

Comment les maîtres de formation pratique pourraient-ils accompagner les étudiants dans le développement d'une posture soignante ?

Recherche exploratoire

Mémoire réalisé par

Julie Wese

Promoteur

Pr Walter Hesbeen

Année académique 2017-2018

Master en sciences de la santé publique

Finalité spécialisée

Comment les maîtres de formation pratique pourraient-ils accompagner les étudiants dans le développement d'une posture soignante ?

Recherche exploratoire

Mémoire réalisé par

Julie Wese

Promoteur

Pr Walter Hesbeen

Année académique 2017-2018

Master en sciences de la santé publique

Finalité spécialisée

NOM et PRENOM : WESE JULIE

Titre du mémoire : Comment les maîtres de formation pratique pourraient-ils accompagner les étudiants dans le développement d'une posture soignante ? Recherche exploratoire

Promoteur : Pr. HESBEEN WALTER

RESUME

Introduction - La majorité des étudiants semble souvent se situer dans le « faire » avec des préoccupations très marquées par les techniques ; ils se montrent assez peu soucieux de la qualité même de la relation de soin avec les patients.

Objectifs - Chercher à comprendre pourquoi les étudiants semblent se situer plus dans la prestation de soins que dans le « prendre soin » et identifier comment les aider en tant que maître de formation pratique à développer une posture soignante. Proposer des pistes afin de favoriser l'accompagnement de ce développement en formation initiale des infirmiers.

Méthodes - Recherche qualitative de type exploratoire. Trois méthodes ont été utilisées : questionnaire, entrevue et écrits réflexifs. La première est un questionnaire à questions ouvertes qui a été envoyé par courriel à 30 étudiants (Bloc 2 et de 3^{ème} année). Les réponses ont été analysées via la technique de l'analyse thématique. La seconde est une entrevue avec l'enseignant responsable du cours d'histoire et de déontologie. La troisième sont 2 écrits réflexifs à des moments différents de 8 étudiants du Bloc 2, soit 16 écrits au total.

Résultats - La majorité des étudiants explique qu'un « patient difficile » l'est soit dans le jugement clinique soit parce qu'il n'est pas compliant. En ce qui concerne les qualités infirmières, ils citent majoritairement l'écoute et la réflexion. Les écrits réflexifs rapportent plutôt des gestes techniques et peu d'évolution entre les deux écrits d'un même étudiant est constatée.

Conclusions - Des choses sont mises en place pour accompagner les étudiants dans le développement d'une posture soignante tels que les écrits réflexifs mais ils ne sont pas encore exploités de manière optimale. Les enseignants sont en cours d'appropriation de ce nouveau dispositif.

Mots-clés - Accompagnement, prendre soin, formation, infirmier, posture soignante.

Remerciements

Au terme de ce mémoire, je souhaite remercier toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce travail.

Je souhaite exprimer toute ma gratitude et ma reconnaissance au Professeur Hesbeen pour son écoute, son soutien, ses entretiens individuels constructifs et les conseils profitables dont il m'a fait bénéficier lors des différentes étapes de la réalisation de ce travail.

J'adresse mes sincères remerciements à ma famille et mon entourage pour leurs encouragements, leur soutien et leur patience.

Pour terminer, je ne peux omettre toutes les personnes qui, par leur soutien, leurs encouragements, leur aide ponctuelle, m'ont permis d'avancer pour que ce mémoire prenne forme. Elles n'auront pas de difficultés à se reconnaître.

« Le plagiat »

« Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, etc. empruntés ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires) sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain. » (Cahier des charges, 2017-2018).

Sommaire

Remerciements	5
« Le plagiat »	6
Sommaire	7
Liste des acronymes	9
Introduction	10
I. Partie théorique	15
Chapitre 1. Constitution du corpus de littérature.....	16
Chapitre 2. Cadre contextuel.....	19
2.1. Formation des infirmiers.....	19
2.2. Le maître de formation pratique.....	22
Chapitre 3. Cadre conceptuel.....	24
3.1. Le soin et les soins.....	24
3.2. Prendre soin.....	25
3.3. La posture.....	25
3.4. L'identité professionnelle.....	27
3.5. La réflexivité et l'écriture réflexive.....	28
Chapitre 4. Résumé.....	30
II. partie pratique	34
Chapitre 5. Méthodologie et méthodes.....	35
5.1. Questionnaire.....	36
5.1.1. Echantillon.....	37
5.1.2. Stratégie.....	37
5.2. Entrevue.....	38
5.3. Ecrits réflexifs.....	39
5.3.1. Echantillon.....	39
5.3.2. Stratégie.....	40
Chapitre 6. Analyse et résultats.....	41
6.1. Le « patient difficile » vu par les étudiants.....	42
6.2. Les qualités infirmières vues par les étudiants.....	45
6.3. Cours sur l'identité professionnelle.....	47
6.4. Les retours réflexifs sur une situation vécue.....	48
Chapitre 7. Discussion, perspectives et préconisations pour ma pratique.....	54
Conclusion	58
Bibliographie	60
Annexes	66
Annexe 1. Recherche ScienceDirect	67
Annexe 2. Recherche DOCTES	68
Annexe 3. Recherche Cairn	71
Annexe 4. Programme de formation proposé par l'ARES en 3 ans (ECTS)	72
Annexe 5. Programme de formation proposé par l'ARES en 4 ans (ECTS)	73
Annexe 6. Courriel envoyé aux étudiants (18.03.2018)	74
Annexe 7. Certificat d'université - Accompagnement des pratiques professionnelles : formation des superviseurs d'étudiants en stage	75

Liste des acronymes

AIP	Activités d'Intégration Professionnelle
AR	Arrêté Royal
ARES	Académie de Recherche et d'Enseignement Supérieur
BIRSG	Bachelier Infirmier Responsable de Soins Généraux
BSI	Bachelier en Soins Infirmiers
CAPAES	Certificat d'Aptitudes Pédagogiques Approprié à l'Enseignement Supérieur
CFAI	Conseil Fédéral de l'Art Infirmier
ECTS	European Credits Transfer System
FSI	Faculté des Sciences Infirmières
IE	Intelligence Emotionnelle
IRSG	Infirmier Responsable de Soins Généraux
MA	Maître Assistant
MFP	Maître de Formation Pratique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
SPF SP	Service Public Fédéral – Santé Publique
SIAMU	Soins Intensifs et l'Aide Médicale d'Urgence
UCL	Université Catholique de Louvain
UdeM	Université de Montréal

Introduction

Le choix de mon sujet de mémoire n'a pas été chose aisée... Il s'inscrit à la fois dans mon parcours professionnel, mes observations et réflexions ainsi que dans mon ambition pour une certaine forme de pratiques des infirmières et des infirmiers.

A l'origine, je suis infirmière spécialisée en soins intensifs et l'aide médicale d'urgence (SIAMU). Actuellement, je travaille en tant que maître de formation pratique (MFP) dans une Haute école formant des bacheliers en soins infirmiers (BSI) et bacheliers infirmiers responsables de soins généraux (BIRSG). Je n'ai pas encore suivi la formation amenant au certificat d'aptitudes pédagogiques approprié à l'enseignement supérieur (CAPAES).

Lorsque j'ai entamé mon Master en santé publique à finalité spécialisée en éducation pour la santé et du patient, j'étais infirmière de terrain et, de temps en temps, je prenais soin des patients avec des étudiants dans le but de leurs apprendre la profession sans être attachée à une Haute école. Je travaillais avec des étudiants de différentes écoles. J'aurais pu choisir une autre finalité. Après beaucoup d'hésitation, j'ai choisi l'éducation pour la santé car c'est une facette de ma profession que je connaissais peu et que je maîtrisais moins. Lorsque j'étais étudiante et même en début de carrière, l'éducation pour la santé était une notion très abstraite pour moi.

Quand j'y réfléchis, j'ai choisi la profession d'infirmière pour le côté humain, la présence au chevet des patients, le respect de l'autre, le fait de pouvoir apporter quelque chose à autrui sachant qu'inversement, cet autre m'apporte quelque chose aussi... C'est pour cette raison qu'ensuite, je me suis dirigée vers les soins intensifs et les urgences dans le sens où ce qui m'a plu dans ce type d'unité, c'est de prendre soin de A à Z d'un patient. Bien entendu, le côté technique me plaisait énormément aussi.

Pour ma part, je considère qu'un infirmier devrait appliquer des soins de manière personnalisée, en utilisant sa réflexion (cerveau), ses émotions (cœur) et ses techniques d'exécution (mains) en intégrant tout au long des soins une communication fonctionnelle, d'information/éducation et de distraction.

A l'occasion de ma pratique de MFP, je suis partie de la constatation personnelle suivante : la majorité des étudiants est souvent dans le « *faire* » avec des préoccupations très marquées par les techniques ; ils se montrent assez peu soucieux de la qualité même de la relation de soin avec les patients. De ce fait, l'éducation du patient n'est pas pensée ni intégrée aux soins qui sont prodigués.

Suite à mes différentes constations, je me suis posée la question de savoir comment intégrer ces notions dans l'identité soignante et, plus précisément, comment sensibiliser les futurs infirmiers à l'éducation du patient.

La lecture de l'étude Belimage (2001-2003, p.52), m'a confortée en tant que MFP quant au choix de mon sujet. En effet, selon cette étude, nous retrouvons, dans les aspects prioritaires de la mission des infirmiers, la « *contribution aux soins d'un point de vue médico-technique et, plus particulièrement, dans le fait de viser la guérison du patient [...]* » malgré le souhait de se centrer sur les besoins du patient. Ce qui m'a amenée à m'interroger sur ma fonction de MFP. Le malade est une personne qui ne se confond pas avec la maladie qu'il présente.

Roussel (2016) a écrit sa thèse sur les représentations sociales de l'éducation du patient des professionnels de la santé. Elle y mentionne qu'il existe un lien entre représentations et pratiques. Elle identifie quatre catégories de représentations en lien avec la pratique (cfr. Représentations de la situation d'Abric) et quatre types de pratiques. Dans ses recommandations pour la pratique, elle mentionne une meilleure intégration de l'éducation du patient dans la formation initiale. En effet, l'éducation du patient n'est pas toujours intégrée au soin. D'où la nécessité de l'intégrer, dès le départ, à la construction de l'identité soignante sinon elle risquerait d'apparaître comme « *une option* ». La formation serait indispensable au développement de l'éducation du patient, ainsi qu'une réflexion sur l'accompagnement sur le terrain pour faciliter le transfert des acquis de formation.

A l'heure actuelle, les liens entre les représentations sociales et les pratiques ne sont plus à démontrer. En effet, nous savons que les représentations et les pratiques sont étroitement liées. L'étude expérimentale des représentations sociales (Abric, 1989), montre que les comportements individuels et de groupe sont déterminés par les représentations. Abric (2001) identifie quatre catégories de représentations en lien avec la pratique : la représentation

de soi, la représentation de l'autre, la représentation du contexte et la représentation de la tâche. Roussel (2016) parle d'une cinquième catégorie : la représentation de la maladie et du traitement qui serait en lien avec les pratiques d'éducation du patient.

Avec le vieillissement de la population, l'accroissement de l'espérance de vie et l'augmentation des maladies chroniques, l'éducation du patient prend une place de plus en plus importante. Effectivement, d'après Borgès Da Silva (2015), nous connaissons une transition épidémiologique allant des maladies infectieuses vers les maladies chroniques. Cette transition entraîne une modification des besoins et une adaptation au niveau de la formation des futurs infirmiers en y incluant de nouvelles connaissances et compétences. Borg (2014) parle également de l'augmentation des maladies chroniques et ajoute qu'elles seraient la principale cause de mortalité. Selon lui, elles représenteraient 86% de la totalité des décès dans l'Union Européenne. Prévot (2016, para. 1) dit que « *la qualité des soins de santé est indéniablement l'un des facteurs qui ont allongé notre espérance de vie. Cette heureuse évolution s'accompagne d'une augmentation de la prévalence des maladies chroniques : près de 3 Belges sur 10 déclarent vivre avec une maladie de ce type.* » Partridge (as cited in Borgès Da Silva, 2015), quant à lui, nous informe sur la répartition des coûts de santé qui a changé dans la plupart des pays. La charge principale serait liée aux soins chroniques.

Le lien que j'établis entre mon thème de mémoire et la santé publique est le fait que vouloir promouvoir la santé pour tous passe par la nature de la formation initiale des soignants et de la formation continue amenant à une posture soignante.

Par la suite, après quelques mois de mise en suspens de mon mémoire, j'ai redirigé mes lectures vers l'humanisme soignant et la question de la posture soignante. En effet, j'ai voulu essayer de comprendre pourquoi les étudiants étaient plus dans le « *faire des soins* » que dans le « *prendre soin* ». Et surtout comment les aider à développer une posture soignante plus propice à l'éducation du patient, c'est-à-dire plus propice à aider une personne atteinte d'une maladie chronique ou évolutive à prendre soin d'elle-même, sans négliger, bien entendu, ses proches et leur rôle déterminant d'aidants.

Il m'apparaît, en effet, qu'avant de travailler la question de l'éducation du patient, il est nécessaire de développer cette posture soignante sans quoi l'éducation se présente telle une option ou une forme d'ajout, un « *faire supplémentaire* » désincarné de la rencontre réelle

avec le patient et du sens que prend, pour lui, cette démarche d'éducation dans sa situation singulière.

Ceci m'a amenée à modifier ma question de recherche qui était : « *Quelles sont les représentations sociales de l'éducation pour la santé des enseignants formant de futurs infirmiers en Belgique francophone ?* » par « ***Comment les maîtres de formation pratique en soins infirmiers pourraient-ils accompagner les étudiants dans le développement d'une posture soignante ?*** »

Pour y répondre, j'ai commencé par me documenter et parler de mon sujet avec d'autres professionnels de la santé. J'ai consulté différentes bases de données (ScienceDirect, Doctes, Cairn, etc) et des documents officiels (OMS, CFAI, ARES, etc). Petit à petit, j'ai commencé par construire ma revue de littérature. Ensuite, j'ai voulu voir ce qu'il existait déjà au sein d'une Haute école au sujet de l'identité professionnelle. Pour terminer, j'ai porté mon attention sur les étudiants. Je leurs ai posé deux questions et utilisé leurs écrits réflexifs, ce qui m'a permis de percevoir leurs représentations du patient et de l'infirmier.

De la sorte, ce travail comportera deux parties : une partie théorique et une partie pratique.

La partie théorique est divisée en quatre chapitres. Le premier parle de la création de mon corpus de littérature. Le deuxième expose le cadre contextuel et comporte deux points pour mieux comprendre le contexte dans lequel s'inscrit ma recherche. D'une part, il traite de la formation des infirmiers et d'autre part, il aborde le sujet du MFP. Dans le troisième, j'expose certains concepts, en fonction de la littérature, en vue de pouvoir au mieux étayer ma question de recherche. Enfin, le quatrième chapitre sera consacré à la synthèse des apports de cette première partie.

Dans la seconde partie, - ou partie pratique-, je tenterai de répondre à ma question. Je présenterai tout d'abord dans un premier chapitre (chapitre 5), la méthodologie et les méthodes retenues et utilisées. J'analyserai ensuite les données collectées et exposerai les résultats obtenus (chapitre 6).

Pour terminer, je proposerai une discussion, des perspectives et des préconisations pour ma pratique de MFP ainsi que ma réflexion personnelle concernant la démarche entreprise pour réaliser ce mémoire de Master en santé publique.

I. Partie théorique

C'est en vue de chercher à comprendre pourquoi les étudiants me semblent se situer plus dans la prestation de soins que dans le « *prendre soin* » et, surtout, d'identifier comment les aider en tant que MFP à développer une posture soignante, que j'ai rédigé cette première partie. La finalité étant de savoir comment, en tant que MFP, je pourrais les aider à développer une posture soignante. Pour ce faire, j'ai tout d'abord consulté la littérature. J'y ai d'abord trouvé des éléments qui m'ont permis de valider ma constatation qui était que la majorité des étudiants sont souvent dans le « *faire* » avec des préoccupations très marquées par les techniques et se montrent assez peu soucieux de la qualité même de la relation de soin avec les patients.

Différents points la structureront. J'exposerai, tout d'abord, le cadre contextuel avec la question de la formation initiale des infirmiers et le rôle du MFP. Viendra ensuite le cadre conceptuel au sein duquel je définirai quelques concepts. Une réflexion personnelle sera proposée en guise de conclusion.

Chapitre 1. Constitution du corpus de littérature

Ma question de recherche étant « **Comment les MFP en soins infirmiers pourraient-ils accompagner les étudiants dans le développement d'une posture soignante ?** », j'ai commencé par chercher dans la littérature ce qui a déjà été écrit à ce sujet pour mieux comprendre et maîtriser le concept d'humanisme ainsi que le soin et les soins. Ceci m'a redirigé vers l'identité professionnelle, les attitudes et les comportements, etc. Par la suite, je me suis renseignée sur la formation infirmière et la nouvelle réforme.

Pour élaborer ma revue de littérature, j'ai utilisé différentes sources d'informations et la rédaction de réflexions personnelles. J'ai consulté différentes bases de données (ScienceDirect, DOCTES, Cairn, etc) et des documents officiels (Organisation mondiale de la santé, Conseil fédéral de l'art infirmier, Académie de recherche et d'enseignement supérieur, etc.).

ScienceDirect est la plateforme d'accès d'Elsevier. J'ai commencé par sélectionner la recherche par titre, résumés et mots clés pour y préciser mes mots-clés. Ensuite, j'ai filtré les résultats en utilisant chaque fois : 2018 et accès libre. Dans le tableau ci-dessous, on peut y retrouver les mots-clés utilisés, les filtres utilisés et le nombre de références (Annexe 1).

Dans DOCTES, la base de données de WEBDOCTES qui comprend plusieurs centres de documentation en promotion et éducation à la santé, j'ai sélectionné des mots-clés : formation, santé, réflexivité, infirmier, professionnels de la santé, humanisme, méthodologie, recherche qualitative. Comme j'avais beaucoup de documents, j'ai dû utiliser des filtres (Annexe 2).

Cairn, portail de sciences humaines et sociales, j'ai utilisé les mots-clés : patient-partenaire, humanisme, professionnels de la santé, infirmier, formation, santé, réflexivité, formation en alternance, santé publique (Annexe 3).

Ces recherches m'ont apporté une meilleure compréhension de la nouvelle réforme, de mieux comprendre le rôle du MFP ainsi que le développement de certains concepts qui étaient jusqu'à lors intuitifs tels que le soin et les soins, prendre soin, l'identité professionnelle, les comportements et les attitudes etc.

Dans la littérature, j'ai pu trouver certains éléments de réponse. En effet, Rothier Bautzer (2013) parle de la prédominance du modèle biomédical centré sur la guérison des maladies aiguës entraînant des relations asymétriques avec le soignant.

Lebrun (1993) parle du fossé entre une médecine de la maladie (corps-objet) et une médecine du malade (corps-sujet). Il explique que depuis Claude Bernard, la médecine est devenue scientifique avec le risque de transformer « *l'art de guérir des malades* » en « *science de guérir des maladies* » et donc, de déshumaniser les soins. L'art est compris comme s'opposant au savoir purement théorique (car suppose une action concrète) et au hasard (car il manifeste un savoir-faire, une compétence). La médecine progresse et devient de plus en plus scientifico-technique. Cette médecine est centrée sur le corps-objet et sur la maladie (Hesbeen, 2017b).

Par la suite, j'ai redirigé mes lectures vers le concept d'humanisme. Il permettrait, d'après Wenner (1999), de placer l'homme comme sujet au centre des ses intérêts car les techniques occuperaient une place plus importante. En effet, l'humanisme, d'après le dictionnaire Larousse, est une « *philosophie qui place l'homme et les valeurs humaines au-dessus de toutes les autres valeurs...* »

Honoré (as cited in Hesbeen, 2017, p.52) propose « *la notion d'humanisme humanisant centré sur le soin.* » Il précise qu'il « *essaie de donner à entendre que l'humanisme, dans la mise en perspective du soin en notre existence, ne peut plus être une doctrine de l'homme considéré dans sa « nature humaine » immuable, mais une orientation de l'esprit vers et pour l'homme considéré en son humanité agissante et créatrice ; d'où l'expression d'humanisme humanisant. Un humanisme vivant dont le sens que nous lui donnons est porté par l'évolution à laquelle il contribue. Un humanisme dont le cœur est le soin qui fait circuler dans les pratiques humaines une énergie qu'est la santé [...] Dans cette perspective humaniste, la perspective soignante est celle qui donne au soin le sens d'un révélateur de notre humanité. La perspective soignante est celle qui donne aux pratiques soignantes le sens du soin humanisant. Soigner l'autre prend le sens de laisser émerger chez l'autre son humanité quels que soient l'état et la situation dans laquelle il se trouve.* »

Hesbeen (2017, p.53) explique qu'une perspective « *ne consiste pas à donner du sens à ce que l'on fait mais bien à interroger le sens que prend pour cet autre ce qu'il est en train*

de vivre, le sens que prend pour lui ce que l'on se propose de lui faire pour tenter de lui venir en aide, pour tenter de l'aider à aller bien, à aller mieux ou le mieux possible. » La perspective renvoie donc à la question de la finalité, soit prendre soin, soit faire des soins.

Reconnaître l'humanité de l'humain demande un effort. En effet, pour y arriver, le soignant devrait développer une conscience nouvelle de l'être humain et du soin (Phaneuf, 2016).

Lorsque l'on regarde la place que devrait occuper le patient et son entourage dans la définition de l'art infirmier^a et dans le profil de compétences de l'IRSG^b, elle devrait être centrale. Je pense que l'on peut s'apercevoir ici que, dans les documents officiels, il y a cette notion de considération pour l'autre en précisant que cette personne humaine, ce corps-sujet devrait être le centre de nos intérêts.

Dans le chapitre suivant, je vais brièvement exposer le contexte de la formation des infirmiers et le rôle du MFP.

^a Loi coordonnée relative à l'exercice des professions des soins de santé du 10 mai 2015

^b Publié par le CFAI (2015)

Chapitre 2. Cadre contextuel

Il me semble important de préciser le contexte de la formation des futurs infirmiers et le rôle du MFP. Ce chapitre aborde successivement ces deux points.

2.1. Formation des infirmiers

En Belgique, deux types de formations sont possibles pour devenir infirmier : le brevet et le bachelier. Dans le cadre de ce travail, je ne m'intéresserai qu'au bachelier étant donné qu'il s'agit de mon contexte d'exercice professionnel et d'observation.

Celui-ci a été renommé « *bachelier d'infirmier responsable en soins infirmiers généraux* » (BIRSG) en 2016 suite au passage de trois à quatre années d'études avec la nouvelle réforme. Avant la réforme des professions en soins de santé, la formation comptait 3.500 heures dont 1.750 de stages cliniques. Cette réforme est liée à deux facteurs : le respect de la demande de l'Europe^c et la modification du profil de compétences de l'infirmier responsable de soins généraux (IRSG) demandé par le service public fédéral santé publique (SPF SP).

La formation doit désormais comporter au moins 3 années d'études et 4.600 heures. Ces heures étant réparties de la sorte (Lothaire, 2016) :

- minimum 1.533 heures (soit 1/3) sont réservées à l'enseignement théorique,
- minimum 2.300 heures (soit 1/2) pour les stages cliniques auprès des patients,
- le reste étant à disposition du pouvoir organisationnel (environ 767 heures).

L'académie de recherche et d'enseignement supérieur (ARES) propose un programme minimum en « *european credits transfer system* » (ECTS), c'est-à-dire selon le programme européen de transfert et d'accumulation de crédits. Au total, ce programme contient 80% d'ECTS communs avec une liberté de 20% laissée au pouvoir organisateur. Chaque année comporte 60 ECTS, soit aux alentours de 1.600 heures. (Annexe 4 et Annexe 5).

^c Directives européennes 2005/36/CE et 2013/55/UE

Les activités d'intégration professionnelle (AIP) correspondent à l'enseignement clinique (stage, simulation etc) et comptent 95 ECTS, c'est-à-dire un peu plus de 2.300 heures si on considère qu'un ECTS équivaut à 25 heures. Cet enseignement clinique a pour but de préparer au développement des compétences professionnelles.

Comme on l'a vu, la formation comprend des heures d'enseignement théorique (sciences fondamentales et biomédicales, sciences humaines et sociales, sciences professionnelles et recherche appliquée) et clinique (AIP). Elle permet à l'étudiant d'élaborer ses représentations, d'élargir son système de valeurs et favoriser son développement professionnel identitaire et ses compétences. La formation par alternance favorise l'ancrage des apprentissages dans la réalité professionnelle de manière à leur donner du sens. Elle permet, donc, le transfert théorie-pratique ainsi que l'analyse de la pratique (Meirieu as cited in Postic, 2016 ; Perrenoud as cited in Postic, 2016).

Dans la formation initiale des étudiants infirmiers, le cheminement professionnel passe par le développement de compétences selon un référentiel propre à chaque Haute école mais répondant à la législation.

Développer des compétences ne correspond pas à acquérir des connaissances à mémoriser et intégrer la reproduction de techniques (Lafortune, 2005). Cela suppose une mise en relation entre les apprentissages en stage, les cours pratiques et théoriques. Pour ce faire, il faut privilégier les moments de réflexion sur ses actions et le retour de ses expériences. Il ne s'agit plus seulement d'une description de ses actions mais bien de les expliquer et/ou de les justifier afin de mieux les analyser.

L'apprentissage par compétences permettrait la meilleure rencontre de la formation et de l'enseignement, du terrain professionnel et de l'apprentissage du métier (Beckers, 2007).

La perspective socioconstructiviste induit que la personne en formation structure ses connaissances et développe des compétences professionnelles en interaction. Ces interactions entraînent des conflits sociocognitifs et suscitent des prises de conscience au regard des constructions élaborées. Si elles sont significatives, les interactions font évoluer ou modifient les représentations et renouvellent le modèle de pratiques des personnes en formation (Lafortune, 2015).

L'accompagnement-formation prend en compte différentes dimensions de l'individu : cognitive^d, métacognitive^e, affective et sociale (Lafortune & Deaudelin as cited in Lafortune, 2015 ; Lafortune as cited in Lafortune, 2015). Il suppose la mise en œuvre d'une certaine culture associée aux fondements du contenu de formation qui se manifeste à travers cinq composantes : les attitudes, les connaissances, les stratégies, les habiletés et les expériences, mais aussi par le développement et l'exercice de compétences professionnelles qui favorisent l'usage d'un leadership d'accompagnement (Lafortune & Martin as cited in Lafortune, 2015 ; Lafortune as cited in Lafortune, 2015). Les objectifs sont : favoriser la réflexivité, la responsabilité et l'autonomie de l'apprenant. Celui-ci doit être à même de transférer ses connaissances, de faire des liens et d'agir en situation complexe (Hesbeen, 2016).

Les partenaires (MFP et infirmiers de terrain) qui encadrent les étudiants en stage jouent un rôle primordial dans le développement professionnel et identitaire. En effet, ils accompagnent les étudiants dans l'acquisition d'une posture réflexive afin de les amener à interroger en permanence leur pratique et faire émerger de nouveaux savoirs (Dury, Bay, Napoli, Thioux & Trine, 2016).

Beckers (2007, pp.88-89) définit la compétence comme étant la « *capacité à agir efficacement en mobilisant spontanément, correctement et de façon organisée des ressources internes (savoirs, savoir-faire, attitudes propres à l'individu) et externes (expériences d'autres personnes, documents etc) en situation complexe, non entraînée à l'identique qui appartient à une famille de situations ouvertes et jugées critiques, essentielles à la vie sociale. Elle suppose la capacité de réflexion sur la situation et la qualité de sa démarche.* »

Les connaissances seraient liées au contexte dans lequel elles ont été acquises et le terrain professionnel serait le lieu privilégié de l'acquisition des compétences professionnelles. La compétence professionnelle ne peut être enseignée, elle s'acquiert par un accompagnement qui aide à réfléchir sur les actions. Dans les lieux de travail, la visée prioritaire est la qualité de l'activité productive. A l'école, la visée prioritaire est l'activité

^d Lorsque l'on fait référence à la cognition, il s'agit de tout ce qui s'associe à la connaissance (informations acquises par l'apprentissage et l'expérience) (Cognifit, 2018). Perceptions et croyances (Roserberg & Hovland, as cited in Bergamaschi, 2011).

^e Il s'agit des représentations des connaissances que l'on possède ainsi que la façon qu'on peut les construire et les utiliser (Delvolvé, n.d.). Il s'agit de la capacité à la production de connaissances sur ses propres connaissances (Université de Fribourg, n.d.).

constructive du sujet : son apprentissage et son développement. Le rôle de la formation initiale est de réduire l'écart entre le moment de l'apprentissage et le moment de la mobilisation des acquis (Beckers, 2007).

Vygotsky (as cited in Beckers, 2007) fonde un modèle de développement des compétences qui reconnaît l'apport de l'expérience, la construction dans l'action de savoirs pour l'action mais aussi l'indispensable apport de situations formalisées où l'action est suspendue, réfléchie, modifiée par l'exploitation d'instruments sémiotiques plus puissants.

Après avoir précisé quelques aspects de la formation des infirmiers, je peux, maintenant, m'intéresser aux Maîtres de Formation Pratique (MFP).

2.2. Le maître de formation pratique

Durant la formation initiale, les étudiants sont confrontés à plusieurs intervenants. En effet, à l'école, l'étudiant est au contact de médecins, de maîtres assistants (MA), de paramédicaux, de maîtres de formation pratique (MFP), etc. Tandis que durant les stages, ils sont encadrés par les MFP, les équipes pluridisciplinaires et sont au contact des patients et de leur entourage.

Environ une fois par mois, une réunion entre les MFP et les MA est organisée afin de pouvoir échanger à propos de divers éléments tels que des éventuels problèmes rencontrés en stage, des nouveautés au niveau du cursus, des projets pédagogiques, des nouvelles recommandations concernant certaines pratiques etc.

D'après Dury, Bay, Napoli, Thioux et Trine (2016), le MFP accompagne l'étudiant tout au long de son cursus pour permettre le transfert théorie-pratique, l'exercice d'un raisonnement clinique et le développement d'une posture réflexive sur ses apprentissages. Les activités d'apprentissages sont adaptées et personnalisées au parcours individuel de l'étudiant pour développer ses connaissances, ses attitudes et ses comportements en vue d'acquérir les compétences attendues au terme de sa formation.

Dans sa modélisation de l'action, Vergnaud (as cited in Beckers, 2007) précise que le rôle du formateur pour développer les compétences du futur professionnel est, d'une part, le plonger dans une action professionnelle (stage ou situation d'intégration) et, d'autre part, aménager des situations de communication pour favoriser les échanges en utilisant les concepts quotidiens. Il faut que ces concepts soient argumentés et exploités de manière appropriée en particulier pour la sécurité du patient.

Effectivement, pour développer des compétences professionnelles et la construction identitaire, la démarche réflexive semble nécessaire. Le formateur devrait accompagner l'étudiant dans le dépassement de ses impressions, la prise de conscience de sa subjectivité et de ses interprétations, pour arriver à l'analyse et la construction de nouveaux savoirs qui vont lui permettre d'enrichir et diversifier son action (Lafortune, 2012).

Hesbeen (2017, p.108) parle de l'intelligence du singulier qu'il définit comme étant la « *capacité du soignant de comprendre ce qui se vit en une situation [...] par les personnes concernées* », c'est « *essayer d'identifier et de prendre en compte ce qui est important pour cet autre dans la situation qui est la sienne* ».

Le dictionnaire Larousse définit l'intelligence comme la « *qualité de quelqu'un qui manifeste dans un domaine donné un souci de comprendre, de réfléchir, de connaître et qui adapte facilement son comportement à ces finalités.* »

Après avoir précisé quelques éléments concernant la formation des infirmiers et le rôle du MFP, je vais à présent expliquer quelques concepts afin de mieux comprendre les enjeux de mon mémoire.

Chapitre 3. Cadre conceptuel

Soigner peut être vu de différentes manières. Selon que l'on soit centré sur la tâche (logique des soins) ou sur la personne (logique soignante), on est plutôt dans le « *faire* » ou dans la relation à autrui.

Or, la qualité du soin dépend des caractéristiques techniques et relationnelles des soignants. J'entends par là qu'il faut des connaissances scientifiques et des compétences techniques mais que cela ne suffit pas pour assurer la qualité du soin... Il ne faut pas oublier l'importance du « *faire des soins* » qui se combine au « *prendre soin* », en particulier pour la sécurité du patient.

Dans ce chapitre, j'aborde certaines notions telles que le soin versus les soins, l'identité professionnelle, les attitudes versus les comportements etc.

3.1. Le soin et les soins

Les soins sont des actes, des tâches, des techniques, etc. Ils indiquent plutôt une chose que l'on fait. Tandis que le soin c'est « *avoir le souci de* », « *se préoccuper de* » qui montre l'intérêt que l'on porte à quelqu'un, une attention particulière dont on fait preuve. Ce qui amène au fait que l'on peut faire des soins sans prendre soin et inversement.

Rimbault (as cited in Berton & Millet, 2014) rajoute que le soin ne peut seulement se limiter à l'efficacité de la technique parce qu'il est aussi une rencontre de l'autre.

Hesbeen (2017) précise qu'il ne faut pas confondre la finalité que l'on poursuit avec les moyens mis en œuvre. En effet, dans une perspective humaniste, les soins infirmiers correspondent aux moyens mis en œuvre pour avoir comme finalité l'aide apportée à une personne dans ce qu'elle a à vivre. Une attention particulière pour que l'autre se sente exister en tant que sujet. Une telle aide, pour être pertinente en regard de ce que la personne a à vivre nécessite une posture professionnelle par laquelle le soignant se rappelle que le malade n'est pas la maladie qu'il a. La finalité est donc l'être humain dont on prend soin et les moyens sont ce qu'on met en œuvre pour lui venir en aide.

C'est ainsi que la pratique infirmière diffère selon que l'on regarde du côté du malade ou du côté de la maladie.

La logique soignante est centrée sur l'Homme et implique une volonté de le faire exister en tant que sujet, tandis que la logique de soins est centrée sur les actes, les tâches, les techniques.

Ceci permet de souligner la différence entre la qualité du soin et la qualité des soins. En effet, la qualité des soins concerne une excellence au niveau technique et scientifique des pratiques, tandis que la qualité du soin, concerne la pertinence de l'attention portée à la personne.

Bartholome (as cited in Berton & Millet, 2014) explique que prendre en compte et reconnaître la part de subjectivité de chaque être humain (valeurs, vécus, histoires etc.) permet de développer un « *prendre soin* » qui va au-delà de « *faire des soins* » pendant la formation.

3.2. Prendre soin

Prendre soin, pour Hesbeen (1997, p.8), est une « *attention particulière que l'on va porter à une personne vivant une situation particulière en vue de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, de promouvoir sa santé.* » La représentation qu'a le soignant de la maladie va fortement influencer sa pratique qui consiste à accompagner quelqu'un dans sa vie. Hesbeen (2017b, p.9) rajoute que prendre soin est une « *intention qui inscrit sa pratique dans une perspective soignante [intention de prendre soin, pas que faire des soins] qui reflète une posture professionnelle et qui imprègne [...] la pratique des professionnels en vue d'une action porteuse de sens et respectueuse des personnes.* »

3.3. La posture

Progressivement l'étudiant construit « *les éléments de ses compétences à travers l'acquisition de savoirs et de savoir-faire, d'attitudes et de comportements en s'appuyant sur les situations rencontrées. La part d'enseignement sur le rôle éducatif reste limitée. Le travail relationnel ne s'appuie pas sur des savoirs acquis en formation mais plutôt l'imitation de*

pratiques véhiculées lors des stages en situation. La formation prépare peu les professionnels de santé à aborder leur travail sous cet aspect relationnel et pédagogique, surtout lorsqu'il s'étend dans la durée. » (Rothier Bautzer, 2013, p.92).

Becker (2007) précise qu'une compétence professionnelle ne peut s'enseigner mais qu'elle s'acquiert grâce à un accompagnement qui aide à réfléchir sur les actions réussies ou problématiques. Il apparaît important de mener la réflexion jusqu'à l'expression d'intentions d'actions concrètes car c'est à cette condition que le comportement risque de changer.

L'attitude n'influencera le comportement que dans la mesure où une intention existe. Cette intention résulte d'une évaluation des conséquences de la conduite attendue (Fishbein & Ajzen, as cited in Beckers, 2007).

Allport (as cited in Phaneuf, 2013, p.2) nous propose une définition de l'attitude comme étant « *un état mental de préparation à l'action qui exerce une influence dynamique sur nos comportements* ».

Charlot (as cited in Beckers, 2007) explique que les comportements correspondent à une façon d'agir en situation dans une relation avec l'autre et avec soi-même.

Le formateur a la possibilité d'influencer de manière durable les comportements d'une autre personne grâce à une action en profondeur sur les attitudes et les représentations qu'a cette personne. Le travail des attitudes apparaît, de ce fait, comme une voie incontournable.

En mettant les définitions en parallèle, nous pouvons constater et conclure qu'une attitude n'est pas un comportement. Une attitude est plutôt de l'ordre de la posture et donc une généralité, une acquisition de compétence(s) malgré la singularité de chaque situation/expérience de soin. Tandis qu'un comportement, est quelque chose qui sera fait à un moment donné pour une situation donnée sans réelle réflexion derrière (ordre du spontané).

Une posture est « *une attitude fondamentale sur laquelle repose mon action* ». En d'autres mots, il s'agirait d'une « *disposition de l'esprit* » qui renvoie « *à quelque chose de plus construit que le comportement, qui correspond davantage à une façon d'agir ou de réagir face à une situation* » (Hesbeen, 2016, p.13).

Pour Paul (2016), la posture est d'abord une intention. Elle émane de notre identité et de notre système de valeurs mais prend forme sur le fond plus indifférencié de l'ensemble de nos expériences. Elle résulte de ce qu'il est et de son implication dans son activité. Elle renvoie à ses attitudes personnelles liées à ses propres valeurs et affinées au contact des réalités.

La posture renvoie, donc, à ses propres valeurs via les attitudes. La manière d'être du professionnel est exprimée par ses attitudes.

Hesbeen (2017) explique que pour travailler une attitude, et donc indirectement une posture, il pourrait être intéressant de le faire par une approche des valeurs. Elles influencent le comportement et l'attitude. Pour amorcer le travail des valeurs, il y aurait quatre étapes : nommer (prise de conscience), expliciter (compréhension des valeurs), montrer (importance à nos yeux) et cultiver (rendre la valeur vivante et pérenne).

3.4. L'identité professionnelle

L'étudiant se construit en même temps que son savoir (Phaneuf, 2012).

Barbier (as cited in Beckers, 2007, pp.141-142) définit l'identité comme étant un « *ensemble de composantes représentationnelles (contenus de conscience en mémoire de travail ou en mémoire profonde), opératoires (compétences, capacités, habiletés, savoirs et maîtrises pratiques, etc.) et affectives (dispositions génératrices de pratiques, goûts, envies, intérêts, etc.) produits par une histoire particulière et dont un agent est le support et le détenteur à un moment donné de cette histoire.* »

L'identité professionnelle, selon Gohier & al. (as cited in Beckers, 2007, p.169), est une « *composante de l'identité globale de la personne et, à l'instar de celle-ci, fait appel à des dimensions d'ordre psycho-individuel aussi bien que social...* » Nous construisons notre identité professionnelle autour des nos expériences professionnelles via nos différentes rencontres (Cohen-Scali as cited in Rivier, 2017).

Trois éléments composent cette identité : l'action professionnelle (savoir-faire et compétences), les savoirs qui fondent l'action et les représentations et attitudes socio-professionnelles. Pour travailler la facette professionnelle de cette identité, un travail sur les attitudes et les représentations sociales serait une piste.

Le développement professionnel se ferait grâce à la contribution de trois sphères : la sphère privée, la sphère de l'institut de formation et la sphère du stage. De ce fait, même si l'individu s'identifie à un groupe, il aura sa propre personnalité. Ce qui fait de lui une être singulier (Jorro, 2011).

3.5. La réflexivité et l'écriture réflexive

Selon Bishop et Cadet (as cited in Lafortune, 2015, p.5 & p.18), la réflexivité est la « *capacité de se percevoir et de percevoir ses propres actions comme « objet de pensée intentionnelle et explicite »* » tandis que « *l'écriture réflexive est le lieu de la réflexion, dans le sens de l'élaboration de la pensée, mais elle est également un jeu de reflet et de transformation du sujet* ». Morisse (as cited in Lafortune, 2015) précise que pour devenir une expérience formative, l'écriture devrait être réflexive, c'est-à-dire qu'elle aiderait à mettre des liens et donner du sens à des événements.

L'écriture réflexive contribue au développement d'une identité professionnelle et à la construction des savoirs d'expérience en favorisant la réflexion sur le développement de ses compétences professionnelles pour améliorer sa pratique (Lafortune, 2015). Les fonctions de l'écriture réflexive : structuration de la pensée, réalisation de prise de conscience et mise à distance (Lafortune, 2011).

Cette production est l'occasion d'envisager une réflexion professionnelle dans une perspective soignante qui suppose un projet pédagogique incluant une posture soignante singulière (Hesbeen, 2012). Cette posture peut se développer seulement si les objectifs de l'enseignement sont d' « *aider les étudiants à y voir clair* » (Hesbeen, 2012, p.45), en relatant par écrit ses expériences, en précisant ses interrogations, sa pensée, et ce, dès le premier jour de formation.

Analyser sa pratique permet de clarifier l'écart entre ses intentions de départ et ce qui s'est réellement passé afin d'identifier des éléments transférables dans une situation similaire (Vacher, 2015). Cela permettrait une meilleure compréhension des situations ou des pratiques pour mieux articuler la pratique avec la théorie et enfin améliorer sa pratique. Celle-ci semblerait indispensable dans la formation initiale (Rivier, 2017). En effet, elle permet l'accompagnement en profondeur « *la transformation du travail, son organisation et ses activités* » (Beillerot, as cited in Rivier, 2017, p.77). Ce qui est visé, via ce dispositif en formation initiale, est la construction d'une identité professionnelle (Rivier, 2017).

La réflexivité est un processus qui recouvre la pratique réflexive, la métacognition (processus de mise à distance de ses apprentissages), le jugement professionnel, la pensée critique et la pensée créative. Elle suppose la mise à distance de ses choix d'actions, de son processus d'apprentissage, de sa démarche de prises de décision, du développement de ses pensées et idées ainsi que son processus de création (Lafortune, 2015).

Selon Hesbeen (2017, p.108), la pratique réflexive est une façon de raisonner le singulier ou encore une forme d'intelligence du singulier. C'est la « *capacité du soignant de comprendre ce qui se vit en une situation par les personnes concernées.* » C'est tenter d'identifier et de prendre en compte ce qui est important pour cette personne/ces personnes dans la situation qui est la sienne/la leur. Le fait de chercher à faire exister l'autre en tant que sujet dans la relation de soin consiste à ne pas banaliser l'humain et d'éviter de tomber dans une certaine routine, celle du faire.

Chapitre 4. Résumé

Dans ce chapitre, je reprends de manière synthétique les apports des trois chapitres précédents : la littérature, le cadre contextuel et le cadre conceptuel. Je terminerai, ensuite, par une brève synthèse avec ce que je retiens de cette première partie.

Ces chapitres m'ont apporté une meilleure compréhension de la nouvelle réforme, de mieux comprendre le rôle du MFP ainsi que le développement de certains concepts qui étaient jusqu'à lors intuitifs tels que le soin et les soins, prendre soin, l'identité professionnelle, les comportements et les attitudes etc.

Dans la littérature, j'ai pu trouver certains éléments de réponse à ma question de recherche qui est : « **Comment les MFP pourraient-ils accompagner les étudiants dans le développement d'une posture soignante ?** ».

Le modèle humaniste permettrait d'être dans une logique soignante et donc d'être centré sur la personne. D'après Wenner (1999), il permet de placer l'homme comme sujet au centre de ses intérêts. Honoré (as cited in Hesbeen, 2017, p.52) quant à lui propose la notion d'humanisme humanisant. « *Un humanisme dont le cœur est le soin qui fait circuler dans les pratiques humaines une énergie qu'est la santé. [...] Soigner l'autre prend le sens de laisser émerger chez l'autre son humanité quels que soient l'état et la situation dans laquelle il se trouve.* »

Reconnaître l'humanité de l'humain demande un effort. En effet, pour y arriver, le soignant devrait développer une conscience nouvelle de l'être humain et du soin (Phaneuf, 2016).

Hesbeen (2017, p.108) parle de l'intelligence du singulier qu'il définit comme étant la « *capacité du soignant de comprendre ce qui se vit en une situation [...] par les personnes concernées* », c'est « *essayer d'identifier et de prendre en compte ce qui est important pour cet autre dans la situation qui est la sienne.* »

Lorsque l'on regarde la place que devrait occuper le patient et son entourage dans la définition de l'art infirmier^f et dans le profil de compétences de l'IRSG^g, elle devrait être centrale. Je pense que l'on peut s'apercevoir ici que, dans les documents officiels, il y a cette notion de considération pour l'autre en précisant que cette personne humaine, ce corps-sujet devrait être le centre de nos intérêts.

Le cadre contextuel m'a apporté une meilleure compréhension de la nouvelle réforme mais aussi du rôle du MFP.

Dans cette nouvelle réforme, le nombre d'heures d'enseignement clinique a fortement augmenté afin de pouvoir répondre à la directive européenne^h. Le but de cet enseignement est de préparer au développement de compétences professionnelles.

En effet, il permet de mettre en relation les apprentissages en stage, les cours théoriques et les cours pratiques. La formation par alternance favoriserait l'ancrage des apprentissages dans la réalité professionnelle de manière à leur donner du sens. Elle permet, donc, le transfert théorie-pratique ainsi que l'analyse de la pratique (Meirieu as cited in Postic, 2016 ; Perrenoud as cited in Postic, 2016). Pour ce faire, il faudrait privilégier les moments de réflexion sur ses actions et le retour des expériences (Lafortune, 2005).

Les partenaires qui encadrent les étudiants en stage jouent un rôle primordial dans le développement professionnel et identitaire. En effet, ils accompagnent les étudiants dans l'acquisition d'une posture réflexive afin de les amener à interroger en permanence leur pratique et faire émerger de nouveaux savoirs. Le MFP accompagne l'étudiant pour permettre le transfert entre la théorie et la pratique, le développement du raisonnement clinique et le développement d'une posture réflexive quant à ses apprentissages (Dury, Bay, Napoli, Thioux & Trine, 2016).

Le cadre conceptuel m'a permis de mieux comprendre certains concepts qui étaient jusqu'à lors intuitifs tels que le soin et les soins, prendre soin, l'identité professionnelle, les comportements et les attitudes etc.

^f Loi coordonnée relative à l'exercice des professions des soins de santé du 10 mai 2015

^g Publié par le CFAI (2015)

^h Directive européenne 2013/55/UE

Soigner peut être vu de différentes manières. Selon que l'on soit centré sur la tâche ou sur la personne, on est plutôt dans le « *faire* » ou dans la relation à autrui. Il existe 2 logiques pour soigner une personne : la logique des soins et la logique soignante.

Or, la qualité du soin dépend des caractéristiques techniques et relationnelles des soignants. J'entends par là qu'il faut des connaissances scientifiques et des compétences techniques mais que cela ne suffit pas pour assurer la qualité du soin. Il ne faut pas oublier l'importance du « *faire des soins* » qui se combine au « *prendre soin* », en particulier pour la sécurité du patient.

Prendre soin, pour Hesbeen (1997, p.8), est une « *attention particulière que l'on va porter à une personne vivant une situation particulière en vue de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, de promouvoir sa santé.* » La représentation qu'a le soignant de la maladie va fortement influencer sa pratique qui consiste à accompagner quelqu'un dans sa vie. Hesbeen (2017b, p.9) rajoute que prendre soin est une « *intention qui inscrit sa pratique dans une perspective soignante [intention de prendre soin, pas que faire des soins] qui reflète une posture professionnelle et qui imprègne [...] la pratique des professionnels en vue d'une action porteuse de sens et respectueuse des personnes.* »

Bartholome (as cited in Berton & Millet, 2014) explique que prendre en compte et reconnaître la part de subjectivité de chaque être humain permet de développer un « *prendre soin* » qui va au-delà de « *faire des soins* » pendant la formation.

La posture naît de nos valeurs et de notre identité. Elle se construit à partir de nos expériences. Afin de pouvoir la développer, il serait intéressant d'amorcer un travail des valeurs et ce via 4 étapes : nommer, expliciter, montrer et cultiver (Hesbeen, 2017).

La démarche réflexive semble nécessaire pour le développement de compétences professionnelles et à la construction identitaire. Un moyen pour travailler la réflexivité serait les écrits réflexifs et l'accompagnement. Morisse (as cited in Lafortune, 2015) précise que pour devenir une expérience formative, l'écriture devrait être réflexive, c'est-à-dire qu'elle aiderait à mettre des liens et donner du sens à des événements. Cette production est l'occasion d'envisager une réflexion professionnelle dans une perspective soignante qui suppose un projet pédagogique incluant une posture soignante singulière (Hesbeen, 2012). Cette posture

peut se développer seulement si les objectifs de l'enseignement sont d' « *aider les étudiants à y voir clair* » (Hesbeen, 2012, p.45), en relatant par écrit ses expériences, en précisant ses interrogations, sa pensée, et ce, dès le premier jour de formation.

Analyser sa pratique permet de clarifier l'écart entre ses intentions de départ et ce qui s'est réellement passé afin d'identifier des éléments transférables dans une situation similaire (Vacher, 2015). Cela permettrait une meilleure compréhension des situations ou des pratiques pour mieux articuler la pratique avec la théorie et enfin améliorer sa pratique. Celle-ci semblerait indispensable dans la formation initiale (Rivier, 2017). En effet, elle permet l'accompagnement en profondeur « *la transformation du travail, son organisation et ses activités* » (Beillerot, as cited in Rivier, 2017, p.77). Ce qui est visé, via ce dispositif en formation initiale, est la construction d'une identité professionnelle (Rivier, 2017).

Selon Hesbeen (2017, p.108), la pratique réflexive est une façon de raisonner le singulier ou encore une forme d'intelligence du singulier. C'est la « *capacité du soignant de comprendre ce qui se vit en une situation par les personnes concernées.* » C'est tenter d'identifier et prendre en compte ce qui est important pour cette personne/ces personnes dans la situation qui est la sienne/la leur. Le fait de chercher à faire exister l'autre en tant que sujet dans la relation de soin consiste à ne pas banaliser l'humain et d'éviter de tomber dans une certaine routine, celle du faire.

En synthèse, je retiens de cette première partie que deux pistes sembleraient intéressantes pour m'aider à répondre à ma question de recherche : le modèle humaniste et l'analyse de sa pratique.

II. partie pratique

Nous venons de voir ce qu'on retrouvait dans la littérature, le cadre contextuel et le cadre conceptuel. Maintenant, je vais m'intéresser à l'aspect plus pratique. Qu'est-ce qu'il existe au sein de la Haute école pour favoriser le développement d'une posture soignante ? Comment les étudiants perçoivent-ils leur future profession et les patients ? Dans un premier temps, je préciserai les buts de cette partie. Ensuite, j'indiquerai la méthode retenue. Puis, viendra le temps de l'analyse des corpus constitués. Pour finir, je rapprocherai la théorie et la pratique.

Le but de cette partie est de mieux comprendre le processus de développement d'une posture soignante en vue d'améliorer l'accompagnement des étudiants par les MFP dans ce processus. Je rappelle que ma question de recherche est :

« Comment les maîtres de formation pratique en soins infirmiers pourraient-ils accompagner les étudiants dans le développement d'une posture soignante ? »

et qu'elle a été choisie suite au constat que les étudiants étaient plus dans le « *faire* ».

Afin d'y répondre, je vais collecter des données auprès des étudiants et des enseignants. J'aurais aimé collecter des données auprès des infirmiers de terrain/équipes infirmières d'une unité de soins qui encadrent quotidiennement les étudiants mais pour des raisons à la fois organisationnelles et temporelles, je n'ai pas pu le faire. En effet, les équipes au sein desquelles je supervise les étudiants rencontrent des difficultés d'organisation et sont peu disponibles du fait de leur charge de travail.

Chapitre 5. Méthodologie et méthodes

Les objectifs principaux consistent en une meilleure compréhension du processus de développement d'une posture soignante en vue d'améliorer l'accompagnement des étudiants par les MFP dans ce processus. Je rappelle que ma question de recherche est :

« Comment les maîtres de formation pratique en soins infirmiers pourraient-ils accompagner les étudiants dans le développement d'une posture soignante ? »

Pour y répondre, une recherche qualitative de type exploratoire me semblait importante à mener.

En effet, la recherche qualitative me permet de gagner en profondeur dans l'analyse de mon objet d'étude. Elle donne un aperçu du comportement et des perceptions des personnes rencontrées. Elle génère des idées et des hypothèses pouvant contribuer à comprendre comment une question est perçue par la population cible. La recherche qualitative se caractérise par une approche qui vise à décrire et à analyser la culture et les comportements des humains. Elle est privilégiée pour comprendre la nature des forces susceptibles d'expliquer un comportement (Kohn & Schmitz, 2016-2017 ; Paillé & Mucchielli, 2013).

Le choix de la méthode s'est porté sur la recherche qualitative. J'ai opté pour cette méthodologie car la recherche qualitative permet de s'approprier un sujet et comprendre les comportements et les attitudes.

L'approche exploratoire, quant à elle, consiste en un débroussaillage destiné à comprendre les grandes dimensions d'un problème, énoncer des hypothèses, répertorier différentes solutions, etc. Les objectifs sont exprimés en termes assez vagues et le champ des recommandations est large. L'étude exploratoire cherche à répondre aux questions du pourquoi, du comment et dans quelles conditions. On explore un domaine pour clarifier une situation jugée complexe. L'orientation permet donc, la construction de l'objet théorique. Les buts étant de se familiariser avec des faits et des soucis de base, de formuler les questions pour les recherches à venir et de générer des nouvelles hypothèses (Bachelet, n.d. ; De Ketele & Rogiers, 1996 ; Dufour, n.d.).

J'ai opté pour une approche exploratoire car au travers de cette recherche je souhaite générer de nouvelles idées qui engageraient des perspectives et des préconisations pour ma pratique de MFP.

J'ai utilisé différentes méthodes : questionnaire, entretien et écrits réflexifs.

5.1. Questionnaire

Le but du questionnaire est la récolte d'informations claires et précises (Danaguezian, n.d.). Il s'agit d'une méthode de recueil d'informations pour comprendre et expliquer des faits (Vilatte, 2007). Selon Ghiglione (as cited in Vilatte, 2007), cela permettrait de décrire, c'est-à-dire d'expliquer des phénomènes comme les motivations, les représentations, les opinions et attentes qui orientent nos comportements.

Le choix des questions ouvertes a été fait pour l'expression libre des opinions. En effet, cela devrait permettre l'obtention de plus d'informations quant aux pratiques et/ou représentations (de Singly, 2008).

Les avantages sont de favoriser l'expression et nuancer les propos, cela demande une certaine implication et favorise l'apparition de nouvelles informations. Il y a aussi des inconvénients comme une demande d'investissement (temps, réflexion, etc.) avec un risque que le répondant évite de répondre à la question ou souhaite rester neutre dans sa réponse (Vilatte, 2007).

1/ Qu'est-ce qu'est, pour vous, un patient étiqueté de « difficile » par les équipes ? Pourquoi dit-on qu'il s'agit d'un patient « difficile » ?

Cette question a été formulée de sorte que je puisse prendre connaissance des représentations véhiculées par les équipes aux étudiants du patient. Je pense obtenir des informations quant à la place que le patient occupe dans la relation soignant-soigné.

2/ A quel(le) infirmier(e) souhaiteriez-vous ressembler ? Pourquoi ? Qu'est-ce qui vous donne cette envie ? Ou inversement, à quel(le) infirmier(e) vous ne souhaiteriez pas ressembler et pourquoi ?

Ici, le but recherché en posant cette question est de prendre connaissance des représentations que les étudiants ont de la profession infirmière.

5.1.1. Echantillon

J'ai sélectionné les étudiants du Bloc 2 et de 3^{ème} année car je travaille essentiellement avec ces deux années d'études. J'ai sélectionné les étudiants que j'ai suivis en stage, je ne les ai pas choisis. J'ai exclus les étudiants du Bloc 1 car je ne vais pas au chevet du patient avec eux.

5.1.2. Stratégie

J'ai adressé un courriel à 30 étudiants via leur adresse « *étudiant* » fournie par la Haute école (Annexe 6). Les avantages sont la rapidité pour faire parvenir le questionnaire, le gain de temps, le coût mais le risque est l'obtention de réponses superficielles (Delerm as cited in Delerm, n.d.).

Les réponses à ces deux questions seront analysées avec la technique de l'analyse thématique. Le but de la thématique est d'arriver à créer un arbre thématique permettant de montrer l'articulation d'une série de thèmes et de catégories entre-eux (Paillé & Mucchielli, 2013).

Ci-dessous, apparaissent les tableaux reprenant les différentes catégories et sous catégories que j'ai retenues suite à la lecture des réponses obtenues.

Thème	Catégories	Sous-catégories
Patient difficile	Jugement clinique	Polypathologies
		Mobilisation des connaissances
		Surveillances
	Non compliant	Refus
		Comportements
		Problèmes culturels, cognitifs, psychiatriques
Autre		

Thème	Catégories	Sous-catégories
Qualités infirmières	Ecoute et empathie	
	Réflexion	Réflexion
		Connaissances
		Sens de l'action
	Transmission de savoirs/encadrement des étudiants	
	Respect	
Identité propre		

5.2. Entrevue

L'entrevue, selon Deslauriers (1991), est une interaction qui est conduite dans un but spécifique et qui est centrée sur un sujet. Son but est de prendre connaissance de ce que la personne pense et ainsi d'apprendre des éléments que l'on ne peut pas directement observer telles les intentions.

Ici, le but est de prendre connaissance de ce qui est véhiculé au sein des cours au sujet de l'identité professionnelle et son développement.

Dans un premier temps, j'ai cherché ce qu'il existait déjà au sein de la Haute école. J'ai utilisé la liste des cours par années sur Claroline®. C'est dans le cours de l'histoire de la profession que l'on retrouve le concept d'identité professionnelle. Ensuite, j'ai contacté l'enseignant responsable de ce cours afin d'obtenir une entrevue avec lui pour parler de l'identité professionnelle et prendre connaissance des différents cours à ce sujet.

5.3. Ecrits réflexifs

L'histoire de vie est une technique de recherche, d'après Deslauriers (1991), dans laquelle le chercheur souhaite comprendre le milieu social, les processus sociaux grâce à l'expérience d'une ou plusieurs personnes.

1/ Dans un premier temps, je décris très succinctement la (les) situation(s) qui me pose(nt) question (difficulté vécue, élément interpellant à réfléchir, acte posé, posture ou communication qui me semble inadéquate, situation d'apprentissage à creuser, etc.)

Dans un second temps, j'analyse la situation pour donner du sens. Comment ai-je vécu cette situation ? Qu'est-ce qui m'a dérangé(e) ou a attiré mon attention ? Pourquoi ?

Dans un troisième temps, j'identifie les alternatives à l'action posée en situation. Je les justifie sur base de nouvelles connaissances acquises (lors de lectures ou discussions sur le sujet) et/ou sur base d'une nouvelle interprétation quant au sens donné à la situation (élément non perçu directement au moment de l'action). Je présente, en fin de texte, les axes d'actions futures qui me semblent les plus pertinents. Que ferai-je dans une situation d'apprentissage similaire ?

2/ Dans un premier temps, je décris très succinctement la situation d'apprentissage.

Dans un second temps, j'analyse la situation d'apprentissage pour donner du sens. Comment je l'ai vécue ? Qu'est-ce qui m'a dérangé(e) ou attiré mon attention ? Pourquoi ?

Dans un troisième temps, suite à ce travail descriptif et d'analyse, j'énonce de nouvelles représentations et/ou de nouvelles connaissances, je conforte les connaissances acquises. Que ferais-je dans une situation d'apprentissage similaire ?

Le but recherché est d'avoir un retour de l'étudiant par rapport à d'éventuelles prises de consciences quant à sa pratique professionnelle.

5.3.1. Echantillon

J'ai sélectionné les étudiants du Bloc 2 uniquement. Ils ont déjà une expérience avec. En effet, lors de leur stage du Bloc 1, ils ont dû rédiger deux écrits réflexifs et même chose

lors de leur premier stage du Bloc 2. J'ai sélectionné les étudiants que j'ai suivi lors de leur deuxième stage, je ne les ai pas choisis.

J'ai exclu les étudiants du Bloc 1 et de 3^{ème} année. En effet, comme dit précédemment, je ne prends pas soin de patients avec les étudiants du Bloc 1. Pour les étudiants de 3^{ème} année, ils sont dans l'ancien programme et aucun écrit réflexif ne leur est demandé. En plus des étudiants de Bloc 2 et de ceux de 3^{ème} année, j'ai aussi exclu les étudiants recommençant leur 2^{ème} année car ils sont restés dans l'ancien système et n'ont pas dû réaliser des écrits réflexifs en 1^{ère} année.

5.3.2. Stratégie

Chaque étudiant du Bloc 2 que j'ai accompagné sur le terrain a dû me remettre deux écrits réflexifs concernant une situation vécue ensemble. C'est une demande de l'institution. Chaque étudiant prend soin d'un patient accompagné par une MFP deux fois sur une période de 7 semaines de stage. J'ai supervisé 8 étudiants du Bloc 2, donc, 16 écrits réflexifs à des moments différents.

J'ai récolté les écrits réflexifs via leur rapport de stage. La direction m'a donné son accord pour que je puisse les utiliser pour mon mémoire.

Ci-dessous, apparait le tableau reprenant les différentes catégories et sous catégories que j'ai retenues.

Thème	Catégories
Ecrits réflexifs sur une situation vécue	Jugement clinique
	Organisation
	Pistes d'amélioration
	Techniques
	Sphère psychosociale
	Vécu de l'étudiant
	Vécu du patient
	Education

Chapitre 6. Analyse et résultats

Après avoir collecté les données, j'ai analysé les différentes données en utilisant la technique de l'analyse thématique. Le but de la thématisation est la création d'un arbre qui permet de montrer l'articulation d'une série de thèmes et de catégories entre-eux (Paillé & Mucchielli, 2013).

Je rappelle brièvement les buts recherchés en fonction des différents thèmes abordés. Le thème du patient difficile devrait me permettre d'obtenir les représentations de la place occupée par le patient au sein de la relation soignant-soigné ; celui des qualités infirmières, me permettrait d'avoir des représentations de la profession infirmière ; le cours d'histoire et de déontologie et le cours de jugement clinique pour une prise de connaissance de ce qui est enseigné au sujet de l'identité professionnelle au sein de la Haute école ; les écrits réflexifs pour déceler une éventuelle prise de conscience de sa propre pratique professionnelle.

Ci-dessous, apparaissent les tableaux reprenant les différentes catégories et sous-catégories que j'ai retenues suite à la lecture des réponses obtenues.

Thème	Catégories	Sous-catégories
Patient difficile	Jugement clinique	Polypathologies
		Mobilisation des connaissances
		Surveillances
	Non compliant	Refus
		Comportements
		Problèmes culturels, cognitifs, psychiatriques
Autre		

Thème	Catégories	Sous-catégories
Qualités infirmières	Ecoute et empathie	
	Réflexion	Réflexion
		Connaissances
		Sens de l'action
	Transmission de savoirs/encadrement des étudiants	
	Respect	
Identité propre		

Thème	Catégories
Ecrits réflexifs sur une situation vécue	Jugement clinique
	Organisation
	Pistes d'amélioration
	Techniques
	Sphère psychosociale
	Vécu de l'étudiant
	Vécu du patient
	Education

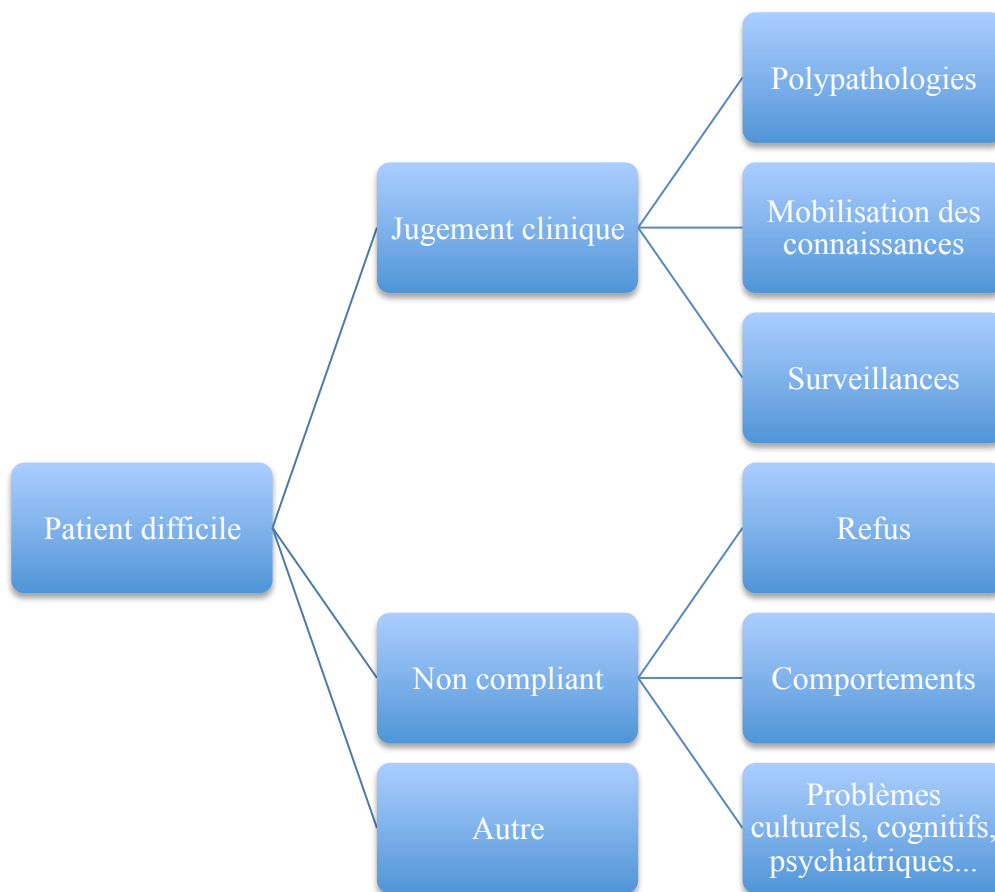
6.1. Le « patient difficile » vu par les étudiants

Sur 30 questionnaires, 19 personnes n'ont pas répondu. Je n'ai pas relancé les étudiants car ils se plaignent de la charge de travail qu'ils ont à accomplir et je ne souhaite pas qu'ils ressentent cela comme une obligation. Je pense que ce refus de participation pourrait être dû au fait qu'il y ait une certaine relation de pouvoir de ma part car je les évalue et qu'il y aurait ainsi une crainte de me faire part de leurs pensées.

Thèmes	Catégories	Sous-catégories	Verbatims
Patient difficile	Jugement clinique	Polypathologies	« ... prise en charge général lourde. Autant de pathologies co-existantes et de médicaments ainsi qu'une pluridisciplinarité complète nécessaire. » « ... grand nombre de pathologies, de traitements et d'appareillages. » « ... polypathologique... » « ... qui a plusieurs pathologies. » « ... polypathologies lourdes... » « ... poly-pathologique, qui possède beaucoup d'appareillages et beaucoup de traitements »
		Mobilisation des connaissances	« ... Parce qu'il s'agit de comprendre le fonctionnement des pathologies... Pour les traitements et les appareillages c'est compliqué aussi de pouvoir comprendre pourquoi ils sont présents et quelles sont leurs complications possibles. Un patient "difficile" pour moi l'est donc dans le jugement clinique. » « ... et très instable au niveau hémodynamique. » « ... qui demande la mobilisation de l'ensemble des connaissances. Par exemple, aux urgences, le patient arrive avec des symptômes et un risque d'aggravation rapide. Il faut mobiliser rapidement ses connaissances et utiliser les différentes ressources pour bien le prendre en charge. Ca

			<p>permet d'éviter et anticiper les complications. Il est difficile car il faut mobiliser ses connaissances et parfois on a affaire à des pathologies que l'on ne connaît pas. »</p> <p>« ... prise en charge est complexe, par exemple qui demande des connaissances aussi bien techniques que théoriques pointues,... »</p> <p>« ... de bonnes connaissances théoriques afin de détecter les changements possibles... »</p>
		Surveillances	<p>« ... (qui demande une surveillance plus poussée, et plus longue)... »</p> <p>« ... qui nécessite donc beaucoup de surveillances. »</p> <p>« ... si son état de santé est très fluctuant, il demandera une surveillance très rapprochée... »</p>
	Non compliant	Refus	<p>« ...ne veut pas être compilant avec les soins... refus de coopération et de compréhension et applications des règles de l'institution. »</p> <p>« ... non compliant... qu'il refuse les soins »</p> <p>« ... pas évident de gérer un patient se sachant observer et de trouver les bon arguments pour qu'il accepte ces soins... »</p> <p>« ... de par son caractère en opposition avec les soins... »</p>
		Comportements	<p>« ... devient agressif soit parce qu'il faut lui faire plusieurs soins et que ses soins prennent de temps. »</p> <p>« ... non compliant, très exigeant, désagréable... »</p> <p>« ... patients non compliant et agressifs. »</p> <p>« ... un patient agressif (cas psy). Il s'agit souvent du caractère du patient (grincheux, agressif, violent, non collaborant)... »</p> <p>« ...exigences qui ne colle pas avec mon organisation de travail standard...prendre plus de temps que celui avec lequel je suis censé passe avec lui pour autant que ça soit pas justifié et qui me mettrait en retard par rapport à mon travail... pas content des soins prodigués alors que ce n'est pas justifié et qui râlerait tout le temps et qui me sonnerai souvent pour un oui pour non alors que va peux attendre mon passage dans la chambre pour que la question soit posée ou que la demande soit faite. »</p> <p>« ...demande l'attention de plusieurs soignants... demande énormément d'énergie au soignant et beaucoup de temps. »</p>
		Problèmes culturels, cognitifs,	<p>« dépendant »</p> <p>« ... n'est pas possible de lui expliquer les soins que nous allons faire avec lui, cela peut être dû au</p>

	psychiatriques	fait que le patient ne parle pas la même langue que nous, ou bien à cause de problèmes cognitifs ou psychiatriques. » « ... non compliant aux soins, qui a très peu d'autonomie, grabataire, obèse (difficile pour les transferts),... » « ... patient grabataire, alité sans aucune autonomie. » « ... de compréhension et applications des règles de l'institution. »
	Autre	« ... se laisse entraîner... »



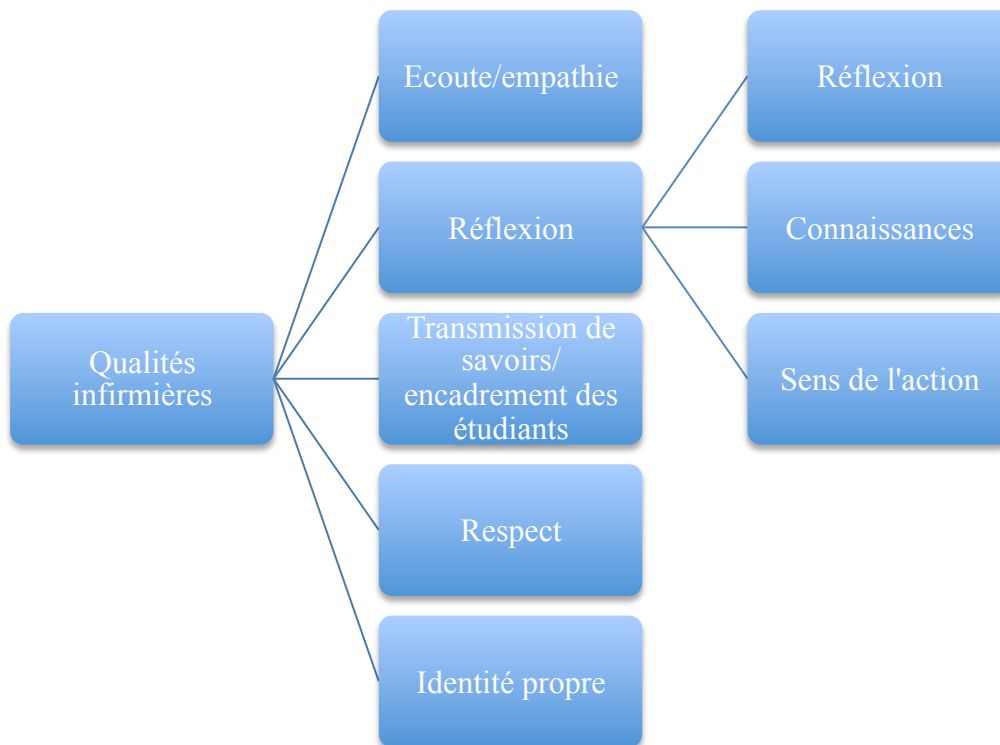
Une grande majorité des étudiants évoque le jugement clinique. Pour eux, un « patient difficile » est un patient ayant plusieurs pathologies. Ils insistent sur la maîtrise théorique et technique. Ils abordent la notion de mobilisation des connaissances et des surveillances infirmières. Ensuite, beaucoup d'étudiants abordent la notion de non compliance avec le refus de soins, les comportements tel que l'agressivité et les problèmes d'ordres culturels, cognitifs et psychiatriques. Les 2 grandes catégories retenues sont le jugement clinique et la non compliance.

6.2. Les qualités infirmières vues par les étudiants

Comme précisé dans le point précédent (6.1. Le « patient difficile » vu par les étudiants), plus de la moitié des personnes n'ont pas répondu au questionnaire.

Thèmes	Catégories	Sous-catégories	Verbatims
Qualités infirmières	Ecoute et empathie		« ...à l'écoute humaniste et compréhensible dans la mesure du possible » « à l'écoute pour interpréter au mieux les mots des patients. Je pense que le patient doit rester prioritaire... Quelles sont ses plaintes ? Souvent, suite à des problèmes organisationnels, très peu de temps est laissé à l'écoute » « A l'écoute du patient, avoir de l'empathie envers le patient. »
		Réflexion	« ...réflexive et face à des situations s'adapter, éduquer le patient lui faire voir et lui faire comprendre l'importance de l'acte et de l'application des conseils reçus. » « je souhaiterais vraiment avoir la réflexion et le jugement clinique » « infirmière qui aime son métier, l'approfondit dans ses connaissances et cherche toujours à s'améliorer. Quelqu'un qui sait se remettre en question. »
	Réflexion	Connaissances	« qui a énormément de connaissances sur l'aspect physiologique et qui n'est pas routinière. De connaissances sur l'aspect physiologique car il s'agit d'expérience et de curiosité. C'est à dire être capable de s'informer et de s'actualiser. » « je souhaiterais vraiment avoir la réflexion et le jugement clinique » « avec du savoir » « qui maîtrise toutes les techniques, est compétente et sait réagir à toute sorte de situation. J'aimerais aussi être à jour et suivre des formations et faire une spécialisation »
		Sens de l'action	« Ni qui classe ses soins selon une priorité que j'ai pu voir: 1: médicaments 2: encodage (très important qui peut parfois empiéter sur tout le reste) Je pense aussi que le suivi est important mais je n'aimerais pas être un infirmier qui soit obnubilé par l'accomplissement de son encodage »

		<p>« pas routinière... Et pour la routine c'est parce que dans mon expérience personnelle les infirmières que j'ai croisées et qui étaient dans un service depuis 20 ans savait très bien comment le service fonctionnait et avait beaucoup de qualités dans leur domaine. Mais malheureusement d'après moi, elles se sont enfermées dans un travail aliénant qui ne leur demande plus aucun effort quant à la réflexion. C'est un peu dur comme propos mais elles n'avaient plus d'intérêt pour rien et semblait larguées sur certain sujet qui ne se présentait pas dans leur service. »</p> <p>« qui réfléchit et qui travaille bien car tout est réfléchi... on me reproche souvent de bien connaître la théorie mais de ne pas arriver à la mettre en application.»</p>
	Transmission de savoirs / encadrement des étudiants	<p>« qui n'encadre pas bien l'étudiant. »</p> <p>« sachant transmettre son savoir, passionnée par son métier. »</p>
	Respect	<p>« faire son travail avec respect et traiter les patients comme on voudrait être traité... Ne pas ignorer le patient, tenir compte du patient, ne faire que des actes techniques en faisant d'un patient un patient objet. Ne pas tenir compte que le patient est un être avec des sentiments, des questions, des angoisses et qui a besoin d'être rassuré. »</p>
	Identité propre	<p>« doit avoir sa propre identité professionnelle. »</p>



La plupart des étudiants révèlent qu'ils aimeraient pouvoir être à l'écoute des patients. D'autres parlent de la qualité de réflexion en rapport avec la compréhension et les liens à établir en fonction des histoires des patients. Ensuite, quelques uns évoquent « le sens de l'action » dans le sens où il est important, selon eux, d'avoir suffisamment de connaissances pour identifier la meilleure action en fonction de la situation. Très peu parlent de la transmission de savoirs et de l'encadrement des étudiants. Extrêmement peu d'étudiants parlent du respect en tant que valeur essentielle dans la profession d'infirmier.

6.3. Cours sur l'identité professionnelle

J'ai consulté les cours d'histoire et déontologie et de jugement clinique. Le premier parle de l'histoire infirmière d'une part et, d'autre part, il aborde certaines valeurs professionnelles via le code de déontologie infirmier. Le deuxième parle des différentes théories/modèles infirmiers.

6.4. Les retours réflexifs sur une situation vécue

Deux étudiants ne m'ont pas remis d'écrits. En effet, un étudiant a abandonné son année et l'autre fait partie de l'ancien programme.

Thèmes	Catégories	Verbatims
Ecrits réflexifs sur une situation vécue	Jugement clinique	<p>« ... informations du rapport de la nuit et son dossier infirmier... visite de son fils au moment de la fin de mon service, moment où je voulais parler avec la patiente pour plus d'informations sur son vécu » E1</p> <p>« ...refaire le pansement ... administrer ses médicaments et encoder au dossier infirmier... ôté un redon chez un patient (autre)... » E2</p> <p>« ... J'avais les informations nécessaires pour pouvoir les (les soins) réaliser correctement... bilan situationnel, je n'ai pas assez travaillé et je n'ai pas approfondi les choses... » E6</p> <p>« ... bilan situationnel, et plus précisément les PTC, j'ai encore du mal à tous les identifier... » E6</p> <p>« ... lacunes en rapport à la physiopathologie... » E5</p> <p>« ... communiquer avec l'équipe sur la prise en charge à adopter et à personnaliser à la situation clinique du patient Cela m'a permis de revoir la physiopathologie... D'autres PTC ont été trouvé ensemble. Il est pertinent que j'investigue à tous les niveaux pour cibler mon plan de soins... » E4</p> <p>« ... mes recherches sur la pathologie même si insuffisantes m'ont permises de cibler les PTC. Les interventions doivent être plus précises... » E4</p>
	Organisation	<p>« ... m'adapte selon ce qui était prioritaire... cathéter était arraché par madame en voulant se rendre aux toilettes car il était tellement pressé et n'a pas fait attention. Il a fallu que l'infirmière le repique d'abord. Ensuite, j'ai pu procéder à la distribution du traitement et veiller à ce que madame ait pris son petit déjeuner.</p> <p>En allant contrôler ses paramètres avant et après l'administration de son hypertenseur et de la saturation qui avait été diminuée à 21'... Je réfléchirai à ma technique et en faisant en sorte d'être logique dans mes actes et en gérant mon stress... » E1</p> <p>« ... je manque d'organisation... » E5</p>
	Pistes d'amélioration	<p>« ... procéder à ma prise d'information malgré la présence de la famille... réfléchirai à ma technique et en faisant en sorte d'être logique dans mes actes et en gérant mon stress... » E1</p> <p>« concentration... Ne pas être perturbé et je pratique le plus possible les actes... » E1</p> <p>« Je travaillerai ma physiopathologie mieux... » E1</p> <p>« ... J'essaye d'écouter les conseils qu'on me donne, car pour moi les remarques me permettent de m'améliorer... »</p>

		E4 « ... Je devrais aussi essayer de communiquer et d'échanger sur l'évolution de mon patient avec les médecins... » E4
	Techniques	« ... injection d'insuline mixte... J'ai préparé la seringue puis on s'est rendues dans la chambre pour l'injection... » E1 « ... conserver la stérilité de mon champ et toujours le stress qui rentre en compte... » E2 « ... refaire le pansement... lui administrer ses médicaments et encoder au dossier infirmier. De plus, nous avons ôté un redon... » E2 « ... je devais administrer ses médicaments, m'occuper de sa toilette, de son repas, de la réfection de son lit, de la surveillance de la voie périphérique et de son éducation thérapeutique. » E3 « ... J'ai également été gênée pour ce qui était des techniques de soin. En effet, j'ai réalisé la différence importante entre la théorie et la pratique. Les techniques de soins doivent être adaptées à chaque individu, à chaque situation... » E3 « ... effectué les soins de plaie et d'enlèvement de redon... » E3 « ... Mes soins se sont bien passés également même si je trouve que je me concentre beaucoup trop sur le soin en lui-même... » E6 « ... soins sont maîtrisés... » E5 « ... Dans l'exécution des soins, je trouve que j'ai acquis de la dextérité et je fais toujours attention à l'asepsie... » E4
	Sphère psychosociale	« ... plus d'informations sur son vécu » E1 « ... discuté avec le patient de ses inquiétudes face à l'avenir de son état de santé et de tous ses loisirs en général... » E3 « ... je devrais plus questionner le patient sur la sphère psychosociale... » E4
	Vécu de l'étudiant	« ... j'ai mal géré mon stress » E2 « Ce qui m'a dérangé était que la veille j'avais annoncé que ce patient serait pris en charge avec mon professeur et moi. Le lendemain, elle était stressée à cause de ça alors qu'elle m'avait dit que non. Donc, le patient n'avait pas confiance en moi alors qu'elle m'avait dit que oui » E2 « ... l'échange avec la prof m'a permis d'élargir ma perception de la situation... » E4
	Vécu du patient	« ... J'ai fait face à un patient très anxieux et très peu renseigné sur les comportements de santé à adopter au vu de son opération. Cela m'a posé problème car les informations supplémentaires que je pouvais lui donner ne faisaient que l'angoisser d'avantage. Et dans le doute de mal faire, j'ai évité de donner trop d'informations, ce qui n'est pas la solution... » E3 « ... Ce qui m'a dérangé était que la veille j'avais annoncé que ce patient serait pris en charge avec mon professeur et

		moi. Le lendemain, elle était stressée à cause de ça alors qu'elle m'avait dit que non. Donc, le patient n'avait pas confiance en moi alors qu'elle m'avait dit que oui... » E2 « ... Prise en charge à personnaliser. L'aspect psychosocial n'est pas à oublier... » E5
	Education	« ... manqué d'éducation au patient : je n'ai pas assez sensibilisé le patient aux mouvements autorisés/à éviter pour une hernie discale lombaire, d'autant plus que le patient se posait la question... » E3 « ... Une vision globale des différences permet d'orienter l'observation et le discours dans le rôle informatif et préventif des prescriptions infirmières... » E4

La majorité des étudiants évoque l'aspect technique, le jugement clinique et propose des pistes d'amélioration. Ensuite, certains parlent de leur vécu et du vécu du patient. D'autres, de l'organisation. Et pour finir, je retrouve la sphère psychosociale et l'éducation.

Ensuite, j'ai comparé les 2 écrits réflexifs de 6 étudiants dans le but de percevoir leur évolution au cours de leur stage.

Etudiant 1 (E1)

	1	2
Situation d'apprentissage	Explications sur la manière dont la collecte des données a été faite	Acte technique
Analyse	Énumération de l'organisation des soins	Explication de la technique
Pistes de solution	Logique des actes techniques Gestion du stress	Meilleure maîtrise de la physiopathologie

L'étudiant reste dans la description sans donner plus d'explications. En revanche, il propose des pistes de solutions sans évoquer de réel questionnement. Il ne semble pas aller en profondeur et semble s'intéresser essentiellement aux soins.

Etudiant 2 (E2)

	1	2
Situation d'apprentissage	Stérilité Stress	Actes techniques
Analyse	Stress	Meilleure gestion du stress Nouveaux apprentissages Gestion du stress du patient difficile
Pistes de solution	Concentration Pratiquer	Ne pas stresser le patient Être plus naturel

Écrits brefs. Ne décrit pas vraiment de situations car il semble cibler des éléments à améliorer, son analyse se limite au stress. Et ses solutions ne sont pas forcément en accord avec son analyse. Il ne semble pas aller en profondeur. Semble centré sur les soins puis s'ouvre au vécu du patient.

Etudiant 3 (E3)

	1	2
Situation d'apprentissage	Anxiété du patient Patient peu informé	Soins techniques correctement effectués Discussions
Analyse	Informations transmises augmentaient ses angoisses donc arrêt de transmission d'informations. Ce n'est pas la solution Techniques de soins : différences entre la théorie et la pratique	Manque l'éducation du patient (mouvements autorisés ou non selon son intervention chirurgicale) d'autant plus qu'il se posait la question
Pistes de solution	Adapter la technique et les soins au patient M'adapter au patient	?

Semble percevoir l'importance du patient en plus des actes techniques ; ne propose pas toujours des pistes de solution.

Etudiant 4 (E4)

	1	2
Situation d'apprentissage	Pathologie non maîtrisée Communication avec l'équipe pour savoir quelles sont les choses importantes Revoir la physiopathologie	Communication non problématique
Analyse	Meilleure connaissance de la physiopathologie Orientation de l'observation, du discours et du rôle informatif/préventif	Amélioration pour le bilan situationnel Meilleure dextérité pour les actes techniques Respect de l'asepsie
Pistes de solution	Communiquer avec les autres intervenants pour une meilleure compréhension	Investiguer la sphère psychosociale Ecouter les conseils et les remarques

Fort globale. Parle des connaissances théoriques. Dans l'analyse apparaît l'éducation du patient que l'on ne retrouve plus par la suite.

Etudiant 5 (E5)

	1	2
Situation d'apprentissage	Pas de problème particulier Bonne communication Essai d'autonomisation du patient	Soins maîtrisés Communication adaptée
Analyse	Manque d'organisation	Lacunes au niveau des connaissances physiopathologiques pour personnaliser les soins
Pistes de solution	Meilleure organisation	Personnaliser les soins Ne pas oublier l'aspect psychosocial

Pour cet étudiant, tout semble bien aller si ce n'est l'organisation qui pourrait être améliorée. Il mentionne l'aspect psychosocial dans les pistes de solutions sans aller plus loin.

Etudiant 6 (E6)

	1	2
Situation d'apprentissage	Bonne connaissance de la situation du patient Soins corrects	Soins bien déroulés Informations nécessaires présentes
Analyse	Apprendre à parler avec le patient lors des soins Difficultés pour le bilan situationnel	Mieux préparer le bilan situationnel
Pistes de solution	Partir des surveillances pour remonter aux origines	Connaissances théoriques

Évoque la communication mais ne s'y intéresse pas plus. Reste fort centré sur l'aspect technique et les connaissances théoriques.

Dans les retours réflexifs, la majorité des étudiants évoquent plutôt les gestes techniques. Quelques étudiants évoquent la sphère psychosociale très brièvement. Je ne constate pas de réelle évolution quant à leur pratique par rapport aux deux écrits réflexifs d'un même étudiant et j'ai l'impression que ces écrits sont faits de manière très superficielle (juste parce que c'est une demande de l'institution).

Chapitre 7. Discussion, perspectives et préconisations pour ma pratique

Je rappelle que ma question de recherche est : « **Comment les maîtres de formation pratique en soins infirmiers pourraient-ils accompagner les étudiants dans le développement d'une posture soignante ?** » et qu'elle a été choisie suite au constat que les étudiants étaient plus dans le « faire ».

Afin d'y répondre, j'ai commencé par collecter des données auprès des étudiants et des enseignants. J'aurais aimé collecter des données auprès des infirmiers de terrain/équipes infirmières d'une unité de soins qui encadrent quotidiennement les étudiants mais pour des raisons à la fois organisationnelle et temporelles, je n'ai pas pu le faire. En effet, les équipes dans lesquelles je supervise les étudiants rencontrent des difficultés d'organisation et sont peu disponibles du fait de leur charge de travail.

Ce qui est ressorti de mon analyse, c'est que lorsque l'on évoque l'étiquette de « patient difficile », deux grandes catégories apparaissent : le jugement clinique et la non compliance. Dans le jugement clinique, j'ai retenu 3 sous-catégories : l'aspect polypathologique, la mobilisation nécessaire des connaissances et les surveillances. Dans la non compliance, j'ai retenu le refus, les comportements et les problèmes culturels, cognitifs et psychiatriques. D'après ces deux catégories, je constate que pour les étudiants, un « bon » patient serait un patient n'ayant pas de multiples pathologies et qui « *obéirait* » aux soignants probablement pour une question d'ordre organisationnel. En effet, cela nécessiterait moins de travail de la part des soignants et moins d'investissement. Or, je pense qu'il est important de justement s'intéresser à ces patients et d'essayer de comprendre pourquoi ils ne sont pas compliant.

De plus, à l'heure actuelle, dans la législation nous retrouvons l'importance de prendre soin tout en étant centré sur le patient.

Une possibilité serait une approche par un jeu de rôle entre eux. Une personne jouerait le rôle de l'étudiant en stage et un autre, celui d'un patient non compliant. Je pense que différents concepts pourraient être abordés via celui-ci comme la notion de respect, la relation

de confiance, etc. et peut-être que cela leur permettrait une prise de conscience de l'importance de la relation du soin.

En ce qui concerne les qualités infirmières, les étudiants relèvent différents points. En effet, je retrouve essentiellement l'importance d'être à l'écoute du patient et de la réflexion. Lorsque je me rends compte que les deux qualités principales de l'infirmier citées par les étudiants sont l'écoute du patient et la réflexion, je m'aperçois qu'il s'agit du cours de jugement clinique avec la collecte des données pour pouvoir arriver à établir un plan de soins. Quelques uns évoquent le « sens de l'action » dans le sens où il apparaît important, selon eux, d'avoir suffisamment de connaissances pour adopter la meilleure action en fonction de la situation. D'où l'importance, selon moi, de pouvoir analyser sa pratique et d'encourager et accompagner les étudiants à le faire. Je suis surprise de m'apercevoir qu'extrêmement peu d'étudiants aborde le respect. D'après moi, il s'agit d'une valeur essentielle (et pas que dans la vie professionnelle). Peut-être que pour eux, cela va de soi...

Dans les retours réflexifs, la majorité des étudiants évoquent plutôt les gestes techniques. Quelques étudiants évoquent la sphère psychosociale très brièvement. Je ne constate pas de réelle évolution quant à leur pratique par rapport aux deux écrits réflexifs d'un même étudiant et j'ai l'impression que ces écrits sont faits de manière très superficielle (juste parce que c'est une demande de l'institution).

Ces écrits sont nouveaux et peu d'enseignants sont formés quant à leur utilisation et leur utilité. De plus, cette année, aucun temps n'a été prévu pour un réel retour avec les étudiants au sujet de leurs écrits. Or, d'après Lafortune (2005), utiliser des stratégies de réflexion-interaction lors des retours collectifs permet de susciter le questionnement, l'autoréflexion, la régulation, l'analyse et l'autocritique. Le but n'est pas le jugement mais le questionnement. Différents moyens sont proposés pour accompagner une démarche de pratique réflexive : le questionnement, l'auto-évaluation, la prise de parole et l'écriture.

Hesbeen (2017b, p.5) rajoute que « *ce n'est pas l'expérience qui crée de la connaissance mais la réflexion à partir de celle-ci et l'évaluation de la pensée sur le sens de la pratique qui peut en résulter.* »

Je pense que la demande n'était pas claire pour les étudiants et qu'ils n'ont pas perçu l'intérêt de ces écrits. Je pense aussi qu'ils ne sont pas suffisamment préparés pour y répondre. En effet, très peu d'étudiants ont décrit une situation pour ensuite l'analyser et pouvoir en ressortir des pistes de solution. Ils restent majoritairement centrés sur les actes techniques. Serait-ce par peur de se livrer ou de livrer une part d'eux-mêmes ?

Morisse (as cited in Lafortune, 2015) précise que pour devenir une expérience formative, l'écriture devrait être réflexive, c'est-à-dire qu'elle aiderait à établir des liens et donner du sens à des événements. Ce qui ne me semble pas être le cas ici. Ils restent fort dans la description de gestes techniques.

Analyser sa pratique permet de clarifier l'écart entre ses intentions de départ et ce qui s'est réellement passé afin d'identifier des éléments transférables dans une situation similaire (Vacher, 2015). Cela permettrait une meilleure compréhension des situations ou des pratiques pour mieux articuler la pratique avec la théorie et enfin améliorer sa pratique. Celle-ci semblerait indispensable dans la formation initiale (Rivier, 2017). En effet, elle permet l'accompagnement en profondeur de « *la transformation du travail, son organisation et ses activités* » (Beillerot, as cited in Rivier, 2017, p.77).

Je pense à plusieurs pistes pour que le MFP puisse favoriser le développement de la posture de l'étudiant : l'intelligence émotionnelle, la formation des enseignants aux écrits réflexifs et que les étudiants puissent bénéficier d'un débriefing avec le MFP et en post-stage avec un groupe de pairs pour analyser sa pratique ou des situations difficiles.

L'intelligence émotionnelle (IE) est « *une sorte d'intelligence sociale qui implique la capacité à identifier non seulement ses propres émotions (ou sentiments), mais aussi celles des autres individus, ainsi que la capacité à discriminer les différentes émotions et à les utiliser pour orienter les pensées et/ou les actions.* » (Mayer & Salovey, as cited in Guignard & Zenasni, 2004, p.307).

Il existe un certificat « accompagnement des pratiques professionnelles : formation des superviseurs d'étudiants en stage » à l'Université catholique de Louvain (UCL) en partenariat avec 3 Hautes écoles qui s'articule autour de 7 thèmes : accompagnement et posture,

évaluation, réflexivité, dimension psychopédagogique, dimension psychologique et dimension relationnelle, dimension institutionnelle, partenariat et dimension éthique (Annexe 7).

Un modèle a été développé par la Faculté des sciences infirmières (FSI) de l'Université de Montréal (UdeM) : le modèle humaniste des soins infirmiers (Annexe 8). Il comprend 4 concepts centraux : la personne, l'environnement, la santé et le soin. Ceux-ci seraient articulés autour de 2 concepts-clés : la compétence et le caring. Les valeurs véhiculées par ce modèle sont le respect, la dignité, la croyance au potentiel de la personne, la liberté, etc. (Girard & Cara, n.d.).

Comment aider les étudiants à développer une posture soignante plus propice à l'éducation du patient, c'est-à-dire plus propice à aider une personne atteinte d'une maladie chronique ou évolutive à prendre soin d'elle-même, sans négliger ses proches et leur rôle déterminant d'aidants ?

Il m'apparaît, en effet, qu'avant de travailler la question de l'éducation du patient, il était nécessaire de développer cette posture soignante sans quoi l'éducation se présente telle une option ou une forme d'ajout, un « faire supplémentaire » désincarné de la rencontre réelle avec le patient et du sens que prend pour lui cette démarche d'éducation dans sa situation singulière.

Selon Hesbeen (2017, p.108), la pratique réflexive est une façon de raisonner le singulier ou encore une forme d'intelligence du singulier. C'est la « *capacité du soignant de comprendre ce qui se vit en une situation par les personnes concernées.* » C'est tenter d'identifier et prendre en compte ce qui est important pour cette personne/ces personnes dans la situation qui est la sienne/la leur. Le fait de chercher à faire exister l'autre en tant que sujet dans la relation de soin consiste à ne pas banaliser l'humain et d'éviter de tomber dans une certaine routine, celle du faire.

Bartholome (as cited in Berton & Millet, 2014) explique que prendre en compte et reconnaître la part de subjectivité de chaque être humain permet de développer un « *prendre soin* » qui va au-delà de « *faire des soins* » pendant la formation.

Conclusion

Ma question de recherche est de savoir « **Comment les MFP pourraient accompagner les étudiants dans le développement d'une posture soignante ?** ».

A l'occasion de ma pratique de MFP, je suis partie de la constatation personnelle suivante : la majorité des étudiants est souvent dans le « faire » avec des préoccupations très marquées par les techniques ; ils se montrent assez peu soucieux de la qualité même de la relation de soin avec les patients. De ce fait, l'éducation du patient n'est pas pensée ni intégrée aux soins qui sont prodigués.

Avec le vieillissement de la population, l'accroissement de l'espérance de vie et l'augmentation des maladies chroniques, l'éducation du patient prend une place de plus en plus importante. Effectivement, d'après Borgès Da Silva (2015), nous connaissons une transition épidémiologique allant des maladies infectieuses vers les maladies chroniques. Cette transition entraîne une modification des besoins et une adaptation au niveau de la formation des futurs infirmiers en y incluant de nouvelles connaissances et compétences. Borg (2014) parle également de l'augmentation des maladies chroniques et ajoute qu'elles seraient la principale cause de mortalité. Selon lui, elles représenteraient 86% de la totalité des décès dans l'Union Européenne. Prévot (2016, para. 1) dit que « *la qualité des soins de santé est indéniablement l'un des facteurs qui ont allongé notre espérance de vie. Cette heureuse évolution s'accompagne d'une augmentation de la prévalence des maladies chroniques : près de 3 Belges sur 10 déclarent vivre avec une maladie de ce type.* » Partridge (as cited in Borgès Da Silva, 2015), quant à lui, nous informe sur la répartition des coûts de santé qui a changé dans la plupart des pays. La charge principale serait liée aux soins chroniques.

Suite à mes différentes constations, je me suis posée la question de savoir comment intégrer ces notions dans l'identité soignante et, plus précisément, comment sensibiliser les futurs infirmiers à l'éducation du patient. Et surtout comment les aider à développer une posture soignante plus propice à l'éducation du patient, c'est-à-dire plus propice à aider une personne atteinte d'une maladie chronique ou évolutive à prendre soin d'elle-même, sans négliger, bien entendu, ses proches et leur rôle déterminant d'aidants. Il m'apparaît, en effet, qu'avant de travailler la question de l'éducation du patient, il était nécessaire de développer

cette posture soignante sans quoi l'éducation se présente telle une option ou une forme d'ajout, un « *faire supplémentaire* » désincarné de la rencontre réelle avec le patient et du sens que prend pour lui cette démarche d'éducation dans sa situation singulière.

Dans un premier temps, j'ai consulté différentes sources pour élaborer ma revue de littérature et mieux connaître les théories abordées tout au long de mon mémoire.

Afin d'y répondre, j'ai suivi une méthodologie qualitative en utilisant différentes méthodes pour collecter mes données auprès des étudiants. J'aurais aimé collecter des données auprès des infirmiers de terrain/équipes infirmières d'une unité de soins qui encadrent quotidiennement les étudiants mais pour des raisons à la fois organisationnelle et temporelles, je n'ai pas pu le faire. En effet, les équipes dans lesquelles je supervise les étudiants rencontrent des difficultés d'organisation et sont peu disponibles du fait de leur charge de travail.

Je pense aussi que des entretiens semi-directifs m'auraient permis d'obtenir plus d'informations par rapport au questionnaire.

J'ai utilisé une analyse thématique afin de pouvoir construire un arbre thématique. J'ai cherché à mieux comprendre les représentations du métier d'infirmier auprès des étudiants et j'ai pris connaissance de l'écart entre le travail perçu et le travail réel via les écrits réflexifs. J'ai aussi consulté les cours dans lesquels se retrouve la notion de l'identité soignante et ce grâce à une entrevue avec l'enseignant responsable du cours d'histoire et déontologie.

Ce qui en est ressorti est que certaines choses sont mises en place pour accompagner les étudiants à développer une posture soignante tels que les écrits réflexifs mais ils ne sont pas encore exploités de manière optimale. Les enseignants sont en cours d'appropriation de ce nouveau dispositif.

D'autres pistes pourraient être investiguées comme l'intelligence émotionnelle et le modèle humaniste des soins infirmiers.

Bibliographie

Abric, J.C. (1989). L'étude expérimentale des représentations sociales. In D. Jodelet (Ed.). *Les Représentations Sociales*. Paris, France : Presses Universitaires de France, pp. 205-224.

Abric, J.C. (2001). *L'approche structurale des représentations sociales. Développements récents*, Psychologie et société 2001, 4, pp. 81-106.

Bachelet, R. (n.d.). *Cours et formation en ligne - Méthodologie et protocole de recherche*. Retrieved from http://rb.ec-lille.fr/recherche/These/methodologie_de_la_these/Méthodologie.html.

Bachelier en soins infirmiers. Présentation de la formation et du profil d'enseignement. (2017-2018). Unpublished document, HELMo, Liège.

Beckers, J. (2007). *Compétences et identité professionnelles – L'enseignement et autres métiers de l'interaction humaine*, Bruxelles, Belgique : De Boeck.

Bergamaschi, A. (2011). *Attitudes et représentations sociales. Les adolescents français et italiens face à la diversité*. *Revue européenne des sciences sociales*, 49 (2), 93-122. Retrieved from <https://journals.openedition.org/ress/996#tocto2n1>.

Berton, J. & Millet, D. (Eds.). (2014). *Ecrire sa pratique professionnelle secteur sanitaire, sociale et éducatif : de l'activité au rendre compte*, Paris, France : Seli Arslan.

Borg, T. (2014). *L'UE s'engage à agir pour lutter contre les maladies chroniques*. Retrieved from the Web site of Commission européenne, Santé publique http://ec.europa.eu/health/newsletter/127/focus_newsletter_fr.htm.

Borgès Da Silva, G. (2015). *Maladies chroniques : vers un changement de paradigme des soins*. *Santé publique* 2015/HS (S.1), pp. 9-11.

Cahier des charges - Exigences académiques pour la réalisation d'un mémoire de Master en sciences de la santé publique. (2017-2018). Unpublished document, Université catholique de Louvain, Louvain-en-Woluwe.

CogniFit. (2018). *Cognition et science cognitive*. Retrieved from <https://www.cognifit.com/fr/cognition>.

Conseil Fédéral de l'Art Infirmier (2015). *Profil professionnel et de compétences de l'infirmier responsable de soins généraux*, approuvé par les CFAI en sa séance du 1/04/2015, 30 p.

Danaguezian, G. (n.d.). *Les types de questions d'une enquête par questionnaire*. Retrieved from the Web site of Survey magazine <http://www.soft-concept.com/surveymagazine/les-types-de-questions-dune-enquete-par-questionnaire/>.

Décret fixant des conditions d'obtention des diplômes de bachelier sage-femme et de bachelier infirmier responsable de soins généraux, renforçant la mobilité étudiante et portant diverses mesures en matière d'enseignement supérieur (D. 30-06-2016 MB. 14-09-2016)

De Ketele, J.M. & Rogiers, X. (1996). *Méthodologie du recueil d'informations – Fondements des méthodes d'observations, des questionnaires, d'interviews et d'études de documents*, (3ème éd.), Paris-Bruxelles, France-Belgique : De Boeck-Larcier.

Delerm, S. (n.d.). *Recommandations méthodologiques et pratiques pour la rédaction et la soutenance des mémoires M2 en sciences de gestion*. Unpublished document, le cnam école management & société, France.

Delvolvé, N. (n.d.). *Métacognition et réussite des élèves*, Retrieved from the Web site of Cahiers pédagogiques, *Changer la société pour changer l'école, changer l'école pour changer la société* <http://www.cahiers-pedagogiques.com/Metacognition-et-reussite-des-eleves>.

de Singly, F. (2008). *L'enquête et ses méthodes : le questionnaire* (2^{ème} édition refondue), Paris, France : Armand Colin

Deslauriers, J.-P. (1991). *Recherche qualitative : guide pratique*, Québec, Canada : McGraw-Hill.

Directives européennes 2005/36/CE et 2013/55/UE

Dufour, C. (n.d.). *Recherche et méthode scientifique – Caractéristiques de la recherche scientifique*. Retrieved from http://reseauconceptuel.umontreal.ca/rid=1HZKGLHZ9-TYY7C4-82V/blt6060_c1_rexploratoire_rdescriptive_rexplicative.cmap.

Dury, C., Bay, C., Napoli, A., Thioux, C. & Trine, N. (2016). *Profil professionnel et de compétences des partenaires qui accompagnent en enseignement clinique l'étudiant bachelier infirmier. Projet coordonné par la Haute école de Namur-Liège-Luxembourg*. Retrieved from http://www.henallux.be/sites/default/files/documents-implantations/Paramedical/ppc_partenaire_infirmier_4vf.pdf.

Etude Belimage. Projet sur demande du Ministère fédéral des affaires sociales, de la santé publique et de l'environnement (2001-2003). *La profession infirmière en crise ? Une recherche sur le concept de soi professionnel des infirmiers*, Belgique. Retrieved from the Web site of Centre de ressources en soins infirmiers <http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/Rapport%20version%20finale.pdf>.

Girard, F & Cara, C. (n.d.). *Le modèle humaniste des soins infirmiers – UdeM*. Retrieved from Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières Web site : <https://fsi.umontreal.ca/faculte/portrait-de-la-faculte/modele-humaniste-des-soins-infirmiers-udem/>

Guignard, J.-H. & Zenasni, F.F. (2004). *Les caractéristiques émotionnelles des enfants à haut potentiel*. *Psychologie française*, 49, pp. 305-319.

Hesbeen, W. (1997). *Prendre soin à l'hôpital. Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Paris, France : Masson.

Hesbeen, W. (2012). Le soignant, les soins et le soin. In *Les soignants. L'écriture, la recherche, la formation* (pp.27-46). Paris, France : Seli Arslan.

Hesbeen, W. (Ed.). (2016). *Accompagner les étudiants infirmiers. Promouvoir des pratiques pédagogiques éthiques*. Paris, France : Seli Arslan.

Hesbeen, W. (2017). *Humanisme soignant et soins infirmiers. Un art du singulier*. Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson.

Hesbeen, W. (2017b). *La qualité du soin infirmier. De la réflexion éthique à une pratique de qualité (3^{ème} éd)*. Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson.

Jorro, A. (2011). *La professionnalité émergente : quelle reconnaissance ?*. Bruxelles, Belgique : De Boeck Supérieur.

Kohn, L. & Schmitz, O. (2016-2017). *Concepts en méthodes qualitatives, WMSSP 2205*. Unpublished document, Université catholique de Louvain, Louvain-en-Woluwe

Lafortune, L. (2005). *Accompagner la pratique réflexive dans le contexte d'un changement en éducation*. Unpublished document, Université du Québec, Trois-Rivières.

Lafortune, L. (2011). *Des fonctions de l'écriture réflexive dans l'accompagnement d'un changement*, in Morisse, M. Lafortune, L. & Cros, F. (dir.) *Se professionnaliser par l'écriture*, Québec, Presses de l'université du Québec, pp. 205-232

Lafortune, L. (2012). *Des stratégies réflexives-interactives pour le développement de compétences. La formation en éducation et en santé*. Québec, Canada : Presses de l'université du Québec.

Lafortune, L. (2015). *L'accompagnement et l'évaluation de la réflexivité en santé. Des applications en éducation et en formation*. Québec, Canada : Presses de l'université du Québec.

Lebrun, J.-P. (1993). *De la maladie médicale*. Bruxelles, Belgique : De Boeck-Wesmael. pp. 9-38.

Loi coordonnée relative à l'exercice des professions des soins de santé du 10 mai 2015.

Lothaire, T. (2016, octobre). *Réforme structurelle de la formation infirmière*. Paper presented at the Formation destinée aux directions de département infirmier et infirmiers chefs de service, Bouge. Retrieved from

<https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:4JMqn4eLbhEJ:https://www.fnib.be/telechargement-60/category/47-journee-du-bureau-ddi-14-octobre-2016%3Fdownload%3D233:reforme-structurelle-infirmiere-enjeux-defis-ddi-bouge-141016-tl-1+&cd=1&hl=fr&ct=clnk&gl=be&client=safari>.

Paillé, P. & Mucchielli, A. (2013). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (3^e éd.). Paris, France : Armand Colin.

Paul, M. (2016). *La démarche d'accompagnement*. Louvain-La-Neuve, Belgique : De Boeck.

Phaneuf, M. (2012). L'apprentissage/enseignement en milieu clinique. Retrieved from the Web site of Prendre soin http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2013/01/Apprentissage-enseignement_clinique.pdf

Phaneuf, M. (2013). *Quelques repères pour évaluer les attitudes et les comportements professionnels en soins infirmiers*. Retrieved from the Web site of Prendre soin http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2012/11/Quelques_reperes_pour_evaluer_attitudes_et_comportements_en_soins_infirmiers1.pdf.

Phaneuf, M. (2016). *L'humanisme un concept phare : mieux le comprendre pour mieux en tirer parti*. Retrieved from the Web site of Prendre soin <http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2016/04/Lhumanisme-un-concept-phare-c.pdf>.

Postic, M. (2016). Le style du cadre de santé formateur en IFSI : à la recherche de la cohérence. In W. Hesbeen (Ed.), *Accompagner les étudiants infirmiers* (pp.39-56). Paris, France : Seli Arslan.

Prévot, M. (2016). *De plus en plus de maladies chroniques*. Retrieved from the Web site of Informations Médicales <http://www.informationsmedicales.be/les-maladies-chroniques/de-plus-en-plus-de-maladies-chroniques>.

Rivier, D. (2017). *L'analyse des pratiques professionnelles en institut de formation en soins infirmiers : expression de la singularité des cadres de santé formateurs*. Paris, France : L'Harmattan.

Rothier Bautzer, E. (2013). *Le care négligé. Les professions de santé face au malade chronique*. Paris, France : De Boeck-Estem.

Roussel, S. (2016). *Interactions entre les représentations sociales des professionnels de soins de santé et leurs pratiques d'éducation du patient* (Doctoral dissertation). Université Catholique de Louvain, Louvain-en-Woluwe.

Université catholique de Louvain. (2018-2019). *Certificat d'université. Accompagnement des pratiques professionnelles : formation des superviseurs d'étudiants en stage*. Retrieved from Université catholique de Louvain, faculté de psychologie et des sciences de l'éducation Web Site : <https://uclouvain.be/fr/etudier/iufc/accompagnement-des-pratiques-professionnelles-des-superviseurs-de-stagiaires.html>.

Université de Fribourg. (n.d.). *La métacognition, qu'est-ce que c'est ?*. Retrieved from https://www.unifr.ch/ipg/assets/files/DocCoen/theorie/metacognition/definition_metac/metaco_definitions.html.

Vacher, Y. (2015). *Construire une pratique réflexive. Comprendre et agir*. Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck.

Vilatte, J.-C. (2007). *Méthodologie de l'enquête par questionnaire*. Paper presented at Formation « évaluation », Grisolles. Retrieved from https://www.lmac-mp.fr/telecharger.php?id_doc=46.

Wenner, M. (1999). *L'expérience infirmière. De la pratique des soins à la transmission des savoirs* (éd. révisée). Paris, France : Seli Arslan.

Annexes

Annexe 1. Recherche ScienceDirect

Annexe 2. Recherche DOCTES

Annexe 3. Recherche Cairn

Annexe 4. Programme de formation proposé par l'ARES en 3 ans (ECTS)

Annexe 5. Programme de formation proposé par l'ARES en 4 ans (ECTS)

Annexe 6. Courriel envoyé aux étudiants (18.03.2018)

Annexe 7. Certificat d'université - Accompagnement des pratiques professionnelles :
formation des superviseurs d'étudiants en stage

Annexe 8. Le modèle humaniste des soins infirmiers - UdeM

Annexe 1. Recherche ScienceDirect

Recherche ScienceDirect

Titres, résumés, Mots-clés	Nombre de références	Filtres utilisés	Nombre de références
Nursing care	19.838	Open access 2018	69
Patient centered care	25.820	Open access 2018	169
Humanity	1.841	Open access 2018	12
Professional formation Care	487	Open access 2018	2
Healthcare Humanity	23	Open access 2018	2 3
Nursing formation	406	Open access 2018	2
Nursing care Humanity Education	6	Open access 2018	1 2

Annexe 2. Recherche DOCTES

Recherche DOCTES

Mots-clés	Nombre de références	Filtres utilisés	Nombre de références
Formation Santé	37.506	Catégories : Santé, Formation Localisation : RESOdoc	2.672
Formation Infirmiers	6.125	Catégories : Formation, Soins infirmiers, Compétence, Soins Localisation : RESOdoc	124
Formation alternance	5.775	Catégories : Formation, Santé, Education, Accompagnement, Pédagogie Compétence, Personnel de santé, Etudiant, Savoir Localisation : RESOdoc	15
Réflexivité	47	Catégories : Compétence, Formation, Education,	11

		Etudiant, Formation professionnelle, Infirmier, Pédagogie, Soins infirmiers Localisation : RESOdoc	
Infirmier	810	Catégories : Accompagnement, Etudiant, Humanisme Localisation : RESOdoc	3
Identité	3.584	Catégories : Identité, Santé, Représentation sociale, Formation Localisation : RESOdoc	12
Accompagnement étudiant	4.242	Catégories : Accompagnement, Milieu étudiant, Etudiant, Santé, Formation, Soins infirmiers Localisation : RESOdoc	30
Humanisme	101	Catégories : Humanisme, Santé Localisation :	11

		RESOdoc	
Méthodologie	2.356	Catégories : Méthodologie, Recherche, Méthodologie de la recherche, Analyse qualitative, Méthode, Analyse des données Localisation : RESOdoc	89
Recherche qualitative	8.864	Catégories : Recherche, Analyse qualitative, Méthodologie Localisation : RESOdoc	142

Annexe 3. Recherche Cairn

Recherche Cairn

Mots-clés	Nombre de références
Humanisme	67.222
Humanisme soignant	7.915
Humanisme soignant et professionnels de la santé	5.324
Humanisme soignant et professionnels de la santé et infirmier	2.659
Humanisme soignant et professionnels de la santé et infirmier et formation	2.337
Professionnels de la santé	30.766
Infirmier	9.855
Formation	78.295
Santé	47.954
Réflexivité	15.578
Formation en alternance	16.400
Patient partenaire	11.030
Formation professionnalisante	223

Annexe 4. Programme de formation proposé par l'ARES en 3 ans (ECTS)

Programme proposé par l'ARES en 3 ans (ECTS)

Rubriques du programme minimal	Programme minimum ARES (ECTS) Formation en 3 ans
Sciences fondamentales et biomédicales	30
Sciences humaines et sociales	10
Sciences professionnelles	36
Activités d'intégration professionnelle (AIP)	51
Recherche appliquée	17
Liberté du pouvoir organisateur	36
TOTAL	144/180

Avis de la commission paramédicale, CT HE-EPS, ARES 2016 (as cited in *Bachelier en soins infirmiers. Présentation de la formation et du profil d'enseignement*. (2017-2018).

Unpublished document, HELMo, Liège.)

Annexe 5. Programme de formation proposé par l'ARES en 4 ans (ECTS)

Programme proposé par l'ARES en 4 ans (ECTS)

Rubriques du programme minimal	Programme minimum ARES (ECTS) Formation en 4 ans
Sciences fondamentales et biomédicales	32
Sciences humaines et sociales	15
Sciences professionnelles	35
Activités d'intégration professionnelle (AIP)	95
Recherche appliquée	15
Liberté du pouvoir organisateur	48
TOTAL	192/240

Décret fixant des conditions d'obtention des diplômes de bachelier sage-femme et de bachelier infirmier responsable de soins généraux, renforçant la mobilité étudiante et portant diverses mesures en matière d'enseignement supérieur (D. 30-06-2016 MB. 14-09-2016)

Annexe 6. Courriel envoyé aux étudiants (18.03.2018)

Courriel envoyé aux étudiants le 17 mars 2018

Bonjour à tous,

Comment allez-vous?

J'ai deux questions à vous poser pour un travail de recherche et afin de mieux me guider dans l'accompagnement des étudiants... Il n'y a aucune obligation d'y répondre et aucune sanction. Je vous garanti l'anonymat (vous pouvez me remettre la réponse par écrit dans mon casier si vous le souhaitez)

- Qu'est-ce qu'un patient « difficile »? Qu'est-ce qu'est, pour vous, un patient étiqueté de « difficile » par les équipes ? Pourquoi dit-on qu'il s'agit d'un « patient difficile » ? Pourquoi le dit-on « difficile »?

- A quel/quelle infirmier/infirmière souhaitez-vous ressembler et/ou non (sans citer de nom bien sûr)? Pourquoi? Qu'est-ce qui vous donne cette envie ?

Merci d'avance pour vos réponses et votre collaboration,

Bien à vous,

J. Wese

Annexe 7. Certificat d'université - Accompagnement des pratiques professionnelles : formation des superviseurs d'étudiants en stage

Université catholique de Louvain. (2018-2019). *Certificat d'université. Accompagnement des pratiques professionnelles : formation des superviseurs d'étudiants en stage*. Retrieved from Université catholique de Louvain, faculté de psychologie et des sciences de l'éducation Web Site : <https://uclouvain.be/fr/etudier/iufc/accompagnement-des-pratiques-professionnelles-des-superviseurs-de-stagiaires.html>.

Accompagnement des pratiques professionnelles



EQUIPE ENSEIGNANTE

SECTEUR PÉDAGOGIQUE:

Catherine Van Nieuwenhoven (UCL et Galilée), Mariane Frenay (UCL), Pascalé Wouters (UCL), Eric Bothy (Galilée), Rudi Wattiez (Vinci), Stéphanie Colognesi (UCL) et Eveline Zuanon (HELHa), Déclie Hees (ISFSCI), Michel Guissard (ISFSCI), Caroline Letor (UCL), Séphora Boucenna (UNAMUR), Pascale Papadimitriou (UCL)

SECTEUR PARAMÉDICAL:

Eddy Bouffoulox (HELHa), Valérie Struelens (Galilée), Sophie Breedstraet (Vinci), Yannick Dubois (Galilée), Audrey Dedonder (Vinci)

EN PRATIQUE

LIEU ET CALENDRIER

Les cours ont lieu à Louvain-la-Neuve de fin octobre 2018 à mai 2019 à raison d'une soirée par semaine (lundi soir) et de deux samedis (lancement: mi-octobre - clôture: fin mai).

DROITS D'INSCRIPTION

Les droits d'inscription s'évaluent à 1 250 € (1 100 € pour les membres des institutions organisatrices: HE GALILÉE, HE VINCI, HELHA, UCL).

Ce prix couvre le minerval, la carte d'étudiant, l'accès au site et aux infrastructures ainsi que l'assurance de l'étudiant.

CONDITIONS D'ADMISSION

Les candidats doivent être titulaires d'un diplôme universitaire ou de l'enseignement supérieur de type long. En l'absence du titre requis, une admission par Valorisation des Acquis de l'Expérience (VAE) est envisagée.

CERTIFICAT D'UNIVERSITÉ

Les participants qui suivent le programme et réussissent l'épreuve d'évaluation se voient délivrer un « Certificat d'université en accompagnement des pratiques professionnelles », assorti de 10 crédits. Outre la valorisation personnelle du certificat dans le plan de formation du participant, les crédits octroyés peuvent être valorisés lors de la poursuite d'une formation académique en Europe, pour autant qu'ils soient validés par le jury du programme auquel le participant souhaiterait s'inscrire par la suite.

PROCÉDURE D'INSCRIPTION

Les candidats sont invités à remplir le formulaire de formation en ligne reprenant : leur parcours de formation, leur expérience, leur motivation à suivre la formation.

Dans le cas d'une demande de VAE, un formulaire supplémentaire doit être complété. La sélection des candidats est réalisée sur la base de ces formulaires qui seront examinés dans l'ordre d'arrivée par le comité de pilotage du certificat.

Afin de garantir la qualité de la formation, le nombre d'inscrits est limité.

EN SAVOIR PLUS

- www.formation-accompagnement-stagiaires.be
- +32 (0) 10 47 29 05
- solange.devron@uclouvain.be



FORMATION CONTINUE

VENIR OU REVENIR À L'UCL

- pour évoluer professionnellement
- pour actualiser vos connaissances
- pour acquérir des compétences dans des domaines innovants

LES 14 FACULTÉS DE L'UCL PROPOSENT PLUS...

- d'une centaine de certificats d'université
 - d'une vingtaine de masters et masters de spécialisation
 - d'une cinquantaine de programmes qualifiants
- Et des nouvelles formations chaque année

POUR UN PUBLIC D'ADULTES ENGAGÉS DANS LA VIE SOCIO-PROFESSIONNELLE

À découvrir sur : www.uclouvain.be/formation-continue-catalogue



Accompagnement des pratiques professionnelles : formation des superviseurs d'étudiants en stage

2018-2019 • Édition 5



www.formation-accompagnement-stagiaires.be

LE PUBLIC

Le programme s'adresse aux formateurs de l'enseignement supérieur de différents domaines (psychopédagogique, paramédical, social...) ayant une formation de niveau master (accès possible par VAE) et ayant une fonction en lien avec l'accompagnement de pratiques de terrain.

LES ATOUTS DU PROGRAMME

- Premier programme en accompagnement des pratiques professionnelles en Fédération Wallonie Bruxelles.
- Évaluation intégrative comprenant un volet personnel réflexif et un volet collectif visant la construction d'outils concrets.
- Dynamique de recherche collaborative où la co-construction est valorisée.
- Présence de deux coordinateurs scientifiques tout au long du processus, garantissant la cohérence du programme et les liens entre les séances jusqu'à l'évaluation.



© Lady Delorme

POUR LE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL DES ACCOMPAGNATEURS DE STAGIAIRES EN FORMATION SUR LE TERRAIN

LE PROGRAMME

Le certificat d'université compte 90 heures de formation réparties sur une soirée par semaine d'octobre à mai et permet l'octroi de 10 ECTS si l'épreuve d'évaluation est réussie.

Le certificat s'articule autour de 7 thématiques permettant l'élaboration des projets individuel et collectif :

Accompagnement et postures

- identités de l'accompagnateur
- gestes d'accompagnement
- éthique

Évaluation

- observation et analyse
- régulation et feedback
- outils d'évaluation

Réflexivité

- analyse réflexive
- métacognition

Dimension psychopédagogique

- dispositifs d'accompagnement
- apprentissage et transfert
- motivation et engagement

Dimensions psychologique et relationnelle

- climat relationnel
- gestion des situations critiques

Dimension institutionnelle

- cultures et normes professionnelles
- analyse des organisations

Partenariat

- travail en réseau
- dialogue et collaboration

Dimension éthique

LES OBJECTIFS

- Penser et organiser son accompagnement dans le respect des cultures professionnelles, des exigences institutionnelles, des normes et de l'éthique
- Construire un partenariat efficace avec les différents acteurs impliqués
- Mettre en place un cadre de travail qui favorise les apprentissages
- Organiser et planifier des situations d'apprentissage (individuel ou collectif)
- Soutenir le développement professionnel des accompagnés
- Évaluer le stagiaire
- Utiliser la réflexion sur ses pratiques comme moyen d'auto-évaluation et de développement professionnel

LA PÉDAGOGIE & L'ÉVALUATION

La formation sera interactive. Elle comptera des temps de travail en groupe et des moments de supervision, pour le projet collectif d'élaboration d'outils pratiques d'accompagnement. Des cours théoriques, des séances d'exercices et des temps d'intégration et de régulation contribueront à la conception par chaque participant de son modèle de l'accompagnement.



Annexe 8. Le modèle humaniste des soins infirmiers – UdeM

Girard, F & Cara, C. (n .d.). *Le modèle humaniste des soins infirmiers – UdeM*. Retrieved from Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières Web site :

<https://fsi.umontreal.ca/faculte/portrait-de-la-faculte/modele-humaniste-des-soins-infirmiers-udem/>

LA MISSION DU MODÈLE

Consolider l'intégration de la pratique professionnelle humaniste dans les différents contextes de pratique infirmière : clinique, formation, gestion, recherche, incluant le volet sociopolitique afin de contribuer, de façon dynamique, au développement de la discipline et de la profession infirmière.

LA PHILOSOPHIE DU MODÈLE

Le modèle s'inspire des travaux de différents auteurs et de la philosophie humaniste. Il vise à s'aligner avec l'école de pensée du caring.

- Il implique l'ouverture à l'existence de multiples réalités (position ontologique) et, en plus de l'appropriation des connaissances, l'interprétation de l'expérience vécue par tous les acteurs impliqués dans le soin de même que l'observation des phénomènes d'intérêt pour la profession (position épistémologique).
- Il s'appuie sur des valeurs de respect, de dignité humaine, de reconnaissance de la liberté de la Personne, de confiance en son potentiel, d'intégrité et de rigueur.

LES OBJECTIFS DU MODÈLE

- Concevoir notre pratique à la lumière des concepts-clés, soit le caring et la « Compétence », et des concepts centraux de la discipline (Personne, santé, environnement et soin);
- Élaborer nos interventions dans une perspective collaborative de relation humaine empreinte de respect;
- Développer et actualiser la Compétence infirmière dans la pratique quotidienne, ce qui se reflète par l'apprentissage continu, la pratique réflexive, le mentorat, la collégialité et les échanges de connaissances intra et interprofessionnels;
- Guider le développement d'outils dynamiques ancrés dans nos racines philosophiques humanistes et qui incorporent les meilleures pratiques et les résultats de recherche.

BIBLIOGRAPHIE

- Calgary health region (2004). *Nursing in the region: Nursing professional practice framework*. Calgary.
- Benner, P., & Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring, Stress and coping in health and illness*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley.
- Boykin, A., & Schoenhofer, S. O. (2001). *Nursing as caring: A model for transforming practice* (2^e éd.). Boston, MA: Jones and Bartlett Publishers & National League for Nursing.
- Buber, M. (1970). *I and Thou* (W. Kaufman, Trans.). New York: Scribners.
- Cara, C. (2004). *Le caring en 2004 : le vivre dans sa pratique au quotidien*. Conférence d'ouverture, 26^e colloque de l'International Association for Human Caring, Montréal, Québec, Canada.
- Cara, C. (2008). *Une approche de caring pour préserver la dimension humaine en gestion*. 12^e colloque de l'Association des gestionnaires infirmiers d'urgence du Québec, Saint-Sauveur.
- Cara, C. (2010). *Les fondements théoriques du Caring dans la pratique infirmière*. Dans P.A. Potter et A.G. Perry (Eds.), *Fundamental of Nursing Practice* (pp. 84-99). Montréal: Chenelière Education.
- Chinn, P.L., & Kramer, M.K. (2011). *Integrated Theory and Knowledge Development in Nursing* (8^e éd.). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.
- Girard, F., Linton, N., & Besner, J. (2005). *Professional practice in nursing: A framework*. Nursing leadership, 18 (2).
- Leborief, G. (2006). *Une définition de la compétence professionnelle*. Conférence les Journées de l'ARSI (Association pour la recherche en soins infirmiers). Paris la Défense.
- Leininger, M.M. (2006). *Madeline M. Leininger's theory of culture care diversity and universality*. In M. Parker (Ed.), *Nursing theories and nursing practice* (pp. 309-333). Philadelphia: F.A. Davis.
- O'Reilly, L., & Cara, C. (2010). «Être avec la personne soignée et réadaptation : une rencontre humaine profonde thérapeutique et transformatrice. Recherche en soins infirmiers, 103, 46-66.
- Pepin, J., Kérouac, S., & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3^e édition). Montréal : Chenelière Education.
- Roach, M.S. (2002). *Caring, the human mode of being: A blueprint for the health professions* (2^e éd.). Ottawa: Presses de l'ACS.
- von Bertalanffy, L. (1973). *Théorie générale des systèmes* (Trad. Jean Benoist Chabrol). Paris: Dunod.
- Watson, J. (2005). *Caring Science as Sacred Science*. Philadelphia: F.A. Davis.
- Watson, J. (2012). *Human caring science: A Theory of Nursing*. (2nd ed.). Boulder, Colorado: Jones & Bartlett Learning.
- Witkowski, R. (1997). *Analyse du travail et production de compétences collectives*. Paris: L'Harmattan.

FACULTÉ DES SCIENCES INFIRMIÈRES
2375, chemin Côte Ste-Catherine
Montréal (Québec)

www.scinf.umontreal.ca

Faculté des sciences infirmières
Université
de Montréal

MODÈLE HUMANISTE DES SOINS INFIRMIERS – Udem

Francine Girard et Chantal Cara

UNE VISION

L'excellence dans la prestation de tous les soins infirmiers basée sur une relation humaniste – caring, appuyée par une pratique professionnelle collaborative et exemplaire, centrée sur la Personne et son expérience de santé.

UNE PRATIQUE

L'intégration du modèle dans la pratique signifie pour l'infirmière :

- d'adopter une pratique professionnelle compétente, empreinte de caring et tributaire de l'engagement et de l'imputabilité dans ses interventions;
- d'imprégner ses activités quotidiennes d'une identité professionnelle basée sur une réciprocité des relations en exerçant un leadership infirmier;
- de consolider son professionnalisme, et ce, dans tous les contextes (clinique, formation, gestion, recherche, incluant le volet sociopolitique).

DÉFINITIONS DES CONCEPTS-CLÉS

COMPÉTENCE

La « Compétence » s'appuie sur la théorie, le corpus de connaissances de même que sur l'expérience personnelle et professionnelle visant à assurer la sécurité de la Personne et la qualité des soins. Elle intègre un ensemble de compétences.

Les compétences correspondent à la mobilisation dans l'action d'un certain nombre de savoirs (savoirs, savoirs faire, savoirs être) combinés de façon spécifique en fonction du cadre de perception que se construit l'infirmière de la situation.

Elles sont mises en œuvre dans les différents contextes professionnels (clinique, formation, gestion, recherche, incluant le volet sociopolitique) et empreintes d'humanisme.

Elles requièrent, pour leur développement et leur mise en œuvre, que l'infirmière mène une activité réflexive pendant l'action et après celle-ci.

La pratique réflexive est un processus de développement individuel et collectif qui amène les infirmières à synthétiser, intégrer et amplifier les connaissances en sciences infirmières ainsi que l'expérience acquise. Elle est contextuelle et spécifique à l'environnement, dynamique, délibérée, active et nécessaire au développement de la « Compétence ».

CARING

Le caring s'appuie sur des valeurs humanistes qui influencent nos attitudes, lesquelles guident nos comportements et notre pratique professionnelle, et ce dans tous les contextes. (Par exemple : attitudes de compassion, d'écoute, de compréhension, de soutien, de réciprocité, de collaboration, d'ouverture à l'apprentissage continu, de proactivité, de créativité et d'engagement.)

Le caring est un art et une science :

- **Un art** car il origine de l'obligation morale, centrale à la profession infirmière, d'agir selon une éthique déontologique tout en s'appuyant sur l'expérience personnelle et professionnelle ;
- **Une science** car il provient de la théorie, du corpus de connaissances s'appuyant sur différents types de savoirs : (empirique, éthique, personnel, esthétique, émancipatoire et sociopolitique), lesquels s'avèrent essentiels au développement de la « Compétence ».

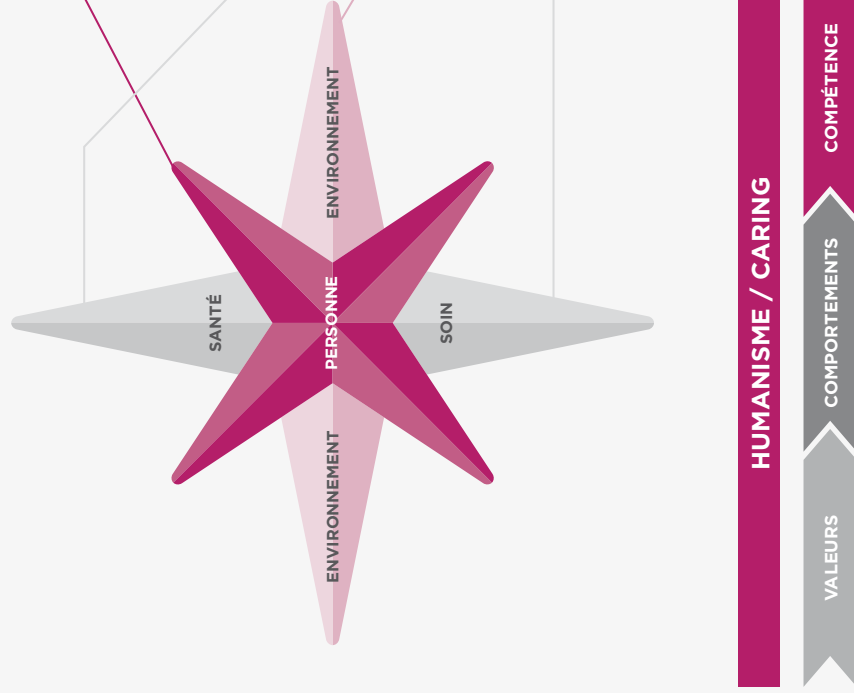
Il origine d'un engagement conscient et renouvelé d'aider et d'accompagner la Personne à être et à devenir ce qu'elle désire.

Il consiste à développer des liens de réciprocité dans l'établissement d'une relation humaniste avec la Personne afin de favoriser sa santé.

Il se reconnaît dans le savoir-agir qui provient d'une cohérence entre le savoir, le savoir-être et le savoir-faire. Cette cohérence se traduit et se perçoit dans les divers comportements qui constituent la pratique quotidienne.

MODÈLE HUMANISTE DES SOINS INFIRMIERS – UdeM

DÉFINITIONS DES CONCEPTS CENTRAUX



PERSONNE

La Personne est au cœur de l'intervention infirmière. Dans le modèle humaniste des soins infirmiers - UdeM, la Personne est un individu, une famille, une communauté ou une population. Elle est unique et comprend plusieurs dimensions interrelées et indissociables (bio-physique, psychologique, développementale, sociale, culturelle, spirituelle...). Elle possède un potentiel et un pouvoir d'agir. Elle est en interrelation continue, réciproque et dynamique avec l'environnement.

SANTÉ

La santé est l'optimisation continue du bien-être, du mieux-être et de l'harmonie de la Personne; ce, d'un point de vue dynamique et multidimensionnel (bio-physique, psychologique, développemental, social, culturel, spirituel). La Personne a une perspective et une compréhension unique de l'expérience de santé/maladie qu'elle vit.

ENVIRONNEMENT

L'environnement correspond à tous les aspects qui entourent la Personne : matériel, social, culturel, spirituel, écologique et sociopolitique. Il existe une interrelation continue, réciproque et dynamique entre la Personne et l'environnement et cette interrelation contribue à l'atteinte de son bien-être.

SOIN

Le soin réfère à une approche infirmière qui invite la Personne à être partenaire en valorisant, intégrant et reconnaissant l'importance de la signification qu'elle donne à son épisode de santé/maladie ou de transition dans le choix des interventions. Il consiste à accompagner la Personne d'une façon humaine, relationnelle et transformatrice en misant sur son potentiel, en renforçant son pouvoir d'agir et en co-créant un environnement favorable à sa santé. Le but ultime du soin, en plus d'assurer la sécurité de la Personne et la qualité des soins, consiste à contribuer au développement du bien-être, du mieux-être et de l'harmonie de la Personne, tout en préservant la dignité humaine.

