

# Déconstruire l'erreur pour construire un étudiant réflexif

## *Accompagner l'étudiant infirmier après une erreur associée aux soins*

**Nombre de signes :** 63456

**Mots clés :** erreur – erreur associée aux soins – évènement indésirable – réflexivité – posture réflexive – accompagnement – confiance – relation pédagogique – culture positive – étudiant en soins infirmiers – formateur

**Résumé :** L'erreur, bien qu'elle bénéficie à l'hôpital d'une représentation associée à la culture positive, conserve une vision négative. Cette recherche interroge sur comment et pourquoi, dans un contexte de soin, et donc avec un risque pour le patient, une erreur pourrait être source d'apprentissage pour un étudiant infirmier. Elle s'est particulièrement intéressée à l'accompagnement, par le cadre de santé formateur, d'une erreur associée aux soins d'un étudiant en soins infirmiers. Le référentiel de formation exige que les étudiants deviennent des praticiens réflexifs. Ce travail a permis de chercher à comprendre en quoi cet accompagnement peut permettre à l'étudiant de développer sa réflexivité. Il permet d'entrevoir les modalités de cet accompagnement et ce qui se joue dans la relation pédagogique entre le formateur et l'étudiant, sans oublier le rôle important des acteurs de terrain. La confiance est apparue comme un élément essentiel dans la relation pédagogique.

**Abstract :** Although errors are represented in the hospital as a positive culture, they are still viewed negatively. This research questions how and why, in a care context, and therefore with a risk for the patient, an error could be a source of learning for a student nurse. It was particularly interested in the support, by the training health executive, of an error associated with the care of a nursing student. The training framework requires students to become reflective practitioners. This work has enabled us to understand how this support can enable students to develop their reflexivity. It allows us to glimpse the modalities of this support and what is at stake in the pedagogical relationship between the trainer and the student, without forgetting the important role of the field actors. Trust appeared as an essential element in the pedagogical relationship.

## INTRODUCTION

Qui pourrait se vanter de n'avoir jamais commis d'erreur ? Commettre des erreurs semble inévitable. Commettre des erreurs à l'hôpital doit être évité. Peut-on concilier ces erreurs avec l'exercice d'une profession à l'hôpital ?

L'erreur est humaine, dit l'adage populaire. Pourtant, l'erreur est plus souvent associée à un échec qu'à ce qu'elle permet de construire. À l'hôpital, tout est mis en œuvre pour effacer cette connotation uniquement négative de l'erreur, jusqu'à parler de culture positive qui permet une analyse des erreurs de manière constructive. Ces éléments interrogent sur la perception réelle de ces erreurs dans le milieu de la santé puisque c'est surtout dans un tel milieu que la moindre erreur peut avoir des conséquences dramatiques.

L'erreur associée aux soins revêt un caractère particulier puisqu'elle engage. Elle engage l'étudiant qui réalise le geste. Elle engage l'infirmier qui encadre l'étudiant. Elle engage le Cadre de Santé (CDS) du service. Elle engage l'institution accueillant l'étudiant. Elle engage ses formateurs. Elle engage l'institut de formation qui forme cet étudiant et bien sûr, elle engage le patient.

Une enquête a été réalisée en 2022 dans le cadre d'un mémoire à l'Institut de Formation des Cadres de Santé. L'objectif de cette recherche était de saisir les modalités de l'accompagnement, par le cadre de santé formateur, d'un étudiant en soins infirmiers après une erreur associée aux soins et plus particulièrement dans le développement de la réflexivité de l'étudiant.

## MATERIEL ET METHODE

### CADRE DE REFERENCE

#### 1. L'erreur

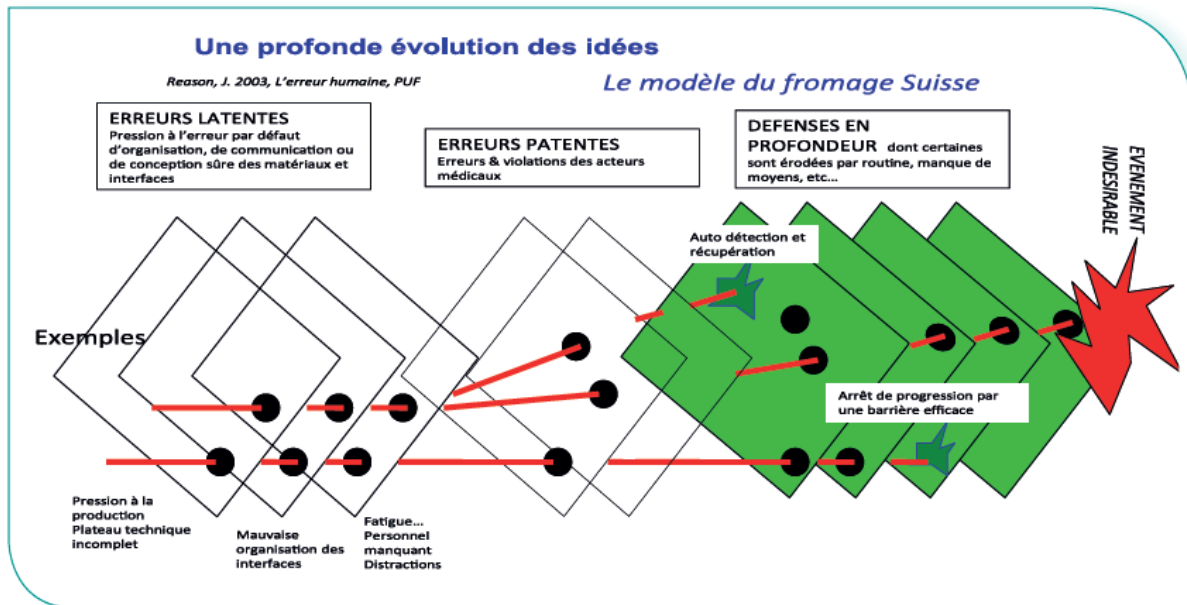
##### 1.1. Un concept souvent rattaché à celui de faute

Dans de nombreux dictionnaires, les concepts d'erreur et de faute sont souvent associés (Larousse, s. d. ; Le Robert, s. d. ; Masson, 1997). L'erreur est également rattachée à l'acte de se tromper, un écart à la vérité, à une norme ou une règle. La confusion de l'erreur et de la faute dans le langage commun invite donc à se questionner sur l'impact que de telles représentations peuvent avoir auprès d'un étudiant infirmier et d'un CDS formateur dans l'accompagnement d'un étudiant après une erreur associée aux soins.

Il existe d'innombrables classifications des erreurs. Certains auteurs ont apporté un regard plus précis sur ce concept. Taillandier (2008) a ouvert le champ d'une exploitation possible d'une erreur après y avoir ajouté une dimension de raisonnement. Reason (2013) en particulier a contribué à qualifier l'erreur de manière plus précise en décrivant 3 types d'erreur, chacune liées à des étapes cognitives de leur conception à l'action : les ratés, les lapsus et les fautes. Ces erreurs surviennent après un acte risqué qui « *ne peut être défini qu'en relation à la présence d'un danger particulier* » (Reason, 2013, p.33) et ne peuvent intervenir qu'à la suite de 2 types d'actions : les actions non délibérées pour les ratés et les lapsus et les actions délibérées pour les fautes. Les ratés et les lapsus peuvent être accolés car ils se basent sur des automatismes. Les ratés regroupent les défaillances attentionnelles : intrusion, omission, inversion, désordre et contre-temps. Les lapsus regroupent les défaillances de mémoire : omission d'actions planifiées, perte de lieu, oubli d'intentions. Enfin, les fautes se basent sur des règles et une défaillance dans leur application dans l'action ou sur des connaissances théoriques (connaissances des règles, lois etc.) manquantes. La faute fait donc partie d'un type d'erreur seulement. Le modèle du « *fromage suisse* » décrit par Reason (cité par la HAS, 2012) s'inscrit dans la gestion des risques à l'hôpital comme le montre la figure 1. Il y décrit des « *plaques d'acteurs* » successives, détaillées en 3 types (erreurs latentes, erreurs patentes et défenses en profondeur) qui sont percées (représentation des erreurs). À l'hôpital, un enchaînement d'erreurs avec une défaillance des verrous peut conduire à un événement indésirable.

Figure 1

Modèle du « fromage suisse » de Reason



Il existe un vaste champ sémantique de la faute, et elle est souvent rapportée à une règle ou une norme, mais peu à un outil pouvant être à l'origine de la construction d'un savoir, d'une compétence.

## 1.2. La place de l'erreur à l'école et dans les différents modèles d'enseignement

Les représentations de l'erreur dans les différents courants ont évolué. Astolfi (1997) replace l'erreur dans ces différents courants. Les premiers modèles ne toléraient pas les erreurs. Le modèle transmissif considérait l'erreur uniquement comme une faute qui devait être sanctionnée et dont l'élève était l'unique responsable. Puis dans le modèle comportementaliste (ou behavioriste), l'enseignant avait une part de responsabilité dans l'erreur de ses élèves due à un enseignement inadapté. Il pouvait donc réajuster celui-ci, et l'élève pouvait ainsi évoluer. Dans ces premiers modèles l'erreur était à éviter. Ensuite, le modèle constructiviste a commencé à tolérer l'erreur, qui est devenue progressivement permise jusqu'à avoir un statut positif dans le modèle socioconstructiviste de Vygotsky où l'erreur fait partie du processus d'apprentissage. L'erreur est donc utilisée comme un outil. Ce modèle conduit à se questionner, s'approprié ensuite cette logique de questionnement dit « métacognitif », qui va permettre d'identifier par soi-même ses erreurs et ainsi les prévenir et les traiter quand elles surviennent (Doly, 2006).

De plus, la représentation de l'erreur est socialement construite dès l'enfance avec l'entourage proche de l'enfant, son enseignant, mais également la société dans son ensemble.

## 1.3. L'erreur à l'hôpital et son traitement : objectifs qualité et sécurité des soins

L'erreur à l'hôpital s'inscrit dans un processus de gestion des risques et de qualité. La gestion des risques s'est immiscée dans le quotidien hospitalier au fil des événements indésirables graves associés aux soins survenus en établissements de santé et des crises sanitaires. Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (citée par la HAS, 2015) le traitement des erreurs à l'hôpital est une priorité. Aussi, l'OMS précise que les événements indésirables associés aux soins sont sous-déclarés du fait de la culpabilité inhérente aux erreurs. Par ailleurs, lorsque ceux-ci sont déclarés, leur analyse permet d'apprendre à partir de ces erreurs et ainsi d'accroître la qualité des soins dispensés aux patients.

Tous les professionnels de santé peuvent déclarer un événement indésirable mais les étudiants infirmiers doivent se référer à leur professionnel de santé référent (Kwocz, Moussier, Creuzon, Lebatard & Marbach Rouillard, 2016). Le traitement et l'analyse de ces événements indésirables peut se faire avec deux types d'approches, dans deux temporalités différentes (Kwocz et al., 2016) : a priori et a posteriori. L'approche a posteriori est dite « réactive », elle traite les événements indésirables survenus et a pour objectif de les diminuer et de diminuer leurs conséquences. Plusieurs méthodes d'analyse a posteriori sont utilisées pour rechercher les causes d'une défaillance (ALARM, ORION et le diagramme d'Ishikawa ou 5M ou Arbre des Causes). L'approche a priori est dite « préventive », elle part d'un

événement indésirable hypothétique et redouté. Ces analyses a priori ont pris leur essor notamment suite à la mise en place des certifications. L'objectif est le même que précédemment : diminuer les événements indésirables et leurs conséquences.

#### 1.4. L'erreur du professionnel de santé

Les prémisses des démarches qualité ont commencé à voir le jour dans le domaine de l'aéronautique (HAS, 2019). Ce domaine doit en effet répondre à des exigences très strictes en termes de sécurité car il présente un risque majeur d'incident ou d'accident. Les années 90 ont marqué le début des réglementations de la qualité à l'hôpital faisant suite notamment à l'affaire du sang contaminé et de la « *vache folle* ». La culture de l'erreur à l'hôpital s'est progressivement construite sur cette culture qualité. De nombreuses réformes mettant en avant la qualité des soins dispensés aux patients ont vu le jour pour réglementer au plus près les différents domaines d'activités liés aux soins. L'objectif est d'améliorer leur qualité et leur sécurité. La certification a été un véritable catalyseur de cette culture. Le développement des cultures qualité et sécurité a donc fait se développer une culture de l'erreur, devenue culture positive de l'erreur. Ainsi, la déclaration des événements indésirables associés aux soins a commencé à se développer à l'hôpital, visant à alerter, analyser et éventuellement mettre en œuvre des mesures correctives ou préventives. Les infirmiers représentent une population très exposée aux événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) puisqu'ils dispensent des actes thérapeutiques et la HAS relatait dans son rapport annuel de 2019 que 83% des EIGS concernaient un acte thérapeutique.

#### 1.5. L'erreur de l'étudiant en soins infirmiers à l'IFSI et sur le terrain

Depuis la réforme du référentiel de 2009, des enseignements spécifiques visant à promouvoir cette culture sont dispensés à l'IFSI. Plus particulièrement, les Unités d'Enseignement (U.E.) 4.5 « *Soins infirmiers et gestions des risques* », 4.8 « *Qualité des soins et évaluation des pratiques* » et 5.6 « *Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles* ».

A l'IFSI, les étudiants peuvent effectuer 2 types d'erreurs : les erreurs de connaissance et les erreurs liées aux soins mais dans un contexte de travaux pratiques. Ces erreurs en travaux pratiques sont moins engageantes que celles sur le terrain puisqu'à ce moment, la vie d'un patient n'est pas en jeu.

Aussi, l'erreur des étudiants revêt un caractère particulier, comme l'énonce Pierre-Jeanguiot (2000). Cet auteur prend comme exemple l'erreur de calcul de dose, qui est une erreur « *banale* » mais qui, auprès d'un patient, peut se « *transformer en accident grave* ». Il précise également que l'erreur des étudiants serait moins tolérée sur le terrain, en fonction du niveau de formation des étudiants, mais surtout en lien avec le risque que cela peut faire encourir aux patients.

Il est du rôle infirmier d'encadrer des étudiants sur leur lieu de stage. La formation infirmière se faisant en alternance entre l'IFSI et le terrain, le terrain est un réel lieu d'enseignement clinique. Aussi, il est du rôle et de la responsabilité de l'infirmier encadrant l'étudiant d'évaluer ses capacités avant de lui confier un acte (Syndicat infirmier, 2006).

## 2. La réflexivité

### 2.1. La pratique réflexive

La pratique réflexive se définit selon Schön puis Boud (repris par Donnaint, Marchand & Gagnayre, 2015, p.67) comme « *une activité intellectuelle et affective dans laquelle l'individu s'engage à explorer ses expériences dans le but de mieux les comprendre, réaliser des apprentissages afin de les transférer dans de nouvelles situations* ».

Donnaint et al. (2015) rappellent les effets de la pratique réflexive décrits initialement par Mann : apprentissage plus en profondeur, amélioration des liens théorie/pratique, perceptions positives d'expériences d'apprentissage, amélioration de la relation enseignant/étudiant. Cette pratique réflexive apparaît être une des clés pour que l'erreur soit constructive et perçue positivement. Pour Mann et al. (repris par Donnaint et al. 2015, p.68), « *la guidance reste essentielle pour que les étudiants perçoivent les bénéfices de la pratique réflexive pour leurs apprentissages* ». La pratique réflexive doit donc être accompagnée pour les étudiants en soins infirmiers (ESI).

Aussi, pour Le Boterf (2000, p.111), « *une personne agit avec compétence en mettant en œuvre trois dimensions : celle des pratiques ou de l'action, celle des ressources disponibles et celle de la réflexivité* ».

## 2.2. La réflexivité, une compétence à développer

Le développement de la réflexivité est devenu un objectif incontournable en formation. La formation infirmière n'y échappe pas. L'U.E. 3.1.S2 (Raisonnement et démarche clinique infirmière) vise notamment à « *développer une démarche réflexive permettant une prise de décision argumentée* » (Profession infirmier, 2021, p.97). Le développement de la posture réflexive des ESI est exigé : « *L'entraînement réflexif est une exigence de la formation permettant aux étudiants de comprendre la liaison entre savoirs et actions, donc d'intégrer des savoirs dans une logique de construction des compétences.* » (p.57). Les U.E. dites intégratives, Unités d'Intégration (U.I.), sont des unités portant sur « *l'étude des situations de soins ou situations "cliniques". Elles comportent des analyses de situations préparées par les formateurs, des mises en situation simulées, des analyses des situations vécues en stage et des travaux de transposition à de nouvelles situations.* » (p.60). Ces U.I. invitent ainsi les étudiants à réfléchir et transposer des acquis dans d'autres situations : elles développent la réflexivité. Aussi, à l'IFSI, plusieurs temps permettent aux étudiants de développer leur pratique réflexive : cela peut être lors des analyses de situation, qui sont des temps où les étudiants sont en groupe, accompagnés par un formateur et rapportent une situation qui les a questionnés pendant leur stage, ou les accompagnements cliniques, qui sont des temps toujours en groupe et accompagnés par un formateur qui permettent aux étudiants d'échanger et de réfléchir aux conditions dans lesquelles ils vivent leur stage et des situations qu'ils pourraient rencontrer.

La réflexivité fait partie intégrante du développement de nouvelles compétences. Campia (2015, p.33) consacre un chapitre à « *la réflexivité comme une injonction permanente* ». Il rappelle que ce courant réflexif s'est développé grâce aux travaux de Schön et Argyris. En formation, son développement vise à l'autonomie professionnelle. Campia (2015) constate qu'il arrive souvent que des « *logiques de production des soins* » prennent le dessus sur des logiques de formation pour les étudiants infirmiers en stage. Si les équipes infirmières ont parfois peu de temps à consacrer aux étudiants pour les aider à développer cette réflexivité, alors quelle est la place du CDS formateur dans le développement de celle-ci ? De cette façon, il peut être difficile pour les infirmiers encadrant des étudiants de détailler le « *principe analytique* » d'une situation, et ce quel que soit leur stade de développement de compétences. Aussi, « *la formation clinique en stage invite les tuteurs à se centrer sur les apprentissages, les règles du métier et d'appartenance pour favoriser la professionnalisation des étudiants* » (Campia, 2015, p.33). La réflexivité serait-elle alors reléguée au second plan en stage ? Pourtant, la réflexivité serait à la base de la professionnalisation et de la construction de l'identité professionnelle. Alors, le CDS formateur peut-il aider les étudiants à développer celle-ci ?

## 2.3. Le terrain, un lieu propice pour développer la réflexivité

Pour Perrenoud (1997, p.30), « *ce sont les schèmes qui nous permettent de mobiliser des connaissances, des méthodes, des informations, des règles pour faire face à une situation* ». Les compétences « *orchestrent* » plusieurs schèmes. « *Les schèmes de mobilisation de diverses ressources cognitives en situation d'action complexe se développent et se stabilisent au gré de la pratique* » et « *les schèmes se construisent au gré d'un entraînement, d'expériences renouvelées, à la fois redondantes et structurantes, entraînement d'autant plus efficace qu'il est associé à une posture réflexive* » (Perrenoud, 1997, p.11). Il est important que les étudiants se rendent sur le terrain, pratiquent et développent leur pratique réflexive pour développer ensuite des schèmes de pensée leur permettant de monter en compétence. Cela souligne l'intérêt de l'alternance intégrative et du développement de la pratique réflexive dans la formation des étudiants infirmiers.

## 2.4. L'accompagnement de la pratique réflexive selon Balas-Chanel

Cette recherche portait initialement sur le développement des compétences des ESI. Or, la réflexivité est apparue rapidement comme un élément incontournable dans le développement de toute compétence. Les indicateurs de l'accompagnement de la pratique réflexive de Balas-Chanel (2013, p.7) ont servi de support essentiel pour l'analyse des données de cette recherche (voir tableau 1).

Tableau 1

Tableau comparatif de l'enseignement classique et de l'accompagnement à la pratique réflexive de Balas-Chanel

Enseignement classique	Accompagnement de la pratique réflexive
Met en place les conditions d'acquisition de savoirs, sans référence précise à des expériences vécues.	Met en place les conditions de construction de savoirs en référence à des expériences vécues et analysées.
Commence plutôt par dire/parler.	Commence plutôt par écouter/se taire.
Conseille.	Questionne l'expérience.
Interprète, analyse, comprend.	Aide à analyser l'expérience, à comprendre.
Enseigne, apporte des connaissances.	Fait construire les connaissances.
Prescrit.	Aider à transférer les nouvelles connaissances dans la pratique.
Montre/fait à la place.	Accompagne l'activité de l'apprenant.
Centré prioritairement sur le métier.	Centré prioritairement sur l'étudiant, sa pratique et ses compétences.

Il est aussi important de préciser quelques notions : posture réflexive, pratique réflexive et réflexion. Balas-Chanel (2013, pp 8-11) propose des définitions :

- La posture réflexive, c'est « *une posture mentale nécessaire à la pratique réflexive* ».
- La pratique réflexive, est un processus mental qui consiste à « *apprendre à partir d'expériences vécues* ». C'est « *revenir sur sa pratique, sur son action, sur sa manière d'agir ou d'apprendre* ». Elle « *s'intéresse autant aux réussites qu'aux erreurs ou aux difficultés* ». De même, « *en revenant sur nos erreurs, sans complaisance mais avec bienveillance, il devient possible de comprendre comment et pourquoi on en est arrivé à ce résultat et d'imaginer ainsi de nouvelles stratégies de plus en plus efficaces* ».
- La réflexion, dans le langage commun, fait référence au « *raisonnement* ».

### 3. L'accompagnement

#### 3.1. Naissance d'un accompagnement

L'accompagnement nécessite au moins deux acteurs. La relation est un élément déterminant dans l'interaction. Dans cette interaction, chacun se positionne en fonction de ses règles, des normes sociales, et de ce qu'il veut renvoyer de lui. Deux individus en interaction doivent partager un « *sens commun* » pour leur permettre « *d'interpréter les situations de la même manière en sachant comment se comporter.* » (Bonicco, 2007, p.44).

L'accompagnement s'inscrit dans une démarche positive et nécessite des qualités importantes pour accompagner : fiabilité, authenticité, sincérité, discernement, fidélité, capacité de sortir de soi et intelligence de l'instant (Cifali, 2018). L'analyse de la pratique est une forme d'accompagnement qui nécessite que le formateur quitte une posture de maîtrise et de transmission des savoirs. Le formateur est le garant du dispositif qu'il met en place qui doit être sécuritaire (confidentialité et non jugement) pour l'étudiant (Cifali, 2018).

#### 3.2. Accompagner l'erreur

Il relève de la compétence du formateur d'aider les étudiants à identifier eux même leurs erreurs s'ils ne sont pas en mesure de le faire seuls et de les aider ainsi à dépasser la culpabilité inhérente à cette erreur pour progresser (Frances, 2017).

L'erreur peut être source de culpabilité. Elle peut être destructrice mais elle peut aussi être source de progrès. Aussi, l'erreur fait partie de l'apprentissage. Frances (2017) souligne qu'il existe deux dimensions dans le traitement de l'erreur : la dimension pédagogique et le développement du sens des responsabilités. Elle précise qu'il existe deux façons de considérer l'erreur dans une situation d'apprentissage :

- Soit par le « *risque* » que fait encourir cette erreur
- Soit par l'apprentissage lui-même, qui laisse aux étudiants la possibilité de faire une erreur et conforte ainsi Fressard (2007, p.19) qui précise : « *sur le terrain de stage, il est parfois possible de laisser l'étudiant commettre des erreurs pour les exploiter* ».

Pour Milgrom (2010, p.293), « *il faut impérativement donner à l'erreur et à l'échec un statut d'étape vers le succès plutôt que celui d'impasse terminale* ». Cela implique que l'accompagnant donne une « *rétroaction efficace et positive* » (p.293).

## **DEROULEMENT DE L'ENQUETE**

Les recherches sur les concepts précédemment exposés ont servis de cadre de référence pour cette enquête qualitative.

### **1. Objectif de la recherche**

L'objectif de cette recherche était de comprendre : « En quoi l'accompagnement, par le CDS formateur, d'un étudiant en soins infirmiers après une erreur associée aux soins peut-il favoriser le développement de sa réflexivité ? »

### **2. Participants**

Cette enquête a été menée auprès de 6 formateurs en IFSI issus de 3 IFSI différents, 6 étudiants en soins infirmiers répartis en 2 groupes et tous issus du même IFSI, d'un cadre supérieur de santé en IFSI (le même que 2 des formateurs) et d'un acteur de terrain (adjointe au CDS).

Les critères d'inclusion pour les formateurs étaient d'être formateur en IFSI, d'avoir au moins 2/3 ans d'ancienneté dans cette fonction, d'avoir accompagné au moins une fois un ESI après une erreur associée aux soins et, pour l'un d'entre eux, avoir des connaissances des U.E. 4.5, 4.8, 5.6 et des UI. La population des formateurs était relativement homogène. En effet, le hasard a fait que tous les formateurs interrogés étaient des femmes d'au moins 50 ans possédant toutes, sauf une, un Master en Sciences de l'Education.

Les critères d'inclusion des ESI étaient d'être ESI avec au minimum 2 années d'ancienneté en formation et d'étudier dans l'IFSI d'au moins 2 des formateurs enquêtés. La population des étudiants était plus hétérogène en termes d'âge et de parcours mais ils étaient tous issus du même IFSI.

Le cadre supérieur de santé et l'acteur de terrain étaient tous deux des professionnels expérimentés dans leurs fonctions respectives.

### **3. Les outils de l'enquête**

Les outils utilisés pour cette enquête étaient pour l'ensemble d'entre eux des outils d'auto description qualitative. Cette enquête a été réalisée à l'aide d'entretien semi-directifs pour les formateurs, le cadre supérieur de santé et pour l'acteur de terrain. Pour les étudiants, des groupes de 3 personnes ont été constitués et entretenus dans des focus-group.

### **4. Méthodologie de l'analyse**

Une méthodologie de recherche inductive a été utilisée. L'ensemble des verbatims des entretiens et des focus group ont été retranscrits puis classés en fonctions de critères préétablis dans des tableaux qui ont ensuite été analysés.

## **RESULTATS**

### **1. Les formateurs**

#### **1.1. Une représentation de l'erreur marquée par la culture positive sans y coller complètement**

D'abord, cette enquête a montré que les représentations de l'erreur des formateurs sont diversifiées mais qu'ils ont une représentation de l'erreur marquée par la culture positive de l'erreur sans y coller complètement. Cette recherche a mis en évidence que les formateurs, même s'ils exercent à l'IFSI, et sont donc un peu éloignés du terrain, sont imprégnés de cette culture qualité ou culture positive de l'erreur qui est très présente à l'hôpital. Leur culture positive de l'erreur s'inscrirait donc dans une

socialisation professionnelle puisque tous ont été soignants et ont exercé dans une structure hospitalière.

Ensuite, les formateurs conservent une représentation de l'erreur rattachée à l'enfance. Des termes tels que « *connerie* » ou « *bêtise* » ont été employés par des formateurs pour qualifier une erreur. Ces termes notent l'imprégnation d'une vision de l'erreur rattachée à l'enfance. Cela montre que la socialisation primaire est encore très présente pour certains d'entre eux.

Puis, le terme de « *faute* » était très utilisé par ma majorité des formateurs de cette enquête, terme renvoyant à une connotation négative.

Enfin, la notion de cadre juridique, avec la version punitive de l'erreur sont des éléments très présents dans les différents entretiens recueillis.

L'ESI peut également être perçu par les formateurs comme une seconde victime après le patient. Les origines ou causes identifiées des erreurs associées aux soins identifiées par les formateurs sont très intrinsèques aux ESI. Dans les typologies des erreurs associées aux soins des ESI décrites, l'identitovigilance est ressortie au premier plan.

## **1.2. État des lieux des dispositifs d'accompagnement mis en place par les formateurs**

D'abord, la confiance est ressortie comme le point central d'un cadre bienveillant mis en place par les formateurs. L'ensemble des formateurs s'attache à instaurer ce cadre d'accompagnement bienveillant, où la confiance est un maître-mot.

Ensuite, l'accompagnement était souvent décrit comme étant « *de proximité* ». Au vu d'éléments décrits par Lahire (2011) et Cornu (2003), il pourrait s'agir pour les formateurs de viser à réduire le pouvoir ou la domination existant entre eux et les ESI. En le soulignant, les formateurs marquent une prise de conscience de ce rapport asymétrique. La domination des formateurs sur les ESI ne serait-elle pas tellement intériorisée qu'ils n'ont pas conscience que le fait de vouloir la réduire ne suffit pas à l'effacer ? Lahire (2011, p.59) souligne que « *n'analyser les rapports sociaux en termes de domination que lorsqu'ils sont perçus, " définis ", " interprétés " comme tels par les acteurs sociaux [...] repose sur une méconnaissance des fondements symboliques des rapports de domination* ».

Puis, le dispositif d'accompagnement mis en place apparaît comme s'adaptant aux ESI. Des formateurs enquêtés, seuls deux issus d'un même IFSI ont précisé disposer d'un accompagnement systématisé. Ces deux formateurs sont à l'initiative de la création d'un groupe de travail et d'accompagnement spécifique à destination des ESI après qu'ils ont effectué une erreur associée aux soins. Cet accompagnement systématisé se déroule ainsi :

- L'ESI sollicite son formateur référent ou directement un formateur du groupe dédié.
- Le formateur du groupe commence par libérer la charge émotionnelle des ESI, en les faisant verbaliser.
- Le formateur du groupe demande aux ESI de réaliser dans un premier temps leur propre analyse, seuls, et par écrit.
- Ils analysent ensuite l'erreur avec l'ESI à l'aide de la méthode ALARM et de la fiche 23 de la HAS.
- Un dernier temps d'accompagnement est prévu avec le référent pédagogique pour retravailler et voir ce que l'ESI devrait améliorer.

Lorsque l'accompagnement n'est pas systématisé, il est apparu être toujours adapté à l'ESI. Les formateurs auraient donc une multiplicité de dispositifs d'accompagnements, en fonction des ESI. Pourtant, ces accompagnements non systématisés auraient un déroulement très similaire à ceux systématisés, puisque beaucoup de modalités convergent.

Ces accompagnements sont apparus être la plupart du temps à l'initiative des ESI qui informent eux-mêmes leur formateur référent, bien que la notion de « *sous-déclaration* » de ces erreurs ait été fréquemment relevée. Ces erreurs seraient rapportées sur des temps individuels, de type « *suivi pédagogique* » ou des temps collectifs. En effet, il arrive que des ESI rapportent ces erreurs lors des temps d'analyse de pratique tels que les Groupes d'Entraînement à l'Analyse des Situations Éducative (GEASE). Aussi, le formateur serait la plupart du temps informé de cette erreur après la fin du stage de l'ESI, et parfois même très à distance.



Les outils et méthodes utilisés par les formateurs pour accompagner les ESI qui ont été révélés lors de cette enquête sont :

- Questionner l'ESI pour le faire verbaliser. Ils invitent ainsi les ESI à contextualiser la situation d'erreur et à faire un retour sur le déroulement de l'action ayant conduit à cette erreur. Aussi, les formateurs font un focus plus particulier sur le vécu de la situation par l'ESI afin notamment d'identifier les schèmes de pensées ayant conduit à cette erreur. Cet accompagnement peut inviter par ses questionnements à la pratique réflexive de l'accompagné (Villeneuve, Leblanc, Ruph & Lemieux, 2010).
- Les GEASE ou les analyses de situation, analyses de pratique ou temps d'accompagnement clinique : des temps collectifs d'analyse de situation. « *Cet apprentissage vise à dépasser la vision unilatérale d'une situation, en se mettant à la place des autres, en s'habituant à adopter une posture réflexive* », « *l'élaboration collective* » permet aussi un ancrage dans une « *communauté de pratiques* » et « *le retour sur le vécu permet à chaque stagiaire de construire des savoirs* » (Laieb, 2010, p.83). Cela ramène donc au modèle socioconstructiviste de Vygotsky où l'erreur fait partie du processus d'apprentissage. Ainsi, ces temps d'accompagnements collectifs permettraient aux ESI, par le biais d'une analyse commune d'une situation, de développer leur posture réflexive.
- L'entretien d'explicitation. Vermersch (2019, p.340) nous renseigne sur l'entretien d'explicitation. Il vise à « *fournir une aide à la micro description de l'action vécue* » et permet de faire une véritable « *introspection* », il vise à établir le « *vécu par une seule personne* » et nécessite donc un accompagnement individuel du formateur. Aussi, « *l'entretien d'explicitation a été, dès le début, très utilisé dans toutes les situations de pédagogie réflexive* » (p.340). Là encore cet outil permettrait de développer la posture et la pratique réflexive des ESI.
- Le débriefing : un outil emprunté à la simulation. L'analyse réflexive est en lien étroit avec la simulation, si elle passe par une phase de debriefing (Lefebvre, 2015). La simulation « *offre également des possibilités d'apprentissage par l'analyse réflexive de son activité* », en passant par la phase de débriefing (Dubois, Bocquillon, Romanus & Derobertmeasure, 2019, p.222). Cet outil utilisé par certains formateurs permettrait aux ESI, par une analyse réflexive, de développer leur pratique réflexive.
- Des outils de la culture qualité. Les formateurs se servent des outils utilisés dans la gestion des événements indésirables tels que la méthode ALARM, le chronogramme ou la méthode des 5M. Les formateurs travaillent donc avec des grilles identiques à celles utilisées dans les hôpitaux. Ces méthodes permettent une contextualisation et un retour sur l'action de la situation d'erreur, deux éléments clés pour initier une analyse réflexive.

Il apparaît donc que les outils décrits par les formateurs sont des outils qui peuvent aider l'ESI à développer sa posture ou sa pratique réflexive.

Certains facteurs ont été notés par les formateurs comme favorisant ou à l'inverse limitant la déclaration de l'erreur et son accompagnement. Pour plus de facilité, le terme d'accompagnement a été utilisé pour englober la déclaration de l'erreur et son accompagnement. Les facteurs favorisant relevés sont : un niveau avancé dans la formation, la confiance qu'a l'ESI en son formateur, la motivation de l'étudiant à bénéficier de cet accompagnement, la transparence qu'a l'ESI envers son formateur, que celui-ci ne dissimule aucun élément, qu'une première analyse ait été faite sur le terrain, que l'ESI soit détendu, que l'analyse s'inscrive dans la culture positive de l'erreur, et pour les accompagnements systématisés se déroulant dans l'IFSI décrit précédemment, qu'un de ses collègues ESI ait parlé du groupe dédié et donc qu'un pair ait déjà expérimenté ce processus d'accompagnement spécifique et en ait tiré une expérience positive. Aussi, certains formateurs soulignent que des aspects qui pourraient paraître a priori limitants seraient favorables à cet accompagnement. En effet, le fait que l'erreur perturbe et les conséquences qu'elle induit pourraient être favorables à celui-ci. Par conséquent, le formateur ne peut pas avoir une influence sur tous ces facteurs. Les facteurs limitants relevés sont : le fait que l'ESI n'ait pas pris conscience de son erreur et la peur du jugement s'accompagnant d'une culpabilité seraient les deux facteurs prioritaires. D'autres facteurs limitants ont pu être relevés : la peur de la sanction, la charge émotionnelle associée, un manque d'écoute ou de confidentialité de la part du formateur, que le formateur incite l'étudiant à être dans une posture de justification, et enfin la posture défensive des ESI a été identifiée comme limitant l'accompagnement. L'ensemble des facteurs limitants qui ont pu être énoncés par les formateurs laisse entrevoir que l'ESI peut influencer sur ces derniers, mais qu'il n'est pas le seul car le formateur est garant du dispositif qu'il met en place (Cifali, 2018).

### **1.3. Une logique d'accompagnement tournée vers le développement de la réflexivité de l'ESI : un objectif ultime qui n'est pas mis en mots par les formateurs**

D'abord, pour les formateurs, même si elle n'est pas mise en mot spontanément, la réflexivité a une représentation proche de la définition de Schön. Les formateurs relèvent que l'analyse d'une situation permet de faire des liens entre la théorie et la pratique, et cela passe par des liens théorie/pratique. Cela permet et passe également par un retour sur l'action ou feed/back, un retour sur sa pratique, d'analyser sa pratique, la décortiquer, de se questionner, un apprentissage et une analyse en profondeur et une remise en question.

Pour les formateurs, la réflexivité est une prise de recul, une prise de conscience qui est centrée sur soi. Cela permet de passer par différentes étapes d'acquisition et de se préparer à l'action. De plus, la transférabilité est importante, pour éviter qu'une erreur se produise à nouveau. Cela permet également d'avoir une vision plus globale d'une situation et d'en donner du sens.

Concernant les objectifs de l'accompagnement, trois axes majeurs ont été mis en mots par les formateurs avec la réflexivité apparaissant en toile de fond.

Le premier axe est l'axe émotionnel correspond à la libération de la charge émotionnelle induite par l'erreur. L'aspect émotionnel serait donc un aspect à prendre en compte, mais pas nécessairement par le formateur lui-même (professionnel de terrain ou ressources personnelles de l'étudiant).

Le deuxième axe est l'axe cognitif qui correspond au processus d'apprentissage. Pour rappel, il existe trois paliers d'apprentissage : comprendre, agir et transférer (*Profession Infirmier, 2021*). Ces trois paliers sont apparus comme des objectifs d'accompagnement pour les formateurs :

- Comprendre : l'étudiant acquiert les savoirs et savoir-faire nécessaires à la compréhension des situations. Pour les aider à comprendre leur erreur, les formateurs vont systématiquement inviter l'ESI à faire un retour sur le déroulement de l'action ayant conduit à celle-ci et l'aider à la contextualiser. Aussi, il apparaît nécessaire pour les formateurs que les ESI parviennent à faire des liens entre la théorie et la pratique, prennent du recul sur la situation, fassent preuve de discernement, recherchent leurs schèmes de pensée et se remettent en question en faisant un retour sur leur pratique. Autant d'éléments qui peuvent être mis en lien avec la réflexivité.
- Agir : l'étudiant mobilise les savoirs et intègre la capacité d'agir et d'évaluer son action. Ce palier est mis en lien avec le suivant. Développer cet axe doit permettre aux étudiants d'agir en situation.
- Transférer : cet axe s'imbrique avec les deux axes précédents. L'étudiant, en analysant son erreur, doit être en mesure de la comprendre et ainsi d'agir en transférant ces acquis dans de nouvelles situations, en action.

Le troisième et dernier axe est l'axe juridique qui correspond à la responsabilisation de l'ESI.

L'accompagnement à la pratique réflexive apparaît chez les formateurs comme un objectif ultime, mais en toile de fond. En s'appuyant sur les critères de Balas-Chanel (2013) de l'accompagnement à la pratique réflexive, ces mêmes critères ont été recherchés dans les discours des formateurs. Ils réalisent, pour la plus grande partie, un accompagnement de la pratique réflexive, mais pas seulement, puisqu'ils utilisent également des techniques d'un enseignement classique. Mais aider à analyser, aider à construire ses connaissances, et vouloir que l'ESI comprenne lui-même la situation peut laisser penser que le formateur pourrait accompagner l'ESI jusqu'à sa Zone Proximale de Développement et ainsi favoriser l'auto-évaluation et la réflexivité.

### **1.4. Le formateur, un acteur qui n'est pas seul pour accompagner : le rôle de l'IFSI et des acteurs de terrain dans cet accompagnement**

À l'IFSI, nous l'avons vu, des apports théoriques sont mis en place pour préparer les ESI à la gestion des erreurs associées aux soins. Il existe également plusieurs dispositifs d'apprentissage qui leurs sont proposés tels que la chambre des erreurs ou des temps de mise en situation en simulation

Il est à noter que le formateur ne serait que le deuxième maillon de l'accompagnement après les acteurs de terrain. En effet, certains professionnels des lieux de stage accompagnent les ESI après une erreur associée aux soins. Cet accompagnement par les acteurs de terrain serait même similaire en certains points à celui des formateurs. Toutefois, cet accompagnement pourrait être dépendant de l'IDE qui encadre l'ESI, du service en général, de la « philosophie » du service, du CDS de proximité, du contexte de la situation et plus globalement de l'institution. Ce traitement en interne pourrait expliquer pourquoi

le formateur n'est parfois pas informé de l'erreur, rendant l'accompagnement des ESI par le formateur non systématique.

Par ailleurs, cet accompagnement peut également se faire en collaboration entre le formateur et les acteurs de terrain, mais ce travail conjoint ne peut débuter qu'à partir du moment où le formateur est informé de l'erreur.

## **2. L'acteur de terrain : point de vue d'une adjointe au CDS, ancienne tutrice formée à la simulation**

### **2.1. Une représentation de l'erreur rattachée à la culture positive**

Le terme d'« *événement indésirable* » était fréquemment utilisé par l'adjointe au CDS pour qualifier une erreur associée aux soins. Cela peut marquer un lien entre l'erreur et la culture positive de l'erreur, puisque la déclaration d'un événement indésirable est au cœur de cette pratique. De plus, cette adjointe a très peu utilisé le terme de « *faute* », en le dissociant de l'erreur. Pour elle, les infirmiers encadrant les ESI seraient des « *garde-fous* » permettant à l'ESI de ne pas aller jusqu'à l'erreur. Elle souligne que l'erreur n'est pas toujours portée à la connaissance de l'équipe d'encadrement. Cela peut laisser penser qu'il persisterait sur le terrain peut être un tabou autour de l'erreur, malgré une imprégnation de la culture positive.

### **2.2. Un accompagnement à la pratique réflexive sur le terrain**

L'accompagnement en stage par les professionnels de terrain serait formalisé et adapté aux ESI malgré des contraintes du terrain. Cet accompagnement est décrit comme adapté aux ESI, avec comme objectif de repérer le niveau d'apprentissage de ces derniers et d'adapter les modalités du stage et les questions posées aux ESI en fonction de leur niveau de compétences. Toutefois, il arriverait que cet accompagnement des ESI soit relégué au second plan lorsque par exemple de nouveaux IDE arrivent dans un service (besoin d'encadrement et de formation prioritaires aux IDE).

Les étudiants ne seraient pas sensibilisés à l'intérêt de la gestion des risques au cours de leur stage mais l'adjointe a concédé qu'il serait intéressant d'informer ces ESI pendant leur stage, pour qu'ils y soient ensuite plus sensibilisés lorsqu'ils seront professionnels. Toutefois, elle a décrit des éléments pouvant préparer les ESI à la gestion de leurs erreurs : que les professionnels partagent leurs expériences d'erreur, questionner et expliquer des éléments de compréhension aux ESI en amont du soin, leur faire faire des démarches de soins, ce qui favorise la mise en lien et l'entraînement en pratique à la réalisation de gestes lors de situations de simulation.

Pour cette professionnelle de terrain, la réflexivité n'a pas été mise en mot mais lorsqu'elle a été suggérée, elle a été rattachée à la « *levée de doute* » qui semble correspondre à la pratique réflexive dans l'action. Ce serait donc un retour sur sa propre action, pendant l'action, permettant de l'arrêter et ainsi d'éviter une éventuelle erreur. Aussi, cet accompagnement, décrit par cette professionnelle de terrain, remplit des critères d'accompagnement des étudiants à la pratique réflexive. Toutefois, l'adjointe au CDS a signalé que cet accompagnement serait peu fait par les professionnels de terrain par manque de temps.

### **2.3. Le lien avec l'IFSI : l'alternance intégrative**

L'adjointe a fait état d'un manque de communication entre l'IFSI et le terrain, bien que les erreurs des ESI seraient selon elle, systématiquement déclarées à l'IFSI. Il est à noter que pour cette adjointe, l'erreur est toujours associée à une erreur « grave ». De plus, pour elle, les formateurs se rendant sur le terrain ne viendraient pas « *sur* » le terrain, mais dans un bureau. Cela corrobore des propos relevés chez les formateurs notant des difficultés d'un travail collaboratif entre eux et les acteurs de terrain.

## **3. Les ESI**

Le recueil du point de vue des ESI a apporté une vision différente des deux visions précédentes et cela a permis de les mettre en lien. Lorsque le terme « *formateur* » est employé, cela sous-entend le formateur référent de l'ESI, son référent pédagogique, ou son conseiller pédagogique, puisque c'est à lui qu'il doit se référer en priorité.

### **3.1. Une représentation de l'erreur encore peu marquée par la culture positive de l'erreur**

Entre un tabou difficile à lever et une quête de l'ESI modèle, la culture positive de l'erreur semble avoir du mal à trouver sa place dans les représentations des ESI. En effet, ces derniers sont apparus comme peu empreints de la culture positive de l'erreur, même après un niveau en formation avancé, et donc une certaine connaissance du terrain hospitalier. Toutefois, le terme d' « *erreur* » est principalement utilisé devant celui de « *faute* » et l'erreur est notifiée comme « *systémique* ». Pourtant, ils n'utilisent pas le vocabulaire spécifique utilisé dans la culture positive de l'erreur et il semblerait qu'un sentiment de devoir coller parfaitement à des attendus supposés d'un ESI modèle pèserait sur ces ESI, en plus du tabou de l'erreur qui paraît très présent.

Les ESI ont très peu décrit d'erreur qu'ils auraient pu faire lors de leurs stages. Ils ont essentiellement pris comme exemple une « *presque erreur* ». Ils ont semblé avoir des difficultés à évoquer leurs erreurs, qui de prime abord semblaient inexistantes, jusqu'à ce qu'ils révèlent en parler entre pairs.

### **3.2. Des ESI qui n'intègrent pas les dispositifs d'accompagnement mis en place par les formateurs**

Le cadre bienveillant mis en place par les formateurs ne serait pas suffisant pour briser le tabou de l'erreur. Les ESI ont tous relevés que les formateurs instaurent un cadre bienveillant, de confiance et ont noté à l'unanimité que leur formateur est disponible, mais il semblerait qu'ils aient besoin, selon les propos relevés chez une ESI, d'une « *vraie* » relation de confiance. Comme si celle instaurée par les formateurs n'était pas suffisante pour les inciter à intégrer les dispositifs de traitement de l'erreur mis en place par ces derniers. Alors, la relation de confiance qu'instaurent les formateurs ne serait peut-être pas suffisante pour que les ESI viennent leur en parler.

De plus, les ESI ont semblé souvent vouloir se rattacher au travail prescrit (protocoles), qui semblerait les rassurer. Aussi, ils ont été nombreux à suggérer qu'on leur remette un listing exhaustif des erreurs possibles en fonction des actes de soins réalisés. Se rattacher à ce listing, ou aux protocoles de services comme ils ont pu le décrire ne préserve pourtant pas de faire des erreurs associées aux soins. Se rattacher au prescrit, c'est peut-être aussi pour ces ESI se préserver de devoir, en cas d'erreur, justifier leurs actes, puisqu'ils ont été faits « *conformément* » à ce qui était demandé. Toutefois, se rattacher au travail prescrit pourrait d'une certaine manière, priver ces ESI d'une part de réflexivité.

Les ESI ont dans l'ensemble conscience de l'intérêt d'analyser leurs erreurs et ils ont perçu un intérêt à l'accompagnement par un formateur, après une erreur associée aux soins. L'intérêt de développer la pratique réflexive a donc été mis en avant indirectement par les ESI lorsqu'ils ont évoqué l'aide pour analyser, ou pour transférer, ou encore pour faire des liens entre la théorie et la pratique et une analyse en profondeur. Toutefois, malgré cet intérêt global perçu, les ESI ont majoritairement exprimé ne pas communiquer leurs erreurs à leurs formateurs.

Pour les ESI, les facteurs favorisant l'accompagnement sont un cadre bienveillant, le fait de percevoir un intérêt à la déclaration, comme l'amélioration de sa pratique, le travail d'analyse en groupe et la peur qu'il y ait des conséquences sur leur formation si l'erreur venait à être découverte avant qu'ils en aient informé leur formateur. Les facteurs limitants relevés chez les ESI sont une peur de sanction avec des conséquences pour leur formation, la crainte de véhiculer une mauvaise image d'eux notamment auprès de leur formateur, qui évalue leur mémoire en fin de formation et enfin une certaine distance instaurée par le formateur, du fait de son statut. La relation pédagogique est en effet sous-tendue par une relation hiérarchique, qui instaure une forme de domination et de pouvoir des formateurs sur les étudiants. Cette relation hiérarchique ne serait pas sans conséquences dans les déclarations de leurs erreurs des ESI.

### **3.3. Un accompagnement de l'erreur par les acteurs de terrain qui commence par un accompagnement de la pratique réflexive dans l'action**

L'accompagnement par les acteurs de terrain nécessiterait que les ESI s'adaptent aux IDE qui les encadrent. Parfois, les relations entre les ESI et des acteurs de terrain seraient difficiles, avec une intégration dans l'équipe parfois complexe.

La pratique réflexive dans l'action accompagnée par les acteurs de terrain est une notion qui a également été reprise par les ESI. Certains ESI ont rapporté que sur leur lieu de stage, des acteurs de terrain les laissent parfois commettre une erreur pour qu'ils en prennent conscience eux-mêmes. Par conséquent, les IDE attendraient et parfois même utiliseraient les erreurs des ESI pour pouvoir les

encadrer. Sur le terrain, l'erreur pourrait donc être source d'apprentissage et un outil pour former les ESI. Cela apparaît comme un moyen qui pourrait ainsi favoriser le développement de la pratique réflexive dans l'action des ESI. Une limite a été évoquée à cette pratique: ne pas les laisser faire d'erreur sur, et devant le patient.

### 3.4. La place des pairs

L'erreur ne serait pas ou peu traitée sur les temps collectifs. Bien qu'ils semblent percevoir un intérêt à parler de leurs erreurs y compris sur ces temps collectifs, lors de GEASE ou de temps d'accompagnement cliniques, la moitié des ESI ont rapporté que cela n'a pas été le cas au cours de leur formation.

Toutefois, le rôle des pairs serait important dans l'accompagnement après une erreur associée aux soins. Les ESI feraient le récit de leurs erreurs uniquement entre eux, voire parfois à leur entourage. Ils y trouveraient plusieurs bénéfices en voyant chez l'autre comme un miroir qui fait les mêmes erreurs. Cela pourrait avoir un effet déculpabilisant et pourrait être source d'apprentissage. Ces apprentissages pourraient donc également se faire entre eux, sans formateur, mais de façon plus informelle. Aussi ils estiment que ces apprentissages à partir d'analyses d'erreurs pourraient se faire sur des temps collectifs, mais préférentiellement lors d'accompagnements cliniques, donc avec un formateur qu'ils ne connaissent pas.

## DISCUSSION

Les entretiens avec les formateurs ont permis de constater que leurs représentations sont empreintes de la culture positive de l'erreur, mais sans y coller complètement. Aussi, une image négative de l'erreur, rattachée au terme de « *faute* » persiste. Bien qu'il ne soit pas mis en avant, le cadre juridique et les sanctions possibles pour l'étudiant restent présents dans les propos des formateurs. Aussi, les causes identifiées des erreurs par les formateurs sont très internes aux ESI. Tout cela pourrait ne pas être sans effet sur les ESI qu'ils accompagnent. Les formateurs sont apparus très investis dans leur mission d'accompagnement des ESI. Ils mettent un point d'honneur à leur proposer un cadre bienveillant, où la confiance règne. Ils mettent tout en œuvre pour s'adapter à l'ESI. Toutefois, la proximité recherchée par les formateurs pourrait ne pas avoir l'effet escompté. En effet, la relation formateur/ESI est marquée par une relation de pouvoir et de domination. Les formateurs utilisent des outils pour accompagner les ESI après une erreur associée aux soins, outils qui permettent de développer leur réflexivité. Aussi, bien que dans leur discours, « *comprendre, agir et transférer* » semblent être les trois objectifs majeurs de l'accompagnement, la réflexivité est bien présente, en toile de fond, comme pour relier ces trois axes. Enfin, le formateur n'est pas seul dans cet accompagnement, car il semble débiter avec les acteurs de terrain, sur le terrain. Il reste un bémol : les erreurs des ESI ne feraient pas l'objet d'une déclaration systématique, et si elle n'est pas déclarée, cela rend impossible toute forme d'accompagnement par le formateur.

Le focus avec le professionnel de terrain était très particulier du fait du profil de l'adjointe au CDS, à la fois ancienne tutrice et formée à la simulation. Toutefois, son entretien a apporté quelques hypothèses de compréhension. Sa représentation de l'erreur est rattachée à la culture positive, et l'accompagnement proposé aux ESI serait proche de ceux des professionnels. Aussi, elle accompagne les ESI après une erreur en remplissant les critères d'accompagnement à la pratique réflexive. Elle a précisé que chez les ESI, une pratique réflexive dans l'action, qu'elle a nommée « *levée de doute* » est attendue de leur part en stage. De son point de vue, le lien avec l'IFSI semble s'être éloigné depuis le référentiel de 2009, avec des formateurs présents dans les bureaux du terrain, mais pas « *sur* » le terrain. Aussi, bien qu'elle signale que les erreurs des ESI soient systématiquement transmises à l'IFSI, les professionnels de terrain accompagnant au plus près les ESI ne déclareraient pas systématiquement les erreurs associées aux soins. Au final, l'accompagnement des ESI après une erreur associée aux soins se ferait très peu conjointement IFSI/terrain. Les professionnels de terrain ne déclareraient pas systématiquement les erreurs des ESI au formateur. Une des hypothèses expliquant cela pourrait être que cette erreur de l'ESI engage également la personne qui l'encadre, et pourrait être le reflet d'une défaillance dans l'encadrement de l'ESI.

Concernant les ESI, la culture positive de l'erreur ne semble pas encore totalement intégrée chez eux. Toutefois, ils ont une vision systémique de celle-ci et percevaient un intérêt à les analyser. Malgré cela, ils sous-déclameraient leurs erreurs aux formateurs, mais également aux professionnels de terrain. La confiance ne serait pas suffisante pour franchir ce pas, et ce en partie puisque les ESI sont évalués par ces derniers. De ce fait, bien qu'ils aient connaissances de dispositifs d'accompagnement, avec un cadre bienveillant, cela ne serait pas suffisant aux ESI pour les intégrer. Dans ce cas, il serait difficile

pour le formateur d'accompagner les ESI à développer leur réflexivité. Mais il est à noter que les professionnels de terrains accompagnent les ESI à développement cette pratique réflexive, mais plus particulièrement la pratique réflexive dans l'action. Les ESI feraient bien des erreurs, éprouveraient parfois même une nécessité à en parler, mais se tourneraient plus facilement vers leurs pairs pour le faire.

En somme, les dispositifs mis en place à l'IFSI visent à préparer les ESI à la gestion des erreurs a priori, en les préparant donc à les éviter, et a posteriori en s'appuyant sur les méthodes d'analyse des erreurs de la culture qualité. Les formateurs, en n'étant pas systématiquement informés des erreurs associées aux soins des ESI, ont des difficultés à les accompagner. Cela rend également le travail collaboratif avec les acteurs de terrain difficile.

L'attente d'un ESI modèle par l'IFSI, telle que les étudiants l'imaginent, pourrait être un frein à la déclaration des erreurs de ces derniers, qui sous-déclameraient leurs erreurs aux formateurs. Les ESI ne semblent donc pas, ou très peu, intégrer les dispositifs d'accompagnement que proposent les formateurs après une erreur associée aux soins. En effet, malgré un cadre mis en place par les formateurs qu'ils reconnaissent comme bienveillant, un tabou de l'erreur semble persister, et représenter un premier frein à la déclaration de leurs erreurs. Aussi, ils trouvent un intérêt à ce que leurs erreurs soient accompagnées par un formateur, notamment pour les aider à les analyser et ainsi progresser. Cela ne semble toujours pas suffisant pour les motiver à intégrer ces dispositifs. Les ESI soulignent une distance entre les formateurs et eux. Elle serait en grande partie due au fait que les formateurs évaluent les ESI, mais ils notent également leur âge et le fait qu'ils ne parleraient que peu de leurs expériences personnelles d'erreurs. Par ailleurs, les formateurs ont dit lutter contre cette distance, puisqu'ils œuvrent pour réduire cette distance et avoir une relation de proximité avec les ESI.

Il serait sans doute intéressant d'approfondir plus en détails ce qui se joue dans cette relation pédagogique, à ce moment d'accompagnement particulier. En effet, l'impact de la relation formateur/ESI sur cet accompagnement, et plus particulièrement la place centrale que tient la confiance dans cette relation semble essentielle. Cette confiance est apparue avec une perception différente entre les formateurs et les ESI. Là où les formateurs mettent tout en place pour l'installer, les ESI, même s'ils s'accordent à dire que le cadre d'accompagnement proposé par les formateurs est bienveillant, ne semblent pas se sentir suffisamment en confiance pour déclarer leurs erreurs.

Aussi, bien que les ESI soient préparées à l'IFSI, grâce à différents apports théoriques et travaux demandés autour d'une analyse d'erreur, il apparaît intéressant de s'interroger sur ce que cela produit chez un individu d'analyser les erreurs d'un autre, et d'analyser ses propres erreurs. A l'hôpital, les déclarations d'événements indésirables ne semblent pas encore totalement entrées dans toutes les habitudes et pratiques professionnelles. Aussi, pourquoi ne pas intégrer dans les dispositifs de formations des dispositifs d'analyse de leurs propres erreurs des étudiants, avec un formateur autre que leur formateur référent afin d'essayer de limiter au maximum les effets négatifs dans la relation ESI/formateurs référents et ainsi inciter, peut-être plus facilement, les étudiants à déclarer leurs erreurs. Ce modèle de déclaration des erreurs des ESI est celui proposé dans un des IFSI enquêtés. Il serait intéressant de poursuivre une enquête en interrogeant d'autres formateurs et des ESI (IFSI avec dispositif d'accompagnement systématisé versus non systématisé) pour pouvoir confirmer ou infirmer l'hypothèse que les ESI déclarent plus facilement leurs erreurs dans un dispositif systématisé dont le formateur référent est exclu.

Enfin, si les étudiants étaient habitués dès la formation à déclarer leurs erreurs, peut-être qu'ils le feraient plus facilement sur le terrain, une fois le diplôme d'état infirmier en poche. Ce n'est sans doute pas la même chose de déclarer et d'analyser les erreurs de quelqu'un d'autre que ses propres erreurs.

## **CONCLUSION**

L'erreur, chez les formateurs, possède une représentation marquée par la culture positive sans y coller complètement. Une représentation négative de l'erreur persiste donc chez ces professionnels qui, pourtant, semblent s'appliquer à s'en défaire. Ceci pourrait toutefois ne pas être sans effet chez les ESI qu'ils accompagnent. Ces formateurs invitent les ESI à développer leur sens des responsabilités après une erreur associée aux soins, mais ils ont aussi conscience des répercussions potentiellement difficiles pour les ESI dans de telles circonstances. Pour accompagner ces ESI, les formateurs mettent un point d'honneur à proposer un cadre bienveillant avec, comme axe majeur, l'instauration d'une relation de confiance. Ils proposent des dispositifs d'accompagnement, qu'ils soient systématisés ou non, qui placent toujours les ESI au centre du dispositif et s'adaptent ainsi à ces derniers. Ils les accompagnent sur des temps individuels comme collectifs. Les formateurs questionnent systématiquement les ESI et

utilisent l'explicitation, le débriefing, qui est un outil emprunté à la simulation, et des outils empruntés à la culture positive de l'erreur comme la méthode ALARM. Trois axes majeurs ont été identifiés dans l'accompagnement : l'axe « *émotionnel* », l'axe « *cognitif* » et l'axe « *juridique* ». La réflexivité n'est pas spontanément évoquée comme objectif de cet accompagnement mais il s'agirait pourtant, en toile de fond, de l'ultime objectif. Dans chaque dispositif, l'erreur est reprise, décortiquée, déconstruite. En contextualisant l'erreur et en invitant les ESI à réaliser un retour sur leur action, l'ensemble des formateurs semble donc proposer un accompagnement de la pratique réflexive comme le décrit Balas-Chanel (2013). L'objectif serait donc que les ESI comprennent leur erreur eux-mêmes. Ils sont accompagnés par les formateurs jusqu'à une Zone Proximale de Développement pour ensuite construire leur identité professionnelle en étant « *autonome, responsable et réflexif* » (*Profession infirmier*, 2021, p.56).

Mais, cet accompagnement ne peut débuter qu'à partir du moment où l'erreur est déclarée au formateur, ce qui est loin d'être systématique. Pour toutes les personnes interrogées, il semble exister un effet de sous-déclaration des erreurs des ESI. Pour les formateurs, certains ESI n'auraient pas pris conscience de l'erreur, mais pour d'autres, les ESI auraient peur du jugement du formateur, peur d'une sanction ou d'un manque d'écoute et de confidentialité. Cela induirait une posture défensive chez ces ESI. Ces propos ont été corroborés par les ESI qui notent eux-mêmes que le cadre bienveillant mis en place par les formateurs ne serait pas suffisant pour briser le tabou de l'erreur. Donc, bien que les formateurs mettent tout en place pour proposer un environnement bienveillant afin de mettre en confiance les ESI, les erreurs seraient sous-déclarées, et par conséquent, ne seraient pas accompagnées par le formateur. Dès lors, les formateurs ne pourraient pas aider les ESI à développer leur réflexivité après une erreur associée aux soins.

Les formateurs ne sont pas seuls à accompagner les ESI. Il y a les acteurs de terrain qui sembleraient, de leur côté, accompagner les ESI à développer leur pratique réflexive, mais plus spécifiquement la pratique réflexive dans l'action. Comme pour les formateurs, il semblerait que les ESI ne déclarent pas systématiquement leurs erreurs aux professionnels qui les encadrent ni à l'équipe d'encadrement du service. Autant d'éléments qui rendent impossible un accompagnement des ESI à la pratique réflexive sur l'action.

Ces erreurs associées aux soins pourraient pourtant être un point d'ancrage pour rassembler un peu plus l'IFSI et le terrain dans une cause déjà commune : faire de l'étudiant un étudiant réflexif. Être réflexif, c'est aussi retrouver un pouvoir d'agir dans les situations futures, et c'est un pas de plus vers la professionnalisation des ESI.

Les ESI ne semblent pas encore familiarisés avec la culture positive de l'erreur. Ils semblent marqués par une représentation négative qui pourrait entacher leur image en construction. Bien qu'ils reconnaissent à leur formateur l'instauration d'un cadre bienveillant, ils ne se sentent pas suffisamment en confiance pour leur déclarer leurs erreurs. Plusieurs éléments qui pourraient expliquer cela ont été identifiés. D'abord, les ESI semblent avoir une image idéalisée du formateur, comme si celui qui enseigne les « *bonnes pratiques* » n'avait jamais commis d'erreur. Ils les verraient comme des personnes plus expérimentées et plus âgées à qui ils accorderaient un pouvoir légitime. Enfin, les formateurs référents évaluent le mémoire des ESI, et cela serait suffisant pour que ces derniers veillent à présenter une image d'eux la plus idéale possible. Il existerait donc dans cette relation formateur/ESI un rapport de pouvoir et de domination qui pourrait être un frein majeur à la déclaration des erreurs des ESI à leur formateur. Une « *simple* » relation de confiance ne serait donc pas suffisante. Ce même rapport dans la relation professionnel de terrain/ESI semble exister au moins en partie puisque les professionnels de terrain évaluent le stage des ESI, ce qui est déterminant pour leur avancée dans la formation.

Il reste tout de même la possibilité aux ESI d'en parler entre pairs, ce qu'ils font et qui semble les aider dans leur apprentissage, mais cet effet miroir semble cependant plus propice à la déculpabilisation qu'à l'analyse de l'erreur et ainsi, à la pratique réflexive.

Pour conclure, pour accompagner l'ESI, il faut déconstruire l'erreur. Cela signifie tenter d'enlever ce tabou qui fait frein à sa déclaration, déconstruire l'erreur en instaurant une « *vraie* » relation de confiance entre l'ESI et son formateur. Déconstruire l'erreur, c'est également la décortiquer, l'analyser. La déconstruire permet ainsi au formateur d'accompagner l'ESI à devenir un praticien réflexif, ce qui participe à la construction de son identité professionnelle d'infirmier.

## REFERENCES

- Astolfi, J.-P. (1997). *L'erreur, un outil pour enseigner*. ESF éditeur.
- Balas-Chanel, A. (2013). *La pratique réflexive. Un outil de développement des compétences infirmières*. Elsevier Masson.
- Bonitto, C. (2007). Goffman et l'ordre de l'interaction : un exemple de sociologie compréhensive. *Philosophie*, 1, 31-48. <https://doi.org/10.4000/philosophie.102>
- Campia, P. (2015). *Penser la formation des infirmières et des cadres de santé*. Seli Arslan.
- Cifali, M. (2018). *S'engager pour accompagner, Valeurs des métiers de la formation*. Presse Universitaire de France.
- Cornu, L. (2003). La confiance. *La télémaque*, 24, 21-30. <https://doi.org/10.3917/tele.024.0021>
- Doly, A.-M. (2006). La métacognition : de sa définition par la psychologie à sa mise en œuvre à l'école. *Apprendre et Comprendre*. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00835076/document> le 16/12/21
- Donnaint, E., Marchand, C. & Gagnayre, R. (2015) Formalisation d'une technique pédagogique favorisant le développement de la pratique réflexive et des compétences émotionnelles chez les étudiants en soins infirmiers. *Recherche en soins infirmiers*, 123, 66-76.
- Dubois, L.-A., Bocquillon, M., Romanus, C. & Derobertmasure, A. (2019) Usage d'un modèle commun de la réflexivité pour l'analyse de débriefings post-simulation organisés dans la formation initiale de futurs policiers, sages-femmes et enseignants. Presses Universitaires de France, 82. 213-251.
- Frances, A.-M. (2017). Place de l'erreur dans l'apprentissage des futurs professionnels paramédicaux. *Soins Aides-Soignants*, 75, 24-25.
- Fressard, J.-M. (2007). L'erreur pour apprendre. *Objectif soins*, 152, 19-20.
- Haute Autorité de Santé. (2019). *Simulation en santé et gestion des risques*. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-02/outils\\_du\\_guide\\_methodo\\_simulation\\_en\\_sante\\_et\\_gestion\\_des\\_risques.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-02/outils_du_guide_methodo_simulation_en_sante_et_gestion_des_risques.pdf)
- Haute Autorité de Santé. (2015). *Apprendre à partir des erreurs pour prévenir les dommages*. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-12/cours\\_module\\_5.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-12/cours_module_5.pdf)
- Haute Autorité de Santé. (2012). *Fiche 1 Concepts et points clés pour aborder la sécurité des soins*. <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/fiche1.pdf>
- Kwocz, F., Moussier, C. Creuzon, C., Lebatard, M.-B. & Marbach Rouillard, M. (2016). *Gestion des risques en établissement de santé*. Sup'FOUCHER.



- Laieb, N. (2010). Apprendre à « geaser ». Le gease, une méthodologie pour appréhender l'analyse de situations éducatives complexes. *Les cahiers dynamiques*, 48, 78-83.
- Lahire, B. (2011). Kafka et le travail de la domination. *Travail et Domination. Actuel Marx*, 49, 46-59. Presse Universitaire de France.
- Larousse. (s. d.). Erreur. Dans *Dictionnaire de français*. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>
- Le Boterf, G. (2000). *Construire les compétences individuelles et collectives*. Eyrolles.
- Lefebvre, J. (2015). *La pratique réflexive, la pensée réflexive et la réflexion : définitions et processus*. [http://devenirinfirmiere.org/wp-content/uploads/2015/06/D%C3%A9finitions-Pratique-r%C3%A9flexive\\_Pens%C3%A9e-r%C3%A9flexive\\_R%C3%A9flexion-JLefebvre\\_VF.pdf](http://devenirinfirmiere.org/wp-content/uploads/2015/06/D%C3%A9finitions-Pratique-r%C3%A9flexive_Pens%C3%A9e-r%C3%A9flexive_R%C3%A9flexion-JLefebvre_VF.pdf)
- Le Robert. (s. d.). Erreur. Dans *Le Robert dico en ligne* <https://www.lerobert.com/dictionnaires/francais>
- Masson. (1997). *Le dictionnaire médical Masson*.
- Milgrom, E. (2010). Réussite et échec : le droit à l'erreur ou le devoir d'erreur ? Dans B. Raucent, C. Verzat & C., Villeneuve (dirs.), *Accompagner des étudiants : quels rôles pour l'enseignant ? Quels dispositifs ? Quelles mises en œuvre ?* (pp. 223-246). De Boeck.
- Perrenoud, P. (1997). *Construire des compétences dès l'école*. ESF éditeur.
- 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.
- Profession infirmier : recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'État et à l'exercice de la profession*. (2021). Berger Levrault.
- Reason, J. (2013). *L'erreur humaine*. Presses des Mines.
- Syndicat Infirmier. (2016). *Responsabilité de l'IDE en cas de faute d'un étudiant*. <https://www.syndicat-infirmier.com/Responsabilite-de-l-IDE-en-cas-de.html>
- Taillandier, S. (2008). L'erreur, point de départ de la formation. *Objectifs soins*, 162, 17-18.
- Vermersch, P. (2019). Entretien d'explicitation. Dans C. Delory-Momberger (dir.), *Vocabulaire des histoires de vie et de la recherche biographique* (pp. 340-342). Érès.
- Villeneuve, L., Leblanc, J., Ruph, F. & Lemieux, L. (2010). Le questionnement et la réflexivité. Dans B. Raucent, C. Verzat & C., Villeneuve, C. (dirs.), *Accompagner des étudiants. Quels rôles pour l'enseignant ? Quels dispositifs ? Quelles mises en œuvre ?* (pp. 157-185). De Boeck.

Déclaration de liens d'intérêt.

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêt.