

ACCOMPAGNER LES ÉTUDIANTS INFIRMIERS À L'APPRENTISSAGE DU RAISONNEMENT CLINIQUE :

UNE DÉMARCHE CO-RÉFLEXIVE, UN PROCESSUS À ENGAGER

BODIN-CHENEVEAU ANNE-MARIE

Doctorante en sciences de l'éducation, formatrice IFSI, Tours

bodin-cheneveau@orange.fr

GALLAND THÉRÈSE

Formatrice IFSI, Tours

therese.galland@croix-rouge.fr

PROUST SÉVERINE

Formatrice IFSI, Tours

severine.proust@croix-rouge.fr

Résumé

Le référentiel de formation infirmière utilisé depuis septembre 2009 préconise l'accompagnement des étudiants vers une posture professionnelle autonome, responsable et réflexive. Dans ce cadre, l'apprentissage du raisonnement clinique, tout au long des trois années d'études, prend une place prépondérante. Car c'est sur ce socle, davantage que par la maîtrise de techniques gestuelles en rapport avec le soin au patient, que le futur infirmier va asseoir sa compétence professionnelle.

A l'IFSI-CRF de Tours, l'équipe pédagogique s'est penchée depuis quelques années sur les moyens favorables à cet apprentissage. Des formatrices de cet institut proposent une illustration de mise en œuvre d'un accompagnement ajusté au groupe en formation. Il s'appuie sur une ingénierie souple et évolutive, référée sans cesse à la progression des étudiants, et marquée par la créativité pédagogique et une posture du formateur éloignée des modes purement transmissifs. C'est en fait dans une co-réflexivité, et une « réciprocity formatrice » (Denoyel, 2012), que veut s'inscrire cet accompagnement de l'étudiant infirmier vers un « haut raisonnement clinique » (Marchal et Psiuk, 2010).

Pour répondre à cette « vision projet » particulière, les objectifs et modalités pédagogiques sont travaillés et ajustés au plus près des besoins des apprenants. Le questionnement en petits groupes restreints autour de situations de soin est encouragé par une attitude adéquate du formateur. Il s'agit de libérer la parole, l'oralisation du raisonnement dans ses différentes étapes : regroupement d'indices, croisement avec des connaissances précises, inférence d'hypothèses, remise en question à l'occasion d'éléments complémentaires, formulation du jugement clinique... Pour cela, le formateur se doit de ne pas s'enfermer dans son propre raisonnement clinique sur la situation étudiée, mais d'accueillir les propositions des étudiants et d'accompagner la démarche à leur rythme.

Mots clés

Infirmiers, raisonnement hypothético-déductif, accompagnement, posture

Introduction

Formatrices dans un institut de formation en soins infirmiers, nous travaillons depuis 2009 à partir d'un référentiel basé sur une approche par les compétences (Ministère de la santé et des sports, 2009). Parmi celles qui ont été définies pour les futurs professionnels infirmiers, le développement d'un raisonnement clinique de qualité occupe une place prépondérante. Il s'agit d'une démarche qui s'appuie sur une méthodologie spécifique (Marchal et Psiuk, 2010), permettant de relier un raisonnement logique à la détermination d'actions adaptées à la personne soignée considérée dans toutes les caractéristiques de sa situation de santé. Le processus est dynamique et continu, remis en cause à chaque fois qu'un élément nouveau survient. Il est déterminant pour la continuité des soins et leur justesse.

Si ce raisonnement est qualifié de clinique, c'est parce qu'il se base sur une observation élargie du patient et de son environnement (avec les 5 sens, voire le sixième), et s'enrichit d'un bagage théorique qui aide à établir des liens, à transformer les données en indices, jusqu'à décliner les problèmes à prendre en compte pour le mieux-être de la personne soignée.

Face à la responsabilité d'accompagner les étudiants dans cet apprentissage, nous tentons jour après jour d'adapter notre pédagogie.

Un accompagnement qui s'appuie sur une ingénierie qui s'y prête

L'accompagnement relatif à l'apprentissage du raisonnement clinique par les étudiants infirmiers se base sur une manière particulière d'envisager le projet pédagogique. Car il suppose de se départir d'habitus nous amenant à mettre en œuvre des programmes cadencés et exhaustifs, aussi précis et pertinents soient-ils, pour se tourner vers une approche plus en phase avec le public concerné, c'est-à-dire la promotion d'étudiants en formation. Le postulat est le suivant : pour être efficaces, les activités pédagogiques proposées ont à s'adapter au groupe présent et à ses besoins et attentes. Par conséquent, elles ne sauraient être l'exacte reproduction de celles qui ont été pratiquées l'année précédente auprès d'un autre groupe.

1.1 Des objectifs subjectifs

Afin de donner corps à cette idée, il s'agit d'attribuer une place prioritaire aux objectifs pédagogiques. Citons quelques pratiques courantes dans ce domaine :

- Des objectifs figés d'une promotion à l'autre, définis « une fois pour toutes » par le projet,
- Des objectifs peu réfléchis, voire absents, par oubli ou manque de considération,
- Des objectifs formulés comme des consignes de travail et non comme des niveaux attendus,
- Des objectifs confinés dans un champ lexical usuel, par conformité à des recettes éculées.

Notre expérience consiste en un travail de précision autour de l'ajustement des objectifs pédagogiques : au plus près du niveau recherché et au regard de l'avancement du groupe. Ainsi la succession des séances de travaux dirigés organisée par période semestrielle envisage une progression anticipée, autant qu'une prévision assumée de sortir de cette évolution préméditée pour suivre les étudiants dans leurs besoins et préoccupations en temps réel. Dans cette optique, les objectifs priment sur les modalités de travail, celles-ci pouvant varier en cours d'application en fonction des événements inattendus ou opportunités à saisir. En l'espèce, l'accompagnement peut inclure des retours en arrière, des raisonnements « à l'envers » (comment êtes-vous parvenus à ces conclusions ?), pour favoriser le développement du sens critique et la capacité à s'interroger sur les évidences. La recherche de créativité et de diversité dans les consignes données concourt au maintien de la dynamique de travail des apprenants. L'attention est portée aussi aux supports de cas cliniques distribués : en lien avec la réalité de la profession infirmière, et s'éloignant d'outils plus scolaires, c'est le format « dossier de soins » employé couramment dans les structures qui est utilisé.

Nous militons donc pour des objectifs subjectifs, c'est-à-dire déterminés à partir de notre estimation continue du niveau d'avancement des étudiants en apprentissage, et revisités chaque fois que nécessaire. Cette dimension ne s'oppose pas à l'articulation prévue par le projet initial, mais s'y ajoute, afin que

l'action pédagogique s'encastre exactement dans l'espace libre à occuper. Accompagner, c'est se préoccuper d'abord des personnes à accompagner, avant même de s'intéresser au programme à leur faire suivre.

1.2 Une lisibilité du fil conducteur

L'ingénierie que nous tentons de mettre en œuvre est donc construite comme un fil conducteur, que nous tirons au fur et à mesure des activités pédagogiques, toujours soucieux de sa juste tension. Bien évidemment, nous cherchons à obtenir une vision d'ensemble du projet, et de l'articulation des éléments qui le composent. Les visites systématiques de nos étudiants sur leur lieu de stage, les ateliers de simulation réalisés à l'institut chaque semestre, participent, entre autres, à la cohérence globale. Régulièrement, la promotion se retrouve au complet en amphithéâtre pour un point théorique synthétique, centré sur la formalisation d'acquis repérés dans les séances de travaux dirigés en petits groupes. Ces moments, animés par les deux coordinatrices d'année, sont positionnés stratégiquement. Ils visent à fixer des éléments méthodologiques de la démarche de raisonnement clinique, et à donner à voir aux étudiants leur progression et leur inscription dans un processus d'apprentissage sur le long terme. Des acquis repérés et formalisés dans un petit groupe sont par exemple évoqués à cette occasion, proposés ainsi à l'attention de la promotion entière.

Ce fil conducteur est également un repère pour les formateurs qui participent aux séances de travaux dirigés. Un groupe de formateurs relativement régulier facilite cette inscription dans une continuité, au-delà du garde-fou constitué par l'armature ingénierique.

D'un point de vue fonctionnel, nous avons choisi d'organiser nos travaux dirigés en petits groupes de 18 étudiants en moyenne. A l'usage, on constate un environnement calme, propice à l'attention et à l'action des apprenants.

Un accompagnement qui prend vie par une posture appropriée

Le style d'accompagnement convenant à cette ingénierie n'est pas celui du professeur ou de l'enseignant. Assez éloigné d'un schéma transmissif, il se rapprocherait plutôt d'abord d'un choix délibéré de recueillir les réflexions et raisonnements des étudiants, comme matière première pour le travail pédagogique. Ensuite, il prend forme par une attitude humble et bienveillante, tournée vers le dialogue. Ce qu'on transmet alors ne se situe pas dans des contenus en tant que tels, mais dans des postures professionnelles incarnées par sa propre manière d'être et d'agir avec les apprenants.

2.1. La priorité donnée au raisonnement des étudiants

Pour se mettre en situation d'apprendre, l'étudiant a besoin de sentir qu'on lui accorde sa confiance. Le regard que le formateur et ses camarades de travail posent sur lui reflète le climat instauré, et se révèle déterminant dans sa capacité à s'autoriser à « se tromper » ou à émettre des propositions « inutiles ». Encouragé par une ambiance propice à l'investissement, il puise dans son bagage cognitif et intuitif des productions au-delà des évidences premières, soumises ensuite à examen par le petit groupe au travail.

Cette possibilité pour l'étudiant de faire part de sa réflexion dépend fortement de la disposition du formateur à accepter les digressions possibles, les chemins de traverse dans le raisonnement, bref la patience consubstantielle de la production intellectuelle. Il s'agit donc d'oublier provisoirement ses certitudes, ses connaissances, ses propres compétences en raisonnement clinique infirmier, afin de se mettre au rythme des personnes en apprentissage, et de ne pas couper court au processus formateur par l'imposition tranchée de « la bonne réponse ». La tentation de l'enseignement se présente à chaque « coin de raisonnement ». Il est difficile de se maintenir ainsi dans la retenue, car on a plutôt une tendance naturelle à délivrer son savoir, pour aller plus vite, sans attendre patiemment que les étudiants évoluent dans leur réflexion. Il appartient au formateur de lutter contre, et de découvrir dans la temporisation et le retrait contrôlé les bénéfices chez les étudiants. En l'occurrence, cette technique a tendance à faire prendre conscience aux apprenants que la démarche intellectuelle adoptée face au patient est subjective autant qu'objective, corrélée à un contexte et ajustée à un individu concerné par la maladie, enrichie par les perceptions et la sensibilité, exigeante en termes de précision des savoirs.

Le formateur adapte ses interventions aux besoins ponctuels. Ainsi, il apporte à certains moments le « grain de sable » qui va interroger les étudiants trop vite arrivés aux conclusions. A l'inverse, lorsqu'ils ne parviennent pas à avancer dans leur raisonnement, il propose un élément déclencheur de la dynamique de questionnement.

Ces caractéristiques décrites dans la posture du formateur correspondent en fait à ce que Perrenoud appelle « la navigation à vue » (2008). L'animation des travaux dirigés à partir d'un support suffisamment souple et peu enfermant permet le développement de cette capacité à repérer ce qui se passe au sein du groupe au travail, et à réagir efficacement en temps réel pour stimuler le processus formateur. Il est clair qu'une intervention contrainte par des attendus définis au mot près se prête peu à ce repérage.

2.2. Ce que transmet le formateur « accompagnant »

On comprend comment cette stratégie pédagogique peut amener l'étudiant en formation à saisir les occasions qui lui sont données d'apprendre. Au-delà de la méthodologie du raisonnement clinique, il est possible que le bénéfice se trouve aussi dans l'intégration de ce que l'on pourrait nommer des valeurs professionnelles. Le soignant se doit d'être ouvert à l'autre, à l'écoute de ses besoins, en même temps que rigoureux dans sa façon d'y répondre. Or la posture du formateur en atelier de raisonnement clinique est propice à cette transmission de valeurs. Il s'agit d'une transmission par l'exemple : le formateur attentif au groupe, et aux individus qui le constituent, fait passer ce message d'ouverture et de reconnaissance de l'autre dans ses compétences et ses capacités à apprendre. Il montre également qu'il accepte de se laisser déstabiliser sans crainte de perdre de sa crédibilité, d'accueillir le doute comme une opportunité pour évoluer dans ses connaissances. Il en ressort d'autant plus légitime qu'il a démontré sa congruence.

Ce qu'il transmet encore, c'est que le résultat n'est rien sans le chemin qui a précédé, et que la qualité du raisonnement se mesure souvent dans ses errements et ses reformulations successives d'hypothèses. Il ne sert à rien de décréter des vérités, si l'étudiant n'a pas eu l'occasion de les faire advenir par sa propre réflexion.

Il est intéressant également que l'apprenant sente que le formateur a vécu des situations de soin, et donc qu'il incarne une posture soignante à côté de celle de pédagogue. Il donne à voir ainsi que l'on est toujours dans un processus de développement professionnel (de formateur mais aussi d'infirmier), puisque la compétence s'actualise en actes (Trocmé-Fabre, 1997).

Enfin, ce que transmet le formateur à l'étudiant par sa posture réside dans la manière dont il exerce face au groupe sa capacité de synthèse, étape inhérente à la fois de la démarche clinique et de l'exercice de la pédagogie. Car il ne s'agit pas de déconsidérer la conclusion de l'atelier. Pointer le chemin parcouru, nommer les étapes franchies ou à franchir, aide à l'ancrage des acquis et à l'élaboration des objectifs d'apprentissage à venir.

Un accompagnement qui se mesure dans l'alternance des temps et des espaces

Evaluer les bénéfices d'un tel accompagnement est un challenge. A ce jour, et sans doute pour longtemps encore, nous sommes toujours en phase d'expérimentation et de tâtonnement. Au quotidien, nous remettons l'ouvrage sur la table pour améliorer continûment notre stratégie. Cependant, nous pouvons émettre certaines hypothèses de compréhension des résultats de nos efforts en termes de « réussite » chez les étudiants concernés.

Un premier moyen d'évaluation porte sur le constat que cet accompagnement suscite de fait un entraînement poussé et continu, rendu obligatoire par la régularité des ateliers de raisonnement clinique, la petitesse des groupes de travail ne laissant que peu de place à l'oisiveté, la détermination des formateurs à stimuler le questionnement et le sens critique à tous les stades de la démarche. Nous parlons donc d'une évaluation du processus et non du résultat, ainsi que d'une estimation empirique plutôt que d'un résultat objectivé. Néanmoins il nous semble important quand-même, habitués que nous sommes à écouter nos intuitions.

De la même façon, les débriefings effectués après les ateliers entre les différents animateurs des groupes semblent corroborer l'impression générale d'implication des étudiants dans les échanges, et d'évolution sensible de leurs performances au regard de la précision des objectifs posés pour chaque séance. Ces objectifs se révèlent en effet un outil efficace de mesure de la progression, et de cohérence des consignes par rapport aux constats précédents.

Les occasions complémentaires de repérer la progression du raisonnement sont nombreuses. Les visites en stage sont l'un des moyens les plus intéressants : la manière dont l'étudiant argumente sa compréhension des situations de patients pris en charge formalise assez clairement les acquis et les axes à approfondir. Lors de ces rencontres entre tuteur, stagiaire et formateur, la mise en actes de la réciprocité formatrice (Denoyel, 2012) se révèle dans la capacité de chacun à écouter l'autre et à s'investir, loin d'un schéma scolaire, dans une optique de coopération et de délibération.

Le référentiel de formation (Ministère de la santé et des sports, 2009) nous fournit un élément chiffré d'évaluation de notre travail, sous la forme de l'épreuve sommative associée à l'apprentissage du raisonnement clinique. Cette épreuve existe à chacun des semestres, reliée soit à une unité d'enseignement spécifique, soit à l'unité d'intégration¹ de la période considérée. Concernant le semestre 1, nous avons organisé une évaluation en groupes restreints d'étudiants, visant la validation concomitante d'une unité d'enseignement ciblée sur le raisonnement clinique, et de l'unité d'intégration de la période. En l'occurrence, nous constatons pour cette épreuve un échec pour un seul de ces groupes. Il semble d'ailleurs porter davantage sur un problème d'entente et de dynamique de travail que sur un véritable défaut d'acquisitions. Ces résultats sont bien sûr insuffisamment probants. Cependant, nous estimons qu'ils sont de nature à nous encourager à poursuivre nos efforts dans le même sens.

Dans ce domaine complexe, il nous faut ajouter notre intérêt pour les écrits de Bonniol (2009), qui souligne la pertinence d'une conception de l'évaluation « problématique de sens », c'est-à-dire révélatrice pour l'étudiant de son niveau d'acquisition et de développement de compétences, contrairement à une évaluation « contrôle » qui recherche des résultats attendus et une attitude conformiste de l'apprenant. En termes de retombées concrètes, cette approche nous incite à définir les critères d'évaluation avec soin : critères de processus, de procédure, de résultat. De ces choix ponctuels, ajustés à chaque fois à l'épreuve, dépend la lisibilité de la progression des étudiants dans leur apprentissage. C'est ainsi que l'élaboration des critères d'évaluation est tout aussi précieuse que celle des objectifs pédagogiques évoquée précédemment.

Conclusion

Notre accompagnement au développement du raisonnement clinique infirmier se fonde donc sur l'association d'une ingénierie souple et ouverte et d'une posture faisant la part belle au dialogue, à la réciprocité des échanges et des savoirs, à la « mise au travail ». Dans ce cadre, l'importance des objectifs pédagogiques d'une part, et des critères d'évaluation d'autre part, a été soulignée.

Les bénéfices de cette méthode restent à objectiver. Si elle porte ses fruits, c'est en fonction de l'évolution des performances des étudiants au long de leur cursus que nous pourrions mettre à jour des éléments tangibles.

Nous évoluons dans cet espoir, en même temps que dans la lucidité d'œuvrer au cœur d'un défi utopique. Freud nous avertissait déjà, en 1937, de cette double impossibilité : former à soigner.

¹ Il existe une unité d'intégration dans chaque semestre. Comme son nom l'indique, elle vise à l'intégration des acquis cumulés depuis le début de la formation. Dans ce but, elle utilise couramment l'étude de situations cliniques et met donc en action la démarche de raisonnement.

Références bibliographiques

Texte législatif

Ministère de la santé et des sports (2009). *Profession infirmier : recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession*. Paris : Berger-Levrault.

Article de périodique

Denoyel, N. (2012). Alternance dialogique et épistémologie de la continuité expérientielle. *Education permanente, numéro 193*, pp. 105-118.

Ouvrages

Bonniol, J.J., Vial, M. (2009). *Les modèles de l'évaluation*. Bruxelles : De Boeck.

Freud, S. (1937). *L'analyse avec fin et l'analyse sans fin* (réédition 1985). Paris : PUF.

Marchal, A., Psiuk, T. (2010). *La démarche clinique de l'infirmière : comprendre, pratiquer, enseigner et apprendre*. Paris : Seli Arslan.

Perrenoud, P. (2001). *Développer la pratique réflexive dans le métier d'enseignant* (réédition 2008). Paris : ESF.

Trocme-Fabre, H. (1999). *Réinventer le métier d'apprendre*. Paris : Editions d'organisation.