

**L'INTELLIGENCE DE L'ACTION : L'EXEMPLE DE L'HYGIENE ET DE L'ASEPSIE
RAPPORTE A LA CONSTRUCTION DES MODELES DES SAVOIRS DES
INFIRMIERES EN FORMATION**

Jeanne Guiet-Silvain

**Université Paris 5
Sciences Humaines et Sociales, département de Sciences de l'Éducation
45, rue des Saints Pères
75006 Paris*
&
***Laboratoire EA 4287 : PIPS-RICE / GRIPS :
«Habiter : processus identitaires, processus sociaux »
Université Picardie Jules Verne
Chemin du Thill, 80000 Amiens.
Jeanne.guiet-silvain @paris5.sorbonne.fr*

Mots-clefs : Schème, éducation, hygiène, représentations sociales et culturelles, risque.

Résumé. L'action engagée par l'étudiante en soins infirmiers possède une double caractéristique dont le repère et la prise de conscience s'avèrent être fondamentaux pour engager un ensemble de décisions relatives à une classe de situations données. L'étudiante sait, pour les avoir étudiés, quels sont les gestes professionnellement efficaces autant que les gestes répondant aux précautions élémentaires en milieu infirmiers. Son action concrète, celle de tous les jours, « résiste » pourtant à de tels repères, habitée le plus souvent par des références que le formateur croit dépassées ou oubliées. Il faut multiplier les entretiens et les observations pour constater combien la pratique professionnelle quotidienne de ces étudiantes demeure traversée par des schèmes d'actions acquis dans l'expérience quotidienne, comme des sensations ou des représentations, toutes entrant en contradiction avec les principes appris et venant les perturber jusqu'à quelquefois les « nier ». Pourquoi cette résistance ? Comment s'organise-t-elle ? Telles sont les questions auxquelles notre recherche tente de répondre.

1 Cadre théorique et problématique

Dans l'histoire encore récente de l'activité professionnelle, l'analyse de l'activité du travail permet de situer la dimension essentielle de l'analyse des significations que les étudiants en soins infirmiers construisent dans les situations d'apprentissage. Elle permet de situer aussi les besoins de formation servant de référence à la conception d'une ingénierie didactique susceptible de favoriser le développement des compétences. En effet, comment mettre en scène le modèle de l'activité identifié dans l'analyse des comportements ? Les modèles sous-jacents des actions mises en jeu lors de la construction des représentations des étudiants en soins infirmiers suivent des principes d'organisation permettant de définir, voire d'expliquer quelques pratiques professionnelles. Nous nous attachons dans ce texte à étudier la présence de représentations « sous-jacentes » venant perturber l'application claire de protocoles de soins pourtant dûment étudiés.

Il est vrai que les situations auxquelles sont confrontés les élèves infirmiers sont diverses, hétérogènes, complexes. Sans doute cette complexité devrait-elle se voir accorder une place plus grande dans le corpus pédagogique, conduisant à un travail spécifique avec l'étudiant. S'y ajoutent les comportements comme les « allant de soi » et les « préjugés » qui continuent de perturber les « bonnes pratiques ».

La dimension contextuelle de la construction des significations d'une même connaissance au moment de sa contextualisation définit la pertinence de l'activité partagée entre l'étudiant et le formateur, et n'est pas significative de la même manière selon le contexte où se construisent des significations.

Comment peut-on identifier le mieux possible ce qui fait la différence entre une manière de s'y prendre et une autre pour identifier les compétences ? La notion de schème, définie par Vergnaud (1990) ou « organisation invariante de la conduite dans une classe de situations déterminée », permet d'y apporter un appui. Le schème, en effet, organise l'action et soutient l'expérience du professionnel. Cette problématique permet de situer la nature d'une activité sachant que parfois celle-ci, fort singulière, ne se situe pas uniquement dans les procédures. Le schème s'adapte au sein d'une classe de situations et engendre à la fois l'activité et la conduite en situation.

S'inscrivent enfin les caractéristiques propres au travail infirmier lui-même, la nécessaire et continue répétition de certains gestes par exemple, qui conduit à la construction d'automatismes (routines, procédures primitives...). Par exemple, une simple irritation de la peau liée à une utilisation prolongée des gants qui peut le conduire à les oublier, soit de manière fortuite, soit de manière inconsciente. Mais pas uniquement. L'étudiant, alors désorienté, en arrive parfois à en oublier leur usage, ou même leur fonction. Cet acte routinier par excellence, simple en apparence, est construit dans l'expérience et produit des risques : ceux où l'étudiant reproduit ou mime un modèle donné sans problématiser voire sans conceptualiser la question de manière efficiente. C'est ainsi que se laver les mains peut perdre sa définition, soit l'hygiène nécessaire pour effectuer un soin, au profit du concept acquis dans le quotidien, lié à l'habitude donc à l'ordinaire.

Dans la réalité de la situation de travail, la représentation théorique construite et élaborée par l'étudiant, sélectionne des significations à la situation spécifique à laquelle il est confronté. Notre problématique s'inscrit dans l'identification des comportements stables ou invariants de la conduite de l'étudiant en soins infirmiers relatifs à la notion d'hygiène engagée dans son geste professionnel. L'Institut en Soins Infirmiers (IFSI) a pour objectif de rendre compétent un étudiant. Or, la distorsion observée dans leurs représentations peut s'avérer préjudiciable à différents niveaux, notamment ceux qui sont attendus au terme de leur formation. Leur itinéraire personnel peut contribuer à la construction de modèles personnels de fonctionnement, du moins en partie. Notre objet de recherche s'inscrit à partir de la notion de compétence définie selon Gérard Vergnaud (2002), comme « la capacité à répondre aux caractéristiques singulières d'une situation » est à inscrire ici dans le champ de la conceptualisation.

Ces compétences comprennent leur définition entre deux réalités : celles issues de leur apprentissages théoriques, et celles issues de leurs pratiques. C'est l'analyse des composantes de l'activité qui donne sens à définition de la conceptualisation. « La pensée humaine s'appuie sur un ensemble de compétences complexes et fait large part à la conceptualisation sous-jacente », Guet-Silvain, (2007).

La construction des représentations des étudiants suivent des principes d'organisation de pensée qui permettent de définir, voire d'expliquer quelques pratiques professionnelles. Certains modes relatifs à leur fonctionnement répondent aux exigences issues de leur activité, celles aussi qui permettent de mettre en évidence l'aspect dynamique de la transformation de leurs représentations. Deux conceptions sont portées à notre attention : la première est issue des représentations théoriques construites par l'étudiant, et la seconde résulte du statut de la pertinence de celles qu'il va sélectionner ensuite pour attribuer des significations à la situation spécifique à laquelle il est confronté. Selon Pastré (2004), « la construction de l'expérience professionnelle et développement cognitif ne vont pas du même pas » dès lors que l'on passe aux situations de travail, l'opposition novice/expert devient très importante.

2 Contexte et objectifs de la recherche

L'attribution de significations étant bien sûr indissociable de l'expérience car celle-ci est première et elle fait système. Porteuse précisément de schèmes, elle traduit certaines manières de gérer la construction du contexte. Nos manières de faire et de penser, nos schèmes et nos habitus, nos connaissances et nos compétences s'inscrivent dans un cadre quasi-antérieur à l'apprentissage. L'expérience porte en germe les expériences antérieures et doit s'adapter à des principes nouveaux dans le cadre d'un dispositif, finalisé par un motif socialement reconnu comme celui des règles professionnelles. L'expérience est l'objet même d'activité, et elle y est incorporée au point de composer nos capacités et nos conceptions. Prenons l'exemple de la lutte contre les infections au bloc d'arthroscopie. Le port d'une double paire de gants en chirurgie améliore par exemple la protection en cas de perforation notamment, ceci sous réserve que le gant du dessus soit changé fréquemment. L'usage d'une double paire de gants est recommandé par l'OMS en raison de l'abaissement des risques de contamination virale. En cas d'intervention prolongée, il faut songer à l'utilisation d'une deuxième paire de gants qui ne doit pas être retirée près du site opératoire, ceci afin d'éviter l'augmentation du risque infectieux (citons le cas de la projection éventuelle de talc sur les gants...). Ceci exige une démarche cohérente, rigoureuse, suivant une organisation stricte et codifiée. Le contrôle gestuel doit être réfléchi et rigoureusement étudié mais des écarts de conduite sont pourtant constatés.

Ces règles professionnelles précisent les droits et les devoirs de l'infirmier « pour garantir la qualité des soins qu'ils dispensent et la sécurité des patients »¹. S'ouvrent alors des questions relatives à l'appropriation et à l'usage de ces compétences à la fois multiples et complexes. Est-ce qu'il suffirait de s'exercer pour devenir performant ? Y a-t-il des facteurs qui conditionneraient la construction de ces habiletés ?

La pratique peut être perturbée par les acquisitions théoriques, abstraites, voire même réglementaires, dispensées à l'étudiant et plus ou moins bien comprises. Cela nous mène à nous interroger sur la coordination des différents acteurs de la formation en vue d'assurer la continuité et la cohérence de l'apprentissage pour chacun des étudiants. Dans ce cadre, nos investigations essaient de montrer comment l'étudiant infirmier construit une croyance d'efficacité personnelle selon les stratégies qu'il emploie. La décision qu'il prend (dans tel type de situation relative à l'asepsie par exemple), est un point à partir duquel il construit un nouveau cadre de référence. Sa compréhension est liée au rôle fondateur des formes scolaires ou instituées des outils et des objets qui oriente ses postures. Son comportement est par là même légitimé dans l'action, d'où l'effet possiblement pervers de cette spécificité de la pratique : il existerait une autonomie du « faire » en dehors de tout savoir discursif qui peut aussi bien être acquis « par soi-même ».

¹ Code de la Santé Publique : Règles professionnelles : Article R. 43 12-10, article R. 43 12-14, article R. 43-12 - 26 R. 43-12 - 29

Notre hypothèse initiale part du principe suivant : ces postures se manifestent à travers le rôle médiateur des préconstruits. Le choix de nos observations s'est imposé en marge des considérations relatives à l'équipe pédagogique et à son fonctionnement. Nous avons considéré l'impact éventuellement déstabilisant de l'observation sur les activités des observés eux-mêmes, mais, même si la posture se révélait parfois inconfortable, il s'avère que ce que nous avons conduit comprend un ensemble d'opérations réglées : un modèle d'analyse a été soumis à l'épreuve des faits. Il a été confronté à des observations et données. Dans les limites de l'enquête elle-même se situe notre tentative d'objectivation elle-même : le choix des terrains d'enquête ne permet pas, a priori, de prendre un compte tous les terrains possibles, les relations des étudiants par rapport aux attentes des formateurs ne sont pas toujours les plus « typiques », les exemples de soins réalisés enfin et les erreurs commises au sein des mises en situations professionnelles, sont aussi nécessairement « réduits ».

Ainsi, et sans prétendre à l'exhaustivité, et grâce à l'analyse de 45 entretiens² et 25 observations³ menés auprès d'étudiants infirmiers et de cadres de santé en charge de leur formation⁴, nous nous sommes interrogés sur la connaissance des questions propres à la construction sociale des modèles prédictifs des savoirs en jeu (Guet-Silvain, 2009). Nous avons analysé des entretiens semi directifs et des observations de conduites d'élèves infirmières quand elles étaient placées dans des situations de mise en situation professionnelle.

3 Les schèmes en question : analyse de quelques procédures

3.1 Premier exemple : la nécessité d'une « vision globale »

3.1.1 La négligence perçue comme « détail sans importance »

Lors de soins courants, un cheveu d'une étudiante tombe sur un drain de Redon lors de son ablation. Elle ne porte pas un bonnet de bloc à ce moment là et se justifie : « Cela n'a rien à voir avec le bonnet, et de toute façon, on ne l'a pas vu en théorie ce genre de petites choses là, ce n'est pas si grave, ce n'est qu'un cheveu ». Cette faute d'hygiène n'est pas comprise par l'étudiante comme un détail sans importance.

3.1.2 La négligence comme « oubli du global »

Un autre exemple est celui de la découpe d'un tulle gras cicatrisant stérile d'un pansement qui se fait à l'aide de ciseaux stériles après avoir ouvert l'emballage. L'étudiant découpe le tulle avec des ciseaux stériles à travers l'emballage, sans réaliser qu'il est non stérile à l'extérieur. Cette faute d'asepsie ne suppose aucune indulgence de la part du formateur et est basée sur un caractère sélectif d'évaluation. L'étudiant là encore se justifie de la façon suivante : « J'ai utilisé des ciseaux stériles ». Elle sous-entend qu'elle a intégré correctement les principes fondamentaux de ce geste professionnel et cela lui semble suffisant. Ce raisonnement par défaut est ainsi entendu de la part du formateur comme un manque d'entraînement et de connaissance des matériels.

² Ces entretiens ont été menés auprès de cadres de santé en formation, Institut de Formation des Cadres de Santé, Croix Rouge Française, 98 rue Didot, Paris 14^{ème} arrondissement.

³ Ces observations ont été menées auprès d'élèves infirmières, étudiantes de deuxième et de troisième année en IFSI.

⁴ Institut de Formation des Cadres de Santé, Croix Rouge Française, 98 rue Didot, Paris 14^{ème} arrondissement, op.cit.

3.1.3 La négligence comme fixation à un seul contexte

Un autre étudiant, placé dans des conditions similaires, verse un autre type d'argumentation. Il avoue ainsi que ce geste n'est pas quotidien et qu'il sort du contexte habituel : « Je n'ai pas l'habitude de réaliser des pansements en gériatrie » et ajoute : « Je n'y connais rien en gériatrie ». Sa justification est bien liée au changement de contexte. Dans chaque situation, la mobilisation des actions passe par différentes phases qui mettent en relief le décalage entre le travail prescrit, ici la découpe d'un pansement, et le travail réel, celui qui est effectivement mis en œuvre dans un contexte complexe et élargi. L'action, elle, suit une organisation personnelle interne au sujet. Même si le fait de ne pas disposer de la représentation comporte sa propre organisation interne, les sujets ne disposent pas de ce que Leplat (1991) appelle des « compétences incorporées ». Nous assistons ici au recours de compétences propres déterminées par les caractéristiques de la situation de travail telle qu'elle est investie psychologiquement.

Le témoignage d'un cadre de santé illustre bien ce propos : « Il s'agit ici de repérer les processus de pensée bien spécifiques à chaque individu, qui leur permettent de sauter d'une strate de pensée à une autre, quitte à en conserver longtemps un statut flottant ». ⁵ Pourtant, la cohérence affichée dans les modes de raisonnement de l'étudiante est remarquable. Elle ne relève pas de l'automatisme, ni même des acquis, car elle perd son sens au fil de l'expérience même. Quitte à créer des effets nuisibles au sein même de la pratique professionnelle quotidienne⁶.

C'est l'absence de relations entre ce que l'apprenant apprend et ce qu'il fait qui est principalement en cause. Cet autre exemple l'illustre tout à fait : une étudiante, même si elle explique la « bonne » démarche, et même elle définit correctement l'asepsie comme un ensemble de « mesures propres à empêcher tout apport exogène de micro-organismes » (définition AFNOR⁷, qu'elle connaît), ne met pas en œuvre l'ensemble des méthodes visant à prévenir de toute contamination de plaie ou autre sites sensibles à l'infection tant en salle d'opération, qu'au niveau de l'unité de soins, lors de traitements ou d'explorations. Ces obstacles récurrents apparaissent dès lors dans sa pratique ultérieure, comme des fils conducteurs bien embarrassants.

3.1.4 La négligence comme fixation à une imitation

Les justifications sont souvent liées au contexte : « J'ai vu dans le service une infirmière faire comme cela, alors je fais de même ». Ainsi, le sujet peut atteindre ce qu'il pense être une réussite pratique en s'appuyant sur des règles d'actions, ni trop coûteuses, ni trop complexes. Les capacités d'anticipation et d'adaptation sont ainsi réduites à des stratégies liées à l'expérience : « En cas d'élévation de température, faire baisser la température, donner telle posologie, et ensuite diminuer telle dose... ».

Si les stratégies observées sont le plus souvent expérientielles, celles qui sont attendues sont davantage analytiques. C'est la raison pour laquelle nous retenons l'efficacité du concept de schème selon Gérard Vergnaud (1998) dans nos analyses qui permet de définir les connaissances-en-acte comme étant une catégorie de pensée tenue pour pertinente par le sujet relativement à une classe de situations. Le thème du schème montre ici que ce qui n'est pas maîtrisé, c'est d'une part sa totalité, et c'est d'autre part son application homogène à une variété de situations. D'où l'enjeu des actions telles que organisées par le sujet : l'unicité du faire malgré la diversité des faits. Toute la pratique n'est pas dite dans les textes, d'où les raisonnements opérationnels illusoire ou incomplets face à des situations inattendues.

⁵ Flageul Christophe. (Cadre supérieur de santé et formateur (IFCS, APHP de la Pitié Salpêtrière à Paris), *mémoire de recherche de master de Sciences de l'Éducation, Université Paris V*, « L'erreur en mise en Situation normative dans la formation d'infirmier, à qui la faute ? », 2007.

⁶ Citons ici le travail de recherche et les témoignages de Darchen Fabienne, Cadre supérieur de santé et formateur à Boulogne (92), « Enjeux et stratégies autour de la mise en situation professionnelle », *mémoire de recherche de master de Sciences de l'Éducation, Université Paris V*, 2007.

⁷ Voir pour l'Afnor ou (Association française de normalisation) le « Guide pour la décontamination, le nettoyage, la stérilisation ou la désinfection des endoscopes », 1993, AFNOR, PARIS.

3.2 Deuxième exemple : la nécessité d'une anticipation

Une étudiante cherche à progresser dans son organisation : « Habituellement, je fais ce qu'il ne faut pas faire : je pose la poubelle au sol, mais je ferme le sac avant de sortir de la chambre. En même temps je ne fais pas de faute en posant la poubelle au sol ! Je fais comme on me le demande parce que sinon c'est pénalisant. Là j'ai mis un sac poubelle sur le chariot, ce que je ne fais jamais. Quand je suis sortie de la chambre j'ai oublié qu'il y avait la poubelle sur ce chariot. » Elle construit ainsi des sources d'adaptation et de construction à des circonstances qu'elle juge plausibles et pense même que ses erreurs sont occasionnelles. Notre position rejoint néanmoins le postulat suivant : il existe des invariants « structuraux en mémoire » (Dubois D., 1993), dont les effets sont objectivables de manière relativement indépendante des conditions et des processus de mise en œuvre. Dans ce cas, en effet, elle répète des actions que le formateur juge ambiguës. C'est ici le réel et non pas la connaissance qui porte la marque de l'ambiguïté. En effet, le réel, nous dit Bachelard⁸, « n'est jamais ce qu'on pourrait croire mais il est toujours ce qu'on aurait pu penser ... [...]. C'est là qu'est écrite l'histoire dynamique de la pensée. C'est au moment où un concept change de sens qu'il a le plus de sens, c'est alors qu'il est, en toute vérité, un événement de la conceptualisation ». L'activité humaine, organisée sous forme de schèmes, constitués de concepts pragmatiques. La notion de schème s'appuie sur une théorie de la conceptualisation d'origine piagétienne, où la réussite précède la compréhension (Piaget, 1974). Mais c'est lorsque la compréhension rejoint la réussite que la conceptualisation est en marche. Cette prise de conscience est un événement de la conceptualisation.

La nature des représentations, fort diverse, fait une belle part au jugement, ou à une cohérence interne du sujet établie sous l'étroite dépendance des images plus ou moins vraies que renvoie la réalité. L'identification et l'intégration des caractéristiques de la tâche s'affrontent à des « filtres de la pensée ». L'apprenant utilise ainsi des schèmes non pertinents. « Plus décisifs encore du point de vue cognitif, sont les invariants opératoires, puisque les concepts-en-acte permettent de prélever dans l'environnement les informations pertinentes, et de sélectionner les théorèmes-en-acte nécessaires au calcul à la fois des buts et sous-buts susceptibles d'être formés, et des règles d'action, de prise d'information et de contrôle permettant de les atteindre », Vergnaud, 1998. Certains invariants opératoires (comme le temps souvent non respecté imparti au lavage des mains) ne sont pas contextualisés dans l'expérience de manière adéquate : cela peut conduire l'étudiant à supposer que ses mains sont propres. Une étudiante de deuxième année certifiée « Je me suis lavé les mains trois fois donc elles sont propres. »⁹ Nos sujets observés résolvent le plus souvent leurs problèmes par essais et erreurs successifs sans vision d'ensemble en s'appuyant sur des règles d'action. Le problème de l'anticipation reste ainsi posé.

En formation, les adultes sont susceptibles de rationaliser et de modifier leurs schèmes existants. Le problème est d'établir des relations entre la conceptualisation dans les textes, et celle présente dans l'activité. D'où la pertinence de l'intégration de la didactique professionnelle dans la formation des enseignants (Pastré Rabardel, 2005). Rappelons que cette recherche se situe dans une perspective résolument constructiviste où l'agir se définit comme ressource indispensable à l'apprentissage.

⁸ Bachelard G., (1938), *La formation de l'esprit scientifique*.

⁹ Citons ici les travaux de Sablé Laure (Cadre supérieur de santé et formateur, Clinique médicale de la Ville d'Avray (92) et doctorante à l'Université Paris 7 en Psychopathologie et Psychanalyse), *mémoire de recherche de master de Sciences de l'Éducation, Université Paris V*, « L'universitarisation des études d'infirmières : une plus-value pour la pratique soignante ? », 2007.

3.3 Troisième exemple : la nécessité d'une vision des risque

Un autre exemple¹⁰ permet de comprendre comment les élèves infirmiers construisent une catégorisation des patients associée au degré de risques attribués lors des soins d'hygiène corporels : « c'est un toxico cela se voit, donc je fais plus attention ». Ils ont ainsi tendance à distinguer l'utilité de l'exigence descriptive des gants de celle leur propre représentation de ce que peut être une toilette sale ou non effectuée auprès d'un patient. Ce sont les concepts de saleté et de toxicité, qui, combinés à la hiérarchie donnée des activités relatives à l'hygiène, des plus basiques aux plus techniques, contribue à orienter les sensibilités et les pratiques. Ici, l'incorporation tendancieuse du risque entraîne l'erreur.

L'analyse des entretiens effectués auprès d'étudiantes de troisième année¹¹, confirme que la décision de porter des gants ou non est largement influencée par la pathologie du patient, son âge, son apparence physique, et/ou son mode de vie supposé ou avéré. Ces critères deviennent autant de facteurs intervenant également dans les décisions choisies dans l'action et définissent l'expertise. L'exploitation et le développement d'une expérience est ainsi une expérience d'une partie de l'action, et non pas toujours l'expérience de l'action dans sa totalité, et s'inscrit au-delà de la prise de conscience. Le schème se restructure grâce au soutien de la situation professionnelle telle qu'elle est appréhendée.

3.4 Quatrième exemple : la nécessité d'une vision des pathologies

Des ambiguïtés se construisent aussi dans l'imaginaire du risque. Les étudiantes témoignent¹² : Alors que l'une d'entre elles était priée de procéder à la désinfection d'une chambre, elle n'utilise pas le produit donné : « Je pense que le produit que j'utilise doit être toxique. C'est bien beau de désinfecter les chambres mais je suis aux premières loges !! Quand je rentre dans la chambre je respire cela à fond » ... » Je sais bien que c'est dangereux, c'est comme les produits que j'utilise à la maison, il faut se méfier, moi j'utilise que du bio chez moi »... « Ici, on nous fait utiliser des produits dangereux et ce n'est pas utile ». Tout dépend de leur perception : face aux risques d'infection, on refuse de prendre en compte certaines conditions liées au protocole de soins. Ce n'est pas une faiblesse de compréhension : il faut l'identifier ici comme une condition de l'activité refusée dans le principe, contrecarrée par ce qui leur paraît être une bien meilleure interprétation. Si l'enjeu du diplôme d'État se profile pour eux, les étudiants se préparent effectivement ce passage obligé qui nourrit des sentiments antagonistes de crainte, face aux responsabilités auxquelles ils doivent faire face mais aussi face à l'interprétation qu'ils en donnent. Ce qui paraît ici le plus approprié à l'étudiant, et ceci en fonction de ses caractéristiques psychologiques propres, conduit à définir le risque infectieux en évinçant certaines procédures.

¹⁰ Entretiens menés auprès de cadres de santé en formation, Institut de Formation des Cadres de Santé, Croix Rouge Française, op.cit.

¹¹ Observations menées auprès d'élèves infirmiers en IFSI.

¹² Entretiens menés auprès de cadres de santé en formation, op.cit.

3.5 La rupture entre pratique et théorie

Quel rôle joue le médiateur sur l'apprenant dans l'analyse de l'activité ? Tous s'accordent à dire dans nos entretiens que l'écart entre un protocole et la réalité de la situation est inévitable. Cette généralité confirme ainsi le cœur de notre propos. « Cette dichotomie, au cœur de l'alternance, rend compte trop souvent d'un double discours : ce que l'infirmière s'autorise à faire et ce que l'étudiant ne doit surtout pas réaliser le jour de la mise en situation professionnelle » nous dit un formateur. Petit tour qu'on peut qualifier de passe-passe, et illustratif de cette dualité, une étudiante de troisième année rappelle, à propos du reproche qui lui est fait de ne pas avoir entretenu l'appareil à E.C.G (électrocardiographe), que « c'est jamais nettoyé dans le service, donc c'est pas le réflexe que j'ai eu. (...) Quand je pouvais je le nettoçais ». ¹³ Dans ce contexte, l'étudiante reconnaît ne pas avoir eu « le réflexe » de nettoyer l'appareil en disant que cela ne fait pas partie des habitudes des membres de l'équipe. La logique de fonctionnement du service a donc été intégrée par l'apprenante, en partie à ses dépens...

Le schème ainsi situé, se définit dans son intentionnalité. Cet autre exemple en est une illustration. Après avoir fermé une poubelle septique, une étudiante saisit la poignée de porte sans housse de protection ¹⁴ (FHA) préalable, argumentant que « de toute façon les poubelles n'étaient jamais fermées ».

L'évolution des actions s'inscrit dans une dynamique identique chez d'autres étudiantes. En effet, si certaines discontinuités entre les conduites d'hygiènes sont actualisées et corrigées immédiatement, les actions à venir sont parfois réduites à faire exactement l'inverse (la poubelle n'est pas fermée, mais les gants sont mis). Les logiques sont ainsi simplement inversées, l'étudiant ne sachant pas expliquer un cas puis l'autre. Les ambiguïtés se construisent dans un milieu fermé fondé entre autres, au rapport au réel.

4. Questions vives dans le champ de recherche

La décision que l'étudiant en soins infirmiers prend (mettre ou non des gants dans tel type de situation relative à l'hygiène par exemple), est un point à partir duquel il construit un nouveau cadre de référence et lui donne. Dans chaque situation professionnelle, ces étudiants mobilisent des actions qu'ils croient pertinentes.

Les erreurs, fortement pénalisées en contexte de formation, appartiennent aussi aux domaines de la dextérité, de l'organisation, de l'ergonomie qui constituent l'essentiel des catégories identifiées. Les erreurs ayant trait à la sécurité peuvent être de nature transversale, il est ainsi difficile de les dépasser, voire de les surmonter (par exemple, celles identifiées comme une faute de sécurité liée à un risque septique avéré pour un patient, portant de graves faiblesses immunitaires).

Les étudiants construisent ainsi des sources d'adaptation et de construction à des circonstances visant à étendre les classes des situations auxquelles elles peuvent s'appliquer : il existe des invariants « structuraux en mémoire » (Dubois D. Rabardel P., Weill-Fassina, 1993). Ces invariants sont objectivables de manière relativement indépendante des conditions et des processus de mise en œuvre. La nature des représentations est très diverse, faisant une belle part au jugement, ou à une cohérence interne du sujet, établie sous l'étroite dépendance des images plus ou moins vraies que renvoie la réalité.

¹³ Entretiens IFCS, Croix Rouge Française, op.cit.

¹⁴ Entretiens IFCS, Croix Rouge Française, op.cit.

Les apprenants identifient et intègrent les caractéristiques de la tâche à laquelle ils sont confrontés. Les perturbations internes de la pensée mettent en relation les plans affectifs et psycholinguistiques. Le sens des schèmes se trouve dans leur organisation et leur contextualisation. « Il s'agit d'identifier le mieux possible ce qui fait la différence entre une manière de s'y prendre et une autre pour identifier les compétences. Il est difficile de décrire et d'analyser les règles qui engendrent les ressemblances et les différences qu'on observe. Souvent ce sont les propositions tenues pour vraies dans l'activité (les théorèmes-en-acte) qui permettent de formuler ce qui fait la différence entre un moment de développement et un autre, ou encore entre un individu plus expert et un individu moins expert », (Vergnaud, 1998).

5. Discussion

Les compétences restent ainsi difficiles à cerner car chacun les construit dans le cadre de la situation dans laquelle elles se créent. La notion de risque, fortement liée au danger évalué par la situation, ainsi que les recommandations d'hygiène sont parfois perturbantes et construisent d'autres types de dangers : ceux qui affectent les mains abîmées par le cumul obligé des lavages successifs au cours du service, ou mains marquées aussi par des allergies liées au port des gants. Emerge ainsi le conflit inhérent aux prescriptions en matière d'hygiène qui à la fois protègent et exposent les soignants (Guet-Silvain, 2009).

Ainsi, certaines préférences ou arbitrages entre les différentes dimensions de la qualité des soins, peuvent tout aussi bien transformer la définition de la reconstruction de la connaissance au fur et à mesure des expériences en question. Ainsi, certaines préférences ou arbitrages entre les différentes dimensions de la qualité des soins, peuvent tout aussi bien transformer la définition de la reconstruction de la connaissance au fur et à mesure des expériences en question...D'autres exemples sont relatifs à la relation avec les patients. La conflictualité potentielle entre technique et relationnel, devient alors l'argument prépondérant de plusieurs élèves soignants estimant que : « c'est ennuyeux de porter une blouse, de mettre des gants, de porter un masque », considérés comme des écrans entre eux et les patients et gâchant la qualité de la relation, justifient ainsi le fait... de ne pas les porter. Ces exemples dépassent le cadre de nos critères d'observation choisis dans cette étude. Ils concernent certaines questions relatives aux conditions travail à proprement parler.

Par ailleurs, le poids de la charge de travail, leitmotiv des entretiens, est retenu comme difficilement compatible avec le rythme des soins à assurer. La densité des soins est variable suivant les services, qu'il s'agisse d'actes nécessaires en réanimation, ou du nombre de patients à gérer par les soignants dans un service, et ces problèmes sont tenus pour responsables de la mauvaise mise en œuvre des mesures de prévention.

6. Conclusion

Au-delà des termes employés dans les entretiens (qualité, sécurité, hygiène), se profilent une hétérogénéité de significations associées. Emerge ainsi une constante fluctuation des conceptions techniques de l'hygiène aux références à la problématique du propre et du sale dans nos discussions avec les élèves infirmières mais aussi les autres personnels soignants. Les niveaux de la situation d'une part, et du problème possèdent chacun leur vie propre. Le réel est ainsi réduit à ses aspects pertinents pour l'action. Selon Pastré, 2004 « il serait illusoire de croire que la pensée peut venir à bout de l'inépuisable complexité du réel ».

L'activité professionnelle est toujours une adaptation à des procédures particulières. Cela suppose une réduction de la tâche et une indépendance des processus et des traitements relatifs à sa finalité. La profession infirmière suppose la prise en compte des contraintes d'équilibre entre différents objectifs liés à la sécurité, la qualité, l'efficacité, le bien-être du patient... Les pratiques préventives, quant à elles, s'inscrivent dans une perspective soignante, où elles sont le produit de compromis entre plusieurs exigences parfois contradictoires.

7. Bibliographie

- Amiel C., (2005), « On sait qu'il n'y a pas de vrai "risque" ». Discours et pratiques de soignants autour des infections nosocomiales, *Sciences Sociales et Santé*, 2005; 23(3):37-58.
- Bachelard G., (1934), *Le nouvel esprit scientifique*, PUF.
- Baudouin J.M., Friedrich J, (2001), *Théories de l'action et éducation*, Col. Raisons Educatives, De Boeck Université.
- Carricaburu D., Lhuillier D., Merle V., (2008), Quand soigner rend malade, *Santé publique*, volume 20, Supplément N° 3, S57-S67.
- Carricaburu D, Ménoret M., (2004), *Sociologie de la santé*, Paris, Armand Colin.
- Dubois D., Rabardel P., Weill-Fassina, (1993), *Représentations pour l'action*, Octares Ed.
- Guiet-Silvain J., (2007), De l'histoire de sciences à la conceptualisation, un exemple : la division in Activité humaine et conceptualisation, *Questions à Gérard Vergnaud*, coordonné par Maryvonne Merri, Presses Universitaires du Mirail.
- Guiet-Silvain J. (2009), « L'intelligence de l'action : la construction des modèles des savoirs des infirmières en formation », *Actes du symposium international, Ecole(s) et culture(s), Quels savoirs ? Quelles pratiques ?*, Lille.
- Leplat, J., (1991), *Compétence et ergonomie*. In R. Amalberti, M. de Montmollin et J. Theureau (dir.), *Modèles en analyse du travail* (263-278). Liège : Mardaga.
- Leplat, J., (2006), Risque et perception du risque dans l'activité. in Kouabenan, D.R., Cadet B., D. Hermand,
- M.T., Munoz Sastre (eds) (2006): *Psychologie du risque: Identifier, évaluer et prévenir les risques*, Bruxelles : De Boeck Université.
- Peretti-Watel P. (2000), *Sociologie du risque*, Paris, Armand Colin.
- Vega Anne, (2001), *Soignants/soignés. Pour une approche anthropologique des soins infirmiers*, Paris, Bruxelles, De Boeck Université, collection « Savoirs & santé.
- Pastré Pierre, (2004), Le rôle des concepts pragmatiques dans la gestion de situations problèmes : le cas des régleurs en plasturgie, *Recherches en didactique professionnelles*, direction Samurçais R. et Pastré P., Octares Eds.
- Vergnaud Gérard, (1990), La théorie des champs conceptuels, *Recherches en Didactique des Mathématiques*, 10, 2-3. 133-170.
- Vergnaud Gérard, (sous la direction de), 1998, *Compétences complexes dans l'éducation et le travail – Qu'est-ce-que la pensée ? Colloque de Suresnes*, Edité sur CD ROM, conception/réalisation D. Gillis.
- Vergnaud, G., (2002), Piaget visité par la didactique. *Intellectica*, 33, 107-124.
- Vigarello G., (1987), *Le propre et le sale. L'hygiène du corps depuis le Moyen Age*, Paris, Seuil.