

LA FORMATION

4.4.1 La motivation

1. LA MOTIVATION A DEVENIR INFIRMIER

La question des motivations nous paraissait intéressante, bien que difficile, puisque la majorité d'entre elles sont inconscientes et issues de l'histoire de vie du sujet. Elles vont déterminer l'intention d'agir du sujet et colorer son comportement éthique et c'est en ce sens qu'elles nous concernent.

⊗ Echantillon des étudiants

Motivations	E1	%	E3	%	Ecart
parce que vous aimez vous occuper des autres	141	71%	95	66%	- 5,2%
pour vous sentir utile	92	46%	37	26%	- 20,8%
parce que vous avez toujours souhaité devenir infirmière	51	26%	51	35%	+ 9,7%
pour la sécurité de l'emploi	38	19%	26	18%	- 1,1%
suite à des circonstances de la vie qui vous ont amené à prendre soin de quelqu'un	31	16%	29	20%	+ 4,5%
parce que vous avez été influencée par le modèle d'une infirmière	30	15%	18	13%	- 2,7%
parce que vous n'avez pas eu la possibilité de faire autre chose	9	5%	2	1%	- 3,2%
par hasard	4	2%	8	6%	+ 3,5%
autres	17	9%	7	5%	- 3,7%
Total	413		274		
N= Nb étudiants	198		144		

Malgré les dires de certains professionnels de la santé, la motivation à devenir infirmier ne paraît pas avoir beaucoup changé.

Nous ne retrouvons qu'un faible pourcentage, de personnes de 1^{ère} année qui sont venues à cette profession :

- pour des justifications pécuniaires ou pour la sécurité d'emploi (19%)

- parce qu'ils n'ont pas eu la possibilité de faire autre chose (5%)
- ou par hasard. (2%)

Le plaisir de s'occuper d'autrui se retrouve dans 71 % chez les novices. C'est une motivation très forte, qui se corrèle avec leur rôle familial et social. Le besoin des autres repéré précédemment se justifie par la nécessité de donner du sens à leur existence, à travers l'aide qu'il apporte à autrui. Selon certains auteurs, certaines personnalités infirmières ne pourraient exister qu'à travers l'aide témoignée à autrui. Ce qui peut expliquer que 46% des futurs infirmiers ressentent le besoin de se sentir utile et d'être reconnus.

La vocation selon Bejaran et Missenard (1963)¹ « *est l'ensemble des forces qui orientent la vie du sujet vers un travail lui apportant satisfaction de ses désirs profonds et de réalisation de soi....Les forces concernent un sujet....qui se trouve issue à ses désirs inconscients et par là, qui assure son propre accomplissement* ». Un infirmier sur quatre dit avoir toujours manifesté le désir de devenir infirmier. Cette « vocation », bien que critiquée de nos jours, paraît néanmoins moins importante que jadis. Si elle continue à subsister ce n'est plus certainement dans le sens « *du don gratuit de la bonne sœur aux cornettes* », mais plus dans la réalisation d'un idéal de vie professionnelle et de carrière.

En comparant les « novices aux débutants » nous constatons que les étudiants de 3^{ème} année ont moins le sentiment d'avoir été motivés pour cette profession par le besoin d'utilité. (significatif à 3.77) D'autre part nous trouvons presque 10 % d'étudiants en moins qui pensent avoir toujours souhaité devenir infirmier. Ont-ils oublié ou le profil a-t-il réellement changé ?

Nous penchons volontiers vers la première proposition en référence à une recherche menée il y a de nombreuses années.² En effet les novices disent avoir des motivations qui sont en fait des « *motivations dites vitrines* » dont ils ont conscience. Alors que les motivations profondes et inconscientes, celles qui serviront de moteur à la formation se découvriront progressivement sur le chemin de la construction de l'identité professionnelle et c'est à celles-ci que les étudiants de 3^{ème} année se réfèrent principalement.

¹ I. CONSEIL, I. *La personnalité de l'Infirmière*. Paris : Editions Lamarre 1990. (p. 81)

² SINI, C. *Motivations des élèves infirmières*. Mémoire fait à l'Université de Genève. 1978

Nous avons choisi de classer les différentes motivations en quatre catégories³ :

- La catégorie « **St Bernard** » correspondant aux motivations altruistes (items 1-3-4)
- La catégorie « **Modèle** » correspondant à un sujet qui s'est identifié à un modèle de soignant (professionnel ou familial) ou qui a bénéficié d'une expérience personnelle dans la pratique de soin (items 6-7)
- La catégorie « **Projet** » correspondant à un sujet ayant un projet défini : devenir puéricultrice, enseignante ou faire de l'humanitaire... (correspond à l'item autres)
- La catégorie « **Raison** » ou le rationnel semble l'avoir emporté (items 2-5-8)

Motivations	E1	%	E3	%	Ecart
catégorie "St Bernard"	287	69%	183	67%	-2,7%
catégorie "modèle"	63	15%	47	17%	1,9%
catégorie " Raison"	55	13%	36	13%	-0,2%
catégorie "projet professionnel"	8	2%	8	3%	1,0%
N = Nb de réponses	413	100%	274	100%	

La catégorie « St Bernard » est très largement en tête. De plus nous avons choisi de classer l'expérience personnelle « du prendre soin d'une personne proche » dans la catégorie modèle, alors qu'il se trouve certainement parfois à l'origine de naissance de motivations altruistes.

La catégorie « Modèle » arrive en seconde position. L'expérience personnelle « du prendre soin de quelqu'un » ou le modèle d'un soignant, à qui le sujet a pu s'identifier, construit la motivation. N'oublions pas que nous avons dans notre échantillon une proportion très importante de mères qui appartiennent à des professions intermédiaires de la santé (20%) auxquelles le candidat a pu s'identifier. L'image maternelle symbolisant l'amour, la sécurité, la douceur et les soins maternels va être pour certains la naissance d'une vocation.

Certains ont eux-mêmes vécus l'expérience de la maladie et de l'hospitalisation qui les ont, par conséquent, sensibilisés à la souffrance et les a amenés à embrasser cette profession humaine.

³ Le calcul s'est fait non sur le Nb d'étudiants mais sur la totalité des réponses

Comparaison entre régions

Nous observons des différences d'une région à l'autre bien que peu significative sur le plan statistique vu le nombre dans chaque région.

C'est la Lorraine et l'Ile de France qui recrutent les plus de « St. Bernard ». L'Auvergne et le Centre les sujets ayant « modèle » comme vocation.

Les concours d'entrée sont organisés par chaque IFSI à partir des directives ministérielles de la Santé. Ils choisissent et sélectionnent les candidats en fonction de leur projet concernant le profil personnel souhaité, le profil étudiant attendu et le profil professionnel projeté.

E1 Régions	Total	Le St Bernard	%	La Raison	%	Le Modèle	%	Le Projet	%
Bourgogne	62	42	68%	8	13%	10	16%	2	3%
Auvergne	31	22	71%	1	3%	8	26%	0	0%
PACA	67	45	67%	9	13%	12	18%	1	1%
Le Centre	47	32	68%	5	11%	10	21%	0	0%
Lorraine	27	22	81%	3	11%	2	7%	0	0%
Pays de Loire	108	69	64%	20	19%	12	11%	7	6%
Ile de France	69	55	80%	5	7%	9	13%	0	0%
Total	411	287		51		63		0	

Une fois l'écrit obtenu⁴, les candidats peuvent se présenter à « l'entretien de sélection ». Cet entretien consiste à l'argumentation d'un sujet sanitaire et social devant un jury de trois personnes composé d'un psychologue, d'un formateur de l'IFSI et d'un cadre surveillant.⁵

Il existe de nombreuses écoles préparatoires qui préparent au concours d'admission. Malheureusement le travail de préparation de ces écoles consiste plus à **modeler** les étudiants, en gommant leurs traits de personnalités qui risqueraient de sortir du profil recherché et projeté comme souhaitable par les IFSI. Cette modélisation est suffisamment forte pour que les argumentations des

⁴ L'écrit regroupe un test de culture générale et un test psychotechnique

⁵ Appelé dans cette recherche gestionnaire

candidats soient souvent superposables les unes aux autres et les réponses presque identiques.

Il est alors nécessaire «de piéger l'étudiant» afin de le faire sortir de son attitude programmée et modélisée afin de pouvoir évaluer réellement le candidat en retrouvant son authenticité.

Tout ceci, signifie que le concours actuel, pose de sérieuses difficultés. Car malgré la sélection qui est faite, les IFSI se retrouvent en 1^{ère} année avec un % d'échecs qui serait trop élevé, (même si certains abandons sont salutaires), et qui permet d'avancer que le profil sélectionné, (ou mal sélectionné), ne correspond pas au profil souhaité par l'IFSI. (En effet certains candidats avaient été parfois repérés comme fragiles ou peu sociables lors de la sélection mais n'avaient pas été pour autant éliminés)

A partir de notre expérience de formatrice,⁶ nous pouvons avancer que les membres du jury semblent avoir tendance à sélectionner une personne pédagogiquement correcte «brillante» sur le plan intellectuel avec une capacité d'analyse importante, une richesse de vocabulaire, une capacité à argumenter une idée (même si cette idée n'est pas la sienne) à avoir une attitude ouverte, mais (pas extravertie), faisant preuve de créativité et d'autonomie mais (pas excentrique dans sa manière de se comporter et de s'habiller), bref qui entre dans les normes de l'IFSI.⁷ Les problèmes qui se posent en première année sont manifestés par des échecs scolaires qui révèlent souvent des difficultés majeures de comportements jugés inacceptables par l'équipe enseignante ou par les professionnels en stage ou alors des souffrances morales en lien avec leur questionnement sur la maladie et la mort.

⁶ Tiré de mon expérience de formatrice sur une dizaine d'IFSI formé à l'entretien de sélection

⁷ En référence aux formations que j'assure dans les IFSI, pour préparer les formateurs à la sélection des candidats

⊖ Echantillon des soignants

Nous constatons une différence relativement importante sur les motivations dites vocationnelles. Nous avons presque un soignant sur deux qui dit avoir toujours souhaité devenir infirmier. Ce résultat est d'autant plus important que nous trouvons chez ceux ayant un DE ⁸ un score élevé, alors que chez les infirmiers psychiatriques nous en avons que 3/16 qui avancent cette motivation première

Tableau en %

Motivations	E3	S
parce que vous aimez vous occuper des autres	66	55
parce que vous avez toujours souhaité devenir infirmière	35	46
pour vous sentir utile	26	26
pour la sécurité de l'emploi	18	10
suite à des circonstances de la vie qui vous ont amené à prendre soin de quelqu'un	20	9 ⁹
parce que vous avez été influencée par le modèle d'une infirmière	13	8
par hasard	6	6
autres	5	6
parce que vous n'avez pas eu la possibilité de faire autre chose	1	4

Le besoin de se sentir utile n'est pas non plus réparti de manière égale suivant le type de diplôme obtenu. Sur les 26 soignants qui avancent cette motivation 22/ 26 ont un DE¹⁰. Le profil St Bernard correspond bien aux infirmiers anciennement DE. Alors que les infirmiers psychiatriques sont venus à la profession essentiellement pour le plaisir de s'occuper d'autrui

Tableau en %

Motivations	E1	E3	S	C
Catégorie "St Bernard"	69	67	76	60
catégorie "Modèle"	15	17	11	15
catégorie " Raison"	13	13	12	20
catégorie "Projet"	2	3	1	6

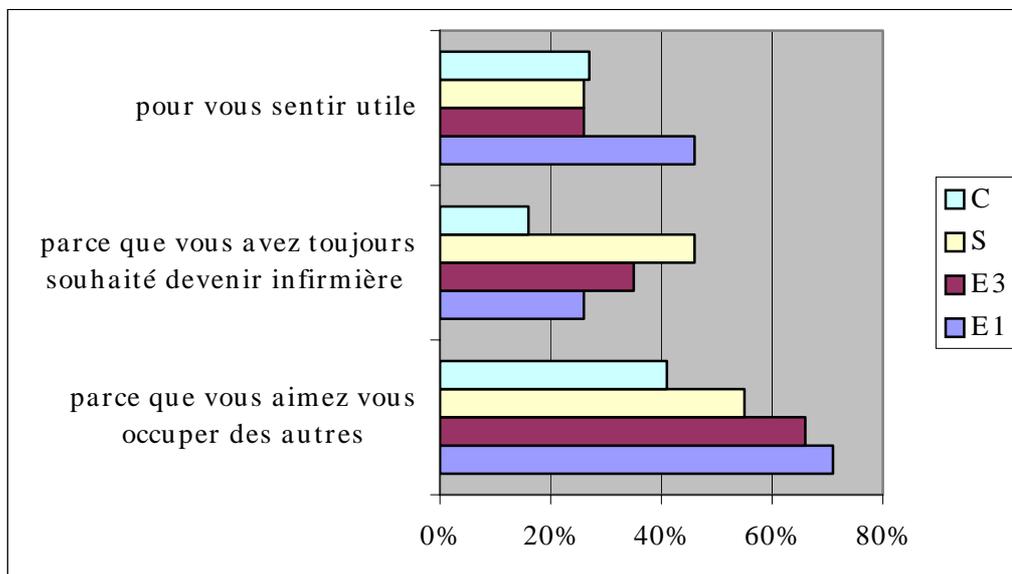
⁸ Diplôme d'Etat

⁹ Différence significative avec les E3 a (2.34)

¹⁰ Diplôme d'Etat Français

⊖ Echantillon des cadres

Pour le groupe cadres, le plaisir de s'occuper des autres se retrouve encore en première position mais a diminué.

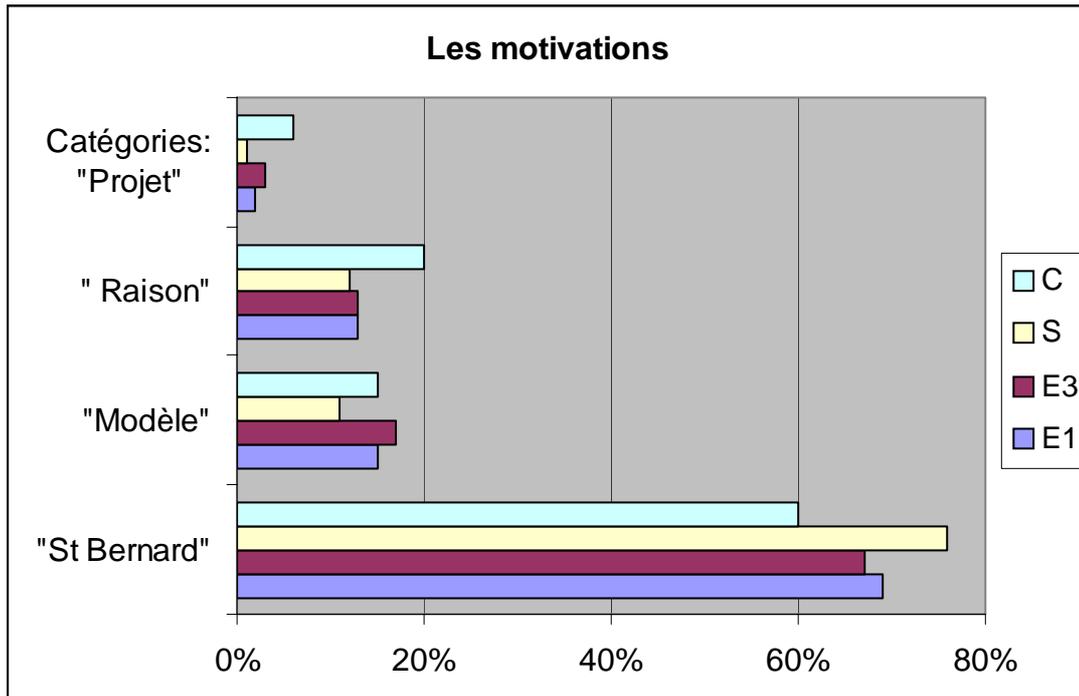


La vocation ne semble pas non plus souvent présente. Par contre 15% disent être arrivés là par hasard et semblent avoir eu besoin de se réaliser dans un profil de carrière. Nous trouvons 8% des personnes du groupe cadres qui avaient un projet professionnel défini. Ce qui pourrait signifier que le profil cadre s'inscrit dans une trajectoire partiellement anticipée et réfléchie.

Comparaison des 4 échantillons

Tableau en %

Motivations	E1	E3	S	C
parce que vous aimez vous occuper des autres	71	66	55	41
parce que vous avez toujours souhaité devenir infirmière	26	35	46	16
pour vous sentir utile	46	26	26	27
pour la sécurité de l'emploi	19	18	10	5
suite à des circonstances de la vie qui vous ont amené à prendre soin de quelqu'un	16	20	9	12
parce que vous avez été influencée par le modèle d'une infirmière	15	13	8	9
par hasard	2	6	6	15
parce que vous n'avez pas eu la possibilité de faire autre chose	5	1	4	5



Nous constatons une baisse significative entre les soignants et les cadres en ce qui concerne l'amour de s'occuper des autres (significatif à 1.98) et le souhait depuis toujours de devenir infirmière (significatif à 4.59) mais par contre le hasard a eu plus d'influence (significatif à 2.08). En comparant avec les étudiants de première année nous trouvons une baisse significative de la motivation concernant la sécurité d'emploi. La conjoncture économique n'étant certainement pas la même.

Les étudiants de troisième année ont moins le besoin de se sentir utiles dans cette profession. (significatif à 3.77)

2. MOTIVATIONS DES PROFESSIONNELS A DEVENIR FORMATEURS EN SOINS INFIRMIERS

Une infirmière praticienne qui travaille dans une équipe de soins après un certain nombre d'années peut désirer **faire évoluer la pratique de soins**. Pour cela il lui faut changer de mission et se former pour développer de nouvelles compétences.

Les formateurs pensent souvent, à tort ou à raison, que le meilleur moyen de changer la pratique soignante, c'est d'intervenir dans la formation initiale, où il sera possible de faire passer dans l'enseignement, au-delà des directives

ministérielles, ce qu'ils considèrent comme fondamental et qu'ils ne sont peut-être pas arrivés à faire valoir dans les soins.

Motivations à devenir formateur	N	%
le désir de changer et de faire évoluer la pratique de soin	25	45%
le plaisir d'enseigner	20	36%
le désir de se former	15	27%
mon projet professionnel	13	24%
je ne l'ai pas choisi	9	16%
autres	4	7%
le sentiment de perdre son temps comme infirmière	1	2%
pour rompre la routine	1	2%
Je ne sais pas	1	2%
le désir de quitter les soins au patient	0	0%
la difficulté de supporter les conflits de l'équipe soignante	0	0%

Le plaisir d'enseigner est très fréquemment lié au désir de changer la pratique de soins conjointement souvent au projet de carrière.

Ce rôle éducatif est déjà pratiqué par l'infirmière soignante auprès du bénéficiaire de soins dans le cadre du projet de soins éducatifs et des nombreux stagiaires qui se forment dans les services. Cet encadrement en stage est souvent très apprécié par certain personnel qui souhaite se former pour être mieux à même de répondre aux besoins de formation des étudiants stagiaires.

Le certificat « cadre de santé » étant polyvalent il permet aux cadres de travailler aussi bien dans la formation que dans les services de soins. Nous avons **16 % des cadres formateurs qui disent n'avoir pas choisi l'enseignement** ce qui peut signifier qu'ils auraient préférés occuper un poste de surveillant dans les soins s'ils n'avaient pas été contraints à ce poste.

4.4.2 Le vécu de la profession et de la formation

1. LE VÉCU DE LA FORMATION

B. Dierckx de Casterlé¹¹ (1993) a trouvé un lien positif entre la formation et le comportement éthique des étudiants en soins infirmiers, plus particulièrement en ce qui concerne le mode de relation instauré entre l'enseignant et l'enseigné et la manière dont l'étudiant perçoit ses études qui influenceraient significativement la formation du jugement éthique.

⊗ Echantillon des étudiants : Tableau comparatif des E1 et E3

Tableau en %

Vécu de la formation positif	E1	E3	Ecart	Signif
intérêt grandissant	23	31	+ 8	-
passionnément	8	17	+ 9	2.55
en lien avec les stages	13	46	+ 33	6.80
permet de se connaître	14	59	+ 45	8.74
me permet de changer	8	48	+ 40	8.45
Vécu de la formation négatif	E1	E3	Ecart	
infantilisant	3	23	+ 20	5.74
adulte responsable	15	6	- 9	2.60
me déçoit	1	4	+ 3	-
ne correspond pas à mes attentes	1	2	- 1	-
perd son temps	1	2	+ 1	-
peu d'intérêt pour les matières	0	3	+ 3	-

Le vécu de la formation devient globalement positif sur les trois années d'études. Avec une très forte influence sur la connaissance de soi et le changement et le développement personnel (très fortement significatif à 8.74 et 8.45) qui favorise

¹¹ Thèse de doctorat en Belgique 1993

par le questionnement personnel le développement de la compétence éthique d'autant mieux que les étudiants vivent la formation en alternance favorablement, puisque les stages et la formation théorique sont perçus comme complémentaires. Pourtant derrière ce paysage harmonieux se cache un point noir qui n'est pas à sous-estimer puisqu'il maintient les novices et les débutants dans un état d'infantilisation. Cet handicap sera lourd de conséquences, les empêchant de développer leur autonomie et de prendre leurs responsabilités dans la formation et dans leur vie professionnelle future.

La réforme de mars 92 * modifiant le programme d'études conduisant au diplôme d'état d'infirmier en France aurait dû mener les équipes d'enseignants à devenir des formateurs d'adultes à part entière et à introduire dans leur système de formation de nouveaux concepts pédagogiques de l'Education des Adultes. Nous observons que ce changement pédagogique a été insuffisant pour remplir sa nouvelle mission et que les formateurs n'ont pas changé pour autant leur relation pédagogique.

D'autre part la majorité des étudiants ne viennent plus directement du Lycée, mais sont passés par l'Université et ont acquis une certaine autonomie dans cet espace de liberté qui leur était laissé. En arrivant en formation professionnelle ils espèrent être traités en adulte responsable et ne souhaitent pas régresser, même si la demande des étudiants peut apparaître très ambiguë, Sini (1978).¹²

* Arrêté du 30 mars 1992 relatif aux conditions de fonctionnement des Instituts de formation en soins infirmiers

¹² Mémoire de DEA « Approche des phénomènes régressifs dans la formation en santé mentale par la Grounded Theory » Université de Genève 1978.

Tableau en %

REGIONS	Vécu positif		Vécu négatif		Divers	
	E1	E3	E1	E3	E1	E3
Bourgogne	81	73	6	21	13	6
Auvergne	90	90	3	10	1	0
PACA	95	92	2	0	9	8
Le Centre	75	78	12	20	12	2
Lorraine	74	93	19	3	7	3
Pays de Loire	53	96	0	2	47	2
Ile de France	91	80	4	19	4	1

Nous observons des différences d'une région à l'autre. Si nous comparons les E3 nous repérons des écarts concernant le vécu positif et le vécu négatif de la formation. Ce qui n'est pas très étonnant compte tenu que les IFSI fonctionnent avec des équipes pédagogiques différentes d'une région à l'autre par le projet pédagogique qui est mis en place et par le niveau de compétences des formateurs. Nous repérons en effet que l'ensemble des formateurs des Pays de Loire bénéficient d'un cursus universitaire en majorité d'un 2^{ème} cycle en sciences de l'éducation généralement, (alors que l'échantillon des Cadres est à 50%) Cette région obtient le score de satisfaction le plus élevé suivi de la Lorraine. (malheureusement les formateurs ont refusé de remplir le questionnaire et nous n'avons pas leur profil d'études) et de PACA.

2. VECU DE LA PROFESSION

⌘ Echantillon des soignants et des cadres

Le vécu de la profession est largement positif. La profession permet d'enrichir les professionnels et correspond à leurs attentes.

Cependant ce qui ressort de ce questionnaire ne semble pas correspondre totalement à la réalité actuelle des hôpitaux. Le sentiment de souffrance est un problème majeur reconnu par les dirigeants des hôpitaux et par l'ANAES¹³

Tableau en %

Comment vivez-vous votre profession d'infirmières ?	S	C
Vécu positif		
elle me permet de m'enrichir	36	46
avec un intérêt grandissant	19	27
d'une manière passionnée	13	25
Vécu négatif		
comme un "gagne pain"	10	6
avec un sentiment de routine	6	0
avec un sentiment de souffrance	6	15
ne correspond pas à mes attentes et (ou) à mon idéal	5	4
Vécu neutre		
en évolution permanente	40	56

Alors pourquoi cette souffrance ne s'exprime-t-elle pas dans ce questionnaire ?

Les questions s'y prêtent-elles ?

Le vécu des cadres est très positif. Ils vivent leur carrière professionnelle comme enrichissante et passionnante avec un intérêt toujours grandissant. Cela n'empêche pas certains cadres d'être en souffrance dans leur fonction. (significatif à (2.08)

Nous repérons que cette souffrance augmente avec les responsabilités de cadre. (Cette question ne concernait que les cadres gestionnaires et cliniciens.)

¹³ ANAES Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. *En application de l'ordonnance du 24 avril 1996*

L'accréditation est une procédure d'évaluation externe à un établissement de santé, effectuée par des professionnels indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle, évaluant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques. Elle vise à assurer la sécurité et la qualité des soins donnés au malade et à promouvoir une politique de développement continu de la qualité au sein des établissements de santé. L'organisme accréditeur établit avec les professionnels du système de santé, des référentiels pour apprécier les structures, les procédures et les résultats en terme de gain de santé et de satisfaction du patient.

4.4.3. La relation

Nous allons analyser successivement :

1. La relation pédagogique

- Dans le suivi pédagogique
- Dans les stages, en enseignement clinique et lors des mises en situation professionnelle
- Dans l'enseignement théorique

2. La relation avec le bénéficiaire de soins

(*)¹⁴

1. LA RELATION PEDAGOGIQUE

→ **DANS LE SUIVI PEDAGOGIQUE**

⊗ Echantillon des étudiants et des cadres formateurs

Le suivi pédagogique est un temps prévu pour accompagner les étudiants durant leurs trois années d'études. Il a été instauré avec la naissance du programme de 1992. C'est un temps de 245 heures par année qui est sous la responsabilité des formateurs. Un des axes principaux de ce suivi est la gestion du projet professionnel de l'étudiant, qui va servir de fil conducteur aux études et plus particulièrement pour le choix des modules optionnels.

Ce suivi peut être individuel ou en groupe. Il est très fréquemment vécu par les formateurs, particulièrement pour ceux qui ont réfléchi en formation sur ce suivi, comme un temps pédagogique riche et gratifiant qui donne sens à leur rôle de formateur.

En ce qui concerne les étudiants de 1^{ère} année, plusieurs IFSI n'avaient pas encore mis en place ce suivi et les étudiants ne savaient pas de quoi il s'agissait, ce qui justifie les 48 non réponses.

¹⁴ La relation interdisciplinaire sera traité dans le chapitre des Soins

Tableau en %

Relation dans LE SUIVI PEDAGOGIQUE	E1	Ecart E1/E3	E3	Ecart E3/C	C
de conseil	67	- 26	41	+ 10	51
écoute	66	-10	56	+ 29	85
de soutien	42	+16	26	+21	47
chaleureuse	33	-10	23	+ 7	30
enrichissante	19	+3	16	+ 24	40
espace de liberté	15	-4	11	+ 24	34
dynamique	13	-3	10	+ 3	13
structurée	13	-6	7	+ 4	11
directive	11	+6	17	- 15	2
modélisante	11	0	11	- 5	6
imposée	8	+ 26	34	- 32	2
infantile	5	+3	8	- 8	0
de partage	4	0	4	+13	17
bureaucratique	3	+5	8	- 8	0
inutile	2	+9	11	- 11	0

La relation pédagogique est définie comme un temps d'écoute et de conseil. C'est une relation avant tout de soutien et un moment chaleureux à vivre.

Pour les étudiants de 3^{ème} année, la relation pédagogique est toujours définie comme un temps d'écoute et de conseil, mais de manière moins fréquente.

Un étudiant sur quatre cependant pense que la relation de conseil ne définit plus la relation du suivi pédagogique, 10 % des étudiants pensent qu'ils n'ont plus l'écoute souhaitée durant ce suivi pédagogique et que d'autre part ce suivi pour 25% est vécu comme imposé par l'équipe pédagogique et qu'ils ne l'ont pas forcément choisi.

Comparaison E3 avec les cadres formateurs

La perception des Etudiants de 3^{ème} année avec celle de leurs formateurs responsables¹⁵ de ce suivi n'est pas en concordance. La relation pédagogique dans le suivi pédagogique se vit très différemment en fonction de la place qu'on occupe dans cette relation. Nous repérons des décalages qui sont significativement importants.

Les formateurs semblent idéaliser les relations qu'ils entretiennent avec leurs étudiants. Ils se la représentent comme une relation d'accompagnement : d'écoute, de partage, de liberté, de soutien à laquelle ils auraient ajouté la relation de conseil.

Tableau en %

Relation dans LE SUIVI PEDAGOGIQUE	E3	C	Ecart E3/C	Dif. signif
écoute	56	85	+ 29	6.45
de conseil	41	51	+ 10	–
de soutien	26	47	+21	3.39
enrichissante	16	40	+ 24	4.21
espace de liberté	11	34	+ 24	4.38
chaleureuse	23	30	+ 7	–
de partage	4	17	+13	2.60
dynamique	10	13	+ 3	–
structurée	7	11	+ 4	–
modélisante	11	6	- 5	–
directive	17	2	- 15	3.70
imposée	34	2	- 32	6.07
infantile	8	0	- 8	2.90
bureaucratique	8	0	- 8	2.90
inutile	11	0	- 11	3.43

Ils ne la vivent pas comme bureaucratique ni comme directive ou infantile et imposée puisqu'elle est pour eux enrichissante.

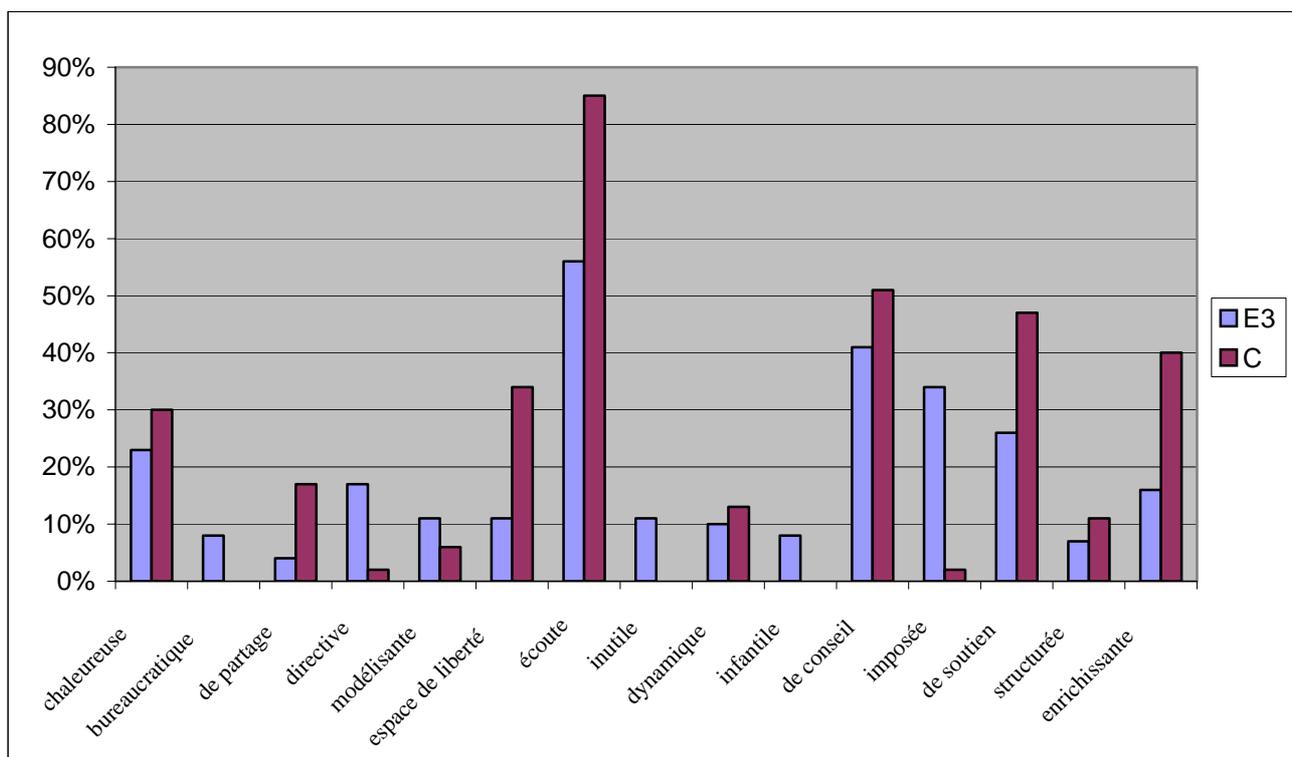
¹⁵ Selon les textes régissant la formation

De la place **des étudiants**, il semblerait bien que cette relation se définisse comme imposée et directive et qu'elle ne serait pas vraiment un espace de liberté et de partage. Néanmoins plus de la moitié reconnaissent qu'ils se sentent écoutés durant ces temps formalisés.

Comment expliquer ce décalage ? les formateurs sont-ils vraiment centrés sur l'apprenant ? ou restent-ils centrés sur leurs objectifs ?

Les étudiants de 1^{er} année arrivent avec un vécu de lycéen ou d'étudiant d'Université. Le jugement de cette relation paraît plus clément et semble plus proche de celle des formateurs. Leur passé influence très probablement leur représentation du suivi pédagogique.

Comparaison de la perception des étudiants de 3^{ème} année et de leurs formateurs lors du SUIVI PEDAGOGIQUE



→ LA RELATION PEDAGOGIQUE LORS DES STAGES

La formation est partagée entre la formation théorique et les stages, qui correspondent à la moitié du temps de formation. Cette formation en alternance amène les formateurs à se rendre dans les unités de soins pour dispenser un **enseignement clinique**. Cet enseignement fait par les formateurs¹⁶ est à distinguer de l'encadrement des étudiants en stage qui est sous la responsabilité du personnel diplômé des services. L'enseignement clinique est aujourd'hui largement insuffisant, le manque de temps et les difficultés d'organisation font que cet enseignement est rarement privilégié et il est fréquent de constater que les formateurs se déplacent essentiellement pour évaluer les étudiants dans les mises en situations professionnelles. Pourtant cet enseignement permettrait de travailler sur le développement des compétences par excellence car les situations cliniques sont au carrefour des différents savoirs. Ceux-ci en effet ne peuvent pas se « transférer bêtement » mais obligent le novice à réorganiser ses savoirs en les contextualisant afin qu'ils puissent prendre sens et l'amener à se questionner sur le meilleur soin à offrir au bénéficiaire de soins.

Les étudiants explicitent ce type de problématique par le décalage existant entre la théorie et la pratique « *l'école n'a pas su nous préparer à la profession* » ou « *les enseignants sont trop théoriques* »

Il est vrai que fréquemment la réflexion pédagogique porte essentiellement sur *le comment faire* ? En respectant les normes établies et non sur le *pourquoi faire* ? qui permettrait d'ouvrir la réflexion éthique sur le sens du soin.

En 1^{ère} année, nous avons 50 NR qui correspondent à des étudiants qui n'ont pas encore bénéficié d'enseignement clinique.

La relation pédagogique est décrite par les étudiants comme enrichissante, un espace de liberté et de conseil et vécue comme dynamique.

Pour les étudiants de 3^{ème} année, la relation reste toujours très enrichissante c'est une relation qui s'est largement développée dans le conseil et elle est toujours très dynamisante.

¹⁶ L'encadrement des stagiaires « est assuré par du personnel diplômé qui prépare progressivement les étudiants aux responsabilités qu'impliquent les soins infirmiers » Annexe de l'arrêté du 23 mars 92.

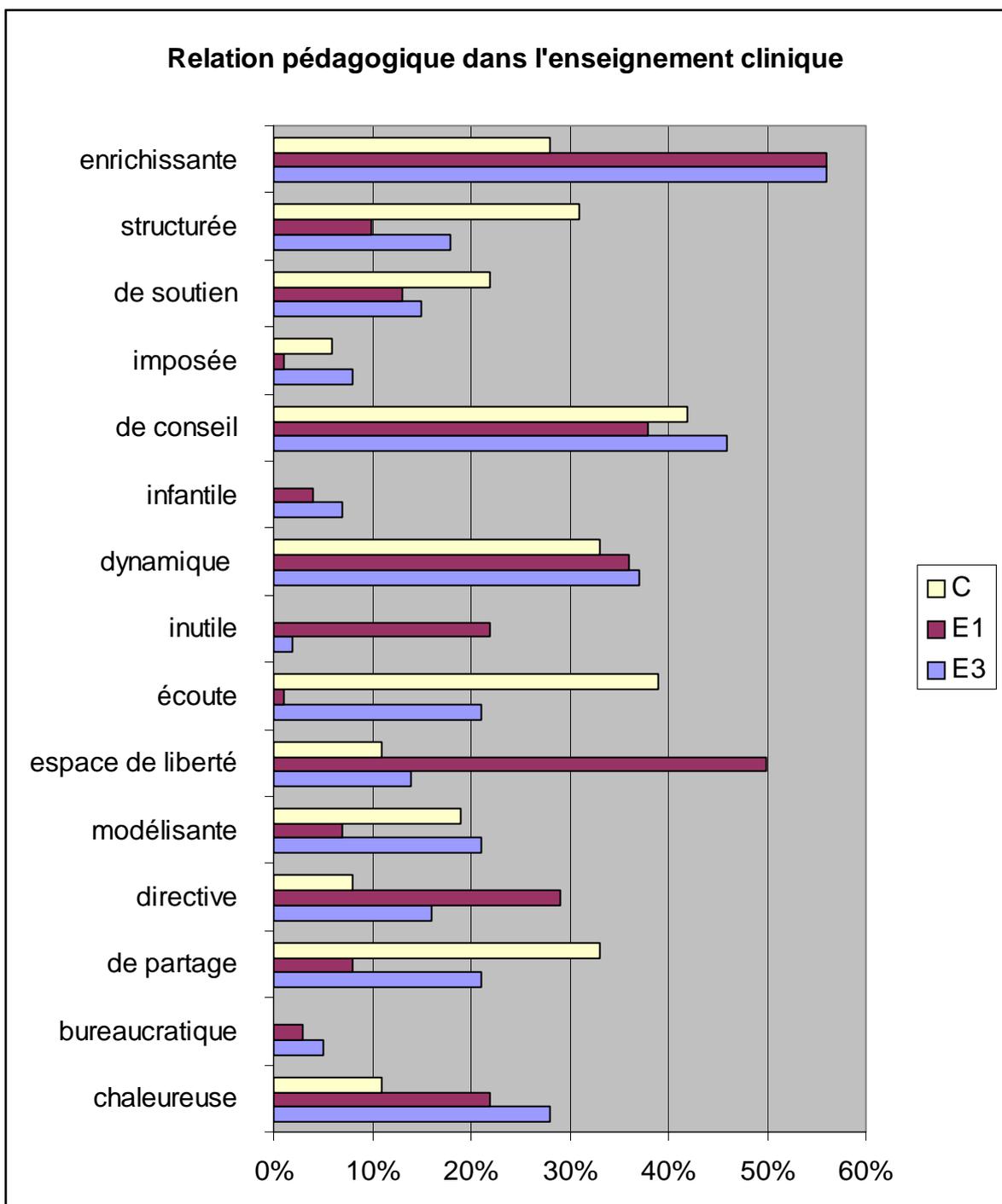
Elle est appréciée par les étudiants, puisque vécue comme moins directive et plus utile. Par contre que dire de la diminution de l'espace de liberté offert. Il semblerait bien que cet espace diminue à fur et à mesure que l'examen de la mise en situation professionnelle du Diplôme d'Etat approche. Cette diminution d'espace de liberté peut être comprise comme un rapprochement à une modélisation (où il s'agirait de donner «*la bonne réponse*» de manifester *l'attitude attendue* et *souhaitée* par le formateur.) Les étudiants reconnaissent bien volontiers se comporter en fonction des priorités de chaque formateur. Ils s'adaptent plus en quelque sorte aux «*exigences externes normatives*» qu'à la situation contextuelle présente. Ce qui signifie que le novice comme le débutant vont rechercher à être reconnu comme «*qualifié*» par l'autorité pédagogique et ne pourra pas par conséquent aller vers une construction dynamique des compétences.

RELATION PEDAGOGIQUE DANS LES STAGES	Enseignement clinique			Evaluation		
	E1	E3	C	E1	E3	C
chaleureuse	22	28	11	4	4	16
bureaucratique	3	5	0	9	18	5
de partage	8	21	33	3	4	5
directive	29	16	8	33	45	16
modélisante	7	21	19	13	21	25
espace de liberté	50	14	11	4	1	2
écoute	1	21	39	9	13	20
inutile	22	2	0	1	0	2
dynamique	36	37	33	13	10	16
infantile	4	7	0	3	7	0
de conseil	38	46	42	30	27	39
imposée	1	8	6	31	45	25
de soutien	13	15	22	10	7	11
structurée	10	18	31	28	26	55
enrichissante	56	56	28	45	42	30

L'enseignement clinique se situant généralement au chevet du patient va amener certains formateurs à se sentir parfois peu à l'aise n'étant plus sur leur territoire. Leur statut de formateur les oblige à se positionner différemment dans la relation

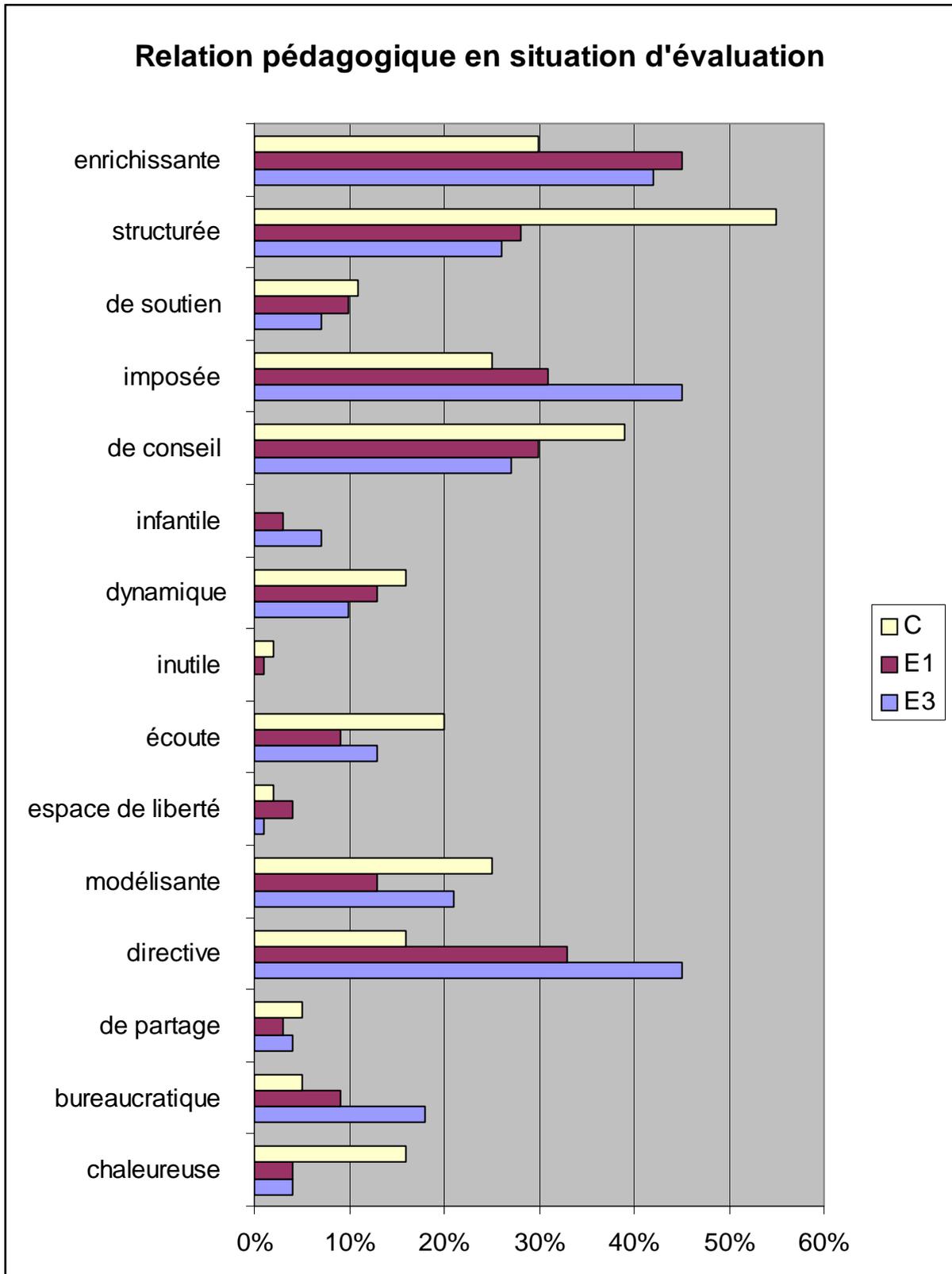
de soin. Ils ne sont plus là exclusivement pour le soigné mais pour aider l'étudiant à devenir un professionnel de la santé. Leur mission est souvent peu définie à l'avance et ils devront faire face à des situations imprévues et pouvoir gérer éventuellement l'urgence.

Cet enseignement clinique est vécu apparemment comme plus **enrichissant** pour les étudiants que pour les formateurs qui ne se sentent peut-être pas suffisamment à l'aise dans leur mission.



Les formateurs **structurent** leur enseignement et **conseillent** leurs étudiants sur la démarche clinique, ce qui risquent comme nous l'avons déjà vu, de les **modéliser** progressivement aux normes et au profil attendu.

La relation pédagogique dans les mises en situations professionnelles



Cette mise en situation professionnelle consiste à présenter une démarche de soin¹⁷ qui va compter pour la moitié de la note et réaliser sur le temps qui est imparti (environ deux heures) un soin prescrit et un soin du rôle propre.

Elle se déroule généralement en présence d'un cadre soignant et d'un cadre formateur de l'IFSI et elle est suivie d'une évaluation qui va compter pour passage en année supérieure.

Dans les situations de mises en situations professionnelles, la relation se modifie, bien qu'elle reste enrichissante. Elle est surtout imposée, directive, structurée et modélisante. Il y a peu d'écoute, de soutien, de partage, de chaleur et de liberté.

Nous repérons à nouveau un écart dans les perceptions des étudiants et les formateurs lors des mises en situations professionnelles.

Pour les étudiants, les relations sont vécues comme imposées, directives et bureaucratiques, alors que pour les formateurs elles sont structurées il est vrai, mais peu imposées et directives. Ces relations sont vécues comme chaleureuses : un temps d'écoute et de bons conseils.

Il est important de rappeler que ces évaluations sont majoritairement des évaluations sommatives à référence critérielle et qu'elles vont permettre à l'étudiant de poursuivre ses études seulement si les résultats sont satisfaisants. Un étudiant peut parfaitement redoubler son année si sa moyenne des mises en situations professionnelles (au nombre de trois annuelles) est inférieure à 10.

D'autre part pour les 3^{ème} année, les mises en situations professionnelles servent de préparation et de répétition au passage du DE.¹⁸, qui se déroulera dans les mêmes conditions. Ce qui justifie certainement les résultats que nous trouvons.

¹⁷ Processus de soins individualisés concernant les problèmes de santé d'un patient en lien avec ses différents besoins

¹⁸ Diplôme d'Etat se passe dans les services dans les mêmes conditions que les MST, mais avec des évaluateurs d'un autre IFSI.

→ **LA RELATION PEDAGOGIQUE LORS DES COURS THEORIQUES**

Tableau en %

RELATION PEDAGOGIQUES COURS THEORIQUES	E1	E3	C	Signif .
dynamique	21	13	51	6.46
structurée	42	39	68	4.46
imposée	8	21	2	4.31
infantile	7	16	0	4.20
directive	25	49	26	3.61
de partage	8	9	26	3.57
bureaucratique	17	11	2	2.45
écoute	15	6	15	2.34
enrichissante	66	49	34	2.33
modélisante	19	17	26	-
de conseil	14	11	9	
chaleureuse	9	10	17	-
de soutien	8	5	4	
espace de liberté	8	4	0	
inutile	2	0	0	

Nous retrouvons dans les cours théoriques une représentation de la relation pédagogique qui diffère fondamentalement en fonction de la place que l'on occupe dans cette relation.

Les désaccords les plus importants se situent sur le dynamisme, la structuration, la directivité, l'infantilisation, le partage dans les cours théoriques.

Les formateurs pensent influencer un dynamisme dans leur cours. Ils reconnaissent en partie que leur relation avec les étudiants est directive et qu'ils ne donnent pas d'espace de liberté, trop préoccupés certainement de boucler le programme plutôt que d'être à l'écoute des apprenants.

La relation est décrite comme enrichissante et structurée pour les 1ère année comme pour les étudiants de 3^{ème} année, mais elle reste encore et toujours infantilisante et directive.

2. LA RELATION AVEC LE BENEFICIAIRE DE SOINS

⌘ Echantillon des soignants

Nous avons vu précédemment l'importance des compétences relationnelles pour manifester de la sollicitude et « se soucier du désir de l'autre ».

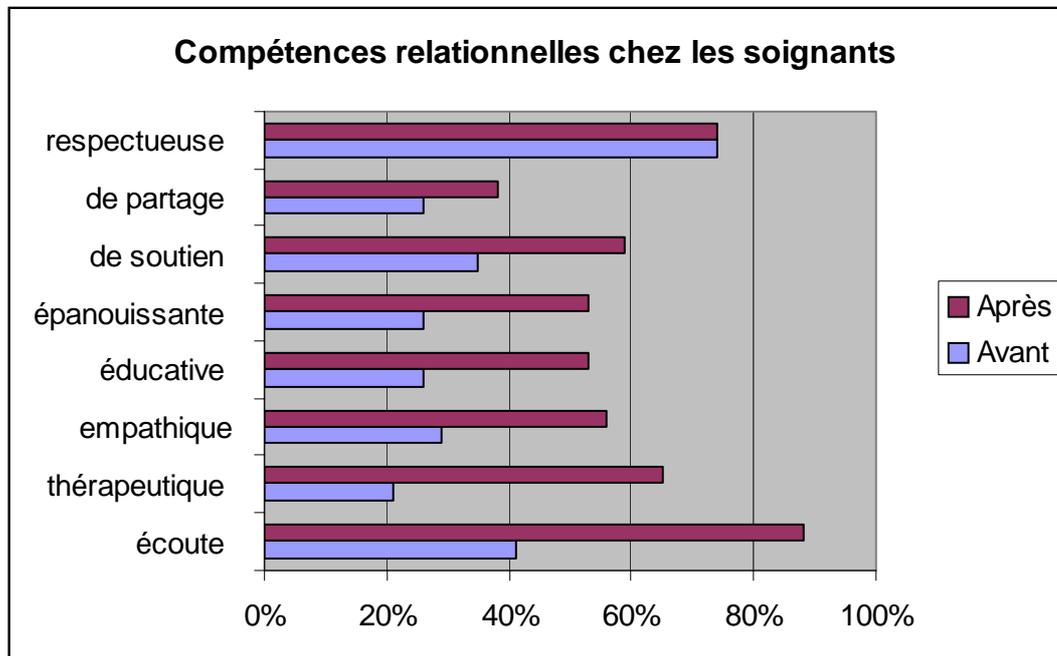
Le programme des études conduisant au diplôme d'Etat d'Infirmier a intégré depuis 92 une formation, dans son cursus, à la relation d'aide. D'autres ont pu bénéficier d'une formation à la relation et communication grâce à des formations continues ou diplômantes. Il nous intéressait de pouvoir évaluer les effets de ces formations.

Les non-réponses correspondent en majorité à des soignants qui n'ont pas bénéficié de formation continue.

Tableau en %

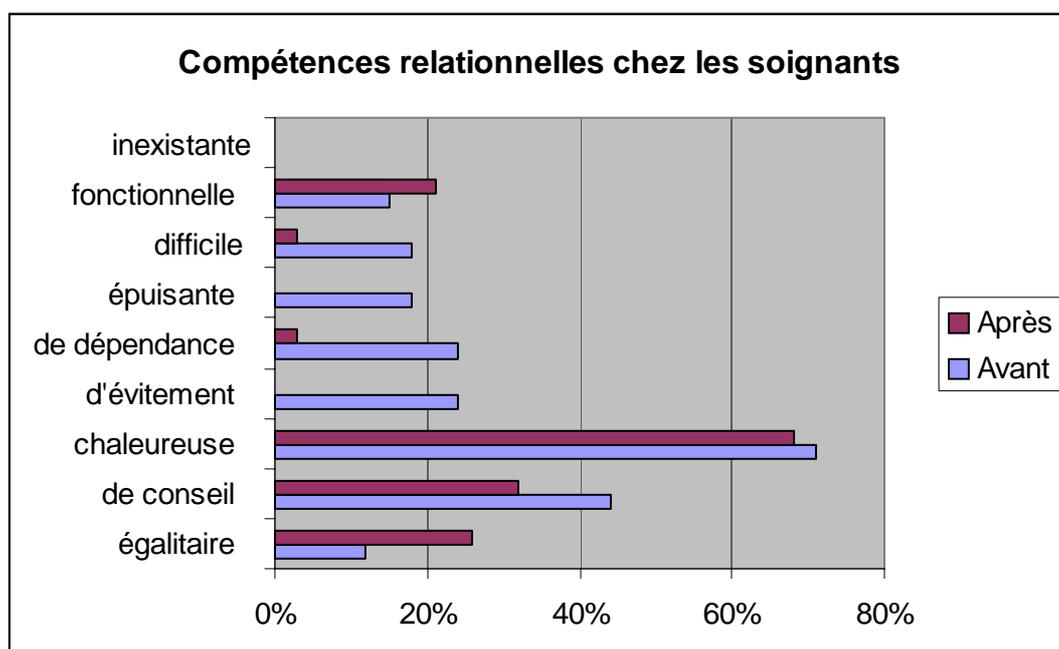
Relation avec le patient	Avant	Après	Signif	Ecart
écoute	25	86	8.68	+ 61
de soutien	31	63	4.53	+ 32
épanouissante	9	28	3.46	+19
thérapeutique	20	43	3.50	+13
empathique	8	20	2.45	+12
chaleureuse	43	52	-	+ 9
respectueuse	45	53	-	+ 8
de partage	9	16	-	+ 7
de conseil	32	37	-	+ 5
éducative	31	34	-	+ 3
égalitaire	6	20	2.94	+ 4
difficile	37	5	5.56	- 32
d'évitement	15	0	4.03	- 15
épuisante	15	3	2.96	- 12
fonctionnelle	20	11	-	- 9
inexistante	3	0	-	- 3
de dépendance	3	1	-	- 2
Nb de réponses	354	473		
NR	35	21		
Total étudiants	65	79		

Nous constatons que le groupe des soignants reconnaît avoir développé leurs compétences relationnelles.



Ils ressentent la relation avec le bénéficiaire de soin à la fois plus facile et moins épuisante. Ils cherchent moins à éviter d'entrer en relation puisqu'ils se disent mieux armés à écouter les demandes et les besoins du soigné. La relation tend à être plus égalitaire même si elle n'est pas encore vraiment un lieu de partage.

Cette capacité à être à l'écoute du désir de l'autre, devant permettre de développer le souci de l'autre, fondement d'un comportement éthique



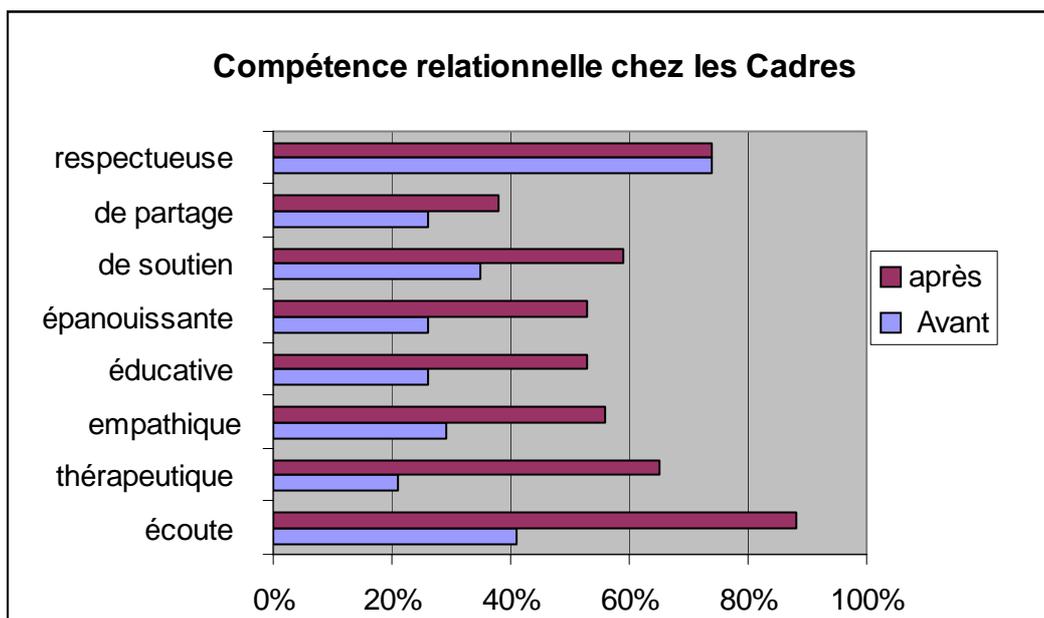
⊖ Echantillon des cadres

La relation avec le bénéficiaire de soins

Tableau en %

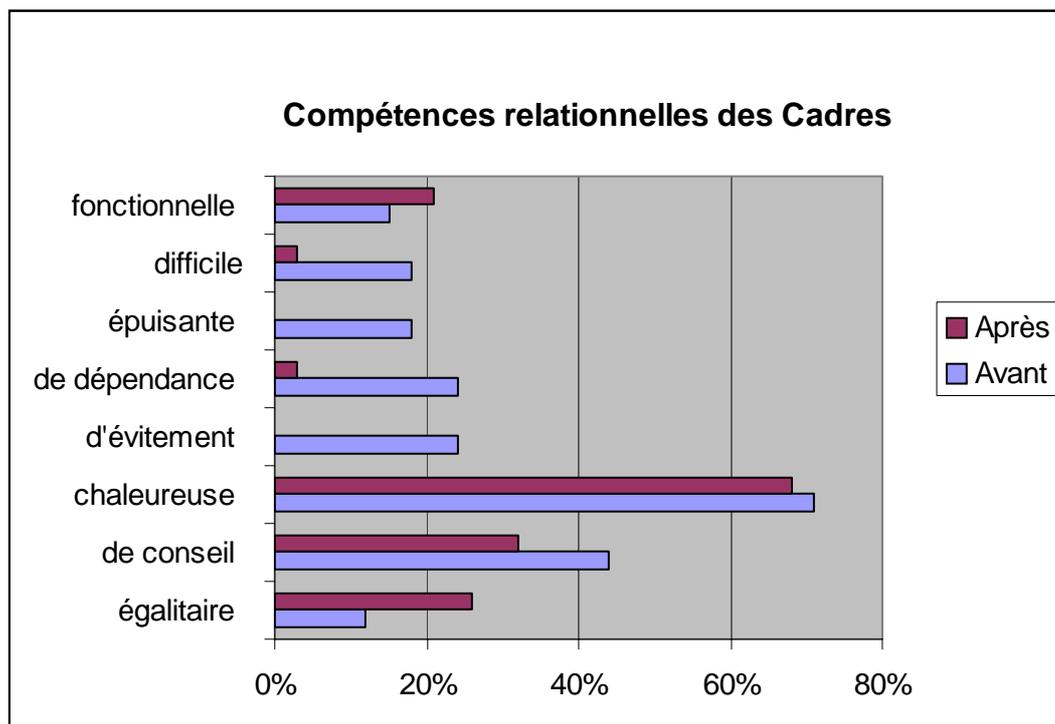
Relation avec le patient	Avant	Après	Signif	Ecart
écoute	41	88		+ 47
thérapeutique	21	65		+ 44
empathique	29	56		+ 27
éducative	26	53		+ 27
épanouissante	26	53		+ 27
de soutien	35	59		+ 24
de partage	26	38		+ 12
respectueuse	74	74		0
égalitaire	12	26		- 14
de conseil	44	32		- 12
chaleureuse	71	68		- 3
d'évitement	24	0		- 24
de dépendance	24	3		- 21
épuisante	18	0		- 18
difficile	18	3		- 15
fonctionnelle	15	21		- 6
inexistante	0	0		- 0

Nous repérons que la formation a développé les compétences relationnelles. La relation est mieux centrée sur le client au sens défini par C. Rogers.



C'est-à-dire une relation de type empathique, d'écoute et de partage et qui se situe moins dans le conseil. C'est une relation que le cadre clinicien ou gestionnaire vit comme épanouissante et cherche moins par conséquent à l'éviter car elle est vécue comme moins difficile.

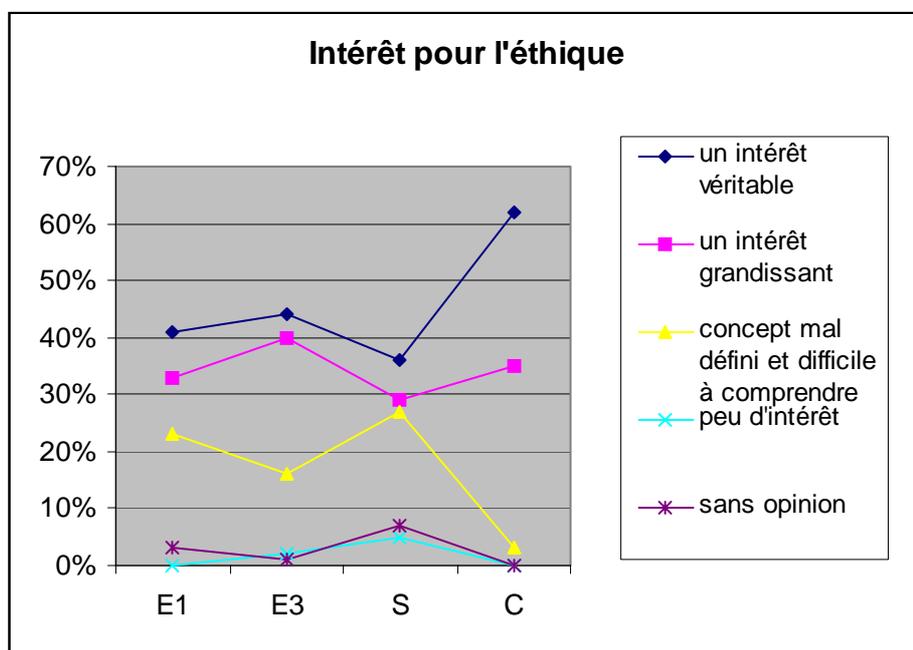
Le développement de la compétence relationnelle des soignants comme chez les cadres est très significative, mais ne correspond néanmoins qu'à ce que les personnes pensent et traduisent de ce qu'elles font et non de la progression objective



4.4.4 Le jugement éthique

1. INTERET POUR L'ETHIQUE

L'intérêt pour l'éthique ne peut se développer que si les sujets ont été sensibilisés à cette approche. Dans ce cas de figure il pourrait nous indiquer le développement potentiel de leur sensibilité éthique



⊗ Echantillon des étudiants

Nous constatons que l'intérêt porté aux problèmes éthiques varie peu durant la formation.

Tableau en %

Intérêt pour l'éthique	E1	E3	S	C
un intérêt véritable	41	44	36	62
un intérêt grandissant	33	40	29	35
concept mal défini et difficile à comprendre	23	16	27	3
peu d'intérêt	0	2	5	0
sans opinion	3	1	7	0

Pour seulement 7% d'entre eux l'intérêt porté à l'éthique s'est développé. L'éthique reste en 3^{ème} année un concept encore mal défini et difficile à comprendre. La formation ne les a pas suffisamment aidés à clarifier ce concept ce qui peut expliquer en partie la difficulté qu'ils ont à les identifier comme nous le verrons par la suite.

⌘ Echantillon des soignants

Nous constatons que pour plus d'un quart du groupe des soignants, (qui augmente de 11% par rapport aux E3, (significatif à 2.09) le concept de l'éthique reste pour certains, un concept toujours mal défini et difficile à comprendre. L'expérience pratique par sa complexité amène une confusion et une difficulté à cerner les problèmes éthiques auxquelles s'ajoute une perte de l'intérêt à ce domaine (- 8 % de ceux qui avaient un intérêt véritable des E3) et moins 11 % (de ceux qui avaient un intérêt qui se développait)

- Peut-on expliquer ce phénomène de ne pas se sentir concerné et intéressé par l'éthique à l'aube du XXI^{ème} siècle aussi bien dans notre société scientifique que dans les soins infirmiers ?
- Peut-on imaginer développer des compétences dans un domaine pour lequel on ne porte que peu d'intérêt ?
- Comment ce groupe de « compétents et de performants » vont-ils pouvoir identifier et argumenter leur positionnement éthique s'ils ne sont pas à même de discourir et peu au clair de ce dont ils parlent ? Ce qui peut expliquer en partie leurs difficultés à nommer trois situations comportant un problème éthique dans leur pratique professionnelle, ainsi que les erreurs repérées dans le choix de ces situations, comportant un dilemme éthique, qui sont malaisément identifiées concernant aussi bien la fréquence que leur pertinence.

⌘ Echantillon des cadres

Nous observons chez les cadres un intérêt véritable pour l'éthique et que d'autre part ce concept leur est accessible et facile à comprendre.

Nous pouvons nous réjouir de ces résultats pourtant nous constatons que le groupe des cadres était malgré tout en difficultés à nommer les dilemmes

éthiques, (moyenne à 75% de dilemmes répertoriés) et que surtout ils faisaient de nombreuses erreurs d'identification. (11 %d'erreurs, résultat supérieur au groupe des E3 et des S).

Nous retrouvons des erreurs d'identification des dilemmes, aussi bien chez des personnes disant que le concept est mal défini pour elle, que chez des cadres qui définissent le comportement éthique : « *comme celui qui tient compte des différents référentiels : scientifiques, droits moraux, légaux, spirituels afin d'avoir une attitude respectueuse des droits de l'homme* », qui identifie deux dilemmes sur trois qui n'en sont pas. Cette même personne répond un peu plus loin, qu'un comportement éthique, c'est principalement celui :

- *qui respecte les droits du patient*
- *qui se base sur la raison et la justification morale*
- *qui est reproductible dans toutes les situations similaires*

C'est-à-dire une position déontologique, kantienne.

Cette même personne s'évalue à 7/10 sur sa capacité à identifier les problèmes éthiques, à 7/10 à faire des choix. Il y a donc une parfaite incohérence entre la pensée et l'agir, entre le savoir et le faire ou entre le savoir être.

Nous repérons donc un décalage paradoxal entre leur façon de dire et leur façon d'agir (capacité à nommer des situations identifiées comme dilemme éthique dans leur pratique)

D'autre part l'intérêt porté à l'éthique ne semblerait pas garantir un comportement adapté, même s'il est un préalable essentiel.

2. CAPACITE A RESOUDRE LES PROBLEMES ETHIQUES

Les sujets devaient s'auto-évaluer sur une échelle allant de 1 à 10 sur la manière d'appréhender les différentes étapes du raisonnement éthique.

ω Echantillon des étudiants

Les moyennes se situent chez les novices entre (5,18 et 6,24) alors que chez les débutants les moyennes baissent légèrement entre (5.04 et 6.16)

Auto Évaluation sur la capacité de résoudre des dilemmes éthiques des ETUDIANTS de 1 ^{ère} année											
Identification			Choix			Résoudre			Application		
1	1	1	1	2	2	1	7	7	1	1	1
2	6	12	2	3	6	2	4	8	2	4	8
3	6	18	3	15	45	3	11	33	3	5	15
4	20	80	4	18	72	4	20	80	4	15	60
5	53	265	5	57	285	5	63	315	5	44	220
6	33	198	6	48	288	6	55	330	6	31	186
7	35	245	7	32	224	7	21	147	7	36	252
8	32	256	8	12	96	8	9	72	8	29	232
9	6	54	9	5	45	9	1	9	9	12	108
10	1	10	10	0	0	10	0	0	10	6	60
Score		1139	Score		1063	Score		1001	Score		1142
Nb		193	Nb		191	Nb		193	Nb		183
Moyenne		5,9	Moyenne		5,57	Moyenne		5,18	Moyenne		6,24

Pour les étudiants de 1^{ère} année, ce serait l'application et l'identification qui leur paraîtraient le plus aisé.

Ils reconnaissent par contre avoir de l'embarras pour l'étape du raisonnement consistant à faire des choix et à résoudre le dilemme.

Autoévaluation sur la capacité de résoudre des dilemmes éthiques des ETUDIANTS de 3 ^{ème} année											
Identification			Choix			Résoudre			Application		
1	0	0	1	2	2	1	3	3	1	0	0
2	2	4	2	3	6	2	6	12	2	6	12
3	7	21	3	14	42	3	13	39	3	4	12
4	11	44	4	15	60	4	23	92	4	8	32
5	31	155	5	39	195	5	43	215	5	40	200
6	26	156	6	32	192	6	26	156	6	19	114
7	28	196	7	22	154	7	20	140	7	30	210
8	27	216	8	10	80	8	5	40	8	22	176
9	6	54	9	2	18	9	1	9	9	5	45
10	1	10	10	1	10	10	0	0	10	5	50
Score		856	Score		759	Score		706	Score		851
Nb		139	Nb		140	Nb		140	Nb		139
Moyenne		6,16	Moyenne		5,42	Moyenne		5,04	Moyenne		6,1

L'autoévaluation des étudiants sur leurs capacités à résoudre un problème éthique dans les situations de soins montre que les étudiants ont le sentiment non seulement de ne pas avoir l'impression d'avoir progressé dans leur compétence éthique, mais sont apparemment plus désarçonnés concernant :

- La capacité à identifier un problème éthique **s'est à peine améliorée**
- La capacité à faire des choix **est plus difficile**
- La capacité à résoudre **est insuffisante**
- L'application de la décision éthique est **toujours aussi aléatoire**

La comparaison entre les étudiants de 1^{ère} année et de 3^{ème} année nous amène à analyser que seule la capacité à identifier les problèmes éthiques progresserait durant la formation.

La formation reçue à l'IFSI ne semble pas avoir d'impact sur le développement de cette compétence.

⊗ Echantillon des soignants

Le groupe des soignants s'auto-évalue dans le raisonnement éthique comme étant moyennement compétent. Les moyennes se situent toutes entre (5,5 et 5,8)

La capacité à les identifier et à faire des choix leur paraît plus accessibles que de le traduire dans l'agir professionnel

- La praxis ne semble pas intervenir dans l'amélioration de la prise de décision éthique. En effet le groupe de soignants ne s'évalue pas plus compétent dans sa capacité à identifier les problèmes éthiques, ni dans sa capacité à appliquer la décision éthique dans la pratique.

Autoévaluation sur la capacité à résoudre des dilemmes éthiques des SOIGNANTS											
Identification			Choix			Résoudre			Application		
1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	2	2
2	2	4	2	1	2	2	1	2	2	2	4
3	10	30	3	7	21	3	8	24	3	7	21
4	9	36	4	8	32	4	13	52	4	6	24
5	24	120	5	28	140	5	26	130	5	27	135
6	9	54	6	15	90	6	14	84	6	15	90
7	17	119	7	19	133	7	20	140	7	12	84
8	17	136	8	12	96	8	6	48	8	15	120
9	3	27	9	0	0	9	2	18	9	2	18
10	0	0	10	1	10	10	1	10	10	0	0
Score		526	Score		524	Score		509	Score		498
Nb		92	Nb		91	Nb		91	Nb		91
Moyenne		5.72	Moyenne		5.76	Moyenne		5.59	Moyenne		5.48

Ces deux étapes sont en relation directes avec le terrain, alors que les deux autres se passent généralement hors contexte :

- capacité à faire des choix
- capacité à résoudre le dilemme éthique

⌘ Echantillon des cadres

Autoévaluation sur la capacité à résoudre les dilemmes éthiques des CADRES											
Identification			Choix			Résoudre			Application		
1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0
2	0	0	2	0	0	2	0	0	2	0	0
3	1	3	3	2	6	3	2	6	3	8	24
4	5	20	4	8	32	4	8	32	4	4	16
5	8	40	5	18	90	5	18	90	5	9	45
6	9	54	6	18	108	6	18	108	6	13	78
7	18	126	7	25	175	7	25	175	7	24	168
8	34	272	8	12	96	8	12	96	8	17	136
9	14	126	9	4	36	9	4	36	9	8	72
10	3	30	10	0	0	10	0	0	10	4	40
Score		671	Score		543	Score		543	Score		579
Nb		92	Nb		87	Nb		87	Nb		87
Moyenne		7.29	Moyenne		6.24	Moyenne		6.24	Moyenne		6.65

Le groupe des cadres s'auto-évalue dans le raisonnement éthique comme étant compétent.

La capacité à identifier les problèmes éthiques et à les appliquer leur paraît plus abordable que de choisir et de résoudre le dilemme en tant que tel.

Les trois cadres qui se sont auto évaluées à 10 sur la capacité à identifier les dilemmes, ne sont pas les mêmes personnes qui se sont évaluées à 10 sur leur capacité à les appliquer.

Comparaison des échantillons

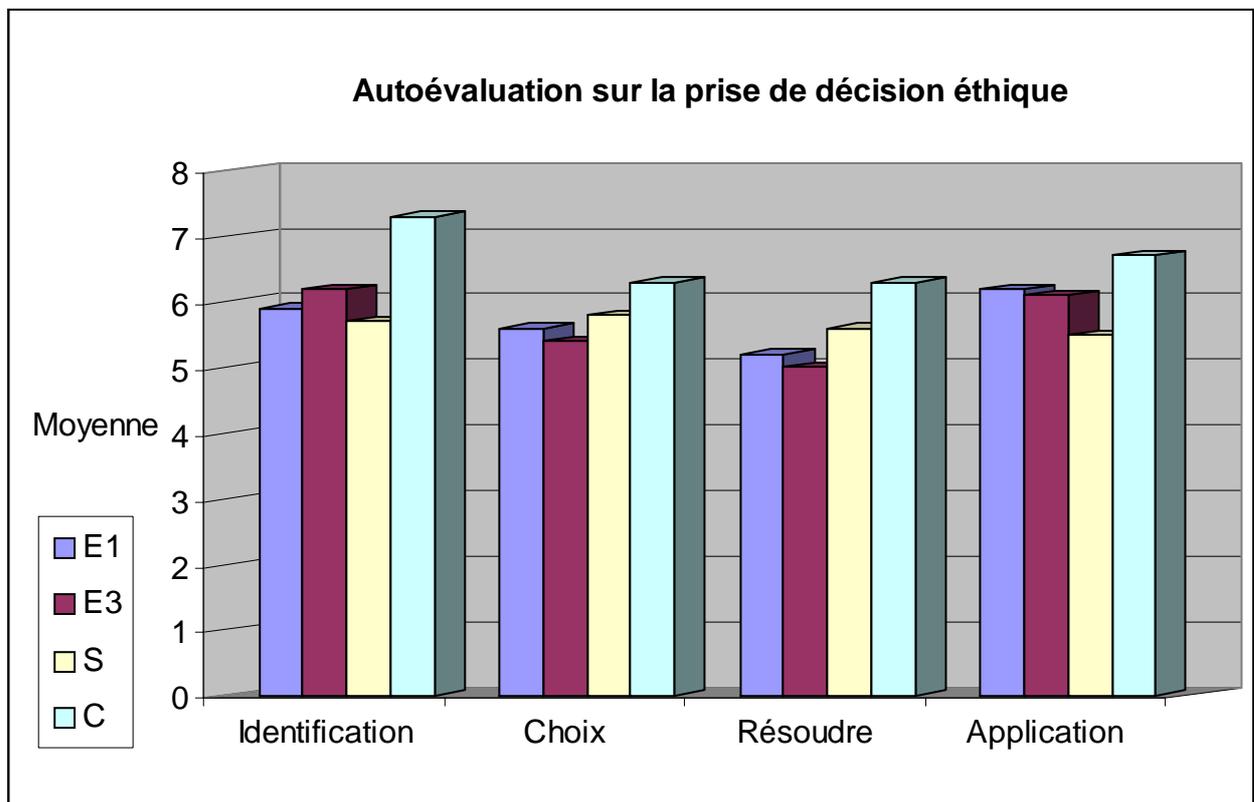
Tableau en %

Prise de décision éthique	E1	E3	S	C
Identification	5.9	6.2	5.7	7.3
Choix	5.6	5.4	5.8	6.3
Résoudre	5.2	5.0	5.6	6.3
Application	6.2	6.1	5.5	6.7

Le groupe cadres se donne les meilleures évaluations concernant la prise de décision éthique. C'est dans l'identification qu'ils s'évaluent les plus performants. Alors que nous n'avons pas trouvé d'évolution favorable entre les E1 et les E3 ni du reste avec le groupe des soignants, nous constatons avec le groupe des cadres un changement qui paraît significatif.

Nous retrouvons le même type de profil du raisonnement entre les E3 et les Cadres. C'est-à-dire une certaine facilité à les identifier et à les appliquer, et une difficulté du raisonnement éthique proprement dit : la capacité à faire des choix et à résoudre le dilemme.

Pour les soignants, ce raisonnement pourrait être plus global. Dans tous les cas nous ne pouvons distinguer de différence entre les différentes étapes.



3. QUELS SONT LES FACTEURS FAVORISANT ET CEUX INTERVENANT DEFAVORABLEMENT DANS LA RESOLUTION DU DILEMME ETHIQUE ?

Les facteurs favorables

ω Echantillon des étudiants

Tableau en %

Ce qui a aidé à résoudre les dilemmes	E1 N	%	E3 N	%	Ecart
La capacité à prendre du recul	67	48	69	54	6
La possibilité d'avoir pu se positionner et parler	61	43	67	52	9
Leur vie personnelle	54	38	46	36	-2
Le repérage des valeurs en jeu	48	34	45	35	1
Leur engagement envers autrui	36	26	27	21	-4
Connaissance des textes juridiques	28	20	27	21	1
Sentiment d'avoir une intuition éthique	22	16	16	13	-3
La formation reçue à L'IFSI	19	13	18	14	1
la solidarité dans l'équipe	17	12	47	37	25
Les problèmes éthiques vécus en stage	10	7	14	11	4
Le modèle d'une infirmière	9	6	3	2	-4
la relation de coopération avec le médecin	8	6	27	21	15
Autre	5	4	3	2	-1
Total répondu	141		128		
NR	57		16		

Chez les novices la capacité à prendre du recul et la possibilité d'avoir pu en parler et se positionner sont des éléments qui les soutiennent dans ce processus.

Vient ensuite l'expérience vécue dans leur histoire de vie et le repérage des valeurs en jeu.

Chez les étudiants de 3^{ème} année, nous retrouvons les mêmes moyens, qui vont être combinés à la solidarité de l'équipe qui va significativement progresser (très significatif à 5.46) ainsi que la relation de coopération avec le médecin (4.17)

Les relations antagonistes d'équipe gênent l'étudiant à pouvoir s'exprimer et à se positionner et empêchent la solidarité de s'instaurer dans l'équipe.

Unanimement tous les étudiants pensent que le manque d'expérience professionnelle est un handicap dans le développement de leur compétence éthique et que celle-ci se développerait avec une plus grande praxis, pourtant si nous nous référons à l'expérience de stage nous constatons que celle-ci n'intervient pas plus favorablement chez les débutants que chez les novices la progression n'étant que de 4 %.

D'autre part ce manque d'expérience vécu comme une difficulté est aussi importante chez les E3 que chez les E1 et concerne 66% des étudiants.

La formation reçue à l'IFSI ne les aide absolument pas à mieux résoudre les problèmes éthiques, elle ne semble avoir aucun impact comme du reste la connaissance des textes juridiques et le repérage des valeurs en jeu. Ce qui est encore plus inquiétant, c'est que l'engagement envers autrui ainsi que l'intuition éthique non seulement ne progresse pas mais régresse en regard à la complexité des situations éthiques.

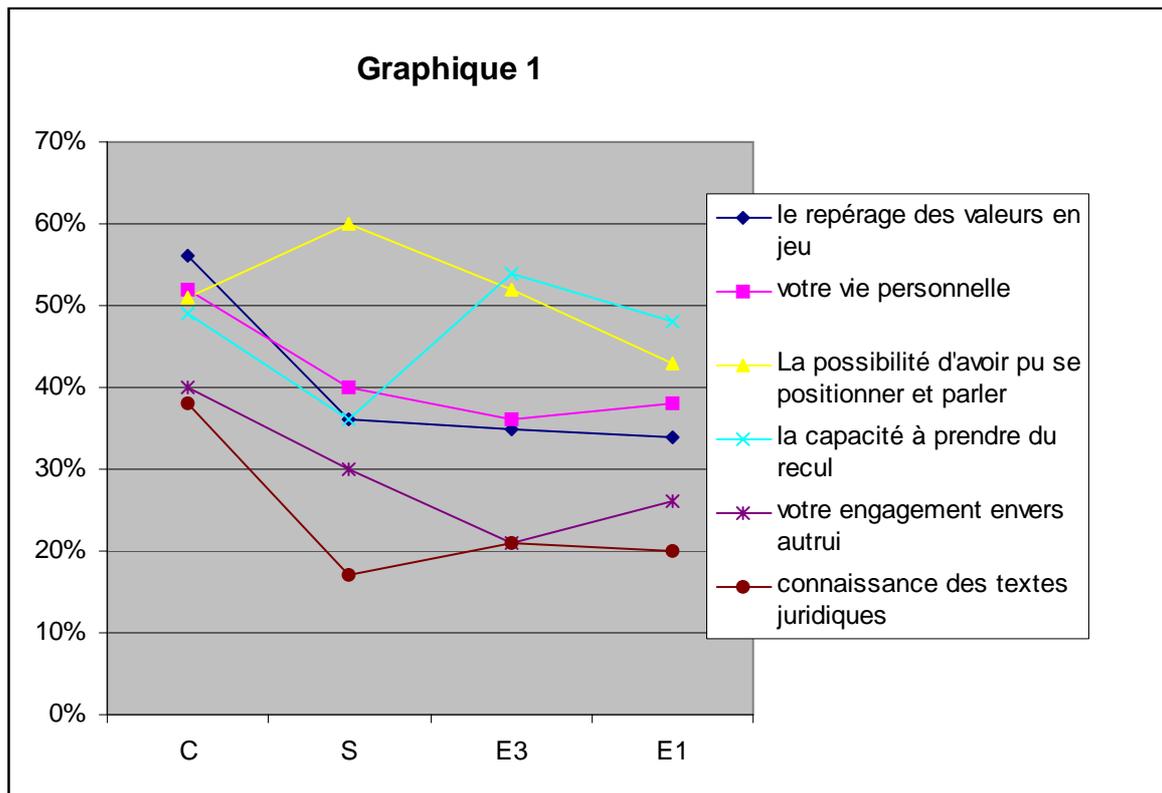
Tableau en %

Ce qui a mis en difficultés	E1	%	E3	%	Ecart
Le manque d'expérience professionnelle	86	66	82	66	0
Les relations conflictuelles dans l'équipe	31	24	32	26	2
La méconnaissance des textes juridiques	29	22	27	22	1
Le manque de soutien dans l'équipe	19	15	24	19	5
Le conflit avec soi-même	34	26	23	19	-7
Le rejet des familles	12	9	16	13	4
Autre	3	2	11	9	7
La difficulté de ressentir une intuition éthique	17	13	9	7	-6
Total répondu	131		124		
NR	67		20		

Les difficultés sont restées les mêmes avec une légère diminution non significative des conflits intra personnels et une majoration du manque de soutien dans l'équipe.

Pour les étudiants de 1^{er} et de 3^{ème} année c'est le manque d'expérience professionnelle qui est le plus important. L'expérience professionnelle prise au sens large du terme, puisque l'expérience vécue en stage sous cette forme ne semble pas les aider à progresser.

⊖ Comparaison des échantillons



Ce qui a le plus aidé à résoudre les dilemmes éthiques :

- **Pour les compétents** : ce sont principalement deux choses : la possibilité d'avoir pu se positionner et en parler, qui concerne 8% de plus d'infirmières que les débutants (significatif dans la progression des E1 aux S (2.77) et la solidarité dans l'équipe (de plus 7 %) significatif entre E1 et S (6.22)
- **Pour les performants et les experts** c'est d'une part le repérage des valeurs en jeu (significatif à 2.84) d'autre part leur vie personnelle qui s'enrichit de bonnes mais aussi de douloureuses expériences qui vont influencer la personne dans son développement et le sens de sa vie et l'amener à développer une sensibilité éthique particulière.

Tableau en %

Ce qui vous a aidé à résoudre les dilemmes	E1	E3	S	C
La possibilité d'avoir pu se positionner et parler	43	52	60	51
la solidarité dans l'équipe	12	37	44	33
votre vie personnelle	38	36	40	52
la capacité à prendre du recul	48	54	36	49
le repérage des valeurs en jeu	34	35	36	56
la relation de coopération avec le médecin	6	21	31	26
votre engagement envers autrui	26	21	30	40
sentiment d'avoir une intuition éthique	16	13	20	25
connaissance des textes juridiques	20	21	17	38
la formation reçue à L'IFSI	13	14	13	3
les problèmes éthiques vécus en stage	7	11	6	5
le modèle d'une infirmière	6	2	1	1

Les cadres faisant partie de la hiérarchie ont certainement plus de facilité à se faire entendre et à se positionner. Ils ne sont généralement pas impliqués directement dans le dilemme éthique, et n'ont, par conséquent, pas autant besoin de prendre du recul.

Les soignants, sont impliqués directement dans la relation de soin. Leurs compétences relationnelles et leur expérience leur permettent de prendre la distance nécessaire pour résoudre les dilemmes. C'est leur positionnement dans l'équipe qui va être le plus difficile à assumer. D'une part leur identité professionnelle doit être suffisamment forte pour pouvoir argumenter et confronter leur point de vue à ceux des autres, sans se laisser envahir par la position de l'autre. D'autre part, se positionner, c'est prendre le risque d'entrer en conflit avec certains membres de l'équipe et d'être éventuellement rejeté.

La solidarité de l'équipe semble déterminante voire indispensable pour oser se confronter aux autres.

Les étudiants reconnaissent que ce qui les aide, c'est effectivement de pouvoir prendre de la distance face à la situation. La prise de recul va leur permettre d'envisager la situation sous des angles nouveaux et indispensables pour résoudre le problème. La possibilité d'en parler avec une collègue va permettre cette prise

de distance et la capacité à se positionner semble être possible dans une équipe solidaire.

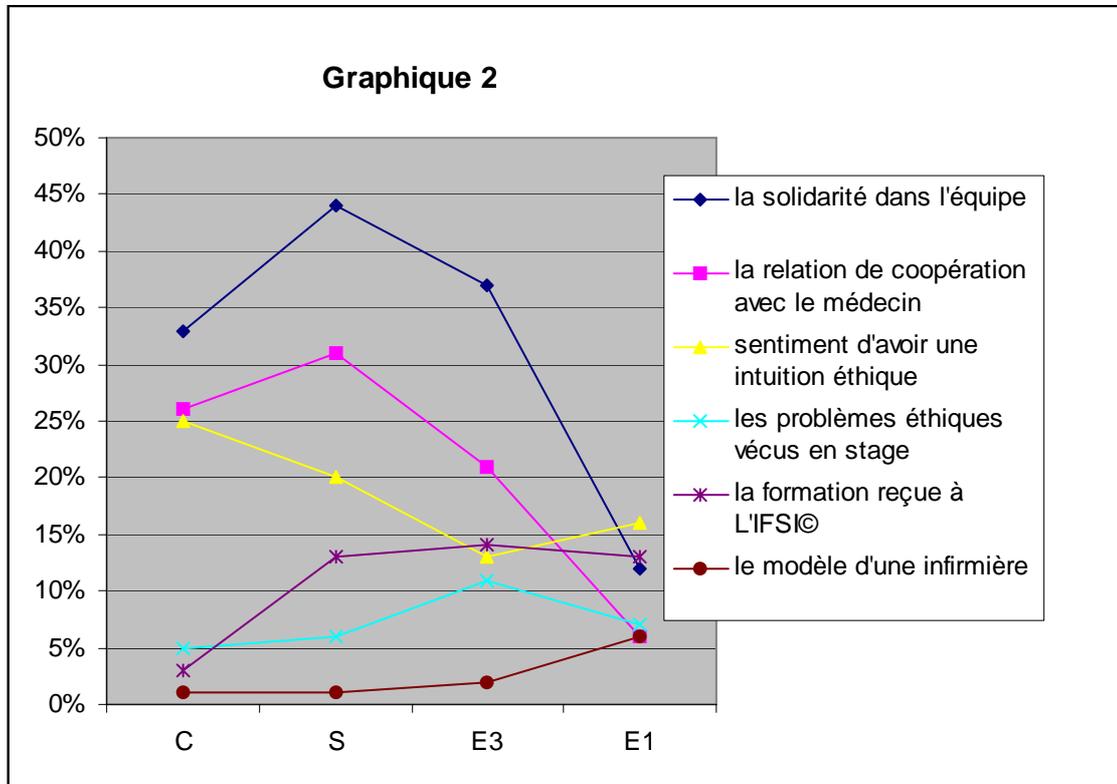
Globalement nous pouvons constater que ce qui a facilité le parcours¹⁹ :

- **des novices aux débutantes puis aux compétentes, c'est principalement**

- la solidarité dans l'équipe
- la relation de coopération avec le médecin
- la possibilité d'avoir pu se positionner et en parler
- l'intuition éthique (uniquement pour les débutants aux compétents)

- **des compétents aux performants ou experts**

- le repérage des valeurs
- la connaissance des textes juridiques
- l'utilisation de l'expérience personnelle
- l'intuition éthique
- la capacité de prendre du recul



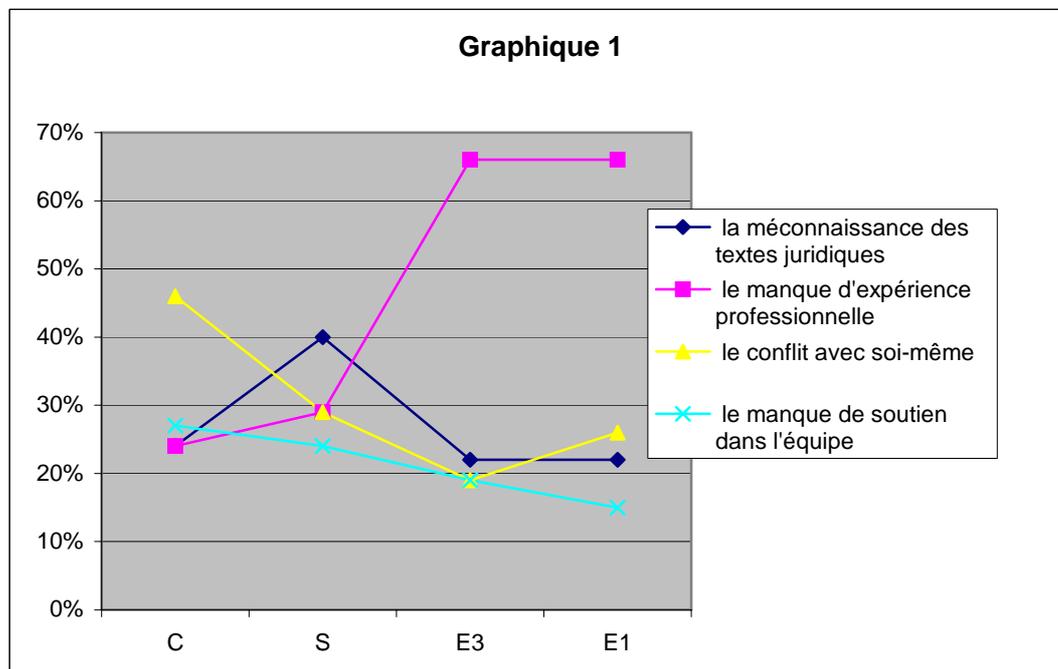
¹⁹ Calcul sur les écarts entre les échantillons

- Les facteurs défavorables

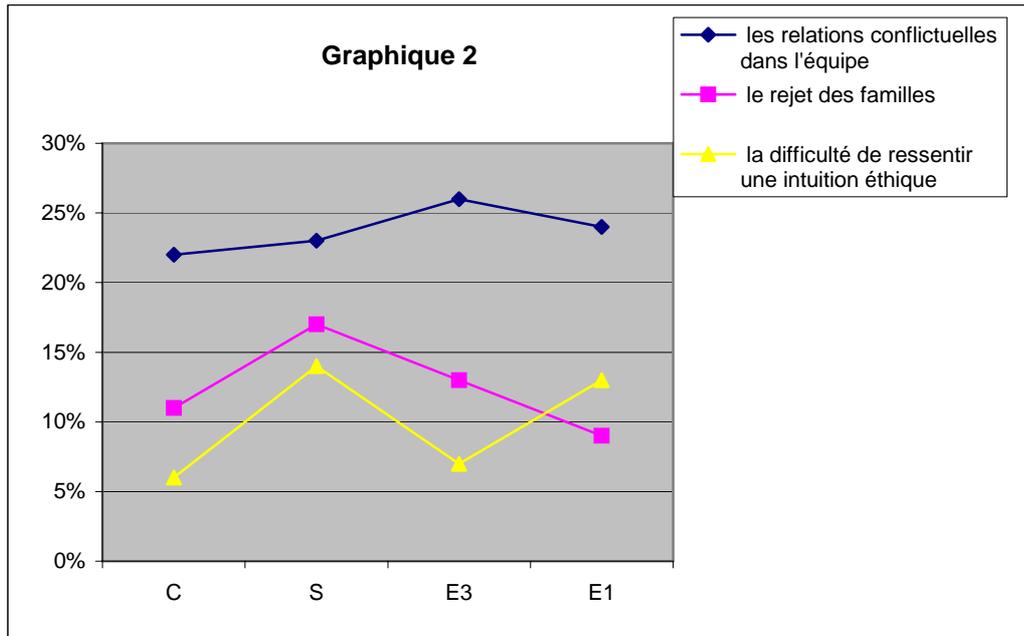
Tableau en %

Ce qui vous a mis en difficultés	E1	E3	S	C
la méconnaissance des textes juridiques	22	22	40	24
le manque d'expérience professionnelle	66	66	29	24
le conflit avec soi-même	26	19	29	46
le manque de soutien dans l'équipe	15	19	24	27
les relations conflictuelles dans l'équipe	24	26	23	22
le rejet des familles	9	13	17	11
la difficulté de ressentir une intuition éthique	13	7	14	6

Pour les compétents la méconnaissance des textes juridiques paraît beaucoup plus handicapante pour les soignants que pour les E3 (significatif à 3.04) ainsi que les conflits engendrés avec soi-même poseraient plus de difficultés. La difficulté de ne pas pouvoir compter sur le soutien de l'équipe continue à s'accroître.



Pour les Cadres les conflits avec soi-même concernent presque la moitié des cadres et augmentent significativement (2.48) ensuite se positionnent d'une manière équivalente, la méconnaissance des textes juridiques, le manque d'expérience professionnelle et les relations conflictuelles avec l'équipe.



Globalement nous pouvons dire que ce qui rend le passage difficile entre :

- **les novices et débutants puis aux compétentes**, c'est principalement
 - le manque de soutien de l'équipe qui progresse
 - le rejet des familles (2.03 entre novices et débutants)
 - la méconnaissance des textes juridiques pour les compétentes(3.04)
- **des compétents aux performants ou experts**
 - principalement le conflit avec soi-même (2.48)
 - le manque de soutien dans l'équipe
 - la capacité de prendre du recul

4.4.5 Résumé

1. Les motivations principales qui poussent les candidats à devenir infirmiers sont des motivations altruistes :

C'est principalement l'amour et le plaisir de s'occuper des autres suivi du besoin de se sentir utile et du sentiment d'avoir toujours souhaité devenir infirmier .

Pour les Cadres les motivations altruistes sont toujours premières bien que moins marquées et la vocation a chuté considérablement au profit d'un projet professionnel de carrière partiellement anticipé et réfléchi.

Les cadres formateurs sont venus à l'enseignement avec le désir d'influencer la pratique de soins conjointement au projet de carrière.

2. Le vécu de la formation et de la profession

Le vécu est positif, la formation est en lien avec les stages, elle permet de mieux se connaître et de changer

La formation est vécue comme très infantilisante, et les étudiants ont le sentiment de ne pas être traités en adulte.

3. La relation

- **La relation pédagogique** dans l'enseignement clinique est vécue comme enrichissante, aidante et constructive. Dans les mises en situation professionnelle ou les cours théoriques, elle devient peu aidante, verticale et directive

La perception de cette relation pédagogique avec celle des étudiants est en parfait désaccord. Les formateurs paraissent idéaliser leur relation pédagogique alors que les étudiants se sentent infantilisés.

- **La relation de soin** progresse très significativement lors des formations post-diplômes. Elle devient un lieu d'écoute de soutien pour l'usager, mais aussi d'épanouissement pour le soignant car plus facile à vivre et moins épuisante.

4. Le jugement éthique

L'intérêt pour le champ de l'éthique progresse pour les cadres conjointement a une clarification du concept.

La capacité à résoudre les dilemmes ne progresse que sur l'identification durant la formation. Le groupe des soignants s'évaluent juste compétents, alors que les cadres s'autoévaluent compétents et pensent identifier et appliquer la solution du dilemme aisément.

Ce qui a aidé ou mis en difficulté

Pour les novices et les débutants, la possibilité d'avoir pu se positionner et en parler, la capacité à prendre du recul et leur vie personnelle. Pour les compétents c'est identique avec en plus la solidarité de l'équipe et pour les performants le repérage des valeurs qui s'ajoutent.

Les facteurs favorisant la résolution du problème éthique varient en fonction du stade d'expertise.

Ce qui les a mis en difficulté, c'est le manque d'expérience professionnelle pour les étudiants, la méconnaissance des textes juridiques pour les soignants, et le conflit avec soi-même pour les performants.