2 : là tu vois, je lui dis : ça ne coûte rien. C'est une réponse nulle [rires]. Heureusement, je me reprends derrière avec les recommandations, les bonnes pratiques. [Rires] donc, ça va. Et tu vois, elle a quand même des réponses l'étudiante. Donc c'est très bien. Et puis là, je recadre un peu le truc, elle me dit que les infirmières ne font pas la recherche hypotension lors du premier lever. Donc moi, je lui demande de se projeter et je lui dis : vous, vous le ferez !

*L'étudiante poursuit et présente la situation du patient suivant : un homme de 57 ans entré pour un sondage urétéral. CDS.2 lui confirme qu'elle a de bonnes connaissances. Cette dernière rigole et confirme en disant : oui, c'est vrai (21'10).*

151.CDS.2 : tiens, c'est là. J'ai envie de savoir ce qui fait que ça a déraillé. Je pense que c'est à partir de là, parce que jusqu'à présent on est sérieux. Je sais pas ce qui a fait dérailler là.

152.Chercheur : en effet, en regardant la vidéo hier soir j'ai noté que là il y a une bascule.

153.CDS.2 : oui.

154.Chercheur : bon, on va regarder et tu me dis.

- 155.CDS.2 : d'accord. Parce qu'à partir de là ce sera moins pertinent je pense.  
156.Chercheur : mais ce sera intéressant de voir au niveau de la conduite de l'entretien.

*CDS.2 questionne l'étudiante sur ses notes aux différentes unités d'enseignement, et confirme qu'elle dispose de connaissances théoriques suffisantes. Puis, elle poursuit la présentation du patient. Ensuite, CDS.2 confirme que ses présentations sont claires, organisées et que les informations importantes sont soulignées (23'25).*

- 157.CDS.2 : ça, c'est intéressant là.  
158.Chercheur : tu fais quoi là ?  
159.CDS.2 : à la fin de l'exercice, je synthétise ce qui est correctement fait. J'aurais pu mettre des axes d'amélioration, mais, après chaque étape de l'entretien, de faire une conclusion ça me semble important. Ça c'est automatique chez moi, on conclut la présentation du patient, je lui dis ce qui est bien, etc., etc. ça fait office de transition sur la suite.  
160.Chercheur : OK

*CDS.2 souligne l'importance d'indiquer des repères horaires sur la planification des soins de l'étudiante. Celle-ci argumente avec assurance son choix de ne pas indiquer les horaires compte tenu de l'organisation du travail en 12 heures. Sur son téléphone portable, elle montre alors à CDS.2 une planification plus précise réalisée lors d'un précédent stage. CDS.2 redit à l'étudiante sa satisfaction quant à la qualité du travail fourni : « c'est très bien, je valide ». L'étudiante sourit et fait part de son insatisfaction lors de l'évaluation réalisée par une aide-soignante pour la validation d'un acte de soins : « là, vous voyez je ne suis pas d'accord, elle m'a mis « à améliorer » pour la réalisation de la toilette ! » (26'25).*

- 161.Chercheur : qu'est-ce qui se passe là ?  
162.CDS.2 : ah..., bah c'est là en fait que ça dérape. Elle part en live. Mais moi, tu vois je me détends en fait je commence à plaisanter. Alors que... oui, il fallait peut-être...  
163.Chercheur : là, elle t'emmène sur autre chose. On n'est plus sur la démarche de soins.  
164.CDS.2 : ah ben oui, oui oui.  
165.Chercheur : là, elle te dit qu'elle n'est pas d'accord sur ce que les professionnels du service lui demandent de faire.  
166.CDS.2 : [rises] oui. Oui, c'est un peu déconnant son truc. Je pense que la pauvre aide-soignante, elle voulait lui montrer un peu à l'ancienne peut-être. Mais l'étudiante la décrédibilise complètement, en disant : elle, elle me désorganise, en plus elle ne sait pas m'évaluer... donc, là, il aurait fallu un petit recadrage en règle.  
167.Chercheur : là, toi tu lui parles de la planification des soins, et elle, elle t'emmène sur un problème de relations avec les aides-soignantes.  
168.CDS.2 : oui. [Rires] oui, là en fait elle prend la main. C'est moi qui aurais dû dire : on repart sur autre chose. Elle prend la main, et puis après je crois que je l'écoute, et après je crois qu'on n'est plus pertinent.  
169.Chercheur : on va regarder la suite.

*L'étudiante continue à expliquer la nature du différend avec une aide-soignante du service concernant la réalisation d'une toilette au lit : « je ne comprends pas ce qu'ils ont avec ça, ils veulent absolument que je valide la toilette à chaque stage ! » (27'33).*

- 170.Chercheur : là, vous parlez toujours de la démarche de soins ?  
171.CDS.2 : non, non. Non, pas, après elle parle... [rises] d'une aide-soignante qui lui a demandé de faire une toilette... [rises]. Là, c'est hors cadre on va dire. Après, j'ai essayé de garder mon sérieux et de m'intéresser à elle. Elle parle de son vécu, donc je pense que c'est important. C'est important que les étudiants puissent parler de leur vécu. Un vécu qui est parfois très difficile, mais plus souvent que ce que j'aurais imaginé. Moi, j'ai vu des étudiants qui ont vécu des trucs vraiment pas cool quoi, avec des infirmiers, les infirmières... peau de vache, le mot est faible. Donc, vraiment des conduites très limites. Donc là, de lui accorder un espace d'expression, ça va. Enfin, si je maîtrise derrière ça va, le problème c'est qu'après [rises] ça part en rigolade.

*L'étudiante continue à se plaindre de cette aide-soignante, avec un brin d'humour, et rigole de la situation, sans pouvoir se contrôler. CDS.2 peine à lui faire garder son sérieux (28'20).*

- 172.CDS.2 : là, je me décrédibilise. Il aurait fallu que je recentre le truc. Oui, non... je ne suis pas un clown quoi. Après, moi je suis... comment dirais-je ? Il y a des cadres qui ne toléreraient pas ça. Moi, ça ne me choque pas. J'ai bien rigolé, après il faut voir comment elle interprète les choses elle. D'un point de vue pédagogique, je ne suis pas sûr que ça lui apporte grand-chose. Moi, je ne pose pas le cadre-là. Il faut rester sur un truc cadré, trop. Là, je ne donne pas une bonne image de moi. Et du coup, elle prend un peu de liberté, elle prend encore plus de confiance, et ça ne va pas être très profitable.

*L'étudiante continue à se plaindre de l'aide-soignante qui a estimé que le soin restait « à améliorer ». L'étudiante continue à rigoler. CDS.2 ne peut s'empêcher d'en faire de même. Il s'adresse à la caméra en disant : « mais c'est inédit quand même, c'est la première fois que ça m'arrive » (29'14).*

173.CDS.2 : après, oui, moi je le prends complètement au second degré. C'est vrai qu'elle est très atypique. C'est vrai que je ne pense pas que ça m'est déjà arrivé de rigoler comme ça avec une étudiante. Elle le dit elle-même, que c'est un peu la mascotte de la promotion. C'était très théâtral quoi.

174.Chercheur : Et là, vous ne parliez plus de la démarche de soins.

175.CDS.2 : pas du tout [en secouant la tête]. Ben non, là, on est dans le vécu. Là, j'aurais pu travailler sur la posture. Mais, pour défendre la manière d'être, c'est aussi un exutoire pour lui permettre de s'exprimer.

*CDS.2 tente de se reconcentrer et de reprendre le fil de l'échange. Il tente d'argumenter l'intention de cette aide-soignante pour l'aider à progresser. L'étudiante se met à nouveau rigoler. CDS.2 s'adresse à la caméra en disant : « on a le droit de taper les étudiantes ? » Il insiste alors sur la nécessité pour l'étudiante de développer des capacités d'adaptation en stage (32'24).*

176.CDS.2 : mine de rien, j'ai quand même fait passer des messages. Là, j'ai montré à l'étudiante que, le fait de s'adapter aussi va l'aider à mieux vivre son stage. Cette aide-soignante lui a quand même accordé du temps et je pense qu'il y avait beaucoup de bienveillance dans son action. Voilà, elle a pu s'exprimer, et j'ai pu lui faire passer des messages. Ça va, ça va. OK.

*CDS.2 fait un résumé des échanges avec l'étudiante. Il regrette tout de même que le travail sur la démarche de soins n'ait pas été plus approfondi par l'étudiante en amont. Il lui confirme néanmoins des capacités en termes de compréhension et de mobilisation des connaissances. Il reconnaît également ses capacités relationnelles et l'invite à faire preuve de davantage de rigueur, notamment en matière de démarche de soins.*

*Il termine en demandant à l'étudiante : « qu'est-ce que je peux faire pour vous aider ? ».*

*Celle-ci le questionne alors sur la méthodologie de la formulation des problèmes de santé en lien avec les pathologies du patient (37'24).*

177.Chercheur : est-ce que tu peux me dire ce qui se passe là ? Qu'est-ce que tu fais ?

178.CDS.2 : ben là, je conclus une nouvelle fois sur..., enfin, je veux conclure sur la démarche de soins en lui disant quand même un message : écoutez, vous n'avez pas répondu à la demande, donc là on a improvisé, il manquait des supports. Moi, j'ai besoin des supports pour pouvoir échanger davantage. Allez, on arrête. Maintenant, dans la démarche d'accompagnement en stage, je suis là pour les étudiants dont je lui dis : qu'est-ce que je peux faire pour vous aider ? Et là, elle revient sur... j'aime bien... enfin j'aime bien... et là, elle me parle de méthodologie des problèmes de santé. En gros, elle sous-tend que, nous, le modèle pédagogique qu'on essaie de leur enseigner c'est : problème par problème. Et que, elle, elle est plutôt dans quelque chose de global, pour mettre les liens. Les liens entre les maladies... et j'avoue que je n'ai pas trop compris. Donc, je lui demande de reformuler, et après je crois que je m'emmêle les crayons.

179.Chercheur : alors, je ne devrais peut-être pas le dire, mais ce qu'elle te dit est très confus. Moi je ne comprends pas non plus.

180.CDS.2 : ah, OK.

181.Chercheur : mais du coup, ça m'intéresse de savoir toi qu'est-ce que tu cherches à faire dans cette situation.

182.CDS.2 : approfondir sa commande parce que je ne comprends pas.

*CDS.2 tente de répondre à la question de l'étudiante en prenant l'exemple d'un patient atteint de diabète. L'étudiante rajoute alors de la confusion en disant : « pour moi, le diabète ça peut être aussi un symptôme » (37'50).*

183.Chercheur : là, elle te dit que le diabète peut être un symptôme ?

184.CDS.2 : [long silence, puis prend une grande inspiration] en tout cas, moi ce que j'essaie de faire c'est de..., parce que je ne réponds pas sa question en fait. J'essaie juste de lui réexpliquer, comment on traite les problèmes de santé et que par exemple : si le diabète est équilibré, ce n'est plus un problème de santé. Et là, elle me redemande... et si le diabète est un symptôme ? [L'air songeur]. Oui, là elle continue à avoir un questionnement qui n'est pas très très clair, effectivement... j'essaie de répondre tant bien que mal, mais. Et en plus, quelque chose qui a un impact quand même, ça demande beaucoup de concentration quand même le suivi de stage. Il faut vraiment être hyper attentif. Et quand tu arrives à la fin, tu es peut-être moins concentré. Là on arrive au bout, et je ne suis plus très..., et il y a eu aussi le stress de l'exercice filmé. Donc là, je n'étais peut-être plus au top non plus. Et elle non plus, manifestement. Je parle de moi, mais c'est aussi l'étudiante. Tu vois, ça demande beaucoup de concentration.

185.Chercheur : qu'est-ce que t'aurais voulu ou pu faire différemment par rapport à cette fatigue justement ?

186.CDS.2 : pour moi, l'idéal aurait été que sa question soit plus claire, et que je sois plus à même de répondre. C'est vrai que j'ai une petite baisse d'énergie, mais après, j'aurais pu quand même répondre à cette question si

elle était plus claire. C'est dommage, moi j'aime bien quand les étudiants posent des questions. Bon, elle est peut-être mal formulée, et moi j'ai pas réussi à reformuler ou à répondre à sa demande.

187. Chercheur : et tu fais comment en général en fin d'entretien quand tu sens que tu commences à avoir une baisse de fatigue ?
188. CDS.2 : [longue inspiration] ben, je ne sais pas..., après..., baisse de fatigue..., je ne sais pas comment je les gère moi... après, je suis quand même au service de l'étudiant. J'essaie quand même dans l'intérêt de l'étudiant de répondre à ses questions pour qu'ils n'repotent pas frustré.
189. Chercheur : OK
190. CDS.2 : je ne sais pas comment te l'expliquer, mais. Là, je n'ai peut-être pas été assez dynamique.

*CDS.2 fait part à l'étudiante de sa difficulté pour répondre à la question. Étudiante énonce alors un exemple concret (38'30).*

191. CDS.2 : bah, là, elle prend un exemple concret. C'est plutôt pas mal. Mais, j'avoue que même avec l'exemple je ne comprends pas. Et en plus, là où elle m'embrouille, c'est qu'elle parle d'un patient qui ne faisait même pas parti des patients qu'elle vient de présenter. Donc... là... je réponds, mais..., c'est par automatisme tu vois. C'est pour ne pas laisser du vide, mais en fait je ne capte rien.
192. Chercheur : là, tu ne vois pas où elle veut en venir ?
193. CDS.2 : non, pas du tout. Et là, c'est de la broderie. Là, je brode là. Je brode, complètement...
194. Chercheur : mais, tout à l'heure tu me disais que ton rôle à toi ce n'est pas de maîtriser les connaissances, mais bien la méthodologie du raisonnement clinique...
195. CDS.2 : oui... [silence, le regard dans le vide].
196. Chercheur : mais là tu brodes.
197. CDS.2 : ben oui, je suis honnête avec toi. Mais c'est parce que je ne comprenais pas sa question. Je ne comprends pas sa question initiale, elle me donne un exemple, mais je ne comprends pas son exemple. Donc, j'essaie de raccrocher... justement, à de la méthodologie en lien avec mes connaissances sur le raisonnement clinique et la manière de traiter un problème. Mais je brode dans le sens, je ne suis pas sûr de répondre à la question [sourire]. Je me raccroche à..., je ne sais pas, à ce que je peux.
198. Chercheur : mais là, tu n'es pas sûr de comprendre la question ?
199. CDS.2 : mais, ce n'est même pas que je ne suis pas sûr, je ne la comprends pas. Là, ça ne se voit pas, mais je ne comprends rien à ce qu'elle dit. [Silence] donc... [rires] on va voir ce que je vais répondre, je ne sais plus ce que je vais répondre. Je réponds, mais je ne comprends pas. Parce qu'en plus, elle me parle d'un exemple qui ne s'appuie pas sur un patient qu'elle a présenté.

*L'étudiante reformule sa question pendant que CDS.2 la schématise en prenant des notes sur une feuille de papier (40'30).*

200. Chercheur : qu'est-ce que tu cherches à faire là ?
201. CDS.2 : de contextualiser quelque chose... là, j'essaie de faire en sorte qu'elle soit le plus concret possible pour que je puisse l'aider à répondre à son interrogation. En tout cas, à lui apporter une réponse qui soit satisfaisante pour elle. Même si je ne suis pas sûr que ce soit une réponse à la question initiale. Je veux lui apporter une réponse par rapport à son questionnement. Mais, étant donné que le questionnement n'est pas clair, et... Tu as vu, j'essaie de reprendre quelque chose de très schématique sur papier. Je lui fais même une réflexion : ne vous embrouillez pas !
202. Chercheur : ne parlez pas, tu as dit.
203. CDS.2 : ah oui ? Carrément. [Rires] là, je ne suis pas dans la maîtrise.
204. Chercheur : la maîtrise de quoi ?
205. CDS.2 : eh bien... de ce qu'elle veut... de ce qu'elle veut que je l'aide. Parce que, initialement, je pose une question : en quoi je peux vous aider ? Et elle me dit : oui vous pouvez m'aider.... Donc, elle est en demande d'aide. Elle a vraiment envie de comprendre quelque chose. Et le fait que je ne comprenne pas en quoi elle veut que je l'aide... c'est frustrant en tant que formateur. Donc j'essaie, par tous les moyens, de rationaliser le truc, de contextualiser pour essayer de comprendre ce qu'elle dit et lui apporter au moins une réponse. Une réponse qui puisse l'aider, tout simplement.

*L'étudiante poursuit la reformulation de son questionnement portant sur la formulation d'un problème de santé (41'30).*

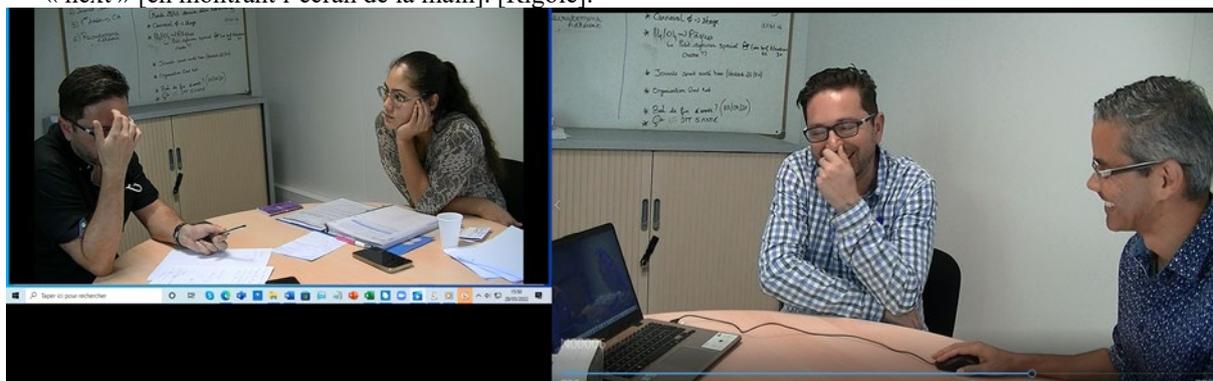
206. CDS.2 : là, elle reformule de la même manière et elle remet son symptôme.
207. Chercheur : mais, est-ce que ça te semble pertinent ?
208. CDS.2 : [pince les lèvres] ...
209. Chercheur : elle te dit que le diabète est un symptôme de l'obésité.
210. CDS.2 : elle dit que le diabète est un symptôme... [le regard vers le plafond]. En fait, je crois que je vais comprendre son raisonnement, dans le sens où le mec avait tellement de facteurs de risque et une hygiène

alimentaire dégradée que le mec a développé un diabète. Bon, je ne sais pas si c'est un symptôme. Mais elle m'explique que le mec a une chirurgie, qu'il a perdu 80 kg, et que le diabète a disparu. Donc, je comprends ce raisonnement. Après, c'est vrai que le diabète n'est pas un symptôme. J'aurais dû reprendre ça avec elle, mais c'est vrai que sur le moment c'était très confus.

211. Chercheur : mais, dans ce qu'elle explique, l'obésité est une pathologie ou bien un problème de santé ?  
212. CDS.2 : c'est une pathologie. C'est la pathologie principale. Et il y a des facteurs de risque. Je pense qu'elle voulait m'amener là-dessus, et on a pu en parler un peu... [grimace] donc, je ne sais pas si j'ai répondu à sa question, mais on n'en a quand même un peu parlé.  
213. Chercheur : on va regarder la suite.

*CDS.2 et l'étudiante poursuivent la discussion pour tenter de clarifier le questionnement. CDS.2 propose une synthèse en disant que ce sont des « problèmes liés » (42'46).*

214. CDS.2 : [rigole] ah, je suis trop fort !  
215. Chercheur : qu'est-ce qui te fait rire ?  
216. CDS.2 : là, je fais des pirouettes, je.... Là, c'est de la comédie ce que je fais [rigole].  
217. Chercheur : de la comédie ?  
218. CDS.2 : mais bien sûr ! Parce que je n'étais pas tout à fait dans la maîtrise, parce que je ne comprenais pas sa question. Donc, je fais des pirouettes, pour ne pas perdre la face, mais surtout [rigole] pour que l'étudiante ne soit pas frustrée [rigole]. Mais là, je ne lui apporte pas grand-chose en fait. Je vais passer loin en fait. Là, quand elle m'explique le lien entre diabète et obésité, en termes de méthodologie, j'aurais dû être plus précis pour répondre à cette question. Mais bon, je lui dis qu'il faut être pragmatique, que c'est un problème lié... [sourire], c'est une manière de lui dire : c'est bon, j'ai compris votre question, laissez-moi [en faisant des signes avec les mains, signifiant : laissez-moi partir]. Laissez-moi une porte de sortie quoi.  
219. Chercheur : mais, l'image est intéressante. Tu m'expliques être soucieux de son bien-être, etc., et sur l'image, qui a l'air le plus soucieux à ton avis ?  
220. CDS.2 : [rigole], mais c'est moi, c'est moi !  
221. Chercheur : elle, elle a l'air tranquille.  
222. CDS.2 : [rigole], mais à 100 %. Parce que là, je pense qu'elle a pu exprimer ce qu'elle avait envie à propos de son interrogation. Et quelque part, l'objectif est atteint. J'ai pu permettre à l'étudiante de s'exprimer. Après, ma réponse n'est pas très claire et... ça se voit que je suis un petit peu soucieux [rigole]. C'est clair, c'est clair, mais je l'assume, qu'est-ce que tu veux ? C'est comme ça, au moins, je suis resté ouvert à l'étudiante. C'est important ça. Et là, je maîtrise à moitié, mais l'étudiante, là elle est bien, et c'est ça qui importe. Là j'aime bien ton arrêt sur images, ça permet de dire : ouais, ben le prof il galère un peu, et tant mieux qu'il galère. Il faut se remettre en question, on n'est pas dans la maîtrise. L'étudiante, elle est contente alors, objectif atteint. Allez, « next » [en montrant l'écran de la main]. [Rigole].



223. Chercheur : je t'ai dit que j'allais faire récalcitrant...  
224. CDS.2 : oui, je t'en prie.  
225. Chercheur : mais, j'insiste. Tu me disais en début d'entretien que toi ton rôle, c'est d'accompagner l'étudiant, c'est de maîtriser la méthodologie du raisonnement clinique...  
226. CDS.2 : ouais... [se pince les lèvres].  
227. Chercheur : ... et non pas le fond du contenu, des pathologies...  
228. CDS.2 : OK, ouais... [se pince les lèvres].  
229. Chercheur : et là, tu es soucieux parce que justement, tu me dis : je ne suis pas dans la maîtrise.  
230. CDS.2 : [acquiesce] oui.... Alors, je vais même aller plus loin, par rapport au collègue avec qui tu as fait le même exercice que moi, lui il est référent de l'UE raisonnement clinique. Lui, la maîtrise de la méthodologie, c'est sûr qu'il l'a. C'est même pas la maîtrise, l'expertise. Moi, la méthodologie du raisonnement clinique..., je la maîtrise... d'une certaine manière. Du fait de mon expérience... du fait de mes apprentissages à moi... mais c'est sûr que je maîtrise moins que mon collègue. Mais, j'ai peut-être été réducteur quand je t'ai dit ça en

introduction que moi j'étais sur la maîtrise de la méthodologie. En fait, il y a aussi la réflexivité de l'étudiante, la prise en charge globale du patient, s'interroger sur ... tout. Par exemple, sur la pathologie, je lui pose des questions sur la pathologie. En fait, je passe mon temps à poser des questions, et sur tout. Donc, c'est une manière de revenir sur la méthodologie. Pour moi, ce serait réducteur de dire que je suis que sur la méthodologie. Je vais dans plein de directions en fait. On peut nommer ces directions, il y a le vécu de l'étudiant, même à travers la démarche clinique on est dans le vécu de l'étudiant, ce qui m'est très cher évidemment. Mais on est aussi dans les connaissances, on est aussi dans la méthodologie..., autant que faire se peut. Être dans la réalité du service, dans la relation à l'autre... etc., là je me rends compte que j'interroge plein de dimensions à travers la démarche clinique. Donc, c'est plutôt pas mal je dirais, quand même. Et que, la méthodologie en l'occurrence, je ne la maîtrise... pas. Là, je ne comprends pas trop sa question, la méthodologie est approximative, mais je m'en débrouille [rires].

231. Chercheur : et tu me disais tout à l'heure que la non-maîtrise, tu maîtrises.

232. CDS.2 : ouais. Ouais, grave. Oui, c'est une habitude de fonctionner comme ça.

233. Chercheur : c'est quoi ta stratégie ?

234. CDS.2 : [prend le temps de repositionner ses lunettes] j'ai pas de recette miracle..., le truc c'est mon expérience. J'ai été cadre en service, je suis cadre en pédagogie, je me suis retrouvé dans des situations problèmes... de non-maîtrise justement. Je me souviens, quand j'étais cadre en pédiatrie, j'ai dû faire face au confinement et la crise sanitaire. Les médecins, l'équipe, les patients, les familles content sur toi alors que tu ne maîtrises pas. Alors oui, la non-maîtrise, tu apprends à la maîtriser pour agir quand même. Donc là, à l'image tu me vois soucieux, mais l'étudiant elle est bien. Et en plus elle est bienveillante. Donc, pour répondre à ta question, il y a plusieurs manières de gérer cette non-maîtrise. Il y a l'honnêteté. Parfois, tu vas dire aux gens : non je ne sais pas. Des fois par contre, si tu fais ça, tu vas mettre en difficulté ton équipe. Là je pense à la pédiatrie. Si moi j'étais en panique parce qu'il manque du personnel, parce qu'on n'a pas le matériel... les gens auraient été en panique et le service n'aurait pas tourné. Et on avait besoin de soigner le malade. Et pour moi, le bien-être de mes équipes était important. La non-maîtrise, je l'ai affronté et je continue de l'affronter. Ça fait partie du travail de cadre. Ce serait impossible de ne pas pouvoir gérer les imprévus. On a un référentiel hyper dense, j'ai géré plusieurs UE, j'ai géré la transfusion, même si je ne suis pas sûr d'avoir tout compris, et je pense que je ne sous-estime en disant ça parce que j'ai quand même une maîtrise relative. Tout ça pour dire, il faut faire des acrobaties et s'adapter tout le temps, avoir une certaine humilité, savoir chercher les bonnes ressources et parfois ne pas répondre tout de suite. Là, j'aurais pu lui dire : écoutez, vous êtes encore en stage, clarifiez vos idées et formulez-moi votre question par mail, j'y répondrai après coup. Il y a plein de manières de la gérer, la non-maîtrise.

235. Chercheur : OK, je te propose de continuer encore, on arrive à la fin.

*CDS.2 propose l'étudiante des actions soignantes à réaliser pour assurer la prise en charge du patient. Il clôt l'entretien en faisant un résumé de la discussion (56'03).*

236. CDS.2 : là, tu vois je reprends le leadership.

237. Chercheur : OK, on va pouvoir s'arrêter là puisqu'on arrive à quasiment 2h20 d'entretien.

238. CDS.2 : oui... quand même.

239. Chercheur : est-ce que tu peux me donner un avis général sur cette supervision que tu as menée ?

240. CDS.2 : [il hésite et prend le temps de repositionner ses lunettes] bah, ..., je ne sais pas .... Bon, je savais... où j'allais, malgré... J'ai vu que tu étais surpris en me voyant arriver avec une feuille blanche alors qu'on a des documents institutionnels... qui sont très cadrants et très aidants. Moi j'aime bien prendre de la liberté. Et en général, je prends des notes, mais je préfère la relation et me consacrer à l'étudiante. Voilà, malgré tout, c'est assez organisé ma manière de faire. Voilà, prendre un petit peu de recul [en montrant l'écran] sur ses pratiques, c'est forcément profitable. Il faut continuer à évoluer, pour s'adapter aux différents étudiants. Moi je suis tombé sur une étudiante... atypique, cette étudiante est atypique. Il y a de la vie, c'est ce qui me plaît, il y a de la vie et il y a de l'échange, il y a de l'émotion. Donc cette supervision, il y avait beaucoup de contenu. J'étais en confiance avec toi, et j'ai pris beaucoup de plaisir.

241. Chercheur : merci beaucoup CDS.2.

**Annexe 2.D : Tableau d'identification des indices par catégories de préoccupation / EAC**

<b>Catégories</b>	<b>Indices retenus</b>	<b>Occurrence / EAC du CDS.1</b>	<b>Occurrence / EAC du CDS.2</b>
Conformité des démarches de soins réalisé	<b>Nombre de patient pris en charge</b>	6	2
	<b>Rappel des règles et objectifs de prise en charge</b>	6	3
	<b>Rappel des responsabilités de l'infirmière</b>	5	2
	<b>Actualisation et précision des données</b>	4	0
	<b>Authenticité de la prise en charge du patient</b>	4	1
	<b>Spontanéité des réponses / données-patients</b>	5	2
	<b>Recours à l'expérience d'infirmier</b>	0	3
Pertinence du raisonnement clinique	<b>Elaboration du raisonnement par le formateur</b>	9	3
	<b>Compréhension du raisonnement de l'étudiante</b>	7	2
	<b>Comparer les raisonnements ESI / CDS</b>	5	0
	<b>Pertinence du recueil de données</b>	5	3
	<b>Compréhension des examens réalisés</b>	3	1
	<b>Ecoute silencieuse, anticipation du questionnement</b>	6	0
	<b>Interaction spontanée avec l'étudiante</b>	0	11
	<b>Recours à l'expérience d'infirmier</b>	0	6
	<b>Incompréhension du raisonnement de l'étudiante</b>	0	11
	<b>Demande de reformulation</b>	0	4
Evaluation des connaissances	<b>Questions de connaissance théorique</b>	3	8
	<b>Spontanéité des réponses / argumentation des connaissances</b>	3	10
	<b>Valorisation des recherches réalisées</b>	2	3
	<b>Rappels des connaissances / formateur</b>	2	0
	<b>Non maîtrise des connaissances / formateur</b>	8	7
	<b>L'investissement de l'étudiante dans l'amélioration de ses connaissances</b>	6	3
Renforcement du raisonnement clinique de l'étudiante	<b>Rappel méthodologique de priorisation des problème de santé</b>	1	0
	<b>Rappel méthodologique du recueil des données</b>	4	0
	<b>Rappel méthodologique de formulation des objectifs</b>	1	0
	<b>Rappel méthodologique de formulation des problèmes de santé</b>	2	1
	<b>Autres exemples de problèmes de santé possibles</b>	5	1
	<b>Le CDS propose son propre raisonnement comme exemple</b>	3	0
	<b>Le contexte clinique du patient</b>	2	0
	<b>Non-maitrise de la méthodologie du raisonnement clinique</b>	0	5

Synthèse de sa progression	<b>Résumé de la supervision</b> réalisée	1	3
	<b>Traçabilité écrite</b>	1	0
	<b>Diagnostic pédagogique</b>	2	1
Respect de l'anonymat des cas	Identité du patient à l' <b>oral</b>	0	1
	Identité du patient à l' <b>écrit</b>	1	0
	Proposition d' <b>astuces</b>	1	0
	<b>Rappel des règles</b> de confidentialité	1	0
Bien-être de l'étudiante	<b>Choix du cas à exposer</b>	1	1
	<b>Mettre à l'aise</b> et créer une <b>relation de confiance</b> l'étudiante	4	5
	<b>Rester à l'écoute</b> de l'étudiante, de son vécu	1	7
	Recours à l' <b>humour</b>	0	4
	<b>Signes de malaise et de fatigue</b> chez l'étudiante	7	2
	<b>Ne pas déstabiliser</b> l'étudiante	1	0
	<b>Adapter sa posture</b> en fonction du niveau d'investissement de l'étudiant	1	1
Les effets du dispositif de recherche technologique	Les <b>contraintes géographiques</b>	1	1
	Le <b>volontariat</b> de l'étudiante	1	0
	La <b>présence de la caméra</b> et/ou du chercheur	0	5

## Annexe 2.E : Traitement de l'EAC du CDS.1

<b>Préoccupation 1.1 : Apprécier la conformité des DDS réalisées au regard des objectifs / nombre de démarches réalisées</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Nombre de patients pris en charge (6)</li> <li>⇒ Rappel des règles et objectifs de prise en charge (6)</li> <li>⇒ Rappel des responsabilités de l'infirmière (5)</li> <li>⇒ Spontanéité des réponses / données-patients (5)</li> <li>⇒ Actualisation et précision des données (4)</li> <li>⇒ Authenticité de la prise en charge du patient (4)</li> </ul>			
Activité réalisée	Préoccupation	Activité suspendue ou contrariée	Contre activité
CDS.1 demande à l'étudiante de présenter ses démarches de soins. (2'44)	<p>(Tour 5) je suis en train de rappeler les règles à l'étudiante, mais de manière détournée [...]. Quand elle me dit qu'elle n'a pu en faire que 2 déjà, ça m'interpelle. [...] Et, il y en a 2 qu'elle a plutôt bien détaillés, et donc, je finis par accepter ça parce que, effectivement, le but n'est pas non plus d'aller que sur la quantité, mais aussi de regarder la qualité du travail après.</p> <p>(Tour 5) l'intention c'était de lui rappeler qu'elle doit réaliser 8 démarches, et elle doit savoir pourquoi. [...] elle doit être capable de prendre en charge 8 à 10 patients. Si ce n'est pas le cas, ça signifie que... elle n'est pas prête à devenir infirmière tout de suite, il faudra qu'elle travaille encore ça. Qu'elle progresse là-dessus, parce que la démarche de soins, c'est bien la capacité d'analyser la situation... pour être 1 infirmière demain.</p>	<p>(Tour 5) j'aurais pu être plus direct en disant, ce travail-là, pour moi ça ne correspond pas aux exigences, je m'arrête à la, et pour la prochaine fois j'attends vos 8 démarches complètes. J'aurais pu, mais je ne sais pas si, pour moi, ce n'est pas l'objectif voulu. Je pense que par le passé je pouvais le faire, aujourd'hui avec l'expérience et le recul que j'ai, ce n'est pas sur la quantité que je vais juger le travail de l'étudiante, notamment sur la démarche de soins, mais plus sur 1 ou 2, en termes de qualité du travail. Donc oui, allez refaire le travail demandé ! Mais... j'avoue que je ne l'aurais pas fait, parce que je sentais chez l'étudiante... qu'elle avait quand même fait du travail, au moins ça.</p>	
CDS.1 rappelle à l'étudiante que ses planifications de soins doivent être faites tous les jours, pas uniquement le jour de la visite du formateur (4'55)	<p>(Tour 12) Je recentre sur les objectifs attendus. Donc, je lui rappelle les règles. Et je lui dis qu'est-ce qui est important. [...] je fais aussi un peu de réassurance de l'étudiante en disant, bon... elle n'a pas répondu complètement à la demande, mais ce qu'elle a fait va me permettre quand même de poursuivre le travail d'accompagnement sur la démarche de soins.</p> <p>(Tour 14) lui dire qu'une infirmière fait ça tous les jours. Donc, elle ne le fait pas pour répondre à une commande de l'institut, du formateur, mais</p>		

	<p>elle le fait pour pouvoir prendre en soins de manière la plus adaptée possible son patient.</p> <p>(Tour 16) je le fais habituellement pour les étudiants que je vois en stage, si je sens que c'est nécessaire. [...] je préfère le rappeler si je vois que le travail n'est pas conforme par rapport à ce qui est demandé.</p>		
<p>CDS.1 prend connaissance du document de planification des soins des 8 patients. (5'28)</p>	<p>(Tour 19) là, le problème que j'ai... elle me donne ses 8 planifications, mais ses documents ne sont pas réajustés.</p> <p>(Tour 21) la planification qu'elle me propose n'est pas celle du matin, mais la planification d'hier. Et elle avait oublié celle du matin sur le chariot de soins.</p> <p>(Tour 23) Voilà, ça c'est un point important, là j'ai tiqué un peu parce qu'elle ne me présente pas les patients du jour.</p> <p>(Tour 25) Moi ce qui m'intéresse, c'est ce qu'elle fait aujourd'hui. Et d'utiliser les éléments factuels du service. Ce n'est pas ce qui a été fait avant, ça ne m'intéresse pas ça.</p>	<p>(Tour 19) J'aurais pu lui demander d'aller prendre les dossiers des patients pour réajuster ses démarches. Mais, du fait du temps disponible pour réaliser cette supervision, ça induit 1 modification de mon comportement.</p>	
<p>CDS.1 propose à l'étudiante de choisir une démarche qu'elle présentera de manière plus complète, sans se limiter à une stricte lecture du document écrit. (5'53)</p>	<p>(Tour 29) j'essaie de lui faire faire, en fait, j'essaie de vérifier si elle a vraiment pris en soin ses patients. [...] Je veux vérifier que ce sont bien les patients qu'elle a vu le matin, parce qu'elle est censée me parler des patients qu'elle a vu ce matin. [...] Bon, elle peut utiliser son papier, mais je veux qu'elle utilise plus ses capacités d'infirmière dans le service. [...] J'essaie de voir si elle maîtrise la structuration de la présentation d'un patient et si elle est capable de me présenter son raisonnement. Elle doit être capable de remobiliser ses connaissances [du patient] en temps réel, et de redonner les informations.</p>	<p>(Tour 23), mais du coup je ne pouvais pas lui demander d'aller chercher parce que on est un peu à distance, par contre dans le service, j'aurais pu lui demander d'aller prendre l'outil et le dossier patient puisqu'on est là.</p>	

<p>L'étudiante décline les thérapeutiques du patient. CDS.1 écoute silencieusement jusqu'à la fin puis questionne l'étudiante sur le syndrome de détresse respiratoire. (12'35)</p>	<p>(Tour 62) je viens vérifier, en regardant son document écrit, là je fais une vérification, par rapport à ce que moi j'ai enregistré comme information. J'ai besoin de vérifier dans ce qu'elle a pu noter sur son document que les informations sont pertinentes (Tour 64) ça me permet de voir qu'elle a bien fait le travail demandé, et en même temps ça m'aide à corriger ce qu'elle a fait lorsqu'elle apporte une information qui n'est pas suffisamment fiable précise.</p>		
<p>L'étudiante confirme l'origine inconnue de la masse laryngée et précise que le médecin interrogeait ce matin même son confrère d'hématologie pour savoir s'il n'y avait pas une origine auto-immune (13'35)</p>	<p>(Tour 69) tu vois là, la spontanéité de l'étudiante pour apporter cette information complémentaire m'indique qu'elle a compris. Là, elle évoque une information qui montre qu'elle a fait l'effort de comprendre la situation. Donc, je vois qu'elle a vraiment pris en soin le patient et qu'elle a vraiment fait le boulot. Là ça me sert à vérifier si c'est vraiment le patient qu'elle est en soins. Parce que, je ne le vois pas moi le patient. Et là, je mesure spontanéité pour répondre, donc je vois que c'est plausible et qu'elle est vraiment dans la prise en soin de ses patients. Ce qu'elle m'a raconté, ce n'est pas des bobards. Ça me permet déjà de me rassurer que c'est bien son patient et qu'elle le connaît.  (Tour 73) Là, sa spontanéité me permet effectivement de vérifier qu'elle prend bien en soin le patient et que, du coup elle s'occupe vraiment de son patient. Tu vois, elle m'aurait dit : oui... je sais pas trop, peut-être qu'il va faire ceci, peut-être qu'il va faire ça... mais sans me donner les examens qui sont vraiment envisagés dans le service. Ça m'aurait indiqué que la compréhension n'est pas encore claire. Ici, je vois qu'elle s'est intéressée à ça, donc ça me permet de mesurer sa compréhension de la situation, les liens qu'elle fait avec ses connaissances. On voit dans</p>		

	<p>l'attitude de l'étudiant quand il n'a pas la réponse et qu'il ne sait pas trop quelle explication donner.</p> <p>(Tour 73) voilà, elle me liste les examens, de tête. Si elle n'avait pas compris, elle n'aurait pas pu réaliser cette énumération logique de manière aussi spontanée.</p>		
--	---	--	--

<b>Préoccupation 2 : Apprécier la pertinence du raisonnement de l'étudiant.</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Elaboration du raisonnement par le formateur (9)</li> <li>⇒ Compréhension du raisonnement de l'étudiante (7)</li> <li>⇒ Ecoute silencieuse, anticipation du questionnement (6)</li> <li>⇒ Comparer les raisonnements ESI / CDS (5)</li> <li>⇒ Pertinence du recueil de données (5)</li> <li>⇒ Compréhension des examens réalisés (3)</li> </ul>			
Activité réalisée	Préoccupation	Activité suspendue ou contrariée	Contre activité
<p>L'étudiant expose la situation d'un patient de sexe masculin entré depuis 24 jours pour un syndrome de détresse respiratoire aiguë sur masse laryngée. CDS.1 écoute, attentivement et en silence, la présentation des antécédents (diabète, hypertension artérielle pulmonaire), l'évolution de la prise en soins (8'40)</p>	<p>(Tour 38) <b>Pour l'instant je construis moi-même mon raisonnement en fonction des éléments qu'elle est en train de me donner.</b> C'est-à-dire que j'enregistre les informations pour voir quels problèmes de santé sortir derrière...</p> <p>Donc là, moi-même je suis en train de réfléchir au raisonnement, donc à la démarche qu'elle devrait avoir derrière. Du coup, je suis en train de mettre en place mon questionnement par rapport à des choses que je n'ai pas comprises.</p> <p>(Tour 40) <b>bah, les deux.</b> Je vois si elle fait des liens et je réfléchis à ma démarche aussi pour voir quel problème je pourrais formuler et comparer avec ce qu'elle a fait. Donc c'est un double travail. <b>Instinctivement, il y a deux travaux.</b> Parce qu'on écoute ce qu'elle dit-elle pour voir si ça tient la route et je suis en train moi-même de faire mon propre raisonnement pour voir si je retrouve la même chose, pour pouvoir évaluer si ce qu'elle dit est juste ou pas.</p> <p>(Tour 42) <b>Voir est-ce que j'aurais obtenu les mêmes résultats.</b></p> <p>(Tour 44) Donc j'essaie de comprendre, et surtout, ce que j'évalue aussi, c'est les recherches</p>	<p>(Tour 58) Donc oui, je lui dis de décliner les traitements pour terminer. Et en fait, quand elle le décline... Alors, j'aurais pu choisir l'option d'associer les traitements aux problèmes de santé, mais j'ai vu que par rapport à la planification qu'ils ont l'habitude de travailler, c'est un peu normalisé. Mais j'aurais pu lui demander d'associer chaque traitement problèmes de santé correspondant. Mais, ce qu'elle va faire après, va nous pousser à ne pas le faire parce qu'elle va parler des traitements et elle va faire le lien avec ses propres connaissances. Donc, je sais à quels problèmes de santé elle va associer les différents traitements du coup.</p> <p>(Tour 60) J'ai aussi d'autres façons de faire. Soit, je pars à partir de la présentation de la planification individualisée d'un patient, de l'ensemble des problèmes de santé et de la déclinaison du projet de soins, qui inclut aussi les traitements dans les actions.</p> <p>(Tour 60) D'ailleurs, chose que je n'ai pas faite ici, je ne</p>	

	<p>qu'elle a réalisées pour essayer de comprendre la situation. Et je me rends compte, justement, quand elle m'a parlé de masse, j'ai pensé à un cancer. J'ai pensé à une leucémie ou un lymphome, etc. voilà, j'essaie de comprendre la cause de la détresse respiratoire du patient. Je ne me mets pas à la place de l'étudiante, mais, j'essaie de me dire si j'avais ces éléments-là qu'est-ce que je serais allé chercher, et qu'est-ce qu'elle devrait-elle aller chercher en termes de connaissances. Donc c'est déjà ce que je suis en train d'enclencher dans mon processus de réflexion. Donc pour l'instant je ne lui parle pas, j'écoute, j'analyse, et j'essaie de comprendre ce qui est en train de me dire. Je suis là-dedans.</p> <p>(Tour 42) tu vois là, elle me parle de retour à domicile. Mais je me souviens que dans la présentation le patient vivait dans une Maison d'Accueil Spécialisé. Et là tu vois, par exemple, en termes de réflexion je me dis il y a quelque chose que je ne comprends pas. D'ailleurs je vais l'interpeller là-dessus pour lui demander s'il retourne à domicile ou bien en MAS ? Et donc, ça fera l'objet d'un questionnaire pour lui indiquer qu'elle doit être précis sur les informations qu'elle apporte. Je l'amenais à faire des liens entre cette information et la situation sociale du patient. Et elle finira par me dire qu'en fait il prévoit de retourner chez son fils en métropole. Au niveau social ce lien est très important. Donc tu vois, j'écoutais, j'enregistre des informations pour pouvoir m'assurer que les liens qu'elles réalisent sont pertinents. Donc c'est l'occasion de l'interpeller et de demander des éclaircissements, parce que pour moi ce n'était pas clair.</p> <p>(Tour 53) je compare les éléments qu'elle me donne à la compréhension que je peux me faire de la situation. Est-ce que ça tient la route déjà, est-ce que c'est adapté, pertinent ? La deuxième</p>	<p>lui ai pas demandé de décliner l'ensemble des actions en lien avec chaque problème de santé. Là, je ne l'ai pas fait, non pas parce que je ne voulais pas, mais elle a déjà évoqué ce qu'elle faisait lors de la présentation du patient. Par exemple quand elle a parlé de la trachéotomie, elle a décliné ses actions en même temps. Quand elle a parlé de l'oxygénothérapie, elle a décliné ses actions. Donc je vois qu'elle associe, qu'elle fait les liens, entre les pathologies et les actions qu'elle réalise. Je sais qu'elle fait des liens.</p>	
--	---	--	--

	<p>chose, je suis en train de juger aussi de la formulation de problèmes de santé. Parce qu'il y a une manière de formuler : titre de..., liée à..., se manifestant par... et donc je regarde un peu sur la forme si ça tient la route.</p>		
<p>CDS.1 s'interroge sur l'origine inconnue de cette masse laryngée chez ce patient (13'10)</p>	<p>(Tour 65) je suis en train de vérifier ses propos. [...] pour être sûr qu'elle ait bien compris que les investigations menées n'ont rien donné, ce qui complique la prise en charge du patient et qui va compliquer d'autant plus sa sortie. Et donc je veux m'assurer de ça. Je requestionne pour savoir si elle a bien compris la démarche diagnostique qui a été réalisée. Donc en fait, implicitement, je suis entrain moi-même de continuer mon raisonnement et de voir quelles informations j'aurais été chercher pour comprendre la situation clinique. Mais je veux que, elle-même, me confirme qu'elle a bien fait ce travail. Parce que moi, j'aurais cherché quel est l'origine de cette masse, quels sont les examens diagnostics ont été réalisés, etc. Donc elle me parle bien de biopsies, et elle va me confirmer sa compréhension. (Tour 67) je reconstruis mon propre raisonnement.</p>		

<b>Préoccupation 3 : Evaluer les connaissances de l'étudiante.</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Non-maitrise des connaissances / formateur (8)</li> <li>⇒ L'investissement de l'étudiante dans l'amélioration de ses connaissances (6)</li> <li>⇒ Questions de connaissance théorique (3)</li> <li>⇒ Spontanéité des réponses / argumentation des connaissances (3)</li> <li>⇒ Valorisation des recherches réalisées (2)</li> </ul>			
Activité réalisée	Préoccupation	Activité suspendue ou contrariée	Contre activité
<p>L'étudiante continue en listant l'ensemble des examens réalisés, mais qui n'ont pas permis de déterminer la cause de la masse laryngée du patient (14'12)</p>	<p>(Tour 75) Parce que le but n'est pas de vérifier toutes les connaissances, mais qu'elle sait faire évoluer ses connaissances en lien avec la situation du patient.</p>	<p>(Tour 75) Bon, alors après, là j'hésite quand même. Parce que, c'est pas l'objectif d'aller vérifier toutes les connaissances, mais, au moment où elle me parles du Pet-scan, j'ai envie de lui demander : c'est quoi la différence avec le scanner. Mais je ne le fais pas, je le mets dans un coin de ma tête. Je me dis, je devrais peut-être lui poser la question.</p>	

<p>CDS.1 demande à l'étudiante d'expliquer ce qu'est l'hypertension artérielle pulmonaire (HTAP). (15'25)</p>	<p>(Tour 78) oui, sur l'hypertension artérielle pulmonaire. Alors, ce n'est pas anodin puisque moi-même je ne connais pas bien. Je ne connais pas bien, et là, je me mets en difficulté. Clairement, là je suis en difficulté parce que ce n'est pas quelque chose que je maîtrise. [...] Et là, je me mets en difficulté, parce que je sais que je ne maîtrise pas la pathologie, mais je m'en fous. L'idée, n'est pas..., c'est pas à moi de montrer mes connaissances à l'étudiant. C'est à l'étudiant de savoir m'expliquer. Et, on va le voir par la suite elle va prendre un carnet avec un schéma, et là, je me dis banco, elle est allée faire des recherches, donc je sais qu'elle a bossé. Et, avec son petit carnet je vais très étonner de ses connaissances.</p>		
<p>L'étudiante récupère un carnet dans son sac sur lequel se trouve un schéma de la vascularisation artérielle et veineuse du corps humain. Elle explique ainsi sa compréhension de la circulation sanguine au niveau cardio-pulmonaire avec un vocabulaire parfois approximatif. (17'02)</p>	<p>(Tour 83) j'essaie de voir si elle a compris le mécanisme, c'est tout ce qui m'intéresse. [...] Donc, elle va expliquer ça, mais je sens qu'elle n'est pas encore suffisamment à l'aise avec le vocabulaire. Le vocabulaire est hésitant. Donc, moi ne maîtrisant pas non plus la pathologie pour dire simplement les choses, j'essaie de comprendre dans ma tête le mécanisme qu'elle a voulu expliquer, tout simplement.</p> <p>(Tour 85) ben... je pense que... là je t'avoue que je ne maîtrise pas du tout. Et j'essaie de comprendre, moi-même, comment peut s'expliquer le mécanisme de l'hypertension artérielle pulmonaire.</p> <p>(Tour 85) En fait, je vais procéder par élimination à partir de ce que je sais sur l'insuffisance cardiaque.</p> <p>(Tour 89) oui, c'est vrai, elle me parle de la physiologie. Je n'ai pas réajusté là-dessus. Alors, clairement, ça c'est une difficulté quand je fais du raisonnement clinique. Des fois, tu es confronté à des pathologies</p>	<p>(Tour 85) J'aurais pu, d'ailleurs, la questionner sur l'insuffisance cardiaque, mais ce n'est pas ce qui m'intéresse.</p> <p>(Tour 89) Après j'aurais pu utiliser mon joker [il saisit son téléphone portable posé sur la table], des fois, je prends mon téléphone et je recherche : hypertension artérielle pulmonaire, je lis,</p>	<p>(Tour 93) en fait, je cherche juste à vérifier qu'elle avait les connaissances de base, voir si ce qu'elle me dit tient</p>

	<p>que tu ne maîtrises pas, pour lesquels tu n'as pas été suffisamment formé ou habitué.</p> <p>(Tour 95) Après, j'ai pu voir quelque chose d'important aussi, j'ai vu le carnet. J'ai vu qu'elle a fait des recherches sur l'hypertension avec des schémas, des données. Donc j'ai vu quand même qu'elle s'est donnée les moyens d'approfondir ses connaissances. Donc, je savais qu'elle avait fait le taf. Je n'avais pas besoin de la questionner davantage.</p> <p>(Tour 97) elle se donne les moyens de comprendre. Pas seulement parce qu'il y a une visite du formateur, mais que ces recherches sont nécessaires à chaque fois qu'elle prend en charge un patient. Donc, au travers de ça j'essaie de voir des petites connaissances, mais surtout j'essaie de voir si elle a bossé. Là-dessus, je suis rassuré. Je sais qu'elle a fait le taf.</p> <p>(Tour 100-101) [quand tu dis à l'étudiant qu'il doit maîtriser ce que toi tu ne maîtrises pas, qu'est-ce que tu cherches à faire ?] ...qu'il prenne conscience que moi je ne suis pas infirmier dans le service. Mais demain, par contre, si je suis infirmier dans le service, je me serais donné les moyens de maîtriser cette pathologie. Mais, un infirmier ne peut pas tout savoir tout le temps. Mais, pour être efficace dans son travail dans le service, je dois aller chercher cette information.</p>	<p>et là je peux travailler à partir de ça. Bon, là je ne l'ai pas fait parce que, voilà, je n'ai pas osé, mais... je peux le faire et je me donne le droit de le faire.</p> <p>(Tour 91) parfois je le fais, oui, pour des pathologies ou des traitements que je ne connais pas. Parce que maintenant les traitements évoluent tellement, avec les noms qui changent... donc je suis obligé d'aller vérifier.</p> <p>(Tour 95) je n'ai pas été jusqu'au bout des choses c'est vrai. J'aurais pu aller plus loin, oui, mais comme je te dis, j'étais mal à l'aise avec cette pathologie [il grimace]. Voilà, c'est pas quelque chose que je maîtrise. Moi je voulais vérifier qu'elle se donne les moyens d'essayer de comprendre la pathologie en fournissant un travail de recherche sur les connaissances.</p> <p>(Tour 97) Je ne suis pas obligé, si enfin oui, je peux voir si elle maîtrise l'ensemble des connaissances, mais si je fais ça, l'entretien peut durer des heures.</p> <p>(Tour 99) Et parfois je le dis aux étudiants : je ne maîtrise pas le sujet, par contre vous devez être capable de comprendre les principes de base. Donc c'est une manière de dire les étudiants qu'il va aussi m'apprendre quelque chose, donc ça le valorise. Là je ne l'ai pas fait. J'aurais dû, peut-être.</p>	<p>la route. On part sur la physiologie parce que c'est la base.</p>
--	---	---	--

	<p>(Tour 117) je fais un rappel sur la BPCO, sur différentes pathologies respiratoires.</p> <p>(Tour 140) Ça me permet de dire qu'elle maîtrise son sujet. Il n'y a pas trop d'hésitation, elle répond aux questions de manière spontanée, elle ne semble pas perturbée, donc je vois que c'est une étudiante qui a fait le travail. Et du coup, ça me permet de dire que demain elle sera une bonne professionnelle.</p>	<p>(Tour 117), Mais pareil, j'aurais pu la questionner sur les normes. J'aurais pu aborder les recommandations de l'OMS... on, je ne l'ai pas fait là, parce que... je pense que j'arrivais aussi à saturation. Donc je n'y ai pas pensé sur le moment, mais j'aurais pu le faire.</p> <p>(Tour 140) Alors, j'aurais pu encore approfondir certaines choses, mais comme je l'ai dit au travers de son discours très spontané et serein, je vois qu'elle a fait le travail.</p>	
--	---	--	--

#### **Préoccupation 4 : Renforcement méthodologique du raisonnement clinique**

- ⇒ Autres exemples de problèmes de santé possibles (5)
- ⇒ Rappel méthodologique du recueil des données (4)
- ⇒ Le CDS propose son propre raisonnement comme exemple (3)
- ⇒ Rappel méthodologique de formulation des problèmes de santé (2)
- ⇒ Le contexte clinique du patient (2)
- ⇒ Rappel méthodologique de priorisation des problèmes de santé (1)
- ⇒ Rappel méthodologique de formulation des objectifs (1)

Activité réalisée	Préoccupation	Activité suspendue ou contrariée	Contre activité
CDS.1 aborde maintenant les problèmes de santé formulés par l'étudiante et la questionne sur leur priorisation. (19'50)	(Tour 110) je cherche à lui faire comprendre que ses problèmes ne sont pas ordonnés de manière prioritaire. [...] Il a une trachéotomie, et l'oxygène, donc les problèmes prioritaires seront centrés autour de la fonction respiratoire chez ce patient. Donc là, je recentre sur la méthodologie et sur la priorisation des problèmes de santé à prendre en compte.		
CDS.1 rappelle les principes à respecter pour la priorisation des problèmes de santé : urgence vitale, sécurité, soins de confort et de bien-être. Il questionne l'étudiante sur les paramètres respiratoires du patient, en particulier sur la saturation en oxygène. (21'25)	(Tour 112) Je veux lui faire comprendre que les paramètres sont aussi à mettre en lien avec le contexte clinique du patient. Ici, le patient a une pathologie respiratoire chronique, donc la saturation est nécessairement plus basse. Je l'amène aussi à prendre en compte le médecin dans la détermination des objectifs du patient. Ici pour la saturation, mais c'est pareil pour le diabète. Qui fixe ses objectifs ? C'est le		

	médecin, donc il faut les prendre en compte.		
CDS.1 rappelle les objectifs variables pour un patient présentant une pathologie respiratoire chronique (22'50)	(Tour 115) J'essaie de faire des liens avec ce qu'elle aurait pu formuler comme objectif pour le patient concernant son problème respiratoire. J'essaie de lui faire comprendre que si l'objectif de saturation est à 94 %, c'est que cet objectif est posé par le médecin et qu'il va conditionner ses actions à elle.		
CDS.1 évoque des problèmes de santé issus de son propre raisonnement : perturbation de la vie sociale. (24'03)	(Tour 119) j'évoque avec elle les problèmes de santé que j'envisage à partir des données qu'elle m'a transmises. (Tour 121) pour lui donner un exemple de raisonnement et l'amener à approfondir son recueil de données afin de confirmer les hypothèses que je lui propose. Parce que le raisonnement, c'est quelque chose que je maîtrise. Donc, je lui montre que je suis capable de mettre en place un raisonnement aussi. Après, j'ai cette capacité parce que je l'enseigne. Si je ne l'enseignais pas, pas sûr que j'aurais été capable de l'expliquer de cette manière. Et je suis capable, par exemple, de faire le lien avec le devenir du patient de manière automatique. Parce qu'elle évoque un problème social qui sera à prendre en compte pour la sortie du patient, dans le devenir. Et ça me permet d'aborder la structuration de la présentation pour ne pas oublier d'évoquer le devenir du patient.		
CDS.1 questionne l'étudiante sur le devenir social et psychologique du patient. Il évoque un risque de perturbation de la vie sociale en amenant l'étudiante à identifier les données pertinentes de ce problème potentiel après 24 jours d'hospitalisation. Il évoque les données suggérant d'autres problèmes comme	(Tour 125) Oui, alors là je le fais en live quand même. Je n'ai pas tout envisagé depuis le début. J'essaie de déconstruire son raisonnement pour lui montrer que certaines données n'ont pas été correctement prises en compte pour identifier d'autres problèmes de santé. Et donc, je reconstruis avec le raisonnement en intégrant ces données pour identifier ses problèmes. Donc oui, j'essaie de faire évoluer son raisonnement en prenant le mien pour exemple.		

l'anxiété ou la perturbation de l'estime de soi liée à la trachéotomie (26'55)			
CDS.1 demande à l'étudiante si le patient parle ou comprend le français et l'amène à considérer une autre donnée pour identifier un problème de communication altérée. (27'50)	(Tour 128) je lui montre ici, dans ses démarches, qu'elle s'est focalisée sur la dimension biologique, mais <b>que la dimension psychologique a été un peu oubliée et qu'il faudra aussi la prendre en compte.</b>		
CDS.1 invite l'étudiante à prendre en compte toutes les dimensions de la situation. Il rappelle l'importance de réaliser le recueil de données à partir de 14 BF de Virginia Henderson afin de traiter l'ensemble des dimensions de la personne. (29'00)	<p>(Tour 131) c'est de <b>lui rappeler la méthodologie du recueil de données.</b> Parce qu'ici, le résultat qu'elle obtient n'est pas complet.</p> <p>(Tour 132) <b>je lui rappelle la méthodologie et la différence entre un problème réel et un problème potentiel.</b> Là, je suis encore sur... la structuration, sur la structuration des problèmes de santé pour qu'elle travaille les liens. Donc, <b>je lui pose des questions pour l'aider à identifier les données manquantes qu'elle doit rechercher qu'est-ce qu'elle mange, la date des dernières selles ?</b></p> <p>(Tour 132) j'essaye de faire en sorte <b>qu'elle se mette à la place du patient pour qu'elle imagine les conséquences psychologiques possibles.</b> Bon, c'est pas évident comme exercice, mais c'est un levier possible pour <b>l'amener à identifier ce que peut ressentir le patient.</b> C'est une astuce que je <b>peux avoir.</b></p>		

<b>Préoccupation 5 : Synthétiser la progression.</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Diagnostic pédagogique (2)</li> <li>⇒ Résumé de la supervision réalisée (1)</li> <li>⇒ Traçabilité écrite (1)</li> </ul>			
Activité réalisée	Préoccupation	Activité suspendue ou contrariée	Contre activité
CDS.1 propose l'étudiante de résumer leur échange : ESL.1 prend en charge 8 patients, les 14 BF sont à approfondir pour évaluer le niveau de dépendance du patient. Les	(Tour 138) je fais un <b>résumé du travail réalisé</b> et je fais en même temps la <b>traçabilité écrite</b> que je donnerai au formateur référent du suivi pédagogique de l'étudiante. [...] je fais ma conclusion et <b>je propose un diagnostic pédagogique</b> sur la progression de l'étudiante : donc, <b>je sais qu'elle prend en charge les patients, elle</b>		

problèmes de santé sont globalement pertinents, mais non exhaustifs au niveau psychologique et social (41'02)	n'en a présenté 2, donc j'ai noté ça sur le document. Je note les éléments positifs, il y a un bon niveau de recherche, une bonne analyse, mais qui n'est pas complète mais sa démarche de soins était plutôt bien construite.		
---	--	--	--

<b>Préoccupation 6 : Veiller au respect de l'anonymat des présentations cliniques.</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Identité du patient à l'écrit (1)</li> <li>⇒ Proposition d'astuces (1)</li> <li>⇒ Rappel des règles de confidentialité (1)</li> </ul>			
Activité réalisée	Préoccupation	Activité suspendue ou contrariée	Contre activité
CDS.1 visualise à nouveau les planifications des soins réalisés (40'30)	(Tour 135) alors là, je revois les planifications et tout de suite, je me rends compte qu'il y avait les noms dessus. Et là, je suis obligé de rappeler les règles : anonymat, confidentialité, secret professionnel... et donc, j'attire son attention sur les risques encourus si elle divulgue des informations couvertes par le secret professionnel en perdant ces documents dans la rue par exemple. Et donc, je lui donne une petite astuce : utiliser les initiales du patient ou les deux premières lettres du prénom pour s'y retrouver tout en préservant les règles de confidentialité. Parce que parfois ils font ça, ils ramènent des démarches et ils oublient qu'il faut les anonymiser. (Tour 137) oui, systématique. Le respect de l'anonymat des documents et de la confidentialité, oui c'est important.		

<b>Préoccupation 7 : Etablir un climat de confiance et veiller au bien-être de l'étudiante.</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Signes de malaise et de fatigue chez l'étudiante (7)</li> <li>⇒ Mettre à l'aise et créer une relation de confiance l'étudiante (4)</li> <li>⇒ Choix du cas à exposer (1)</li> <li>⇒ Rester à l'écoute de l'étudiante, de son vécu (1)</li> <li>⇒ Ne pas déstabiliser l'étudiante (1)</li> <li>⇒ Adapter sa posture en fonction du niveau d'investissement de l'étudiant (1)</li> </ul>			
Activité réalisée	Préoccupation	Activité suspendue ou contrariée	Contre activité
CDS.1 propose à l'étudiante de choisir une démarche qu'elle présentera de manière plus complète, sans se limiter à une stricte lecture du document écrit. (5'53)	(Tour 31) je la laisse choisir la situation... euh, c'est pour la mettre à l'aise quelque part. Parce que l'idée ce n'est pas de la mettre en difficulté.  (Tour 48) je ne veux pas casser cette dynamique elle. J'ai peur que si je l'interpelle, elle peut perdre le fil de sa présentation. Je voulais qu'on continue comme ça, pour voir jusqu'où elle allait m'amener, notamment par rapport	(Tour 33) ça m'arrive de faire autrement, d'imposer un patient. Pour la simple et bonne raison, c'est quand je vois que l'étudiant... déjà dans le travail en amont, n'est pas au clair.  Quand il y a des hésitations, dans le comportement et l'attitude des étudiants, ça va guider un peu mon choix et mon orientation. [...] parce qu'on sait qu'il y a des	

	à son jugement clinique après. Voilà, donc je laisse finir.	étudiants qui font le travail à moitié. Donc là je peux imposer aussi, en disant présentez-moi celui-là, et on va voir ensemble.	
CDS.1 fait remarquer à l'étudiante un manque de précision entre veines et artères. L'ESI porte la main à ses yeux. (17'54)	<p>(Tour 102) tu voilà, je me rends compte que l'étudiante est mal à l'aise aussi, donc ça, ça me freine aussi.</p> <p>(Tour 104) eh bien, là, je vois qu'elle est un peu en stress. Et je ne voulais pas la mettre mal à l'aise. Et donc, du fait qu'elle soit volontaire et qu'elle réalise le travail pour améliorer ses connaissances, je ne voulais pas aller la titiller là-dessus.</p> <p>(Tour 105) tu vois là, encore une fois, elle se touche le visage. Je sens qu'elle n'est pas bien. Tu vois, il y a un autre problème aussi : elle a travaillé ce matin, on est à une bonne euhre d'entretien et je sens que déjà, elle sature. Ça aussi, j'ai pris le temps de regarder. Parce que, faire ce travail qui demande de mobiliser les connaissances... là, pour moi, elle est déjà étanche. C'est-à-dire que ça va être compliqué d'aller encore plus loin sur la démarche de soins et le raisonnement clinique. Je sens qu'elle a beaucoup travaillé et qu'elle arrive un peu à saturation là maintenant. Là, je la sens fatiguée.</p> <p>(Tour 107) Là, moi-même j'étais fatigué. Donc, je tiens compte aussi de son niveau de fatigue qui peut expliquer aussi sa difficulté à m'expliquer les choses. Elle a déjà travaillé huit euhres avant, donc ça peut être compliqué, on ne doit pas oublier ça.</p>	<p>(Tour 102) donc ça, ça me freine aussi.</p> <p>(Tour 107) là je vais continuer encore un peu, mais je ne vais plus aller trop loin dans ce que je vais lui demander. Je vais commencer à diminuer un peu mes demandes. Je pense que je vais demander à aller un peu plus vers la conclusion et le résultat du travail.</p>	
CDS.1 continue et questionne l'étudiante sur le devenir social et psychologique du patient. Il évoque un risque de perturbation de la vie sociale en amenant l'étudiante à identifier les données pertinentes de ce	(Tour 127) [A propos de l'identification des PDS] Il faut faire attention à ne pas trop déstabiliser les étudiants en leur renvoyant leurs lacunes. Et deuxième chose, au niveau de la durée, je pense qu'on arrive à la limite, parce qu'on fait ça à la fin.	(Tour 127) D'ailleurs, je me rends compte que c'est dommage, on pourrait commencer par le raisonnement clinique en début d'entretien compte l'étudiant est plus frais. Oui, la, en regardant la vidéo, je suis en train de	

<p>problème potentiel après 24 jours d'hospitalisation. Il évoque les données suggérant d'autres problèmes comme l'anxiété ou la perturbation de l'estime de soi liée à la trachéotomie (26'55)</p>		<p>me rendre compte de ça c'est dommage de terminer l'entretien quelque chose qui demande autant d'énergie. [Il marque un temps de silence et secoue la tête] oui, oui ça c'est dommage je me rends compte maintenant. Ça permettrait d'aller plus au fond des choses, parce que là, je me sens obligé d'accélérer par rapport à la fatigue qui augmente pour moi et pour l'étudiante. Du coup, je crains de ne pas être très efficace [le regard dans le vide]. Ah oui, là je me rends compte qu'elle arriva saturation je me rends compte en regardant la vidéo.</p>	
---	--	--	--

<p><b>Préoccupation 8 : Prendre en compte le dispositif technologique liée à la recherche pour accompagner l'étudiante.</b></p>			
<p>⇒ Les contraintes géographiques (1) ⇒ Le volontariat de l'étudiante (1)</p>			
Activité réalisée	Préoccupation	Activité suspendue ou contrariée	Contre activité
<p>CDS.1 prend connaissance du document de planification des soins des 8 patients. (5'28)</p>	<p>(Tour 21) la planification qu'elle me propose n'est pas celle du matin, mais la planification d'hier. Et elle avait oublié celle du matin sur le chariot de soins.</p>	<p>(Tour 23), mais du coup je ne pouvais pas lui demander d'aller chercher parce que on est un peu à distance, par contre dans le service, j'aurais pu lui demander d'aller prendre l'outil et le dossier patient puisqu'on est là.</p>	
<p>CDS.1 fait remarquer à l'étudiante un manque de précision entre veines et artères. L'ESI porte la main à ses yeux. (17'54)</p>	<p>(Tour 104) eh bien, là, je vois qu'elle est un peu en stress. [...] En fait, je prends aussi en compte qu'elle était volontaire pour participer à cet entretien, pour être filmée. J'avais peur, en allant trop loin, que ça la mette mal à l'aise. Elle fait déjà un travail avec nous, elle n'y était pas obligée, et je ne voulais pas qu'elles vivent de manière négative.</p>	<p>(Tour 104) je ne voulais pas aller la titiller là-dessus.</p>	

## Annexe 2.F : Traitement de l'EAC du CDS.2

<b>Préoccupation 1.1 : Apprécier la conformité des DDS réalisées au regard des objectifs / nombre de démarches réalisées</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Rappel des règles et objectifs de prise en charge (3)</li> <li>⇒ Recours à l'expérience d'infirmier (3)</li> <li>⇒ Nombre de patients pris en charge (2)</li> <li>⇒ Rappel des responsabilités de l'infirmière (2)</li> <li>⇒ Spontanéité des réponses / données-patients (2)</li> <li>⇒ Authenticité de la prise en charge du patient (1)</li> </ul>			
Activité réalisée	Préoccupation	Activité suspendue ou contrariée	Contre activité
CDS.2 demande à l'étudiante de lui présenter ses 4 démarches de soins. Celle-ci explique qu'elle n'a ses démarches. Avec une certaine gêne mêlée d'humour, CDS.2 propose au chercheur, présent dans la salle, d'exclure l'étudiante de l'étude (0'30).	(Tour 10) <b>là je lui demande qu'elle présente ses quatre patients.</b> Moi, je fais comme si j'étais un infirmier et que j'étais à la relève, parce que le but c'est quand même qu'on se projette dans quelque chose de réaliste, qu'on se mette dans les conditions du réel. Moi, <b>je veux voir si elle est capable de... de bien transmettre les informations pertinentes.</b> Donc, <b>je lui demande la présentation synthétique des quatre patients,</b> après, ce que je fais en général, je choisis un patient et on va plus en profondeur.		
	(Tour 12) [hésitation] eh bien, bien, là qu'elle n'a pas. Donc..., là tu vois j'ai blagué, mais dans les blagues il y a toujours un fond de vérité. <b>Ouais, en général j'aime pas quoi, si on répond pas aux attendus...</b>  (Tour 12) eh bien, là je lui propose... : <b>faites-moi quand même votre présentation, et vous allez quand même développer un patient au regard des connaissances que vous avez quoi.</b>	(Tour 16) Donc, là, elle ne répond pas la demande, ..., <b>je pourrais mettre fin à l'entretien</b> [en fixant le chercheur des yeux].  (Tour 20) <b>Ça aurait été une étudiante qui fait partie de mon groupe de suivis pédagogique, là j'aurais dit : bon, écoutez, je ne vais pas vous demander de faire les démarches puisque vous n'avez pas répondu à la demande, mais par contre on va travailler sur les attendus. Moi, je veux que vous m'expliquiez pourquoi vous n'avez pas fait. Et, lui rappeler les règles quoi. J'aurais pu faire ça.</b> Me connaissant, c'est ce que j'aurais dû faire d'ailleurs. Voilà, moi je trouve pas ça... pour moi c'est un manque de sérieux.	
ESI.2 se justifie et explique qu'elle n'a pas eu le temps de faire un recueil de données. Elle explique que l'activité du service et son planning ne lui ont pas permis de se poser pour étudier les dossiers des patients. L'étudiante explique	(Tour 24) Donc en fait, <b>là je lui demande quand même :</b> pourquoi elle n'a pas fait ses démarches. Et là, c'est là où elle commence à me rouler dans la farine. Elle me donne ses arguments. Bon après, <b>voilà je lui laisse la possibilité de se justifier.</b> [...] Mais, vraiment, moi je trouve que dans l'accompagnement des étudiants, en particulier les étudiants de première		

<p>qu'elle a rencontré des difficultés, qu'elle a eu l'occasion d'évoquer avec sa tutrice. (1'10).</p>	<p>année quand on les accueille, je leur dis : <b>moi j'attends de vous une posture, une rigueur de travail.</b> Donc, là elle peut me dire les excuses qu'elle veut, je pense qu'il y aurait toujours un moyen de faire quelque chose de... moi je suis assez à cheval sur la rigueur.</p>		
<p>CDS.2 propose à l'étudiante de réaliser des transmissions orales pour les patients dont elle a eu la charge ce jour comme s'il était infirmier en chirurgie [rires, en demandant s'il ressemble à un infirmier de chirurgie]. Elle pourra s'aider des notes retranscrites sur un document placé devant elle (1'50).</p> <p>L'étudiante réalise la présentation synthétique d'une patiente de 47 ans hospitalisée pour reprise de fistule sigmoïde. L'étudiante précise l'histoire de la maladie et précise la localisation de stomie avec des gestes (2'47).</p>	<p>(Tour 26) [Intention ?] <b>la professionnalisation.</b> C'est vraiment..., ben voilà : vous êtes en stage. C'est se mettre en situation de contexte.</p> <p>(Tour 33) ah ben... je pense que je vais la valoriser là. <b>Je trouve qu'elle a une capacité à expliquer la situation.</b> Par exemple, moi je suis cadre formateur, je n'ai pas forcément une maîtrise de la pathologie digestive, etc., et je trouve <b>qu'elle s'approprie énormément son recueil de données.</b> C'est plutôt rare chez les étudiants. Tu vois, en plus elle est visuelle <b>elle explique avec des gestes.</b> Ces rares, donc moi je trouve ça top.</p> <p>(Tour 35) <b>son appropriation. On voit qu'elle sait de quoi elle parle en fait.</b></p>		

<p><b>Préoccupation 2 : Apprécier la pertinence du raisonnement de l'étudiant.</b></p>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Interaction spontanée avec l'étudiante (11)</li> <li>⇒ Incompréhension du raisonnement de l'étudiante (11)</li> <li>⇒ Recours à l'expérience d'infirmier (6)</li> <li>⇒ Pertinence du recueil de données (3)</li> <li>⇒ Elaboration du raisonnement par le formateur (3)</li> <li>⇒ Compréhension du raisonnement de l'étudiante (2)</li> <li>⇒ Compréhension des examens réalisés (1)</li> </ul>			
Activité réalisée	Préoccupation	Activité suspendue ou contrariée	Contre activité
<p>L'étudiante accueil ce compliment avec le sourire [maîtrise de la pathologie] et poursuit la présentation : patiente</p>	<p>(Tour 42) alors, déjà, un constat, <b>je préviens toujours les étudiants en général que je vais les interrompre.</b> Par exemple, tu vois, quand on fait des oraux pour les concours, là je n'interromps pas. C'est la modalité d'un concours, c'est cadré. Mais</p>		

<p>à jeun, allergique au paracétamol, porteuse d'une perfusion au bras droit, début d'alimentation parentérale ce matin. La patiente refuse la morphine. CDS.2 demande si la patiente est algique (4'28).</p>	<p>là, <b>premièrement moi je suis curieux</b>, et deuxièmement, encore dans l'objectif de la professionnalisation, <b>je me place dans la posture infirmier d'égal à égal</b> : bah j'ai envie d'échanger avec vous. Et plutôt que de prendre des notes et de revenir après, <b>moi j'aime bien la spontanéité</b>. Donc, peut-être que ça peut mettre mal à l'aise les étudiants, ça je ne sais pas. <b>Moi j'aime bien interagir sur le coup et créer une dynamique très spontanée</b>,</p> <p>(Tour 46) oui, <b>parce qu'elle me parle de morphine. On aime bien faire des liens quand on infirmier.</b></p> <p>(Tour 50) moi j'<b>insiste beaucoup sur la qualité du recueil de données</b>. Parce que plus on aura des informations, plus on va croiser des données, <b>faire des liens, pour identifier des diagnostics infirmiers</b>, et même des diagnostics médicaux, mais ça ce n'est pas de son rôle. Le but c'est d'arriver à une prise en charge qui soit optimale. <b>Donc là, elle me parle de morphine, moi je lui parle de prise en charge de la douleur</b>. Pour que eux aussi, ils aient cette méthodologie de se dire : tiens, il y a un traitement, qui n'est pas anodin, assez puissant avec des effets secondaires, etc. donc morphine – douleur, amener les étudiants à <b>faire le lien de manière le plus systématique possible</b>.</p> <p>(Tour 55) Elle est capable d'argumenter et de dire pourquoi la patiente est algique. Donc là, c'est top. <b>Je l'emmène à verbaliser le pourquoi du comment</b>. Là, je suis très content. Et ça tu vois, par exemple, si j'étais dans la prise de notes, non <b>moi j'aime bien la spontanéité</b>. <b>Là vous me parlez d'un problème donc là on échange tout de suite</b>.</p>		
	<p>(Tour 52) non, moi je m'en fiche. [Cherche ses mots] voilà, moi je m'en fiche. <b>Non, c'est pour l'étudiante, complètement</b>. Moi mon objectif c'est qu'elle ait une connaissance plus personnalisée du patient et <b>qu'elle comprenne la prise en charge du patient avec les antécédents médicaux, les traitements</b>. Mais, moi j'ai pas besoin... enfin... c'est pas que j'ai pas besoin de <b>comprendre la situation</b>, mais c'est pas pour moi que je fais, <b>c'est pour savoir si elle met en lien la douleur et la morphine</b>. Voir si pour elle c'est logique de mettre de mettre en lien les deux. Moi, ma connaissance de la personne, <b>ben oui si,</b></p>		

	<p>j'ai besoin d'éléments de compréhension je vais lui en faire part. Mais là, en l'occurrence c'était pour... c'était pas pour moi mieux connaître la patiente, mais c'était pour que elle, elle fasse le lien. Mais effectivement, à d'autres moments s'il y a des choses que je ne comprends pas dans la prise en charge la patiente, je vais poser des questions. [...] Après, oui pour aider l'étudiante il faut que nous on est une bonne compréhension du patient. Mais là, en l'occurrence c'était plutôt pour l'étudiante.</p> <p>(Tour 100) Parce que c'est plus complet, on a les thérapeutiques, le motif d'entrée, on a une histoire de la maladie, les antécédents, les problèmes de santé, les actions, l'évaluation... on a tout pour bien comprendre la situation. Donc, bien sûr que le support papier ça aide... ça aide à avoir une meilleure connaissance du patient. Et du coup, à être plus pertinent dans l'échange que tu peux avoir avec l'étudiant. Ça, c'est clair.</p> <p>(Tour 102) Là, je me suis raccroché à ces quelques lignes, mais bien sûr que ça aurait été beaucoup plus pertinent, avec un support papier.</p>		
<p>L'étudiante et CDS.2 poursuivent l'échange autour de la prise en charge médicamenteuse de la douleur, car la patiente préfère éviter d'avoir recours à la morphine (5'20).</p>	<p>(Tour 56) Là il y a une interaction, tous les deux. Donc en fait, on est centré sur la personne et on va même encore un peu plus loin : non, la patiente ne veut pas prendre sa morphine parce que c'est un traitement assez lourd. Donc on part vraiment de la patiente, là j'ai l'impression vraiment d'être son collègue. Cette partie-là, j'aime bien. Après, j'ai peut-être été moins performant. Mais là, je trouve que c'est vraiment riche ce qui est en train de se passer, peut-être un des moments les plus riches. C'est des petites choses, mais elle explore plusieurs dimensions : la douleur, la pathologie, les traitements, oui, mais la patiente ne les prend pas parce que la morphine ça fait peur... mais elle prend d'autres médicaments. Et donc je vais l'emmener à aller en parler avec le médecin, donc je vais l'aider quand même avancer dans sa prise en charge.</p>	<p>(Tour 56) J'aurais même pu lui demander, j'aurais dû lui demander : elle est à combien l'EVA aujourd'hui ? Si elle m'avait dit qu'elle est à 7 ou 8, j'aurais dit : bah interrogez-vous là ! Parce que là il y aurait eu un problème. Donc, engager l'étudiante à évoluer, à revoir peut-être son positionnement, comme une infirmière le ferait quoi. Moi, je lui fais des feed-back, quelque part, pour qu'elle puisse éventuellement réajuster sa posture. Donc là je suis assez content.</p>	

<b>Préoccupation 3 : Evaluer les connaissances de l'étudiante.</b>			
⇒ Spontanéité des réponses / argumentation des connaissances (10) ⇒ Questions de connaissance théorique (8) ⇒ Non-maitrise des connaissances / formateur (7) ⇒ Valorisation des recherches réalisées (3) ⇒ L'investissement de l'étudiante dans l'amélioration de ses connaissances (3)			
Activité réalisée	Préoccupation	Activité suspendue ou contrariée	Contre activité
L'étudiante réalise la présentation synthétique d'une patiente de 47 ans hospitalisée pour reprise de fistule sigmoïde. L'étudiante précise l'histoire de la maladie et précise la localisation de stomie avec des gestes (2'47).	[(Tour 36) Chercheur : tu vois qu'elle sait de quoi elle parle même si toi tu ne maîtrises pas la pathologie qu'elle évoque ?] (Tour 37) ouais ! Bah oui, <b>parce qu'elle est capable de l'expliquer.</b> Là, la « chir » <b>je maîtrise un peu parce que j'ai été cadre, mais pour autant, je n'ai jamais été infirmier en chirurgie.</b> Mais..., j'ai quelques connaissances quand même, je suis infirmier malgré tout, mais... comme je te dis, <b>le fait qu'elle arrive à argumenter le motif d'hospitalisation et d'expliquer au niveau de la physiologie et de la pathologie.</b> Je trouve ça tellement rare chez les étudiants, en deuxième année, au bout de 10 jours de stage.		
L'étudiante poursuit avec les actions réalisées : consulter les résultats de BMR . CDS.2 demande alors à l'étudiante : qu'est-ce que c'est BMR (8'34).	(Tour 87) là <b>j'évalue les connaissances de l'étudiante, clairement.</b> Donc, elle me dit BMR, donc je lui demande qu'est-ce que c'est et je vérifie qu'elle sait de quoi elle parle. (Tour 88) Chercheur : donc elle sait ce que signifient les initiales BMR.	(Tour 89) CDS.2 : [ <b>silence, hésitation</b> ] non, je... je..., ouais après je ne sais pas si j'ai approfondi, mais qu'elle me dise ce que c'est quoi. Parce que, elle y sera confrontée dans les services, donc c'est assez compliqué. Et puis ensuite on va sur des... isolements. Là, <b>pareil, j'aurais pu faire le lien avec la patiente quand elle parle du problème isolément avec un impact psychologique.</b>	(Tour 89) Tu vois, là <b>moi-même je ne fais pas le lien parce que je suis passé à autre chose, malheureusement [rires].</b>
L'étudiante maintient que le dossier est bien la notion d'isolement (8'44).	(Tour 90) <b>je lui dis juste : c'est pas précaution complémentaire ?</b>	(Tour 90), <b>Mais je ne lui explique pas à fond. J'aurais dû lui dire qu'il y a cette connotation négative de l'isolement et que le vocabulaire évolué.</b>  <b>Mais je voulais la sensibiliser sur cette notion de précaution complémentaire et refaire un peu de théorie, lui demander : qu'est-ce que c'est ? en</b>	(Tour 90) Moi j'étais passé à autre chose.

		<p>quoi ça consiste ? C'est important d'évaluer les connaissances. Et là, en reprends la casquette de cadre de formateur en disant : dites-moi, ça je pourrais le faire, les trois types de précaution complémentaire. Donnez-moi un exemple pour chaque, etc. ça, c'est le truc que j'aurais pu faire, mais que je n'ai pas fait avec cette jeune fille, mais que j'aurais pu faire.</p> <p>(Tour 94) J'aurais pu aussi l'interroger sur ses pratiques, pour savoir pourquoi elle fait les choses. C'est important qu'elle comprenne que l'infirmier n'est pas un simple exécutant. Elle doit être capable aussi de l'expliquer à la famille et à l'entourage. C'est important pour favoriser l'acceptation du patient. Et là, si j'avais été un super formateur [sourire] là, j'aurais fait le lien avec le problème psychologique, incontestablement [sourire].</p>	
<p>Elle poursuit en indiquant le motif d'entrée : UHN. Elle précise qu'il s'agit d'une Urétéro-Hydro-Néphrose, une déformation du rein (10'42).</p>	<p>(Tour 107) là, elle essaye de s'approprier les données médicales pour les rendre accessibles, pour elle, et pour transmettre aux autres. Et, si je vais plus loin, ça veut dire qu'elle sera capable de l'expliquer au patient. Parce que, le patient tu lui dis... le langage médical [hésitation] j'ai même pas retenu le nom, il ne va rien capter.</p> <p>(Tour 111) Il y a tellement de diversité de terrain de stage, que je n'ai pas la prétention de maîtriser tous les domaines. Moi, ce que je vais vérifier, c'est la méthodologie, la recherche, l'appropriation, et après... non, je ne peux pas vérifier. Je ne peux pas garantir la pertinence des connaissances de l'étudiant.</p> <p>(Tour 113) Sa capacité à argumenter de manière quasi spontanée me montre qu'elle s'est appropriée connaissances. Moi, je ne me place pas comme</p>		

	<p>expert, je suis un expert de la pédagogie si tu veux, de l'encadrement, etc., mais je ne suis pas... chirurgien digestif</p>		
<p>L'étudiante poursuit la présentation clinique de ce deuxième patient en énonçant ses antécédents de cancer colorectal, la chirurgie, les soins de lavement..., CDS.2 questionne l'étudiante sur chacun de ces éléments au fur et à mesure de sa présentation (12'42).</p>	<p>(Tour 117) Donc, là, je l'interroge sur sa prise en charge du patient.</p> <p>(Tour 117) Tu remarques ? À chaque fois que je l'interroge sur quelque chose, elle a quelque chose à me dire, elle est capable d'argumenter et c'est ça qui me fait dire que c'est une bonne étudiante.</p>	<p>(Tour 117), Mais bon, pareil, j'aurais pu approfondir ses connaissances sur le cancer, le lien avec le motif d'hospitalisation.</p>	
<p>L'étudiante évoque l'intervention chirurgicale à réaliser (type Bricker) en expliquant le principe de réalisation (13'00).</p>	<p>(Tour 118) [rires] ça tient la route, hein ?</p> <p>(Tour 122) Elle me parle d'une intervention chirurgicale, le Bricker ou je ne sais plus quoi, allez : qu'est-ce que c'est. Par contre, j'interroge. Je veux savoir si elle sait ce que c'est. Et là, en plus, elle a l'air [fait des guillemets avec ses doigts], elle a l'air [en insistant] pertinente, son argumentation. Après, je ne peux pas dire à 100 % si le raisonnement est bon, mais elle est convaincante. Après, bon bah voilà, je ne peux pas être sûr à 100 % [en secouant la tête]. Et tu remarqueras sur la vidéo que je ne valide pas, je dis : d'accord [Rires longs].</p>		
<p>L'étudiante poursuit et termine la présentation clinique de ce patient. Elle enchaîne avec le suivant : un homme de 59 ans entré pour HOLEP sur hypertrophie bénigne de la prostate. CDS.2 lui demande si c'est en lien avec son hypertrophie prostatique (15'36).</p>	<p>(Tour 135) je cherche à savoir le lien. Elle me parle de... de symptômes... d'une pathologie... voilà. Le lien de cause à effet. Est-ce qu'elle comprend bien les choses.</p> <p>(Tour 139) [silence, il prend une grande inspiration] bah, le fait que... que... qu'elle explique... je ne sais plus trop ce qu'elle dit, mais ça m'avait convaincu en tout cas</p> <p>(Tour 142) [silence] j'attendais pas de réponse. Enfin, technique... je veux juste qu'elle explique ce qu'elle a compris. Histoire d'aller un petit peu plus loin et m'assurer de la bonne compréhension du mécanisme physiopathologique. Et là, il n'y a pas besoin de chercher midi à</p>		

	<p>14 heures. On a bien compris que l'hypertrophie peut créer une gêne, et du coup, c'est pertinent. L'objectif, c'est toujours que l'étudiante soit capable d'argumenter. Ça peut être le patient qui demande. Donc, l'infirmière il faut qu'elle soit capable de donner une réponse. Là, si j'étais le patient, je me dis : OK c'est bon, ça me va. Et en tant que formateur, ça me va.</p>		
<p>CDS.2 demande l'étudiante : c'est quoi le HOLEP ? Je connais pas moi (16'09).</p>	<p>(Tour 143) [sourire] après, c'est dangereux ça. Parce que, c'est vrai que les étudiants ont besoin d'être rassurés.</p> <p>Le fait que je leur dis que je ne maîtrise pas. Même si moi je sais que j'avais trouvé personne pour m'accompagner. Ça fait stresser les étudiants. Ils se disent : le prof il connaît pas ? (Tour 143) Tu vois, ça il y a des étudiants à qui ça peut faire flipper.</p> <p>Parce que... malgré tout, la non-maîtrise, je la maîtrise. [Rires nerveux] je ne sais pas comment expliquer ça.</p> <p>(Tour 147) [rires francs] la non maîtrise médicale, je la maîtrise dans le sens où pour moi le but est autre. Comme je te le disais, c'est le raisonnement, et faire des liens, de travailler sur la posture, etc. je ne peux pas avoir la prétention de tout connaître, c'est impossible.</p>		

**Préoccupation 4 : Renforcement méthodologique du raisonnement clinique**

- ⇒ Non-maîtrise de la méthodologie du raisonnement clinique (5)
- ⇒ Rappel méthodologique de formulation des problèmes de santé (1)
- ⇒ Autres exemples de problèmes de santé possibles (1)

Activité réalisée	Préoccupation	Activité suspendue ou contrariée	Contre activité
<p>L'étudiante et CDS.2 poursuivent l'échange autour de la prise en charge médicamenteuse de la douleur, car la patiente préfère éviter d'avoir recours à la morphine (5'20).</p>	<p>(Tour 60) Donc là, il y a un problème de douleurs et donc l'évaluation de la douleur permet de savoir si le problème de santé est résolu. Donc il y a des choses à mettre en œuvre.</p> <p>(Tour 61) Chercheur : et là tu lui parles de problèmes de santé ?</p> <p>(Tour 62) CDS.2 : [silence] bah, je lui parle de la douleur en tout cas, je lui parle de traitement et je veux qu'elle s'interroge sur la prise en charge de la patiente. [Se pince les lèvres] il me semble.</p>		

<p>L'étudiante poursuit la présentation en évoquant les conséquences psychologiques de la maladie pour la patiente qui reçoit peu de visite, même de la part des médecins. CDS.2 lui confirme qu'il s'agit d'un problème pertinent et suggère donc discuter avec le médecin (6'38)</p>	<p>(Tour 65) et bien le problème c'est que, dans la prise en charge de la patiente, on peut poser un diagnostic infirmier... qui pourrait s'intituler... [hésitation] bon moi j'ai plus les titres en tête : moral perturbé, enfin, baisse de l'humeur en lien avec une pathologie aiguë qui est très invalidant à vivre [il refait les mêmes gestes que l'étudiante montrant les orifices de stomies sur l'abdomen], en lien avec... comment dirais-je... le manque d'informations données par l'équipe médicale, manque de considération de la personne. Voilà quoi, un problème avec la possibilité de poser un diagnostic infirmier et de mettre en place des actions.</p>	<p>(Tour 73) là, je me dis : c'est dommage, j'aurais pu, enfin j'aurais dû plus insister. J'aurais pu lui dire : là vous venez d'évoquer un problème : comment pouvez-vous définir ce problème ? J'aurais pu faire un rappel de méthodologie : quels objectifs ? Quelles actions ?</p> <p>(Tour 75) Bah c'est ma spontanéité, je... je..., tu vois comme je laisse libre cours à ma spontanéité, du coup tu passes à côté, des fois, deux possibilités de rappeler la méthodologie. Là, j'aurais dû m'arrêter et dire : Bam, c'est un problème de santé qu'est-ce qu'on fait ? Et là j'aurais pu laisser la main étudiante et lui laisser le temps d'argumenter et de structurer un projet de soins. Alors que là, on va basculer sur un autre problème qui est plutôt institutionnel, sur l'organisation du service...</p> <p>(Tour 75) hum... [grimaces] c'est vrai, là il y avait une perche très grande pour parler d'un problème de santé du patient, et je pointe le problème. [...] Tant pis. [Sourire crispé]. Ben oui c'est ça. Après, le cadre rassurant de la démarche de soins, c'est qu'on leur demande de poser des problèmes avec les objectifs, les actions... et là, on aurait plus approfondi si j'avais le support papier. Parce que, mine de rien, là on était dans l'improvisation.</p> <p>(Tour 79) Donc je suis passé à côté... bon, il n'y a pas mort d'homme. Mais c'est dommage, c'était l'occasion de consolider la partie méthodologie.</p>	<p>(Tour 73) Hélas, en fait je l'emmène sur un autre truc, j'évacue le truc donc dommage, c'est dommage.</p> <p>(Tour 75) Alors que là, on va basculer sur un autre problème qui est plutôt institutionnel, sur l'organisation du service...</p>
--	--	---	--

<p>Il termine en demandant à l'étudiante : « qu'est-ce que je peux faire pour vous aider ? ».</p> <p>Celle-ci le questionne alors sur méthodologique de la formulation des problèmes de santé en lien avec les pathologies du patient (37'24)</p> <p>CDS.2 tente de répondre à la question de l'étudiante en prenant l'exemple d'un patient atteint de diabète. L'étudiante rajoute alors de la confusion en disant : « pour moi, le diabète ça peut être aussi un symptôme » (37'50).</p>	<p>(Tour 178) je lui dis : qu'est-ce que je peux faire pour vous aider ? Et là, elle revient sur... j'aime bien... enfin j'aime bien... et là, elle me parle de méthodologie des problèmes de santé. En gros, elle sous-tend que, nous, le modèle pédagogique qu'on essaie de leur enseigner c'est : problème par problème. Et que, elle, elle est plutôt dans quelque chose de global, pour mettre les liens. Les liens entre les maladies... et j'avoue que je n'ai pas trop compris. Donc, je lui demande de reformuler, et après je crois que je m'emmêle les crayons.</p> <p>(Tour 184) [long silence, puis prend une grande inspiration] en tout cas, moi ce que j'essaie de faire ces de..., parce que je ne réponds pas sa question en fait. J'essaye juste de lui réexpliquer, comment on traite les problèmes de santé et que par exemple : si le diabète est équilibré, ce n'est plus un problème de santé. Et là, elle me redemande... et si le diabète est un symptôme ? [L'air songeur]. Oui, là elle continue à avoir un questionnement qui n'est pas très très clair, effectivement... j'essaie de répondre tant bien que mal, mais.</p>		
<p>CDS.2 fait part à l'étudiante de sa difficulté pour répondre à la question. Étudiante énonce alors un exemple concret (38'30).</p>	<p>(Tour 191) bah, là, elle prend un exemple concret. C'est plutôt pas mal. Mais, j'avoue que même avec l'exemple je ne comprends pas. Et en plus, là où elle m'embrouille, c'est qu'elle parle d'un patient qui ne faisait même pas parti des patients qu'elle vient de présenter. Donc... là... je réponds, mais..., c'est par automatisme tu vois. C'est pour ne pas laisser du vide, mais en fait je ne capte rien.</p> <p>(Tour 193) Et là, c'est de la broderie. Là, je brode là. Je brode, complètement...</p> <p>(Tour 197) ben oui, je suis honnête avec toi. Mais c'est parce que je ne comprenais pas sa question. Je ne comprends pas sa question initiale, elle me donne un exemple, mais je ne comprends pas son exemple. Donc, j'essaye de raccrocher... justement, à de la méthodologie en lien avec mes connaissances sur le</p>		

	<p>raisonnement clinique et la manière de traiter un problème. Mais brode dans le sens, je ne suis pas sûr de répondre à la question [sourire]. Je me raccroche à..., je ne sais pas, à ce que je peux. (Tour 199) Je réponds, mais je ne comprends pas. Parce qu'en plus, elle me parle d'un exemple qui ne s'appuie pas sur un patient qu'elle a présenté</p>		
<p>L'étudiante reformule sa question pendant que CDS.2 la schématise en prenant des notes sur une feuille de papier (40'30).</p>	<p>(Tour 201) de contextualiser quelque chose... là, j'essaie de faire en sorte qu'elle soit le plus concret possible pour que je puisse l'aider à répondre à son interrogation. [...] Tu as vu, j'essaye de reprendre quelque chose de très schématique sur papier. Je lui fais même une réflexion : ne vous embrouillez pas ! (Tour 205) ... c'est frustrant en tant que formateur. Donc j'essaye, par tous les moyens, de rationaliser le truc, de contextualiser pour essayer de comprendre ce qu'elle dit et lui apporter au moins une réponse. Une réponse qui puisse l'aider, tout simplement. (Tour 206) là, elle reformule de la même manière et elle remet son symptôme.</p>		
<p>CDS.2 et l'étudiante poursuivent la discussion pour tenter de clarifier le questionnement. CDS.2 propose une synthèse en disant que ce sont des « problèmes liés » (42'46).</p>	<p>(Tour 214) [rigole] ah, je suis trop fort ! (Tour 216) là, je fais des pirouettes, je.... Là, c'est de la comédie ce que je fais [rigole]. (Tour 218), mais bien sûr ! Parce que je n'étais pas tout à fait dans la maîtrise, parce que je ne comprenais pas sa question. Donc, je fais des pirouettes, pour ne pas perdre la face, mais surtout [rigole] pour que l'étudiante ne soit pas frustrée [rigole]. Mais là, je ne lui apporte pas grand-chose en fait. Je vais passer loin en fait. (Tour 222) Après, ma réponse n'est pas très claire et... ça se voit que je suis un petit peu soucieux [rigole]. C'est clair, c'est clair, mais je l'assume, qu'est-ce que tu veux ? C'est comme ça, au moins, je suis resté ouvert à l'étudiante. C'est important ça. Et là, je</p>		<p>(Tour 218) je lui dis qu'il faut être pragmatique, que c'est un problème lié... [sourire], c'est une manière de lui dire : c'est bon, j'ai compris votre question, laissez-moi [en faisant des signes avec les mains, signifiant : laissez-moi partir]. Laissez-moi une porte de sortie quoi.</p>

	<p>maîtrise à moitié, mais l'étudiante, là elle est bien, et c'est ça qui importe. Là j'aime bien ton arrêt sur images, ça permet de dire : ouais, ben le prof il galère un peu, et tant mieux qu'ils galèrent. Il faut se remettre en question, on n'est pas dans la maîtrise. (cf image). L'étudiante, elle est contente alors, objectif atteint. Allez, « next » [en montrant l'écran de la main]. [Rigole].</p> <p>(Tour 230) par rapport au collègue avec qui tu as fait le même exercice que moi, lui il est référent de l'UE raisonnement clinique. Lui, la maîtrise de la méthodologie, c'est sûr qu'il l'a. C'est même pas la maîtrise, l'expertise. Moi, la méthodologie du raisonnement clinique..., je la maîtrise... d'une certaine manière. Du fait de mon expérience... du fait de mes apprentissages à moi... mais c'est sûr que je maîtrise moins que mon collègue. Mais, j'ai peut-être été réducteur quand je t'ai dit ça en introduction que moi j'étais sur la maîtrise de la méthodologie. En fait, il y a aussi la réflexivité de l'étudiante, la prise en charge globale du patient, s'interroger sur ... tout. Par exemple, sur la pathologie, je lui pose des questions sur la pathologie. En fait, je passe mon temps à poser des questions, et sur tout. Donc, c'est une manière de revenir sur la méthodologie. Pour moi, ce serait réducteur de dire que je suis que sur la méthodologie. Je vais dans plein de directions en fait. On peut nommer ces directions, il y a le vécu de l'étudiant, même à travers la démarche clinique on est dans le vécu de l'étudiant, ce qui m'est très cher évidemment. Mais on est aussi dans les connaissances, on est aussi dans la méthodo..., autant que faire se peut. Être dans la réalité du service, dans la relation à l'autre... etc., là je me rends compte que j'interroge plein de dimensions à travers la démarche clinique. Donc, c'est plutôt pas mal je dirais, quand même. Et</p>		
--	---	--	--

	<p>que, la méthodo en l'occurrence, je ne la maîtrise... pas. Là, je ne comprends pas trop sa question, la méthodo est approximative, mais je m'en débrouille [rires].</p> <p>(Tour 234) Alors oui, la non maîtrise, tu apprends à la maîtriser pour agir quand même. Donc là, à l'image tu me vois soucieux, mais l'étudiant elle est bien. Et en plus elle est bienveillante. Donc, pour répondre à ta question, il y a plusieurs manières de gérer cette non maîtrise. [...] La non maîtrise, je l'ai affronté et je continue de l'affronter. Ça fait partie du travail de cadre. Ce serait impossible de ne pas pouvoir gérer les imprévus. [...] Tout ça pour dire, il faut faire des acrobaties et s'adapter tout le temps, avoir une certaine humilité, savoir chercher les bonnes ressources et parfois ne pas répondre tout de suite.</p>	<p>(Tour 234) Là, j'aurais pu lui dire : écoutez, vous êtes encore en stage, clarifiez vos idées et formulez-moi votre question par mail, j'y répondrai après coup. Il y a plein de manières de la gérer, la non maîtrise.</p>	
--	--	--	--

<b>Préoccupation 5 : Synthétiser la progression.</b>			
⇒ Résumé de la supervision réalisée (3)			
⇒ Diagnostic pédagogique (1)			
Activité réalisée	Préoccupation	Activité suspendue ou contrariée	Contre activité
<p>CDS.2 questionne l'étudiante sur ses notes aux différentes unités d'enseignement, et confirme qu'elle dispose de connaissances théoriques suffisantes. Puis, elle poursuit la présentation du patient. Ensuite, CDS.2 confirme que ces présentations sont claires, organisés et que les informations importantes sont soulignées (23'25).</p> <p>CDS.2 fait un résumé des échanges avec l'étudiante. Il regrette tout de même que le travail sur la démarche de soins n'ait pas été plus approfondi par l'étudiante en amont. Il lui confirme néanmoins des capacités en termes de compréhension et de mobilisation des connaissances. Il reconnaît également ses</p>	<p>(Tour 159) à la fin de l'exercice, je synthétise ce qui est correctement fait. Ça c'est automatique chez moi, on conclut la présentation du patient, je lui dis ce qui est bien, etc., etc. ça fait office de transition sur la suite.</p> <p>(Tour 179) ben là, je conclus une nouvelle fois sur..., enfin, je veux conclure sur la démarche de soins en lui disant quand même un message : écoutez, vous n'avez pas répondu à la demande, donc là on a improvisé, il manquait des supports.</p>	<p>J'aurais pu mettre des axes d'amélioration, mais, après chaque étape de l'entretien, de faire une conclusion ça me semble important.</p>	

capacités relationnelles et l'invite à faire preuve de davantage de rigueur, notamment en matière de démarche de soins. (37'24)			
---	--	--	--

<b>Préoccupation 6 : Veiller au respect de l'anonymat des présentations cliniques.</b>			
⇒ Identité du patient à l'oral (1)			
Activité réalisée	Préoccupation	Activité suspendue ou contrariée	Contre activité
L'étudiante poursuit avec la présentation synthétique d'un deuxième patient en énonçant son nom de famille complet. CDS.2 s'interroge quant à la notion d'anonymat des présentations réaliser (9'48).	(Tour 103) j'ai un doute sur la confidentialité des données patients. Et après, je me rassure en disant qu'il y a le secret partagé. Je crois que c'est le cas.	(Tour 103) Et là, j'aurais pu, pareil, dire : secret partagé, confidentialité patient, on fait un focus là-dessus. Ça, j'aime bien faire il y avait une porte ouverte et je ne l'ai pas prise non plus. Parce que, intuitivement, j'ai peut-être estimé qu'elle savait ce qu'est le secret partagé. Mais en fait, je ne sais pas, puisque je ne lui ai pas demandé. Et c'est dommage. Voilà, dans le contrôle et l'évaluation des connaissances est une belle porte ouverte et je ne l'ai pas fait. Dommage.	

<b>Préoccupation 6 : Etablir un climat de confiance et veiller au bien-être de l'étudiante.</b>			
⇒ Rester à l'écoute de l'étudiante, de son vécu (7)			
⇒ Mettre à l'aise et créer une relation de confiance l'étudiante (5)			
⇒ Recours à l'humour (4)			
⇒ Signes de malaise et de fatigue chez l'étudiante (2)			
⇒ Choix du cas à exposer (1)			
⇒ Adapter sa posture en fonction du niveau d'investissement de l'étudiant (1)			
Activité réalisée	Préoccupation	Activité suspendue ou contrariée	Contre activité
CDS.2 propose à l'étudiante de réaliser des transmissions orales pour les patients dont elle a eu la charge ce jour comme s'il était infirmier en chirurgie [rires, en demandant s'il ressemble à un infirmier de chirurgie]. Elle pourra s'aider des notes retranscrites sur un document placé devant elle (1'50).	<p>(Tour 26) Et donc, là le but c'est de dire : je suis un infirmier de service, à votre égal, pour essayer de créer une relation de confiance. Essayer de se rapprocher d'une relation professionnelle. Moi, j'aime bien créer une relation de confiance [...] Voilà, comme je te dis j'aime bien créer une relation..., pas amical, mais avec sympathie et bienveillance, etc. Mais avec elle, je me rends compte que c'est pas le bon plan, elle a pris ça pour du jeu.</p> <p>(Tour 63) Là on arrive, avec cette spontanéité, dans cette relation presque d'égal à égal</p> <p>(Tour 30) je sais que je suis un peu familier, mais c'est juste pour dire, voilà est de dire que je vais utiliser l'humour pour voir si ça va choquer ou pas la personne. Tu sais, il y a des personnes qui sont hyper rigides, ils vont se dire : non, mais, le gars n'a pas la posture d'un cadre. Alors qu'en fait, je l'ai. C'est pour maîtriser la relation. Dire que si là je vais trop loin, OK dans ce cas je vais reprendre mon image lisse, etc. Voilà, mais en</p>	(Tour 33)	

	<p>général cette relation, ça a plutôt des effets positifs, ça vise à mettre les étudiants à l'aise. En général, c'est aussi pour détendre l'atmosphère. Et en même temps, le message que je fais passer, c'est : je sais que le contexte de l'hôpital est difficile, il y a des patients qui sont parfois difficiles et les collègues, etc. Et, le message que je fais passer c'est qu'on peut être très sérieux dans son travail et dans la bonne humeur. Parce qu'on travaille en équipe, on travaille avec l'humain, même avec les patients peut avoir un certain humour.</p>		
<p>CDS.2 propose à l'étudiante de présenter les patients et lui laisse la possibilité de choisir de choisir le dossier qu'elle présentera de manière plus approfondie (2'15).</p>	<p>(Tour 31) tu vois, ça c'est un petit cadeau, c'est important pour mettre en confiance la personne. Là je me dis c'est une étudiante plutôt brillante et je veux qu'elle me donne le maximum d'éléments sur un patient pour qu'on puisse échanger. Donc là je me suis adapté à la situation telle que je la percevais, c'est très contextuel.</p>	<p>(Tour 31) Et après, c'est selon le type d'étudiants. Si je vois que c'est un étudiant qui a de grandes difficultés par un manque de travail, par un manque d'investissement, je vais avoir une position hyper rigide. Parce que là je vais tester ses capacités de travail, donc là je ne vais pas lui laisser le choix. Si c'était une étudiante que j'avais estimé être très en difficulté, qui ne répond jamais aux commandes institutionnelles par rapport aux travaux, etc., j'aurais imposé un dossier.</p>	
<p>CDS.2 félicite l'étudiante pour l'introduction de sa présentation et sa maîtrise de la pathologie (3'28)</p>	<p>(Tour 38) tu vois. Pour moi là c'est fondamental : le renforcement positif. Ça, ça vient de mon expérience de management, mais je pense que c'est applicable à la pédagogie. Et ça fait tellement de bien d'entendre des choses positives, d'entendre les compliments, de reconnaître le travail. C'est des choses qui ne se font pas assez, me semble-t-il, dans les services. Donc là, je trouve que c'est bien, donc je me dis. Et ça, toujours dans l'objectif de valoriser et de mettre en confiance la personne. Et la valorisation, c'est tellement, tellement, tellement,</p>		

	<p>tellement important. Donc ça, c'est quelque chose de fondamental dans ma manière d'être. Ça c'est un truc hyper important. Et même, des étudiants qui sont parfois un peu en difficulté, il faut chercher des motifs de réassurance. Il faut donner confiance aux personnes pour qu'elles puissent s'exprimer pleinement et s'épanouir dans ce qu'elles font.</p>		
<p>CDS.2 souligne l'importance d'indiquer des repères horaires sur la planification des soins de l'étudiante. Celle-ci argumente avec assurance son choix de ne pas indiquer les horaires compte tenu de l'organisation du travail en 12 heures. Sur son téléphone portable, elle montre alors à CDS.2 une planification plus précise réalisée lors d'un précédent stage. CDS.2 redit à l'étudiante sa satisfaction quant à la qualité du travail fourni : « c'est très bien, je valide ». L'étudiante sourit et fait part de son insatisfaction lors de l'évaluation réalisée par une aide-soignante pour la validation d'un acte de soins : « là, vous voyez je ne suis pas d'accord, elle m'a mis « à améliorer » pour la réalisation de la toilette ! » (26'25).</p> <p>CDS.2 tente de répondre à la question de l'étudiante en prenant l'exemple d'un patient atteint de diabète. L'étudiante rajoute alors de la confusion en disant : « pour moi, le diabète ça peut être aussi un symptôme » (37'50).</p>	<p>(Tour 162) ah..., bah c'est là en fait que ça dérape. Elle part en live. Mais moi, tu vois je me détends en fait je commence à plaisanter.</p> <p>(Tour 166) [rires] oui. Oui, c'est un peu déconnant son truc. Je pense que la pauvre aide-soignante, elle voulait lui montrer un peu à l'ancienne peut-être. Mais l'étudiante la décrédibilise complètement, en disant : elle, elle me désorganise, en plus elle ne sait pas m'évaluer...</p> <p>(Tour 168) oui. [Rires] oui, là en fait elle prend la main. [...] Elle prend la main, et puis après je crois que je l'écoute, et après je crois qu'on n'est plus pertinent.</p> <p>(Tour 171) Là, c'est hors cadre on va dire. Après, j'ai essayé de garder mon sérieux et de m'intéresser à elle. Elle parle de son vécu, donc je pense que c'est important. C'est important que les étudiants puissent parler de leur vécu. Un vécu qui est parfois très difficile, mais plus souvent que ce que j'aurais imaginé. Moi, j'ai vu des étudiants qui ont vécu des trucs vraiment pas cool quoi, avec des infirmiers, les infirmières... peau de vache, le mot est faible. Donc, vraiment des conduites très limites. Donc là, de lui accorder un espace d'expression, ça va. Enfin, si je maîtrise derrière ça va, le problème c'est qu'après [rires] ça part en rigolade.</p> <p>(Tour 184) Et en plus, quelque chose qui a un impact quand même, ça demande beaucoup de concentration quand même le suivi de stage. Il faut vraiment être hyper attentif. Et quand tu arrives à la fin, tu es peut-être moins concentré. Là on arrive au bout, et je ne suis plus très..., et il y a eu aussi le stress de l'exercice filmé. Donc là, je n'étais peut-être plus au top non plus. Et elle non plus, manifestement. Je parle de moi, mais c'est aussi l'étudiante. Tu vois, ça demande beaucoup de concentration.</p>	<p>(Tour 162) Alors que... oui, il fallait peut-être...</p> <p>(Tour 166) donc, là, il aurait fallu un petit recadrage en règle.</p> <p>(Tour 168) C'est moi qui aurais dû dire : on repart sur autre chose.</p> <p>(Tour 172) là, je me décrédibilise. Il aurait fallu que je recentre le truc. Oui, non... je ne suis pas un clown quoi.</p> <p>(Tour 175) Là, j'aurais pu travailler sur la posture. Mais, pour défendre la manière d'être, c'est aussi un exutoire pour lui permettre de s'exprimer.</p> <p>(Tour 186) l'idéal aurait été que sa question soit plus claire, et que je sois plus à même de répondre. C'est vrai que j'ai une petite baisse d'énergie, mais après, j'aurais pu quand même répondre à cette question s'elle était plus claire.</p>	<p>(Tour 190) je ne sais pas comment te l'expliquer, mais. Là, je n'ai peut-être pas été assez dynamique.</p>

		C'est dommage, moi j'aime bien quand les étudiants posent des questions. Bon, elle est peut-être mal formulée, et moi j'ai pas réussi à reformuler ou à répondre à sa demande.	
--	--	--	--

<b>Préoccupation 8 : Prendre en compte le dispositif technologique liée à la recherche pour accompagner l'étudiante.</b>			
⇒ La présence de la caméra et/ou du chercheur (5) ⇒ Les contraintes géographiques (1)			
Activité réalisée	Préoccupation	Activité suspendue ou contrariée	Contre activité
CDS.2 demande à l'étudiante de lui présenter ses 4 démarches de soins. Celle-ci explique qu'elle n'a ses démarches. Avec une certaine gêne mêlée d'humour, CDS.2 propose au Chercheur, présent dans la salle, d'exclure l'étudiante de l'étude (0'30).	(Tour 21) parce que effectivement, nous on a un cadre qui... qui est donné avant le stage. Donc il y a des consignes qui sont établies, qui sont intégrés au guide de stage. Et là l'objectif de l'étudiant c'est de faire quatre démarches de soins pour un étudiant de deuxième année. <b>Très honnêtement là, dans, là il y avait un petit côté artificiel, donc je fais l'exercice, mais en fait j'aime pas du tout là.</b>	(Tour 16) Donc, là, elle ne répond pas la demande, ..., <b>je pourrais mettre fin à l'entretien [en fixant le Chercheur des yeux].</b>	
CDS.2 propose à l'étudiante de réaliser des transmissions orales pour les patients dont elle a eu la charge ce jour comme s'il était infirmier en chirurgie [rires, en demandant s'il ressemble à un infirmier de chirurgie]. Elle pourra s'aider des notes retranscrites sur un document placé devant elle (1'50).	(Tour 26) Bon, <b>là on n'est pas dans le service</b> , c'est toujours mieux de réaliser la visite directement dans le service  (Tour 26) Moi, j'aime bien créer une relation de confiance, et c'est vrai que moi j'aime bien rigoler, tout en gardant un cadre professionnel. <b>Et c'est là, où je me suis fait avoir. Parce que là, après elle est rentrée dedans, et après elle était dans un jeu.</b>  (Tour 28) [hésitation], <b>moi je trouve qu'elle a pris le truc un peu à la légère</b> quand même. Voilà, je ne l'ai pas trouvé hyper sérieuse. Même si je pense que c'est une étudiante plutôt brillante, je suis sûr qu'elle est très investie dans ses évaluations, <b>mais là, il y avait la caméra... c'était une expérience. Voilà, elle voulait faire un petit peu..., je vais dire sa belle, sa princesse</b> , je sais pas trop.		
L'étudiante continue à se plaindre de l'aide-soignante qui a estimé	(Tour 173) C'est vrai que je ne pense pas que ça m'est déjà arrivé de rigoler comme ça avec une étudiante. Elle le dit elle-		

<p>que le soin restait « à améliorer ».</p> <p>L'étudiante continue à rigoler. CDS.2 ne peut s'empêcher d'en faire de même. Il s'adresse à la caméra en disant : « mais c'est inédit quand même, c'est la première fois que ça m'arrive » (29'14).</p>	<p>même, que c'est un peu la mascotte de la promotion. C'était très théâtral quoi.</p>		
<p>CDS.2 tente de se reconcentrer et de reprendre le fil de l'échange. Il tente d'argumenter l'intention de cette aide-soignante pour l'aider à progresser. L'étudiante se met à nouveau rigoler. CDS.2 s'adresse à la caméra en disant : « on a le droit de taper les étudiantes ? » Il insiste alors sur la nécessité pour l'étudiante de développer des capacités d'adaptation stage (32'24).</p>	<p>(Tour 176) mine de rien, j'ai quand même fait passer des messages. Là, j'ai montré à l'étudiante que, le fait de s'adapter aussi l'aider à mieux vivre son stage. Cette aide-soignante lui a quand même accordé et je pense qu'il y avait beaucoup de bienveillance dans son action.</p>		
<p>CDS.2 tente de répondre à la question de l'étudiante en prenant l'exemple d'un patient atteint de diabète. L'étudiante rajoute alors de la confusion en disant : « pour moi, le diabète ça peut être aussi un symptôme » (37'50).</p>	<p>(Tour 184) Et en plus, quelque chose qui a un impact quand même, ça demande beaucoup de concentration quand même le suivi de stage. Il faut vraiment être hyper attentif. Et quand tu arrives à la fin, tu es peut-être moins concentré. Là on arrive au bout, et je ne suis plus très..., et il y a eu aussi le stress de l'exercice filmé. Donc là, je n'étais peut-être plus au top non plus. Et elle non plus, manifestement. Je parle de moi, mais c'est aussi l'étudiante. Tu vois, ça demande beaucoup de concentration.</p>	<p>(Tour 186) l'idéal aurait été que sa question soit plus claire, et que je sois plus à même de répondre. C'est vrai que j'ai une petite baisse d'énergie, mais après, j'aurais pu quand même répondre à cette question s'elle était plus claire. C'est dommage, moi j'aime bien quand les étudiants posent des questions. Bon, elle est peut-être mal formulée, et moi j'ai pas réussi à reformuler ou à répondre à sa demande.</p>	

## **Annexe 2.G : L'ACC « séquencée » des CDS.1 et 2 sur leurs pratiques de supervision clinique auprès des ESI.1 et 2 (2h51min – 633 tours de parole ou d'expression)**

1. Chercheur : CDS.1 et CDS.2, encore une fois, merci pour votre participation à ce dernier entretien d'autoconfrontation, mais cette fois, croisée. Je vais donc vous proposer de regarder ensemble des séquences de vos supervisions respectives que vous avez réalisées en fin de semaine dernière avec des étudiantes actuellement en stage dans le service de chirurgie digestive. Juste pour vous préciser, j'ai fait un premier traitement de vos vidéos. J'ai donc découpé vos vidéos en conséquences. Donc, j'ai identifié cinq séquences significatives de vos centres d'intérêt respectifs que j'ai pu relever lors de nos premiers entretiens d'autoconfrontation.
2. CDS.1 : d'accord [en acquiesçant].
3. CDS.2 : [écoute attentivement, les mains jointes, l'air concentré].
4. Chercheur : je vous donne les thèmes de ces cinq séquences en lien avec la démarche de soins : l'introduction, l'anonymat, l'exposé à proprement parler des situations cliniques par les étudiantes, une quatrième séquence portera sur le questionnement que vous avez à propos de ces situations cliniques, et une dernière séquence plus spécifique sur les problèmes de santé.
5. CDS.1 : d'accord [en acquiesçant].
6. CDS.2 : on est au cœur de la démarche clinique [souriant avec CDS.2], n'est-ce pas cher collègue ? Mais tu as le droit de dire que tu n'es pas d'accord [rigole].
7. CDS.1 : [grimace avec un sourire].
8. Chercheur : et du coup, je vais vous proposer de visionner ces séquences, et à la fin de chacune de ces séquences, vous allez pouvoir échanger chacun successivement sur la même thématique, je vous demanderai vos avis pour discuter ce que vous aurez vu.
9. CDS.1 : d'accord, OK, « no problème ».
10. CDS.2 : c'est clair.
11. Chercheur : c'est parti avec la première séquence : l'introduction.

### **Séquence 1 / Introduction (durée : 4'25)**

*CDS.1 demande à ESI.1 de présenter ses planifications de soins. Il s'étonne lorsque celle-ci l'informe n'avoir réalisé « que deux planification des soins ». Elle argumente en évoquant la charge de travail dans le service depuis ce matin. CDS.1 lui fait remarquer que les patients sont présents depuis plusieurs jours déjà, et que les planifications doivent être réalisées tous les jours. Il propose, malgré tout, à l'étudiante de choisir une situation clinique pour en faire une présentation détaillée.*

*CDS.2 demande à ESI.2 de présenter ses quatre patients. Elle sourit et indique « mes démarches, je n'en ai pas ». Surpris, CDS.2 propose au chercheur, avec humour, d'exclure l'étudiante de l'étude en cours. Celle-ci argumente en évoquant la très courte durée d'hospitalisation du patient, la charge de travail dans le service nécessitant une grande capacité d'adaptation au début. Elle complète en évoquant les difficultés d'accès au dossier informatisé.*

12. Chercheur : voilà, cette première séquence définit.
13. CDS.1 : excellent [il sourit].
14. CDS.2 : j'adore [les mains jointes devant sa bouche].
15. Chercheur : donc là, on vient de voir la manière que vous avez tous les deux d'introduire le travail sur la démarche de soins.
16. CDS.1 : juste une petite question s'il te plaît : l'étudiante, c'est une étudiante de Saint-Pierre ?
17. CDS.2 : oui, une étudiante de deuxième année de Saint-Pierre.
18. CDS.1 : d'accord, parce que le visage ne me dit rien.
19. Chercheur : et donc, en introduction, vous vous intéressez tous les deux au nombre de patients pris en charge, et au nombre de démarches réalisées.
20. CDS.1 : oui.
21. Chercheur : les étudiantes vous disent qu'elles n'ont pas préparé le nombre de patients correspondants à la consigne. Et ça vous fait réagir...
22. CDS.1 : ben oui, en fait, pour la mienne, elle cherche des excuses.
23. CDS.2 : [écoute silencieusement, la main droite sur la bouche]
24. CDS.1 : elle cherche des excuses, en disant : j'ai pas pu faire, etc... Là, L'étudiante n'a pas fait le travail dans le respect des attentes institutionnelles. Je pense, en fonction du niveau de formation, ils doivent

- présenter d'une certaine manière. On est au départ, en première année, sur un seul dossier avec beaucoup d'éléments dedans, pour être sûr qu'ils ont fait un bon recueil de données et après en faire l'analyse.
25. CDS.2 : [écoute silencieusement, la main droite sur le menton].
  26. CDS.1 : en deuxième année, il commence à aller un peu plus vers la synthèse. Et en troisième année, ils sont un peu plus de la planification, et à partir de ça, ils doivent être capables de...
  27. CDS.2 : [écoute silencieusement, le regard tourné vers CDS.1].
  28. CDS.1 : on est sur..., et je le dis à l'étudiante, la professionnalisation. Maintenant, on recadre. On a peut-être des différences de recadrage. Je pense qu'on ne fait pas la même chose de la même manière.
  29. Chercheur : c'est-à-dire ?
  30. CDS.2 : [écoute silencieusement, le regard tourné vers CDS.1].
  31. Chercheur : toi, tu aurais recadré comment un étudiant de deuxième année ?
  32. CDS.1 : euh..., c'est ce que j'ai fait, j'ai rappelé les règles. Je pense que CDS.2 veut le faire, après il intervient avec toi, mais je pense qu'il faut reprendre le livret de stage. Je ne sais pas si c'est l'exercice filmé qui nous empêche de le faire, ou si, sans la caméra on le ferait vraiment.
  33. CDS.2 : [écoute silencieusement, les mains jointes sur le menton].
  34. CDS.1 : je me questionne là-dessus, oui.
  35. Chercheur : qu'est-ce que tu ferais différemment sans la caméra ?
  36. CDS.1 : eh bien, qu'elle n'a pas fait son boulot, et je le tracerais. Oui, moi je le ferai comme ça. C'est sûr, c'est clair que j'aurais tracé.
  37. CDS.2 : [écoute silencieusement, les mains jointes sur le menton].
  38. Chercheur : qu'est-ce que ça t'évoque à toi CDS.2 ?
  39. CDS.2 : eh bien écoute, c'est vrai que [prend une grande inspiration] le fait de revoir la vidéo..., je me rends compte que..., que j'étais assez surpris de la réponse de l'étudiante. Je ne savais pas qu'elle n'avait pas fait ses démarches.
  40. CDS.1 : [acquiesce en regardant CDS.2].
  41. CDS.2 : pour moi, c'était un prérequis à ma visite. Pour un étudiant de deuxième année, entre deux et quatre démarches de soins... c'est... ben voilà. C'est la demande institutionnelle.
  42. CDS.1 : [acquiesce].
  43. CDS.2 : donc c'est vrai que... je fais un recadrage, mais qui est un peu atypique, sous forme d'humour. Mais dans l'humour, il y a toujours un vrai fond de réalité.
  44. CDS.1 : [acquiesce].
  45. CDS.2 : en fait, je lui montre quand même mon mécontentement, je lui montre ma surprise, le fait qu'elle ne répond pas... et je lui demande quand même d'argumenter.
  46. CDS.1 : [acquiesce].
  47. CDS.2 : donc, oui, OK, vous me passez de la pommade, allez-y, passez-la-moi quand même la pommade, parce qu'on ne va pas dire, quand même, que ce n'est pas grave.
  48. CDS.1 : [acquiesce].
  49. CDS.2 : je ne l'ai pas fait de manière... on va dire, institutionnelle en disant que la règle c'est ça. Je l'ai fait plutôt sur le ton de l'humour, sur un mode cynique, etc., mais la volonté, elle est la même.
  50. CDS.1 : [acquiesce].
  51. CDS.2 : le recadrage. Et quand je te regardais, Chercheur, c'était pour dire qu'on ne va pas interrompre la venue.... Parce que j'aurais pu lui dire : vous n'avez pas les démarches, dont je repars chez moi.
  52. CDS.1 : [acquiesce en faisant la grimace].
  53. CDS.2 : avant de réagir comme ça, je voulais voir quelle est sa réponse et de quelle manière on aurait pu travailler. Donc, CDS.1 est plus académique, plus dans la norme si je puis dire. Donc, c'est critiquable ma manière de faire, mais ça a amené à la même chose : qu'elle argumente pourquoi elle a fait ses démarches.
  54. CDS.1 : [acquiesce en montrant l'ordinateur du doigt]
  55. CDS.2 : pour dire : on évalue quoi !
  56. CDS.1 : oui, est-ce que toi, ton intention quand elle dit qu'elle n'a pas fait le travail, est-ce que tu te dis que dans ta tête, elle n'a pas fait le travail, mais de toute façon elle va le faire maintenant quand même ?
  57. CDS.2 : [grande inspiration] en tout cas, je lui laisse la porte ouverte. J'ai pas fermé la porte. J'étais vraiment très surpris.
  58. CDS.1 : [acquiesce] d'accord.
  59. CDS.2 : je viens... mais elle ne répond pas la commande, donc j'attends de voir... [hésitation], quelles sont ses raisons. Et après, non, je ne ferme pas la porte. Je me dis : OK, on va s'adapter au contexte.
  60. CDS.1 : [acquiesce] oui.

61. CDS.2 : on va faire avec la matière qu'elle me donne.
62. CDS.1 : voilà, ça n'empêche pas à l'étudiante de travailler aussi et de dire : de toute façon, même si tu n'as pas préparé, mais comme tu t'es occupé des patients.... C'est un peu ce que j'ai essayé de faire avec l'étudiante de troisième année qui me dit qu'elle a oublié son papier. Je me dis, même si elle a fait ça, moi ce qui m'intéresse, ce n'est pas ça. Je veux qu'elle me parle de son patient est évaluer quand même quelque chose de sa prise en charge. Donc, je sais pas si tu as pu le faire, mais c'est vrai qu'on peut le faire de cette manière en disant : même si elle n'a pas un travail bien préparer, comme elle s'est occupée des patients, elle doit être capable d'en parler.
63. CDS.2 : [les mains sur le menton] c'est... c'est dans cette dynamique-là que j'ai travaillé. Et du coup, bon désolé de ne pas contredire le collègue [s'adressant au chercheur] ...
64. Chercheur : vous avez aussi le droit d'être d'accord.
65. CDS.2 : on est dans la professionnalisation, dans l'adaptation, donc oui... vous n'avez pas la démarche comme j'aime qu'elle soit faite. Donc, on n'aura peut-être pas autant de contenu, etc., mais avant de vous adapter et de me montrer que vous connaissez votre patient.
66. CDS.1 : [acquiesce] oui.
67. CDS.2 : donc, être un exercice qui..., voilà... qui au final a été intéressant.
68. CDS.1 : d'accord.
69. Chercheur : donc là, vous aussi vous adaptez tous les deux. Les étudiantes vous disent qu'elles n'ont pas le travail. Vous adaptez, en rappelant la règle, avec un peu d'humour pour CDS.2, de manière un petit peu plus institutionnel pour CDS.1...
70. CDS.1 : ben, il l'a dit. Je ne le perçois pas comme ça. Je pense que je n'ai pas été si institutionnel que ça.
71. CDS.2 : [écoute en silence la main droite sur le menton].
72. CDS.1 : j'ai pas l'impression d'avoir été si institutionnel que ça.
73. Chercheur : mais, c'est toi qui as dit que tu recadres en utilisant le document institutionnel.
74. CDS.1 : Oui, oui..., je reprends et tout... mais, [hésitation] disons que je n'ai pas l'impression, de la manière dont je le fais être si institutionnel que ça puisque je passe quand même sur les choses.
75. Chercheur : oui, et du coup, comment vous adaptez à ce travail qui n'est pas fait ?
76. CDS.1 : [silence]
77. CDS.2 : [silence]
78. Chercheur : est-ce que vous diriez que vous vous adaptez de la même manière où il y a des différences ?
79. CDS.1 : [silence]
80. CDS.2 : [silence]
81. Chercheur : vous demandez quand même aux étudiantes de présenter leur patients...
82. CDS.1 : oui... je le fais.
83. CDS.2 : disons que, on responsabilise quand même l'étudiante. Dire que vous n'avez pas fait le job attendu, et je ne sais pas si ça se ressent, mais je vais lui mettre la pression derrière.
84. CDS.1 : [acquiesce]
85. CDS.2 : c'est-à-dire, si derrière vous êtes capables d'argumenter derrière à l'oral avec une qualité d'échange, OK. Mais si par contre... on est dans l'escalade du manque de connaissances, je n'ai pas fait le travail écrit et je ne suis pas capable de présenter le travail à l'oral, là j'aurais peut-être coupé court. Donc là, je lui laisse une chance. Voilà, elle n'a pas respecté totalement la consigne, donc je vais être assez vigilant, peut-être augmenter mon degré d'exigence...
86. CDS.1 : [écoute en acquiesçant].
87. CDS.2 : ... et attendre de voir ce qu'elle a. Elle a utilisé un joker pour moi là, quand même.
88. CDS.1 : [acquiesce], oui, à mon avis aussi, elle peut arriver en essayant de jouer le vatout, et se dire : bon ça va être plié, le formateur va repartir tranquillement, et moi j'ai gagné. On peut très bien démontrer aux étudiants que, justement, on est là pour faire un travail. Et même s'ils n'ont rien préparé derrière, on a les moyens de les faire travailler sur le moment. Et du coup, l'accompagnement qu'on est venu faire sur la démarche de soins, elle va quand même se réaliser. L'idée, n'est pas de contraindre l'étudiante à faire un travail qu'il n'a pas suffisamment préparé, mais c'est de lui montrer que, malgré tout, ils ont l'impression qu'ils vont essayer de gruger entre guillemets, parce que pour certains c'est ça, mais en tout cas, s'ils essaient j'ai de l'expérience et je vais trouver les moyens de les faire travailler quand même. Donc, on n'est pas là pour rien.
89. Chercheur : d'accord...
90. CDS.2 : après..., gruger ou ne pas me gruger, moi tout simplement si je viens, le but c'est d'aider l'étudiante...

91. CDS.1 : [acquiesce]
92. CDS.2 : ... s'il y a matière à, OK, par contre si je perds mon temps, je me casse. Pour moi c'est : est-ce que ma présence est utile ? Est-ce qu'il y a du fond pour travailler ? Si c'est... comment dire... de la négligence... du manque de travail, du « je m'enfoutisme », etc., l'entretien il peut durer 10 minutes et je me casse.
93. CDS.1 : d'accord. C'est-à-dire que, toi tu te bases..., tu regardes quand même le résultat, ce qu'il a fait, pour pouvoir travailler. C'est-à-dire que, quelque part, ils n'ont pas fait l'effort demandé...
94. CDS.2 : ah oui, c'est ça, c'est ça... moi, s'il n'y a pas un investissement...
95. CDS.1 : parce que moi, je serais un peu différent là. Je veux montrer l'étudiante que, si je me suis déplacé, je peux le faire travailler, et qu'il comprenne que je ne vais pas me lâcher...
96. CDS.2 : [écoute en silence les doigts sur le menton]
97. CDS.1 : ... que c'est mon os que je vais ronger cet après-midi, et que je ne vais pas le lâcher
98. CDS.2 : oui, d'accord.
99. CDS.1 : et sans... sans pour autant... Oui, par contre, j'arrive parfois à la limite, quand l'étudiant n'a aucune connaissance, ne maîtrise pas son sujet, ne connaît pas la patiente, qu'il ne sait pas ce qu'il fait... bah là, je vais couper court. Parce que je ne vais pas faire que le mettre en difficulté, et ce n'est pas le but, oui.
100. CDS.2 : oui, et puis il y a la notion de respect aussi.
101. CDS.1 : [Il acquiesce]
102. CDS.2 : moi, je fais l'effort... enfin, c'est mon job on est d'accord.
103. CDS.1 : [Il acquiesce]
104. CDS.2 : et moi, je vais m'investir pour l'étudiant. S'il n'y a pas de feed-back derrière, ça ne va pas le faire. Je vais couper court à l'entretien, mais ça ne veut pas dire que je lâche l'affaire, je vais faire un compte rendu salé, objectivée, en disant : travail non fait, attitude non sérieuse... pas d'investissement, pas de travail, je ferai les transmissions au collègue. Je reverrai l'étudiante à son retour de stage et je reverrai l'étudiante sur un prochain stage.
105. CDS.1 : oui, tu mets des objectifs pour après... d'accord. [Acquiesce].
106. CDS.2 : voilà, ce n'est pas que je retourne les talons je m'en vais et c'est tout. Non, là vous avez déconné, là il n'y a pas matière à travailler. Alors, on va travailler sur la posture, on va lâcher la démarche clinique. Là, vous n'avez rien du tout, aucune connaissance des patients...
107. CDS.1 : [Il acquiesce]
108. CDS.2 : on ne va pas passer trois heures à chercher une éventuelle porte d'entrée, etc..., vous n'avez pas fait le job, maintenant on va travailler sur votre posture. Je vous demande quelque chose, vous ne le faites pas, ça c'est inacceptable. Pour autant, moi mon but, c'est quand même que vous puissiez vous améliorer. Moi, je suis garant d'une certaine qualité d'accompagnement et de la formation des professionnels que je vais mettre sur le marché du travail. Donc je vous reverrai, je fixerai les objectifs. Sachez que je ferai un rapport salé, que je transmettrai à votre formateur référent, etc., mais je reverrai la personne, ça ne reste pas là.
109. CDS.1 : [Il acquiesce]
110. Chercheur : ça, tu l'as déjà fait CDS.1 ?
111. CDS.1 : [Il acquiesce] oui, moi je l'ai déjà fait, quand ils n'ont pas fait le travail demandé. Déjà, s'est signalé par le tuteur, le cadre, l'équipe qui l'encadre sur le terrain. Et puis, je vois que... dans le travail... oui il y a un suivi, qui est insuffisant. On voit très bien quand l'étudiant a bâclé, et qu'il n'a pas fait ce qui était attendu. Donc, à un moment donné, notre objectif est quand même de vérifier s'il répond aux objectifs institutionnels. Et notamment, de réaliser des démarches de soins. Donc, s'il ne l'a pas fait là, je peux lui demander de le refaire et de le renvoyer par mail selon un délai précis. S'il ne le fait pas..., de toute façon j'en réfère à son référent du suivi pédagogique...
112. CDS.2 : [Il acquiesce]
113. CDS.1 : ... et après, on prendra une décision avec le référent pédagogique. Parce que là, on joue..., au-delà de travailler avec l'étudiant la démarche de soins, on est en train de travailler sur la validation du stage. Parce que pour moi, ça doit rentrer en compte dans la validation d'un stage. Parce que potentiellement, ça veut dire qu'il n'est pas capable de prendre en soin un patient dans sa globalité puisque, il n'a pas fait le travail demandé. Et c'est un incontournable, il faut passer par ses démarches pour pouvoir comprendre les situations cliniques.
114. Chercheur : est-ce que pour vous deux, c'est important que l'étudiant ait fait un travail préalable avant votre venue ?

115. CDS.1 : bien sûr [acquiesce].
116. CDS.2 : ben, il le sait... euh..., moi là, l'étudiante elle me roule dans la farine quelque part. Après, je... je... je choisis de l'accepter, mais, c'est du bla-bla son truc.
117. Chercheur : et vous arrivez quand même à travailler avec ?
118. CDS.2 : ben je me suis adapté... je me suis adapté. Et, je lui laisse une chance quand même...
119. CDS.1 : [acquiesce en regardant CDS.2].
120. CDS.2 : ... et voir si elle est capable elle, de s'adapter et de... de faire...euh... quelque chose d'intéressant, et ça été le cas après.
121. Chercheur : d'accord, je vous propose de passer à la séquence numéro deux qui porte sur une autre thématique qui est l'anonymat des présentations.

### **Séquence 2 / l'anonymat (durée : 01'00)**

*CDS.1 fait remarquer à l'étudiante que les documents soumis au secret professionnel qu'elle utilise ne sont pas anonymes et lui propose des moyens simples pour s'y retrouver, en utilisant les initiales par exemple.*

*ESI.2 présente la situation clinique d'un patient en indiquant son identité complète. CDS.2 s'interroge alors sur la possibilité d'énoncer le nom des patients. Avec un doute, il évoque la notion de secret partagé et propose l'étudiant de poursuivre.*

122. CDS.1 : [Il sourit]
123. Chercheur : alors, sur l'anonymat, vous avez des interrogations différentes, ou des pratiques différentes.
124. CDS.1 : oui [silence].
125. CDS.2 : [garde le silence, le regard fixe].
126. Chercheur : [silence]
127. CDS.1 : ben oui, oui, clairement. Parce que... alors moi, le défaut d'anonymat que je relève, il est à l'écrit. À l'écrit, ça me pose un problème, parce que ces documents, elle les ramène chez elle.
128. CDS.2 : [garde le silence, le regard songeur].
129. CDS.1 : et donc là, c'est clair que si n'importe qui tombe dessus et fait le lien avec une situation connue, c'est dangereux. Respect de la confidentialité, secret professionnel... etc. Par contre, moi je ne serai pas interpellé du fait qu'elle me donne le nom lors d'une présentation orale...
130. CDS.2 : [écoutant silence, repositionne ses lunettes]
131. CDS.1 : pourquoi, parce que je suis moi-même assujéti au secret professionnel. Donc, ça ne me gêne pas. Bien que, parfois, on peut tomber sur des situations qui peuvent nous mettre en porte-à-faux si on connaît la personne. Mais c'est rare. Dans plus de 99 % des cas, je n'ai jamais eu de situation que je connaissais. Voilà, moi ça ne m'aurait pas interpellé qu'on me donne le nom à l'oral. Donc, je suis assez surpris de l'interrogation de mon collègue [en s'adressant à CDS.2].
132. Chercheur : et toi CDS.2, ça t'interpelle qu'on te donne le nom complet à l'oral ?
133. CDS.2 : [surpris, comme s'il n'avait pas entendu la question] pardon ?
134. Chercheur : ça t'interpelle que l'étudiante te donne le nom du patient ?
135. CDS.2 : [hésitation] j'ai pas l'habitude parce qu'en général, c'était Monsieur A... Madame B... etc. et là, elle m'a donné le nom en entier, donc... comme j'ai pas l'habitude, je me suis dit : pourquoi elle me donne le nom ? Et après, j'ai réfléchi assez rapidement, je me suis dit qu'à partir du moment où on est professionnel de santé, il y a la notion de secret partagé, donc ça passe en fait. Mais moi, je n'ai pas réfléchi, effectivement, à la notion de l'écrit qu'elle pourrait perdre que ça tombe entre les mains de personnes hors du milieu santé... et [se gratte la tête], c'est vrai que j'ai pas pensé à ça. Je me suis juste interrogé sur le secret partagé.
136. Chercheur : et cette étudiante-là, est-ce qu'elle a écrit le nom du patient en entier ?
137. CDS.2 : oui, oui [en acquiesçant, les mains sur le menton]. Oui, parce que je lisais en même temps, j'aime bien regarder en même temps.
138. Chercheur : du coup, qu'est-ce que tu penses de la pratique de CDS.1 qui consiste à surtout insisté sur l'anonymat à l'écrit ?
139. CDS.2 : [inspiration] bah, oui c'est la règle. Là, il lui a donné une astuce, mettre les trois premières lettres. Oui, on sait très bien que les transmissions qui sont dans la poche qui tombe... bon ben voilà. S'il y a une famille qui tombe dessus... c'est une faute. Donc notre rôle de pédagogue, de formateurs, c'est de donner les bonnes conduites, donc j'aurais dû... enfin j'aurais dû... j'aurais pu, si j'y avais pensé, dire : à l'oral, on peut éventuellement donner le nom, on peut le faire, par contre faites attention à vos écrits, vous êtes responsables et vous pouvez vraiment vous retrouver en grande difficulté. Ça nous est tous arrivés, on a

- tous été soignants... de perdre nos transmissions, et de flipper parce que si c'est une famille qui récupère, il y a quand même des données confidentielles, donc c'est pas bon, donc on met le minimum.
140. CDS.1 : [acquiesce] moi, il y en a encore un truc qui m'a le plus interpellé. Mais je ne l'ai pas recadré, parce que sur le coup j'ai déroulé le truc et j'ai oublié de lui redire. Elle m'informe après que sa fameuse planification avec les noms, elle a oublié sur le chariot dans le service. Donc moi j'aurais dû relever ça. Et au moment où je devais la recadrer, je ne l'ai pas fait. J'ai regretté, parce que je me dis : merde, demain, elle peut encore oublier les papiers avec le nom des patients dessus, et ça c'est pas bon. C'est pas parce qu'une famille peut tomber dessus, et il faut qu'ils fassent attention à ça. Moi-même ça m'est arrivé, effectivement, je me suis retrouvé chez moi avec des documents du service que j'avais oublié dans ma poche. Heureusement, j'ai pu réajuster après. Mais ça peut être problématique si quelqu'un tombe dessus et qui a de mauvaises intentions après.
141. CDS.2 : [écoute en silence, le regard fixe, les poings sous le menton]
142. Chercheur : et CDS.2, est-ce qu'il y a des choses que tu referais différemment par rapport à cette question ?
143. CDS.2 : [hésitation] euh, oui... euh, c'est... c'est, c'est ce que je viens de dire. Par rapport au fait de partager des données médicales entre professionnels de santé, on peut le faire à l'oral sans problème. Mais même à l'écrit, ... c'est pas à moi que je pense, c'est plutôt si c'est oublié sur un chariot, qui traîne dans le couloir, un patient il passe, il regarde. Elle serait mise en porte-à-faux. Surtout si ça prête à conséquence, et que la famille se plaint, etc. c'est... c'est [hésitation]... c'est une faute qui prête à conséquence, donc on doit... Quand on peut faire des rappels comme ça aux étudiants, il faut le faire, c'était le moment, le prétexte est tout trouvé.
144. CDS.1 : oui, donc de manière pédagogique on rappelle aussi les règles professionnelles.
145. CDS.2 : oui, oui elle est importante celle-là. De bien protéger la confidentialité... voilà. On sait jamais comment ça peut être utilisé. Surtout si c'est des pathologies graves.
146. CDS.1 : [acquiesce].
147. CDS.2 : donc, il faut être hyper, hyper vigilant là-dessus, et quand on est cadre on le rappelle. Et quand on est cadre formateur, on doit le rappeler. Là, j'avais une perche que je n'ai pas saisie suffisamment [grimace, les yeux fermés]. Je n'ai pas exploité je veux dire.
148. Chercheur : Et que tu pourrais davantage exploiter les fois prochaines ?
149. CDS.2 : ben, oui oui, absolument. [Silence] c'est même sûr, on travaille avec notre expérience aussi. Moi, je n'avais pas l'habitude de faire le suivi avec une étudiante qui me donne le nom complet des patients, en plus on allait à ces démarches, le contexte est un petit peu particulier... donc il faut se nourrir de ses expériences et on n'en retire quelque chose forcément. La prochaine fois, c'est sûr que je traiterai ce problème-là. Si je vois qu'il y a un doute chez l'étudiante par rapport au secret professionnel... de... de l'anonymat, etc., je pourrais même faire un topo assez important parce que ça l'est pour la carrière de l'étudiant. C'est très, très important.
150. CDS.1 : oui, des fois ils sont bien... préparés à ça. Ils nous disent eux-mêmes, est-ce que je peux donner le nom du patient ? Et parfois, on se rend compte que... pas du tout, ils se lâchent comme ça. Donc oui, on va dire que c'est un prétexte pour rappeler ces règles-là. Mais je note que quand ils demandent s'ils peuvent donner le nom, c'est peut-être qu'ils ont compris cette notion de secret. Il y a la notion de confidentialité qu'il faut respecter, et donc il nous demande une autorisation pour nous en parler. Je pense qu'il faut quand même rappeler les règles lors de cette étape de la démarche de soins parce qu'on rentre dans des situations de vie sur lesquels il faut être vigilant, oui.
151. Chercheur : [silence]
152. CDS.2 : et puis, l'intérêt de la démarche clinique, c'est que tout est exploitable pour former l'étudiant. Je veux dire, ça prend toutes les dimensions de la prise en charge d'un patient. L'anonymat, le respect du secret médical... ça en fait partie aussi, tout simplement. Voilà, le jour où on me dira qu'on standardiste le suivi pédagogique... le suivi de la démarche de soins, je serais assez dubitatif moi.
153. CDS.1 : oui [en acquiesçant].
154. CDS.2 : en termes d'encadrement, c'est assez personnalisé. Il faut savoir rebondir sur les choses importantes, et ça, ça en est une.
155. Chercheur : très bien. Je vous propose de passer à la troisième séquence. Je vous propose maintenant de regarder l'exposé du cas par chacune des étudiantes, et de voir aussi vos postures à vous deux.
156. CDS.1 : d'accord.
157. Chercheur : et puis, on discutera là-dessus... enfin, vous discuterez là-dessus.
158. CDS.2 : OK.

### **Séquence 3 / Exposé des démarches de soins (durée 08'36) :**

*ESI.1 présente la situation clinique d'un patient de 59 ans entré pour syndrome de détresse respiratoire sur une masse laryngée en cours d'exploration. CDS.1 écoute attentivement, en silence, la présentation de l'histoire de la maladie, les antécédents, les traitements ainsi que le résumé des données sur le plan physique, psychologique, social et familial patient. L'étudiante détaille les examens réalisés qui n'ont pas permis d'identifier la cause de l'obstacle laryngé. Elle évoque l'évolution de la prise en charge et le devenir envisagé pour ce patient.*

*ESI.2 présente la situation d'une patiente de 47 ans entrée pour reprise d'une fistule du colon sigmoïde. L'étudiant précise l'histoire de la maladie et les antécédents chirurgicaux. CDS.2 intervient régulièrement au cours de la présentation pour féliciter l'étudiante, approfondir certaines données (douleurs, traitement...) ou apporter les conseils à l'étudiante.*

159. CDS.1 : [inspiration avec le sourire] très intéressant...
160. CDS.2 : [sourire franc, silence].
161. Chercheur : voilà. Qu'est-ce qui est très intéressant ?
162. CDS.2 : ben, il y a des différences [rire franc].
163. CDS.1 : [rire franc]. Complètement ! En fait, j'écoute beaucoup. C'est le constat que j'avais fait lors du premier entretien avec toi [s'adressant au Chercheur]. C'est vrai que... j'interviens pas... je... je préfère écouter, voir le cheminement de l'étudiante, et trouver une certaine logique. Pour le coup, la mienne, elle n'est pas trop structurée. Elle me donne plein, plein d'informations. Ce que je fais, c'est que je fais mon propre cheminement et mon propre raisonnement pour voir si le résultat qu'elle va me donner va correspondre [s'adressant à CDS.2]. Donc, je fais ma propre analyse de la situation, donc... du coup.... Moi, j'aime pas trop les couper parce que des fois, ça casse la dynamique, et j'ai peur que ça les perturbe. Surtout lorsqu'ils sont un peu scolaires.
164. CDS.2 : oui... justement, t'as pas peur que du coup ça fasse trop scolaire ! Parce que là,...
165. CDS.1 : si, [en acquiesçant]. Enfin, j'ai pas peur, mais je le fais volontairement comme ça parce que... je veux faire un peu... comment on va dire.... Je veux qu'il respecte un peu, justement, une certaine... euh... certaines étapes.
166. CDS.2 : [écoute en silence les doigts sous le menton]
167. CDS.1 : en fait, je veux vraiment que l'étudiante soit capable de me donner toutes les infos, avant, pour que je puisse moi-même en faire mon jugement clinique.
168. CDS.2 : [s'appuie lourdement sur le dossier de sa chaise] oui, oui...
169. CDS.1 : et ensuite d'échanger sur le jugement clinique avec l'étudiante
170. CDS.2 : oui, d'accord... [les mains jointes face au visage].
171. CDS.1 : mais, je pense que quand même, des fois, je fais comme toi. J'hésite pas à commenter... ça arrive. Ça arrive, mais ça dépend de l'étudiante et de la personne en face de moi. Mais, plus rarement quand même ces derniers temps.
172. CDS.2 : hum... [le regard fixe].
173. CDS.1 : oui. Et donc, toi, pourquoi tu commentes ? Explique-moi.
174. CDS.2 : [silence, temps de réflexion] alors, moi effectivement, je pense que... c'est vrai que ce qu'on nous apprend, c'est d'écouter pour ne pas déstabiliser l'étudiant... le laisser mener son cheminement, et que tu puisses toi prendre toutes les informations et analyser. Mais moi, c'est ce que je disais à notre... collègue caméraman (lors de l'entretien d'auto confrontation simple), j'ai peur de perdre des choses. Au début, je te vois prendre des notes. Et après, tu t'arrêtes pour bien écouter l'étudiante. Alors je me dis, si tu prends des notes, tu réfléchis à ce que tu vas écrire, je vais perdre des trucs là. Moi, elle me parle de morphine, tout de suite ça me fait penser à la prise en charge de la douleur. Oui, ça peut les perturber, mais en général je l'annonce avant. Je leur dis qu'on va échanger sur votre démarche, mais c'est bien un échange et je les interromps tout le temps. Et je leur dis direct : je passerai mon temps à vous interrompre. Mais l'objet, c'est vraiment de parler de tout. Parce que là, ton étudiante, je la voyais... elle cherchait un peu, tout au long de son exposé, ton approbation...
175. CDS.1 : [acquiesce avec un léger sourire]
176. CDS.2 : elle est dans une recherche de réassurance
177. CDS.1 : [rires] c'est vrai...
178. CDS.2 : et c'est là, ça fait un peu scolaires, je trouve...
179. CDS.1 : [rigole] c'est vrai...

180. CDS.2 : alors que moi, j'étais plutôt dans une discussion. Je ne sais pas si j'ai raison CDS.1. Parce que il y en a, ils vont me dire : mais il me fait chier celui-là, il n'arrête pas de m'interrompre, alors que moi j'ai envie de faire mon exposé, et après on en parle. Sauf que là, il se trouve que c'est moi qui décide [sourire]. Et je fais... quasiment tout le temps comme ça moi.
181. CDS.1 : ben après, sur le style..., après j'ai testé les deux. Moi, c'est surtout quand ils me racontent des bêtises, que je vois que ça va trop dans tous les sens, qu'ils ne font pas les liens... là, je rentre dedans tout de suite. Parce que, c'est presque dangereux. Par contre, quand je vois quand même qu'il y a de bonnes connaissances, qu'il y a des liens, qu'il y a une espèce de petite logique.... Alors, c'est vrai qu'elle cherche peut-être l'approbation, oui...
182. CDS.2 : en tout cas c'est comme ça que je la vois l'étudiante.
183. CDS.1 : oui, et ben du coup j'attends pour pouvoir dire, après avoir tout présenté, allons dégrossir le truc et revoir ensemble ce qui a pu m'interpeller. D'ailleurs, je ne vais pas revenir sur tout. C'est quasiment impossible vu le temps imparti. Mais je reviens sur les points qui m'ont interpellé. Après, un accueil, toi tu l'as fait et moi je ne l'ai pas fait : annoncer mon fonctionnement. Donc là, c'est vrai qu'elle ne sait pas comment moi je fonctionne. Donc ça, c'est vrai qu'il faudrait qu'on l'annonce à chaque fois. Toi, tu l'as fait, tu as annoncé ton fonctionnement. Oui... ben moi je ne l'ai pas fait, je ne lui ai pas dit si j'interviens ou pas, je l'ai laissé faire.
184. CDS.2 : oui, moi je pose les règles moi [en se repositionnant sur sa chaise].
185. CDS.1 : au début, quand j'ai pris des notes... qu'est-ce que j'ai noté au fait ? Ah oui, j'ai noté le nombre de patients. Quand je peux, des fois je prends des notes. Mais, pareil, je trouve que ça peut casser la dynamique d'écoute. Du coup, je fais un travail sur moi-même, je travaille sur ma capacité à écouter l'étudiante. Mais ça, c'est bien quand on a une démarche à écouter, ou deux au maximum... par contre, quand j'accompagne deux ou trois étudiants, j'en perds mon latin parce que à un moment donné, tout s'embrouille. Donc là, je suis obligé de prendre des notes pour bien différencier les choses, voilà.
186. Chercheur : ... [Silence]
187. CDS.2 : ben... c'est ça. Moi, ma méthode c'est pour éviter d'oublier des trucs qui m'intéresseraient. Euh... et puis... euh... oui, c'est aussi le côté... peut-être plus professionnalisant. Je me positionne toujours en disant je viens avec ma blouse d'infirmier, et j'ai envie qu'on soit dans un échange entre soignants et que vous m'éclairciez au maximum sur les patients, et que moi je puisse interagir et vous questionner.
188. CDS.1 : d'accord [en acquiesçant].
189. CDS.2 : après..., le fait que ce soit systématique, c'est peut-être une erreur... entre guillemets. Parce que, il y en a qui ont peut-être besoin d'avoir un fil conducteur et je passe peut-être, effectivement, à côté de ce que tu dis [s'adressant à CDS.1], leur logique de démarche, leur raisonnement..., et le raisonnement clinique.
190. CDS.1 : [acquiesce].
191. CDS.2 : parce que c'est vrai que si tu les coupes toutes les deux minutes, tu perds peut-être ça. Tu perds peut-être un fil conducteur et... peut-être que des infos qui m'interrogent, l'étudiante ne les aurait données après. Donc, ça peut casser une dynamique, mais ça en est une autre en fait.
192. CDS.1 : après, même dans ta façon de faire [en montrant l'écran du doigt], tu réponds à une insuffisance supposée en leur apportant tout de suite la réponse. Moi, ce qui m'intéresse... je vais leur apporter la réponse, mais j'ai besoin de voir si ça ne vient pas un moment donné d'eux même. Donc, je leur laisse cette chance...
193. CDS.2 : hum [acquiesce en se pinçant les lèvres].
194. CDS.1 : toi tu complètes, tu complètes leur recueil de données. Donc ils peuvent aussi prendre conscience d'un manque dans l'information transmise. Alors, il y a un truc sur lequel j'ai tiqué, et je me suis dit que c'est bizarre que tu ne la recadres pas.
195. CDS.2 : ah oui ?
196. CDS.1 : elle te parle de l'Acupan<sup>73</sup>, elle te dit qu'il n'y a pas de prescription. Alors moi, je l'aurais repris tout de suite là-dessus : ah bon ? Il n'y a pas de prescription ? Comment ça se fait ?
197. CDS.2 : ouais [les mains jointes et les yeux fermés].
198. CDS.1 : et, comment vous faites pour donner le médicament s'il n'y a pas de prescription médicale ?
199. CDS.2 : [le regard fixe]
200. CDS.1 : juste pour voir, pareil, comme tout à l'heure pour la confidentialité, le côté un peu professionnel et risque professionnel.

---

<sup>73</sup> Antalgique non opioïde indiqué dans le traitement symptomatique des affections douloureuses aiguës, notamment des douleurs post-opératoires.

201. CDS.2 : euh, ça je crois qu'on y vient après. Par ce que je lui dis que pour la prise en charge de la douleur il faudra revoir le médecin... euh, enfin... il me semble.
202. Chercheur : CDS.1, si j'ai bien compris ce que tu disais tout à l'heure, tu écoutes en silence pour savoir si l'information peut être donnée par l'étudiant lui-même, c'est ça ? Et c'est important pour ton diagnostic à toi ?
203. CDS.1 : oui, parce qu'en fait là, on a un double travail. Je suis en train de faire deux choses en même temps à ce moment-là. Tiens, j'en suis capable [léger sourire]. La première chose, c'est de faire le travail de raisonnement clinique pour après, confronter le résultat de mon raisonnement avec celui que l'étudiante me présente. La deuxième chose, je suis aussi en train d'essayer de comprendre sa logique.
204. CDS.2 : oui... [en acquiesçant, le regard fixe].
205. CDS.1 : et si j'interviens trop, j'ai peur de casser cette dynamique.
206. CDS.2 : oui... [en acquiesçant].
207. CDS.1 : c'est vraiment... moi, je pense voir les choses comme ça. C'est ce qui fait que, du coup, j'interviens moins. Par contre, s'il y a quelque chose qui vient m'interpeller parce que ça manque de cohérence, là je vais être obligé de mettre les pieds dans le plat. Je leur dis : comment vous expliquez ça ? Là il y a quelque chose que je n'ai pas compris ! Est-ce qu'on peut revenir ? Donc, j'écoute beaucoup, c'est vrai ce qu'a dit CDS.2, mais j'acquiesce quand même, j'essaye de faire un signe de la tête, pour qu'elle continue. Mais je n'ai pas posé cette règle, et je pense qu'il va falloir que je le fasse. Comme ça, ils savent que si je ne dis rien, ils peuvent continuer.
208. Chercheur : CDS.2, qu'est-ce que tu penses de cette notion de double raisonnement expliqué par CDS.1 ?
209. CDS.2 : oui, oui... c'est sa logique, et il la défend depuis le début de ce débriefe. Je la respecte, c'est une manière très différente de travailler de la mienne. Avec sa logique, avec un objectif derrière... Maintenant, ce qui serait important et qu'on n'a pas, ce serait le feed-back des étudiants. Moi, dans la manière de faire, je suis interventionniste. Je donne mon avis, mais vous remarquerez, ça ne casse jamais l'entretien, l'étudiante redit toujours quelque chose derrière...
210. Chercheur : [silence]
211. CDS.1 : elle n'a pas perdu le fil... [en montrant l'écran du doigt], c'est vrai.
212. CDS.2 : elle n'a pas perdu le fil et comme je suis très spontané et que c'est en lien avec la situation, je ne pense pas que ça casse le truc. Ça agrmente, ça valorise aussi. T'as vu, moi j'adore valoriser les gens, ça leur donne de la confiance et ça va les pousser à se livrer davantage. Mais c'est vrai que je ne suis pas en train d'écouter... de faire un diagnostic pédagogique... c'est vrai que je ne suis pas du tout dans cette dimension-là [se gratte les cheveux, le regard fixe]. Voilà, je pense qu'il y a du très bon dans ce que tu fais, je pense qu'il y en a aussi dans ce que je fais, à partir du moment où on agrmente et qu'on apporte quelque chose l'étudiante. Moi, ce qui manque ce serait le feed-back des étudiantes.
213. CDS.1 : oui, pour savoir ce qu'elles ont pensé elle-même. Et qu'est-ce qui leur apparaît plus intéressant... oui, c'est vrai. Bon, c'est vrai que je pense que j'interviens de moins en moins lors des exposés cliniques
214. Chercheur : c'est-à-dire ?
215. CDS.1 : ben, je pense qu'avec le temps j'interviens de moins en moins...
216. CDS.2 : et est-ce que tu le fais pour de bonnes raisons ? Parce que ce que tu dis, c'est que tu intervenir quand il dit une grosse connerie.
217. CDS.1 : voilà !
218. CDS.2 : donc, c'est plutôt avec une connotation négative.
219. CDS.1 : péjorative, oui [en acquiesçant].
220. CDS.2 : parce que si tu fais ça, tu risques de casser l'élan. Moi j'interviens, mais il y a plusieurs sphères, je teste beaucoup les connaissances, je donne aussi mon point de vue pour susciter le débat... susciter des réactions auprès de l'étudiant, ça peut être aussi du recadrage parce que je ne comprends rien à ce qui est dit, c'est du charabia.
221. CDS.1 : [acquiesce].
222. CDS.2 : tu vois, il y a plusieurs dimensions dans les interventions. Si toi par contre, si quand tu intervies c'est juste pour dire que c'est pas bien, ben là, dans l'interaction... ça risque...
223. CDS.1 : oui [en acquiesçant], c'est vrai que ça peut vouloir dire que je suis en train d'essayer de la retoquer au moment où ça ne va pas [le regard fixe].
224. CDS.2 : oui.
225. CDS.1 : et je ne valorise pas le côté positif. Ça peut être vu comme ça... oui.
226. CDS.2 : oui enfin, l'interventionnisme pendant l'exposé de l'étudiant, c'est un grand débat, c'est quelque chose qui nous sépare entre guillemets...

227. CDS.1 : [acquiesce].
228. CDS.2 : je dis bien entre guillemets hein. Moi le conseil que je te donne [sourire], si tu intervies, il ne faut pas que ce soit que pour casser.
229. CDS.1 : oui, c'est vrai [acquiesçant ceux pinçant les lèvres]. D'accord.
230. CDS.2 : tu vois là [en montrant l'écran du doigt], moi l'étudiante tu l'interromps (ESI.1), je la trouve anxieuse, j'ai l'impression qu'elle ne veut pas décevoir, qu'elle montrait qu'elle est à la hauteur. Donc, si pendant cinq ou 10 minutes tu l'écoutes, et d'un coup tu l'interromps pour dire que là vous n'avez pas compris à ... la prise en charge de la douleur par exemple. Ça risque de bloquer l'étudiante.
231. CDS.1 : alors, ce que tu dis c'est bien. C'est vrai que je vais repérer les points qui me semblent sensibles ou qui ont besoin d'éclaircissements, et je vais toujours amener la chose par du questionnement, pas en disant : c'est nul ce que vous avez fait [en faisant le signe du couperet avec la main].
232. CDS.2 : oui, bien sûr.
233. CDS.1 : et heureusement en tout cas. Parce que si je ne faisais que ça, effectivement...
234. CDS.2 : donc toi, tu ne vas pas être en frontal...
235. CDS.1 : ben oui, c'est vrai que là je me rends compte que je fais ça en regardant les images, mais... euh..., il faut que je teste ta méthode quand même. Je le ferai, et je prendrai ce qui me permettrait d'ajuster..., je sais pas... ouais...
236. Chercheur : tu peux nous préciser qu'est-ce que tu testerais ?
237. CDS.1 : intervenir..., comme si j'étais.... Moi ce que j'ai aimé, c'est que CDS.2, il se positionne en tant qu'infirmier dans le service, il est en train de discuter avec l'étudiante...
238. CDS.2 : c'est ça CDS.1.
239. CDS.1 : ... donc du coup, il se met à la même hauteur. Moi je me positionne peut-être un peu plus en tant qu'évaluateur, et pas accompagnant, dans la posture. Bien que, ma philosophie c'est plutôt l'accompagnement, mais je me rends compte que ma méthode renvoie plus à une notion d'évaluation par rapport à un résultat attendu. Alors qu'en fait, le but est de faire progresser dans le raisonnement clinique. Mais j'ai peut-être tendance à formaliser la posture du formateur au lieu de considérer l'étudiante comme si c'était ma collègue, on est en train de discuter d'un patient, et on échange.
240. CDS.2 : oui c'est ça, pour la position je trouve que c'est bien parce qu'on est plus accessible. Mais ta qualité d'écoute, je te l'envie, pour de vrai.
241. CDS.1 : ben, ouais...
242. CDS.2 : pour après, pour avoir un raisonnement construit, élaboré... bien cadré quoi. Ça je pense que c'est très aidant pour l'étudiante.
243. CDS.1 : [acquiesce].
244. CDS.2 : tu vois, parce que les étudiants, en même, temps ils sont à la recherche d'un cadre.
245. CDS.1 : oui. Mais je me rends compte que ça peut être un peu déstabilisant pour eux. Parce que j'écoute, mais je n'apporte pas suffisamment de validation. Alors, c'est aussi peut-être une déformation professionnelle, parce que je fais aussi les enseignements du raisonnement clinique, ce qui fait que j'ai tendance à formaliser mon approche. Mais je pense que se mettre aussi dans la peau de l'infirmier du service pour accompagner l'étudiante, se dire qu'on est infirmier avec eux, ça serait intéressant, ouais.
246. CDS.2 : en tout cas, tu vois, moi l'interaction avec l'étudiante, ça rebondit. Et je l'ai expérimenté plein de fois, puisque je fonctionne tout le temps comme ça. Et je n'ai jamais vu d'étudiants qui étaient bloqués.
247. CDS.1 : oui. Sauf s'ils n'ont pas travaillé.
248. CDS.2 : s'ils n'ont pas travaillé, c'est comme toi, tu vas t'en rendre compte vite fait. Moi c'est pareil, si quand je pose des questions, ça répond à côté de la plaque, le diagnostic on le fait tous les deux [en s'adressant à CDS.1].
249. CDS.1 : oui. Mais du coup, tu te situes plus dans une situation d'accompagnement dans le processus que dans la compréhension du processus par l'étudiante.
250. CDS.2 : oui c'est ça.
251. CDS.1 : oui, alors que moi je suis plus dans la compréhension de la logique de l'étudiante. C'est ça que notre différence.
252. CDS.2 : oui, j'ai une méthode différente je suis plus dans l'accompagnement de l'étudiante. Mais, encore une fois, j'envie ta capacité d'écoute, d'analyser, et de faire une restitution structurée et structurante pour l'étudiant. Ils sont en recherche de structuration. Et moi, je suis plutôt en mode : allez, on est collègue et on va approfondir le cas.
253. CDS.1 : c'est ça, je pense qu'on peut combiner les deux, ça serait intéressant.
254. CDS.2 : en tout cas, cette séquence elle fait débat.

255. Chercheur : alors, j'ai posé la question à CDS.1, est-ce que toi aussi CDS.2 il y a des choses que tu pourrais envisager de faire différemment ?
256. CDS.2 : oui [en repositionnant ses lunettes], absolument. Euh..., enfin... ne pas être..., enfin, fermé dans ses habitudes de se dire que je fais comme ça que c'est à l'étudiante de s'adapter. Non, c'est à nous de nous adapter. Enfin, je sais pas si ça va changer.... Enfin en tout cas, si j'avais un conseil à te donner CDS.1 c'est que tu exposes ta méthode.
257. CDS.1 : [acquiesce, le regard fixe]
258. CDS.2 : parce que l'étudiant, je vais le perdre si je ne lui dis pas. Du coup, je lui pose les bases, je lui dis : moi je fonctionne comme ça, je vais vous interrompre, etc.
259. CDS.1 : [Il acquiesce]
260. CDS.2 : mais après, est-ce qu'on doit... être toujours dans la certitude qu'on a la bonne méthode ? Non. Donc moi j'ai envie de m'inspirer de CDS.1 parce que j'aime bien sa méthode. Euh... mais... comment faire ? Pour mixer les deux, parce que j'aime bien ma méthode aussi en même temps, j'ai pas envie de me remettre en question.
261. CDS.1 : en fait, je pense que je suis là-dedans parce que j'ai connu, à l'époque, les EMSP<sup>74</sup> et on est purement dans l'évaluation. Je sais pas si toi tu as connu ça...
262. CDS.2 : non.
263. CDS.1 : eh bien c'était ça. C'est-à-dire que tu écoutais l'étudiant, sans les interrompre, et puis après tu reprenais tous les éléments avec eux. C'était très difficile, parce que là, pour le coup, on était dans l'évaluation stricte. Donc peut-être que ce sont encore des stigmates.
264. CDS.2 : d'accord... mais nous, ce qu'on demande aujourd'hui en stage, c'est de l'accompagnement, c'est pas de l'évaluation.
265. CDS.1 : de l'accompagnement [en acquiesçant]. Ouais.
266. CDS.2 : c'est pas notre rôle. Mais, les étudiants, ils ont besoin d'un cadre, d'un cadre rassurant et structurant. Moi, mon cadre, il est moins structurant que le tien. C'est sûr.
267. CDS.1 : ça dépend, parce que si tu viens dire à l'étudiant que ce qu'il fait est bien, c'est structurant. Parce que ça le conforte quand même dans sa méthode.
268. CDS.2 : oui, mais enfin, je ne le laisse pas raisonner [le regard fixe]. C'est ça qui me titille, c'est ton histoire de raisonnement qui m'intéresse. Donc moi, je voudrais conserver mes valeurs d'accompagnement, mais, aussi intégrer cette place raisonnement de l'étudiant.
269. CDS.1 : oui. Il faut vraiment un mixte des deux. Je pense qu'on peut vraiment mixer nos deux approches. C'est-à-dire qu'on pourrait faire, une situation plutôt formelle et une autre dans laquelle on pourrait être davantage dans l'accompagnement dans une posture d'infirmier du service.
270. CDS.2 : parce que toi tu écoutes la démarche de soins ?
271. CDS.1 : oui, c'est ce que j'essaie de faire en général.
272. CDS.2 : oui, alors moi c'est pas systématique, ça dépend du profil de l'étudiante.
273. CDS.1 : moi aussi, ça dépend.
274. Chercheur : du coup, si on revenait sur le côté structurant que tu apprécies dans la démarche de CDS.1, comment tu pourrais faire autrement toi pour t'inspirer de ça [en s'adressant à CDS.2] ?
275. CDS.2 : [longue inspiration en s'adossant sur sa chaise] et bien disons... que..., je réfléchis en même temps que je parle, mais... enfin c'est pas forcément que... enfin, il y a différentes phases... je dirais que... : toute la partie « problème de santé », « diagnostic, action, évaluation » ..., là on est au cœur du raisonnement clinique tu es d'accord CDS.1 ?
276. CDS.1 : [acquiesce].
277. CDS.2 : eh bien là, j'interromps pas. J'interromps plus au début, sur le motif d'hospitalisation, sur l'histoire de la maladie pour approfondir, sur la présentation physique ou psychologique... ça, je pense que ça ne dérange pas d'interrompre. Au contraire, ça peut enrichir. Et c'est toute la partie où je vais mettre en confiance l'étudiante.
278. CDS.1 : [acquiesce].
279. CDS.2 : et par contre, toute la partie vraiment « raisonnement clinique », c'est-à-dire quand on commence à parler diagnostic infirmier et projet de soins, là je laisse l'étudiante... comment dire... dérouler tout son cheminement et j'interviens après, pour le coup.
280. CDS.1 : oui [acquiesce].

---

<sup>74</sup> Epreuve de Mise en Situation Professionnelle : épreuve certificative et diplômante supprimée depuis la réforme du programme de 2009

281. CDS.2 : ça peut être un mixe intéressant. Parce que vraiment, je dois l'admettre, moi j'aimais bien comment je faisais. J'aime bien ce que tu fais aussi. Donc, j'aimerais bien l'intégrer.
282. Chercheur : [silence].
283. CDS.1 : bien, ce qui est intéressant dans le mixe que tu évoques, c'est qu'on est dans la première partie du recueil de données, et toi tu commentes les données en essayant de comprendre le sens. Après, sur la partie formelle de la présentation de son projet de soins, et bien là, oui on est obligé d'être structuré et structurant parce que, effectivement, tu vas voir les problèmes, les objectifs, les actions, l'évaluation. Ça peut effectivement être un bon compromis.
284. CDS.2 : oui ça peut. Parce qu'à travers les vidéos, je me suis rendu compte que j'aime bien évaluer les connaissances et ça c'est la première partie du travail. Ensuite, après on peut faire une deuxième partie plus formelle, oui [le regard fixe]. Ça peut même donner une autre dynamique pour l'étudiant, ce serait sympa, de se donner plusieurs rôles entre guillemets.
285. CDS.1 : tout à fait [en acquiesçant].
286. CDS.2 : et on ne serait pas que dans un rôle haut, on serait aussi dans un rôle d'écoute... un panachage.
287. Chercheur : eh bien, je vous propose d'aborder la séquence suivante, justement sur les questions que vous posez aux étudiantes.

#### **Séquence 4 / les questions posées par les CDS (12'26) :**

*A l'issue de la présentation clinique par l'étudiante, CDS.1 l'interroge sur l'origine restée inconnue de la masse laryngée du patient malgré les examens réalisés. Elle évoque alors les hypothèses envisagées par les médecins qui ne confirment pour le moment aucun diagnostic.*

*CDS.1 l'interroge ensuite sur ses connaissances : « c'est quoi l'Hypertension Artérielle Pulmonaire, parce que moi j'ai un peu de mal à comprendre le truc là ». Elle se saisit alors d'un petit carnet dans lequel se trouve un schéma de la circulation sanguine pour expliquer les phénomènes d'hyper pression des cavités cardiaques. Il félicite étudiante pour la tenue de ce carnet et l'encourage à s'approprier davantage les connaissances.*

*ESI.2 poursuit la présentation clinique en évoquant plusieurs notions en matière de pathologie et de prise en charge soignante. CDS.2 l'interroge régulièrement au cours de sa présentation : « c'est quoi BMR ? » ; « C'est quoi HOLEP ? Je connais pas moi. » ; « Allez, expliquez-moi, c'est quoi le premier lever ? » ; « OH c'est quoi ? » ; « Pourquoi ils ont mis du Valium ? ».*

288. CDS.1 : [sourire] intéressant, intéressant...
289. CDS.2 : [garde le silence, les mains jointes].
290. Chercheur : alors, qu'est-ce qui est intéressant ?
291. CDS.1 : [silence, sourire] beaucoup de choses [rires]. Je le trouve assez constant [en montrant CDS.2] dans sa méthode. C'est-à-dire qu'il écoute l'étudiante, il intervient, il demande, et ça continue...
292. CDS.2 : [garde le silence, les mains jointes].
293. CDS.1 : [en s'adressant à CDS.2] oui, du coup je te trouve assez constant dans ta méthode. Tu as un fil conducteur assez clair. Après, c'est peut-être une interprétation de ma part, mais j'ai quand même l'impression que l'étudiante t'agace. C'est une impression ou... c'est juste... ?
294. CDS.2 : [sourire] non, non j'ai bien aimé le contact avec cette étudiante, je l'ai trouvé atypique, mais sympathique.
295. CDS.1 : ah bon ? C'est l'impression que ça donne quand même.
296. CDS.2 : mais c'est intéressant ce que tu dis. Je pensais que j'étais un peu plus ouvert, et c'est vrai que quand je me tiens le menton, ça donne l'impression de manquer d'empathie. Enfin, physiquement, mon non verbal, il n'est pas terrible. [Rires] il est améliorable.
297. CDS.1 : d'accord...
298. CDS.2 : non, mais c'est vrai que mon non verbal, il est améliorable.
299. Chercheur : c'est-à-dire ?
300. CDS.2 : et ben... je pensais que j'étais plus expressif. C'est vrai que quand j'ai ma petite mine un peu renfermée avec les mains sur le menton [il refait les gestes en grimaçant], ma main dans la barbe, dans ma bouche... ça manque d'ouverture dans le non verbal.
301. CDS.1 : ça donne l'impression qu'il y a un truc qui t'agace et que tu poses des questions pour creuser ça.
302. CDS.2 : non, c'est toujours contextualisé...
303. CDS.1 : ... et c'est toujours en lien avec la situation, parce que les questions que je pose sont toujours en lien avec ce qu'elle évoque. Et du coup, moi je trouve que quand même, c'est une fille qui a pas mal de connaissances.

304. CDS.2 : [acquiesce]
305. CDS.1 : et tu arrives à... à lui tirer les vers du nez. Elle a quand même bossé.
306. CDS.2 : oui, c'est vrai. Sur le coup, si tu veux j'étais décontenancé, j'étais un peu déçu du déroulé, et après quand j'ai fait le débriefing [auto confrontation simple], je me suis dit c'est pas si mal. Parce que mine de rien, même si je ne suis pas très structurant ou structuré, j'aime bien avoir un outil qui soit structuré.
307. CDS.1 : et du coup, je me permets de faire les questions aussi [en regardant le chercheur]. Au moment où j'interviens sur le carnet, qu'est-ce que tu en penses ?
308. CDS.2 : top ! Bah moi j'aime beaucoup, parce que justement, on parlait de réassurance..., tu lui dis c'est vachement bien ce que vous faites.
309. CDS.1 : [écoute en fixant CDS.2 du regard].
310. CDS.2 : et là, c'est gagné mec ! Parce que... [hésitation], parce que moi je trouve qu'elle manquait un peu de confiance en elle, dans le non verbal justement.
311. CDS.1 : et est-ce que tu trouves que moi, j'ai confiance en moi ? Dans mes réponses ?
312. CDS.2 : [le regard fixe]. Ah ouais ! Grave !
313. CDS.1 : tu es sûr [en fixant l'écran] ?
314. CDS.2 : ben grave !
315. CDS.1 : non parce que, attend, je me permets de t'interrompre, je vais t'expliquer. Là, [en montrant l'écran] je connais pas l'hypertension artérielle pulmonaire.
316. CDS.2 : [sourire] est bien, justement... bah oui...
317. CDS.1 : et là, [en fixant l'écran du doigt] je suis dans la merde, concrètement, enfin excuse-moi, mais je suis dans la merde [rigole].
318. CDS.2 : non, mais non, puisque tu lui poses une question un peu générale, après tu cibles : ouais, ça c'est la circulation... enfin je sais plus...
319. CDS.1 : enfin, j'essaie de reprendre son document à elle
320. CDS.2 : non, pour moitié dans la maîtrise. Premièrement, tu la valorises en disant : il est top ce carnet, plein de petits schémas...
321. CDS.1 : ça c'est vrai, elle a fait un bon travail de recherche.
322. CDS.2 : tu l'a valorisé sur sa façon de travailler. Tu poses une question générale, et après tu vas dans l'approfondissement. Même si tu ne maîtrisais pas, ça ne se voyait pas.
323. CDS.1 : parce que je l'ai dit dans le premier débriefing, ça m'a mis un peu mal à l'aise...
324. CDS.2 : non...
325. CDS.1 : et je le fais souvent. C'est-à-dire que moi, pour moi on n'est pas obligés de tout maîtriser...
326. CDS.2 : [le regard fixe, le doigt sur le menton], mais c'est parce qu'on n'est pas obligé, sinon on serait...
327. CDS.1 : après, j'ai pas sorti mon vatout, qui est mon téléphone portable. Parce que je voulais voir surtout, l'effort qu'elle, elle avait fait pour aller chercher l'info et comprendre elle-même le mécanisme. C'est elle qui doit aller chercher ça.
328. CDS.2 : bah oui, t'as gagné. En fait t'as gagné. Justement, c'est là on est dans la modernité, on est là pour accompagner, mais pas pour assister [se gratte le visage le regard fixe]. Ben non, t'es pas chirurgien... pas chirurgien digestif, t'es pas infirmier en digestif, mais après... c'est à toi d'ouvrir. Et justement, la modernité de notre programme de pousser les étudiants à aller chercher les réponses par eux-mêmes.
329. CDS.1 : oui, oui [en acquiesçant].
330. CDS.2 : toi, tu... tu valorisais sa démarche... tu lui donnes... tu lui donnes la conduite à tenir. C'est marrant ! Moi je trouve que c'est un moment fort... de ton... de ton questionnement.
331. CDS.1 : [il acquiesce].
332. CDS.2 : parce que, on est dans du concret...
333. CDS.1 : [il acquiesce en grimaçant], mais là, je suis mal à l'aise.
334. CDS.2 : ... dans la responsabilisation, dans la valorisation de l'étudiante, enfin... pour moi c'est un moment fort, bien.
335. CDS.1 : d'accord [en se pinçant les lèvres].
336. Chercheur : et CDS.2, tu m'as dit quelque chose à ce sujet lors de notre entretien précédent à propos des connaissances, tu m'as dit que la non-maîtrise, tu maîtrises.
337. CDS.1 : [le regard fixe].
338. CDS.2 : [les mains jointes sur le menton].
339. Chercheur : tu maîtrises le fait de ne pas maîtriser.
340. CDS.2 : c'est ça, oui. Mais après, ça c'est mon parcours. Moi je suis infirmier de formation en psychiatrie, j'étais faisant fonction de cadre en psy, en chirurgie, en santé publique, en pédiatrie, maintenant en pédagogie.

- Je gérais des UE ... dans lesquels je ne captais rien. Donc en termes d'adaptation, je suis devenu une bête quoi. Et... et... c'est-à-dire que... [hésitation] quand t'es cadre en service en pédiatrie et que tu as un gros rush, que la situation est tendue et qu'il manque de personnel, etc., il ne faut pas que tu montres que tu n'es pas dans la maîtrise. Sinon, des équipes, ils n'ont pas confiance en toi...
341. Chercheur : même si tu ne maîtrises pas ?
342. CDS.1 : [le regard fixe sur l'écran, en silence].
343. CDS.2 : ouais, et ça, je maîtrise comme une bête. C'est ça, c'est des stratégies que je mets en œuvre.
344. CDS.1 : [le regard fixe, en silence].
345. Chercheur : mais comment tu fais quand tu ne maîtrises pas le contenu ?
346. CDS.2 : [les doigts sur le menton] je vais chercher les ressources, je vais chercher les ressources. Voilà, je vais faire comme CDS.1, si l'étudiant me parle du cycle sanguin, etc.... je lui dis : allez voir le chirurgien, allez faire des recherches. Plusieurs fois je lui ai dit à l'étudiante pendant l'entretien : allez voir le chirurgien. Si celui-là n'est pas accessible, allez voir un autre. Allez chercher les connaissances là où elles sont les plus importantes. Quand t'es cadre formateur, et que quelqu'un vient te voir pour dire j'ai un problème, soit tu lui apportes la solution, soit tu orientes.
347. CDS.1 : [acquiesce].
348. CDS.2 : le truc c'est plutôt d'orienter, donc quand je dis que je maîtrise la non-maîtrise. C'est-à-dire que je vois un problème, je vais chercher la solution. Et la solution, quand tu travailles à l'hôpital, tu es en équipe. Donc c'est d'aller chercher la ressource quoi.
349. CDS.1 : la ressource [en acquiesçant].
350. CDS.2 : pour ne pas laisser la personne en difficulté. Et donc, l'étudiante qui va me poser une question hyper pointue, je vais bien écouter comprendre la question. Parce que quand je dis maîtriser la non-maîtrise, ce n'est pas non plus faire semblant, c'est... trouvé la parade, trouver la stratégie quoi.
351. CDS.1 : [en acquiesçant]. Moi, mon objectif n'est pas de dire : j'ai la connaissance, je la maîtrise, je te la donne. Non, c'est : tu dois maîtriser la connaissance pour prendre soin de ton patient. Et c'est toi qui dois maîtriser, puisque tu es censé savoir prendre en charge ton patient dans la globalité. C'est toi qui dois m'apprendre quelque chose, tout compte fait. Ça s'est ma posture. Maintenant, des fois je me dis que : si eux-mêmes nous posent des questions et qu'on les renvoie, ça donne un côté un peu péjoratif du formateur auquel j'ai toujours assisté. À l'époque, hein. On disait que le formateur doit tout savoir, c'est faux.
352. CDS.2 : [en acquiesçant]. Ça, c'est un leurre.
353. CDS.1 : quand l'étudiante pose une question que tu ne sais pas, il faut pouvoir dire qu'on ne sait pas, on va aller chercher ensemble, ça m'intéresse. C'est humain de ne pas tout savoir, je ne suis pas un ordinateur.
354. CDS.2 : [acquiesce en grimaçant].
355. CDS.1 : après, c'est vrai qu'il faut savoir rebondir. Et c'est vrai que sur cet exercice-là, souvent je me mets en difficulté. Je me mets en difficulté parce que, je connais pas tout, je pose des questions et j'essaie moi-même de comprendre le mécanisme pour voir si l'étudiante elle a compris le truc.
356. CDS.2 : c'est ça...
357. CDS.1 : si elle arrive à m'expliquer, bah ça passe. Mais j'avoue que souvent, là-dessus, je suis en difficulté.
358. CDS.2 : bah, il faut que tu aies l'humilité de dire : je ne sais pas.
359. CDS.1 : [acquiesce].
360. CDS.2 : en fait, justement, dans les postes à responsabilité... cadre et tout, les gens pensent qu'ils doivent tout maîtriser, mais c'est faux. Quand je dis que je maîtrise la non-maîtrise, ça veut bien dire ce que ça veut dire. Ça veut dire qu'il y a plein de trucs que je ne maîtrise pas. Mais par contre, on est dans la résolution de problèmes, à chercher des solutions, au niveau opérationnel... ou plus réflexif, etc. tu vas chercher les ressources.
361. CDS.1 : et tu sais où les trouver...
362. CDS.2 : ah oui, carrément. Parce qu'il n'y a rien de pire je pense dans la pédagogie, les étudiants, il te jauge énormément.
363. CDS.1 : [acquiesce].
364. CDS.2 : en tout cas, beaucoup plus qu'on ne le pense. Quand t'es dans un amphi et que tu as 100 étudiants qui te regardent et qui te scrutent de la tête aux pieds, et en allant jusqu'au fond du cerveau... donc, si tu leur fais à l'envers, il faut le voir tout de suite.
365. CDS.1 : ah... ils vont le repérer.
366. CDS.2 : ils vont le repérer tout de suite. Et tu vas perdre en crédibilité
367. CDS.1 : c'est ça [en acquiesçant].
368. CDS.2 : ils vont te prendre pour un guignol. Ils ne te le diront pas, ils te diront pas.

369. CDS.1 : oui, justement, c'est pour ça je te dis que je ne veux pas avoir cette attitude-là, qui renverrait ça.
370. CDS.2 : mais ce n'est pas ce que tu renvoies !
371. CDS.1 : non, mais... bon... bon, bah, OK alors, heureusement. Non, parce que...
372. CDS.2 : non, mais, pas du tout !
373. CDS.1 : parce que sinon, je... [se secoue la tête dans les mains].
374. CDS.2 : non, moi je trouve que tu es dans le questionnement.
375. CDS.1 : mouais... [le regard fixe].
376. CDS.2 : oui, est-ce que vous pouvez expliciter ça... est-ce que vous pouvez éclaircir... ? Voilà, je veux dire par rapport au questionnement, déjà t'es pas dans un truc hyper directif. Tu vois, justement, le risque dans ton positionnement, si on revient sur l'exposé de l'étudiante, c'est que tu sois dans une position un peu trop haute... en termes de savoir...
377. CDS.1 : c'est ça [en acquiesçant].
378. CDS.2 : en plus, toi tu enseignes le raisonnement clinique, et tout. Là, je trouve que tu redescends en fait. Que tu te mets, clairement à son niveau. Vraiment, par rapport à l'exposé où là tu es en position haute, là tu redescends en position plus accessible.
379. CDS.1 : OK, mais ça me rassure quand même. Parce que là j'ai mouliné. J'ai mouliné quand elle a parlé d'hypertension artérielle pulmonaire. Je me suis dit : mince, c'est un truc que je ne connais pas. À la limite, je ne comprends pas tout, mais j'essaye de comprendre le raisonnement.
380. CDS.2 : oui, tu lui dis vous faites des schémas et tout. Là, tu la renforces, c'est top.
381. CDS.1 : oui, je la renforce dans sa méthode de travail.
382. CDS.2 : voilà, parce que moi ce que je reproche dans notre système de formation et qu'on en fait les assistés...
383. CDS.1 : oui, on amène du tout cuit.
384. CDS.2 : là, et dans une modernité... ou bien, quoi. Alors que toi tu dis que tu étais mal à l'aise avec ce truc-là. Je trouve que tu l'as bien géré.
385. CDS.1 : d'accord, ouais... j'sais pas. En tout cas, ça m'a questionné. Parce que souvent je me dis que je ne suis pas tout à fait à l'aise avec ça. Et pourtant ça fait des années que je suis formateur. Et je me demande encore si je dois un peu plus tout maîtriser.
386. CDS.2 : mais c'est impossible. Par exemple quand je dois intervenir dans les UE un peu techniques et que je ne maîtrise pas, je demande à avoir des consignes claires ou à être avec une experte qui pourra m'éclairer un peu.
387. CDS.1 : OK, OK.
388. CDS.2 : la maîtrise de la non-maîtrise, c'est ça.
389. Chercheur : du coup CDS.2, ça t'évoque quoi par rapport à ce qu'il te renvoie concernant la non-maîtrise ?
390. CDS.1 : ben moi, j'ai toujours peut-être un peu peur, c'est peut-être un manque de confiance, et pourtant ça fait très longtemps que je fais ça, mais ça dit quand même quelque part, que j'ai encore des questionnements sur ma pratique au quotidien. Est-ce que je suis dans la bonne méthode d'accompagnement des étudiants ? Est-ce que je dois tout maîtriser ? La réponse, bien évidemment, et non.
391. CDS.2 : [écoute en silence, le regard fixe].
392. CDS.1 : comment je peux faire ? Eh bien, c'est de m'orienter vers les bonnes ressources. Et c'est ce que je fais très souvent, sans m'en rendre compte. Donc effectivement, c'est la question de la mobilisation des ressources. Et là, ce qui nous manque, la ressource ça aurait été le tuteur. C'est le tuteur qui m'aurait apporté aussi les éléments que je maîtrise moins.
393. CDS.2 : mais toi, ce que je te dis à toi qu'est-ce que ça t'évoque ?
394. CDS.1 : alors, je prends conscience que ma méthode n'est pas complètement inadaptée. Il y a des choses qu'il faut que je maintienne. Et que de toute façon, je ne pourrais pas... à mon avis..., enfin si, on peut toujours mieux faire. Mais il faut que j'accepte qu'il y a une part d'inconnu. C'est ce que je retiendrai. Il y a toujours une part d'inconnu et la maîtrise de cette part d'inconnu fait notre force.
395. Chercheur : comment tu fais pour gérer cette part d'inconnu justement ?
396. CDS.1 : je l'ai évoqué. Soit j'aurai quelqu'un avec moi qui serait un expert, soit je verrai comment orienter l'étudiante pour trouver des connaissances, par exemple avec le téléphone sur les sites professionnels. Sinon, je m'appuie aussi sur ce que me dit l'étudiant, et je fais confiance à l'étudiant. Je renforce l'étudiant pour qu'il comprenne que ce n'est pas moi qui détiens le savoir. C'est elle qui s'occupe du patient, donc c'est elle qui détient le savoir, et pas moi. Moi je suis là pour lui dire si sa méthode qu'elle utilise est bonne ou pas. Voilà, ne pas juger que le résultat, mais j'ai la méthode aussi. Juger la méthode au-delà du résultat.
397. Chercheur : OK, très bien. On passe à la dernière séquence. Une dernière séquence qui porte sur les problèmes de santé

398. CDS.2 : [grimace en acquiesçant].
399. CDS.1 : très bien.
400. Chercheur : je te vois grimacer là CDS.2
401. CDS.2 : [rires].
402. CDS.1 : [sourire, l'air curieux].
403. Chercheur : cette dernière séquence est divisée en trois sous-séquences :
404. CDS.1 : [acquiesçant].
405. CDS.2 : d'accord.
406. Chercheur : premièrement, on va voir comment l'étudiant présentent ses problèmes de santé et ce que vous en faites. Deuxièmement, on regardera l'échange la discussion que vous avez avec l'étudiante à propos de ses problèmes de santé. Et, la troisième sous-séquence portera sur votre manière d'aider les étudiantes à formuler ses problèmes de santé ou à en identifier d'autres.
407. CDS.1 : très bien.
408. CDS.2 : OK [l'air soucieux].

### **Séquence 5a / la présentation des problèmes de santé par l'étudiante (2'11)**

*Tout en soulignant sa difficulté à formuler le premier problème de santé, l'ESI.1 propose la formulation suivante : « perturbation de la vie sociale liée à l'impossibilité d'établir un diagnostic se manifestant par l'impossibilité de retourner à domicile ». Elle évoque ensuite le « risque de saturation », « la perturbation du sommeil », et un « risque de dénutrition ».*

*L'ESI.2 poursuit la présentation clinique en évoquant une problématique liée à l'évacuation des médicaments par l'orifice de stomie, empêchant toute absorption médicamenteuse. Elle poursuit en indiquant la tristesse, car « les médecins viennent rarement la voir ». Elle souligne que la vie de la patiente est complètement bouleversée. CDS.2 lui confirme qu'elle a bien là, à faire à des problèmes et qu'il y a un rôle infirmier à jouer, notamment avec les médecins.*

409. CDS.1 : [garde le silence].
410. CDS.2 : [garde le silence].
411. Chercheur : il y a là deux manières pour les étudiantes d'amener les problèmes de santé, et vous avez deux attitudes un peu différentes. Petite précision, ces images montre la première fois que la notion de problème de santé est abordée par les étudiantes ou par vous-même.
412. CDS.1 : oui.
413. Chercheur : qu'est-ce que vous pouvez-dire de ces différentes pratiques ?
414. CDS.1 : [silence, le regard songeur].
415. CDS.2 : mouais [le regard fixe, en silence, puis rires].
416. CDS.1 : ben, si je peux me permettre, ce que fait CDS.2 à partir des éléments transmis par l'étudiante, je pense qu'il.... En fait, l'étudiante, elle parle, elle dit plusieurs choses il finit par donner les éléments qui correspondent à des problèmes de santé.
417. CDS.2 : [écoute, en silence, le regard fixe].
418. CDS.1 : et donc, il finit par l'évoquer. Et je pense que ce que présente l'étudiante n'est pas le résultat d'une analyse de données permet de formuler des problèmes de santé. Il n'y a pas d'apothéose. Et toi tu finis par lui dire : tout compte fait, vous me parlez de problèmes de santé là.
419. CDS.2 : hum... [les mains jointes sur le menton].
420. CDS.1 : ce que vous évoquez c'est ça. Par contre, il y a un truc que j'ai pas bien compris, c'est l'histoire avec le médecin... c'est un truc qui m'a un peu échappé à ce moment-là. Mais en tout cas, tu viens de dire, au final qu'elle fait une analyse de là. Elle en fait une analyse et elle peut retirer ses problèmes de santé là.
421. CDS.2 : hum... [garde les mains jointes sur le menton].
422. CDS.1 : en tout cas, c'est ce que m'évoque la vidéo telle que je la vois.
423. CDS.2 : mouais... c'est vrai que l'étudiante, comme c'était pas une démarche classique, y'avait pas le problème identifié en tant que tel. Ouais... c'est... au décours de la discussion qui est un peu spontanée, mais tu vois qu'elle connaissait bien ses patients.
424. CDS.1 : ouais [en acquiesçant].
425. CDS.2 : en regardant les images de CDS.1, je vois qu'il n'intervient pas, l'étudiante formulait les problèmes de santé. Moi je trouve qu'on reste encore dans un truc hyper scolaire pour le coup. Elle te récite ça, comme tu récites tes devoirs.
426. CDS.1 : [souris en grimaçant].

427. CDS.2 : plutôt bon élève en fait, elle identifie plein de problèmes, mais c'est formulé de manière très scolaire. Si on me demandait, je dirais que la mienne est en troisième année et l'autre est en deuxième année. Ça fait encore très scolaire, même en troisième année. Sinon, il y a pas grand-chose à en dire. CDS.1 lui porte une vraie attention, une vraie concentration, c'est perceptible, de manière assez impassible. Enfin, je pense qu'il n'y a pas trop d'émotion de montrer. Et elle, c'est l'élève qui récite son truc.
428. Chercheur : et donc, CDS.2 te dit que... c'est très scolaire quand même.
429. CDS.1 : ouais [en acquiesçant]. Bah oui, oui ... c'est très scolaire parce que c'est la méthode que je leur ai apprise. C'est mon fil conducteur, et donc il le respecte, dans la formulation : titre de..., liée à..., se manifestant par.... Donc déjà, j'écoute déjà la formulation.
430. CDS.2 : hum [la main droite plaquée sur le menton].
431. CDS.1 : effectivement, pour l'étudiante de troisième année, là je suis d'accord avec CDS.2. Elle [en montrant l'écran], l'étudiante de deuxième année fait un truc plus... quelque chose de plus adapté à la troisième année, et mon étudiante de troisième année et plus quelque chose de scolaire adapté à la deuxième année.
432. CDS.2 : hum [la main droite plaquée sur le menton].
433. CDS.1 : je m'explique là-dessus, c'est vrai que, arrivés en fin de parcours, on leur demande d'être plus sur des cibles. Mais, pour autant elle continue..., donc soit c'est moi qui induis ça, soit c'est l'étudiante qui l'a intégré comme ça qui le reproduit de cette manière. C'est vrai que je leur demande d'être assez précis, c'est ce qui me permet de comprendre les liens qu'ils vont faire. Et d'ailleurs, quand je vais décortiquer les différents problèmes de santé...
434. CDS.2 : oui, c'est ça.
435. CDS.1 : ... ça va me permettre de comprendre si les liens sont bien faits. Soit, le recueil de données n'a pas été exploré jusqu'au bout, et ça me permet de rebondir sur les liens qu'elle fera. Tandis que là, on a un résultat qui semble être adapté, même si c'est un peu décousu, le résultat est bon. Donc, c'est vrai que ça me questionne sur la méthode. Est-ce qu'il faut être tout le temps aussi rigoureux, aussi structuré que je le fais, pour arriver à un bon résultat ? Bah, je me questionne là du coup.
436. CDS.2 : [les mains jointes devant la bouche] après, ce qui est important, c'est ce que tu en fais. Parce qu'en fait, l'étudiante de troisième année..., elle a bien fait ses devoirs, elle a bien trouvé ses diagnostics... liée à... ceci et cela.... Après, c'est toi comment tu vas l'exploiter, justement par rapport au jugement clinique. Les liens entre les problèmes, et la réalité de la personne. Est-ce que toi, tu arrives à faire décoller de son côté scolaire.
437. CDS.1 : c'est ça [en acquiesçant].
438. CDS.2 : parce qu'en fait, tu peux pas maîtriser ce qu'a produit l'étudiante. Mais tu peux maîtriser le feedback que tu lui proposes.
439. CDS.1 : ouais, et puis les liens. Parce qu'elle a fait tout un travail de présentation en amont sur lequel j'ai fait moi-même mon raisonnement clinique...
440. CDS.2 : oui.
441. CDS.1 : ... et j'attends à ce qu'elle me présente des choses. Et d'ailleurs, je vais mettre en évidence après, des manques dans son raisonnement clinique. Tu as parlé de priorisation, je vais revenir effectivement sur la priorisation des problèmes, parce que là elle n'a pas priorisé du tout. Après, ce côté scolaire, oui je l'avoue, je pense que c'est lié au fait que je m'occupe de l'enseignement du raisonnement clinique. Et je suis très méthodique dans les enseignements, et je leur demande ça pour être sûr qu'ils ont compris.
442. CDS.2 : oui, mais c'est pas le problème. Mais moi quand je vais les voir en stage, je leur demande d'avoir la posture un peu plus professionnelle. Justement, pour voir comment ils utilisent les connaissances acquises, mais qui les mobilise de manière concrète. Et ça, ça leur appartient.
443. CDS.1 : oui, mais du coup. Alors, je comprends que tu veuilles te rattacher au côté professionnel, mais moi ce que ça met en évidence, et c'est ça qui me déstabilise beaucoup...
444. CDS.2 : ouais...
445. CDS.1 : c'est que du coup, on a une espèce de différence entre l'IFSI où on est très carré [mime les bornes droites et gauches avec ses mains] avec le côté structuré, etc., et le terrain... on n'arrive pas toujours à... [hésitation]. Pourtant, on arriverait peut-être même résultat, mais sur la manière de présenter, on a encore des différences qui peuvent compliquer les choses pour les étudiants qui sont en apprentissage. Je te donne un exemple.
446. CDS.2 : ouais...
447. CDS.1 : demain, moi si je demande un tuteur d'expliquer la structuration et la méthode pour pouvoir arriver à son raisonnement, j'aimerais bien qu'il arrive à me ressortir ce que je lui ai appris pour l'expliquer à

- l'étudiant. Mais j'ai l'impression que, malheureusement, il serait compliqué pour lui d'expliquer son raisonnement.
448. CDS.2 : mais c'est vraiment dommage. Justement, tu avais une piste de réflexion qui m'intéresse. Premièrement, pour s'approprier les mécanismes de réflexion, il faut bien avoir les bases théoriques, donc il faut bien passer par ces étapes-là. Mais après, c'est vrai que c'est dommage que tu me dises que les infirmiers ne savent pas..., je veux dire, moi je suis très attaché à la démarche clinique et pour moi c'est l'outil numéro un à utiliser quand je vais en stage. Après, j'essaie de faire vivre le truc de manière professionnelle, mais il faut s'appuyer à fond sur la théorie. Et c'est vrai que certains infirmiers pensent que ça sert à rien toute cette théorie. C'est pas vrai, mais il faut surtout s'approprier les connaissances là de manière opérationnelle sur le terrain. Et du coup, le levier qu'il faudrait qu'on utilise, mais on ne le fait pas assez par manque de temps et de moyens, c'est de faire ces démarches raisonnement clinique avec le tuteur. Comme ça, soit un rôle plutôt pédago, et t'as le tuteur qui va appuyer et qui va faire le lien justement entre la théorie et la pratique. Pour montrer, qu'il ne faut pas décrédibiliser ce raisonnement des soignants. C'est vraiment un travail en binôme, et que les deux sont indispensables, la théorie et la pratique.
449. CDS.1 : c'est ça. Parce que là, par exemple l'étudiante pose des problèmes de santé, et ses titres... on va dire... sont pertinents. Mais, pour autant comment tu vérifies que son cheminement est correct ? Parce que moi, quand il formule de cette manière, c'est vrai que c'est très scolaire, mais je vois le cheminement.
450. CDS.2 : oui, et c'est bien.
451. CDS.1 : tandis que là [chez l'ESI.2], je ne le vois pas et je me dis comment moi je ferais pour voir si son cheminement est bon ? Donc, tu as questionné les connaissances sur le patient.
452. CDS.2 : c'est les connaissances.
453. CDS.1 : voilà, tu utilises une autre méthode qui permet, peut-être, d'avoir le même résultat. Le seul écueil, peut-être, c'est sur les diagnostics infirmiers parce que du coup, là [chez l'ESI.2], il manque les diagnostics infirmiers qui demandent à être explorés davantage. Parce que les problèmes de santé en lien avec les problèmes médicaux sont plus faciles à trouver, les diagnostics infirmiers nécessitent d'approfondir davantage le recueil de données.
454. CDS.2 : ouais...
455. CDS.1 : voilà, c'est juste là où ça pourrait coïncider.
456. CDS.2 : ouais... ouais... [en se pinçant les lèvres avec les doigts]
457. Chercheur : OK, on passe à la deuxième sous séquence, là où vous discutez des problèmes de santé justement, formulée par l'étudiante. Et CDS.2, l'étudiante te demande de l'aide justement, pour identifier les problèmes de santé.
458. CDS.2 : [sourire, les mains jointes sur le menton].

### **Séquence 5b / Dialogue entre CDS et ESI autour de la formulation des problèmes de santé (7'02)**

*CDS.1 questionne l'étudiante sur la priorisation de ses problèmes de santé. Il lui rappelle ensuite les principes de priorisation : l'urgence vitale, la sécurité, les soins d'hygiène et de confort. CDS.1 lui rappelle les normes de la saturation en fonction de la situation clinique de chaque patient, en lien avec le besoin de respirer. Il expose ensuite à l'étudiante sa priorisation des problèmes de santé pour ce patient.*

*CDS.2 demande à l'étudiante si elle souhaite obtenir de l'aide sur un point particulier. Celle-ci l'interroge sur le lien entre les pathologies permettant d'identifier les problèmes de santé, selon elle. Elle propose ainsi de relier le diabète avec l'obésité, l'environnement, la sédentarité, l'hypertension artérielle... pour formuler un problème de santé. CDS.2 précise que le diabète ne sera pas un problème de santé s'il est équilibré et correctement pris en charge. ESI.2 poursuit : « pour moi le diabète peut aussi être un symptôme ». CDS.2 reconnaît avoir du mal à comprendre ce raisonnement.*

459. Chercheur : oh... je vous ai vu grimacer tous les deux.
460. CDS.2 : bah, justement, je voulais voir comment CDS.1 allait débattre de la situation avec l'étudiante. Parce que je te disais que la démarche est très scolaire, mais en fait tu suis la même démarche que moi pour identifier que les diagnostics ne sont pas hiérarchisés. En fait, tu fais un focus sur la hiérarchisation, et après je te trouve aidant et plus participatif. Et ça, je trouve ça bien, tu amènes l'étudiante à revenir au contexte de la situation en évoquant les normes de la saturation en oxygène.
461. CDS.1 : [Il acquiesce].
462. CDS.2 : au niveau respiratoire, la norme est celle-ci, mais elle est différente dans telles pathologies. Tu lui dis d'aller voir le toubib, c'est ce que j'aime bien. Là, on sort du côté théorique pour amener cette étudiante un peu scolaire dans la vraie vie. Si tu avais été dans le côté hyper scolaire sans ramener la pratique clinique, ça aurait été très dommage. Mais c'est là où c'est bien.

463. Chercheur : donc, tu expliques à CDS.1 qu'il a eu une démarche de clarification très pratique de l'approche scolaire de l'étudiante. Et par rapport à ta pratique à toi CDS.2 ?
464. CDS.2 : bah, là,...., je, je... [hésitation]. Mais, toi tu ne sais pas CDS.1, mais en fait je ne captais rien est-ce qu'elle me racontait.
465. CDS.1 : [éclats de rire].
466. CDS.2 : mais vraiment rien du tout, je ne savais pas où elle voulait en venir.
467. CDS.1 : [éclats de rire].
468. CDS.2 : donc, j'ai fait comme toi tout à l'heure (au sujet de l'hypertension artérielle pulmonaire), j'ai fait de la broderie [sourire]. Mais au final, je t'ai vu acquiescer pendant la vidéo, comme pour dire que c'est pas trop mal ce qu'il dit... je ne sais plus ce que je disais...
469. CDS.1 : par rapport au diabète, tu rappelais les principes du problème de santé du jour.
470. CDS.2 : oui, c'est ça. Je dis : si le diabète est équilibré, c'est pas un problème. Je fais passer des messages, là pour le coup. Après, est-ce que je tombe à côté par rapport à ce qu'elle me dit [rires].... Parce que j'avais du mal à comprendre ce qu'elle voulait dire.
471. CDS.1 : bah, c'est pas pour prendre sa défense, mais en fait ça dépend du modèle conceptuel. En fait, on a deux modèles d'analyse, et Saint-Pierre ils sont beaucoup focalisés sur le modèle tri-focal. En fait, elle ne te parle pas de problèmes de santé, elle te parle de pathologie et d'antécédent des patients.
472. CDS.2 : hum [les mains sous le menton].
473. CDS.1 : et en fait, là où tu as bien fait, tu as essayé de lui faire comprendre qu'elle parlait de pathologie. Le médecin, il a fait son taf, il a posé les diagnostics médicaux. Après, il faut essayer d'amener l'étudiant à intégrer ces données afin d'identifier les problèmes de santé du patient. Bon, là, peut-être que tu as mouliné, tu as essayé de trouver une stratégie sans aller jusqu'au bout, je ne sais pas. Mais tu as bien dit : si le diabète est équilibré, que le patient se débrouille, etc., où est le problème ? Parce que ce n'est pas le problème. Donc, tu as amené ça un peu ta manière. Moi je le fais de manière un peu plus scolaire, je m'appuie sur les définitions et sur la méthodologie du raisonnement clinique que je fais depuis des années.
474. CDS.2 : tout à fait. Ça veut dire qu'il faut peut-être que je revois mes connaissances aussi. En termes de... pour le coup... de méthodo...
475. CDS.1 : ça peut être aidant [en acquiesçant]. Parce que des fois quand on peut se retrouver en difficulté, quand on comprend pas bien ce que dit l'étudiante, on peut alors s'appuyer sur la méthodologie du raisonnement clinique.
476. CDS.2 : [le regard fixe, les lèvres pincées]
477. CDS.1 : donc du coup, je reviens sur les modèles. Là, c'est une étudiante de Saint-Pierre, elle a suivi le modèle tri-focal en se basant uniquement sur les diagnostics médicaux.
478. CDS.2 : OK [le regard fixe]
479. CDS.1 : et, si on prend notre modèle, qui est plus que bifocale, même s'il y a des diagnostics médicaux, on le transforme plutôt en problèmes de santé, réels ou potentiels.
480. CDS.2 : [maintien des lèvres pincées, le point sous le menton].
481. CDS.1 : et dans les problèmes de santé, les problèmes à traiter en collaboration et les diagnostics infirmiers. Et c'est là que tu vois comment l'étudiant décortique la chose en le formulant avec un langage infirmiers, qui correspond un peu plus on va dire à notre domaine.
482. CDS.2 : mouais [en acquiesçant, les lèvres pincées].
483. CDS.1 : parce que, ce qu'elle dit n'est pas faux, mais c'est ce qu'elle en fait qui manque de sens.
484. CDS.2 : [acquiesce, le regard fixe].
485. CDS.2 : ce qui est sûr, c'est que si on veut être pertinent de notre accompagnement en stage il faut un langage relativement commun. Entre Saint-Pierre, Saint-Denis, il faut qu'on arrive à trouver un truc un peu commun.
486. CDS.1 : et du coup, moi, l'étudiant avait abordé les problèmes de santé de manière assez claire. Il y a deux trucs que je voulais revoir avec elle : la priorisation et la reformulation. Parce que le premier problème qu'elle formule n'est pas véritablement un problème, enfin... ce qu'elle dit n'est pas faux, mais je vais l'amener à reformuler pour gagner en pertinence. Et après, je termine sur l'exhaustivité des problèmes, je vais reprendre l'ensemble des données présentées pour voir qu'est-ce qu'on peut en déduire d'autres.
487. Chercheur : oui, ça, ce sera la séquence juste après. Mais d'abord, je voudrais savoir ce que toi CDS.2, tu ferais différemment pour clarifier les problèmes de santé de l'étudiante. Tu as dit tout à l'heure à CDS.1 qu'il a eu une démarche de clarification des problèmes de santé.
488. CDS.2 : bah, ce qu'il faut que je sache, c'est la méthodo bifocale et tri-focal quoi. Là, c'est le truc que je disais très scolaire. Mais il faudrait que je revoie ma théorie en fait. [Le regard fixe] voilà, c'est ça.
489. Chercheur : c'est-à-dire ?

490. CDS.2 : bah, l'approche bifocale... l'approche tri focale..., moi je... je... là, je ne veux pas faire pâle figure [se pince les lèvres], mais ça me parle moyennement en fait. Moi, je... moi je fonctionne un peu à l'instinct par rapport aux problèmes de santé.
491. CDS.1 : [Il acquiesce].
492. CDS.2 : enfin, de manière très pragmatique. Si tu me parles de diabète, je sais qu'il y a des choses à mettre en œuvre. Que le problème il sera... il sera... ben il sera plus important si la personne n'est pas observante.
493. Chercheur : et...
494. CDS.2 : mais, il me manque de la théorie, c'est ça en gros que je veux dire.
495. CDS.1 : [acquiesce, les yeux fermés].
496. CDS.2 : moi, il faut que j'accentue les connaissances théoriques [le regard fixe, en se touchant le menton]. Parce que mon bagout... mon adaptabilité... ça a des limites là, en fait. Donc, un moment donné, il faut que tu fasses le job aussi. Donc la leçon que j'en retire, euh... ouais ma méthode est sympa... mais si je veux m'améliorer, il faut que ma théorie soit meilleure.
497. CDS.1 : [acquiesce, le regard vers le bas].
498. CDS.2 : tout simplement [en se remontant les manches, le regard fixe], il faut avoir cette humilité-là. Parce que... si on ne maîtrise pas correctement la théorie... on ne peut pas être véritablement dans l'adaptation. Si on veut avoir une crédibilité, il aurait fallu que je mette des mots précis : là, vous avez une approche trifocale. Et peut-être aussi lui redire ce qu'est l'approche tri-focale pour clarifier sa compréhension. Et pour pouvoir l'amener à avoir une réflexion structurante, structuré [en regardant CDS.1 directement dans les yeux].
499. CDS.1 : [acquiesce].
500. CDS.2 : parce que là, j'ai essayé de rebondir, mais, est-ce que j'ai répondu à sa demande...
501. Chercheur : CDS.1 il te dit que le diabète c'est une pathologie médicale, problèmes de santé.
502. CDS.1 : [le regard fixe].
503. CDS.2 : hum... [le regard fixe, la main sur le menton, en acquiesçant].
504. CDS.1 : moi par exemple, j'aurais recherché si le diabète déséquilibré. Et j'aurais amené l'étudiante à identifier les causes de ce déséquilibre. D'ailleurs, elle te parle bien d'étiologie.
505. CDS.2 : hum... [le regard fixe, la main sur le menton, en acquiesçant].
506. CDS.1 : mais elle te le dit de manière maladroite. Du coup, il faudrait l'amener à identifier les sources de difficultés, comme on dit dans notre jargon, ou l'étiologie, pour identifier les problèmes de santé.
507. CDS.2 : mouais, d'accord [le regard fixe, la main sur le menton, en acquiesçant].
508. CDS.1 : et, comment ça se manifeste chez la patiente. Du coup, dans son recueil de données, elle aura mis en évidence que la glycémie est élevée, qu'elle mange bien ou pas bien, etc. l'amener à identifier au niveau du recueil les différents signes qui permettent d'identifier que le problème c'est ça.
509. CDS.2 : ouais, d'accord [en se touchant l'oreille, le regard fixe].
510. CDS.1 : donc, c'est vrai que c'est très scolaire, mais en un temps ça permet de clarifier les choses.
511. CDS.2 : oh non, non. Là, je trouve même pas que c'est scolaires, c'est juste d'avoir les connaissances méthodologiques pour aider l'étudiante à rebondir. Moi, personnellement, si je pouvais être un peu plus habile dans la théorie, ça ne mangerait pas de pain à mon avis [se pince les lèvres en grimaçant].
512. Chercheur : OK, et on continue avec la dernière sous séquence qui concerne... le questionnement qui consiste à aider les étudiants à identifier d'autres problèmes de santé, de manière plus pratique.
513. CDS.1 : OK, très bien.
514. CDS.2 : [le regard fixe les deux mains jointes sur le menton].
515. Chercheur : et on continue avec CDS.2 dans la continuité de ce qu'on vient de voir précédemment.
516. CDS.1 : [acquiesce].
517. CDS.2 : en tout cas, tes découpages, ils sont bien faits [acquiesce]. Il a bien bossé le petit, hein ? [Sourire adressé à CDS.1].

### **Séquence 5c / l'aide à l'identification des problèmes de santé explorés par Les ESI (10'55)**

*CDS.2 schématise à l'écrit la question posée par l'étudiante. Il lui pose des questions pour tenter d'identifier les causes du problème d'obésité proposé par l'étudiante : environnement anxieux, boulimie, stress.... Elle évoque ensuite le diabète comme un symptôme de cette obésité. CDS.2 explique que l'obésité et le diabète sont liés, sans confirmer ni infirmer que le diabète est ici un symptôme.*

*CDS.1 questionne l'étudiante sur les conséquences psychologiques et sociales du fait d'un retour à domicile impossible. Elle évoque alors le problème d'anxiété, de troubles du sommeil, voir perte d'espoir. Il résume quelques données en lien avec la présence d'une trachéotomie pour aider l'étudiante à envisager un*

*problème de perturbation d'une image de soi. Il évoque ensuite l'origine comorienne du patient pour envisager une perturbation de la communication. Il insiste enfin sur l'importance de considérer toutes les dimensions du recueil de données dans la prise en charge du patient, ainsi que l'importance de recueillir les données selon les 14 besoins fondamentaux.*

518. Chercheur : donc là, cette dernière séquence aborde vos stratégies, vos tentatives pour aider l'étudiante et l'amener à identifier les problèmes de santé. Je vous ai vu réagir, chacun...
519. CDS.1 : [sourire].
520. CDS.2 : [sourire le regard fixe la main sur le menton].
521. CDS.1 : j'avais envie de faire ça, [fait le mouvement de rame avec les mains] parce que je me dis, là, il a ramé [rire franc].
522. CDS.2 : [sourire le regard fixe la main sur le menton, les yeux fermés].
523. CDS.1 : qu'est-ce qu'il a ramé... [rire franc], bon j'avoue, moi aussi. J'ai un peu ramé aussi.
524. Chercheur : est-ce que tu veux dire ?
525. CDS.1 : bah là, tu essayes... tu essayes d'aborder... comment dire... tu essayes de ramener un peu de théorie. Mais sur quoi tu te bases ? Tu sais sur quoi tu te bases, mais tu n'arrives pas à l'explicitier à l'étudiante.
526. CDS.2 : [écoute, le regard fixe, la main posée sur le menton] hum...
527. CDS.1 : c'est l'impression que j'ai.
528. CDS.2 : [acquiesçant silence].
529. CDS.1 : et du coup, bah... tu vas essayer de trouver...
530. CDS.2 : bah, ça manque de mots [le regard fixe vers l'écran].
531. CDS.1 : voilà, c'est ça. Il te manque peut-être ce vocabulaire...
532. CDS.2 : ben oui...
533. CDS.1 : dire que, moi je l'utilise avec l'étudiante. Je sais pas si elle comprend tout aussi. Mais oui, j'ai senti que là, tu as eu un moment de flottement. Tu essayes de trouver les mots justes, et de l'amener à clarifier son raisonnement.
534. CDS.2 : [écoute, le regard fixe, la main posée sur le menton].
535. CDS.1 : alors, ce qui est bien par contre, c'est que tu vas schématiser le raisonnement sur papier pour lui montrer qu'il y a l'obésité, mais c'est pas ça le problème... qu'il y a le diabète, mais c'est pas ça le problème.... En fait le problème, tu as parlé de l'hygiène de vie, et donc en amenant les infirmières travailler sur l'hygiène de vie avec le patient, on va pouvoir améliorer les choses.
536. CDS.2 : ouais, ouais [en se remontant les manches].
537. CDS.1 : mais tu n'arrives pas à aller jusqu'au bout des choses.
538. CDS.2 : ouais, le problème c'est que... c'est que..., bein là, mon manque de connaissances théoriques sur les concepts, sur le raisonnement et machin.... Ça fait que j'utilise pas mal d'énergie pour... pour comprendre ce qu'elle veut dire, et pour essayer de trouver des stratégies. Ce que je veux dire, c'est que si j'avais ces connaissances, je ne ferais pas tous ces efforts et j'aurais pu aller plus loin. Parce que cette étudiante, je trouve qu'elle a un potentiel de ouf, et j'aurais pu l'amener super loin.
539. CDS.1 : ah oui...
540. CDS.2 : donc, un peu frustré de ne pas avoir été plus loin. Parce que... parce qu'il y a un super niveau, et ça c'est intéressant. Elle a besoin d'être nourrie, elle m'a demandé un truc, et je réponds de manière insatisfaisante... enfin, insatisfaisante... c'est mieux que rien j'ai envie de dire CDS.1. Ça aurait pu être le néant... donc au final, je suis quand même content, mais si je dois améliorer conforte mon idée qu'il faut que j'aille plus loin dans la théorie.
541. CDS.1 : oui, et après, si on enlève ce côté théorique, moi ce que je note, c'est que tu l'amènes quand même l'étudiante à la réflexion. Mais oui, ouais, c'est ça qui manque... le côté théorique pour... j'allais dire donner du sens. Non, c'est pas ça, parce que tu donnes quand même du sens à ce qu'elle fait.
542. CDS.2 : hum... [le regard fixe].
543. CDS.1 : mais c'est... le sens un peu plus... théorique.
544. CDS.2 : oui... [en acquiesçant].
545. CDS.1 : en appuyant un peu plus sur les apports théoriques pour bien lui faire comprendre... en fait, les données qu'elle a, à quoi ça correspond.
546. CDS.2 : oui... tout à fait.
547. CDS.1 : parce que par exemple, quand elle évoque le mot « symptôme », elle dit : le diabète est un symptôme.
548. CDS.2 : hum... [acquiesçant le regard fixe].
549. CDS.1 : moi je l'aurais repris, j'aurais dit : bah non, le diabète est une maladie, conséquence de ces nombreux facteurs de risque. Pourquoi elle est devenue diabétique ? Parce que, au sens strict, le symptôme correspond

- à un signe qui peut correspondre à une manifestation de dépendance dans le recueil de données selon les 14 besoins fondamentaux. Du coup, j'aurais replacé les mots et concepts qu'elle utilise pour leur redonner du sens. Oui, là, c'est peut-être ce qui a manqué pour la mener plus loin dans sa réflexion.
550. CDS.2 : hum...
551. CDS.1 : après, par contre. Tu la dis un moment donné : elle connaît très bien son patient, on voit qu'elle a fait l'effort d'aller chercher les informations. Ce qui manque, c'est de restructurer ces informations pour en faire une analyse logique.
552. CDS.2 : oui, c'est ça [la main à la bouche les lèvres pincées]. Donc la théorie, à améliorer pour moi.
553. CDS.1 : oui. Et moi, j'ai vu que tu as réagi quand je fais des signes à l'étudiante ESI.1 au niveau de la gorge pour évoquer la trachéotomie.
554. CDS.2 : [silence]
555. Chercheur : ah oui, quand CDS.1 a fait des mimes pour aider l'étudiant à envisager les conséquences psychologiques d'une trachéotomie pour le patient.
556. CDS.2 : ah oui, non, mais... j'étais surpris, parce que tu as employé un mot familier [gosier]. Et d'habitude tu ne le fais jamais, tu es toujours assez droit.
557. CDS.1 : ah oui [rires], le mot gosier... [rire franc].
558. CDS.2 : ça m'a surpris par rapport à ta personnalité je sais que tu es toujours assez carré. C'était surprenant, mais pas de manière négative. Je veux dire, on est des adultes tu vois... moi, ce qui m'importe c'est que le message il passe. Et je trouve que tu as une pédagogie... qui est... hyper maîtrisée.
559. Chercheur : hum, et pour revenir sur l'activité de CDS.1, il fait des propositions de formulation des problèmes de santé, qu'est-ce que tu penses de cette stratégie [en s'adressant à CDS.2].
560. CDS.2 : de quoi ?
561. Chercheur : cette stratégie de faire des propositions de formulation de titres de problèmes de santé. Par exemple, quand il dit : au niveau psychologique, au niveau de l'image de soi...
562. CDS.1 : [acquiesçant].
563. CDS.2 : [le regard fixe, se pince les lèvres]
564. Chercheur : ... quand il parle des interactions sociales perturbées..., il amène des propositions de titres.
565. CDS.2 : oui, il oriente la réflexion de l'étudiante, il fait des suggestions en parlant du patient dans le service. Par rapport à la communication par exemple il est comorien donc, est-ce qu'il comprend ce qu'on lui dit ? Pareil, quand il parle du trou dans le gosier, qu'est-ce que vous ressentirez si vous avez-vous un trou à cet endroit ?
566. CDS.1 : [acquiesçant, le regard fixe vers l'écran].
567. CDS.2 : donc oui, il a... plusieurs leviers pour... susciter le raisonnement de l'étudiante. Mais je trouve que ça ne marche pas super bien puisque l'étudiante reste très scolaire.
568. CDS.1 : alors c'est vrai, elle n'est pas du tout dans un modèle de confrontation. Elle ne va pas essayer de discuter ou de contredire ou de questionner ce que je vais lui dire.
569. CDS.2 : alors là, c'est sûr, t'es Dieu [en regardant le plafond].
570. CDS.1 : mais je l'ai dit dans lors du premier débriefing que j'ai fait, on est déjà à 1h30 d'entretien et je pense que là, je ne suis plus étanche. C'est d'ailleurs pour ça que je vais assez vite. Et je suis persuadé qu'au bout d'une heure 1h30 d'entretien, sachant qu'ils ont déjà fait huit heures de travail dans le service, elle, arrivé à ce stade là.... Et je l'ai vu comment ? Elle me renvoyait plusieurs signes : elle se frottait les yeux, elle se tenait la tête... là, elle n'est plus étanche.
571. CDS.2 : ah bah oui, ça c'est normal.
572. CDS.1 : il s'agit, c'est un truc que j'ai pu observer quand j'ai fait le... le premier entretien.
573. CDS.2 : excuse-moi, je ne veux pas te couper, mais j'ai dit la même chose au mec là [en montrant le chercheur du doigt]. Quand je fais une dernière ouverture à 1h30 ou 1h15 d'entretien, je lui dis : comment je peux vous aider ? Et c'est là, elle me déballe son truc. Le gros truc quoi : le diabète, pathologie, les symptômes...
574. CDS.1 : [acquiesçant].
575. CDS.2 : et c'est moi qui n'étais plus étanche.
576. CDS.1 : ah bah oui, ça marche dans les deux sens.
577. CDS.2 : [rires].
578. CDS.1 : bien sûr, parce que moi, j'étais arrivé presque à saturation. Je me suis dit : je continue quand même mon déroulé en espérant qu'elle garde quand même quelques éléments..., mais je sais que malheureusement, il y aura des pertes au niveau pédagogique.
579. CDS.2 : ça, c'est sûr. C'est sûr, parce que là [en montrant l'écran du doigt], je suis pas sûr qu'elle assimile tout ce que tu dis.

580. CDS.1 : probablement que non. Probablement que non, à ce stade-là. Et pourtant, c'est dommage, parce que c'est là qu'on touche du doigt le plus important.
581. CDS.2 : et oui, c'est le plus important.
582. Chercheur : et du coup, toi CDS.2, toi tu aurais fait comment ?
583. CDS.2 : [garde le silence, la main sur le menton].
584. Chercheur : à la place de CDS.1 ?
585. CDS.2 : euh..., ben j'aurais essayé... de..., pff..., ouais... peut-être..., bah pour le coup, pff..., hum... [réfléchit en silence]. Bah, il essayait en fait de susciter son intérêt, et le problème c'est qu'elle ne réagissait plus, et après, il a continué. Je me serais peut-être arrêté, finalement.
586. CDS.1 : [acquiesçant].
587. CDS.2 : parce que, après, il reprenait un peu son statut de professeur, c'est moi qui vous transmets... le raisonnement clinique idéal c'est ça, ça, ça...
588. Chercheur : il l'aide à raisonner quand même ?
589. CDS.2 : oui, mais..., ça manque de feed-back de l'étudiante quoi.
590. CDS.1 : [acquiesçant].
591. CDS.2 : hein, t'es d'accord avec moi ?
592. CDS.1 : ah oui... [acquiesçant].
593. CDS.2 : au final, c'est comme en cours magistraux. Qu'est-ce qu'il reste des 5, 10, 15 ou 20 dernières minutes de cours magistral ? Là, le risque c'est qu'il ne reste pas grand-chose. Au fond, c'est pas le procédé pédagogique est en cause, tu essayais plusieurs leviers, les 14 besoins...
594. CDS.1 : j'ai utilisé plusieurs outils.
595. CDS.2 : oui c'est ça. Tu utilisais plein d'outils différents. Et sur la fin, à chaque fois il n'y avait pas de réaction. Et ça c'est dur je trouve.
596. CDS.1 : [acquiesçant].
597. Chercheur : d'accord, je vous propose de revenir à cette séquence. CDS.1, tu disais à CDS.2 : là, tu as sorti les rames.
598. CDS.1 : ah oui.
599. CDS.2 : [le regard fixe les points sur le menton].
600. CDS.1 : ah oui, j'avais... j'étais mal à l'aise pour lui. Je me suis dit : comment il allait arriver quand même à passer son message ? Et il a de la chance, parce que c'est la personne qui est en face qui lui donne des réponses.
601. CDS.2 : [écoutant silence, le regard fixe].
602. Chercheur : et est-ce que tu aurais des conseils à donner à CDS.2 ?
603. CDS.1 : non, parce que les conseils sont toujours à contextualiser. Par contre, oui... ce qui peut être aidant, c'est de maîtriser le processus d'accompagnement dans le raisonnement clinique. Le côté structuré de la démarche, ça c'est aidant, parce que tu pourras revenir sur les étapes qui font défaut aux étudiants. Ça permet de recadrer la démarche à ce moment-là.
604. CDS.2 : [écoutant silence, le regard fixe].
605. CDS.1 : là, on voit bien qu'il y a des failles.
606. CDS.2 : après, ce que tu aurais aussi peut-être pu faire, c'est lui proposer de faire une synthèse.
607. CDS.1 : oui... [en acquiesçant].
608. CDS.2 : et donc lui dire et maintenant, faites-moi une synthèse de ce qu'on vient de dire.
609. CDS.1 : oui, c'est de l'ancrage.
610. Chercheur : et toi CDS.2, qu'est-ce que ça t'évoque le retour que CDS.1 te fait ?
611. CDS.2 : [garde le silence le regard fixe]
612. Chercheur : sur la théorie... et tout ça.
613. CDS.2 : bah, ça fait au moins une dizaine de minutes que je m'en rends compte. Que... après... je... [hésitation, regard fixe] .... Enfin, ça ne m'étonne pas en fait. Je... je connais mes forces, et mes faiblesses... on va dire.
614. CDS.1 : [acquiesçant].
615. CDS.2 : c'est-à-dire que... je sais qu'en termes de théorie.... Bah, forcément, je me raccrochais à mes démarches de soins de quand j'étais étudiant infirmier [grimace]. Donc, j'ai pas pris le temps si tu veux, depuis que je suis formateur... de me replonger dans la théorie... si ce n'est que je me nourris... de mes expériences, des échanges entre collègues [en montrant CDS.1 de la main]. Je... je sais pas quand est-ce que je le ferai d'ailleurs. Ou même, que j'assistais 2 ou 3 cours, tu vois.
616. CDS.1 : [acquiesçant].

617. Chercheur : ...
618. CDS.2 : il faut... il faut... enfin, pour moi, la solution, elle n'est pas très compliquée [se pince les lèvres, le regard fixe].
619. Chercheur : OK, très bien. Avant de conclure je vous pose une petite synthèse. Est-ce que vous pourriez me dire, chacun, par rapport aux différentes séquences que l'on vient de regarder ensemble, ce que vous pourriez désormais faire de différents ?
620. CDS.1 : [acquiesce le regard fixe].
621. CDS.2 : [garde le regard fixe, les 2 mains jointes sur le menton].
622. CDS.1 : bah, ce que j'ai pu noter depuis le début, c'est déjà d'avancer peut-être... de présenter le cadre dans lequel l'entretien va se dérouler et de m'autoriser à intervenir, de partager des choses avec l'étudiant, par rapport à la présentation des patients, voilà.
623. CDS.2 : [écoute en silence le regard fixe, les mains écrasant son menton].
624. CDS.1 : je trouve qu'il faut que je m'autorise plus ça. Tout en gardant un côté, je vais quand même écouter, parce que je crains aussi qu'en intervenant trop moi-même je perde aussi le fil. Donc, je garderai un peu des 2, je ferai un mix des 2. Sur l'anonymat, j'ai pas relevé de problématiques là-dessus. On a juste à rappeler les règles aux étudiants. Sur la partie « exposé », j'étais beaucoup à l'écoute, donc peut-être intervenir davantage et questionner les choses en séance. Sauf si ça vient perturber l'étudiant. Donc, s'autoriser à intervenir, au bon moment, en ayant informé l'étudiant préalable. Et peut-être, insister un peu davantage sur le résultat du raisonnement obtenu... après... [grimace]. Je dirais aussi, peut-être le faire à un autre moment. Enfin, quand je dis un autre moment, je rappelle que la présentation de cette démarche de soins, elle intervient après quasiment 45 minutes. Parce que, dans le processus, j'avais d'abord évalué les objectifs de stage, le planning de stage, le portfolio et tout ça..., l'ASP, les soins, et ensuite j'ai terminé par les démarches. Peut-être, faire autrement et partir de la démarche pour arriver sur les autres parties..., l'étudiante sera peut-être plus attentive, et plus à l'écoute à ce moment-là par rapport à la démarche de soins, et terminer par le reste de l'accompagnement pédagogique en stage [en acquiesçant].
625. Chercheur : [en acquiesçant] d'accord...
626. CDS.2 : après, à mon niveau, moi je dirais que... il faut être assez humble, et se dire que... on a une manière de fonctionner, par rapport à un vécu, par rapport à une formation reçue, etc. et que..., ben voilà, même si on veut évoluer... on reste un peu comme on est, donc...
627. CDS.1 : [acquiesce].
628. CDS.2 : c'est... faire des petits changements déjà... Enfin, je ne vais pas changer fondamentalement du fait d'avoir cette supervision... Pour l'introduction, je pense que ce qui est important c'est le cadre, je rejoins tout à fait mon collègue. Il faut bien poser les bases, quels sont les attendus... et puis comment nous on va fonctionner. Parce que c'est vrai qu'il faut que les étudiants, il puisse s'y retrouver. Parce que c'est vrai que... en fonction des formateurs, ils doivent aussi s'adapter. Des fois, c'est vraiment le grand écart entre deux manières de fonctionner. On se doit quand même, par respect pour eux, de dire au moins comment on va fonctionner. Donner de la lisibilité, de la transparence. Après, s'il me dit qu'il n'a pas fait cette démarche, on voit que ça m'a quand même mis en difficulté et qu'il faut réussir à s'adapter. Sur la notion d'anonymat, ça me fait penser au fait qu'il faut rester hyper attentif. Parce que notre responsabilité aussi, lorsqu'il y a une notion importante qui ressort au décours de la démarche de soins, c'est pouvoir s'en saisir et faire un petit focus, voire un gros focus. Parce que niveau de l'anonymat, j'étais pas super sûr de moi, je me suis interrogé à voix haute. J'ai impliqué l'étudiante, voilà, les données importantes il faudra les traiter. Ne pas hésiter à faire des petits apartés sur des points précis. Après, concernant l'exposé de la démarche de soins, c'est vrai que mon fonctionnement est très dialogue, très dans l'accompagnement en posture d'égal à égal entre guillemets. Et après peut-être, faire un mixte comme le consensus qu'on a trouvé, c'était d'avoir une première partie plus interactive et une deuxième plus à l'écoute pour voir le raisonnement de l'étudiante, etc.. Sur la partie questions, je pense qu'il faut être pragmatique et aider les étudiants à s'approprier les outils théoriques.
629. Chercheur : et concernant les stratégies d'aide à l'identification des problèmes de santé ?
630. CDS.2 : [longue inspiration, hésitation] bah... euh... il faut avoir une meilleure base théorique en matière de méthodologie du raisonnement clinique. Ça permet de faire un bon recueil de données et une analyse pour identifier les problèmes de santé. C'est ça... [le regard fixe].
631. Chercheur : OK, est-ce que vous avez des choses à rajouter ?
632. CDS.1 : [rire franc] merci pour cette expérience.
633. CDS.2 : ouais, sympa.

## Annexe 2.H : Traitement du verbatim de L'ACC « séquencée » des CDS.1 et 2

Les tableaux suivants proposent une représentation visuelle des migrations dialogiques au cours de l'autoconfrontation croisée séquencée avec la légende suivante :

	Dialogue adressé au destinataire immédiat dans le dialogue apparent
	Dialogue adressé au subdestinataire dans le microdialogue
	Validation collective de nouvelles variantes

Tableau 1 : Respect de l'anonymat à l'écrit

Objet de controverse 1	Dialogue apparent	Indices d'expressivité	Verbalisation du dialogue intérieur	Verbalisation du grand dialogue
Respect de l'anonymat des dossiers écrits	(Tour 123) Chercheur : alors, sur l'anonymat, vous avez des interrogations différentes, ou des pratiques différentes.	(Tour 125) CDS.2 : [garde le silence, le regard fixe]. (Tour 128) CDS.2 : [garde le silence, le regard songeur]. (Tour 130) CDS.2 : [écoutant silence, repositionne ses lunettes] (Tour 133) CDS.2 : [surpris, comme s'il n'avait pas entendu la question] pardon ?	(Tour 135) CDS.2 : Mais moi, je n'ai pas réfléchi, effectivement, à la notion de l'écrit qu'elle pourrait perdre que ça tombe entre les mains de personnes hors du milieu santé... et [se gratte la tête], c'est vrai que j'ai pas pensé à ça. Je me suis juste interrogé sur le secret partagé.	(Tour 139) CDS.2 : [inspiration] bah, oui c'est la règle. Là, il lui a donné une astuce, mettre les trois premières lettres. Oui, on sait très bien que les transmissions qui sont dans la poche qui tombe... bon ben voilà. S'il y a une famille qui tombe dessus... c'est une faute. Donc notre rôle de pédagogue, de formateurs, c'est de donner les bonnes conduites, donc j'aurais dû... enfin j'aurais dû... j'aurais pu, si j'y avais pensé, dire : à l'oral, on peut éventuellement donner le nom, on peut le faire, par contre faites attention à vos écrits, vous êtes responsables et vous pouvez vraiment vous retrouver en grande difficulté.  (Tour 143) CDS.2 : Quand on peut faire des rappels comme ça aux étudiants, il faut le faire, c'était le moment, le prétexte est tout trouvé. (Tour 144) CDS.1 : oui, donc de manière pédagogique on rappelle aussi les règles professionnelles. (Tour 145) CDS.2 : oui, oui elle est importante celle-là. De bien protéger la confidentialité... voilà. (Tour 150) CDS.1 : Je pense qu'il faut quand même rappeler les règles lors de cette étape de la démarche de soins parce qu'on rentre dans des situations de vie sur lesquels il faut être vigilant, oui.

Tableau 2 : Écouter / interagir avec les ESI pendant l'exposé de la démarche

Objet de controverse 2	Dialogue apparent	Indices d'expressivité	Verbalisation du dialogue intérieur	Verbalisation du grand dialogue
<p>Stratégies permettant d'apprécier la pertinence du raisonnement clinique de l'étudiante</p>	<p>(Tour 174) CDS.2 : Et je leur dis direct : je passerai mon temps à vous interrompre. Mais l'objet, c'est vraiment de parler de tout.</p> <p>(Tour 216) CDS.2 : est-ce que tu le fais pour de bonnes raisons ? Parce que ce que tu dis, c'est que tu intervenir quand il dit une grosse connerie.</p> <p>(Tour 218) CDS.2 : donc, c'est plutôt avec une connotation négative.</p> <p>(Tour 222) CDS.2 : Si toi par contre, si quand tu intervies c'est juste pour dire que c'est pas bien, ben là, dans l'interaction... ça risque...</p>	<p>(Tour 175) CDS.1 : [acquiesce avec un léger sourire]</p> <p>(Tour 177) CDS.2 : [rires] c'est vrai...</p> <p>(Tour 179) CDS.2 : [rigole] c'est vrai...</p> <p>(Tour 223) CDS.1 : [le regard fixe].</p> <p>(Tour 229) CDS.1 : [acquiesçant ceux pinçant les lèvres]</p>	<p>(Tour 181) CDS.1 : ben après, sur le style..., après j'ai testé les deux. Moi, c'est surtout quand ils me racontent des bêtises, que je vois que ça va trop dans tous les sens, qu'ils ne font pas les liens... là, je rentre dedans tout de suite. Parce que, c'est presque dangereux. Par contre, quand je vois quand même qu'il y a de bonnes connaissances, qu'il y a des liens, qu'il y a une espèce de petite logique....</p> <p>(Tour 207) CDS.1 : s'il y a quelque chose qui vient m'interpeller parce que ça manque de cohérence, là je vais être obligé de mettre les pieds dans le plat. Je leur dis : comment vous expliquez ça ? Là il y a quelque chose que je n'ai pas compris ! Est-ce qu'on peut revenir ?</p> <p>(Tour 235) CDS.1 : ben oui, c'est vrai que là je me rends compte que je fais ça en regardant les images, mais... euh...,</p>	<p>(Tour 183) CDS.1 : Donc là, c'est vrai qu'elle ne sait pas comment moi je fonctionne. Donc ça, c'est vrai qu'il faudrait qu'on l'annonce à chaque fois. Toi, tu l'as fait, tu as annoncé ton fonctionnement. Oui... ben moi je ne l'ai pas fait, je ne lui ai pas dit si j'interviens ou pas, je l'ai laissé faire.</p> <p>(Tour 207) CDS.1 : c'est vrai ce qu'a dit CDS.2, mais j'acquiesce quand même, j'essaye de faire un signe de la tête, pour qu'elle continue. Mais je n'ai pas posé cette règle, et je pense qu'il va falloir que je le fasse.</p> <p>(Tour 235) CDS.1 : il faut que je teste ta méthode quand même. Je le ferai, et je prendrai ce qui me permettrait d'ajuster..., je sais pas... ouais...</p>

		<p>(Tour 187) CDS.2 : Euh... et puis... euh... oui, c'est aussi le côté... peut-être plus professionnalisant. Je me positionne toujours en disant je viens avec ma blouse d'infirmier, et j'ai envie qu'on soit dans un échange entre soignants [...]</p> <p>(Tour 189) CDS.2 : après..., le fait que ce soit systématique, c'est peut-être une erreur... entre guillemets. Parce que, il y en a qui ont peut-être besoin d'avoir un fil conducteur et je passe peut-être, effectivement, à côté de ce que tu dis [s'adressant à CDS.1], leur logique de démarche, leur raisonnement..., et le raisonnement clinique.</p> <p>(Tour 191) CDS.2 : parce que c'est vrai que si tu les coupes toutes les deux minutes, tu perds peut-être ça.</p> <p>(Tour 212) CDS.2 : Mais c'est vrai que je ne suis pas en train d'écouter... de faire un diagnostic pédagogique... c'est vrai que je ne suis pas du tout dans cette dimension-là [se gratte les cheveux, le regard fixe].</p> <p>(Tour 237) CDS.1 : ... donc du coup, il se met à la même hauteur. Moi je me positionne peut-être un peu plus en tant qu'évaluateur, et pas accompagnant, dans la posture</p>	<p>(Tour 245) CDS.1 : je me rends compte que ça peut être un peu déstabilisant pour eux. Par ce que j'écoute, mais je n'apporte pas suffisamment de validation [...], se dire qu'on est infirmier avec eux, ça serait intéressant, ouais.</p>
--	--	---	---

		<p>(Tour 276) CDS.1 : [acquiesce].</p> <p>(Tour 278) CDS.1 : [acquiesce].</p> <p>(Tour 280) CDS.1 : oui [acquiesce].</p>	<p>(Tour 260) CDS.2 : Donc moi j'ai envie de m'inspirer de CDS.1 parce que j'aime bien sa méthode. Euh... mais... comment faire ? Pour mixer les deux, parce que j'aime bien ma méthode aussi en même temps, j'ai pas envie de me remettre en question.</p> <p>(Tour 268) CDS.2 : je ne le laisse pas raisonner [le regard fixe]. Donc moi, je voudrais conserver mes valeurs d'accompagnement, mais, aussi intégrer cette place raisonnement de l'étudiant.</p> <p>(Tour 275) CDS.2 : [longue inspiration en s'adossant sur sa chaise] et bien disons... que..., je réfléchis en même temps que je parle, mais... enfin c'est pas forcément que... enfin, il y a différentes phases... je dirais que... : toute la partie « problème de santé », « diagnostic, action, évaluation » ... , là on est au cœur du raisonnement clinique tu es d'accord CDS.1 ?</p> <p>(Tour 277) CDS.2 : eh bien là, j'interromps pas. J'interromps plus au début, sur le motif d'hospitalisation, sur l'histoire de la maladie pour approfondir, sur la présentation physique ou psychologique... ça, je pense que ça ne dérange pas d'interrompre. Au contraire, ça peut enrichir. Et</p>	
--	--	--	---	--

			<p>c'est toute la partie où je vais mettre en confiance l'étudiante.</p>	<p>(Tour 269) CDS.1 : oui. Il faut vraiment un mixte des deux. Je pense qu'on peut vraiment mixer nos deux approches. C'est-à-dire qu'on pourrait faire, une situation plutôt formelle et une autre dans laquelle on pourrait être davantage dans l'accompagnement dans une posture d'infirmier du service.</p> <p>(Tour 279) CDS.2 : et par contre, toute la partie vraiment « raisonnement clinique », c'est-à-dire quand on commence à parler diagnostic infirmier et projet de soins, là je laisse l'étudiante... comment dire... dérouler tout son cheminement et j'interviens après, pour le coup.</p> <p>(Tour 283) CDS.1 ce qui est intéressant dans le mixe que tu évoques, c'est qu'on est dans la première partie du recueil de données, et toi tu commentes les données en essayant de comprendre le sens. Après, sur la partie formelle de la présentation de son projet de soins, et bien là, oui on est obligé d'être structuré et structurant parce que, effectivement, tu vas voir les problèmes, les objectifs, les actions, l'évaluation. Ça peut effectivement être un bon compromis.</p>
--	--	--	--	---

Tableau 3 : Le combat dialogique de la méthode

Objet de controverse 3	Dialogue apparent	Indices d'expressivité	Verbalisation du dialogue intérieur	Verbalisation du grand dialogue
<p>Vers une approche méthodique de la supervision du raisonnement clinique</p>	<p>(Tour 397) Chercheur : OK, très bien. On passe à la dernière séquence. Une dernière séquence qui porte sur les problèmes de santé</p> <p>(Tour 411) Chercheur : il y a là deux manières pour les étudiantes d'amener les problèmes de santé, et vous avez deux attitudes un peu différentes.</p> <p>Tour 418 CDS.1: <i>il n'y a pas d'apothéose. Et toi tu finis par lui dire : tout compte fait, vous me parlez de problèmes de santé là</i></p> <p>(Tour 443) CDS.1 : <i>Alors, je comprends que tu veuilles te rattacher au côté professionnel, mais moi ce que ça met en évidence, et c'est ça qui me déstabilise beaucoup...</i></p>	<p>(Tour 398) CDS.2 : <i>[grimace en acquiesçant].</i></p> <p>(Tour 401) CDS.2 : <i>[rires].</i></p> <p>(Tour 405) CDS.2 : <i>d'accord.</i></p> <p>(Tour 408) CDS.2 : <i>OK [l'air soucieux].</i></p> <p>(Tour 415) CDS.2 : <i>mouais [le regard fixe, en silence, puis rires].</i></p> <p>(Tour 417) CDS.2 : <i>[écoute, en silence, le regard fixe].</i></p> <p>(Tour 419) CDS.2 : <i>hum... [les mains jointes sur le menton].</i></p> <p>(Tour 421) CDS.2 : <i>hum... [garde les mains jointes sur le menton].</i></p> <p>(Tour 444) CDS.2 : <i>ouais...</i></p> <p>(Tour 446) CDS.2 : <i>ouais...</i></p> <p>(Tour 448) CDS.2 : <i>mais c'est vraiment dommage.</i></p> <p>(Tour 421) CDS.2 : <i>hum... [garde les mains jointes sur le menton].</i></p>	<p>(Tour 423) CDS.2 : <i>mouais... c'est vrai que l'étudiante, comme c'était pas une démarche classique, y'avait pas le problème identifié en tant que tel. Ouais... c'est... au décours de la discussion qui est un peu spontanée, mais tu vois qu'elle connaissait bien ses patients.</i></p> <p>(Tour 442) CDS.2 : <i>Mais moi quand je vais les voir en stage, je leur demande d'avoir la posture un peu plus professionnelle.</i></p>	

<p>[À la suite du deuxième extrait montrant les commentaires des formateurs après la formulation des problèmes de santé par les étudiantes]</p>	<p>(Tour 453) CDS.1 : Le seul écueil, peut-être, c'est sur les diagnostics infirmiers parce que du coup, là, il manque les diagnostics infirmiers qui demandent à être explorés davantage.</p> <p>(Tour 464) CDS.2 : bah, là,..., je, je... [hésitation]. Mais, toi tu ne sais pas CDS.1, mais en fait je ne captais rien est-ce qu'elle me racontait.</p> <p>(Tour 466) CDS.2 : mais vraiment rien du tout, je ne savais pas où elle voulait en venir.</p> <p>(Tour 468) CDS.2 : donc, j'ai fait comme toi tout à l'heure (au sujet de l'hypertension artérielle pulmonaire), j'ai fait de la broderie...[sourire].</p> <p>(Tour 471) CDS.1 : bah, c'est pas pour la défendre, mais en fait ça dépend du modèle conceptuel. En fait, on a deux modèles d'analyse, et Saint-Pierre ils sont beaucoup focalisés sur le modèle tri-focal. En fait, elle ne te parle pas de problèmes de santé, elle te</p>	<p>(Tour 454) CDS.2 : ouais... (Tour 456) CDS.2 : ouais... ouais... [en se pinçant les lèvres avec les doigts] (Tour 448) CDS.2 : [sourire, les mains jointes sur le menton].</p>		
---	--	---	--	--

	<p>parle de pathologie et d'antécédent des patients.</p> <p>(Tour 473) CDS.2 : Bon, là, peut-être que tu as mouliné, tu as essayé de trouver une stratégie sans aller jusqu'au bout, [...] Donc, tu as amené ça un peu ta manière. Moi je le fais de manière un peu plus scolaire, je m'appuie sur les définitions et sur la méthodologie du raisonnement clinique que je fais depuis des années.</p> <p>(Tour 475) CDS.1 : Ça peut être aidant [en acquiesçant]. Parce que des fois quand on peut se retrouver en difficulté, quand on comprend pas bien ce que dit l'étudiante, on peut alors s'appuyer sur la méthodologie du raisonnement clinique.</p>	<p>(Tour 476) CDS.2 : [le regard fixe, les lèvres pincées]</p> <p>(Tour 478) CDS.2 : OK [le regard fixe]</p> <p>(Tour 480) CDS.2 : [maintien des lèvres pincées, le point sous le menton].</p> <p>(Tour 482) CDS.2 : mouais [en acquiesçant, les lèvres pincées].</p> <p>(Tour 484) CDS.2 : [acquiesce, le regard fixe].</p> <p>(Tour 491) CDS.1 : [Il acquiesce].</p> <p>(Tour 495) CDS.1 : [acquiesce, les yeux fermés].</p> <p>(Tour 497) CDS.1 : [acquiesce, le regard vers le bas].</p> <p>(Tour 497) CDS.1 : [acquiesce].</p>	<p>(Tour 474) CDS.2 : tout à fait. Ça veut dire qu'il faut peut-être que je revois mes connaissances aussi. En termes de... pour le coup... de méthodo...</p>	<p>(Tour 488) CDS.2 : bah, ce qu'il faut que je sache, c'est la méthodo bifocale et tri-focal quoi. Là, c'est le truc que je disais très scolaire. Mais il faudrait que je revoie ma théorie en fait. [Le regard fixe] voilà, c'est ça.</p> <p>(Tour 490) CDS.2 : bah, l'approche bifocale... l'approche tri focale..., moi je... je... là, je ne veux pas faire pâle figure [se pince les lèvres], mais ça me parle moyens en fait. Moi, je... moi je fonctionne un peu à l'instinct par rapport aux problèmes de santé.</p> <p>(Tour 494) CDS.2 : mais, il me manque de la théorie, c'est ça en gros que je veux dire.</p> <p>(Tour 496) CDS.2 : moi, il faut que j'accentue les connaissances théoriques [le regard fixe, en se touchant le menton].</p> <p>(Tour 496) CDS.2 : tout simplement [en se remontant les manches, le regard fixe]</p> <p>(Tour 511) CDS.2 : Moi, personnellement, si je pouvais être un peu plus habile dans la théorie, ça ne mangerait pas de pain à mon avis [se pince les lèvres en grimaçant].</p>
--	---	---	---	---