



APPORTS ET LIMITES DE LA CLINIQUE DE L'ACTIVITÉ À LA CONSTRUCTION IDENTITAIRE DES ÉTUDIANTS INFIRMIERS

Béatrice Brignon, Jean Ravestein

► To cite this version:

Béatrice Brignon, Jean Ravestein. APPORTS ET LIMITES DE LA CLINIQUE DE L'ACTIVITÉ À LA CONSTRUCTION IDENTITAIRE DES ÉTUDIANTS INFIRMIERS. Le travail humain, 2015. hal-01777796

HAL Id: hal-01777796

<https://amu.hal.science/hal-01777796>

Submitted on 25 Apr 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

RECHERCHES EMPIRIQUES ***EMPIRICAL STUDIES***

APPORTS ET LIMITES DE LA CLINIQUE DE L'ACTIVITÉ À LA CONSTRUCTION IDENTITAIRE DES ÉTUDIANTS INFIRMIERS

par Béatrice BRIGNON¹ et Jean RAVESTEIN²

Abstract

Contributions and limits of a clinical approach to work in the development of nursing students' identity

This article focuses on nursing students' health issues when learning their profession. These issues are considered from their ability to endorse the responsibility of their acts to their assumption of performance of their practices in light of their professional identity. The aim was to study the contribution of the nursing students' activity analysis to the development of their professional identity throughout this reflective activity. The cross confrontation plan, in which video was used for observations, has enabled to show the evolution of the conflict of ideas between meaning and efficiency by the variation of the people involved, first of all the researcher, then another student and at last professional participants. Four voluntary students in their third year class, who most likely have developed more professional norms than the first year class students, have analyzed, among peers, a comparable care they made during a surgery work experience to some patients who were voluntary too. Willing to understand the global care, the students have chosen to be filmed while interacting with the patients. They wanted to go beyond the technical act. Therefore the indirect historical method of the clinical approach of activity has induced the development of the student's reflection both on their way nursing and on their way of being regarding the profession. They are learning. The dialogic observatory generated while the four nursing students and the four professional trainers were in reflective practice, has allowed to highlight how the discursive activity between students while accomplishing a care, has contributed to the transform their care and their professional identity all together. Moreover, among peers, the trainers have debated about the nursing activities and the professional identity. They have discussed capitalizing students' agreements for further use in teaching and questioned their own practices. Their exchanges, built upon watching significant video extracts of students' confrontations, led them to a better understanding of how the students may go beyond the set tasks, not only by making

¹ Doctorante en Cognition, Langage, Éducation ED 356, Équipe d'ADEF EA 4671, Aix-Marseille Université, 13410 LAMBESC, e-mail : beatrice.brignon@gmail.com

² Professeur des Universités, Cognition, Langage, Éducation ED 356, Directeur Adjoint de l'EA 4671 ADEF, Aix-Marseille Université, 13410 LAMBESC, e-mail : jean.ravestein@univ-amu.fr

theirs the professional rules, but also by creating their own professional rules. The nursing students have thus become resources for the learning organization. The proposed analysis model can therefore be useful to nursing trainers as well as tutors.

Keywords: Clinic of activity, Occupational health, Professional Development, Professional identity, Dialogical activity, Nursing education.

I INTRODUCTION

La préoccupation du travail bien fait est une caractéristique de la responsabilité de l'acte soignant qui a été largement documentée chez l'infirmière³, notamment dans le contexte économique actuel. La réforme hospitalière de 2007 a introduit la tarification à l'activité comme mode de financement des établissements de santé français. Dans un cadre prescriptif s'appuyant sur des principes qui ont été décrits comme tayloriens (Demarey & Dal Pra, 2010), les rapports aux soins sont repensés. Alors que les capacités professionnelles en relation d'aide « occupent une place prépondérante dans les dynamiques identitaires infirmières » (Guillen, 2004, p.557), elles ne sont pas reconnues par l'institution hospitalière, ce qui crée la pathologie de la relation se manifestant par l'incapacité des soignants à gérer leur affectivité face à la personne soignée (Canoui & Moragues, 1998). La défaillance de prise en charge pouvant induire des lacunes techniques dans les soins ou des actes de maltraitance physique et psychologique, des conflits pathogènes peuvent survenir (Litim, 2010). Si la dépersonnalisation par la distanciation émotionnelle a été relevée chez des salariés du care (Dagot & Perié, 2014), le sentiment de non contrôle de l'environnement et de leur manière de soigner, ainsi que l'insatisfaction au travail sont des facteurs directement en cause dans l'absentéisme des infirmières (Vandenberghe, Stordeur & D'Hoore, 2009, p.212). Osty (2010) constate cependant que la plainte douloureuse des professionnels qui sont dans l'impossibilité de respecter leur idéal de métier incarné par les valeurs soignantes (qualité du soin, dignité de la personne soignée, humanité) ne peut se résoudre sans espace de socialisation. C'est par l'intermédiaire de ce dernier que, selon elle, les infirmières prennent soin de leur travail où le bien-être du patient est en jeu, comme d'ailleurs c'est le cas dans le milieu médical. Des travaux dans ce domaine ont en effet montré l'importance du partage d'un référentiel commun pour gérer une erreur collective (Marc & Amalberti, 2002) et de la résilience lors d'erreur individuelle (Neyns, Carreras & Cellier, 2010). La confrontation des jugements d'acceptabilité des pratiques donne aussi l'opportunité d'ajuster, d'élargir certaines pratiques ou de créer des règles d'action collectives (Nascimento & Falzon, 2014). Néanmoins, la construction d'un collectif de travail formé à la fois des soignants, considérés comme experts dans leur situation de travail, et des responsables hiérarchiques constitue le fondement même de la prévention des risques

³ Lire partout infirmier et infirmière

psychosociaux et du changement organisationnel (Jeoffrion, Hamard, Barre & Boudoukha, 2014). Quant aux formations professionnelles, elles ont pour enjeu, dans un autre cadre de partage social, d'ouvrir le débat sur les stratégies « de maîtrise cognitive des situations » (Marc & Amalberti, 2002, p.239).

C'est dans ce contexte que la formation infirmière a pour visée d'apprendre non seulement comment réaliser les soins mais aussi comment « être infirmière » face à des patients dont les besoins sont de plus en plus complexes (Benner, Sutphen, Leonard, & Day, 2010). Des étudiants infirmiers de diverses promotions disent d'ailleurs se sentir « professionnel » en stage dès lors qu'ils ont à la fois le sentiment d'appartenance à la profession, une connaissance approfondie des patients, et la possibilité de s'affirmer (Secrest, Norwood, & Keatley, 2003).

Fort de ces constats, il semble nécessaire de repenser la relation entre l'apprentissage du métier et la subjectivité des étudiants afin que ces derniers puissent, tout comme les infirmières, se sentir capables de réaliser des soins infirmiers adéquats. Si le développement de la satisfaction professionnelle par la référence aux règles de métier a déjà été étudié chez les enseignants novices en situation de formation (Chaliès, Amathieu, & Bertone, 2013), notre travail porte un regard nouveau sur cette question. Il analyse comment le conflit entre ce que l'étudiant peut réaliser comme soin en stage vis-à-vis de différentes contraintes / ce qui lui est impossible de faire est une opportunité de développement non seulement de sa manière de « faire le métier » qu'il apprend mais aussi de sa manière d'être face à ce métier. La problématique du sentiment de l'étudiant de se sentir capable de devenir un bon soignant est développée en regard de l'approche développementale de l'apprentissage et de la psychologie du travail, ce qui situe la recherche dans une dimension contextualisée et située de l'agir.

Dans un premier temps, après avoir décrit le métier et la manière dont il est appris, l'article s'intéresse à l'analyse de la pratique soignante en formation. Dans un deuxième temps, un modèle favorisant la compréhension et la transformation par l'étudiant infirmier des situations de soins est proposé. Après la présentation de la recherche empirique, l'article conclut sur ses apports principaux.

II LE METIER INFIRMIER ET SON APPRENTISSAGE

II.1 LE DEVELOPPEMENT DES COMPETENCES PAR LA REFLEXIVITE

L'infirmière effectue des soins préventifs, curatifs ou palliatifs dans le respect du code de la santé publique. Elle intervient de manière autonome ou en collaboration au sein d'une équipe pluriprofessionnelle dans des structures ou à domicile. Afin de répondre aux besoins de santé des personnes, elle a acquis les compétences requises lors de sa formation initiale à partir des trois paliers de l'apprentissage que sont comprendre, agir et transférer (Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État

d'infirmier modifié par l'Arrêté du 2 août 2011). La posture réflexive, qui est au cœur de la réforme des études de 2009, favorise chez l'étudiant infirmier l'intégration des savoirs. Façonnant son intelligence pratique des situations, l'étudiant prend progressivement des décisions dans les limites de son rôle et mène en stage les interventions soignantes, seul ou en équipe, avec la distance et l'éthique professionnelle qui s'impose. Pour cela, un tuteur de stage, qui représente la fonction pédagogique, l'accompagne dans son apprentissage clinique. En contact direct avec un individu sain ou malade et/ou une collectivité, l'étudiant infirmier est amené à devenir un praticien autonome, responsable et réflexif.

Si le dispositif didactique sur lequel repose l'analyse de la pratique soignante a pour fondement les travaux de Schön (1994), avec d'une part l'apprentissage de la réflexion au cours de l'action pour l'ajuster à la situation et d'autre part à distance pour être plus performant lors d'une nouvelle situation, nous verrons que la conception de Clot (2008) nous permettra d'envisager autrement la réflexivité au sein de la formation infirmière. Le praticien qui peut penser et verbaliser ses activités est moins celui qui est devenu réflexif que « celui qui ne réfléchit plus tout à fait comme avant » (*ibid.*, p.32).

II.2 L'ANALYSE DE LA PRATIQUE SOIGNANTE EN FORMATION INFIRMIERE

L'analyse de la pratique est la base du processus de raisonnement clinique infirmier. Développée selon une approche « moyen / fin » (Moshman, 2003), elle articule les conditions de l'action, l'organisation cognitive et affective de l'activité ainsi que les concepts sous-jacents (Glaze, 2001 ; Nagels, 2010 ; Wong, Kember, Chung, & Yan, 1995). La posture éthique des acteurs en présence, qu'ils soient formateurs, tuteurs, étudiants - au travers de confidentialité et de tolérance des différences - demeure nécessaire à l'approfondissement de la conscience de soi et à l'autocritique dans une visée de transformation des soins réalisés (Bouveret, Lima, Michon, & Grangeat, 2012 ; Dubé, 2012 ; Myrick & Yonge, 2004 ; Noël-Hureaux, 2012 ; Turcotte, 2012). Si l'entraînement à la réflexivité participe au développement de la capacité à analyser la qualité des soins pour améliorer leur pratique professionnelle en plus de l'expérience (Garnier & Marchand, 2012 ; Monguillon, 2013), les étudiants doivent avoir aussi l'envie et la volonté de comprendre (Pierre Jeanguiot, 2000 ; Turcotte, 2012). Dès lors que des images de soi et de la profession réalistes sont élaborées en même temps qu'est adoptée une posture responsable des actions entreprises, voire résiliente lors d'erreurs, Deslauriers, Alderson, Caux et Saint-Louis (2012) montrent que le développement identitaire est aussi favorisé.

II.3 LES SITUATIONS REELLES DE SOINS DES ETUDIANTS INFIRMIERS

Dans le prolongement des recherches ayant montré l'intérêt en formation professionnelle des débats entre pairs, comment émerge et évolue la prise de conscience de l'identité professionnelle par les étudiants infirmiers durant l'analyse du soin qu'ils ont réalisé ? Le cadre théorique socioconstructiviste et historico-culturel sur lequel repose notre étude questionne le rapport entre le développement

de l'activité et celui de l'identité professionnelle des étudiants infirmiers dans la situation d'analyse qui les réunit. À l'instar de Clot et Leplat (2005), il ne s'agit pas tant de privilégier l'acquisition de connaissances sur l'organisation dynamique de l'activité soignante de l'étudiant infirmier que la transformation de cette activité au sein de son analyse pour la comprendre et découvrir le plaisir de « bien faire » (Clot & Gollac, 2014, p.215).

III LA CONCEPTUALISATION

III.1 LES PRINCIPES GENERAUX DES APPROCHES SOCIOCONSTRUCTIVISTES

Du point de vue du socio-constructivisme, théorie inspirée des travaux de Vygotski, l'apprentissage est envisagé par la construction des connaissances à partir du langage et d'interactions sociales. Dans le cadre d'une zone proximale de développement, les processus intersubjectifs sont la source du développement intrasubjectif par l'appropriation de l'environnement culturel (Vygotski, 1934/1997). La possibilité de l'apprenant de s'élever « à un niveau intellectuel supérieur » par le passage de ce qu'il sait faire avec l'aide d'autrui à ce qu'il sait faire tout seul est précisément ce qui caractérise la dynamique de son développement cognitif (*ibid.*, p.355). Les recherches conduites depuis permettent de considérer que les conflits sociocognitifs favorisent l'apprentissage (Doise & Mugny, 1997 ; Perret-Clermont, 1996). Des progrès cognitifs sont constatés lorsque les interactions symétriques entre pairs (Mugny, Giroud & Doise, 1978-1979 ; Gilly, Roux & Trognon, 1999) ou asymétriques entre expert-novice (Baudrit, 2003 ; Roux, 2003) donnent lieu à des conflits de réponses et à des désaccords sociaux. C'est lors de déstabilisations dans des situations de résolution de problèmes qu'ils sont le plus bénéfiques (Carugati, De Paolis & Mugny, 1980-1981 ; Mugny, De Paolis & Carugati, 1984 ; Perret-Clermont & Nicolet, 2001 ; Perret-Clermont, Perret & Bell, 1991). Dépendant de l'intensité des oppositions (Mugny, Giroud & Doise, 1978-1979 ; Emler & Valiant, 1982), les progrès se manifestent selon une décentration par prise de conscience des divergences, une reconsidération du point de vue de l'apprenant à partir des arguments de l'autre, une intériorisation de la coordination interindividuelle de leurs actions et idées (Doise & Mugny, 1997), ce que nous recherchons chez les étudiants infirmiers.

III.2 L'ANALYSE PSYCHOLOGIQUE DU TRAVAIL ET L'APPRENANT

À l'instar de Vygotski (1932/2003), l'histoire de l'activité de l'étudiant infirmier en stage est pensée non pas comme le passé mais comme sa transformation en devenir. Le point d'ancrage est de considérer ses désirs refoulés et contrariés comme un moyen d'agir. Bien qu'il soit impossible « d'observer l'acte même de pensée, qui échappe à la perception » (*ibid.*, p.87), des moyens détournés favorisent l'accès aux « explications historiques » (Vygotski, 1933/1998, p.243). Leur découverte se fait par le langage, instrument psychologique et de signification (Bakhtine, 1934/1978,

1952/1984, 1963/1970) au sein d'un processus dialogique (Scheller, 2001). Car « c'est seulement dans la dispute qu'émergent les éléments fonctionnels qui déclenchent le développement de la réflexion » (Vygotski, 1934/1997, p.105). Les points de vue divergents entre les personnes en interaction sur le métier et la qualité du travail sont alors transformés en questions à discuter et en recreation des fins et des moyens. Mais, ne maîtrisant pas encore le genre professionnel - à savoir les règles de vie et de métier (Clot, 1999) - l'étudiant est dans l'impossibilité de mobiliser de façon efficace l'ensemble de ses composantes. Apprenant le métier, nous rapprochons son processus de celui des enseignants débutants. De nombreux travaux montrent combien ces derniers surmontent ce type de difficultés par des ressources intermédiaires (Saujat, 2011). Pouvant agir durant la construction de sa compétence grâce à des « façons de faire et de penser » provisoires reconnues par le milieu professionnel, le débutant se sent efficace et ressent un bien-être psychologique (*ibid.*, p.250). Intégrant progressivement des routines, il peut se confronter à des actions plus complexes répondant à de nouvelles préoccupations et de nouvelles modalités opératoires. Il peut ensuite affiner les règles partagées par une combinaison de variantes. Sans transgresser les normes impersonnelles du métier, il s'adapte aux circonstances changeantes du réel par sa stylisation qui rend son activité unique. Dès lors que le style est évalué comme utile par sa « contribution au développement des autres » (Clot, 2008, p.140), l'entrée du sujet dans le collectif de travail peut être négociée. Il appartient au groupe professionnel et devient « du métier » quand le genre, qui organise l'action de chacun, est approprié, ce qui garantit les résultats de son action.

Notre postulat est donc que le « réel de l'activité » (Clot, 1999, p.140) - à savoir l'action réalisée mais aussi tout ce qui préoccupe l'esprit, comme les actions suspendues, contrariées, empêchées qui, elles, ne se voient pas - devient objet de pensée des étudiants quand la formation infirmière passe d'un instrument technique d'apprentissage théorique et clinique à un instrument développemental psychologique. Dans cette perspective, nous pensons que la confrontation des désaccords contribue à ce que l'apprenant s'émancipe de la tâche prescrite et des compromis élaborés en regard de son niveau d'apprentissage, pour s'approprier les gestes soignants au fur et à mesure de la formation.

III.3 L'IDENTITE PROFESSIONNELLE DANS LA FORMATION

Dès lors que l'étudiant est engagé dans la formation en alternance, il réalise non seulement un projet mais aussi une « délibération identitaire » afin d'appartenir au groupe professionnel souhaité (Barbier, 2006, p.30). Progressivement, en regard d'un sentiment d'unité personnelle et de continuité temporelle (Erikson, 1968/1972 ; Tap, 1988), l'étudiant transforme son identité professionnelle de telle sorte que l'écart soit réduit entre l'identité d'appartenance qu'il revendique et l'identité qu'autrui lui attribue et entre l'identité dont il hérite et l'identité qu'il vise (Dubar, 2000 ; Kaddouri, 2006). Cette délibération peut se développer aussi au sein d'une analyse collective de l'activité. « L'identité en acte » correspond en effet à l'identité

mobilisée et remaniée chez les interlocuteurs lors de la mise en récit de leur expérience (Vinatier, 2009, p.96).

Ainsi, nous en déduisons que le débat entre étudiants sur le conflit de critères de qualité de soin aurait une double efficacité. Elle leur permettrait d'une part d'aborder l'efficacité de leur activité par la découverte de nouveaux buts et de nouvelles préoccupations, ce qui leur donnerait la possibilité d'imaginer de réaliser autre chose. D'autre part, nous avançons que des sentiments en lien avec l'identité professionnelle pourraient émerger de ce que les étudiants vont énoncer de leur activité de soin. La représentation du rôle de soignant pourrait être influencée par la prise de conscience des valeurs et motivations qui sous-tendent l'activité, ce qui pourrait à son tour l'influencer. Le parcours historique du soin de l'étudiant infirmier, mais aussi de son identité professionnelle, serait alors conjointement remis en débat en clinique de l'activité. Notre position est : en situation de clinique de l'activité, l'étudiant infirmier accroît son pouvoir d'agir à la fois sur son soin et son identité professionnelle.

D'où la question de recherche : En clinique de l'activité, par quel processus consubstantiel de généricité-spécificité l'étudiant accroît-il son pouvoir d'agir à la fois sur son soin et son identité professionnelle ?

IV LA METHODE

La recherche présentée vise à montrer l'évolution du conflit créé entre sens et efficience par la variation des destinataires : le chercheur, un autre étudiant et au final le collectif professionnel. Le dispositif a relevé de la méthode d'autoconfrontation croisée, où l'image a été le support des observations de l'activité des étudiants (Clot, Faïta, Fernandez, & Scheller, 2000 ; Clot, 2008 ; Faïta, 2001, 2007 ; Faïta & Veira, 2003).

IV.1 LA CONSTITUTION DU GROUPE D'ANALYSE

Quatre étudiants infirmiers de 3ème année volontaires, qui sont censés avoir incorporé davantage de normes professionnelles que ceux de 1^{ère} année, ont constitué le groupe d'analyse représentatif du « milieu de travail associé à la recherche » (Faïta, 2001, p.274). Ils ont formé deux binômes, le binôme Déborah-Denis et le binôme Iman-Cécile. La composition s'est faite en fonction de la répartition des étudiants sur les lieux de stage. Ils ont choisi une situation représentative du métier avec un soin comparable sujet à controverse : la réfection de pansement simple de plaie chirurgicale selon le protocole de chaîne bétadinée : bétadine scrub pour savonner, sérum physiologique pour rincer et bétadine dermique pour désinfecter. Après des réflexions d'ordre déontologique et pratique avec le groupe, nous avons filmé le soin de chaque étudiant de façon indépendante, lors de leur stage en chirurgie, auprès de personnes soignées distinctes, elles-mêmes volontaires. L'étudiant et le patient ont été visibles sur la vidéo simultanément pour fournir des indices comportementaux et des éléments sur l'objet de l'action. C'est pour cette raison que les étudiants ont souhaité ne pas être filmés seulement sur le geste technique mais sur la totalité du soin, à

savoir depuis leur entrée dans la chambre du patient jusqu'à leur sortie. Un corpus important de traces à traiter a ainsi été constitué.

IV.2 LES ENREGISTREMENTS VIDEO

Les enregistrements vidéo ont été organisés à une semaine d'intervalle entre les deux binômes, sur deux journées consécutives par binôme, dont l'extension du travail d'analyse avec les étudiants. Le film de l'activité de soin a fait l'objet d'analyses répétées sur les deux jours. « Chaque vision particulière » (Faïta, 2007, p.25) a permis aux étudiants de se questionner, de défaire et refaire « les liens » entre ce qu'ils se sont vu faire, ce qu'il y avait à faire, ce qu'ils auraient voulu faire, ce qu'ils auraient pu faire ou encore ce qui aurait été à refaire (Clot, 2008, p.215). Durant la situation d'autoconfrontation simple (après-midi de la première journée où le soin a été réalisé le matin même), chaque étudiant a commenté séparément au chercheur le soin qu'il a réalisé à partir de l'image vidéo et de questions naïves que nous lui avons posées. L'accès au réel de l'activité a alors été facilité. Puis en autoconfrontation croisée (le lendemain matin), les étudiants de chaque binôme ont découvert le soin de leur camarade et revisité entre eux leur soin respectif à partir de controverses. De façon à permettre l'expression de ce qui n'avait pas été encore dit et qui était encore pour eux refoulé, notre rôle de chercheur a été de maintenir le mouvement dialogique entre les étudiants. En sollicitant en priorité les commentaires de celui qui n'était pas sur le film, à propos de l'activité de son camarade, les étudiants ont explicité, argumenté et confronté les mobiles et buts poursuivis. Les autoconfrontations ont été filmées ainsi que la dernière phase.

IV.3 L'EXTENSION DU TRAVAIL D'ANALYSE

Nous avons décomposé cette phase en deux temps, un temps avec les étudiants l'après-midi de l'autoconfrontation-croisée, où le discours des étudiants a porté sur ce qu'ils vont faire et être à l'avenir en regard ce qu'ils ont dit précédemment. En référence aux critères de bonne pratique appris (organisation, hygiène, asepsie, dextérité, économie, confort du soigné, ergonomie, écoute, communication) et à ceux qu'ils ont créés ensemble, les étudiants ont pu verbaliser d'autres possibilités d'actions et d'être qui, selon eux, leur permettraient de devenir de futurs professionnels compétents. Cependant, ces représentations opérationnelles ne suffisent pas à elles seules à transformer leur activité et à les mettre en œuvre. Seuls les actes engagent en effet les individus (Joule & Beauvois, 2002).

Un deuxième temps a été plus tard un temps de retour au collectif professionnel où il s'agissait d'institutionnaliser les discussions et controverses des étudiants infirmiers. Quatre formatrices, expertes dans la formation et dans les attentes du référentiel de formation 2009 concernant la pratique réflexive, ont dialogué par binôme à partir d'un montage vidéo de 15 minutes reprenant des aspects significatifs du discours des étudiants lors des diverses phases de la clinique de l'activité. Les

formatrices ont formulé des controverses sur leur rapport dialogique en référence aux règles professionnelles et ont débattu de la méthode d'autoconfrontation en formation infirmière.

En regard du postulat que des éléments signifiants relatifs à l'identité professionnelle émergeraient du discours des étudiants sur leur activité, nous rendons compte du rapport activité-identité à partir de leur dialogue et de ce qu'en pensent les formatrices.

V LES RESULTATS

V.1 L'ANALYSE THEMATIQUE DU DISCOURS DES ETUDIANTS INFIRMIERS

Après la retranscription rigoureuse des verbatims et compte tenu de la densité de l'ensemble des discours des étudiants (22 heures de film), l'analyse lexicométrique (Whitley & Kite, 2013) nous a donné une représentativité des thèmes durant les trois phases de la clinique de l'activité (autoconfrontation simple, autoconfrontation croisée et extension du travail d'analyse des étudiants infirmiers). À partir d'une lemmatisation des occurrences et de l'utilisation d'un concordancier permettant de saisir leur sens en contexte, nous avons regroupé les formes génériques qui en sont ressorties dans les thèmes issus de l'objet de recherche. L'ordre des discours présenté dans les tableaux ci-dessous (Tableaux 1 à 4) reprenant l'ordre effectif des confrontations, nous avons pu inférer quelques éléments de compréhension des catégories abordés par les étudiants au cours du dispositif.

La comparaison des discours de chaque étudiant lors des différents rapports dialogiques montre que les thèmes ont été abordés dans les mêmes proportions pour les quatre étudiants. En répondant à la consigne de commenter leur activité à partir d'un discours gagnant globalement en précision et en richesse, ils ont analysé majoritairement le réel de leur activité durant l'ensemble du dispositif : 53,9 % (Tableau 1) à 69,9 % de leur propos (Tableau 2). Pour questionner et requestionner ce qu'ils ont pu ou non réaliser, ils ont fait référence à la tâche prescrite et à son contexte (prescription médicale, injonctions de l'infirmière, attentes des professionnels et des formateurs en fonction de l'année de formation, situation de soin, ressources matérielles et humaines) pour 8,3 % (Tableau 3) à 25,5 % de leurs propos (Tableau 2). Les étudiants ont aussi argumenté leur soin en regard des réactions de la personne soignée (2 % : Tableau 2, à 16,4 % : Tableau 1). Ils ont pu ainsi situer leur soin dans une temporalité où ils l'ont envisagé selon un continuum allant du passé au futur en passant par le présent (1,3 % : Tableau 3, à 9,4 % : Tableau 1). Alors que dans la dernière phase de la recherche les étudiants se sont décentrés des thèmes relatifs à la tâche, au patient et au temps, ils se sont davantage concentrés sur ce qu'ils veulent faire et être.

Si le thème le moins représenté, voire non représenté parfois a été celui de l'identité professionnelle (0 % : Tableaux 2 et 4 ; à 10,9 % : Tableau 3), c'est le seul qui a augmenté et de manière significative dans l'ensemble des derniers discours.

Quoique sa faible représentativité puisse s'expliquer par le fait que cette identité commence à se construire en formation (Cohen-Scali, 2000), les étudiants s'y sont reportés, que ce soit en termes de sentiment de perception de soi et de définition de soi ; de caractère et de personnalité ; de caractéristique de l'étudiant en tant qu'individu. La prise de conscience de l'identité professionnelle a été consubstantielle à celle du réel de l'activité. Elle a été énoncée de manière spontanée au décours du dialogue sur l'activité, qu'il s'agisse de celle de l'étudiant ou du pair dans le binôme constitué. Cependant, le dernier temps du dispositif relatif à l'extension du travail d'analyse a été davantage déterminant que les autoconfrontations simples et croisées (7,4 % : Tableau 1 à 10,9 % : Tableau 3). C'est un espace-temps qui leur a été offert pour réfléchir à leur projection. Bien que globalement l'identité pour soi (comment l'étudiant se définit) soit plus développée que l'identité pour autrui (comment l'autre le définit) (Tableaux 1 à 4), nous retrouvons un phénomène de dialogie entre les deux formes identitaires, ce qui est la clé du processus de construction de l'identité professionnelle selon Dubar (2000). L'identité pour soi a été énoncée à partir de quatre facteurs : le rapport dialogique sur les dilemmes entre les étudiants ; la temporalité au sein du dispositif ; la projection de soi lors de la dernière phase avec les étudiants ; l'énonciation de l'identité pour autrui. L'étudiant a défini qui il est après qu'il ait rapporté comment autrui l'a perçu lors de l'activité soignante (patient ou professionnel) et surtout après que son camarade lui ait verbalisé qui il est dans l'activité discursive.

Tableau 1. *Fréquence des thèmes du discours de Déborah lors des divers échanges*
Themes frequency in Deborah's speech during the various discussions

Thèmes	Déborah Simple	Déborah croisée par Denis	Déborah croisant Denis	Déborah Extension
Réel de l'activité	53,9 %	61,1 %	64,1 %	57 %
Temps	9,4 %	7,7 %	6,8 %	8,8 %
Tâche	15,4 %	17,1 %	14,3 %	11,8 %
Patient	16,4 %	9,4 %	12,1 %	6,1 %
Identité pour soi	0,7 %	1,1 %	0 %	7,4 %
Identité pour autrui	0 %	0 %	0,3 %	0 %
Identité totale	0,7 %	1,1 %	0,3 %	7,4 %

Tableau 2. *Fréquence des thèmes du discours de Denis lors des divers échanges*
Themes frequency in Denis's speech during the various discussions

Thèmes	Denis Simple	Denis croisant Déborah	Denis croisé par Déborah	Denis Extension
Réel de l'activité	54,9 %	60,9 %	62,4 %	69,9 %
Temps	6,2 %	7,5 %	6,5 %	6,7 %
Tâche	25,5 %	17,6 %	18,9 %	10,6 %
Patient	10,8 %	8,8 %	8,6 %	2 %
Identité pour soi	0 %	0 %	0,3 %	9,6 %
Identité pour autrui	0 %	1,7 %	0 %	0 %
Identité totale	0 %	1,7 %	0,3 %	9,6 %

Tableau 3. *Fréquence des thèmes du discours d'Iman lors des divers échanges*
Themes frequency in Iman's speech during the various discussions

Thèmes	Iman Simple	Iman croisée par Cécile	Iman croisant Cécile	Iman Extension
Réel de l'activité	54 %	60,8 %	67,8 %	62,9 %
Temps	5,6 %	5,5 %	3 %	1,3 %
Tâche	21,4 %	19,2 %	22,1 %	8,3 %
Patient	14 %	8,7 %	3,3 %	10 %
Identité pour soi	1,4 %	2 %	0,3 %	9,2 %
Identité pour autrui	0 %	0 %	0 %	1,7 %
Identité totale	1,4 %	2 %	0,3 %	10,9 %

Tableau 4. *Fréquence des thèmes du discours de Cécile lors des divers échanges*
Themes frequency in Cecile's speech during the various discussions

Thèmes	Cécile Simple	Cécile croisant Iman	Cécile croisée par Iman	Cécile Extension
Réel de l'activité	63,3 %	61,1 %	67,6 %	63,8 %
Temps	6,8 %	8,3 %	6 %	4 %
Tâche	18 %	10,5 %	19,1 %	12,1 %
Patient	9,1 %	11,4 %	1,9 %	4,7 %

Identité pour soi	0 %	0,7 %	0,6 %	7,4 %
Identité pour autrui	0 %	4,6 %	1,3 %	1,7 %
Identité totale	0 %	5,3 %	1,9 %	9,1 %

Ne saisissant toutefois pas la relation entre l'activité et l'identité professionnelle avec l'analyse thématique, l'analyse du dialogue, qui tient compte des mouvements interprétatifs des étudiants en regard des mouvements énonciatifs (François, 1998), nous a permis de comprendre l'évolution du processus psychologique concernant ce rapport. Les résultats synthétiques rapportés ci-après suivent les analyses successives.

V.2 L'ANALYSE DU DIALOGUE DES ETUDIANTS INFIRMIERS

V.2.1 *Le développement du pouvoir d'agir de Déborah et Denis dans leur construction identitaire*

En autoconfrontation simple, malgré le fait qu'elle considère que le soin soit « complet » dès lors qu'il respecte à la fois « les règles d'hygiène » et « le relationnel », Déborah observe qu'elle « priorise » parfois le critère d'« asepsie » à la relation soignant-soigné pour ne pas faire de faute. En revanche, afin de répondre à la satisfaction de la personne soignée, l'étudiante met en place une procédure comprenant « observation du visage » de la patiente, « anticipation à ses questions », recherche d'« interrogations persistantes », « compréhension de ses craintes » et rôle « éducatif ». Elle utilise cette règle jusqu'à la sortie de la personne. Déborah use aussi du « pouvoir » de son visage, à partir d'un contact franc et d'un « petit rayon de soleil » apporté par son « sourire », pour permettre à la personne de « se sentir mieux ». C'est la raison pour laquelle elle choisit de laisser son visage « visible » le plus longtemps possible en fonction des contraintes liées au soin. Ce pouvoir relationnel qu'elle met en place au sein de la communication à partir de ce « petit quelque chose de plus » qu'elle a, légitimé par les patients, correspond à un aspect de son idéologie du soin et aussi du soignant. La controverse ensuite avec son camarade Denis fait découvrir à l'étudiante que certaines de ses gestuelles proviennent de son expérience hors milieu soignant, notamment la fermeture de la poubelle qu'elle réalise « comme une boulangère qui enveloppe ses pains au chocolat ». Elle prend conscience par contre que son « énergie gestuelle » qu'elle développe pour désinfecter l'adaptable, gérer la poubelle, plier le papier d'emballage des compresses, gérer le set à pansement est reliée à « un doute et un manque de confiance » en elle au niveau de la technique. La confrontation à Denis lui fait avouer qu'elle donne effectivement une place « plus importante au soin relationnel qu'au soin technique » car il contribue pour elle à une « guérison plus rapide ». Reconnaisant sa capacité à « être attentive » et à comprendre la personne soignée, Denis lui attribue l'identité de « future professionnelle respectueuse » à partir de l'identité virtuelle de malade. Cette reconnaissance professionnelle coïncide avec celle des patients qu'elle a rapportée en autoconfrontation simple. Dès lors, Déborah conçoit son procédé singulier comme

partie intégrante du métier et de l'identité collective des soignants. Bien que l'étudiante dit en extension du travail d'analyse qu'elle ne transformera « pas grand-chose » de sa modalité relationnelle, Déborah a la volonté de développer désormais « l'analyse » de son soin afin d'« améliorer » sa pratique et le respect des règles aseptiques. Elle dit qu'elle se « positionnera dorénavant davantage en argumentant » ses choix en fonction des critères de soins, tout comme Denis. Le fondement de son identité professionnelle de soignante qui émerge est qu'elle est une « bonne professionnelle » si à la fois elle est « proche du patient » et est « parfaite » dans sa prise en charge globale.

Quant à Denis, en regard de son éducation familiale et de son souci de ne commettre aucune faute technique, il analyse la qualité de son soin durant l'ensemble du dispositif de recherche. Les autoconfrontations simple et croisée lui ont permis de « découvrir des réponses à (s)es nombreuses interrogations » qu'il se pose, même s'il se réfère lors du soin à la « théorie » et au discours « entendu » des professionnels. Il a envisagé aussi des modalités de réajustement. Celles-ci concernent les deux « métiers soignants » qu'il distingue, le métier pratique et le métier relationnel. Très « soucieux de bien faire », et reconnu comme tel par sa camarade, il axe en effet son discours sur les règles apprises d'asepsie, de confort, de pudeur et de respect. Il prend également conscience que sa communication restreinte relevée par Déborah est en lien avec son identité personnelle qu'il décrit comme « timide ». Alors que le dialogue avec le chercheur fait réaliser à Denis l'intimidation qu'il provoque chez la personne soignée, celui avec le pair déclenche un mouvement nouveau allant d'une « distance » relationnelle causée par une relation fermée à un « respect mutuel ». En étudiant leur dissemblance dans leur manière d'aborder la personne soignée à partir d'une observation minutieuse de l'ensemble du soin filmé de Denis, leur vécu migre vers la découverte d'un mode relationnel particulier de l'étudiant apprécié par la patiente : la « relation gestuelle ». L'intégralité du discours fait donc entrevoir à Denis la volonté de développer une « communication verbale » avec la patiente qu'il basera sur « les sens » afin de « l'adapter à ses besoins ». Grâce à l'échange avec Déborah, Denis a pu aussi mettre en rapport ses modalités opératoires actuelles et souhaitées avec son identité professionnelle vécue et visée. Prenant conscience de l'efficacité de l'analyse du soin, non seulement il dit qu'il continuera à la réaliser pour sa propre activité soignante, mais la transférera aussi à « l'encadrement d'étudiants infirmiers ». Il animera cette activité à partir de son identité de professionnel conscient de son identité héritée d'étudiant. De par son comportement d'analyse où il « décortique tout », la reconnaissance par Déborah de Denis comme quelqu'un « très soucieux de bien faire » coïncide avec son expérience et la manière dont il se définit lui-même. Voulant être toujours efficace, il est « une personne qui (s)e pose beaucoup de questions ». Sa posture réflexive constante fait partie intégrante de lui puisqu'il la développe dans un rapport de compréhension à la fois du monde professionnel mais aussi du monde personnel. La prise de conscience de sa capacité d'auto-évaluation au cours de la clinique de l'activité lui permet au final de

se rendre compte du professionnel visé « sérieux » qu'il est déjà : celui qui analyse son soin pour l'améliorer.

V.2.2 Le développement du pouvoir d'agir d'Iman et Cécile dans leur construction identitaire

La méticulosité d'Iman a été discutée en regard de son efficacité. Les modalités opératoires cadrées et « carrées » de l'étudiante concernent à la fois le soin technique et le soin relationnel : spécificité pour verser le désinfectant sur les compresses ; place précise assignée au matériel ; adaptation de la vitesse de ses gestes en fonction de l'évolution de la situation ; distance mise entre elle, le set à pansement et la poubelle ; manière de s'exprimer avec un vocabulaire riche. Cette méticulosité est, selon l'étudiante, une condition de la « qualité » et de la « sécurité du soin » dans « le soin technique » mais aussi dans « le soin éducatif » avec les conseils qu'elle donne à la patiente. Si cette dernière pouvait reconnaître Iman comme une « soignante attentive » à la qualité du soin dans son ensemble, Cécile la reconnaît à deux niveaux : d'abord comme une « future infirmière compétente » à partir de ses connaissances et de sa dextérité, puis comme « une professionnelle carrée » qui « sait ce qu'elle fait ». Alors qu'Iman poursuivra sa dynamique rigoureuse au sein de la conduite du projet de soin, la controverse avec Cécile lui fait prendre conscience de la nécessité d'assouplir sa relation afin d'être davantage dans l'écoute active des besoins de la personne. Cette dernière ne risquera pas ainsi d'oublier tous les conseils donnés. En associant « la rigueur dans le soin technique » et « la souplesse dans la relation » pour tenir compte du comportement de la personne, tout comme Cécile, Iman dit qu'elle pourra être « une infirmière garante à la fois de l'asepsie et de la prise en charge globale du patient.

Cécile, qui élabore des compromis pour surmonter son sentiment de non maîtrise des règles techniques du soin, peut ressentir jusqu'à de l'énervement lors de la prise de conscience que certains gestes ne respectent pas les normes professionnelles. Suite au débat avec Iman, l'étudiante revisite la souplesse qui caractérise à la fois la conduite de son projet de soin et la conduite de la relation qu'elle mène avec la patiente. Lié à sa « personnalité », qu'elle définit comme « ronde » en référence à celle « carrée » de sa camarade, la confrontation avec Iman montre que la modalité des cercles effectués pour désinfecter la cicatrice et le pourtour n'est « pas toujours adaptée ». Suite au regard qu'elle a porté sur l'activité d'Iman, dont la désinfection selon un « rectangle cassé » respecte la règle « du plus propre au plus sale », Cécile vit dorénavant son propre procédé comme « un manque de méticulosité » dans le soin technique. Mais n'étant « pas m'en foutiste », elle souhaite « être moins laxiste » et faire preuve davantage de « rigueur » dans ce domaine, comme Iman. C'est la condition, selon elle, pour « éviter le risque infectieux » et être reconnue par la personne soignée et le collectif soignant comme « une professionnelle compétente qui sait faire son métier ». Si la légèreté relationnelle qu'elle réalise est pertinente pour détendre la personne soignée et la mettre en confiance, le développement de sa

rigueur dans la conception et conduite du projet de soin pourra encore l'améliorer en étant « plus disponible psychologiquement ». Il sera donc une condition d'efficacité de son soin technique et de son soin relationnel.

V.3 L'ANALYSE DU DIALOGUE DES FORMATRICES

V.3.1 Le débat sur le réel de l'activité

L'ensemble des formatrices a constaté que le débat des étudiants a porté sur les critères de base de bonne pratique auxquelles ils sont formés, tant techniques (sécurité, asepsie, hygiène, organisation, confort) que relationnels (climat de confiance, reformulation, attention portée à la personne, compréhension des besoins de la personne, authenticité). Cette référence leur a permis d'évaluer objectivement la conformité et l'efficacité de leur soin, ce qui « est rassurant » pour elles et leur a évités le sentiment erroné d'une faute ou d'une mauvaise méthode. En revanche, certaines formatrices ont découvert qu'une des préoccupations des étudiants, qu'elles considèrent comme pertinentes, est rarement appréhendée par les formateurs : le vécu du patient et le leur, par transfert. Les formatrices laissent entendre que cette règle fixée par les étudiants ne serait pas enseignée. Alors qu'elle pourrait correspondre à un problème résolu pour elles, ces éléments seraient des objets de pensée pour les étudiants.

Les formatrices ont verbalisé que les étudiants ont été en capacité de dépasser les règles professionnelles par leurs styles, à savoir leurs « manières de faire » particulières. Respectant les critères de qualité du soin tout en ayant permis un soin unique, elles les ont reconnus comme pertinents. Pouvant être en lien avec les opérations avec lesquelles ils sont « le plus à l'aise », les étudiants conseillent à leur camarade la manière de faire pour laquelle ils ont une prédilection et qu'ils ont chacun évaluée comme lui faisant défaut. Ils prennent conscience qu'il faut à la fois le « savoir-faire » - qui correspond à « l'image » et à « la représentation qu'ils ont en 1^{ère} année » de l'infirmière et qui est indispensable pour respecter les règles d'asepsie - et le savoir-être qui permet de se centrer davantage sur la personne soignée. Si un autre mobile de réajustement pourrait être en rapport avec la reconnaissance par leur camarade de la pertinence d'autres procédés, le deuxième binôme de formatrices valide que toute activité, qu'elle soit relationnelle ou technique, nécessite les modalités spécifiques de chaque étudiant en regard de la situation, comme le « carré et la souplesse ». Le but est ainsi double : « le grand nombre de critères » du soin est respecté et « la reproduction » évitée par « l'individualisation ». C'est d'ailleurs ce qu'elles leur « demande(nt) de faire en formation », de dispenser des « soins individualisés ».

V.3.2 Le débat sur l'identité professionnelle

Les quatre formatrices ont identifié que l'attribution de l'identité professionnelle d'un étudiant par son camarade est en lien avec la reconnaissance par ce dernier du

niveau de la prise en charge de la personne soignée. Alors qu'une étudiante est reconnue par son pair comme « une infirmière complète » et « compétente » quand le soin est global, le postulat qu'« une infirmière complète (ferait) plusieurs choses à la fois » fait l'objet d'opinions opposées entre les deux binômes de formatrices. Néanmoins, toutes reconnaissent les étudiants comme professionnels dès lors que les règles de conduite sont appropriées, notamment au travers de leurs styles, et comme novices lorsqu'elles ne le sont pas entièrement.

La prise de conscience par les étudiants de ce qu'ils sont en tant que professionnel est toutefois « très compliqué ». Ce qui est « mis en jeu » dans ce qu'ils découvrent par comparaison pourrait être la déduction de qui est compétent et non. L'étudiante qui ne s'évalue pas comme « une bonne infirmière » parce qu'elle ne respecte pas l'ensemble des critères du soin technique et du soin relationnel pourrait devenir « meilleure » en se modélisant à « sa collègue » qu'elle considère comme « meilleure professionnelle qu'elle ». Or, « plusieurs manières » de faire et d'être permettent de devenir une « bonne professionnelle » et non une seule. Chacune d'entre elles peuvent être « une qualité pour le patient ». Si les formatrices s'accordent à dire qu'elles reposent sur leurs « qualités » et leur priorité des critères, certaines d'entre elles sont interpellées que des étudiantes comparent leur façon de faire spécifique à leur « caractère » et à leur « personnalité », même si leur modalité opératoire est pertinente. Tout en se questionnant sur leur dispositif didactique, ces formatrices considèrent que le « processus de professionnalisation » de ces étudiantes « n'est pas complètement achevé ». L'autre binôme de formatrices pense au contraire que le soignant naît de « ce joli paradoxe » mis en évidence par les étudiants et dont « il faut savoir faire la différence » en fonction des circonstances, tel « être carré » et « être souple ». Il s'agit de qualités complémentaires dont les étudiants prennent conscience. Pour eux, « être professionnels » consiste à avoir les deux, ce qui est « loin d'être faux ».

V.3.3 Le débat sur le dispositif d'analyse du travail au sein de la formation infirmière

Cette méthode est « un outil » répondant « à l'exigence de réflexivité » du « nouveau programme », même si elle n'est pas la seule. L'écoute « fine » des étudiants, qui sont sans « dissymétrie » puisqu'ils ont le même niveau d'apprentissage dans la formation et les mêmes difficultés, est « centrée sur la compréhension de ce que l'autre me dit de moi » et de « mes mécanismes ». Chaque étudiant « armé de critères » a déterminé sa façon de faire et d'être bien particulière à partir de son expérience et du sens que ça a pour lui. « Ce métier » étant riche par les « milliers de façons de donner du sens », les formatrices sont donc convaincues que « l'apprentissage de la pratique » ne doit pas être complètement « cadré ». « Ce dispositif en binôme » a facilité aussi la prise de conscience de certaines difficultés que les étudiants n'arrivent pas à découvrir seuls, ne se voyant pas faire. Les questions posées pourront alors être réactivées dans une autre situation de soins. Même si certains étudiants auraient besoin de réinterroger avec un « expert » la

situation ou les « noyaux durs de gestuelle » au sein de séquences pédagogiques, « la richesse de cette analyse de pratiques » montre qu'elle n'est « pas bien » utilisées par les formateurs. En se référant davantage aux normes professionnelles, les étudiants argumenteraient plus le but qu'ils poursuivent dans le soin ainsi que leur grille d'analyse.

Il semble toutefois difficile pour les quatre formatrices de mettre en place ce dispositif particulier d'accompagnement « individualisé » en formation infirmière. Il requiert une « qualité » et « une précision de l'accompagnement ». Si le film est un « outil extraordinaire » et « très intéressant », il est toutefois « violent avec les étudiants ». L'expérience négative de travaux pratiques en sous-groupes en l'absence de film et de « manipulations vidéo intempestives » en tant que formé argumente les craintes des formatrices. Les étudiants se connaissant, le « risque » est d'ordre psychologique chez des étudiants jeunes qui peuvent déjà avoir de « grandes difficultés » au niveau « existentiel » et au niveau des « traits de personnalité ». Le regard « malveillant » des autres et l'utilisation d'« images négatives » lors de « tiraillements entre eux » peuvent les mettre en difficulté par des « répercussions » imprévisibles. Or « la posture de formateur » n'est pas celle de « thérapeute ». Ce dispositif n'est donc pas « adapté à tous » les étudiants, comme d'ailleurs « aucun ». Ayant toutefois constaté que dans ce travail d'analyse la confiance et l'écoute entre les étudiants ont été constructives, notamment en permettant à certains étudiants une « progression immédiate », un réajustement du dispositif de formation des formatrices pourra être proposé.

VI LA DISCUSSION

VI.1 VERS UNE FORMALISATION DU POUVOIR D'AGIR ET D'ETRE DES ETUDIANTS INFIRMIERS

VI.1.1 *Synthèse des résultats*

Les résultats de notre recherche ont révélé comme éléments génériques du processus psychologique des étudiants infirmiers, au sein de la clinique de l'activité, la reconnaissance mutuelle de leur style dominant (au niveau de la communication et de la remise en question de la pratique au sein du 1^{er} binôme ; au niveau de la rigueur gestuelle et de la souplesse relationnelle au sein du 2^{ème} binôme), ainsi que de l'identité professionnelle qui s'en est dégagé (soignante attentive et soignant soucieux de bien faire au sein du 1^{er} binôme ; personnalité carrée et personnalité ronde au sein du 2^{ème} binôme). Un autre élément générique a concerné la réflexivité sur la réorganisation subjective du style de chaque étudiant. Elle a été envisagée à partir de la volonté d'une part d'utiliser le style le plus caractéristique de son partenaire et d'autre part d'articuler l'identité professionnelle reconnue de chacun d'entre eux au cours des dialogues. La formulation par l'étudiant infirmier de son identité professionnelle visée a émergé du souhait d'articuler les identités attribuées, à

savoir (i) l'identité attribuée par autrui à partir du style qui a singularisé le plus son appropriation des critères de qualité de soins et son développement des compétences infirmières ; (ii) et l'identité de son camarade que lui-même lui a attribué en regard aussi du style qui a singularisé le plus son appropriation des critères de qualité de soins et son développement des compétences infirmières. Cette dynamique, qui s'est située au sein de l'articulation des transactions relationnelles et biographiques identitaires décrite par Dubar (2000), confirme que le style est un « élément clé de l'identité professionnelle » (Zimmermann, 2013, p.57).

Les éléments génériques ne pouvant être cependant mis en œuvre sans « une histoire chaque fois singulière de l'activité » (Béguin & Clot, 2004, p.45), les résultats ont donc aussi retracé la réflexivité sur le processus spécifique de développement de chaque étudiant. Il a été recherché du côté du réel de l'activité mais également du côté de ce que nous avons appelé, par analogie, du réel de l'identité : ce qu'ils sont, mais aussi ce qu'ils ne sont pas, ce qu'ils ne veulent plus être, ce qu'ils cherchent à être, ce qu'ils pensent pouvoir encore être, ce qu'ils ne pensaient pas pouvoir être, ce qui a été un plaisir à découvrir pour eux. Le spécifique a donc concerné la volonté de chaque étudiant de recréer (i) son style pour élargir ses possibilités d'action (analyse de la pratique gestuelle / communication verbale au sein du 1^{er} binôme ; souplesse relationnelle / rigueur technique au sein du 2^{ème} binôme) ; (ii) son identité professionnelle visée dans la transaction relationnelle avec le pair pour élargir ses manières d'être (professionnelle proche du patient et parfaite dans sa prise en charge / tuteur se rappelant son identité héritée d'apprenant se remettant en question au sein du 1^{er} binôme ; infirmière garante de l'asepsie et de la prise en charge globale / professionnelle qui sait faire son métier au sein du 2^{ème} binôme).

VI.1.2 Les nouvelles sources de dialogue intérieur sur le style

Les échanges en autoconfrontation ont induit une réflexivité sur la pratique et la posture des étudiants à partir de la découverte de leur style spécifique. Leur volonté d'utiliser celui de leur camarade tout en souhaitant conserver le leur nous renvoie à l'apprentissage par l'imitation du geste (Clot, 2008). Le style imité participerait à l'apprentissage dès lors qu'il contribuerait « au développement du geste des autres » (Clot, 2008, p.140). Les étudiants qui souhaitent intérioriser le style de leur camarade se situeraient dans cet apprentissage s'ils font preuve d'un mouvement d'appropriation interne et externe dans leur activité. S'effaçant d'abord au profit du sujet imité, l'étudiant s'en détacherait ensuite et s'en distinguerait par une instrumentalisation du modèle afin de tirer le meilleur parti du style imité. Soumis aux intentions dans l'action de l'étudiant qui imite, le style du pair deviendrait non seulement le sien mais aussi une ressource interne pour son propre développement. Le retouchant à sa façon - notamment en regard de son propre style qui le caractérise mais aussi du contexte - il serait un moyen pour lui d'agir de manière efficace sur le réel. Le style mis en patrimoine pour répondre à l'ensemble des règles déterminées par les étudiants ne se répèterait toutefois pas à l'identique puisque l'action est non

réitérable (Leontiev, 1958). En enrichissant la tâche impersonnelle (soin prescrit) par un éventail d'activités personnelles que les experts valident, les étudiants répondraient alors à la demande des formateurs d'individualiser le soin. Ce processus ne serait pas figé. La reconstruction du style professionnel et du sens de l'activité se poursuivrait à travers la réflexivité au cours de la formation et de l'exercice professionnel. Elle contribuerait au développement des compétences pour soigner le patient dans toutes ses dimensions.

VI.1.3 Les nouvelles sources de dialogue intérieur sur l'identité professionnelle

Les résultats de l'analyse des divers dialogues révèlent que les étudiants ont dépassé la compréhension respective de leur activité et de celle du pair pour entrer dans les raisons liées à leur identité professionnelle. Ils se rapprochent ainsi de l'« identité en acte » décrite par Vinatier (2009, p.96), à savoir d'une conception interactive de l'identité professionnelle. L'activité discursive a influencé la représentation que les étudiants se sont faits de leur rôle de soignant, notamment par la prise en compte des valeurs et motivations qui sous-tendent leur activité. Inversement cette représentation influencerait, selon leurs dires, l'activité qu'ils engageraient dorénavant en situation. En plus de la reconstruction de leur jugement, de leurs valeurs, de leurs intérêts et motivations, les étudiants ont aussi conceptualisé leur style. Nous proposons donc de prolonger les invariants du sujet constitutifs de l'identité en acte déterminés par Vinatier (*ibid.*) au style dominant inscrit dans l'histoire de l'étudiant.

De plus, leur volonté de transformer leur processus identitaire serait issue d'une reconnaissance mutuelle des étudiants comme « référents identitaires » (Cohen-Scali, 1997, p.37). L'identité professionnelle de l'un serait constitutive de celle de l'autre en regard d'un sentiment d'unité personnelle et de continuité temporelle (Erikson, 1968/1972 ; Tap, 1988) faisant que leurs styles seraient complémentaires et non substituables. Par cette projection, les étudiants se sont reconnus capables d'être des soignants prenant en charge globalement la personne soignée. Les professionnels confirment d'ailleurs que ce qui fait une « bonne infirmière » est à la fois d'être une « bonne technicienne » et d'être « bonne dans la relation avec le patient » (Savoyant, 2005, p.23). Cette identité collective est donc « déterminante dans le processus de re-création d'une identité d' « homme capable » » de nouvelles possibilités (Almudever, Michaëlis, Aeschlimann, & Cazals-Ferré, 2012, p.92). Cette dynamique non statique, sans cesse remaniée pour que les étudiants infirmiers s'engagent dans la responsabilité de soigner le patient dans sa globalité, contribue au développement des ressentis qu'ils ont évoqués en autoconfrontation, ceux d'avoir déjà du métier et d'appartenir au groupe professionnel infirmier. Désirant s'affranchir des règles professionnelles par l'instrumentalisation du style du pair, ils se reconnaissent comme des soignants conformes et uniques. Les étudiants infirmiers rejoignent en cela les professeurs des écoles en formation initiale étudiés par Zimmermann (2013). Ils

façonnent leur identité professionnelle selon une cadence et un agencement qui leur est singuliers.

Ainsi, notre recherche prolonge les travaux antérieurs sur le processus identitaire par la volonté d'une mise en patrimoine à la fois de leur style et de leur identité professionnelle.

VI.2 D'AUTRES PROCESSUS EN JEU DANS LE DEVELOPPEMENT DES ETUDIANTS INFIRMIERS

VI.2.1 *La dissonance cognitive*

La théorie de Festinger (1957, 1971) sur la dissonance cognitive ouvre une autre voie du développement des étudiants au sein de l'analyse de leur activité. Après avoir pris conscience que leur mobile peut être relié à ce avec quoi ils se reconnaissent le plus à l'aise, ils ont élaboré des rapports entre leurs diverses manières de faire et d'être et ont exprimé la volonté de les recréer selon plusieurs alternatives. Les étudiants qui vivent une discordance entre leurs cognitions et la situation de controverse au sein de la clinique de l'activité la gèrent en réduisant les divergences par un changement de référence en fonction des façons de faire et d'être des uns et des autres reconnus comme efficaces. Afin d'être compétents dans la réalisation d'un soin qui respecte à la fois toutes les règles de métier, tout en étant singulier, et à la fois les buts nouvellement découverts que les formatrices ont validés, ils modifieraient à l'avenir leur manière de soigner en articulant leur style et leur identité respectifs.

Les étudiants peuvent aussi choisir de se référer à la réduction de la dissonance cognitive par un autre processus social moins contraignant. Cette possibilité concerne surtout la situation des étudiants où leur camarade leur reproche un comportement ou une attitude alors que le pair a reconnu la pertinence d'autres modalités opératoires. Le comportement ou l'attitude qui leur est reproché(e) ayant moins d'importance pour eux par rapport à ceux qui ont été reconnus, ils rétablissent la consonance par un rapprochement vers leur camarade. Ils disent qu'ils modifieront le comportement ou l'attitude concerné(e), mais sans réelle certitude. Il le sera si les arguments présentés par le pair correspondent à leur réalité.

VI.2.2 *La construction sociale des structures cognitives*

La perspective du conflit sociocognitif nous permet alors d'aborder l'efficacité du développement cognitif des étudiants depuis leurs dilemmes. Les travaux d'Almasi (1995) nous amènent à penser qu'elle l'est davantage à partir de la relation symétrique entre étudiants qu'à partir de la relation asymétrique chercheur-étudiant. Ayant réalisé en stage des procédés de soin différents pour une tâche identique, les étudiants ont argumenté entre eux leurs divergences en mobilisant des connaissances. C'est alors que la communication symétrique (Doise & Mugny, 1997), où chaque

étudiant a commenté son soin à un camarade et a demandé à celui-ci de lui expliquer le sien, a été essentielle dans la recherche d'informations et l'acquisition de nouvelles connaissances (Smith, Johnson & Johnson, 1981). Un étudiant a d'ailleurs verbalisé qu'il avait accepté de participer à « cette expérience car elle ne pouvait être que bénéfique ». La coopération (Mitchell, Johnson & Johnson, 2002) et la reconnaissance mutuelle (Psaltis & Duveen, 2007), manifestées au travers d'un questionnement bilatéral, dont la visée est de comprendre et de dépasser leurs oppositions, ont sans doute renforcé leur progrès. Ces phénomènes survenant lors de controverses, le développement cognitif des étudiants qui en a émergé serait en effet plus efficace que lors d'un consensus rapide (Mugny, De Paolis & Carugati, 1984 ; Mugny, Giroud & Doise, 1978-1979 ; Johnson & Johnson, 1995). Le raisonnement aurait donc participé au processus de résolution de la confrontation (Carugati, De Paolis & Mugny, 1980-1981 ; Mugny, De Paolis & Carugati, 1984), notamment à travers des coordinations inter-individuelles (Perret-Clermont, 1996). Les étudiants en interactions au sein des binômes respectifs ont non seulement expliqué et argumenté chacune de leurs positions mais les ont aussi exploitées de manière minutieuse. Suite à de nouveaux arguments, ils ont intégré les savoirs co-construits dans une conclusion partagée par l'un et l'autre. Pour en déduire que le progrès intellectuel a eu lieu, il doit néanmoins persister dans le temps (Doise & Mugny, 1997). D'autres travaux seront donc nécessaires pour non seulement l'affirmer mais aussi pour vérifier la transformation effective de l'activité.

VI.2.3 *L'interactionnisme social*

La position épistémologique de l'interactionnisme socio-discursif développée par Bronckart (1997) nous permet d'entrevoir que le processus d'individualisation des étudiants observé par les formatrices résulte aussi de négociations et de consensus sur leurs façons d'agir et d'être. Ils désirent maintenir certains styles initiaux et s'approprier quelques caractéristiques du pair selon une « ré-organisation singulière résultant de la dimension expérientielle ou historique propre » à chacun (*ibid.*, p.319). Dans cette approche, le discours est considéré comme un « processus de médiation et de reconfiguration des actions en situation de travail » et un processus de validation des significations (Fillietaz & Bronckart, 2005, p.7). L'étudiant infirmier est capable de définir et de négocier ses spécificités afin que la transformation puisse se produire dans un esprit d'acceptation, de cohésion et d'équilibre. En tant qu'instrument sémiotique et consensuel, la langue produit des activités collectives. Dans cette perspective, aux termes de la clinique de l'activité, il ressort que l'horizon envisagé de l'activité et de l'identité des étudiants découle d'une négociation entre eux. Nous nous rapprochons donc des travaux de Bronckart (1997) pour dire que le pouvoir d'agir et d'être de l'étudiant infirmier relève d'une activité collective consensuelle.

Mais notre point de vue sur l'activité consensuelle ne se limite pas au travail collectif d'analyse du travail. Nous avons mis en évidence qu'elle tient compte aussi

de l'entrecroisement de l'analyse par des individus appartenant à plusieurs groupes, comme l'ont démontré Bercot et De Coninck (2003). Les apprenants, mais aussi les formatrices, ayant comparé leur activité et l'ayant reliée à diverses expériences développées au sein de plusieurs milieux, leurs multiples interactions ont été des ressources pour l'activité de chacun d'entre eux. Les travaux de Simmel (1981) sur l'enrichissement de la vie des individus qui traversent différents groupes d'appartenance nous permettent alors de soutenir que la prise de conscience d'autres possibles par l'analyse de l'ensemble de ces appartenances favorise le développement de l'autonomie de chaque individu, qu'ils soient étudiants ou même formateurs.

VII CONCLUSION

Bien que les étudiants infirmiers n'aient pu dialoguer avec les formatrices et repenser ensemble l'organisation apprenante, cette recherche a montré que les étudiants sont déjà en capacité de prendre soin du métier en formation initiale, ce qui est un gage de leur « bien-être psychologique » (Koskuloski, 2010, p.30). Au sein du dispositif élaboré, ils se sont sentis actifs, aussi bien au niveau de leur pouvoir d'agir dans le métier de soignant que de leur pouvoir d'être face à ce métier. À l'instar de Bencheckroun et Weill-Fassina (2000) qui ont décrit le collectif comme central dans la santé des travailleurs dès lors qu'il est une ressource pour l'activité individuelle, nous pouvons dire que le travail collectif au sein de la clinique de l'activité a eu une fonction psychologique pour les étudiants. Les formatrices l'ont d'ailleurs reconnue. Le développement de l'activité individuelle des étudiants a été lié à la confrontation de leurs diverses façons de faire et d'être par comparaison, ainsi qu'à l'introduction des voix du pair dans leur dialogue intérieur. Ayant construit collectivement des pistes de transformation, les étudiants inscriront sans doute durablement le sens de leur activité par la réactivation des questions soulevées dans une autre situation de soins. Comme tout professionnel, ils éviteront ainsi le risque d'une disqualification de leurs actions et de leurs buts. De nouveaux observables indépendants du vécu seront cependant nécessaires pour démontrer le développement.

Si notre modèle d'analyse mérite d'être étendu à d'autres cas, il présente un intérêt pour les formateurs et tuteurs de stage. Il leur offre un axe de réflexion sur le débat de métier au sein de l'organisation apprenante afin que les étudiants puissent accroître leur pouvoir dans le développement des règles du métier et dans le sentiment de se sentir professionnel. Les formateurs et tuteurs pourront ainsi questionner la santé au travail dès la formation initiale par le « développement de la « conscience professionnelle » » (Clot, 2010, p.44) des étudiants infirmiers.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Almasi, J. F. (1995). The nature of fourth graders' sociocognitive conflicts in peer-led and teacher-led discussion of literature. *Reading Research Quarterly*, 30, 314-351.

- Almudever, B., Michaëlis, N., Aeschlimann, M.P., & Cazals-Ferré, M.P. (2012). Le pouvoir d'agir à l'épreuve de la souffrance au travail : émotions, recherche et construction de sens. *Psychologie du travail et des organisations*, 18(1), 81-95.
- Bakhtine, M. (1970). *La poétique de Dostoïevski* (I. Kolitcheff, Trad.). Paris : Points Seuil. (Édition originale, 1963).
- Bakhtine, M. (1978). *Esthétique et théorie du roman* (D. Olivier, Trad.). Paris : Gallimard. (Édition originale, 1934).
- Bakhtine, M. (1984). *Esthétique de la création verbale* (A. Aucouturier, Trad.). Paris : Gallimard. (Édition originale, 1952).
- Barbier, J.M. (2006). Problématique identitaire et engagement des sujets dans les activités. In J.M Barbier, E. Bourgeois, G. de Villers, & M. Kaddouri (Eds). *Constructions identitaires et mobilisation des sujets en formation* (pp. 15-64). Paris : L'Harmattan.
- Baudrit, A. (2003). *Le tutorat. Richesses d'une méthode pédagogique*. Bruxelles : De Boeck.
- Béguin, P., & Clot, Y. (2004). L'action située dans le développement de l'activité, *@ctivités*, 1(2), 27-49.
- Bencheekroun, T.H., & Weill-Fassina, A. (2000). *Le travail collectif. Perspectives actuelles en ergonomie*. Toulouse : Octarès Éditions.
- Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V., & Day, L. (2010). *Educating nurses: A call for transformation*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Bercot, R., & De Coninck, F. (2003). Que devient le travail collectif dans des groupes entrecroisés et transitoires ? Une analyse simmelienne. *Gérer & Comprendre*, 72, 69-78.
- Bouveret, A., Lima, L., Michon, D., & Grangeat, M. (2012). Au cœur de la réforme des études en soins infirmiers : enquête auprès des enseignants formateurs en IFSI. *Recherche en soins infirmiers*, 108, 95-105.
- Bronckart, J.P. (1997). *Activité langagière, textes et discours. Pour un interactionisme socio-discursif*. Paris : Delachaux et Niestlé.
- Canouï, P., & Moragues, A. (1998). *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. De l'analyse du burn out aux réponses*, Paris : Masson.
- Carugati, F., De Paolis, P. & Mugny, G. (1980-1981). Conflit de centrations et progrès cognitif, III : régulations cognitives et relationnelles du conflit socio-cognitif. *Bulletin de Psychologie*, 34, 843-851.
- Chaliès, S., Amathieu, J., & Bertone, S. (2013). Former les enseignants pour accroître leur satisfaction au travail : propositions théoriques et illustrations empiriques. *Le travail humain*, 76(4), 309-334.
- Clot, Y. (1999). *La fonction psychologique du travail*. Paris : PUF.
- Clot, Y. (2004). Le travail entre fonctionnement et développement. *Bulletin de Psychologie*, 57 (1), 5-12.
- Clot, Y. (2007). De l'analyse des pratiques au développement des métiers. *Éducation et didactique*, 1(1), 83-93.
- Clot, Y. (2008). *Travail et pouvoir d'agir*. Paris : PUF.

- Clot, Y. (2009). La recherche fondamentale de terrain : une troisième voie, *Éducation permanente*, 177, 67-77.
- Clot, Y. (2010). *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*. Paris : La Découverte.
- Clot, Y. (2011). Théorie en clinique de l'activité. In B. Maggi (Eds.), *Interpréter l'agir : un défi théorique* (pp.17-39). Paris : PUF.
- Clot, Y., Faïta, D., Fernandez, G., & Scheller, L. (2000). Les entretiens en autoconfrontation croisée : une méthode en clinique de l'activité. *Pistes*, 2(1), 1-7.
- Clot, Y., & Gollac, M. (2014). *Le travail peut-il devenir supportable ?* Paris : Armand Colin.
- Clot, Y., & Leplat, J. (2005). La méthode clinique en ergonomie et en psychologie du travail. *Le travail humain*, 68(4), 290-316.
- Cohen-Scali, V. (1997). La socialisation professionnelle des publics des formations en alternance. *Pour*, 154, 37-49.
- Cohen-Scali, V. (2000). *Alternance et identité professionnelle*. Paris : PUF.
- Dagot, L. & Perié, O. (2014). Le burnout et la dissonance émotionnelle dans l'activité de care en centre d'appel. *Le travail humain*, 77(2), 155-175.
- Demarey, C., & Dal Pra, J. (2010). La tarification à l'activité (T2A) : Quelles transformations pour l'activité du personnel infirmier ? Étude exploratoire. *Psychologie du travail et des organisations*, 16(4), 326-341.
- Deslauriers, M., Alderson, M., & Caux, C., St-Louis, L. (2012). L'expérience d'erreur professionnelle chez les infirmières œuvrant dans les unités de soins intensifs adultes : une source de souffrance, mais également de construction identitaire. *L'infirmière clinicienne*, 9 (1), 37-51.
- Doise, W. & Mugny, G. (1997). *Psychologie sociale et développement cognitif*. Paris : Armand Colin.
- Dubar, C. (2000). *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*. Paris : Armand Colin.
- Dubé, V. (2012). *Développement, mise à l'essai et évaluation d'une intervention de pratique réflexive avec des infirmières œuvrant auprès de personnes âgées hospitalisées*. Thèse, Université de Montréal.
- Emler, N. & Valiant, G. L. (1982). Social interaction and cognitive conflict in the development of spatial coordination skills. *British Journal of Psychology*, 73, 299-303.
- Erikson, E.H. (1972). *Adolescence et crise : la quête de l'identité* (J. Nass, C. Louis-Combet, Trad.), Paris : Flammarion. (Édition originale, 1968).
- Faïta, D. (2001). Genres d'activité et styles de conduite. In A. Borzeix & B. Fraenkel, *Langage et Travail, Communication, cognition, action* (pp.263-282). Paris : Éditions CNRS.
- Faïta, D. (2007). Questions sur la MAC et le dialogue. In D. Faïta & B. Maggi, *Un débat en analyse du travail. Deux méthodes en synergie dans l'étude d'une situation d'enseignement* (pp. 25-35). Toulouse : Octarès Éditions.
- Faïta, D., & Vieira, M. (2003). Réflexions méthodologiques sur l'autoconfrontation croisée. *Skholé, hors-série*, 1, 57-68.

- Festinger, L. (1957). *A Theory of Cognitive Dissonance*. Stanford: University Press.
- Festinger, L., & Aronson, E.T. (1971). Eveil et réduction de la dissonance dans des contextes sociaux. In A. Levy, *Psychologie sociale, textes fondamentaux anglais et américains*, (pp.193-221). Paris : Dunod.
- Fillietaz, L., & Bronckart J. P. (Eds.). (2005). *L'analyse des actions et des discours en situation de travail*. Louvain-La-Neuve : Peeters.
- François, F. (1998). *Le discours et ses entours*. Paris : L'Harmattan.
- Garnier, C. & Marchand, C. (2012). Portfolio en Institut de formation en soins infirmiers : Mythe ou réalité. *Recherche en soins infirmiers*, 110, 98-112.
- Gilly, M., Roux, J.-P. & Trognon, A. (1999). *Apprendre dans l'interaction. Analyse des médiation sémiotiques*. Aix-en-Provence : Publications de l'université de Provence.
- Glaze, J.E. (2001). Reflection as a transforming process: student advanced nurse practitioners' experiences of developing reflective skills as part of an MSc programme. *Journal of Advanced Nursing*, 34 (5), 639-647.
- Guillen, S. (2004). Identité sociale et sentiment de capacité professionnelle : une étude réalisée auprès des infirmières, *Bulletin de psychologie*, 57(4), 555-557.
- Jeoffrion, C., Hamard, J.P, Barre, S., & Boudoukha, A. (2014). Diagnostic organisationnel et prévention des risques psychosociaux dans un établissement d'accueil pour personnes âgées : l'intérêt d'une méthodologie mixte et participative. *Le travail humain*, 77(4), 373-399.
- Johnson, D. W., & Johnson, R. T. (1995). *Creative controversy: Intellectual challenge in the classroom*. Minneapolis, MN: Interaction Book Company.
- Joule, R.J. & Beauvois, J. (2002). *Le petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens*. Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble.
- Kaddouri, M. (2006). Dynamiques identitaires et rapports à la formation. In J.M Barbier, E. Bourgeois, G. de Villers, & M. Kaddouri (Eds), *Constructions identitaires et mobilisation des sujets en formation* (pp.121-145). Paris : L'Harmattan.
- Kostulski, K. (2010). Quelles connaissances pour l'action en clinique du travail ?, In Y. Clot & D. Lhuilier (Eds.), *Agir en clinique du travail* (pp.27-38). Toulouse : Éditions Érès.
- Leontiev, A.N. (1958). Réflexes conditionnés, apprentissage et conscience. In Symposium de l'Association de psychologie scientifique de langue française, *Le conditionnement et l'apprentissage* (pp.169-188). Paris : PUF.
- Litim, M. (2010). L'inattendu de l'observation : un moyen de connaissance. In Y. Clot & D. Lhuilier (Eds.). *Agir en clinique du travail* (pp. 95-105). Toulouse : Éditions Érès.
- Marc, J., & Amalberti, R. (2002). Contribution individuelle au fonctionnement « sûr » du collectif : l'exemple de la régulation du Samu. *Le Travail humain*, 65(3), 217-242.
- Mitchell, J. M., Johnson, D. W. & Johnson, R. T. (2002). Are all types of cooperation equal? Impact of academic controversy versus concurrence-seeking on health Education. *Social Psychology of Education*, 5, 329-344.

- Monguillon, D. (2013). Enquête nationale sur l'application de la réforme du diplôme d'État d'infirmier. *La revue de l'infirmière*, 191, 16-17.
- Moshman, D. (2003). Developmental change in adulthood. In J. Demick & C. Andreoletti (Eds.), *Handbook of adult development* (pp.43-61). New York: Plenum.
- Mugny G., De Paolis P. & Carugati F. (1984). Social regulation in cognitive development. In W. Doise & A. Palmonari, *Social interaction in individual development* (pp.127-146). Cambridge : Cambridge University Press.
- Mugny, G., Giroud, J-C. & Doise, W. (1978-1979). Conflit de centrations et progrès cognitif, II : nouvelles illustrations expérimentales. *Bulletin de psychologie*, 17, 979-985.
- Myrick, F. & Yonge, O. (2004). Enhancing critical thinking in the preceptorship experience in nursing education. *Journal of Advanced Nursing*, 45(4), 371-80.
- Nascimento, A. & Falzon, P. (2014). Jugement différentiel d'acceptabilité et cultures de sécurité en radiothérapie. *Le travail humain*, 77(4), 325-349.
- Nagels, M. (2010), *Construire le sentiment d'efficacité personnelle en formation professionnelle supérieure*. Communication présentée au Colloque ESIG sur La motivation des apprenants ou comment susciter le désir d'apprendre ? Casablanca, Maroc, Avril.
- Neyns, V., Carreras, O. & Cellier, J.M (2010). Évaluation et gestion des risques en anesthésie : stratégies mises en place par les médecins anesthésistes. *Le travail humain*, 73(4), 319-337.
- Noël-Hureaux, E. (2012). *En quoi l'universitarisation de la formation infirmière modifie-t-elle la transmission ?* Communication présentée à La biennale internationale de l'éducation, de la formation et des pratiques professionnelles, Paris, France, Juillet.
- Osty, F. (2010). La reconnaissance, un impensé organisationnel. In Y. Clot & D. Lhuillier (Eds.). *Agir en clinique du travail* (pp. 265-278). Toulouse : Éditions Érès.
- Perret-Clermont, A.-N. (1996). *La construction de l'intelligence dans l'interaction sociale*. Berne : Peter Lang.
- Perret-Clermont, A.-N. & Nicolet, M. (Eds.) (2001). *Interagir et connaître*. Paris : L'Harmattan.
- Perret-Clermont A.-N., Perret J.-F. & Bell N. (1991). The social construction of meaning and cognitive activity in elementary school children. In L. B. Resnick, J. M. Levine & S. D. Teasley, *Perspectives on socially shared cognition*. Washington, DC : American Psychological Association, 41-62.
- Pierre Jeanguiot, N. (2000). Apprendre par l'erreur. Le statut de l'erreur dans le cadre de la formation initiale des infirmiers. *Recherche en soins infirmiers*, 62, 36-78.
- Psaltis, C. & Duveen, G. (2007). Conservation and conversation types: Forms of recognition and cognitive development. *British Journal of Developmental Psychology*, 25, 79-102.

- Roux, J.-P. (2003). Analyse interlocutoire, dynamiques interactives et étude des mécanismes des progrès cognitifs en situation asymétrique de co-résolution de problèmes, *L'Orientation Scolaire et Professionnelle*, 3, 475-501.
- Saujat, F. (2011). L'activité enseignante. In B. Maggi (Eds), *Interpréter l'agir : un défi théorique* (pp. 241-257). Paris : PUF.
- Savoyant, A. (2005) .La professionnalisation des personnels infirmiers [en ligne]. Dossier Céreq : [consulté le 22 juin 2014], Accès : <http://www.jamonet.eu/equal/analyse/Transfers%20Zqual%20doc%20CEREQ%2045.pdf>
- Scheller, L. (2001). Les « résidus » des dialogues professionnels. Le cas des facteurs d'un bureau de la poste, Clinique de l'activité et pouvoir d'agir. *Éducation permanente*, 146, 51-58.
- Schön, D.A. (1994). *Le praticien réflexif : à la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*. Montréal : Éditions Logiques.
- Secrest, J.A., Norwood, B.R., & Keatley, V.M. (2003). "I was actually a nurse": the meaning of professionalism for baccalaureate nursing students. *Journal of Nursing Education*, 42(2):77-82.
- Simmel, G. (1981). *Sociologie et épistémologie*. PUF, Paris.
- Smith, K. A., Johnson, D. W. & Johnson, R. T. (1981). Can conflict be constructive? Controversy versus concurrence seeking in learning groups. *Journal of Educational Psychology*, 73, 651-663.
- Tap, P. (1988). *La société pygmalion ? Intégration sociale et réalisation de la personne*. Paris : Dunod.
- Turcotte, A. (2012). *Processus de facilitation d'une pratique réflexive, de type codéveloppement auprès d'infirmières pivots en oncologie et son influence sur leur pratique professionnelle*. Thèse, Université de Montréal.
- Vandenberghe, C., Stordeur, S. & D'Hoore, W. (2009). Une analyse des effets de la latitude de décision, de l'épuisement émotionnel et de la satisfaction au travail sur l'absentéisme au sein des unités de soins infirmiers. *Le travail humain*, 72(3), 209-228.
- Vasconcellos, M. (2008). Identité, professionnalisation et formation. In M. Kaddouri, C. Lespessailles, M. Maillebouis, & M. Vasconcellos (Eds.). *La question identitaire dans le travail et la formation* (pp.149-171). Paris : L'Harmattan.
- Vinatier, I. (2009). *Pour une didactique professionnelle de l'enseignement*. Rennes : Presses universitaires de Rennes.
- Vygotski, L.S. (1997). *Pensée et langage* (F. Séve, Trad.). Paris : La Dispute. (Édition originale, 1934).
- Vygotski, L.S. (1998). *Théorie des émotions. Étude historico-psychologique*. (F. Séve, Trad.). Paris : L'Harmattan. (Édition originale, 1933).
- Vygotski, L.S. (2003). *Conscience, inconscient, émotions* (F. Séve & G. Fernandez, Trad.). Paris : La Dispute (Édition originale, 1932).
- Wong, F.K.Y., Kember, D., Chung, L.Y.F., & Yan, L. (1995). Assessing the level of student reflection from reflective journals. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 48-57.

- Whitley, B.E., & Kite, M.E. (2012). *Principles of research in behavioral science*. New York: Taylor & Francis.
- Zimmermann, P. (2013). *Analyse du façonnage de l'identité professionnelle des enseignants d'école primaire en formation initiale*. Thèse, Université de Nice-Sophia Antipolis.

RÉSUMÉ

Cet article s'intéresse à la problématique de la santé des étudiants infirmiers lors de l'apprentissage du métier. Elle est envisagée depuis leur capacité à porter la responsabilité de leurs actes et à assumer la performance de leurs pratiques en regard de leur identité professionnelle. L'objectif est d'étudier la contribution de l'analyse de l'activité soignante des étudiants à leur développement identitaire durant cette activité réflexive. La méthode historique indirecte de clinique de l'activité a provoqué le développement de leur pensée à la fois sur leur manière de faire le métier et leur manière d'être face au métier qu'ils apprennent. L'observatoire dialogique créé à partir de quatre étudiants infirmiers et de quatre formatrices a permis d'appréhender comment l'activité discursive entre étudiants sur un soin réalisé a participé consubstantiellement à la transformation de leur soin et de leur dynamique identitaire. Le collectif d'étudiants est apparu comme une ressource pour préserver leur santé en prenant soin du métier ainsi que pour favoriser leur sentiment d'appartenance au groupe professionnel infirmier depuis la formation initiale. En outre, les formatrices ont discuté de la mise en patrimoine au sein de la formation des compromis élaborés par les étudiants et ont questionné leurs propres activités. Leurs échanges, construits à partir de l'image vidéo des controverses des étudiants, leur ont permis de mieux cerner l'intérêt du débat de métier afin qu'ils puissent s'émanciper de la tâche prescrite. Les étudiants infirmiers sont devenus des ressources pour l'organisation apprenante.

Mots-clés : Clinique de l'activité, Santé au travail, Développement du métier, Identité professionnelle, Activité dialogique, Formation infirmière.