

*De la pensée à l'agir soignant.
L'esprit critique
peut-il être constructeur
d'une intelligence soignante¹ ?*

Jean-Marie Revillot, Rita Kehrer,
Valérie Strzelczyk,
Linette Fleck, Élisabeth Becker

Introduction

De prime abord, la notion d'esprit critique semble s'opposer à celle de pratique des soins. En effet, la première est orientée vers la pensée associée à une certaine posture de l'être, alors que la seconde fait écho à la technique, la gestuelle, l'action. Le lien n'est pas spontané, voire en opposition. De quelle nature est l'esprit critique ? Quels en sont les mécanismes et les spécificités ?

Les échanges du groupe PRAQSI Alsace² se sont enrichis d'approches conceptuelles multiréférentielles (Ardoino et de Peretti, 1998) pour étudier la notion d'esprit critique en se fondant sur une pluralité d'angles de vue tels que le cycle de Kolb (Kolb et Fry, 1975), l'intelligence pratique de Dejours (1993). Ces approches ont permis au groupe de développer une plus grande compréhension de l'esprit critique, mais aussi d'exacerber le sien. Des illustrations tirées de l'expérience, dans les soins et la formation, ont permis de mettre en tension l'esprit critique et la pratique des soins. Parmi ces illustrations, nous proposons d'en exposer trois

qui sont les plus différenciées et caractéristiques de la compréhension évoquée ci-dessus :

- le développement du tutorat dans l'encadrement des stagiaires ;
- la réflexion d'une équipe soignante autour de la mise en place d'aiguilles d'hydratation sous-cutanées ;
- l'émergence d'un travail de fin d'étude chez une étudiante en stage en pédopsychiatrie.

Expérience d'une étudiante en stage à l'esprit critique

Le nouveau référentiel de formation infirmière offre au tutorat une place prépondérante dans le dispositif d'encadrement des stagiaires. La situation qui suit tente de mettre en évidence l'importance de ce rôle.

Le premier stage d'Emma fut difficile pour elle comme pour l'équipe. En effet, l'équipe s'épuisait à expliquer, à montrer, à tenter de laisser faire l'étudiante et à l'encourager dans son apprentissage, mais rien n'y faisait. Parce qu'elle l'avait lu dans des livres, Emma disait qu'elle savait déjà ce qu'on lui expliquait. Mais concrètement, dans la pratique, lorsqu'elle essayait d'appliquer les consignes, elle n'atteignait pas l'objectif, restait inefficace, ce qui conduisait à des tensions entre elle et l'équipe. Si cette présentation un peu linéaire peut interpeller le lecteur, qui peut se demander si l'étudiant est là pour appliquer, c'est en tout cas ce qu'Emma avait comme représentation. Et les difficultés qui émergeaient risquaient de mettre à mal tout le stage.

Différents moments ont permis à Emma d'exprimer ses représentations du soin, en particulier l'entretien d'explicitation à mi-parcours et l'évaluation finale bâtie à partir des nouveaux critères de validation des compétences. Ainsi, pour cette étudiante, sportive de haut niveau, qui doit respecter les règles – avoir un objectif et de ne pas s'en écarter –, le soin est avant tout un protocole à appliquer de façon rigoureuse. Inversement, pour l'équipe, les

protocoles ne sont que des supports, des outils, des guides, mais en aucun cas ils ne constituent le soin.

À partir de démarches d'auto-évaluation et de techniques de reformulation mises en place par le tuteur, il a été possible de revenir sur certaines pratiques de l'étudiante, de les réinterroger et de faire émerger du sens. À l'issue de ce temps d'évaluation, Emma a commencé à comprendre ce que l'équipe cherchait à lui transmettre. Le poids du stage s'était adouci et une autre dimension du soin semblait s'ouvrir pour elle : celle du sens donné à une relation singulière.

Face à cette situation, deux approches théoriques peuvent nous éclairer.

Dans le cadre de la formation pour adultes, Jean-Marie Labelle (1996) préconise d'opter pour une stratégie contractuelle entre adultes, autonomes, responsables et citoyens, permettant à la fois de respecter l'autonomie de chacun et la collaboration au sein du groupe. Pour lui, le formateur fait office de tiers dans la formation de soi à soi. Selon la situation, il peut être tour à tour :

- *tiers-modèle*. Dans une attitude de prévenance, de témoin ou d'éveilleur, il est une référence qui influence ; le tuteur est reconnu en tant que tel par Emma quand il se place dans une attitude bienveillante, d'écoute active et d'ouverture ;
- *tiers-écho*. Dans une attitude concertante, le tuteur renvoie l'image de soi comme apprenant ; il est aussi en apprentissage grâce à cette nouvelle situation pédagogique, singulière et l'indique à Emma ;
- *tiers-passeur*. Dans une attitude d'itinérance, il aide, accompagne, soutien, renforce, conseille, ou stimule ; le tuteur chemine avec Emma en la questionnant, mais aussi en la rassurant ou en la stimulant un peu plus loin dans sa réflexion ;
- *tiers-garant*. Dans une attitude d'autorité, le formateur indiquera les repères et les obstacles, les passages obligés et les points d'appui. Il confirmera les résultats, validera les apprentissages et permettra à l'étudiant de s'affirmer. Le tuteur est

garant du cadre ; il accompagne Emma au bout de sa démarche malgré les difficultés et l'aide à faire le point sur ses apprentissages.

Dans la situation présentée, le tuteur a joué ce rôle de tiers. En effet, il s'est retrouvé à l'interface entre Emma et l'équipe, et entre Emma, sa relation au savoir et sa formation professionnelle. La reconnaissance mutuelle des protagonistes aura permis de fonder cette relation éducative (Postic, 2001) sur une réciprocité.

Mais comment situer le lieu et les enjeux d'une relation éducative au service de l'apprentissage ?

Pour Britt-Mari Barth (1993, 1996), si l'apprentissage est une modification durable des représentations, des schèmes d'action ou des comportements, il est aussi au croisement de deux processus indissociables : un *processus cognitif* et un *processus affectif*. Le cognitif fait référence au traitement de l'information et concerne tout ce qui se rapporte à l'intellect, au rationnel, alors que l'affectif est l'ensemble des états internes relatifs aux émotions, aux convictions, aux valeurs et à la régulation des conduites. Ainsi, le rôle du formateur est de tenter de relier les tensions entre ces deux pôles :

- d'une part, il *transforme* l'émotion négative en problématique par le débat et la *co-construction de la pensée* ;
- d'autre part, il *met en évidence* les motivations, les représentations et postulats qui font *obstacle à l'apprentissage*.

C'est dans la tension entre ces deux pôles que le tuteur a permis de débloquer la situation d'Emma et de lui faire prendre conscience des enjeux de l'apprentissage. Grâce à une écoute active de chacun, il a fait émerger les représentations initiales et les émotions sous-jacentes. Les questionnements et les mises en mots explicites auront favorisé une meilleure compréhension des situations vécues en stage en leur donnant un sens nouveau.

Pour conclure, nous dirons que le rôle tiers du tuteur de stage est particulièrement fondateur si ce dernier connaît les méca-

nismes d'apprentissage et sait ajuster une relation fondée sur la réciprocité éducative. Ainsi, il aide à expliciter les activités de l'ensemble des soignants en les réinterrogeant et permet tout particulièrement à l'étudiant de donner du sens à sa pratique en tenant compte de son unicité.

Réflexion critique d'une équipe soignante face à un soin technique douloureux

La deuxième situation présentée ici s'est déroulée en service de gériatrie. Accueillant 30 résidents lourdement dépendants, poly-pathologiques, ce service était une unité de soins de longue durée il y a peu, mais il relève aujourd'hui du régime médico-social dans le cadre de l'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Cette structure n'en reste pas moins chargée de prendre en charge les cas les plus difficiles.

Les soins infirmiers techniques prédominent, principalement autour d'une prise en charge optimale des actes de la vie quotidienne et des différentes préventions en œuvre dans le service.

Ce jour-là, l'infirmière se prépare à poser une perfusion sous-cutanée. La prévention de la déshydratation passe par ce type d'acte chez les personnes qui risquent les fausses routes malgré la mise en place de soins d'hydratation avec des produits gélifiés.

Mme M., âgée de 83 ans, réside depuis presque 8 ans dans ce service. Elle est lourdement dépendante physiquement, mais ses fonctions supérieures restent ponctuellement actives : elle passe de longues heures couchée et s'occupe en lisant des journaux professionnels. Elle avait exercé le métier d'institutrice, était mariée à un chercheur en sciences physiques et tous ses enfants avaient accédé à des postes importants dans l'enseignement et la recherche.

Mme M. présente des troubles de la déglutition de plus en plus importants, son état se détériore progressivement depuis 3 mois, occasionnant des troubles de l'élocution qui rendent l'accès à la parole difficile. Elle est perfusée tous les 2 jours depuis 3 semaines.

Au moment des transmissions, une infirmière parle de sa situation et des soins mis en œuvre pour accompagner son état général qui décline, sans pour autant relever d'une phase pathologique aiguë. Elle précise à l'équipe présente : « *J'ai l'impression qu'elle souffre. Je suis arrivée à la porte avec mon matériel. J'ai vu son visage se figer... pas tout à fait comme une grimace...* »

Cette « impression de douleur » alors que la pose de la perfusion n'est pas réalisée suscite un débat. Chacun connaît la fragilité de Mme M., chacun veut éviter d'ajouter une douleur supplémentaire au soin qui vise plutôt à éviter les effets néfastes d'une déshydratation. Il est fait appel aux ressentis, aux observations multiples. Et la question qui émerge tourne autour de la pertinence de l'utilisation du matériel. Une infirmière met une compresse pliée, une autre pique à un endroit bien précis, enfin une troisième colle un film protecteur avec une certaine habileté. Mais le choix d'utiliser une pommade antalgique avant le soin s'avère inefficace. C'est la recherche d'un matériel plus adapté, non référencé qui va alors donner satisfaction.

Il semble que la prise en charge infirmière dans cette situation dévoile quelque chose de l'intelligence soignante dans les soins.

L'initiation de cette intelligence fait suite à une impression, un ressenti, un signe, pourrait-on dire, qui n'en n'est pas vraiment un mais qui a toute son importance dans cette situation. C'est un peu comme si l'infirmière avait ressenti cette douleur non exprimée. L'esprit critique naît d'une perception, d'une impression. Dans cette profession, l'impression n'est-elle pas une valeur ? Surtout si elle se fonde sur les multiples strates des expériences accumulées, des connaissances de la personne soignée dans une optique d'efficacité dans les soins.

Christophe Dejours (1993) propose le concept d'« intelligence pratique ». À partir de sa définition, nous pouvons en déduire que le travail prescrit, c'est-à-dire la pose d'une perfusion sous-cutanée à visée préventive, ne correspond pas au travail réel, avec la confrontation à l'apparition de la douleur.

Ce décalage est source de savoir-faire, de savoirs issus de l'expérience. Toute la question est de comprendre comment se mobilisent ces savoirs face au réel à vivre. En effet, ils ne relèvent pas « des compétences prédonnées à la situation de travail » (Dejours, 1993). Les différentes caractéristiques de l'intelligence pratique sont présentes dans la situation de soins exposée. Il y a d'abord l'enracinement dans le corps : les sens sont alertés et la perception prime sur le raisonnement. La deuxième caractéristique concerne l'importance du résultat en dehors de la rigueur nécessaire pour y arriver : ce sont tous les échanges des soignants autour des petites ruses pour aboutir aux résultats attendus. La troisième caractéristique concerne la présence de l'intelligence pratique « dans toutes les tâches et les activités de travail [...] pas seulement dans la sphère du manuel » (*ibid.*). L'acte technique de pose de perfusion sous-cutanée est un acte manuel, nécessitant une prescription médicale, mais la situation présentée nous montre bien qu'une intelligence critique, pratique s'exerce pour répondre à une prise en charge soignante de qualité.

Les deux dernières caractéristiques touchent à l'aspect créatif partagé de tous. Il est nécessaire que le sujet au travail invente, ruse, s'ingénie à trouver une solution qui ne va pas de soi, n'est pas donnée par les éléments prescrits. Cette intelligence « se déploie chez les sujets à condition qu'ils soient bien-portants » (*ibid.*). L'exercice, la mise en œuvre de l'inventivité passent par un corps bien-portant ; c'est une démarche spontanée, naturelle, qui s'incarne dans le besoin d'exercer son intelligence.

L'expérience du réel oblige ainsi à devenir un chercheur, un inventeur intuitif dans son travail, montrant un domaine « où l'intelligence cognitive est hors jeu » (*ibid.*), où la solution est inconnue, où tout n'est pas réglé par un ensemble de procédures ou de protocoles. Pour peu que certaines conditions soient réunies, alors l'exercice de cet esprit critique devient possible voire souhaité, avec la participation d'un corps qui « alimente et déclenche l'intelligence ». L'intuition ne relève pas de la magie mais bien d'un processus complexe entre le corps et l'esprit, les sensations et

les connaissances. C'est ce processus que nous retrouvons dans ce qui s'appelle l'ingéniosité, le « bidouillage » pour y arriver, ancrés dans l'expérience. En témoigne tout ce qui se dit aux transmissions sur les manières de faire un pansement, une installation, les manières d'être avec tel résident ou telle famille.

L'intelligence au travail est aussi un engagement du corps, notamment dans cette profession où le corps de l'autre malade peut parler si directement au corps du soignant.

Le travail de fin d'étude, un processus de construction de l'intelligence soignante

Nous allons aborder à présent le cheminement de Mélanie, étudiante en soins infirmier, lors de la construction et de l'élaboration de son travail de fin d'études (TFE) qui semble être une illustration du développement de la pensée critique grâce à la relation et aux interactions avec autrui. Voici le résumé de son TFE.

Au sein même d'une équipe et pour une même personne soignée, des différences de pratiques s'observent, notamment autour de l'alimentation. Se nourrir peut revêtir différents sens, qui touchent l'individu dans sa totalité. L'alimentation en tant que soins peut se définir comme un possible ensemble de situations de vie complexes, dans lesquelles le soignant entre en relation avec la personne soignée, notamment autour de l'alimentation et de ce qu'elle représente. Ces situations présentent des enjeux qui créent un état dynamique et des mouvements de tensions entre différents pôles, pour les personnes soignées et les personnes soignantes. L'optique socio-anthropologique offre des pistes intéressantes pour questionner les enjeux à l'œuvre et les différences de pratiques dans ces situations de soin liées à l'alimentation.

Il est demandé aux étudiants de partir d'une ou de plusieurs situations de soins pour faire émerger un questionnement et une recherche. La démarche peut faire référence aux trois premières étapes du cycle de Kolb : expérience concrète³, observation réflé-

chie, compréhension abstraite⁴. La quatrième étape, l'expérimentation active, n'est pas explorée dans le cadre du TFE.

La première situation proposée par l'étudiante se déroule en pédopsychiatrie ; un enfant autiste mange avec les autres en utilisant ses doigts plutôt que les couverts. Après débat, l'équipe accepte cette attitude mais précise à l'étudiante que, lors du changement de service, la nouvelle équipe s'y opposera.

La deuxième situation concerne un patient adulte présentant un risque de fausse route lié à des troubles importants de la déglutition. Certains membres de l'équipe ne lui proposent que de l'eau gélifiée ; d'autres, privilégiant le plaisir, lui proposent des boissons liquides avec une paille.

Dès le départ, Mélanie n'est pas dans une situation, mais « en situation » (Masciotra, 2006) et très rapidement en « situation-problème ». Car d'emblée, elle se situe dans une posture d'« observation critique » (Dewey, 1968) du fait de l'intérêt qu'elle porte à la personne soignée dans un contexte donné. Elle enclenche une dynamique de questionnement des pratiques.

S'agit-il d'en conclure que les pratiques soignantes sont proportionnellement disparates en fonction des dispositions très différentes qu'ont les soignants d'aborder le soin ? Qu'en est-il du consensus autour d'un projet de soin ? Qu'est-ce que soigner ? Qu'est-ce que l'identité professionnelle ? Qu'est-ce que l'acte de manger ?

Pour donner de l'intelligence à la situation, dans un premier temps, l'équipe de soin joue le rôle d'aidant à la réflexion et à la recherche.

Puis, face à l'obligation du TFE, Mélanie met en mots les situations, prend de la distance à partir des interactions qui émanent du groupe de guidance collective, ce qui favorise une dynamique de recherche par une mise en tension des points de vue. Le formateur qui guide la recherche se situe ici dans un rôle d'accompagnateur et de médiateur.

Par ailleurs, les lectures et les recherches théoriques provoquent chez l'étudiante un processus de compréhension et d'enri-

chissement de la situation questionnée, et notamment grâce à la découverte des travaux des socio-anthropologues J.-P. Corbeau et J.-P. Poulain portant sur l'alimentation en tant que fait social.

Dans ce travail et cette démarche se joue la puissance transformante de la relation à l'autre, qui, lorsqu'elle est constructive, permet de s'approprier des connaissances et de donner sens au soin.

Ce travail d'analyse réflexive dans un esprit d'ouverture à l'autre a permis à Mélanie :

- de produire de l'intelligence soignante en prenant conscience que l'alimentation, l'un des actes les plus banalisés, les plus routiniers, n'est pas qu'un besoin physiologique : « c'est aussi une activité sociale, symbolique et cognitive » (L. Saadi cité dans le TFE de Mélanie, p. 8). Ainsi, tous les niveaux de la pyramide de Maslow sont concernés ;
- de situer le soin dans une relation de rencontre et de reconnaissance mutuelle : « c'est dans cette reconnaissance que peuvent s'affirmer la responsabilité de l'un, l'autonomie de l'autre et la liberté des deux » (C. Deschamps cité *ibid.*, p. 5) ;
- de prendre conscience que l'identité professionnelle se construit continuellement parce que ce n'est pas un « état, mais un acte relationnel », un « processus social » né d'interactions (C. Dubar cité *ibid.*, p. 3).

Conclusion

L'absence d'esprit critique peut appauvrir le travail, le rendre routinier, conduire à une attitude de soumission, voire à un mécanisme d'aliénation, d'abrutissement. Mais trop d'esprit critique ne permet pas non plus d'avancer (néguvisme, plaintes non constructives, jouissance lacanienne). Il s'agit donc de trouver un juste milieu pour développer un esprit critique constructif, c'est-à-dire en s'engageant, en s'autorisant à dire et à faire, en prenant de la responsabilité.

Dans la pratique des soins, l'esprit critique est une dynamique, un équilibre à mettre en œuvre dans la construction de l'intelligence soignante.

Accepté pour publication
le 24 mai 2011

RÉFÉRENCES

- Ardoino, J., de Peretti, A. (1998), *Penser l'hétérogène*, Paris, Desclée de Brouwer.
- Barth, B.M. (1993), *Le Savoir en construction*, Paris, Retz.
- Barth, B.M. (1996), « Construire son savoir : apprendre dans un contexte de formation d'adultes », in E. Bourgeois (dir.), *L'Adulte en formation : regards pluriels*, Bruxelles, De Boeck.
- Claparède, E. (2003), *L'Éducation fonctionnelle*, Paris, Fabert.
- Dejours, C. (1993), « Intelligence pratique et sagesse pratique : deux dimensions méconnues du travail », *Éducation Permanente*, n° 116, *Comprendre le travail*, p. 47-70.
- Dewey (1968), *Expérience et éducation*, Paris, Armand Colin.
- Kolb, D.A., Fry, R. (1975), « Toward an applied theory of experiential learning », in Cooper, C. (ed.), *Theories of group processes*, Londres, John Wiley.
- Labelle, J.-M. (1996), *La Réciprocité éducative*, Paris, PUF.
- Masciotra D. (2006), « Situation-problème, relationnalité et Spielraum », in M. Fabre, E. Vellas (dir.), *Situations de formation et problématisation*, Bruxelles, De Boeck.
- Postic, M. (2001), *La Relation éducative*, Paris, PUF.

NOTES

1. Cet article est fondé sur une communication faite au XI^e colloque PRAQSI, « L'esprit critique dans les soins. Quelle intelligence soignante ? », Aix-en-Provence, 25 et 26 novembre 2010.
2. Le groupe PRAQSI Alsace est une antenne de PRAQSI France. Ce groupe de réflexion se réunit tous les deux mois à Strasbourg et travaille à partir des thématiques du dernier colloque et de ses prolongements.

3. « L'expérience devient intéressante quand elle pose problème [...] qu'elle pousse à l'exploration, l'investigation, la mise en évidence des représentations et des faits », J. Dewey cité par P Landry, Symposium GRAF, Bordeaux, mai 2002.
4. « Car il n'y a pas d'intelligence sans recherche », Claparède (2003).

Mots clés

Esprit critique • Intelligence
pratique • Corps sensible •
Intuition • Invention • Création

Jean-Marie Revillot

Docteur en sciences de l'éducation,
formateur consultant au GRIEPS,
Lyon

Rita Kehrer

Master en sciences de l'éducation,
cadre de santé, Strasbourg

Valérie Strzelczyk

Cadre de santé, Strasbourg

Linette Fleck

Cadre de santé formatrice, Strasbourg

Élisabeth Becker

Cadre de santé formatrice, Strasbourg