

Le mémoire de fin d'études
Clarifier, nommer, rédiger
et soutenir le cheminement de sa pensée

Walter Hesbeen

Un certain nombre de formations, en particulier celles qui relèvent de l'enseignement supérieur ou qui y sont assimilées, nécessitent la rédaction d'un travail de fin d'études (TFE). Selon les contextes, celui-ci prend des dénominations diverses tels « mémoire », « porte folio », parfois aussi « rapport de stage », « note de synthèse », etc. Dans tous les cas, il s'agit d'une production formelle qui s'inscrit dans les exigences établies, soit réglementairement, soit localement, pour mettre fin à un cursus de formation et obtenir la qualification escomptée.

Afin de ne pas limiter ce travail à un exercice pédagogique supplémentaire et incontournable pour terminer un cycle d'études, exercice parfois perçu comme une formalité contraignante, chronophage voire fastidieuse tant par les étudiants que par les enseignants, l'orientation qui lui est donnée – c'est-à-dire la finalité qui lui est assignée – ainsi que les modalités pratiques de sa mise en œuvre, de son évaluation et de l'accompagnement des étudiants se doivent d'être réfléchies finement en réunion pédagogique et leurs cohérences interrogées, tant en regard du projet pédagogique que de l'activité professionnelle à laquelle la formation prépare.

En effet, lorsqu'il est question de réfléchir de manière approfondie au travail de fin d'études et de porter un regard critique sur la pertinence ainsi que sur la cohérence de tout ce qui le concerne

en une structure donnée, nous observons, régulièrement, outre le partage de quelques satisfactions, le nombre important d'interrogations qui foisonnent et qui disent, chacune, quelque chose de la gêne ressentie, des incertitudes voire des difficultés récurrentes rencontrées. De notre point de vue, tant cette gêne que ces incertitudes et difficultés renvoient, d'une part, à la nécessité de clarifier, de préciser les attentes pédagogiques et les modalités de réalisation du travail et, d'autre part, à la nécessité d'œuvrer et de se montrer vigilants en vue de plus de cohérence et d'harmonisation – *que l'on ne confondra pas avec de l'uniformisation* – de ce qui se dit et de ce qui se fait par chacun des enseignants.

Au fond, par l'expression de sa gêne, de ses incertitudes et difficultés ainsi que des nécessités de clarification, de cohérence et d'harmonisation qui en découlent, chacun semble bien percevoir que, lorsque l'on réfléchit au travail de fin d'études, c'est de l'ensemble du projet pédagogique et de la nature du fonctionnement d'une équipe dont il est finalement question, ce qui conduit, à la fois, à s'interroger sur la *finalité* que le projet poursuit ainsi que sur la capacité d'un groupe d'enseignants de se constituer en une *équipe pédagogique*, c'est-à-dire une équipe cohérente, harmonieuse, créative et ambitieuse. Une équipe dont les membres sont conscients de leur responsabilité sociale et qui témoignent de leur volonté de s'engager, de s'impliquer en vue de faire vivre le projet, et ce tant pour la qualité de la formation des étudiants que pour la qualité des rapports humains au sein de la structure et avec les différents interlocuteurs des milieux professionnels et autres.

Nous nous intéresserons, ici, aux travaux de fin d'études au sein des formations paramédicales, plus précisément à partir de notre expérience auprès d'équipes pédagogiques belges et françaises de formations en soins infirmiers et au sein desquelles le vocable le plus fréquemment utilisé est celui de « mémoire de fin d'études » (MFE).

Le projet pédagogique

Si les programmes de formations débouchant sur des qualifications professionnelles officielles sont réglementés par les pouvoirs publics et s'imposent, dès lors, à chaque établissement, le projet pédagogique, quant à lui, traduit la manière particulière que l'on a, au sein d'une école, d'un institut, de vouloir donner vie à ce programme, c'est-à-dire de l'inscrire dans une dynamique de pensée, d'audace et de créativité, et de chercher à lui donner une forme d'intelligence et d'épaisseur en établissant des liens entre toutes les parties qui le composent, le métier auquel il prépare et les modalités pédagogiques auxquelles on a recours. Ainsi, au-delà de la seule mise en application du prescrit réglementaire, le projet pédagogique procède d'une projection – *une vision* – qui fait appel à la hauteur de vue et à l'ambition des enseignants, hauteur de vue et ambition tant pour la pratique professionnelle à laquelle ils souhaitent préparer les étudiants que pour l'innovation pédagogique dont ils veulent faire preuve et le souci de pertinence et de cohérence dont ils se veulent être les garants.

Pour important que le projet pédagogique nous apparaisse, observons néanmoins qu'il n'est pas indispensable pour « faire fonctionner » un institut et y appliquer le programme réglementaire de formation, ce qui, dans tous les cas, reste une exigence incontournable. En certains endroits, la sagesse peut conduire à faire preuve d'une ambition limitée et, ainsi, à renoncer à l'élaboration d'un projet tant que les conditions de sa mise en œuvre ne sont pas suffisamment réunies. Observons également que s'il est aujourd'hui de bon ton de montrer qu'un projet a été élaboré, il n'en demeure pas moins qu'un tel projet – qui généralement énonce des intentions, affirme des valeurs et rappelle quelques règles – se limite, parfois, à un texte que l'on affiche ou à un document que l'on distribue. Si cela ne manque pas d'intérêt vu l'effort de conceptualisation et de rédaction qui a été consenti par les auteurs ainsi que pour les repères auxquels il sera possible de se référer, nous ne

pouvons ignorer que la diffusion d'un projet ne suffit pas pour le rendre vivant et le faire exister.

En effet, pour qu'un projet pédagogique existe et soit perçu comme le fil conducteur d'une formation et de la cohérence de tout ce qui est mis en œuvre, pour qu'il imprègne l'atmosphère d'une école ou d'un institut, il doit être rendu vivant, en premier lieu par les professionnels qui évoluent dans cette structure. Et cela ne va pas de soi et ne se décrète pas. Le projet, pour être vivant et vivace, appelle chaque professionnel, sans distinction de fonction et de statut, à se sentir concerné par son contenu et par la tonalité qui s'en dégage afin d'agir, chacun de la place qui est la sienne, pour donner vie au projet, pour le nourrir et l'entretenir, pour le rendre chaque jour repérable et, ainsi, permettre aux étudiants de s'y référer, mais également de s'y impliquer avec les caractéristiques de la place qui est la leur.

La qualité intrinsèque et la vivacité du projet pédagogique sont ainsi prioritairement dépendantes de ces deux grands axes de réflexions et d'actions : d'une part, la pertinence de la vision et l'ambition pour la pratique professionnelle sur lesquelles le projet repose ; d'autre part, la compréhension que les enseignants en ont, l'intérêt qu'ils lui portent mais aussi leur implication et leur bonne volonté. Ces deux grands aspects ne peuvent être ignorés ou même minimisés dès lors qu'il est question d'interroger et de faire évoluer avec quelque chance de succès le MFE, la finalité dans laquelle il s'inscrit, l'harmonie des pratiques des enseignants et la pertinence des différentes modalités qui le concernent.

Une équipe pédagogique saine

Au niveau des enseignants, au sein desquels nous incluons la direction et les bibliothécaires-documentalistes, souvenons-nous tout d'abord qu'un groupe d'enseignants ne constitue pas nécessairement une équipe pédagogique. Un tel groupe, s'il est nécessairement composé d'individualités et de personnalités aux caractéristiques diverses, requiert, pour être qualifié d'« équipe », le désir de

chacun de ses membres de faire partie de cette équipe ainsi que celui de travailler ensemble dans une perspective commune et donc d'œuvrer, malgré l'inconfort qui peut en résulter parfois, à tisser des liens en vue de réaliser un maillage, un maillage subtil, fin et intelligent pour qu'il ne soit pas perçu comme envahissant ; un maillage, de ce fait, pertinent pour la qualité et la cohérence de l'ensemble, au service de chacun, étudiants comme enseignants et interlocuteurs extérieurs. C'est pour cette raison que l'individualisme des enseignants et leur liberté pédagogique, si souvent évoqués et revendiqués, et pour légitimes qu'ils nous paraissent, ne peuvent se confondre avec une forme d'égoïsme et l'instauration auto-proclamée de modalités parfois très personnelles voire hermétiques de fonctionnement.

Outre le désir de chacun de ses membres pour qu'un groupe se transforme en équipe, la qualité de la parole et celle de l'écoute réelle dont elle bénéficie sont essentielles. Ce sont la parole, l'écoute et les débats que l'une et l'autre permettent qui alimentent la vivacité de l'équipe, qui lui apportent du carburant, qui suscitent l'esprit critique et concourent à l'élévation de la réflexion et de la pensée. Ainsi, une équipe pédagogique que nous qualifions de *saine* est celle qui, avec rigueur, audace et créativité, procure du plaisir à ses membres et suscite chez eux le sentiment de fierté d'en faire partie, de lui « appartenir ». Fierté pour ce qu'on y réalise ensemble harmonieusement, fierté pour l'exemplarité qu'individuellement et collectivement on tente de cultiver, fierté encore pour la qualité des enseignements, des activités pédagogiques et des productions qui contribuent à la réflexion professionnelle et au rayonnement de la structure ; fierté, enfin, pour l'intérêt discret mais bien présent que l'on s'y porte mutuellement, le soutien que chacun peut y ressentir et la convivialité bienfaisante qui se dégage de l'ensemble, et qui se diffuse et se propage.

Quelle perspective pour la pratique ?

De manière succincte ici, observons que, pour l'élaboration du projet pédagogique, il est possible de distinguer deux grandes

orientations pour la pratique infirmière¹ : l'une, toujours très répandue actuellement, tournée vers le « faire » et les actes délégués ou non que requiert ce qui doit être fait ; l'autre, moins répandue mais bien présente dans certains secteurs d'activités, tournée vers la personne – *le sujet singulier* – et l'aide particulière à vivre ce qu'elle a à vivre qui peut lui être proposée. La distinction entre ces deux orientations peut être illustrée par une question simple : « *En tant qu'infirmière ou infirmier, quand je vais dans la chambre d'un patient, est-ce que j'y vais pour faire quelque chose ou est-ce que j'y vais pour rencontrer la personne qui s'y trouve et, à cette occasion, faire ce qui peut ou doit être fait ?* »

Si dans les deux cas, la pratique infirmière nécessite la capacité de faire et de bien faire ce qui doit l'être, nous pouvons néanmoins observer que l'intention qui anime le professionnel n'est pas la même et donc l'orientation qu'il donne à son métier diffère fondamentalement. Dans un cas, il s'agit d'un métier de conception techno-scientifique et de tâches qui doivent être exécutées, métier orienté et valorisé par la nature des actes qui se posent. Dans l'autre cas, il s'agit d'un métier de la relation à l'humain et de l'aide que, grâce à leurs connaissances et habiletés diverses, y compris techniques, les infirmières et les infirmiers peuvent tenter de lui apporter, métier dont la valorisation et la gratification individuelle ressentie résident non pas dans la nature des actes posés et des tâches exécutées mais bien dans la qualité de la rencontre, la pertinence de l'aide mise en œuvre, ou, plus simplement, du bien-être qui a été procuré.

Pour établir la distinction entre ces deux grandes orientations, la nature même des actes posés ou des tâches exécutées n'est pas en cause ici. Ce qui détermine l'orientation donnée au métier, c'est la perspective dans laquelle s'inscrit la pratique et le degré d'importance que l'on accorde à la personne, quel que soit l'acte, sophistiqué ou non, qui lui est destiné.

Il peut être tentant – et légitime – de considérer que cette distinction entre deux grandes orientations est théorique, voire artifi-

cielle ou même inadéquate. Resituons, néanmoins, ces deux grands orientations dans notre contexte contemporain.

Le système de soins et la médecine que nous connaissons aujourd'hui, et qui sont indubitablement appréciables et remarquables en bien des points, se sont constitués au gré du temps en se montrant prioritairement soucieux de la réparation du corps, du traitement de la maladie ou, selon le cas, de l'isolement ou de la mise à l'écart d'un certain nombre de personnes. C'est ainsi qu'historiquement, et sans intention ni malfaisante ni malveillante, la médecine que nous connaissons aujourd'hui n'a pas fondamentalement été pensée pour l'homme mais bien pour le corps de l'homme. Ce constat, s'il n'enlève rien ni à la qualité humaine des professionnels et à leur investissement, ni au souci d'excellence de leurs pratiques, explique néanmoins certaines caractéristiques de fonctionnement toujours bien présentes aujourd'hui, en particulier la manière dont certaines décisions sont prises à l'insu du patient ou sans vraiment l'y associer, la centration sur la tâche à effectuer et la hiérarchisation des actes et des professionnels qui en résultent, la difficulté, également toujours très répandue, de considérer avant tout l'humanité du malade, c'est-à-dire de le regarder comme un sujet, de ne pas exercer sur lui le pouvoir que confère la position de professionnel, de le prendre au sérieux, de solliciter sa parole et de se mettre à son écoute. Insistons : ces caractéristiques ne sont pas le reflet d'intentions malfaisantes ou malveillantes mais bien des signes toujours bien présents d'une histoire dont on peine un peu à se départir.

« *Maintenant, cela suffit !* »

Les excès de ce système et de cette médecine propices à la banalisation de l'humain² n'ont, dans les faits, été remis en question qu'assez récemment et avec beaucoup de modération. Il a ainsi fallu attendre les années 1975 et la mouvance du courant des soins palliatifs pour voir émerger le concept – étrange si l'on y réfléchit bien – d'*humanisation des hôpitaux*, dont les effets ont assez timi-

dement imprégné les mentalités et les pratiques. Il a ensuite fallu attendre plus de vingt-cinq ans pour voir promulguée en 2002 une loi sur le droit des patients ; et c'est plus récemment encore, en 2007, qu'un nouveau concept affirme la nécessité de la « bienveillance » qui nous rappelle avec force, aujourd'hui plus qu'hier, qu'il ne suffit pas de bien faire tout ce qu'il y a à faire pour que l'humain se sente bien traité.

Cette évolution peut être brièvement synthétisée par les propos de Raymond Gueibe, psychiatre de liaison, qui, s'interrogeant sur l'évolution de l'éthique des soins, rappelle de manière très explicite le changement qui s'est petit à petit opéré à partir des années 1980 :

Historiquement, le moment crucial du changement a été le recours de plus en plus poussé à la technique qui nous a amenés à glisser dans l'acharnement thérapeutique. On ne s'est pas rendu compte qu'en utilisant la technique à l'excès au nom du bien du patient mais sans vraiment se soucier de sa personne, nous allions l'amener à se redresser un jour devant nous pour dire, en quelque sorte : « maintenant, cela suffit, vous allez entendre ce que moi je veux³ ».

Nous sommes ainsi aujourd'hui, bien plus qu'hier, confrontés à ce qui peut se définir comme un virage, un virage nettement plus marqué que par le passé par un changement de direction, et qui nous met face à la nécessité d'une évolution vers plus d'humanité dans les pratiques. Cette évolution qui s'impose à nous ne va pas de soi et qui met en difficulté tant des professionnels que des structures qui continueraient à se montrer plus soucieux de ce qu'il y a à faire et de l'organisation des actes et des tâches que de la personne à qui se destine ce qui doit ou pourrait être fait. Par ailleurs, si nous nous projetons à moyen terme, nous ne pouvons ignorer que l'automatisation ainsi que la robotisation ne relèvent plus, aujourd'hui, de la fiction. Or, plus les machines et les robots pourront se substituer aux professionnels, plus les patients et leur entourage éprouveront la nécessité de rapports humains de qualité qu'ils attendront, précisément, des professionnels. Et des rapports

humains de qualité se fondent sur la qualité de la parole qui est prononcée et de l'écoute qui est proposée.

Une rencontre et un accompagnement⁴

Cette évolution conduit à prendre conscience que l'excellence des connaissances et habiletés techniques, même accompagnées d'un « relationnel agréable », ne suffit plus, et suffira de moins en moins, pour désigner une pratique de qualité, c'est-à-dire pour faire preuve de compétence professionnelle et humaine dans une situation donnée. Il en découle que la pratique infirmière – comme celle de tous les autres professionnels de la santé – sera de plus en plus une pratique marquée par la nécessité de d'abord *rencontrer* la personne en vue d'accueillir et de prendre en compte sa singularité et, ensuite, de *accompagner* dans ce qu'elle a à vivre en la reconnaissant *vraiment* comme le sujet de sa propre existence, un sujet plus expert que nous les professionnels pour l'existence qui est la sienne ; une pratique donc marquée par la *subjectivité* et son véhicule qu'est la parole, une pratique qui, sans concessions aucune quant à sa rigueur, devra tenir compte, qu'*un jour le patient s'est redressé devant nous pour dire « ça suffit ! »*

Et la posture de l'accompagnant n'est pas la posture du professionnel « *qui sait* », de celui qui, y compris avec un relationnel agréable, décide de ce qui est bien et bon pour l'autre. C'est d'aider la personne à vivre ce qu'elle a à vivre dont il est question, quelle que soit la nature de l'affection. Une aide qui, bien entendu, comporte des aspects techniques, tels, par exemple, des techniques pures ou des gestes élémentaires de soins infirmiers et dont le but premier consiste à *aider la personne à faire ce qu'elle ferait par elle-même si elle en avait la force, la capacité ou la volonté*. Mais c'est aussi, et de plus en plus, une aide à la compréhension des informations devenues aujourd'hui instantanément accessibles ainsi qu'une aide, subtile, délicate, à opérer des choix, à être éclairé pour décider par lui-même – avec ses proches éventuellement –, de ce qui est bon ou semble le meilleur pour lui.

Cette évolution n'est pas sans conséquence sur la formation des étudiants et, dès lors, sur les orientations et modalités pédagogiques comme sur la posture et les qualités professionnelles des enseignants. Il convient de prendre en compte plusieurs éléments – et nous ne les mentionnons pas tous ici – pour orienter le projet, la démarche et le contenu pédagogiques. Il en va ainsi de la perspective d'un malade qui veut exister, qui veut être considéré et associé à toutes les décisions qui le concernent, qui s'est déjà timidement « redressé » devant nous mais qui se redressera davantage encore dans un futur peu éloigné ; d'un malade et de ses proches qui cherchent à savoir et surtout à comprendre et qui ont, aujourd'hui, un accès instantané à l'information. C'est également la perspective d'un système de soins en mutation profonde, mutation qui est loin d'être achevée, et confronté à une nécessaire rationalisation.

Orienter la formation

Notre propos, ici, n'est pas de décliner les différentes composantes et modalités pédagogiques d'une formation dont la finalité ultime serait de préparer les étudiants à la rencontre et à l'accompagnement de la personne lorsque celle-ci requiert l'intervention des infirmières et des infirmiers. Nous pouvons néanmoins mettre en exergue, ici, trois éléments qui nous semblent primordiaux et dont il faudra particulièrement tenir compte pour le MFE. Le premier est celui de la qualité de la *parole* et de son corollaire incontournable qu'est l'écoute ; le deuxième est celui de la *compétence* en vue d'éviter la confusion qui s'est insidieusement installée avec la notion de capacité ; enfin, le troisième renvoie à la *conception* même du *métier infirmier* que l'on présente ou que l'on véhicule, conception influencée par les propos tenus par les enseignants, leur exemplarité et le contenu de leurs enseignements et activités.

Précisons d'emblée qu'une formation propice ou plus propice à l'accueil et à la prise en compte de la singularité du sujet ne se

traduit pas par un nombre plus important d'enseignements de sciences humaines, de philosophie ou de ce qui est parfois étrangement nommé « cours d'éthique ». Si les contenus ne manquent en principe pas d'intérêt, ce qui compte c'est la manière dont les différents enseignements auront de susciter la réflexion sur les différentes situations humaines que les étudiants ont rencontrées et sur leur capacité d'inférer ensuite sur les situations qu'ils rencontreront.

La parole

Plus la pratique sera empreinte du souci véritable du sujet, plus celle-ci aura besoin de développer la qualité de la parole et de l'écoute. En effet, la parole qui s'élabore et qui s'exprime apparaît comme le « véhicule » de la subjectivité, le moyen d'initier et d'entretenir une relation de sujet à sujet. La parole, avec la sensibilité qu'elle requiert, le raisonnement clinique qu'elle exprime et l'intelligence du singulier dont elle témoigne, nécessite ainsi d'être très finement travaillée avec les étudiants, et ce dès « la première heure du premier jour » de leur formation. Comme le rappelait Jacqueline de Romilly se référant à la pratique médicale, c'est à un véritable « *art de s'exprimer* » qu'il convient de les préparer :

Quant à la médecine, elle suppose ou devrait supposer des échanges précis et adroits avec le patient – donc un art de s'exprimer. Cela est si évident que, déjà au V^e siècle avant J.-C., le maître en l'art de parler qu'était Gorgias raconte qu'il accompagnait son frère médecin dans ses visites, et que, s'il fallait convaincre un malade de se soumettre à tel ou tel traitement, c'était lui, l'incompétent, que le malade écoutait, plus que son frère le médecin. [...] Il est certain que presque tous les métiers impliquent l'exposé clair ou le plaidoyer, les raisonnements et les réfutations, la perception des intentions d'autrui, le talent d'omettre ou bien d'insister, bref un art de s'exprimer qui peut être plus ou moins poussé, mais qui constitue un des facteurs premiers de la réussite⁵.

Nous pouvons nous montrer soucieux de la capacité des étudiants actuels d'exercer un métier de la relation sensible et subtile

à l'humain malade ou dépendant – métier non réductible aux actes et tâches qui le composent – lorsque l'on constate les difficultés d'expression et d'écriture d'un certain nombre d'entre eux et, parfois, le peu d'engouement des enseignants pour les aider à corriger leurs lacunes et à améliorer la qualité de ce qu'ils disent et écrivent.

La compétence

Depuis quelque temps, nous assistons à une forme de confusion entre la capacité que l'on a de faire quelque chose et la compétence dont on fait preuve lorsque nous sommes appelés à faire ce que nous sommes capables de faire. La compétence peut ainsi se définir comme une *pertinence dans l'action* et cette pertinence, si elle requiert indubitablement les connaissances et capacités techniques des professionnels, doit tenir compte de bien d'autres éléments, en particulier les caractéristiques humaines de la situation.

De ce fait, contrairement à ce que l'on observe parfois, une compétence n'est pas validée « une fois pour toutes », sauf à confondre cette compétence avec la capacité de poser un acte. Une compétence, dès lors, ne se duplique pas et ne se transfère pas car il s'agit d'une compétence singulière dont on a pu faire preuve dans une situation qui, elle également, est singulière. C'est ainsi que l'on ne peut proclamer « être compétent », tel un état que l'on constate et qui semble immuable, définitivement acquis. Le professionnel tente d'être compétent sans garantie de pouvoir toujours y réussir. En effet, du fait des particularités toujours singulières d'une situation humaine, la compétence se cherche, se crée en situation. Elle fait dès lors appel au raisonnement clinique du professionnel et s'appuie sur l'intelligence du singulier dont il peut faire preuve, c'est-à-dire une forme particulière d'intelligence fondée notamment sur la sensibilité et qui conduit à être capable d'identifier et de prendre en compte ce qui est important pour un humain donné dans la situation qui est la sienne.

La compétence de situation nous rappelle que les pratiques tant médicales que paramédicales ne sont pas des pratiques scientifiques – même si elles se réfèrent aux données scientifiquement établies – ; il s'agit d'une pratique de l'*art*, un art médical, un art infirmier ou, plus largement, un *art soignant*. Une telle pratique s'oppose au systématisme des tâches qui se succèdent et requiert ce que Michel Dupuis, dans un récent ouvrage, nomme « la sagesse du cas par cas » ce qui fait appel à ce qu'il nomme le « méta-principe éthique de l'«à-chaque-fois»⁶ ».

Nous pouvons ainsi observer que le but poursuivi par la formation n'est pas celui de proposer sur le marché de l'emploi des professionnels compétents, mais bien des professionnels formés, entraînés à essayer de réaliser un *art soignant pertinent*, ce qui équivaut à essayer de se montrer le plus souvent possible compétents dans les situations humaines qu'ils rencontreront tout au long de leur activité professionnelle.

La conception du métier infirmier

La manière que les étudiants ont de concevoir leur futur métier d'infirmière ou d'infirmier est, bien entendu, déterminée par leurs représentations initiales et parfois solidement ancrées avant le début même de la formation. Leur conception sera également, et parfois très rapidement, forgée par ce qu'ils observent à l'occasion de leurs stages et la conviction qu'ils peuvent acquérir que ce qu'ils ont vécu et observé étant la réalité, là se trouve le métier auquel ils doivent se préparer. Cette conception est aussi influencée par les propos tenus par les enseignants et la volonté plus ou moins prononcée qu'ils auront d'influencer certaines représentations réductrices. Nous avons ainsi récemment entendu un enseignant déclarer prétendre « tirer la profession vers le haut » en mettant l'accent sur les actes techniques médico-délégués et en relativisant l'importance des autres soins. Si cette façon d'envisager la pratique infirmière n'est pas isolée, nous pouvons nous interroger sur l'impact qu'elle produit sur le sentiment d'estime de

soi des étudiants et sur la construction de leur identité professionnelle et la reconnaissance qui peut en résulter.

Malgré un certain nombre de discours sur ce qui est parfois désigné par l'expression « pratique réflexive », il est erroné de penser que la centration sur la tâche, sur l'acte, est aujourd'hui atténuée dans la pratique des soins infirmiers. Le rejet des soins dits « de base », que l'on observe parfois dès le début de la première année de formation, est un révélateur inquiétant d'une conception restrictive de la pratique infirmière qui perdure et que la pédagogie ne semble pas encore avoir réussi à faire évoluer. Les étudiants n'ont-ils pas besoin d'être aidés, malgré ce qu'ils observent comme pratiques dans les milieux cliniques, à prendre conscience que ce qui fait la grandeur de leur pratique et donc de leur futur métier, ne réside pas dans un acte posé, quel qu'il soit, mais bien dans la richesse, la finesse, la pertinence de leur *raisonnement clinique* et la capacité qui en résulte de s'intéresser réellement à la personne, à la manière qu'elle a de vivre ce qu'elle a à vivre, quelle que soit la gravité de ce qui lui arrive ou de son état, et de tenter d'identifier ce qui est important pour elle dans la situation qui est la sienne ?

Comment des étudiants ayant une représentation si réduite et si appauvrie de la pratique infirmière peuvent-ils se sentir gratifiés lors des stages au contact des situations humaines qu'ils rencontrent et de tout ce qui fait qu'un acte n'existe jamais en tant que tel car il se pratique toujours dans ou sur le corps de l'autre et s'inscrit, dès lors, à chaque fois, dans une existence particulière ? Comment peuvent-ils développer, durant leurs études et plus tard dans l'exercice de leur métier, cette indispensable « estime de soi » qui les rend fiers de leurs pratiques et les prémunit contre le manque de reconnaissance qu'ils pourraient parfois ressentir ?

De même, les étudiants ou professionnels qui proclament parfois avec véhémence leur attachement à l'humain, qui expriment des propos ou adoptent des comportements disqualifiant les soins qu'ils estiment peu gratifiants et qui font preuve de

dédain pour les étudiants ou professionnels d'un niveau moindre de qualification n'ont vraisemblablement pas conscience de leur incohérence et du manque de sincérité qu'ils renvoient. Quelle peut être leur crédibilité ?

Peut-être les enseignants se devraient-ils de rappeler et de travailler de façon particulièrement approfondie entre eux et avec les étudiants un élément fondamental qui se doit d'être présent lorsque l'on se destine à un métier de la relation à l'humain malade ou dépendant : celui du « goût pour l'humain⁷ ». Un tel goût ne traduit pas un appétit vorace qui pourrait conduire à engloutir l'autre, mais bien une sensibilité particulière – que l'on ne confondra pas avec de la sensiblerie – pour accueillir l'humain qu'est cet autre, quels que soient ses caractéristiques, l'état dans lequel il se trouve et les actes qu'il requiert.

De la sorte, l'étudiant ou le professionnel qui ne cherche pas prioritairement à se sentir gratifié par la nature plus ou moins sophistiquée de l'acte qu'il pose, mais bien par la réussite de la rencontre et de l'aide bienfaisante qu'il peut apporter à une personne voire à son entourage, quelle que soit la nature de l'acte voire en l'absence d'acte, fait preuve de ce que nous pouvons nommer une « humanité toute simple ». Une humanité « toute simple » qui n'a aucun rapport avec l'effacement de soi dans la relation ni la soumission à l'autre, mais qui lui permet de regarder d'abord du côté de l'humain sans se sentir disqualifié par les caractéristiques parfois peu gratifiantes d'une situation. Cette humanité « toute simple » devrait se travailler « dès la première heure du premier jour » avec les étudiants, les invitant à découvrir ou à affiner ainsi qu'à élever le nécessaire « goût pour l'humain » que requiert la pratique des professionnels de la santé lorsque ceux-ci conçoivent leur métier non comme le prolongement, la mise en œuvre technique de leurs savoirs, mais bien, fondamentalement, comme un métier de la relation à celui qui, du fait de sa maladie ou de sa dépendance, a besoin qu'on lui porte de l'attention et qu'on lui vienne en aide pour vivre ce qu'il a à vivre.

Malgré les récriminations régulièrement exprimées par les professionnels accueillant des stagiaires et les responsables des établissements de soins quant à la formation des étudiants et leur capacité de se montrer rapidement « opérationnels », l'orientation de la formation se doit, de notre point de vue, de se montrer audacieuse en affirmant un idéal humaniste qui correspond à l'évolution en cours et surtout à venir du système de soins, et ce malgré les signes forts et troublants de préoccupations financières et de rentabilités qui sont régulièrement mises en avant. Nous ne partageons pas, de la sorte, l'avis selon lequel la formation devrait se montrer moins idéaliste en vue de répondre davantage aux besoins des lieux d'exercice. C'est, pour nous, une question fondamentale d'éthique du quotidien des soins et du risque de banalisation de l'humain contre lequel nous pouvons, dès le début de la formation, contribuer à agir.

Le mémoire de fin d'études

Dans la réflexion pédagogique menée au sein d'une école ou d'un institut, comment le MFE peut-il, en cohérence, s'inscrire dans cette finalité de préparer les étudiants à exercer leur *art infirmier*, un *art soignant de la rencontre et de l'accompagnement* d'une personne et de son entourage dont la situation requiert l'intervention d'infirmières ou d'infirmiers ? Comment, par le MFE, favoriser le travail d'élaboration, d'expression et de précision de la parole ? Comment contribuer à l'exercice du raisonnement clinique et à l'intelligence du singulier qu'il requiert ? Comment, enfin, grâce au MFE, les étudiants peuvent-ils clarifier et affiner leur compréhension de l'exercice du métier infirmier ?

Pour aborder ces questions de manière succincte, nous pouvons nous référer, ici, à la synthèse que nous avons pu réaliser à partir des travaux menés avec plusieurs équipes pédagogique de soins infirmiers tant en Belgique qu'en France. La culture et la réglementation de ces deux pays n'étant pas identiques, nous pouvons

néanmoins observer que ce qu'il en ressort peut se décliner sans difficulté dans chacun de ces deux contextes.

LE MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDES

La compétence soignante témoigne d'une pertinence dans l'action. Il s'agit d'une compétence singulière qui, de ce fait, ne se transfère pas, ne se duplique pas, mais qui se cherche et se crée dans l'action. Elle requiert, outre des capacités technoscientifiques, le raisonnement clinique du professionnel et l'intelligence du singulier sur laquelle un tel raisonnement s'appuie. Le but poursuivi par la formation est ainsi celui de préparer les étudiants à devenir des professionnels de la santé capables de se révéler le plus souvent possible compétents dans les situations humaines au sein desquelles ils exerceront leur métier d'infirmière ou d'infirmier.

Parmi les méthodes pédagogiques qui concourent à ce but, le travail de fin d'études se présente, dès lors, comme un des moyens propices à exercer et à développer le raisonnement clinique et l'intelligence du singulier requis pour une compétence soignante de situation.

Le mémoire de fin d'études est un mémoire écrit et présenté oralement qui permet à l'étudiant, à partir de situations rencontrées, d'exercer et d'affiner son raisonnement, de mobiliser, d'augmenter et d'approfondir ses connaissances et ses différentes ressources en vue d'élever sa réflexion. Il constitue de la sorte un exercice encadré et accompagné par l'équipe pédagogique et par lequel l'étudiant se met en recherche en vue d'augmenter sa compréhension d'une situation et des questions qu'il se pose et, par-là, d'exercer son esprit critique. Il contribue, de la sorte, à donner de l'intelligence aux connaissances acquises et à questionner le sens de la pratique du quotidien. Le mémoire ne se confond dès lors pas avec un travail de recherche qui aurait pour objectif la production de nouveaux savoirs.

En s'appuyant sur une situation choisie librement, l'étudiant propose une réflexion personnelle structurée, argumentée et référencée, rédigée et exprimée de manière rigoureuse, accessible et élégante. Tant par sa rédaction que par sa présentation, le mémoire permet de partager, de communiquer les fruits de la réflexion et du cheminement qui la sous-tend. Il contribue à susciter le goût pour la curiosité et le questionnement nécessaires tout au long de l'activité professionnelle en vue d'une pratique qui se veut humainement pertinente.

Dans un établissement français, et à titre d'exemple, les objectifs pédagogiques qui ont été identifiés par une équipe d'enseignants ayant opéré le choix de demander aux étudiants de réaliser leur MFE dans le cadre de sous-groupes composés de trois étudiants, se déclinaient comme suit :

- Pour les étudiants :
 - développer sa curiosité professionnelle individuelle en mobilisant les acquis de la formation, dans le but d'élargir, d'approfondir et d'actualiser ses connaissances ;
 - approfondir ses capacités réflexives ;
 - s'autoriser une analyse critique tout en favorisant la rupture épistémologique ;
 - affiner sa capacité de nommer et majorer ses qualités rédactionnelles ;
 - s'exercer à réfléchir et à créer ensemble avec bienveillance et sans complaisance.
- Pour les enseignants :
 - favoriser l'errance intellectuelle, tout en sécurisant le cheminement ;
 - se montrer soucieux de la progression pertinente dans l'élaboration du mémoire de chaque groupe d'étudiants ;
 - s'impliquer avec bienveillance et sans complaisance dans une éthique de la pédagogie.

Le MFE, selon l'orientation que l'on décide de lui donner, peut ainsi contribuer à clarifier, nommer, rédiger et soutenir le cheminement de la pensée. Observons que, par ces caractéristiques, il s'agit tant de la pensée des étudiants que de celle des enseignants qui ont pour fonction de les accompagner.

Pour terminer, nous considérons que deux questions méritent principalement d'être approfondies et développées : tout d'abord celle des conditions d'un accompagnement pertinent des étudiants par l'équipe pédagogique, et ce tant au plan individuel qu'au niveau collectif ; ensuite, les modalités d'une évaluation du MFE qui soit capable de donner de la valeur au travail réalisé, de mettre en évidence la progression et la qualité du cheminement de l'étudiant.

L'importance que l'on souhaite accorder à cet exercice un peu particulier qu'est le MFE, à l'orientation qui lui est donnée et aux modalités diverses de mise en œuvre, d'évaluation et d'accompagnement qui le concernent ne peut être dissociée de la capacité que l'on a au sein d'une structure donnée d'élaborer et de faire vivre un projet pédagogique pertinent et d'œuvrer à constituer une équipe saine d'enseignants.

NOTES

1. Un raisonnement similaire peut être tenu pour toutes les autres professions de santé, ce qui, néanmoins, ne fait pas l'objet de notre propos ici.
2. Nous sommes nombreux à devoir constater combien les organisations pensées en termes d'actes, de performance voire de rentabilité sont propices à la banalisation de l'humain, ce que nous avons déjà eu l'occasion de définir comme : « L'oubli, au sein même des pratiques du quotidien, de l'humanité même de l'humain, de sa singularité, de sa sensibilité », W. Hesbeen, « Banalisation et soins », in M. Dupuis, R. Gueibe et W. Hesbeen (dir.), *La Banalisation de l'humain dans le système de soins. De la pratique des soins à l'éthique du quotidien*, Paris, Seli Arslan, p. 13-28.
3. C. Geus, B. Gillain, R. Gueibe, R. « Quelques réflexions sur l'évolution de l'éthique des soins », *La Lettre du GEFERS*, avril 2014, et infra, p. 113.

4. Cf. à ce sujet W. Hesbeen, « La Pratique soignante : une rencontre et un accompagnement », *Perspective Soignante*, n° 1, avril 1998, p. 25-44.
5. J. de Romilly, « Lettre aux parents sur les choix scolaires, Paris, Éditions de Fallois, 1994, p. 24-25
6. M. Dupuis, *Le Soins, une philosophie*, Paris, Seli Arslan, 2013.
7. Les travaux récents de Philippe Vez, enseignant en IFSI, à l'occasion de son mémoire de Master en santé publique (« Quelle autorité pédagogique pour nourrir, entretenir, sinon éveiller le "goût pour l'humain" chez les étudiants en soins infirmiers ? », UCL, Bruxelles, septembre 2014), illustrent fort bien cette question du « goût pour l'humain » et son implication en pédagogie.

Mots clés

Mémoire de fin d'études • Projet •
Formation • Formateur • Équipe •
Étudiant(e) • Infirmier(ère)

Walter Hesbeen

Infirmier et docteur en santé publique,
responsable pédagogique du GEFERS
(Groupe francophone d'études et de
formations en éthique de la relation de
service et de soins), Paris et Bruxelles,
et Professeur invité à l'Université
catholique de Louvain (Belgique)