



Marie-Anne GELDREICH,
Cadre de Santé - Centre Hospitalier de HAGUENAU



Apprendre au Chevet du Malade

Caractéristiques et enjeux de la formation en situation de travail, de l'infirmière en hémodialyse

La problématique

Le problème

En unité d'hémodialyse, l'apprentissage du professionnel infirmier concerne autant la maîtrise d'opérations répétitives, (la préparation du circuit extracorporel), et l'acquisition de gestes techniques pointus (la ponction de la fistule), que le développement de capacités diagnostiques permettant d'analyser l'accumulation d'informations extrêmement diverses (provenant soit de la machine, soit du malade, soit du contexte) et de prévenir des complications éventuelles en agissant de façon adaptée. De plus, la présence incontournable de la personne dialysée, et l'enjeu vital représenté par la ponction de la fistule, ajoutent aux éléments non contrôlables, de cette situation de formation, déjà instable et imprévisible du fait de son contexte ancré dans la réalité du travail quotidien. Ainsi, outre l'apprenant et le formateur, un troisième acteur intervient, un observateur particulier et relativement impliqué puisque l'objet de l'apprentissage concerne en partie, sa propre personne. De nombreuses interrogations surgissent.

Les questions

- Dans quelle mesure, le contexte de travail influence la situation de formation, c'est à dire l'encadrement du formateur et l'apprentissage du formé ?
- Est-il possible d'identifier des éléments qui entravent ou facilitent l'enseignement et l'apprentissage, tant au niveau du contexte spécifique de travail, des moyens attribués pour la formation, des différents acteurs de cette situation de formation ? L'équipe soignante, la



personne dialysée ont-ils un rôle à jouer, et lequel ? La relation soignant/soigné a-t-elle une influence et laquelle ?

- Les expériences de formation antérieures ont-elles un impact sur celle-ci ?
- Le statut particulier de l'apprenant, professionnel plus ou moins expérimenté, modifie-t-il les principes pédagogiques à mettre en œuvre ? Si oui, en quoi ?
- Existe-t-il un programme de formation que l'on pourrait qualifier « d'idéal » pour cette formation technologique pointue ?
- Comment optimiser cette formation en situation de travail ? Existe-t-il un ou des éléments déterminants ? Si oui, lesquels ?

Autant de questions qui méritent réponse.

Il n'existe pas d'étude réalisée sur cette situation de formation spécifique. La connaissance qu'en ont les différents acteurs reste empirique et subjective. Soumettre ces ressentis et savoirs issus

de la pratique au quotidien et de l'expérience, à l'analyse rigoureuse selon une méthodologie précise, représente le défi de cette recherche qui présente ainsi plusieurs objectifs.

Les objectifs de la recherche

Au vu de la problématique deux aspects seront particulièrement ciblés. D'une part, les caractéristiques des acteurs, du contexte et de la relation andragogique (andragogie : pédagogie pour adulte) et d'autre part, le dispositif de formation. Les objectifs de recherche se déclinent comme suit :

- Décrire les caractéristiques des trois acteurs de cette situation de formation sur le lieu de travail,
- identifier les éléments qui facilitent ou entravent cette situation de formation spécifique,
- définir un cadre général de formation qui permette de garantir un minimum de qualité requise pour former un professionnel autonome dans le temps imparti.

Recherche réalisée dans le cadre d'une maîtrise en Sciences de l'Éducation à la Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, Université Louis Pasteur de Strasbourg.

Le cadre de la recherche

L'insuffisance rénale chronique terminale, une pathologie à enjeu vital et au vécu très individuel

L'insuffisance rénale chronique terminale se définit par « une diminution prolongée et définitive des fonctions rénales, secondaires à des lésions anatomiques irréversibles du parenchyme rénal ». (Kourilsky 1997 p 183). Elle a pour particularités :

- D'évoluer lentement de façon insidieuse, la personne ne se sent pas malade, presque jusqu'au stade terminal,
- d'obliger ensuite, sous peine d'issue fatale, à un traitement de suppléance par dialyse ou transplantation, donc à des traitements plus ou moins contraignants.

La maladie chronique peut ainsi représenter un événement stressant. En psychologie de la santé (Bruchon-Schweitzer, Dantzer 1994) le stress est considéré comme une véritable transaction entre la personne et l'environnement, dans laquelle la situation est évaluée par l'individu comme débordant ses ressources et menaçant son bien être.

Les modèles explicatifs en psychologie de la santé vis à vis de situations stressantes ou déclencheurs, prennent en compte l'activité des individus, qui, loin de subir passivement certains déterminismes (biologiques, psychologiques et sociaux) adoptent certaines stratégies perceptives-cognitives, affectives, comportementales, psychosociales pour faire face. Un même stresser n'a pas le même impact sur différents individus. Ainsi selon Bruchon-Schweitzer, les stratégies d'ajustement ou coping centrées sur deux registres, celui de l'émotion ou celui de la résolution de problème, peuvent s'avérer extrêmement différentes d'une personne à l'autre, selon :

- Son estimation de ses ressources et capacités à contrôler ou non la situation,
- son état émotionnel (structure psychologique plus ou moins anxieuse ou dépressive, style de vie, personnalité pouvant freiner ou accélérer le processus morbide...),
- ses caractéristiques biologiques et sa perception plus ou moins forte de son soutien social.

La manière personnelle qu'à un sujet de concevoir sa maladie, les représentations qui y sont associées, la valeur subjective affectée aux différents gestes de soins, sont autant de facteurs qui vont interférer avec l'adaptation du patient au stress de la chronicité.

L'appréciation individuelle de la situation revêt une importance capitale, tout comme les représentations personnelles qui semblent intéresser de plus en plus les chercheurs en psychologie de la santé.

Le centre d'hémodialyse : plateau technique mais aussi lieu d'écoute et d'accompagnement



Le centre d'hémodialyse est doté d'une organisation des soins très spécifique. Il se différencie des unités d'hospitalisation classiques par le fait que les mêmes patients y viennent, soit du domicile, soit d'une unité d'hospitalisation, trois fois par semaine pour obtenir leur traitement, puis repartent.

L'hémodialyse périodique discontinuée est une technique hautement sophistiquée reliant dans un triptyque le soigné, le soignant et la « machine » de dialyse. Préserver son capital veineux et être branché trois fois par semaine à la « machine » représente l'une des précautions ou contraintes de ce traitement de suppléance, vital pour la personne souffrant d'Insuffisance Rénale Chronique Terminale (IRCT). La dépendance à cette machine « dévoreuse de temps », les contraintes diététiques, les bouleversements familiaux et socioprofessionnels engendrés sont autant de difficultés rencontrées.

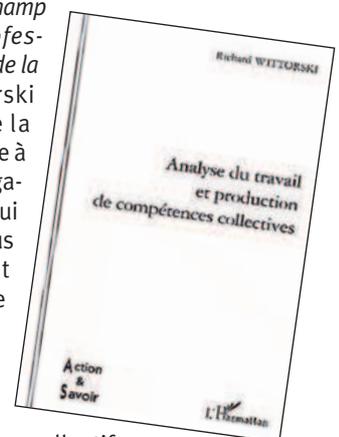
Ainsi, du geste technique très pointu au soin le plus courant, le travail de l'infirmier en hémodialyse, requiert une polyvalence extrême et des compétences multiples.

La compétence professionnelle un savoir agir individuel et complexe qui se nourrit de l'expérience.

Parmi toutes les définitions proposées dans les différentes études concernant ce concept, je retiendrais le modèle théorique proposé par Wittorski qui a le mérite me semble-t-il, d'en présenter une vision globale en articulant les apports des différentes sciences impliquées. En effet, il réunit les différents champs dans

lesquels s'exerce « cette logique d'action » : « les champs du parcours de socialisation, de la biographie ; le champ de l'expérience professionnelle ; le champ de la formation » (Wittorski 1998 p 58) et relie la notion de compétence à la pratique d'une organisation formatrice qui nous intéresse au plus haut point étant donné le thème de cette recherche.

« ... la compétence est produite par un individu ou un collectif dans une situation donnée et elle est nommée/reconnue socialement. Elle correspond à la mobilisation dans l'action d'un certain nombre de savoirs combinés de façon spécifique en fonction du cadre de perception que se construit l'acteur de la situation » (op.cit. p 60).



Le modèle du mathématicien Stuart Dreyfus et du philosophe Hubert Dreyfus, « *établit que, dans l'acquisition et le développement d'une compétence, un étudiant passe par cinq stades successifs : novice, débutant, compétent, performant et expert* » (Benner 1995 p 17). Ces stades reflètent trois changements qui vont survenir, « *le premier est le passage de la confiance en des principes abstraits à l'utilisation, à titre de paradigme, d'une expérience passée concrète ; le second est une modification de la façon dont l'apprenant perçoit la situation – il la voit moins comme un assemblage d'éléments pris çà et là que comme un tout dans lequel seulement certaines parties sont utiles ; le troisième changement est le passage d'observateur externe à celui d'agent impliqué.* » (Op.cit.)



Selon ce modèle, les novices n'ont aucune expérience des situations auxquelles ils vont être confrontés. Ils agissent à partir de règles édictées, de principes théoriques appris en cours.

Le compétent lui, arrive à prioriser les aspects de la situation, il travaille depuis deux ou trois ans dans le même lieu et «...perçoit ses actes en termes d'objectifs ou de plans... ».

De par son expérience trois à cinq ans dans le même lieu, le performant est plus rapide et plus souple, il voit la situation dans son ensemble, en perçoit toutes les nuances et anticipe ce qui risque d'arriver. De ce fait, il «... s'oriente directement sur le problème... L'infirmière performante

est...le plus souvent capable de reconnaître une détérioration de l'état du malade avant même qu'il y ait des changements explicites dans les signes vitaux... » (Benner 1995 p 30-31).

L'expert quant à lui, a une énorme expérience et comprend de manière intuitive chaque situation. Il prend des décisions globales et ne « s'appuie plus sur un principe analytique...pour passer du stade de la compréhension de la situation à l'acte approprié » (op.cit. p 32) sauf dans les situations qui ne se déroulent pas comme prévu. Si « *le novice n'ignore rien de ses tâtonnements* » (Stroobants 1993 p 310), l'expert a beaucoup de mal à expliciter son savoir.

Les soins infirmiers un champ de compétences multiples se référant à des savoirs universels et spécifiques.

Alors que « *le médecin aborde la maladie de l'être humain, ...l'infirmière aborde l'être humain dans la maladie... Son intervention nécessite le recours à un savoir scientifique (connaissances théoriques sur la maladie et le traitement d'un patient donné) et à un savoir pratique (mise en place du traitement et de sa surveillance). Elle a par ailleurs recours à un savoir spécifique composé à la fois de ses propres valeurs et de son « savoir être* ». (Tahir, Hamel 2002 p 47)

En effet, même si l'infirmier se réfère à des savoirs issus d'autres disciplines, il ancre sa pratique sur certains

savoirs spécifiques que Carper a mis en lumière. Selon cet auteur américain, « *quatre catégories de savoirs (sont) utilisés par l'infirmière pour appréhender une situation de soin :*

- *Le savoir empirique, ... a pour but de décrire, d'expliquer et de prédire à partir d'un phénomène clinique observé...*
- *Le savoir esthétique, connu comme l'art infirmier, fait appel ... au ressenti de l'infirmière dans une situation de soin, à sa créativité et son imagination...*
- *Le savoir personnel résulte de la connaissance de soi acquise au fil du temps, et découle de la compréhension et de l'intégration des expériences vécues lors de l'accompagnement des personnes dans diverses situations de soins...*
- *Enfin, le savoir éthique se réfère aux règles et aux normes relevant de l'être humain...qui éclairent le jugement de l'infirmière dans sa quête de prendre soin » (Delmas, Jacquemin 2002 p 52).*

Nous venons d'avoir un aperçu de la complexité du travail infirmier qui part de la connaissance empirique, pour aboutir à la décision responsable, en passant par la connaissance intellectuelle et la connaissance rationnelle.

La méthodologie

La démarche

L'objet de cette recherche vise la compréhension intrinsèque de cette situation de formation complexe c'est à dire, décrypter ce qui se joue, repérer les liens entre les différents éléments constitutifs, donner sens aux réactions et comportements décrits pour permettre aux différents acteurs de prendre le recul nécessaire, être plus à l'aise dans leurs rôles respectifs et par là même optimiser cette situation de formation. Une démarche inductive paraît appropriée.

L'outil de recueil des données

L'entretien semi directif retenu, permet, à travers une petite dizaine de questions ouvertes, de centrer l'échange sur les différents thèmes du questionnement de départ, tout en laissant la personne interrogée, totalement libre dans ses réponses. Cette liberté de parole dans une trame bien définie apparaît essentielle dans une démarche exploratoire, qui se doit, de ne rien induire.

La trame de l'entretien quasi identique pour les soignants apprenants et formateurs, a été quelque peu modifiée pour la personne dialysée étant donné qu'elle occupe une position différente des deux précédents acteurs de la situation de formation.

Les questions posées au cours de l'entretien auprès des soignants concernent de façon chronologique :

- Le parcours professionnel.
- La motivation pour suivre cette formation ou participer à cet encadrement.
- L'état d'esprit avant, pendant et après la formation ou l'encadrement.
- Les éléments qui ont pu faciliter ou rendre plus difficile cette situation d'apprentissage ou d'enseignement.
- Le rôle de l'équipe.
- L'impact des situations de formations antérieures sur celle-ci.
- Les changements éventuels souhaités.

Les thèmes retenus pour la personne dialysée sont un peu plus restreints :

- Le parcours en dialyse.
- L'état d'esprit par rapport à la situation de formation.
- Le déroulement de la formation.
- L'influence de la personne dialysée sur la situation de formation ou son rôle éventuel.
- Les éléments d'un refus possible.

Choix des personnes interrogées

9 personnes ont été interrogées dont trois tuteurs, trois apprenants et trois patients.

Le choix des personnes interrogées est basé sur le volontariat. Il a été effectué, en concertation avec l'équipe soignante, par le cadre de santé du premier centre et la personne faisant fonction de cadre, dans le second. Ce sont elles, qui ont fixé le rendez-vous, en fonction de la présence au centre des personnes volontaires et de mes disponibilités.

Les consignes données :

- Que ce soit des personnes s'exprimant avec facilité.
- Que les expériences d'apprentissage et de formation soient relativement récentes.

Exploitation des données

Chaque entretien a été formalisé par écrit.



L'exploitation des données s'est faite en trois étapes.

1^{ère} étape : analyse thématique de chaque entretien. La première étape a consisté pour chaque entretien, à repérer toutes les idées émises de façon explicite, et à les classer dans des catégories thématiques.

L'implicite, qui apparaissait dans certaines phrases a été également noté.

2^{ème} étape : analyse comparative pour chaque catégorie d'acteur

Lors de la seconde étape, une analyse comparative des trois entretiens de chaque catégorie d'acteur a été réalisée. Elle consistait à reprendre, pour chaque catégorie d'acteur, les thèmes dégagés dans les analyses détaillées de chaque entretien. Ensuite, pour chaque thème, de mettre en parallèles les idées émises, afin d'en dégager les idées forces, divergences ou contradictions et d'en faire une première synthèse. De plus, une analyse sémantique a permis de mettre en exergue des termes utilisés par les trois acteurs de la même catégorie, donnant un sens plus précis au thème.

3^{ème} étape : analyse synthétique des trois catégories d'acteur. Les données synthétiques des analyses comparatives précédentes mises en parallèle dans leur thématique, ont permis de dégager les caractéristiques des différents acteurs et du contexte de formation ; les objets de l'apprentissage et leur enjeu ; les aspects généraux de la formation, les principes pédagogiques et les méthodes utilisés, enfin les différents facteurs influençant l'apprentissage en positif ou négatif.

Pour chaque thème, les idées ont été classées par ordre d'importance selon leur nombre de mention dans les neuf entretiens.

Analyse des données recueillies

Les caractéristiques des acteurs

Les personnes formées

Les personnes formées sont des professionnels soignants ayant plus ou moins d'ancienneté. Les extrêmes sont représentés dans notre échantillon, 27 ans, 5 ans et 9 mois. Ils sont issus pour les plus anciens de services à orientation plutôt technique.

Les personnes formées sont intéressées par l'aspect technique du travail en hémodialyse et l'amélioration que leur procure ce travail au niveau de leur qualité de vie. Elles sont par ailleurs, curieuses, motivées, inscrites dans un processus d'évolution, n'hésitent pas à se remettre en question et malgré une période de doute inévitable en début de formation, elles ont confiance en leurs propres capacités et en l'aide de l'équipe soignante.

Les formateurs

Les formateurs ont pour caractéristiques d'être des professionnels expérimentés, ayant au minimum 10 ans d'ancienneté dont au moins huit ans en hémodialyse, l'un d'entre eux affichant même 30 ans d'expérience dans ce secteur spécifique pour 33 ans de pratique professionnelle. Ils sont « formés sur le tas » au niveau pédagogique. Ils ne sont pas volontaires pour exercer cette fonction de tutorat mais l'assument, malgré la fatigue et le stress que cela peut générer, avec un sens aigu de leur responsabilité professionnelle, avec intérêt et motivation car ils y trouvent, en même temps qu'une

certaine reconnaissance et valorisation, une possibilité de partage et donc un enrichissement mutuel, personnel et professionnel.

Les personnes dialysées

Les personnes dialysées quelle que soit leur expérience de l'hémodialyse, craignent la ponction de fistule par une débutante et cela d'autant plus que leur fistule est fragile. Cependant, la présence de l'ancienne, les rassurent. Le contact humain leur apparaît essentiel dans cette relation de « dépendance obligée ». Apparaît ici, une forte demande des patients d'une certaine attention et compréhension de leurs ressentis par les soignants et donc que le centre d'hémodialyse ne soit pas seulement plateau technique, mais aussi un lieu d'écoute et d'accompagnement.



Cette attente légitime des patients, complexifie la relation pédagogique formé-formateur puisque l'attention à l'autre est doublée. Ceci exige une disponibilité d'esprit encore plus grande. Le formateur comme le formé ont, dans le cadre de leur fonction soin, à prendre en compte les réactions de la personne dialysée. Si cela semble plus facile pour le professionnel compétent et performant (à fortiori pour l'expérimenté et l'expert) qui maîtrise la situation et arrive à prioriser, cela semble beaucoup plus difficile pour le novice et le débutant encore très centrés sur leur objet d'apprentissage technique, sans vision globale de la situation.

Cela pose la question de l'apprentissage des capacités relationnelles.

L'objet d'apprentissage

Aucune contradiction n'est relevée, et s'il y a consensus sur la reconnaissance de compétences professionnelles déjà acquises et sur la nature des compétences à acquérir, notamment technique on peut, cependant, noter certaines différences d'appréciation, et la mise en évidence de certains aspects, par certains acteurs uniquement.

• Les compétences à acquérir

Il s'agit, de compétences cognitives, techniques, organisationnelles et relationnelles.

Le consensus est général quand à la progression de l'apprentissage technique, il est dicté par le niveau de complexité et

la logique de compréhension du système. Il débute par les gestes qui deviendront des automatismes: le montage du circuit extra corporel au niveau du générateur de dialyse, puis son démontage, ensuite le débranchement du patient de la machine, le branchement et se termine par la ponction de la fistule, geste tributaire de nombreux facteurs, le rendant relativement imprévisible.

Les compétences cognitives font appel aux savoirs théoriques à mobiliser dans les gestes techniques ou les actes de surveillance à effectuer. L'organisation du travail pendant la séance semble un aspect important car source de gain de

temps. A cela se rajoute l'organisation générale et particulière d'un centre d'hémodialyse. En hémodialyse certains professionnels découvrent la spécificité de la pathologie chronique et la relation soignant soigné particulière qui peut s'établir, différente de ce qu'on peut rencontrer dans les autres unités, du fait de la rencontre régulière et continue trois fois par semaine. La personne dialysée a parfois beaucoup de connaissances sur sa pathologie, elle peut en effet intervenir dans les prescriptions, ou refuser qu'une débutante pique sa fistule. Il existe des notions de pouvoir et d'autorité dans ces relations interpersonnelles, il peut aussi apparaître quelque fois, une certaine agressivité. Les savoirs de la psychologie de la santé, peuvent clarifier certains comportements et permettre ainsi une certaine distanciation aux soignants. Un apprentissage relationnel particulier a bien lieu, même si les personnes dialysées ne sont pas de cet avis.

• Les différences d'appréciation

Entre les soignants et les personnes dialysées, on perçoit une différence d'appréciation sur la nature des savoirs ou compétences à acquérir et leur niveau de difficulté notamment concernant la ponction de la fistule.

Les patients considèrent l'apprenant infirmier comme ayant acquis un savoir professionnel en formation initiale et dans sa pratique antérieure, l'apprentissage en hémodialyse concerne uniquement la technique (générateur et abord vasculaire) et la surveillance et l'organisation d'une séance, le reste relevant de la formation initiale. Seules les personnes dialysées et formées mentionnent la complexité de l'apprentissage à effectuer. Ceci peut être mis en lien avec l'appréciation différente des situations entre le novice et l'expérimenté ou l'expert. Enfin, si pour les formés, la différence entre le prescrit et le réel, entre le savoir procédural et le savoir pratique, semble une difficulté, pour les formateurs il s'agit d'un savoir à transmettre, issu des savoirs infirmiers spécifiques. Leur parfaite connaissance des différents objets d'apprentissage, l'état de performance atteint en raison de leur expérience, les amène à développer un savoir pratique qui autorise une certaine souplesse dans l'action et permet d'anticiper. Ils se sentent responsable de la transmission de ce savoir.

Les enjeux de l'apprentissage

Les apprenants, comme les formateurs ont une conscience aiguë du fait qu'ils vont être collègues, ils travaillent tous dans une même optique professionnelle et personnelle : produire à l'issue des quelques semaines de formation, un professionnel a peu près autonome, digne de confiance, qui puisse intégrer l'équipe et contribuer à faciliter son travail et le rendre harmonieux. Cependant, il ne s'agit pas seulement de transmettre « le métier » le mieux possible mais bien plus que cela, il s'agit d'assurer la relève.

Si la préservation de la fistule, reste l'enjeu majeur pour le patient l'espoir de ne pas avoir mal au moment de la ponction et de ne pas perdre de temps en cours de séance semble également une préoccupation non négligeable.

Les personnes dialysées, les plus anciennes, observent une diminution d'effectif ces dernières années et font apparaître un autre enjeu institutionnel. Il s'agit en effet, pour l'institution hospitalière, d'avoir, en période de pénurie, des professionnels opérationnels, le plus rapidement possible. L'exigence de productivité et d'efficacité propre à toute entreprise, aussi à l'institution hospitalière, ne risque-t-elle pas d'influencer les moyens attribués et donc le déroulement de la formation ?

Les aspects généraux de la formation

• La durée de la formation

Cette notion de durée implique que la personne formée est en plus de l'effectif, nécessaire au fonctionnement du centre. Elle est « encadrée » par une ancienne selon une durée variant de 4 à 8 semaines et en fonction du geste réalisé.

En clinique, la période de « doublure » est fluctuante selon la rapidité des capacités d'acquisition de l'apprenant et plus courte qu'en centre universitaire.

• Les principes pédagogiques

Ceux-ci sont classés par ordre de priorité, le premier étant le plus apparu dans les échanges. **Etablir une relation de confiance.**

Formés et formateurs sont unanimes : cet aspect est fondamental dans la

relation andragogique. Mais la relation de confiance avec le formé ne suffit pas, il faut aussi la trouver avec le patient. **Donner sens à ce qui est fait.** Mettre des mots sur ce qui est fait, même si cela n'est pas facile pour la personne expérimentée, et permettre ainsi à l'apprenant de comprendre les gestes réalisés pour les mémoriser et les intégrer, semble une démarche constante et indispensable. **Etablir une progression dans les gestes à acquérir et dans le niveau de difficulté.** Ces différentes étapes d'acquisition sont programmées et l'on passe d'une étape à l'autre uniquement si les acquisitions de la précédente sont faites sauf en cas de blocage de l'apprenant. C'est le formateur qui donne le feu vert. **Adapter l'enseignement à l'apprenant.** Les trois formateurs insistent sur l'importance de partir du formé, de ce qu'il est. Il s'agit d'évaluer sa situation au départ pour adapter ensuite l'enseignement au contexte de l'apprenant et à son évolution. Ainsi sans formation pédagogique, par la répétition des situations et une réflexion sur celles-ci, les personnes interrogées ont mis en évidence certains principes pédagogiques en formation d'adulte.

L'influence des formations antérieures existe de manière plus ou moins consciente semble-t-il. En effet quatre personnes interrogées sur six, indiquent une influence certaine, pour l'aspect relationnel, que ce soit dans la relation andragogique et soignante ou pour la pratique de l'encadrement.

• La démarche tutorale

Le consensus est général pour décrire la méthode utilisée : montrer en expliquant c'est à dire mettre des mots sur ce qui est fait, laisser faire en étant à côté, réajuster si nécessaire, laisser faire seul en supervisant de loin, puis laisser faire seul. Concernant le tuteur ou référent, les formés et les formateurs pensent préférables d'avoir le même référent pendant les premiers jours ou la première semaine, et pas plus de deux ou trois référents les trois premières semaines. En fin de formation, au contraire il semble utile et enrichissant de changer de formateur afin de varier les manières de faire et permettre à l'apprenant de choisir sa propre méthode, de trouver en quelque sorte son propre « style ».

Les facteurs influençant l'apprentissage

• Les facteurs humains

Les caractéristiques de l'apprenant

L'intérêt, l'implication et la motivation du formé de même que sa curiosité, son esprit de recherche et sa capacité à poser des questions (nommés six fois : 6x) comptent parmi les qualités essentielles pour atteindre ses objectifs d'apprentissage. La maturité, savoir choisir le moment, s'adapter aux formateurs et aux attentes de l'équipe et les caractéristiques individuelles dans la rapidité d'acquisition (3X), mais aussi l'honnêteté de l'apprenant (2X) semblent plus important que la forme physique, la capacité à se remettre en question et à s'auto évaluer (1X).

L'anxiété et la difficulté à maîtriser son stress (5X) sont des handicaps majeurs pour l'apprenant. Le manque d'expérience mais aussi d'intérêt, la crainte du regard de l'autre (2X) sont cités comme élément de difficultés par un formé et un formateur. Un caractère renfermé, sensible, une difficulté à exprimer ses manques, un manque de maturité, une fatigue ou des problèmes personnels (1X) contribuent à rendre l'apprentissage plus difficile.

Les caractéristiques du formateur

Avoir une bonne expérience en hémodialyse (8X) et donner des explications claires (6X) apparaissent comme étant les éléments clef du formateur dans la facilitation de l'apprentissage. Une attitude calme, posée, rassurante qui donne confiance (5X) alliée à une certaine écoute du vécu et ressenti du formé (4X) et un comportement rigoureux scrupuleux, voir pointilleux, (4X) s'avèrent également nécessaires. Soutenir, encourager, valoriser ou positiver ce qui est fait semble tout aussi important que la motivation et l'envie du formateur pour encadrer (3X). Respecter le formé, être patient et montrer de réelles capacités pédagogiques (2X) sont d'autres qualités nécessaires pour aider l'apprenant. Faire preuve de maturité, donner une direction, être organisé et anticiper mais aussi avoir une certaine autorité sur le patient (1X) sont d'autres capacités ou traits de caractère, considérés comme facilitant pour l'apprentissage du formé.

La non maîtrise des connaissances, le manque d'expérience (3X) et un comportement non respectueux (1X) qui démonte

le formé sont considérés dommageable pour l'apprentissage. Enfin un manque de souplesse, de patience, de cohérence et d'organisation, une difficulté à trouver les mots (1X) sont des caractéristiques plutôt négatives pour le formateur et entravent l'apprentissage du formé.

Les caractéristiques de la personne dialysée

L'intervention des personnes dialysées en cours de séance pour rappeler certaines choses, contribuer à la surveillance ou guider (5X) le novice et débutant sont considérés comme aidant par ces derniers, même si selon les dires des patients certains professionnels en principe plus compétents, n'apprécient pas trop. Les personnes dialysées craignent la ponction d'une débutante, elles perçoivent aussi l'inquiétude et le stress de cette dernière. Elles sont dans l'ensemble compréhensives par rapport à leur inexpérience, et acceptent leur moindre dextérité au cours de la phase d'apprentissage. Certains optent, malgré leur crispation interne, pour une attitude encourageante et aidante (4X), un comportement agréable et détendu (2X) et acceptent qu'un débutant les ponctionne (2X) car ils sont conscients que leur attitude peut influencer l'apprentissage.

Le refus d'être ponctionné par un novice (9X) mais aussi l'anxiété, la crainte et la tension (5X) du patient au moment de la ponction sont considérés comme de véritables freins à l'apprentissage. Un patient agressif (2X) impressionne et peut faire perdre confiance au novice.

Le rôle de l'équipe

Guider, montrer, répondre aux questions lorsqu'ils sont sollicités notamment dans leur domaine de compétence privilégié, (5X) constituent leur contribution positive à la formation du professionnel novice. La bonne ambiance qui règne dans l'équipe, l'esprit de camaraderie et la solidarité dont ils font preuve dans les coups durs (2X) sont considérés comme des facteurs favorisant l'apprentissage. Permettre aux affinités de se créer, et accepter que le novice et le débutant soient plus lents sont également des facteurs favorisant l'apprentissage.

La non compréhension de la lenteur des débutants apparaît comme l'élément négatif essentiel pour l'équipe (2X).

Les expérimentés semblent oublier leurs hésitations et tâtonnements en tant que novice. L'exigence médicale, le refus d'encadrer, la résistance au changement, la nonchalance dans le travail de certains, l'absence de notions pédagogiques (1X) sont des comportements observés au niveau de l'équipe qui freinent l'apprentissage.

• Les facteurs contextuels

Les outils et moyens pédagogiques

Obtenir trop d'informations à la fois (5X) et être encadré au départ par plusieurs référents semblent être les obstacles principaux pour l'apprenant. Lorsque les formateurs n'ont pas la même démarche d'encadrement, ne laissent pas suffisamment faire au départ ou vont trop vite, ne suscitent pas la réflexion, (1X) l'apprenant se trouve en difficulté.

La situation de travail

La situation de travail en elle-même est considérée comme formatrice en ce qu'elle donne une vision exacte de la réalité du travail au quotidien et de ses imprévus, qu'elle permet la répétition des situations et aussi de voir régulièrement des événements particuliers non encore survenus, (1X). Cependant, les tuteurs reconnaissent qu'une moindre charge de travail au début de la formation, leur permettrait d'affiner les explications et d'améliorer leur encadrement. Avoir une charge de travail identique aux jours sans encadrement (5X) constitue pour tous les acteurs et notamment les formateurs une réelle difficulté et aussi une préoccupation puisque certains le mentionnent plusieurs fois au cours de l'entretien. En effet l'exigence de rentabilité et de productivité (1X) reste la même en situation de formation. Les besoins du service priment sur l'encadrement. En situation d'urgence, en cas d'incident plus ou moins grave ou d'imprévu, l'encadrement est arrêté et remis à plus tard. La pression du cadre horaire et la contrainte du temps, évoquées plus haut, peuvent aussi gêner certains acteurs en situation de formation (2X). Les pannes techniques et les situations problème trop fréquentes sont un frein pour l'apprentissage. Enfin la différence entre le travail prescrit et le travail réel (1X) et la difficulté des référents à se rencontrer, réaliser des bilans réguliers et en fin de formation sont ressentis comme des entraves à l'apprentissage.

Les orientations possibles

• Le cadre général de la formation

Au vue de l'analyse précédente, nous nous attacherons à définir un cadre général, qui permette de garantir le minimum de qualité requise, pour former un professionnel autonome, capable, une fois les bases acquises, de trouver en lui-même, les ressources nécessaires pour poursuivre sa formation et progresser dans la connaissance de soi, indispensable dans le domaine du soin.

Les valeurs et croyances

L'adulte apprenant est vu comme **une personne responsable et autonome**, ayant atteint une maturité qui lui permette d'assumer ses choix qu'il émet en toute liberté. Il possède une certaine expérience de la vie et aussi professionnelle, qui lui inspirent ses propres valeurs et croyances. Celles-ci fondent l'image qu'il a de soi et lui permettent de se réaliser dans l'action et de trouver solution aux problèmes qu'il se pose, peut être par une action de formation.

L'apprentissage de l'adulte, qui s'inspire des théories générales de l'apprentissage, s'inscrit dans une conception de l'apprentissage tout au long de la vie. « *Si apprendre est une réponse à un besoin, apprendre est aussi, en soi, un besoin, une condition fondamentale du développement de la personne.* » (Blais, Chamberland, Hrimech, Thibault 1994) Les notions de changements et transformations sont importantes, changement pour s'adapter à l'évolution rapide de notre monde actuel, mais aussi changement pour soi. En effet, la formation d'adulte est caractérisée majoritairement par l'initiative personnelle des apprenants, acte volontaire, responsable et autonome.

Le tuteur se doit d'avoir une attitude concertante et selon la vision poétique de Labelle (Labelle 1977 p 280-289), **être tout à la fois lecteur, architecte et interface de l'apprenant**. Lecteur parce qu'il accepte ce que dit l'apprenant, et le corrige si la rigueur scientifique ou professionnelle l'exige, sans porter de jugement de valeur sur sa personne. Architecte, parce qu'il négocie avec lui, la mise en œuvre du projet d'encadrement, les objectifs et les règles de fonctionnement et d'évaluation. Interface enfin, en ce qu'il permet la rencontre avec

la personne dialysée, acteur direct de la situation de formation, et tous les autres partenaires de travail, qu'ils soient ou non dans l'institution.

Les principes pédagogiques

Adapter l'enseignement à l'apprenant. Cela suppose, « *accorder une place prépondérante à l'expression et à la clarification des besoins de l'apprenant* » (Blais, Chamberland, Hrimech, Thibault 1994) en début de formation, mais aussi en cours de formation, pour comprendre la situation qui est la sienne, connaître ses attentes, décrypter les problèmes qu'il se pose, et repérer ses ressources : ses connaissances, son expérience. Tout au long du processus de formation, dans une dynamique de réciprocité, utiliser ses ressources, évaluer son évolution et proposer des moyens adaptés à son profil, en sollicitant son potentiel créatif.

Etablir une relation soignante et andragogique de confiance. Créer et maintenir un climat propice à l'apprentissage et à l'atteinte des objectifs, est tout aussi important. « *Pour que le travail soit porteur d'espoir, il est indispensable qu'il soit vécu dans la confiance* » (Labelle 1977 p 127). Cette confiance qui naît dans le regard de l'autre, un regard patient et compréhensif, qui encourage, propose, réoriente, valorise. Cette confiance qui grandit et s'enracine dans un rapport respectueux et authentique, ne rejetant pas la remise en question, et qui implique pareillement les trois acteurs.

Donner sens à ce qui est fait. Pour pouvoir agir efficacement, il est indispensable de comprendre. La compréhension passe par la mise en mot des savoirs nouveaux, mais aussi des expériences ou représentations de l'apprenant, confrontés dans l'échange réciproque et la recherche personnelle, aux savoirs constitués. Ainsi, apprendre est bien une quête de sens. Dans cette quête, le formateur fait fonction de médiateur.

Etablir une progression dans les gestes à acquérir et dans le niveau de difficulté. Selon le modèle computationnel de la pensée humaine qui s'inscrit dans le courant des neurosciences, les

connaissances déclaratives (connaissances sur l'action, ses résultats, les conditions nécessaires), se transforment en connaissances procédurales (compilation en acte d'une connaissance déclarative), par l'imitation et la répétition. Si l'on se réfère à l'approche socioconstructiviste, l'apprentissage correspond à une succession de conflits socio-cognitifs. Etant donné ces mécanismes d'apprentissage, l'on comprend pourquoi, amener trop d'éléments nouveaux à la fois est cité comme l'obstacle principal pour l'apprenant.

Utiliser l'hétérogénéité et la coopération de l'équipe, comme facteur d'apprentissage. Interface entre l'apprenant et le groupe, le tuteur veillera à mettre à profit chaque fois que cela sera possible, la collaboration « des autres » parce que sur tel objet d'étude, les uns sont plus experts ou compétents que les autres. Il contribuera ainsi à enrichir l'apprenant par la rencontre d'individualités hétérogènes, et par là même à enrichir le groupe, pouvant créer une dynamique d'apprentissage collectif.



Le tuteur : un professionnel compétent, pédagogue et motivé

Si nous nous basons sur le modèle Dreyfus et Dreyfus présenté dans la seconde partie, deux ans d'expérience professionnelle en hémodialyse, apparaît être le niveau minimal requis pour assurer la fonction tutorale. Le Boterf parle de niveau de professionnalisme et indique des critères observables pour repérer le niveau de compétence. Selon lui, le professionnel confirmé a acquis

une maîtrise professionnelle. La capacité à enseigner et plus précisément à simplifier, expliciter, imager, démontrer, relier est indispensable. Le tuteur se doit d'être à l'aise dans la communication, notamment pédagogique. La mise en mots et la simplification pose cependant la question de l'expert en tant que tuteur. Cette caractéristique nous conduit directement à la motivation humaine et donc à l'image de soi. Le professionnel qui se perçoit comme ayant des capacités pédagogiques, ou dont l'entourage lui renvoie cette image, aura envie de les démontrer et manifestera un intérêt pour cette fonction tutorale. A l'inverse, celui qui est moins à l'aise dans ce type de communication, laissera volontiers à ses collègues, cet aspect du champ professionnel infirmier.

L'organisation générale

→ Un mois : durée minimale de formation

Suite aux réflexions émises, un mois d'encadrement nous paraît indispensable à l'acquisition des bases minimales requises pour le travail en hémodialyse.

Cette période peut être allongée en fonction des caractéristiques individuelles de l'apprenant et de la complexité des apprentissages à réaliser, elle-même dépendante du type d'unité dans lequel le professionnel ira travailler. En effet, travailler en centre d'hémodialyse implique l'apprentissage en plus, de certaines techniques non utilisées en unités médicalisées ou d'autodialyse.

Le formateur a la responsabilité de seulement un puis deux patients les quinze premiers jours de l'encadrement. Cette organisation est

fondamentale pour un enseignement de qualité, au tout début de l'apprentissage.

L'apprenant a le même poste de travail que le tuteur. Pendant toute la durée de son encadrement, il est nécessaire que l'apprenant ait le même cadre horaire de travail, que son référent. En effet, cet impératif, lui permettra d'avoir un aperçu de la chronologie du travail, des actes à effectuer, et de percevoir la logique de déroulement.

Un même référent les trois premiers jours et pas plus de trois référents les quinze premiers jours. L'étude des mécanismes d'apprentissage, nous incite fortement à respecter une certaine progression dans l'apport de connaissances. Cet apport est directement tributaire du tuteur chargé de former l'apprenant. Or les tuteurs, en principe professionnels au minimum compétent ou confirmé, dans le domaine de l'hémodialyse, ont un niveau de professionnalisme parfois très différent du fait de leurs expériences et parcours professionnels antérieurs et en hémodialyse. Leur pratique connaît, de ce fait des variantes, peu importantes certes mais extrêmement gênantes pour l'apprentissage de nouveautés. Voilà pourquoi nous préconisons le même tuteur les trois premiers jours et pas plus de trois tuteurs différents, les quinze premiers jours. L'idéal étant de ne changer de tuteur que tous les trois jours.

→ D'autres référents en fin de formation

L'apport des théories cognitivistes est explicite, les dires des personnes interrogées pas moins. Trop d'informations et trop de référents au début sont un réel obstacle, mais voir différentes situations et différents modèles en fin de formation, sont des facteurs favorisant l'apprentissage et permettent de trouver son style propre, et de s'affirmer dans sa nouvelle identité professionnelle.

Une journée d'encadrement complémentaire plus tard. La situation de l'apprenant après la formation peut être comparée à une situation de transfert de connaissances. En effet durant la formation il a acquis des savoirs et savoirs faire, en étant encadré de près, puis supervisé par le tuteur. Après la formation, il pratique sans encadrement et se trouve de ce fait dans un nouveau contexte. Or selon le modèle de Toupin (TOUPIN 1995), l'absence de suivi et de renforcement suite à une formation, peut être un frein au transfert de connaissance. Il semble donc utile, après une période de pratique « solitaire » de minimum un mois, de reprendre avec l'un des tuteurs, les éléments essentiels de la formation au travers d'une journée d'encadrement complémentaire d'ancrage et de réajustement éventuel.

Les moyens pédagogiques

→ Le projet d'encadrement : contrat pédagogique entre le formé et les tuteurs

Ce projet devrait expliciter leurs valeurs et croyances relatives à la fonction tutorale, mais aussi à l'adulte en formation et à son apprentissage. Il devrait définir les principes pédagogiques qui guideront leur action de formateur, à partir d'un consensus général, chaque formateur s'engageant à les respecter. Il précise également la planification générale de la formation, notamment la durée de l'encadrement et son organisation générale. Enfin il indique les objectifs spécifiques de formation en termes de compétences ou de savoirs et savoirs faire à acquérir. Il nomme en regard les contenus d'enseignement, et les méthodes pédagogiques retenues en termes d'enseignement et d'évaluation.

→ Des méthodes pédagogiques : interactives et formatives

Le professionnel infirmier apprenant en hémodialyse, possède de par son expérience passée, de nombreux savoirs voir même certains domaines d'expertise, qui lui sont propres. Il s'implique dans son apprentissage, et s'appuie sur ses expériences antérieures, mais aussi sur l'imitation et la répétition. Par ailleurs, le formateur en hémodialyse, a pour ambition, l'autonomie de l'apprenant, voilà pourquoi il se doit d'être tout à la fois, modèle et médiateur. Modèle en ce qu'il montre et explique ce qu'il fait et puis « fait faire » très rapidement. Médiateur en ce qu'il observe et écoute l'apprenant, respecte son rythme, favorise son implication à toutes les étapes de la formation. Selon la maïeutique socratique, a travers un questionnement adapté, il lui permet de réajuster par lui-même, de faire des liens, de trouver ses propres réponses. Il propose, par ailleurs, des évaluations formatives qui lui donnent des repères par rapport aux objectifs visés et l'éclairent sur ses réussites et échecs, en soulignant ses constantes dans la façon d'agir.

→ Les supports associés

Le formateur se doit de fournir les outils facilitant la recherche de sens de l'apprenant. Ces outils sont de deux ordres :

Les premiers : bilans et évaluations formatives, plutôt outils de suivi, serviront de repère à l'apprenant et de lien entre les référents.

Les seconds : livres, articles, mémoires de recherche, compte-rendus de formations, protocoles de soins, fiches techniques, cassettes vidéo ou Cdrom, plutôt documents d'aide, à la recherche de connaissances déclaratives utiles en ce domaine.

Le rôle du cadre de santé

• **Initiateur facilitant et motivant**

Au stade du projet d'encadrement, le rôle du cadre de santé est d'être à l'écoute des besoins et aspirations, s'appuyer sur les demandes éventuelles pour initier ce travail. Afin de garantir une certaine efficacité de production, il définit un plan d'action, en fixant des objectifs réalistes à partir du modèle proposé, sur une durée limitée dans le temps, qu'il appréciera en fonction de l'activité du centre et des disponibilités possibles des personnes impliquées. Il sera présent lors des réflexions du groupe de travail et notamment la première pour expliciter le plan d'action et si besoin est, les concepts à étudier. Il veillera à l'expression libre de chacun, stimulera l'énoncé de leur pensée, permettra de faire des liens et explicitera la sienne sans toutefois la rendre prédominante. Il sera attentif à ce que toutes les idées émises et retenues par le consensus de groupe, figure dans les écrits et que le contenu de formation indiqué, soit en cohérence avec les compétences à acquérir.

Par des synthèses régulières, il fera le lien d'une période de réflexion à l'autre jusqu'à la synthèse finale et veillera à ce que le document formalisé soit à disposition de l'équipe rapidement. Il incitera, chaque membre de l'équipe à prendre connaissance du document, en rappelant que l'encadrement fait partie intégrante de la fonction infirmière, et que chacun peut être amené un jour ou l'autre à encadrer.

• **Organisateur vigilant et ferme.**

Pour garantir une certaine qualité de formation, et ne pas démotiver les référents, il se doit, dans l'élaboration du planning prévisionnel de travail, de respecter les règles établies en commun,

concernant la durée de la formation, le poste de travail de l'apprenant, le nombre de référent et la qualification de ce dernier pour encadrer. S'il survient l'absence d'un référent, il se doit, pour ne pas nuire au processus d'apprentissage, de le remplacer, si possible si c'est en début de formation, par un référent ayant déjà encadré, en utilisant au besoin comme argument les principes établis en commun dans le projet d'encadrement. Si ce remplacement ne pouvait pour des raisons de non disponibilité de personnel, ne pas être assuré pendant un jour ou deux, il pourra décider de surseoir à l'encadrement, l'apprenant étant alors plutôt en position d'aide dans les limites des acquisitions déjà faites. Ces journées de formation devraient être récupérées par la suite, afin de respecter la durée établie.

• Accompagnateur attentif et disponible

Dans le cadre de la formation, et dans une optique de mise en confiance, il informe les personnes dialysées de l'arrivée prochaine d'un nouveau professionnel, de la période de formation probable et de son déroulement, ou vérifie que cette information ait été donnée. Par la suite, il veille à ce que le nouveau professionnel soit présenté à chaque patient et peut être amené à intervenir, si un blocage sérieux devait apparaître avec l'un ou l'autre patient.

Son rôle d'encadrement des équipes vaut en situation de formation. Il contribuera à une bonne intégration du nouvel agent en le voyant avant le démarrage de son stage, pour lui expliquer succinctement l'organisation spécifique de l'unité, et lui présenter le projet de soins de l'unité, mais aussi connaître ses propres attentes et craintes éventuelles. Il lui remettra le projet d'encadrement que l'apprenant explicitera par la suite avec le référent. Malgré les impératifs en lien avec ses autres fonctions, il essaiera de rester proche de l'équipe, de régulièrement s'enquérir du déroulement, observer, être à l'écoute, entendre les difficultés, aider à trouver des solutions en regard des principes établis, pour soutenir les professionnels dans leur démarche d'apprentissage et de formation. Si l'apprenant le juge nécessaire, il pourra faire un bilan en milieu de stage car il a aussi, dans le cadre de son activité de gestion, une fonction de contrôle et d'évaluation.

• Evalueur objectif et responsable

Il ne s'agit en aucun cas de montrer du doigt les insuffisances ou les manquements en cours de formation. Il s'agit beaucoup plus de permettre l'expression libre, de susciter une auto-évaluation, des différents protagonistes soignants, afin de percevoir les réussites et difficultés, les besoins existants et voir avec eux les réajustements éventuels souhaités ou nécessaires.

Dans la dernière partie qui suit, nous étudierons le parallèle qui est apparu tout au long de ce travail entre la relation soignante et la relation andragogique pour essayer d'en dégager les similitudes et les différences.

Relation soignante et andragogique : catalyseur mutuel de compétence

• Des similitudes de visée et de démarche

Une relation en réponse à un besoin. Le besoin de santé et le besoin d'apprendre manifestés, l'un par la personne malade, et l'autre par l'adulte apprenant, s'expriment tous deux, en regard d'un problème de développement personnel, celui-ci pouvant se situer autant dans la sphère physiologique que psychologique. Apprendre les compétences nécessaires pour travailler en hémodialyse correspondait, nous l'avons vu, à un cumul de plusieurs besoins : continuer à réaliser un travail où l'aspect technique est important, découvrir des nouveautés et enfin avoir une meilleure qualité de vie. Le besoin de davantage de stabilité et donc de sécurité, allié au besoin de l'estime de soi et d'autrui ainsi qu'au besoin de se réaliser sont le fondement de cette relation de formation engagée. Satisfaire ces besoins, devient extrêmement motivant puisque issu d'une démarche d'apprentissage libre et volontaire, d'où une attitude responsable dans ses choix et comportements. La relation andragogique s'engage sur une vision claire des rôles supposés de chacun. A l'inverse, la personne dialysée n'a pas choisi d'être malade, le véritable stress psychosocial et les nombreuses contraintes enclenchées par cette pathologie. La relation soignante s'engage là sur des bases souvent imprécises, qui nécessitent, comme nous l'avons plus haut une clarification plus ou moins longue à advenir.

De plus l'enjeu ne se situe pas au même niveau, si pour le premier il s'agit d'une plus entière réalisation de soi, pour le second l'enjeu est vital, si cette relation n'est pas engagée, la personne soignée à tout à perdre.

• Les notions de pouvoir et d'autorité dans les relations soignantes et pédagogiques

L'infirmière aborde l'être humain dans la maladie et sa connaissance riche des situations, fondée sur ses capacités d'observation d'écoute et d'analyse, peut avoir une influence importante sur les décisions médicales. Encore faut-il qu'elle investisse pleinement ce rôle propre qui lui est attribué. Car elle peut aussi se réfugier davantage dans la technicité, et refuser de s'investir dans cette démarche interpersonnelle de reconnaissance mutuelle, de clarification, de définition d'objectifs communs avec en regard un plan d'action adapté utilisant toutes les ressources à disposition. Dans ce cas, elle ne sera pas engagée dans une relation de partenariat visant l'expression et l'autonomie du patient, mais elle sera beaucoup plus dans une relation de domination soignante qui consistera à « faire à la place de » plutôt que de l'accompagner dans « le faire tout seul ». Cette domination qui est une forme de pouvoir sans réciprocité, qui inclut une idée de contrainte, et peut conduire à toutes sortes de déviance. Elle ne sera pas dans cette relation d'autorité relevée par un soignant, qui peut donner confiance et accepter que l'on modifie son comportement. Cette relation d'autorité et donc de pouvoir reconnu comme légitime par le patient, du fait des compétences soignantes démontrées par l'investissement adapté de ses différents rôles. Ainsi, le pouvoir n'est pas qu'individuel, il est aussi social. Les relations de travail et institutionnelles secrètent du pouvoir. Pouvoir en lien avec les statuts professionnels et les savoirs qui leur sont attribués. De ce fait, l'enseignant ou le formateur, peut être concerné par ce type de relation. S'il pense détenir le savoir « vérité » il est dans une toute puissance qui ne laisse pas la place à l'autre. « *Ce qui décide de la relation de pouvoir et d'autorité, c'est évidemment la façon qu'on aura de l'utiliser. ... Alors que le pouvoir rassemble, collectivise, l'autorité subjective, s'adresse sujet à sujet, personne à personne* » (Guy 1994 p 25).

• L'autonomie comme visée

La relation soignante et la relation andragogique sont toutes deux asymétriques puisque l'un des protagonistes est censé en savoir plus que l'autre. Si ces relations se fondent sur l'autorité, qui reconnaît légitimement l'autre comme un autre soi-même mais différent, l'objectif visé sera l'accomplissement de l'autre, vers un devenir souhaité par lui, et de soi-même, à travers la rencontre. Le rôle du formateur et du soignant se rejoint dans la visée.

• La relation d'aide comme démarche

Nous l'avons indiqué plus haut, la relation soignante et andragogique sont une réponse à un besoin et enclenchent de ce fait une démarche de résolution de problème, qui se veut aidante mais exige, pour y répondre de façon adaptée et obtenir un changement du vécu expérientiel, une analyse des besoins et du contexte. La relation d'aide est l'outil de communication utilisé dans cette démarche. Les infirmiers, tout comme certains pédagogues s'inspirent des travaux et recherches de Carl Rogers. Les concepts les plus fréquemment utilisés sont ceux de non directivité, d'empathie ou encore de congruence. Ainsi la relation d'aide aide le soignant et le formateur à trouver la juste distance ou la juste présence, lors d'expériences d'accompagnement.

Les autres comme partenaires.

Utiliser l'hétérogénéité et la coopération de l'équipe, comme facteur d'apprentissage a été érigé comme principe pédagogique dans la situation de formation spécifique étudiée. Cela vaut aussi dans la relation soignante. Prendre soin n'est pas seulement l'affaire de soignants pris individuellement, mais bien la préoccupation d'une équipe qui coopère et dont l'esprit de camaraderie et de solidarité a été souligné dans le second chapitre. Cette coopération conduit à l'élaboration de la compétence collective et permet l'émergence d'une organisation non plus seulement formatrice, mais aussi apprenante.



• L'apprentissage des compétences relationnelles

La compétence relationnelle : don inné ou acquis ?

Les études menées auprès « d'enfant sauvage » démontrent, s'il en est besoin, que sans action d'éducation, les facultés ou le potentiel propres à chaque individu ne se développent que très peu. Le petit d'homme est donc éduqué et socialisé. Les comportements de l'adulte sont issus de cette éducation ou socialisation.

Ainsi la compétence relationnelle, résulte d'un ensemble de savoirs acquis, compris et mémorisés qui deviennent des capacités, et d'une mobilisation de ces capacités en situation, c'est à dire d'un transfert que Toupin définit comme « *l'utilisation de connaissances acquises dans des contextes autres que ceux dans*

lesquels elles furent acquises. Cette utilisation peut se faire en ne modifiant pas l'apprentissage initial, ou bien en incorporant celui-ci à une réponse plus complexe ou signifiante » (Toupin 1995 p 97).

L'enseignement de compétence : explicitation théorique et pratique réflexive

Les connaissances sont la composante de la compétence qu'on peut acquérir le plus facilement. Se pose alors la question du transfert de ces connaissances et donc de leur utilisation sur le terrain. Comment faciliter ce transfert est la question que peut se poser tout formateur institutionnel.

Si l'on considère que l'expérience s'acquiert grâce à une réflexion sur l'action et donc une prise de conscience effective de ce qui se joue dans la situation, la formation initiale ou continue peut favoriser les transferts en ce

qu'elle privilégie les groupes de réflexion sur l'action ou groupe d'analyse des pratiques. Elle peut aussi stimuler la pratique réflexive, par des jeux de rôles ou le partage des expériences relationnelles propres et une interrogation et clarification sur ses propres sentiments et affects. Cette pratique réflexive oblige à une certaine distanciation qui sera aidante dans les expériences professionnelles difficiles et permet une certaine connaissance de soi indispensable dans la relation de soin, mais aussi dans la relation pédagogique.

Etant donné l'apprentissage en lien avec l'expérience et plus précisément avec la pratique réflexive sur l'action, l'on est en droit de se demander si les compétences relationnelles acquises dans le domaine du soin, ne sont pas transférables dans le domaine pédagogique et inversement ?

Conclusion

Les caractéristiques du contexte de travail et celles des trois acteurs influencent assurément, la situation de formation d'adulte sur le lieu de travail.

La mise en évidence de ces caractéristiques positives et négatives, a permis de dégager les représentations de l'adulte apprenant et du tuteur de stage, les principes pédagogiques qui sous-tendent cette situation de formation, enfin le cadre général minimal requis pour une formation de qualité et le rôle du cadre de santé dans l'élaboration et la mise en œuvre de ce programme. Elles devraient en outre, permettre à chaque acteur de comprendre les enjeux et donc de clarifier son propre rôle. Elles peuvent aussi servir de base à d'autres travaux relevant de l'apprentissage au chevet du malade.

Nous avons par ailleurs mis en évidence des similitudes de visée et de démarche dans la relation soignante et andragogique. Ceci nous a permis de confirmer la possibilité d'un apprentissage relationnel professionnel. Au vu du processus d'acquisition des compétences par l'expérience, nous pouvons affirmer que la compétence relationnelle développée dans le soin, enrichit les compétences relationnelles en andragogie et inversement.

Se pose maintenant la question de la formation des formateurs et par delà, celle des méthodes pédagogiques utilisées dans ce type de formation. Voilà qui pourrait faire l'objet d'un autre travail de recherche en sciences de l'éducation.

Les caractéristiques du contexte de travail et celles des trois acteurs influencent assurément, la situation de formation d'adulte sur le lieu de travail.

Bibliographie

Livres

1. BENNER P. *De novice à expert, excellence en soins infirmiers*. Inter Editions 1995
2. BRUCHON-SCHWEITZER M, DANTZER R. *Introduction à la psychologie de la santé*. Editions PUF 1994.
3. KOURILSKY O. *Néphro uro dialyse*. Editions Lamarre, collection objectifsoins.
4. LABELLE J.M. *Université et Education des adultes*. Paris. Les éditions d'organisation. 1977
5. LABELLE J.M. *La réciprocité éducative*. Editions PUF. 1996.
6. LAZURE H. *La relation d'aide*. Québec. 1987.
7. LE BOTERF G. *Construire les compétences individuelles et collectives*. Edition d'organisation. Paris. 2000
8. LE BOTERF G. *De la compétence à la navigation professionnelle*. Les éditions d'organisation. 1997
9. STROOBANTS M. *savoir faire et compétence au travail*. Edition de l'université de Bruxelles. 1993
10. TOUPIN L. *De la formation au métier – Savoir transférer ses connaissances dans l'action*. Edition ESF. Collection pédagogies. 1995

Revues

1. BLAIS M, CHAMBERLAND E, HRIMECH M, THIBAUT A. *L'andragogie, champ d'étude et profession*. Québec. Guérin Universitaire. 1994
2. DELMAS P, JACQUEMIN N. *Du savoir infirmier à la recherche infirmière, un pas vers l'université ? Soins N°667 – juillet 2002*.
3. GUYA. *Pouvoir ou faire autorité dans la relation pédagogique*. *Revue soins formation, pédagogie encadrement N°11 3è trimestre 1994*
4. TAHIR K., HAMEL N. *Le savoir soignant une réalité concrète*. *Soins N°667 – juillet 2002*
5. WITORSKI R. *De la fabrication des compétences*. *Education permanente. N°135. 1998*