



EHESP

Filière Directeur des Soins

Promotion : 2010

Date du Jury : septembre 2010

L'hôpital : une organisation apprenante pour les étudiants infirmiers ?

L'incidence du nouveau programme de formation sur l'encadrement des
étudiants infirmiers à l'hôpital.

François GIRAUD-ROCHON

Remerciements

A tous les professionnels de santé qui,
par leurs témoignages, ont contribué à ce travail.

A Monsieur Jean-Claude VALLEE,
tuteur de positionnement,
pour son écoute et ses conseils.

A mes proches,
pour leur soutien tout au long de cette formation.

*Une organisation apprenante
est une organisation dans laquelle les gens apprennent,
en travaillant ensemble,
et travaillent ensemble pour apprendre.*

Swieringa et Wierdsma

1992

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 LA FORMATION DES ETUDIANTS INFIRMIERS A L'HOPITAL.....	3
1.1 CADRE ET EVOLUTION	3
1.1.1 <i>Une formation qui évolue avec la société.....</i>	3
1.1.2 <i>La réforme de l'universitarisation.....</i>	5
1.2 L'APPROCHE PAR LES COMPETENCES.....	6
1.2.1 <i>Un référentiel de formation rénové.....</i>	6
1.2.2 <i>Un changement de paradigme.....</i>	7
1.3 L'HOPITAL : UNE ORGANISATION APPRENANTE POUR LES ETUDIANTS INFIRMIERS ?.....	10
1.3.1 <i>Qu'est ce qu'une organisation apprenante ?.....</i>	11
1.3.2 <i>Un stage formatif dans une organisation apprenante.....</i>	12
2 L'ENCADREMENT DES ETUDIANTS EN QUESTION.....	13
2.1 L'ENQUETE.....	13
2.1.1 <i>Les objectifs poursuivis, la méthode retenue.....</i>	13
2.1.2 <i>Intérêts et limites de l'enquête.....</i>	14
2.1.3 <i>Présentation de la population.....</i>	15
2.2 LE REGARD DES ACTEURS.....	16
2.2.1 <i>L'ancien programme.....</i>	16
2.2.2 <i>Le nouveau référentiel.....</i>	19
2.2.3 <i>Premier bilan et perspectives.....</i>	21
2.3 ANALYSE DES DONNEES ET SYNTHESE.....	23
2.3.1 <i>Analyse.....</i>	23
2.3.2 <i>Synthèse.....</i>	25
3 QUELQUES PROPOSITIONS D'ACTIONS.....	27
3.1 CREER LES CONDITIONS D'UN ENVIRONNEMENT FAVORABLE AU DEVELOPPEMENT DES COMPETENCES	27
3.1.1 <i>Placer l'organisation apprenante comme axe stratégique.....</i>	27
3.1.2 <i>Individualiser le parcours de formation.....</i>	28
3.2 ACCOMPAGNER LE PROCESSUS DE FORMATION EN PARTENARIAT AVEC L'IFSI.....	29
3.2.1 <i>Faire vivre l'alternance.....</i>	30
3.2.2 <i>Créer des outils communs</i>	31

3.3	PROFESSIONNALISER L'ENCADREMENT DES ETUDIANTS	31
3.3.1	<i>Formaliser le rôle de chacun</i>	32
3.3.2	<i>Répondre aux besoins en formation</i>	33
	CONCLUSION	35
	BIBLIOGRAPHIE	37
	LISTE DES ANNEXES	I

Liste des sigles utilisés

CGS : Coordonnateur Général des Soins

CS : Cadre de Santé

CSF : Cadre de Santé Formateur

CSG : Cadre de Santé Gestion

CSIRMT : Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques

DEUG : Diplôme d'Etudes Universitaires Générales

DIU : Diplôme Inter Universitaire

DRH : Directeur des Ressources Humaines

DS : Directeur des Soins

DSF : Directeur des Soins Formation

DSG : Directeur des Soins Gestion

DU : Diplôme Universitaire

ECTS : European Credit Transfer System

ETP : Equivalent Temps Plein

GPMC : Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences

IDE : Infirmier(ère) Diplômé(e) d'Etat

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

LMD : Licence - Master - Doctorat

MSP : Mise en Situation Professionnelle

UE : Unité d'Enseignement

UF : Unité Fonctionnelle

VAE : Validation des Acquis de l'Expérience

Introduction

L'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier a officialisé la refonte du programme des études d'infirmières¹.

Au cours des siècles, la profession s'est adaptée à la société. La formation, par son évolution, en a été le reflet. Des filles de la charité à la professionnelle du XXIème siècle, les programmes de formation ont été en adéquation avec la vision qu'avait la société de l'infirmière.

Dans cette continuité et avec l'approche par les compétences, nous assistons aujourd'hui à une véritable refondation de la formation infirmière. En effet, *"la formalisation de l'écriture des diplômes, en voie d'harmonisation dans toute l'Europe, oblige à clarifier pour chaque diplôme la nature et le niveau des compétences acquises par les titulaires dudit diplôme"*².

En conduisant à un grade de licence, le nouveau programme fait donc entrer la formation infirmière dans un format universitaire. Outre la reconnaissance symbolique et statutaire, la mise en œuvre de ce processus représente aussi l'occasion de revisiter le contenu et les méthodes de formation.

Si avec le précédent programme qui datait de 1992, les savoirs étaient abordés de manière additive et linéaire, sans véritables inter-relations au regard des situations professionnelles, le nouveau programme rompt nettement avec cette vision en proposant une formation basée sur le développement des compétences, un parcours individualisé des étudiants et la valorisation de l'apprentissage par l'expérience. Une place prépondérante est donnée aux savoirs de la pratique, aux apprentissages en stage. Le rôle de chaque acteur est également redéfini.

Cela veut dire que la formation rénovée des infirmières impacte tout autant le terrain de stage que l'institut de formation en soins infirmiers (IFSI).

La pédagogie fait une intrusion dans le monde des soins et bouscule les repères.

Face à ce constat, nous avons souhaité appréhender l'incidence du nouveau programme de formation sur la politique d'encadrement des étudiants initiée par le directeur des soins (DS) et développée au sein des établissements de soins. Plus spécifiquement, nous nous sommes attachés à saisir les processus de transmission de compétences élaborés, et à découvrir les liens formalisés entre l'hôpital et l'IFSI.

¹ Lire partout : infirmiers et infirmières

² COUDRAY M-A., 2008, *"La formation infirmière rénovée, une ouverture et des opportunités"*, p.3

Notre question de départ était :

Quelles sont les incidences du nouveau programme de formation sur les modalités d'encadrement des étudiants infirmiers à l'hôpital ?

Afin d'y répondre, nous avons formulé trois hypothèses :

- Parce qu'il responsabilise davantage et nécessite une plus grande implication de l'étudiant infirmier, le nouveau programme requiert de la part de l'encadrement du stage une guidance personnalisée, formalisée et soutenue dans le temps.

- Par une approche analytique et inductive, le nouveau programme fait évoluer les processus de transmission des compétences entre l'infirmière et l'étudiant infirmier en stage.

- La nouvelle formation conduit chaque acteur impliqué dans l'encadrement de l'étudiant infirmier en stage, à réinterroger son rôle et ses responsabilités.

Par l'intermédiaire d'une grille d'entretien, nous avons interrogé dix professionnels (dont six directeurs des soins) issus d'établissements de soins et d'IFSI. Ainsi, le regard porté par chacun d'entre-eux a éclairé le questionnement initial de ce travail et a apporté des pistes de réponse à nos hypothèses.

Nous verrons que globalement les différents acteurs expriment un sentiment positif vis à vis du nouveau référentiel de formation, même si, plus les acteurs sont proches des étudiants en stage, plus ils formulent des craintes.

En tant que directeur des soins, nous nous autoriserons à présenter quelques propositions d'action, pour que l'hôpital soit un cadre propice au développement des compétences des étudiants infirmiers.

Tout d'abord, il convient de placer l'étudiant dans une organisation dite "apprenante". Cela passe tout d'abord par une volonté institutionnelle. L'impulsion initiale est donnée par le DS et cette volonté s'exprime notamment à travers le projet de soins.

L'individualisation du parcours de formation est également indispensable si l'on souhaite rester en cohérence avec la philosophie du nouveau référentiel.

Ensuite, il faut que les DS en activité de gestion des soins (DSG) et en activité de gestion des formations (DSF) travaillent de concert pour faire vivre une alternance réellement intégrative. Cela passe entre autres par la création d'outils organisationnels et institutionnels communs.

Enfin, l'encadrement des étudiants infirmiers en stage nécessite d'être professionnalisé, car l'improvisation en la matière a atteint ses limites.

1 La formation des étudiants infirmiers à l'hôpital

1.1 Cadre et évolution

La rénovation actuelle de la formation infirmière se situe dans une période de grande mutation.

Pour mieux comprendre son évolution, il faut appréhender son histoire. Ces transformations dans le temps mettent ainsi en perspective les futurs développements possibles, vers une autonomie professionnelle.

Aujourd'hui, la formation infirmière entre dans un processus européen d'universitarisation, ce qui devrait favoriser la création de passerelles entre différentes filières et ainsi faciliter la mobilité des professionnels.

1.1.1 Une formation qui évolue avec la société

Comme l'explique Marie-Thérèse Weber, l'évolution des programmes de formation infirmiers a toujours été liée à celle des soins et, plus largement, à celle de la société³.

Jusqu'au XVIIIème siècle, les soins apportés aux malades par des non médecins relèvent en grande partie de la charité chrétienne et les savoir-faire dépendent de pratiques séculaires. En 1633, Louise de Marillac dispense un début d'enseignement dans la congrégation des filles de la charité. L'appellation "infirmier" apparaît vers 1642. Mais il faut attendre la laïcisation des hôpitaux, les travaux de Pasteur et les progrès de la chirurgie pour que se fasse ressentir le besoin de formation.

De 1876 à 1920, de nombreuses écoles (publiques, privées, Croix-Rouge) sont créées. En 1920, 43 d'entre elles bénéficient d'un agrément national. Les contenus montrent que les soins dits "ménagers" (couture, entretien du linge, tenue de maison, économie domestique) sont aussi importants que les soins directs aux personnes. Ce n'est qu'au début du XXème siècle que des notions d'anatomie, de physiologie et de travaux pratiques apparaissent dans des programmes encore officieux.

L'année 1924 voit l'officialisation des premiers programmes de formation. Le contenu varie selon qu'il s'adresse aux infirmières hospitalières ou aux visiteuses d'hygiène sociale et porte presque exclusivement sur l'enseignement pratique. Le rôle de monitrice apparaît.

³ WEBER M-T., 2009, "*Les compétences infirmières et la formation initiale*"

En 1938, un programme d'enseignement pour les diplômés d'infirmiers (sur deux ans) et d'assistants sociaux (sur trois ans) est créé, avec une première année commune aux deux formations. Puis, la loi n°372 du 15 juillet 1943 contraint les hôpitaux à recruter du personnel diplômé et les invite à créer leurs écoles.

Le programme institué par l'arrêté du 4 août 1954 organise une formation en deux ans, surtout axée sur la pratique. L'infirmière est exécutante et doit savoir alerter le médecin. La monitrice est une répétitrice.

Le programme de 1961 introduit la notion de rôle infirmier et de capacité de décision.

Celui de 1972 est influencé par l'accord européen sur l'instruction et la formation des infirmières de 1967 qui donne à ces dernières le droit d'exercer dans l'ensemble des Etats membres du Conseil de l'Europe. Il est novateur dans l'équilibre entre les stages et les enseignements théoriques, les représentations des écoles et des élèves (l'élève devient un stagiaire en situation d'apprentissage qui se voit confier la responsabilité de personnes soignées et non de tâches parcellaires), l'organisation en six périodes (annonciatrice des six semestres).

En 1979 (arrêté du 12 avril), le programme passe à 33 mois et est organisé en modules. Apparaît pour la première fois la notion de démarche de soins infirmiers comme schéma d'étude d'un problème.

Avec le programme régi par l'arrêté du 23 mars 1992, les instituts remplacent les écoles et les étudiants, les élèves. La grande évolution est la fusion des programmes de soins généraux et de soins psychiatriques. Dans ce programme apparaît pour la première fois la notion de diagnostic infirmier.

Mais les savoirs sont abordés de manière additive et linéaire, sans véritables inter-relations au regard des situations professionnelles.

Or, les jeunes infirmières titulaires du diplôme se trouvent d'emblée confrontées à un ensemble de situations de soins complexes à leur entrée dans le métier. Un constat s'impose alors progressivement : devant la difficulté à affronter et résoudre ces situations professionnelles nouvelles, le programme de formation de 1992 n'apparaît pas complètement adapté pour préparer l'étudiant à l'exercice de son futur métier.

En parallèle à ce processus de professionnalisation et afin de répondre aux exigences du dispositif LMD (licence-master-doctorat), la formation infirmière s'inscrit également dans un contexte européen d'universitarisation.

1.1.2 La réforme de l'universitarisation

L'harmonisation du système européen de l'enseignement supérieur, initiée le 25 mai 1988 à l'occasion du huitième centenaire de la Sorbonne par une déclaration des quatre ministres, allemand, britannique, italien et français, a modifié l'organisation générale des enseignements supérieurs.

Dès 1999, l'Union européenne a fixé les objectifs communs et le calendrier de ce qui devient alors le "*processus de Bologne*". Projet ambitieux, puisque intervenant dans le domaine de l'enseignement supérieur pour lequel l'Union ne détient pas, selon les traités, de compétence. Projet mobilisateur pour l'Union, et à ce titre ponctué par des déclarations successives : Lisbonne en 2000, Prague en 2001, Berlin en 2003, Bergen en 2005. Projet attractif, qui a su convaincre cinquante pays de s'engager dans le processus, dépassant ainsi le seul cadre politique et institutionnel de l'Union.

En France, le dispositif institutionnel, plus connu sous le nom de LMD, s'est développé sur le fondement de deux décrets⁴ publiés dès 2002, qui ont introduit dans la réglementation nationale les objectifs du processus de Bologne.

A la rentrée 2006, les universités françaises sont entrées dans la nouvelle architecture et s'organisent désormais autour de trois niveaux : la licence, le master et le doctorat.

Par contre, à l'instar des formations médicales, les formations paramédicales se sont, dans les faits, longtemps tenues à l'écart du processus de Bologne, malgré de nombreux rapports⁵ favorables à cette réforme.

Néanmoins, aujourd'hui il apparaît que, outre la reconnaissance symbolique et statutaire, la mise en œuvre du processus de Bologne pour les professionnels de santé représente l'occasion de revisiter le contenu et les méthodes de formation des professionnels, avec plusieurs objectifs.

Tout d'abord, il s'agit d'améliorer la qualité de l'enseignement et du contenu des formations, et de partager entre professionnels de différentes filières un certain nombre d'enseignements notamment en économie, éthique et sciences humaines, afin qu'ils acquièrent une culture et un langage communs.

Ensuite, le décloisonnement des différentes filières d'études médicales et paramédicales doit permettre l'instauration de passerelles grâce à la validation des crédits ECTS (European Credit Transfer System).

⁴ Décrets n°2002-481 et n°2002-482 du 8 avril 2002

⁵ IGAS - IGAENR, 2008. SOULAS J., juin 2005

La sensibilisation des professionnels à la recherche documentaire et à l'analyse de publications est également recherchée.

En outre, le processus de Bologne vise la conception de formations de niveau supérieur (masters 1 ou 2) permettant aux professionnels d'évoluer vers des compétences plus étendues en matière de soins et de pratiques de santé publique et d'accéder ainsi à de nouveaux métiers. Mais aussi, la possibilité pour les professionnels de santé de s'engager, avec la mise en place d'un doctorat, dans un parcours d'enseignement et de recherche en soins, et par là, le développement en France d'une recherche clinique actuellement quasi inexistante.

Enfin, l'objectif est l'ouverture du dispositif de formation sur l'espace européen et la facilitation des échanges dès la formation initiale.

Le programme de formation infirmier de 2009 s'inscrit dans un contexte environnemental en pleine évolution intégrant la réforme d'un grand nombre de professions de santé. Ce dernier doit répondre aux exigences du dispositif universitaire : une organisation en unités d'enseignements (UE) capitalisables et réparties sur 6 semestres de 20 semaines.

Il nécessite l'élaboration de référentiels d'activités, puis de compétences et enfin de formation. L'objectif central étant de placer l'étudiant dans une dynamique d'acquisition de connaissances à mobiliser en situations de soins et non dans une simple capitalisation de savoirs.

1.2 L'approche par les compétences

Dans ce contexte européen et réglementé, la formation infirmière est en transformation. Elle s'inscrit dans les évolutions de la législation et des pratiques pédagogiques.

1.2.1 Un référentiel de formation rénové

Le nouveau référentiel de formation a comme finalité de "*mieux préparer à l'exercice du métier et de développer chez l'étudiant des savoirs, des savoir-faire et une pratique réflexive qui lui permettent d'agir dans des situations professionnelles nouvelles*"⁶.

⁶ COUDRAY M-A., GAY C., 2009, *Le défi des compétences*.

Pour répondre à cette exigence, la formation s'appuie d'une part sur des stages optimisés et mieux outillés et d'autre part sur des unités d'enseignement permettant l'intégration des différents savoirs et leur mobilisation en situation professionnelle.

Le référentiel de formation est élaboré de manière à développer le raisonnement clinique de l'infirmier et sa capacité d'analyse dans une approche interdisciplinaire. Il induit un positionnement de la formation centré sur l'approche des compétences.

Il convient alors de définir ce concept polysémique de compétence.

C'est "la maîtrise d'un savoir-faire opérationnel relatif aux activités d'une situation déterminée, requérant des connaissances et des comportements. La compétence est inséparable de l'action et ne peut être appréhendée qu'au travers de l'activité"⁷.

Elle fait appel à différentes ressources : savoirs théoriques, pratiques, méthodologiques, relationnels et sociaux. Elle est liée aux situations dans lesquelles elle s'exerce, ce qui veut dire qu'elle représente une ressource uniquement dans la mesure où la personne est en capacité de la mobiliser.

Pour permettre à l'étudiant infirmier l'acquisition de compétences qui correspondent au niveau du débutant dans le métier, la construction pédagogique s'articule sur une alternance entre l'acquisition de connaissances et de savoir-faire associés à des situations professionnelles clés, leur mobilisation en situation et l'analyse des situations vécues afin de développer la maîtrise des concepts.

Le nouveau référentiel de compétences induit alors une formation différente du programme précédent qui était structuré par champs disciplinaires et centré sur la dispensation des soins.

Il s'appuie sur une conception qui considère qu'apprendre "*représente un processus de modification durable de connaissances déclaratives, procédurales ou comportementales grâce à l'action intentionnelle ou l'expérience*"⁸.

1.2.2 Un changement de paradigme

Avec ce nouveau programme, les contenus de formation sont reliés de manière plus explicite et formelle aux compétences attendues chez un jeune professionnel.

Les paliers de compétences que l'étudiant doit acquérir, sont d'abord de comprendre les situations devant lesquelles il est placé, d'être capable d'agir dans ces situations, donc de savoir comment le faire avec efficacité. Le troisième niveau d'acquisition des savoirs est d'être en mesure de transférer ceux acquis, lors des études de situations proposées en formation, à d'autres cas non obligatoirement étudiés.

⁷ Fonction publique hospitalière. Répertoire des métiers.

⁸ CARRE P., 2005, *L'Apprenance*, p.103

Cette conception repose sur un postulat : ne pouvant concrètement être placés durant leur formation devant toutes les situations qui pourront se présenter à eux lorsqu'ils seront des professionnels, les étudiants doivent acquérir des ressources tant en connaissances qu'en méthodes et en comportements, leur donnant la capacité de compréhension et d'action dans n'importe quelle nouvelle situation.

L'étude de situations clés est au centre du projet pédagogique. En effet, même si le professionnel mobilise l'ensemble des compétences au travail, l'apprentissage se fait toujours progressivement en ajoutant, par couches successives et en spirale, des savoirs appris lors de l'étude des diverses situations.

Cette démarche d'enseignement par situations ou par problèmes correspond à une vision modernisée de l'apprentissage. Celle-ci paraît plus favorable pour retenir des contenus de formation qui sont ainsi concrètement ancrés.

Même si des enseignements dits expositifs sont toujours nécessaires, ils sont immédiatement mis en relation avec leur utilité afin de donner les moyens à un étudiant de comprendre et agir face à la situation d'une personne qui nécessite une prise en charge soignante. Il faut surtout que l'étudiant "*soit en mesure de saisir et d'exploiter d'un bout à l'autre de [sa] formation toutes les occasions de mettre à jour, d'approfondir et d'enrichir cette connaissance première*"⁹.

L'étudiant est mis très tôt dans un processus de recherche d'informations, de manipulation de connaissances ou de ressources. Il devient acteur de sa formation, voire même le coproducteur de la compétence visée.

L'autodidactisme constitue donc l'objectif principal de la formation¹⁰.

Ce nouveau programme cherche également à valoriser le rôle des personnes qui encadrent les étudiants sur les terrains de stage. Les compétences s'évaluent en situation et c'est donc sur le terrain professionnel que la progression de l'étudiant peut être la mieux perçue.

Les stages, moins nombreux mais plus longs, doivent permettre une plus grande intégration des étudiants dans les équipes soignantes. Cette intégration passe par la mise à disposition de supports (livret d'accueil, portfolio) et par des temps d'échange : avec un maître de stage (cadre de santé) qui est chargé de son organisation, un tuteur de stage (infirmier, volontaire et dans l'idéal, formé) qui suit l'étudiant dans sa progression, et différents référents qui sont les professionnels.

⁹ *ibid.*

¹⁰ LENGRAND P., 1975, *L'Homme du devenir*

Le tutorat s'apparente à une relation d'aide, centrée sur l'étudiant et pas seulement sur ses performances.

Des retours de l'étudiant sur l'institut sont prévus pour travailler sur des situations de soins issues du terrain. Par un travail d'analyse l'étudiant se questionne alors sur la situation présentée et conceptualise avec l'aide des formateurs, afin de retourner sur le terrain de stage et transférer certains éléments de compréhension et de résolution à d'autres circonstances.

L'analyse *a posteriori* de situations vécues en stage a, dans ce processus, toute son importance.

Car dans le feu de l'action, les étudiants sont souvent le jouet des événements. Ce n'est qu'après coup qu'ils peuvent découvrir la logique profonde qui explique l'enchaînement des faits.

En construisant une histoire à partir de son propre vécu, un acteur produit de l'intelligibilité. C'est ce que Pierre Pastré nomme "*l'esprit d'escalier*"¹¹ : le novice commence par transformer son vécu en récit, en retenant les épisodes critiques. Puis, il cherche la cause des incidents en formulant des hypothèses, qu'il vérifie en utilisant les traces objectives des événements dont il peut disposer. Enfin, il confronte ses explications avec celles de ses pairs, mais aussi avec l'analyse du formateur. L'intérêt est que "*les étudiants ne cherchent pas seulement à construire des connaissances mais cherchent à comprendre les événements*"¹².

La structuration du programme de formation des infirmiers autour d'une logique de compétences interroge également les praticiens de l'évaluation, et notamment les professionnels de santé chargés de l'encadrement des étudiants lors de leurs stages. Cette interrogation porte sur l'objet de l'évaluation, la place de l'évalué dans cette dernière et la nature des procédés mise en œuvre pour évaluer.

Il ne serait en effet pas compréhensible que l'évaluation vienne contredire les intentions pédagogiques énoncées dans le dispositif compétences.

Les pratiques actuelles de la majorité des acteurs chargés d'évaluation dans la filière se situent à la conjonction de trois postulats¹³.

Le premier, directement issu des approches behavioristes, définit le comportement comme seul objet de l'évaluation. Le second amène à considérer qu'évaluation normative et évaluation formative sont incompatibles dans un même temps. Le dernier affirme la nécessité de distinguer le temps de l'apprentissage de celui de l'évaluation.

¹¹ PASTRE P., 2000, *Signification, sens, formation*, p.53

¹² *ibid.* p.54

¹³ MARGA P., 2008, "*Compétences et évaluation*". p.13

L'approche privilégiant la mesure de la performance de l'évalué, manifestement comportementaliste, se traduit d'ailleurs par le vocabulaire utilisé : jury, épreuve d'évaluation, sanction...

Or, l'introduction de la logique de compétences dans le dispositif de formation des infirmiers engage à suivre une autre voie : celle qui admet qu'être compétent implique aussi de savoir rendre compte de ses processus de prise de décisions, et que l'articulation entre savoirs et savoir-faire a davantage d'importance que la seule acquisition de ces mêmes savoirs.

Dans cette perspective, évaluer ne consiste plus à mesurer la performance de l'apprenant à partir d'indicateurs comportementaux, mais à établir avec le sujet évalué l'état de ses connaissances et de ses compétences. Cela responsabilise les professionnels infirmiers qui se voient directement investis de l'évaluation de l'étudiant.

La formation ainsi renouvelée se veut davantage centrée sur les ressources disponibles pour apprendre à apprendre. Sachant qu'apprendre devient plus que jamais, selon la formule de Trocmé-Fabre "*le seul métier durable aujourd'hui*"¹⁴.

1.3 L'hôpital : une organisation apprenante pour les étudiants infirmiers ?

Les professionnels infirmiers sont confrontés à différents facteurs d'évolution : besoins en santé, demande du patient, démographie médicale et soignante défavorable, exigences de coordination et de coopération entre les différents lieux de soin, développement des techniques, recherche d'optimisation des ressources.

En stage, les étudiants infirmiers sont aujourd'hui placés devant des situations qui les obligent à porter un regard croisé sur les différents problèmes de santé en lien avec les pathologies et les contextes.

Pour répondre à ces défis, la capacité d'analyse, la compétence de décision et donc l'autonomie professionnelle doivent être travaillées et développées.

Face à ces importants changements, l'hôpital est-il apte à préparer au mieux les infirmiers aux nouvelles exigences du métier ? Son organisation permet-elle de développer les compétences nécessaires à l'infirmier du futur ?

¹⁴ TROCME-FABRE H., 1999, *Réinventer le métier d'apprendre*.

1.3.1 Qu'est ce qu'une organisation apprenante ?

Ce n'est qu'à la fin des années 80 et au début des années 90 qu'apparaît de façon explicite le concept de l'organisation apprenante (*learning organization*).

Son émergence est due aux profonds bouleversements de l'environnement économique mondial et ses conséquences sur les structures industrielles et les entreprises.

Les méthodes de management dominantes ont alors démontré leur inadéquation "*face à une économie évolutive et où une place croissante est donnée au savoir et aux actifs immatériels*"¹⁵.

Le concept d'organisation apprenante a donné lieu à de nombreuses définitions. Il est intéressant d'en citer ici quelques unes pour bien en appréhender le sens.

Pour Pedler, Boydell et Burgoyne "*une organisation apprenante est une organisation qui facilite l'apprentissage de tous ses membres et qui se transforme continuellement*"¹⁶.

Ou encore, les organisations apprenantes sont "*des organisations où les gens (...) apprennent en permanence à apprendre ensemble*"¹⁷.

D'une façon générale, la littérature managériale décrit l'organisation apprenante comme l'apprentissage continu de ses membres, dans la perspective d'une vision globale de développement de l'organisation qui relie l'apprentissage individuel et collectif. Elle développe la capacité de l'organisation à se remettre en cause et à se transformer de manière permanente.

L'organisation apprenante se caractérise encore par l'existence d'une culture managériale d'apprenance, qui va imprégner les attitudes et comportement des individus et des équipes dans l'exercice de leurs tâches quotidiennes.

Dans cette optique, la formation et le développement professionnel et personnel des individus ne sont plus considérés comme des activités spécifiques et ponctuelles, souvent détachées du contexte professionnel. Au contraire, ils deviennent partie intégrante de l'organisation générale du travail et des tâches quotidiennes, qui sont elles-mêmes productrices d'apprentissages essentiels et continus. L'apprentissage par l'action est alors au cœur de la logique d'apprenance.

¹⁵ BELET D., 2003, *Devenir une vraie entreprise apprenante*, p.48

¹⁶ PEDLER M., BURGOYNE J., BOYDELL T., 1991, *The learning company*

¹⁷ SENGE P., 1999, *La danse du changement*

1.3.2 Un stage formatif dans une organisation apprenante

Pour que l'hôpital puisse être considéré comme une organisation apprenante et donc permettre aux étudiants de bénéficier de stages formatifs, trois niveaux d'apprentissage sont exigés¹⁸.

Tout d'abord, un processus d'apprentissage individuel doit être développé dans l'établissement. Il met l'accent sur la responsabilité de chaque personne pour son propre apprentissage personnel et professionnel. Cette logique de responsabilisation (un étudiant autonome et responsable) conduit à s'interroger sur "*les capacités et le style d'apprentissage le plus approprié à chaque individu*"¹⁹. De façon opérationnelle, ce développement des apprentissages individuels s'appuie sur des plans et des parcours personnalisés.

Ensuite, un stage formatif comprend des phénomènes d'apprentissages collectifs, au sein d'une équipe de travail. L'équipe apparaît alors comme le champ privilégié de l'intégration des apprentissages individuels. Comme le font très justement remarquer Wierdsma et Swieringa, l'objectif est de créer une dynamique permanente d'apprentissage²⁰.

Enfin, la troisième composante d'un stage apprenant relève d'un processus d'apprentissage organisationnel. Il fait d'abord référence à la notion de vision partagée sur les objectifs de l'organisation, et d'appropriation de cette vision par tous ses membres.

Ces processus d'apprentissage organisationnel peuvent être favorisés ou freinés par diverses caractéristiques de l'entreprise telles que son mode d'organisation, le degré de décentralisation des décisions, ou encore le style de management (comportements, attitudes quotidiennes des dirigeants et de la hiérarchie...).

L'originalité de ce concept est d'utiliser au mieux les capacités et surtout de valoriser le potentiel de création de valeurs de l'individu, dès lors que son contexte de travail s'avère confortable et stimulant et qu'il bénéficie d'une gestion intelligente du capital de compétences qu'il représente.

L'apprentissage dépend plus de l'estime de soi, des émotions, de la motivation, que des capacités cognitives réelles de l'apprenant.

¹⁸ BELET D., 2003, *Devenir une vraie entreprise apprenante*, op. cit.

¹⁹ HONEY P., MUMFORD A., 1986, *The manual of learning styles*, Maidenhead, Berks

²⁰ SWIERINGA J., WIERDSMA A., 1992, *Becoming a learning organization*

2 L'encadrement des étudiants en question

Au-delà de l'approche contextuelle que nous venons d'aborder, un certain nombre d'hypothèses ont été mobilisées. Elles nécessitent un éclairage complémentaire que nous avons choisi d'apporter en menant une enquête auprès d'un public de professionnels exerçant à l'hôpital et en IFSI.

2.1 L'enquête

2.1.1 Les objectifs poursuivis, la méthode retenue

Ce travail cherche à appréhender l'incidence du nouveau référentiel de formation infirmier, officialisé par l'arrêté du 31 juillet 2009, sur l'encadrement des étudiants infirmiers à l'hôpital.

A partir des points de vue évoqués par les professionnels hospitaliers (DSG, DSF, CSG, CSF, IDE)²¹, l'enquête vise à comprendre les changements qu'occasionne la déclinaison de ce nouveau programme sur les modalités d'accueil et d'encadrement des étudiants infirmiers entrés en formation en septembre 2009 et bénéficiant de stages dans les services de soins hospitaliers.

Pour tenter de répondre à notre question de départ qui est : "**Quelles sont les incidences du nouveau programme de formation sur les modalités d'encadrement des étudiants infirmiers à l'hôpital ?**", nous avons élaboré différentes hypothèses de réponse.

- **Hypothèse n° 1** : Parce qu'il responsabilise davantage et nécessite une plus grande implication de l'étudiant infirmier, le nouveau programme requiert de la part de l'encadrement du stage une guidance personnalisée, formalisée et soutenue dans le temps.

- **Hypothèse n° 2** : Par une approche analytique et inductive, le nouveau programme fait évoluer les processus de transmission des compétences entre l'infirmière et l'étudiant infirmier en stage.

- **Hypothèse n° 3** : La nouvelle formation conduit chaque acteur impliqué dans l'encadrement de l'étudiant infirmier en stage, à réinterroger son rôle et ses responsabilités.

²¹ DSG : directeur des soins gestion, DSF : directeur des soins formation, CSG : cadre de santé gestion, CSF : cadre de santé formation, IDE : infirmier(ère)

A partir des représentations de différents professionnels, le but de notre enquête est de pouvoir confirmer ou infirmer nos hypothèses et donc, de comprendre l'incidence que le nouveau programme de formation a (ou aura) sur les processus de transmission des compétences infirmière/étudiant, sur les modalités d'apprentissage développées dans l'institution, sur les liens formalisés entre l'hôpital et l'IFSI, et plus largement sur la politique d'encadrement des étudiants développée par les directeurs des soins dans les établissements.

Cherchant à analyser un processus précis relatif à une pratique (les modalités d'apprentissage des étudiants infirmiers par leurs pairs), les entretiens semi directifs se sont rapidement révélés comme la méthode d'investigation la plus pertinente. Nous souhaitons recueillir le discours de nos interlocuteurs sur un certain nombre de thèmes et dans un ordre prédéfini, mais non directif, en nous adaptant à l'interviewé et en le laissant éventuellement aborder des points non prévus initialement.

Une trame commune d'interview a été élaborée puis déclinée en fonction des différents lieux d'exercice des acteurs : en établissement de santé d'une part (DSG-CSG-IDE) et en IFSI (DSF-CSF) d'autre part²².

En veillant à préserver l'anonymat, les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits. Le corpus d'entretien a alors fait l'objet d'une analyse, simple puis croisée, cherchant à mettre en exergue des points de convergence et/ou de contradiction dans les réponses obtenues.

2.1.2 Intérêts et limites de l'enquête

Le programme de formation venant de se mettre en place récemment (septembre 2009), les personnes interviewées ont démontré un réel intérêt pour le sujet et ont été très volontaires pour participer à cette enquête. Cela correspondait pour elles à un premier bilan de ce référentiel, moins d'une année après sa généralisation sur les instituts de formation.

L'anonymat qui leur était garanti a naturellement contribué à une libre expression. Ainsi, le regard porté par chacune d'entre-elles a éclairé le questionnement initial de ce travail et a apporté des pistes de réponse à nos hypothèses.

La diversité des professionnels interviewés a offert une richesse de points de vue sur le sujet. Les infirmières, les cadres de santé et les directeurs de soins auditionnés n'ont pas le même ressenti ni le même niveau d'analyse.

²² Voir annexes n°1 et 2

Au sein d'un institut de formation ou en exercice dans un établissement de soins, chacun a un système de valeurs, des attentes et des repères singuliers, et donne un sens différent à cette réforme de la formation.

L'origine géographique variée de nos interlocuteurs a également favorisé la production d'un discours contextualisé. Le nouveau programme infirmier, identique sur l'ensemble de l'hexagone, harmonise les pratiques mais ne les uniformise pas.

Par contre, la démarche proposée ne prétend pas constituer une recherche exhaustive. La taille limitée de l'échantillon (principe de base d'une enquête par entretiens) ne permet qu'une modeste approche de l'ensemble de la question, et ne peut, bien sûr, conduire à une extrapolation des résultats obtenus.

De même, il est évident que ce recueil d'informations ne doit pas être abordé comme un audit comparatif du niveau de mise en œuvre du nouveau référentiel de formation infirmier sur chacun des établissements enquêtés. Il s'agit plutôt d'une approche visant à appréhender la manière dont les acteurs se sont appropriés le concept de "formation par compétences" et en tiennent compte dans leurs pratiques de direction (DSG-DSF), de management (CSG-CSF) ou d'encadrement (IDE).

L'absence d'interviews d'étudiants infirmiers pourrait constituer une autre limite si l'on considère qu'ils sont les principaux acteurs de cette nouvelle formation et que leur point de vue aurait été riche d'enseignement. Or, ce fut un choix de notre part de ne pas intégrer cette population dans notre enquête car, par définition, les étudiants de première année sont des novices. Nous avons alors estimé qu'ils n'étaient pas en mesure, de surcroît après seulement deux stages, d'avoir un niveau d'analyse suffisant sur la question, et encore moins de pouvoir exprimer des éléments de comparaison vis à vis de l'ancien programme.

De même, nous avons pu constater que les infirmières interrogées n'étaient pas encore très au fait avec la nouvelle réforme de la formation et que leur discours reflétait un manque de connaissances et de pratique. Celles-ci avaient été "désignées" comme tutrices mais n'avaient pas encore bénéficié de formation sur le sujet.

2.1.3 Présentation de la population

L'enquête s'appuie sur dix entretiens conduits auprès d'un public constitué de trois directeurs d'IFSI (DSF), de trois directeurs des soins exerçant en établissements de santé (DSG), d'un cadre de santé formateur (CSF), d'un cadre de santé de proximité (CSG) et enfin de deux infirmières (IDE) affectées dans deux services distincts. Les entretiens ont été réalisés dans 5 établissements différents (4 centres hospitaliers - CH - et 1 centre hospitalier universitaire - CHU), situés dans 4 régions, sur le lieu de travail des personnes

interviewées, et ont été chacun d'une durée comprise entre 45 minutes et 1h30.

Les caractéristiques individuelles de la population sont présentées en annexe de ce travail.²³

2.2 Le regard des acteurs

Souhaitant recueillir le point de vue de différents acteurs sur l'impact du nouveau programme de formation sur l'encadrement des étudiants infirmiers en stage, il nous a paru opportun de débiter les entretiens par des questions concernant l'ancien programme de formation. En effet, le nouveau référentiel de formation ne fait pas table rase du passé, et nous avons ainsi pu constater que de nombreux outils, pratiques et procédures ont été conservés en l'espèce, ou adaptés.

2.2.1 L'ancien programme

Pour **l'infirmière A**, avant la mise en place du nouveau programme, l'accueil des étudiants était *"traditionnellement organisé"* : le cadre ou une infirmière faisait visiter le service, et la première matinée était consacrée à la lecture du *"classeur de formation qui présentait le service"*. Aucun autre outil n'était utilisé. L'infirmière démontrait un geste à l'étudiant, qui *"posait des questions s'il en ressentait le besoin"*.

Les évaluations, sous forme de mises en situation professionnelles (MSP), n'étaient pas *"un moment facile pour l'étudiant, mais étaient utiles pour évaluer le niveau de l'étudiant"*.

Pour **l'infirmière B**, l'encadrement des étudiants s'appuyait sur les protocoles de service existants. L'étudiant restait plusieurs jours avec la même infirmière mais *"sans que celle-ci soit désignée comme référente"*. L'infirmière montrait le geste à acquérir, en faisant référence au protocole écrit, et l'étudiant reproduisait. L'infirmière *"apportait progressivement des réajustement si nécessaire et répondait aux questions"*. Si l'étudiant avait *"reproduit plusieurs fois le geste sans erreur et devant différentes collègues"*, l'IDE considérait que cela était acquis.

Les MSP étaient vécues comme des moments stressants, même pour l'équipe, *"mais ça servait à mettre à plat les compétences des étudiants, à les contrôler, à faire un bilan"*.

La durée du stage (4 semaines) était trop courte : *"parfois l'étudiant restait sur son temps personnel"*.

Le **cadre formateur (CSF) C** juge qu'il n'y avait pas de structuration bien précise pour l'accueil et l'encadrement des étudiants : *"l'étudiant prenait contact et présentait ses objectifs de stage"*.

²³ Voir annexe n°3

Il n'y avait pas systématiquement de référent de stage, hormis le cadre pour *"faire le planning de stage, éventuellement réaliser un encadrement formatif et le bilan final du stage"*. La durée du stage était suffisante pour les étudiants sans problèmes, mais trop courte pour les autres.

La MSP permettait de faire le point, de voir où se situaient les difficultés. *"Pour les étudiants, elle était vécue comme une note sanction, pas du tout formatif, et pour les IDE c'était une charge importante de travail"*.

La transmission des compétences *"se faisait comme ça, sans beaucoup de questionnement ; les IDE donnaient des réponses trop vite aux étudiants"*.

Le **cadre de santé de proximité (CSG) D** confirme également que rien de particulier n'était organisé, si ce n'est le livret d'accueil de l'étudiant et le planning de stage. *"L'étudiant était livré à lui-même"* et ne bénéficiait pas d'entretien particulier. La durée du stage était trop courte pour ce type de service [les urgences] et la MSP était difficilement vécue comme *"une simple photo à un instant T"*. Le seul lien avec l'IFSI était la formatrice référente mais, *"le terrain et l'école, ce n'est pas la même boutique"*.

Pour le **DSF E**, les modalités d'accueil et d'encadrement des étudiants infirmiers avaient été retravaillées en 1997 avec notamment la mise en place d'un carnet de stage regroupant les objectifs d'apprentissage de chaque terrain de stage. *"On était sur une pédagogie par objectifs, la courte durée des stages engendrait un turn-over important, les MSP étaient des mises en scène, des pièces de théâtre, chronophages pour les formateurs"*. L'apprentissage se résumait trop souvent à : *"fait comme l'école te l'a dit"*.

Les modalités d'accueil présentées par le **directeur d'IFSI F** étaient *"classiques"* : l'étudiant prenait contact quelques jours avant et bénéficiait d'une visite du service par le cadre. Celui-ci délégait l'encadrement aux IDE du service et *"plus particulièrement à ceux qui avaient une appétence pour la pédagogie"*. Parfois des référents étaient désignés, systématiquement en psychiatrie. Un livret d'accueil institutionnel et adapté à chaque service (pathologies spécifiques, sigles utilisés...) était distribué à l'étudiant. La durée des stages de 4 semaines permettait de gérer les étudiants en difficulté : *"plus de stages, moins longtemps était bénéfique"*. Par contre, *"pour certaines spécialités, c'était trop court et c'était lourd à gérer au niveau des équipes"*. La MSP *"parasitait le stage"* car c'était une note importante pour l'avenir de l'étudiant et, *"par le stress que cela engendrait, celui-ci ne se comportait pas comme un acteur de sa formation"*. La transmission des compétences était facilitée par un document qui renseignait l'IDE sur le parcours antérieur de l'étudiant. Mais *"concernant l'apprentissage, l'IDE se contentait de montrer le geste avant de le laisser faire à l'étudiant, et l'école n'était appelée qu'en cas d'échecs répétés"*. Selon ce directeur, les étudiants n'étaient pas passifs car ils étaient *"préparés par l'école"*. Néanmoins, *"c'était très personne dépendante"*.

Les liens entre l'IFSI et le terrain se faisaient essentiellement au travers des MSP, mais aussi par l'intermédiaire des ateliers cliniques réalisés à l'école par les IDE.

Pour le **DSF G**, le cadre de santé était *"la personne référente pour l'étudiant"*. Il recevait l'étudiant avant le stage, l'informait de son planning et réalisait, chaque fois que cela était possible, un entretien en milieu de stage. Par contre, en cas de problème, c'était le cadre formateur qui jouait *"un rôle de médiateur entre l'étudiant et le service, qui renégociait les objectifs et qui réévaluait au bout d'une semaine"*. Le livret d'accueil était plus ou moins bien formalisé et une charte d'encadrement avait été élaborée. La notion de tuteur était déjà officialisée, *"mais essentiellement sur les terrains de stage Suisses, la fonction étant occupée par des infirmiers formés et rémunérés"*. Pour ce directeur, la multiplication de stages de quatre semaines avait un aspect positif : *"les étudiants acquéraient de véritables capacités d'adaptation"*. Mais *"cela représentait une gestion difficile pour l'école"*.

Le point de vue du **DSG H** montre que l'encadrement des étudiants en stage était *"peu structuré, dilué par le collectif et donc, difficile à porter en transversal"*. Tout le monde était responsable, il y avait beaucoup de stagiaires simultanément et des stages trop courts. Les MSP *"représentaient une vraie problématique : c'était du bachotage, sans appropriation de compétences"*.

Le **DSG I** exprime également une organisation assez standard de l'accueil : l'étudiant se présentait auprès du cadre (visite des locaux, protocoles, objectifs de stage...). L'encadrement était porté plus particulièrement par des IDE *"motivées et formées"*. Le cadre avait un rôle d'accompagnateur et était plus présent au moment de l'évaluation. Comme outil, l'étudiant bénéficiait d'un *"calendrier pour programmer ses objectifs de stage, et d'un livret d'accueil non personnalisé"*. La durée des stages créait *"une pression à l'étudiant et à l'équipe, car trop courte pour atteindre l'ensemble des objectifs, pour développer de réelles compétences et réajuster si nécessaire"*. La MSP était *"artificielle"*, il fallait presque que *"le malade soit propre avant"* et en tous cas, cela *"ne révélait en rien la valeur professionnelle d'un étudiant"*. Par contre ce coordonnateur des soins pense que les MSP auraient pu être exploitées dans un cadre non normatif, comme source de questionnement. La transmission des compétences était assurée de manière très hétérogène : *"rien de standardisé"*.

Enfin, dans l'établissement dans lequel exerce le **DSG J**, l'accueil des étudiants était un réel axe du projet de soins. Cela était formalisé par une charte de l'étudiant et par différents outils. Tout d'abord, sur intranet, les étudiants avaient accès à la *"carte d'identité des services"* (présentation générale, horaires...). Ensuite, un livret d'accueil par UF, élaboré par l'équipe et présentant le service, était remis à l'étudiant. Enfin, un carnet de stage suivait l'étudiant et permettait aux référents de stages de *"tracer son parcours"*. Dans chaque service, les rôles étaient déterminés : un IDE référent était désigné pour

chaque étudiant et évaluait celui-ci en coresponsabilité avec le cadre de santé. Par contre *"l'évaluation de mi- stage était trop souvent bâclée"*. Les MSP étaient assurées par le cadre, ce qui lui prenait beaucoup de temps, mais assurait un regard objectif, identique sur les différents étudiants. Parfois, *"il y avait un décalage entre la MSP et le stage dans son ensemble"*. La transmission des compétences passait par *"une démonstration du soin : l'IDE faisait et l'étudiant reproduisait, d'abord avec l'IDE puis seul"*. En fait, l'acquisition des compétences était évaluée *"par l'observation du soin"*.

2.2.2 Le nouveau référentiel

Pour **l'infirmière A**, le seul changement dans l'encadrement des étudiants infirmiers réside dans la mise en place du portfolio. Celui-ci n'apparaît pas d'emblée comme *"évident à remplir"*. Cette IDE regrette, à ce propos, de ne pas avoir eu de formation. Le fait que les MSP aient été supprimées engendre un point de vue mitigé de la part de notre interlocutrice : *"c'est moins stressant pour l'étudiant, mais c'est un peu gênant car cela permettait de révéler des manques"*. Quant à la durée des stages (10 semaines), l'infirmière A considère que *"c'est trop long"*.

Le nouveau référentiel l'incite *"à plus solliciter l'étudiant pour voir ce qu'il a compris, à ce qu'il soit moins dans la reproduction, moins en position d'exécutant"*. Cela l'incite également à plus de réflexion sur sa propre pratique.

L'infirmière B considère que le nouveau programme induit une charge de travail plus importante pour les équipes. Le fait qu'un tuteur soit désigné ne déresponsabilise pas le reste de l'équipe. Par contre, pour le tuteur, c'est une *"sacrée responsabilité"*. Ne voyant plus les formateurs, elle *"ne sait plus sur qui s'appuyer, ni ce qui se passe à l'IFSI"*. Elle perçoit un sentiment d'éloignement. Ce nouveau référentiel n'a pas modifié sa manière d'encadrer.

Le **CSF C** pose d'emblée le manque de recul sur la mise en place de ce nouveau programme. Il lui semble néanmoins que les étudiants *"osent plus poser des questions, qu'ils vont plus vers les équipes, qu'ils sont moins passifs"*. Le cadre formateur met en lien cela avec le développement de l'analyse réflexive qui incite l'étudiant à se questionner. Pour ce CSF, les équipes ont aujourd'hui de la difficulté à se positionner : *"c'est une lourde tâche d'avoir une vision globale et précise de ce que fait l'étudiant"*. La suppression des MSP engendre des inquiétudes : que l'étudiant *"passe à travers les mailles du filet"*. La longueur du stage permet de *"mieux guider les étudiants dans le temps"* et devrait inciter les IDE à *"avoir une position plus globale, plus professionnelle"*. Notre interlocutrice a constaté un autre changement : les équipes semblent davantage oser appeler l'école et se posent plus de questions. Par contre, la désignation du tuteur et du maître de stage *"ne change pas grand chose, hormis que cela responsabilise et valorise le professionnel"*.

Le nouveau référentiel est vu par le **CSG D** comme le moyen de dynamiser l'étudiant en apprentissage ("*apprendre à apprendre*"), de le faire réfléchir, de ne pas être dans la reproduction, d'aider l'étudiant à comprendre par lui-même. Pour ce cadre, chaque étudiant est unique et doit être pris en considération comme tel. "*Cela renvoi également à ses propres connaissances*" : quel sens donne-t-on à sa pratique professionnelle ? Ce programme permet de repenser ce qu'est la formation.

De même, pour le **DSF E**, le principal changement induit par le nouveau référentiel réside dans la dynamique de questionnement. Il y a une responsabilisation des professionnels de terrain qui est appréciée et "*paradoxalement, une inquiétude d'avoir la main complète sur l'évaluation*". Les IDE attendent une aide de l'école, mais c'est "*plus pour les rassurer car ils sont compétents*". Des stages plus longs permettent plus d'adaptation, plus d'intégration de la part de l'étudiant. Le parcours du patient est mieux pris en compte : "*il ne s'agit pas seulement de technique*". L'analyse réflexive permet l'intégration de compétences.

Dans l'établissement du **DSF F**, les procédures d'accueil de l'étudiant ont été modifiées par le nouveau référentiel : une charte d'encadrement a été créée, le livret d'accueil a été revu et harmonisé, les rôles ont été clarifiés (maître de stage, tuteur). Aujourd'hui, l'étudiant "*n'est plus affecté à un service mais à un pôle, ce qui permet d'appréhender le parcours du patient dans sa globalité*". La durée du stage autorise cela. Le cadre formateur est devenu un référent pour le pôle : il rencontre les différents acteurs de la formation à l'hôpital.

"*Le programme est plus ouvert*", l'étudiant est "*plus rapidement positionné sur des soins plus techniques*". La suppression des MSP a limité les abandons de début de formation car cela était vécu comme une sanction. Avec ce nouveau référentiel, "*les IDE prennent progressivement conscience qu'ils doivent changer leurs processus d'apprentissage*".

Pour le **DSF G**, le nouveau concept peut se résumer en "*comprendre - agir - transférer*". Il ne s'agit plus d'une pédagogie par objectifs, d'un modèle behaviouriste, mais bien d'une approche socio-constructiviste. "*Aujourd'hui, la formation est plus pertinente, l'étudiant fait des liens*", grâce à une réingénierie renouvelée.

D'après ce directeur d'institut, "*les étudiants ont tout de suite compris, ils n'ont pas de soucis et sont au clair avec les différentes notions*". "*Ils travaillent beaucoup, voire trop ; ils travaillent plus en groupe, ils vont chercher l'information*".

Le fait que le stage ne soit plus noté le rend plus facile à évaluer, par contre, "*remplir le portfolio prend beaucoup de temps aux équipes*". Concernant la place du cadre formateur, ce DSF relève un paradoxe : "*on veut aller sur le terrain, mais cela fait peur*".

Le **DSG H** considère pour sa part que le nouveau référentiel "*a clarifié le rôle de chacun et a forcé l'implication de tous les acteurs*". L'étudiant devrait mieux s'y retrouver, d'autant plus que "*les services ont fait un gros travail de réflexion autour des situations*".

professionnelles clés rencontrées dans leur secteur respectif". A l'instar de ses collègues, le DSG H estime que la durée des stages "autorise une logique parcours-patient" et que globalement, les infirmières seront mieux impliquées et devront davantage se positionner.

Pour le **DSG I**, il est un peu tôt pour se prononcer sur les changements induits par le nouveau référentiel mais, néanmoins, quelques avancées ont vu le jour. Les livrets d'accueil ont été revus (charte graphique harmonisée), ainsi que la charte d'encadrement. Au niveau des services, une réflexion sur l'acquisition des compétences a été menée, et *"certaines équipes ont laissé des MSP formatives pour se rassurer"*. Quant au rôle tenu par les différents acteurs (maître de stage, tuteur...), rien n'a vraiment changé : *"c'était plus ou moins déjà organisé, mais pas officialisé"*. Un stage plus long est une chance donnée à l'étudiant : *"cela lui permet de mettre en place des objectifs intermédiaires et de se donner les moyens de s'améliorer pour les atteindre"*. Pour les équipes, c'est plus intéressant : *"les IDE voient les compétences évoluer"*. Et les cadres de proximité cherchent davantage à comprendre la formation, car *"les étudiants d'aujourd'hui sont les professionnels de demain"*.

Le **DSG J** insiste d'emblée sur les changements institutionnels induits par le nouveau référentiel de formation. A chaque commission des soins (CSIRMT), le directeur de l'IFSI a présenté les avancées du programme. L'ensemble des cadres de terrain a participé aux réunions régionales organisées sur ce thème. Le rôle de chacun a été formalisé et une formation sur le tutorat est en cours. Un cadre formateur a été positionné sur chaque pôle afin de mieux prendre en compte la dimension parcours-patient. Avec le nouveau programme, *"l'étudiant semble davantage impliqué dans sa formation, il ne subit pas, il est acteur"*. Il bénéficie d'un parcours relativement personnalisé. *"L'IDE évalue différemment les compétences : elle a un regard plus critique"*. L'étudiant étant présent plus longtemps sur le terrain de stage, les infirmières *"suivent de plus près l'étudiant"* et ont moins tendance à *"se passer l'étudiant à problème comme une patate chaude"*. La disparition des MSP fait craindre de laisser passer des problèmes sans s'en apercevoir, mais, en contrepartie, *"les cadres formateurs sont plus présents"*. La généralisation des pratiques réflexives est bénéfique : *"les étudiants décortiquent les situations et en font profiter les autres"*. Cela induit plus de questionnement.

2.2.3 Premier bilan et perspectives

La première personne interviewée, **l'infirmière A**, n'a pas caché à l'issue de l'entretien son scepticisme quant à ce nouveau programme de formation. En effet, avec la suppression des MSP, cette professionnelle craint que l'évaluation des étudiants soit moins rigoureuse. La crainte de ne plus voir la formatrice de l'IFSI sur le terrain est également exprimée.

Pour l'**infirmière B**, le nouveau programme *"fait un peu peur"* : l'étudiant est laissé seul et il *"risque de ne pas tout voir car il va faire moins de stages"*. Pour cette IDE, *"avant, l'école était derrière, comme un filet de sécurité"* et la diversité des stages était formatrice.

Le point de vue global de la **CSF C** n'est pas très différent. Même si elle est plutôt favorable au nouveau référentiel, elle *"doute que le changement d'approche change réellement les compétences des IDE"* et que celles-ci se comportent moins comme des exécutantes. Cette formatrice ne voit pas *"le nouveau cru infirmière"* venir...

Le **cadre de santé du service des urgences (CSG) D** quant à elle, se questionne sur le risque potentiel de *"perte du cœur du métier"* des futurs infirmiers. Le nouveau référentiel semble avoir une *"approche trop théorique, trop intellectualisée"* et n'est pas si novateur que cela. *"Apprendre à apprendre n'est pas une nouveauté"*. Par contre elle estime que le nouveau programme va aboutir à l'hyperspécialisation des infirmières et que l'on est *"à l'aube d'une nouvelle professionnelle"*.

Pour le **directeur d'IFSI (E)**, l'intérêt du nouveau référentiel réside dans le fait qu'il a permis de revisiter la formation. Le travail en partenariat IFSI/hôpital a été renforcé et *"chacun a pris conscience de l'importance du travail de l'autre, dans l'intérêt de l'étudiant"*.

De même, le **CDF F** estime que les liens sont renforcés par la mise en place du nouveau programme. De nombreuses réunions de travail associent les directeurs et cadres, de l'IFSI et de l'établissement accueillant des étudiants en stage. Les deux parties *"tâtonnent ensemble"*, les équipes sont plus demandeuses d'aide et l'IFSI *"doit veiller à ne pas laisser les équipes avec des problèmes"*.

Ce directeur d'IFSI *"croit en ce programme"*, même s'il n'aboutira pas forcément à former de meilleurs professionnels. Sur le fond, *"on s'y retrouve mieux, et on est plus sur le cœur de métier"*. Sur la forme, *"on a tout à gagner à travailler ensemble"*.

Pour le **directeur d'IFSI G**, une telle réforme était nécessaire même si *"des points étaient bons dans le programme de 1992 : la notion d'infirmier responsable, le suivi pédagogique individualisé..."*. De son point de vue, le nouveau programme peut à des égards, paraître enfermant : *"il laisse moins de marges de manœuvre, tout est cadré"*. En conclusion, ce directeur d'institut souligne l'intérêt des équipes pour cette réforme, même si certains évoquent la crainte de *"former des professionnels au rabais"*.

Le sentiment du **DSG H** est également assez positif. Le nouveau programme est organisé *"de manière plus transversal"*. Cela dynamise la formation et a un impact sur les modes de recrutement et d'affectation au sein de l'établissement. Une crainte néanmoins est exprimée par ce directeur des soins : que le nouveau programme de formation conduise *"à une orientation excessive des infirmières vers un domaine particulier et que celles-ci soient par conséquent moins polyvalentes"*.

Pour la **DSG I**, pendant trop longtemps, *"on a raisonné en termes de savoirs-entonnaires"*. Le soignant se cantonnait à un rôle d'exécutant et *"transférait ses savoirs vers l'étudiant"*. Aujourd'hui, le nouveau programme amène l'étudiant et le professionnel à se questionner : *"tous les deux vont gagner en autonomie, en polyvalence, en responsabilité"*. Et, comme un cercle vertueux, *"l'autosatisfaction engendrée par une plus grande compréhension, inspire la confiance autour de soi"*. Apprendre aux professionnels et aux étudiants à raisonner, c'est *"donner du sens aux soins et apporter une motivation supplémentaire à chacun"*.

Enfin, pour le **coordonnateur des soins J**, la réforme *"va dans le bon sens"*. L'étudiant est davantage acteur de sa formation, son parcours est individualisé. Aujourd'hui, *"s'ouvre une ère où l'hôpital et l'IFSI sont obligés de coopérer"*, et cela est bénéfique pour tout le monde. *"Les cadres de proximité doivent s'approprier l'analyse réflexive et les cadres formateurs rester plus proches de la réalité des terrains"*.

2.3 Analyse des données et synthèse

2.3.1 Analyse

Malgré les limites de cette étude, les données recueillies que nous venons de présenter permettent d'apporter un début de réponse au questionnement initial. Néanmoins, cette analyse est le reflet de pratiques de quelques établissements, choisis au hasard de notre enquête, et ne peut en aucun cas être généralisée.

Tout d'abord, nous constatons que dans quatre établissements (sur cinq) représentés dans notre enquête, **l'accueil et l'encadrement** des étudiants infirmiers étaient organisés officieusement avant la mise en place du nouveau référentiel. Traditionnellement, l'étudiant prenait contact et quelqu'un se chargeait de lui faire visiter le service. L'étudiant présentait ses objectifs de stage mais il était parfois difficile pour lui de les atteindre en quatre semaines de stage. Un livret d'accueil, ou classeur de présentation du service, était néanmoins toujours remis à l'étudiant.

Avec le nouveau programme, tous ou presque s'accordent à dire que l'encadrement a été formalisé sur leur établissement. Pour deux d'entre eux, les procédures ont été largement modifiées (mise en place d'une charte...) et harmonisées sur les différents services : les étudiants sont dorénavant affectés à un pôle, ce qui autorise une vision plus large.

Pour tous, les stages de dix semaines permettent de positionner l'étudiant sur le parcours du patient et non plus sur un seul service. Le portfolio est un outil qui, s'il génère quelques craintes pour les IDE, est apprécié dans son ensemble car il permet de suivre l'évolution de l'étudiant, sans rester dans un catalogue d'actes.

Globalement, l'encadrement des étudiants infirmiers est dorénavant davantage positionné sur une approche formative, et beaucoup moins normative.

Avec l'ancien programme, la **place de chacun** n'était pas bien définie. Hormis dans des secteurs spécifiques comme la psychiatrie, il n'y avait pas d'infirmière référente désignée. Tout au plus l'encadrement était confié à des professionnels ayant une appétence particulière pour la pédagogie : des infirmières motivées et parfois formées. Le cadre de santé avait dans ces établissements un rôle organisationnel (planning, conditions matérielles du stage...) et d'évaluation terminale. Globalement, l'accueil et l'encadrement des étudiants infirmiers reflétaient un certain flottement. Cela était organisé, mais pas formalisé par des acteurs identifiés.

Avec le nouveau référentiel, les personnes interviewées ont un point de vue unanime : cela a officialisé, valorisé et clarifié le rôle de chacun. Dans le cas contraire, c'est que cette officialisation de la place des professionnels était déjà une réalité.

Une seule contradiction est à relever : les infirmières ont la crainte de moins voir les cadres formateurs (les MSP étant supprimées) alors que les cadres et les DS pensent qu'au contraire, les cadres formateurs seront plus présents sur le terrain, positionnés dans un cadre formatif.

Par contre, le souhait de davantage travailler ensemble, hôpital et IFSI, est partagé par tous. Chacun appelle à plus de liens, plus de coordination.

La **transmission des compétences** entre l'infirmière et l'étudiant ne semblait pas non plus faire l'objet d'une réflexion anticipée. Il s'agissait d'une pratique implicite, sur le mode de la démonstration et de la reproduction : l'IDE faisait, l'étudiant reproduisait. Selon la majorité de nos interlocuteurs, l'acquisition des compétences n'était validée que par la réalisation, sans faute, du geste terminal.

La mise en place du nouveau programme semble avoir bousculé cette approche chez la majorité des acteurs. Une infirmière reconnaît avoir pris conscience de la nécessité d'une évolution dans sa façon de transmettre ses savoirs, ses compétences. Elle incite beaucoup plus l'étudiant à réfléchir sur sa pratique, à être plus actif, plus acteur de sa formation. Pour les deux infirmières interviewées, les étudiants "*nouveau cru*" osent plus poser des questions et sont moins passifs.

La conception de leur propre pratique en a même été modifiée. Elles constatent qu'elles ont un regard plus critique sur les étudiants pour qu'ils soient moins en position d'exécutants.

Le discours relatif à **l'évaluation** en général et aux MSP en particulier est quant à lui, très ambigu. D'un côté, la MSP était qualifiée d'inutile, "*de mascarade*" qui ne reflétait

en rien la valeur de l'étudiant. D'un autre côté, elle était tout de même considérée comme une sécurité, permettant de filtrer les problèmes éventuels. La métaphore du filet de pêche ("*les mailles du filet*") a d'ailleurs été employée à deux reprises.

Aujourd'hui, l'évaluation des étudiants est globalement vécue comme une plus grande responsabilité, voire une charge supplémentaire. Mais cela semble malgré tout plus satisfaisant pour l'ensemble des acteurs de la formation.

Au delà de la formation des étudiants infirmiers, le nouveau référentiel questionne les professionnels infirmiers sur leurs pratiques actuelles et sur leurs compétences. Tous considèrent que le cœur du métier va évoluer, positivement pour l'ensemble. Mais pour deux d'entre eux, cette évolution risque de conduire vers une hyperspécialisation de la profession. D'autres craintes sont exprimées quant à la compétence des professionnels à venir ("*infirmiers au rabais*"), mais cette préoccupation traduit aussi l'intérêt que les acteurs de la formation - au sens large - portent à leur métier. Enfin, à l'unanimité, nos interlocuteurs se réjouissent des liens qui se créent entre l'hôpital et l'IFSI.

2.3.2 Synthèse

Nous avons posé comme premier postulat que parce qu'il responsabilise davantage et nécessite une plus grande implication de l'étudiant infirmier, le nouveau programme requiert de la part de l'encadrement du stage une guidance personnalisée, formalisée et soutenue dans le temps (**hypothèse 1**).

Cette notion de plus grande implication de l'étudiant a souvent été mentionnée par nos interlocuteurs. Tous s'accordent à dire que l'étudiant doit prendre en charge sa formation. Concernant la guidance, si une infirmière considère que le nouveau référentiel n'a pas changé sa façon d'encadrer, l'autre s'estime aujourd'hui davantage en mesure de suivre l'étudiant dans le temps. De même, le cadre formateur pense qu'un stage de dix semaines est synonyme d'une plus grande intégration pour l'étudiant auprès de ses pairs. Et un coordonnateur général des soins (CGS) juge que le parcours de l'étudiant est plus personnalisé avec ce nouveau programme.

Enfin, la formalisation de la guidance s'exprime à travers la récente création d'outils et de procédures (charte, livret d'accueil...) et la clarification des rôles de chacun.

Notre première hypothèse est donc globalement confirmée par notre enquête.

Ensuite, nous pensons que, grâce à une approche analytique et inductive, le nouveau programme faisait évoluer les processus de transmission des compétences entre l'infirmière et l'étudiant infirmier en stage (**hypothèse 2**).

Un directeur d'IFSI interrogé estime qu'avec le nouveau référentiel les IDE prennent progressivement conscience qu'elles doivent changer leurs processus d'apprentissage. Si une infirmière considère que rien n'a changé dans sa pratique d'encadrement, sa collègue confirme quant à elle qu'elle est attentive à ne plus s'inscrire dans un processus de reproduction, et qu'elle souhaite favoriser la réflexion et l'autonomie de l'étudiant. Pour le cadre de santé du service des urgences, "*apprendre à apprendre*" est le nouveau leitmotiv : il s'agit d'aider l'étudiant à comprendre par lui-même. Enfin, pour un autre directeur d'institut, la formation ne se résume plus aujourd'hui à un simple apprentissage d'actes techniques, mais doit permettre à l'étudiant d'appréhender la globalité du parcours du patient pour qu'il fasse des liens. D'une approche behavioriste, on s'oriente vers un modèle socio-constructiviste.

Ces éléments vont directement dans le sens de notre deuxième hypothèse.

Enfin, nous avons posé comme troisième postulat que la nouvelle formation conduit chaque acteur impliqué dans l'encadrement de l'étudiant infirmier en stage, à réinterroger son rôle et ses responsabilités (**hypothèse 3**).

Or, il s'avère que la quasi totalité de nos interlocuteurs partage ce sentiment. Pour une infirmière, le nouveau programme représente une lourde responsabilité, à la fois appréciée et redoutée. Pour tous, la désignation officielle des référents, des tuteurs et des maîtres de stage valorise les professionnels qui occupaient souvent ces fonctions officieusement. Il y a eu une véritable clarification et formalisation de la place de chacun. La nouvelle organisation a forcé l'implication des acteurs du terrain comme de l'école.

Le discours, majoritairement en phase avec notre postulat de départ, tend donc à confirmer notre troisième hypothèse.

Globalement, la parole des professionnels interrogés est positive vis à vis du nouveau référentiel de formation, même si, plus les acteurs sont proches des étudiants en stage, plus ils expriment des craintes. Tous reconnaissent que ce nouveau programme est une opportunité, non seulement pour la formation des étudiants, mais aussi pour la profession d'infirmière. La dynamique de questionnement engagée par cette réforme est considérée comme bénéfique.

Ainsi, le discours des professionnels interviewés sous-tend que la formation des étudiants infirmiers pose plus largement la question de la compétence des infirmières en situation d'exercice. Dans le contexte d'une formation professionnalisante et organisée en alternance, la formation des étudiants infirmiers doit être une préoccupation constante de l'hôpital en général et du directeur des soins en particulier. Cette thématique mérite pleinement d'être déclinée comme un axe stratégique du projet de soins infirmiers.

3 Quelques propositions d'actions

En lien avec la gestion des emplois et des compétences, l'encadrement des étudiants à l'hôpital ne saurait être réduit à une simple activité pédagogique, accessoire, mais doit être interprété comme un processus stratégique, managérial et organisationnel au service d'une politique générale.

Outre la place centrale qu'occupent les étudiants eux-mêmes, l'efficacité de l'apprentissage repose sur l'implication de l'ensemble des acteurs hospitaliers : médecins, cadres, paramédicaux. Comme le précise le décret du 19 avril 2002, le directeur des soins est garant de la qualité de l'encadrement des étudiants en stage à l'hôpital et participe à la conception de la formation : *"il contribue à l'élaboration des programmes de formation et est responsable des étudiants lors de leurs stages au sein de l'établissement"*²⁴. Placé au confluent des logiques pédagogique et soignante, il est le relais idéal de la politique de développement des compétences individuelles et collectives. Le DS se doit de mettre en place un environnement favorable à la formation et à la professionnalisation des étudiants infirmiers, en lien avec l'IFSI et dans la recherche permanente d'une optimale alternance.

3.1 Créer les conditions d'un environnement favorable au développement des compétences

Pour que l'hôpital soit un cadre propice au développement des compétences, il convient de placer l'étudiant infirmier dans une organisation dite "apprenante". Cela passe tout d'abord par une volonté institutionnelle et une individualisation du parcours de formation.

3.1.1 Placer l'organisation apprenante comme axe stratégique

L'hôpital ne peut être une organisation apprenante que s'il existe une réelle volonté institutionnelle. L'impulsion initiale est donnée en premier lieu par le DS.

Cette volonté s'exprime tout d'abord à travers le projet de soins. Composante indissociable du projet d'établissement, le projet de soins développe les orientations qui témoignent des enjeux auxquels l'établissement est confronté. La formation des futurs professionnels doit être retenue comme un axe stratégique afin de susciter l'adhésion d'une majorité d'acteurs. Des objectifs sont alors déclinés et des plans d'actions arrêtés.

²⁴ Décret n°2002-550 du 19 avril 2002

Même si les lieux de stage sont avant tout des structures de soins et les actions quotidiennes orientées vers la prise en charge des patients, un stage apprenant nécessite d'intégrer les temps d'apprentissage à ceux de l'activité centrale des soins. Cet impératif doit faire l'objet d'une considération qui témoigne d'une détermination institutionnelle.

Bien sûr, un projet n'est pas une fin en soi et "*on ne peut qualifier d'entreprise apprenante, une entreprise qui possède (seulement) une politique de formation*"²⁵. C'est un préalable indispensable mais insuffisant. Déployer une démarche de projet exige de porter à la connaissance de chacun l'ensemble des éléments, de les discuter lors des bilans d'actions et de prendre en compte les observations en retour.

Cet axe stratégique du projet de soins est aussi à mettre en correspondance avec le projet médical qui intègre lui aussi un volet formation et décline les modalités d'accueil et d'encadrement des étudiants médicaux au sein de l'établissement. Associé à la politique de formation continue menée à l'hôpital, ce volet pédagogique commun prend alors toute sa dimension. Les objectifs du projet de soins et du projet d'établissement, les stratégies, les priorités et les actions à conduire pour instituer une organisation apprenante sont ainsi finalisés dans des documents d'orientation.

En déclinaison du projet de soins, des fonctions d'observation, de veille et d'analyse des pratiques sont également mises en place, notamment par la constitution et le suivi de tableaux de bords. Il est important que le DS ait une idée précise du nombre d'étudiants (infirmiers et autres) accueillis, de leur répartition dans les services, du nombre de tuteurs formés, du temps estimé consacré à cette activité, du temps passé par les cadres et les IDE à l'IFSI en séances de pratique réflexive, etc.

Enfin, une autre traduction de cet axe stratégique est le développement d'un projet d'encadrement : il permet d'échanger des réflexions, des informations et des expériences conjuguant les compétences d'une équipe pluriprofessionnelle et interdisciplinaire.

Le rapport d'activité du service de soins intègre ces indicateurs relatifs à l'encadrement des étudiants infirmiers.

3.1.2 Individualiser le parcours de formation

Si l'on veut permettre à l'étudiant de prendre confiance en lui et l'aider à développer son autonomie, il faut prendre le temps de le connaître, c'est à dire étudier avec lui ses acquis et ses lacunes.

En effet, comment et à partir de quoi évaluer l'étudiant si un bilan de ses compétences acquises, en voie d'acquisition ou à acquérir, n'est pas réalisé au préalable ?

²⁵ BELET D., 2003, *Devenir une vraie entreprise apprenante*, op. cit.

L'individualisation du parcours de formation débute donc dès sa première prise de contact avec le service. Est ce que l'on se contente d'un appel téléphonique et d'un accueil précipité le premier jour du stage ? Ou est ce que l'on propose un rendez-vous en amont, avec le maître de stage et le tuteur, afin d'aborder le cursus antérieur de l'étudiant et les objectifs qu'il cherche à atteindre ? Sans succomber à un excès d'empathie - d'où vient-il, qui est-il, où va-t-il ? - sont les questions à se poser s'il l'on souhaite réellement identifier et personnaliser le parcours de progression de l'étudiant, le reconnaître dans sa singularité et montrer que l'on croit en son éducatibilité.

L'individualisation du parcours de formation est également à prendre en compte au cours du stage. Avec le nouveau programme de formation, la durée du stage est plus importante et autorise ainsi un suivi de l'étudiant inscrit dans la durée, tenant davantage compte de l'évolution de celui-ci.

La suppression de la MSP évite dorénavant que l'étudiant passe son temps à préparer une séquence de soins trop souvent qualifiée de "*pièce de théâtre*" et le libère, ainsi que l'encadrement infirmier, d'une contrainte scolaire en totale discordance avec la valeur d'autonomie, très souvent prônée par les équipes.

L'allongement de la durée des stages permet également de centrer l'étudiant sur le parcours du patient plutôt que sur les séquences de soins délivrés dans le service. Ainsi, l'étudiant suit le patient de son arrivée jusqu'à sa sortie, y compris lors d'interventions ou d'examens pratiqués en dehors de l'unité d'hospitalisation.

Le maître de stage, le tuteur et les référents doivent favoriser cette personnalisation de l'accompagnement de l'étudiant. Sinon, comment celui-ci pourra-t-il à son tour appréhender l'importance que requiert la prise en charge globale d'un patient, une attitude d'écoute des besoins et des attentes de la personne soignée ?

3.2 Accompagner le processus de formation en partenariat avec l'IFSI

Le décret du 19 avril 2002 énonce que le DS "*contribue à l'élaboration des programmes de formation et est responsable des étudiants lors de leurs stages au sein de l'établissement. Le cas échéant, il est membre de droit des conseils techniques des écoles ou instituts de formation des professionnels de soins de l'établissement*".

En outre, le référentiel métier précise que le DS définit et met en œuvre une politique d'accueil et d'encadrement des étudiants paramédicaux en stage, en collaboration avec les directeurs des instituts et écoles de formation.

Cela montre que le directeur des soins en établissement de soins a une réelle responsabilité envers les étudiants et qu'il ne peut se dessaisir de cette fonction au seul profit du directeur d'institut.

Avec sa contribution à l'élaboration des programmes, son implication débute même en amont des stages et sa participation aux conseils pédagogiques lui impose une connaissance de la formation. Sa collaboration avec le directeur de l'IFSI doit alimenter une alternance dans laquelle chacun est complémentaire de l'autre.

3.2.1 Faire vivre l'alternance

Comme la plupart des formations paramédicales, la formation des infirmiers cherche à lier les apprentissages théoriques aux pratiques professionnelles vécues en situation de stage. En considérant les stages comme lieux de la pratique professionnelle, les acteurs impliqués dans cette formation postulent que l'interaction entre théorie et pratique favorise le développement des compétences des futurs professionnels.

Comme le précise Mauduit-Corbon, l'alternance fait entrer en jeu au moins deux acteurs institutionnels dont les finalités et les logiques ne sont pas, *a priori*, convergentes. Elle tend vers une mise en synergie aux fins de les valoriser réciproquement, au profit de la formation du formé²⁶.

Mais si la formation et les soins ont deux logiques différentes, la richesse de l'alternance réside justement dans leur antagonisme²⁷. Toutefois, les partenaires ont à rechercher ensemble les règles du jeu qu'il convient de construire. Il s'agit donc d'un partenariat négocié.

Le DSG et le DSF doivent travailler de concert pour créer les conditions d'une alternance intégrative à travers le partage d'un projet commun. Ce type d'alternance se distingue par une compénétration effective des milieux de vie socioprofessionnelle et scolaire en une unité de temps formatif. Les composantes du système reçoivent une place équilibrée, sans prépondérance de l'une sur l'autre et demeurent en liaison permanente.

Avec le nouveau référentiel de formation en soins infirmiers, les occasions de faire vivre l'alternance sont nombreuses. La mise en place du nouveau programme a nécessité des réunions communes (hôpital/IFSI) afin d'explicitier le sens de la réforme et clarifier le rôle de chacun. Aujourd'hui, un travail approfondi de description et d'études de situations clés est nécessaire, et engendre un important investissement des tuteurs, maîtres de stage et cadres formateurs. Ce travail communautaire représente une double opportunité pour le DSG : tout d'abord, il permet de mettre en valeur le travail des infirmières, et ensuite il relie les professionnels de terrain à la pédagogie.

²⁶ MAUDUIT-CORBON, M., 1996, *Alternances et apprentissages*

²⁷ LE DOUARON, P., 1993, *Alternance et négociation*

En effet, "la formalisation des savoirs et des pratiques amène les infirmiers à se réapproprier la formation facilitant ainsi la transmission des professionnels expérimentés vers leurs futurs pairs"²⁸.

Car construire des situations de formation à partir de cas cliniques vécus rapproche les stratégies utilisées en production et en formation, réduit les écarts de représentation en savoir et savoir-faire et facilite les transferts de compétences.

3.2.2 Créer des outils communs

Outre la rédaction de situations emblématiques, le nouveau référentiel incite le DSG à développer une politique d'harmonisation de supports et d'outils à l'échelle de l'établissement et ce, en collaboration avec les professionnels de la formation.

Avec l'équipe d'encadrement le DS formalise et développe les supports nécessaires à l'apprentissage (livret d'accueil, référentiels d'activité, documents d'aide à la résolution des situations problèmes, protocoles...), ainsi que les outils institutionnels (charte d'encadrement).

Régulièrement visités, ils n'émanent pas d'une direction restreinte mais doivent être la formalisation du travail consensuel d'une équipe.

Clairs, lisibles, accessibles, il convient de les partager fréquemment en intra équipe mais également en inter équipe dans le cadre d'une démarche institutionnelle pilotée par le DS. Le portfolio est l'outil incontournable de ce nouveau référentiel. Pour ne pas être vécu comme imposé aux équipes, il doit être renseigné par l'étudiant mais aussi par l'ensemble des acteurs : tuteurs, maîtres de stage et cadres formateurs. Outre sa fonction première de mémoire du cursus d'apprentissage de l'étudiant, il devient aussi un prétexte pour échanger.

Mais comme le rappelle Marie-Thérèse Weber, les outils ne "*constituent [que] des moyens au service des finalités*"²⁹. Il ne faut pas s'en contenter et se dispenser du travail collaboratif qui accompagne leur rédaction et leur mise en place.

3.3 Professionnaliser l'encadrement des étudiants

Si aujourd'hui l'encadrement des étudiants infirmiers en stage est formalisé, cela n'a pas toujours été le cas. Pendant longtemps, la croyance qu'il suffisait de placer l'étudiant au contact de ses pairs pour qu'il se forme, a prévalu.

²⁸ JEAN-LOUIS E., LEUWERS S., 2009, "*Ensemble, formateurs et soignants, bâtissons le métier des infirmiers de demain*", p.21

²⁹ WEBER M-T., 2009, "*Un stage formatif dans une organisation apprenante*", p.20

Depuis quarante ans, les recherches menées en sciences de l'éducation et aussi par les professionnels - notamment par le biais des IFCS - ont démontré le contraire.

Car toute expérience n'est pas spontanément formatrice et ne permet pas le développement de compétences.

Favoriser les processus d'apprentissage nécessite des méthodes qui ne s'improvisent pas, et des professionnels identifiés et qualifiés. L'objectif est de sortir du triptyque : essai-tâtonnement-erreur.

3.3.1 Formaliser le rôle de chacun

Avec le nouveau référentiel de formation, le rôle des personnels qui encadrent les étudiants est sans conteste valorisé.

Comme nous l'avons vu précédemment, le programme prévoit trois types d'acteurs : le maître de stage (cadre de santé), le tuteur (un infirmier formé) et les référents (les autres infirmiers de l'équipe).

La répartition de ces rôles a nécessité de nombreuses réunions de travail avec les IFSI et la mise en place de formations adaptées.

Aujourd'hui, il s'agit pour le DSG de rendre pérenne cette construction. C'est une opportunité pour valoriser les compétences de chacun : des infirmiers et, en premier lieu, du tuteur, acteur central de cette formation.

En effet la formation rénovée s'appuie largement sur la mise en place de tuteurs de stage. Ils sont aujourd'hui indispensables dans le cadre du dispositif de tutorat s'opérant en situation professionnelle et visant un apprentissage expérientiel. Ils ont un rôle de guidance, de transmission de connaissances, de socialisation professionnelle, d'insertion et d'évaluation. Dans ce procédé, le choix des tuteurs est essentiel. Cette fonction ne saurait être imposée. Elle nécessite un contexte managérial facilitateur et une implication des acteurs du service.

Le tuteur doit avoir un regard distancié sur son activité professionnelle, pour pouvoir accompagner l'apprenant, et sur ses relations avec celui-ci afin d'améliorer la communication. Il convient de lui donner les outils indispensables pour guider un parcours d'apprentissage.

A terme, la professionnalisation du tuteur doit être envisagée par le DS dans une politique globale de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC). Si l'on considère, à juste titre, que les compétences nécessaires au tuteur ne s'improvisent pas, que cette fonction nécessite donc une formation et un temps dédié, notamment pour assurer une étroite collaboration avec les IFSI, alors il faut en envisager la reconnaissance pleine et entière, y compris statutairement.

Mais cette professionnalisation doit rester partielle (un demi équivalent temps plein - ETP - par exemple), au risque de transformer l'infirmier-tuteur en formateur à part entière, fonction qu'occupe déjà le cadre formateur de l'IFSI. Le tuteur doit être hybride : expert en soins et en modalités d'apprentissage.

Enfin, à travers la politique de management de l'encadrement menée par le DS, les cadres de santé, maîtres de stage, doivent eux aussi voir leur rôle formalisé et harmonisé sur l'établissement. Trop souvent cantonnés à des activités logistiques (accueil, conditions matérielles...), d'évaluation et de sanction, les cadres de santé ont une compétence centrale en terme de management d'équipes. La cohérence du dispositif d'apprentissage dont l'étudiant infirmier peut bénéficier repose en grande partie sur leurs capacités à fédérer, à soutenir et à réguler l'équipe infirmière.

3.3.2 Répondre aux besoins en formation

Par la formalisation du rôle de chaque acteur impliqué, le directeur des soins cherche à professionnaliser l'encadrement des étudiants infirmiers afin d'accroître son efficacité. Pour cela, il se doit de proposer, en lien avec le directeur des ressources humaines (DRH), une offre de formation au bénéfice des professionnels.

Le nouveau paradigme consiste à "apprendre à apprendre ensemble". L'infirmière ne peut plus se limiter à apporter un savoir en considérant l'étudiant comme vierge de toutes compétences. Le temps de l'apprentissage par la reproduction du geste est révolu. Cette nouvelle approche bouscule les habitudes ancrées et impose à l'infirmière des compétences relationnelles, pédagogiques et organisationnelles.

Seule une formation pertinente peut y répondre. Elle doit porter entre autres sur : l'identification des missions du tuteur, l'analyse de l'activité professionnelle, le repérage des situations de travail pouvant être formatrices, la construction d'une progression pédagogique en lien avec les objectifs assignés, la communication interpersonnelle et les techniques d'évaluation, la rédaction de situations emblématiques et l'analyse réflexive de la pratique.

Il s'agit pour le DS d'initier une formation commune à l'ensemble des acteurs afin de favoriser une vision partagée des facteurs favorisant les processus d'apprentissage, et l'appropriation de cette vision par tous ses membres. Condition *sine qua non* pour que l'hôpital soit une véritable organisation apprenante au bénéfice des étudiants infirmiers et plus largement de la communauté soignante.

Conclusion

Avec le nouveau référentiel de formation infirmière, les principes d'apprentissage sont dorénavant basés sur une logique de compétences centrées sur le cœur du métier infirmier. Et non plus comme avec le précédent programme, sur un ensemble de contenus que l'étudiant doit assimiler, c'est à dire une logique d'actes.

Cette évolution correspond à une refondation de la formation infirmière, dans un contexte de grande mouvance, notamment liée à son intégration dans un format universitaire.

Une place prépondérante est donnée aux apprentissages en stage : les compétences s'évaluant en situation, c'est donc sur le terrain professionnel que la progression de l'étudiant peut être la mieux évaluée.

Le rôle de chaque acteur (maître de stage, tuteur, référent) est formalisé et valorisé.

Cela veut dire que la formation rénovée des infirmières impacte tout autant le terrain de stage que l'institut de formation.

Face à ce constat et en tant que directeur des soins, nous sommes demandés si l'hôpital - terrain de stage privilégié des étudiants infirmiers - était réellement une organisation apprenante, c'est à dire une organisation qui facilite l'apprentissage individuel et collectif de l'ensemble de ses membres.

L'étudiant bénéficie-t-il d'un contexte de stage confortable et stimulant, d'une gestion intelligente du capital de compétences qu'il représente ? Car l'apprentissage dépend tout autant de l'estime de soi, des émotions, de la motivation... que des capacités cognitives réelles de l'apprenant.

Une enquête de terrain auprès de professionnels investis dans la formation, à l'hôpital et au sein d'instituts, nous montre que ce nouveau référentiel incite les étudiants à être acteurs de leur formation, aidés en cela par les IDE qui prennent progressivement conscience qu'elles doivent changer leurs processus de transmission de compétences.

Même s'ils ne le formalisent pas sous ses termes, les professionnels infirmiers comprennent qu'un changement s'opère : d'une approche behaviouriste, on s'oriente vers un modèle socio-constructiviste. Enfin, tous reconnaissent que ce nouveau programme est une opportunité, car la formation des étudiants infirmiers pose plus largement la question de la compétence des infirmières en situation d'exercice.

En tant que directeur des soins, ce travail de recherche a représenté une réflexion sur les notions d'apprentissage et a conforté mon souhait d'une étroite collaboration entre DSG et DSF, pour la réussite de la professionnalisation des étudiants infirmiers.

Les préconisations suggérées pour rendre l'hôpital véritablement apprenant (initier une volonté institutionnelle, individualiser le parcours de formation, s'inscrire dans une alternance intégrative avec l'IFSI, professionnaliser l'encadrement) sont relativement évidentes.

Néanmoins, de la théorie à la pratique, il y a une marge.

Les freins sont nombreux et complexes : méconnaissance du travail de l'autre, enjeux de pouvoir, priorités divergentes, difficile gestion du temps, réformes successives, injonctions paradoxales...

Pourtant, le partenariat entre le directeur des soins en gestion des activités de soins et le directeur des soins en gestion des activités de formation est essentiel : la qualité des soins passe par la qualité de la formation des professionnels de santé.

Comment demander aux infirmières, aux cadres de terrain et aux cadres formateurs de travailler ensemble si les DS n'expriment pas une volonté mutuelle de rapprochement et de travail collaboratif ? Comment demander à un étudiant infirmier de faire des liens entre les savoirs théoriques et les savoirs en action si les DSG et DSF cloisonnent leurs activités et leurs pensées ?

Sans cette volonté commune, l'hôpital ne pourra prétendre être une organisation apprenante pour les étudiants infirmiers, c'est à dire constituer un cadre propice à l'apprentissage par l'expérience.

Bibliographie

Articles

COUDRAY M-A., décembre 2008, "*La formation infirmière rénovée, une ouverture et des opportunités*". *Soins cadres*, supplément au n°68, pp. 3-5

GEAY A., SALLABERY J.C., 1999, "*La didactique en alternance ou comment enseigner dans l'alternance ?*". *Revue française de pédagogie* n°128, pp. 7-15

JEAN-LOUIS E., LEUWERS S., 2009, "*Ensemble, formateurs et soignants, bâtissons le métier des infirmiers de demain*". *Soins cadres*, supplément au n°72, pp. 21-4

KOZLOWSKI J., décembre 2008, "*Un référentiel de formation infirmière pour une formation à réinventer*". *Soins cadres*, supplément au n°68, pp. 6-9

KOZLOWSKI J., novembre 2009, "*L'acquisition des compétences*". *Soins cadres*, supplément au n°72, p. 11

LE DOUARON, P., 1993, "*Alternance et négociation*", *Education permanente*, n°5, p.110-118

MARGA P., décembre 2008, "*Compétences et évaluation*". *Soins cadres*, supplément au n°68, pp. 13-4

PINEAU G., 1989, "*Apprendre par l'expérience*". *Education permanente*, n°10/101

ROEGIERS X., 2008, "*L'approche par compétences dans le monde : entre uniformisation et différenciation, entre équité et inéquité*". *In Indirect*, n°10, pp. 61-77

WEBER M-T., novembre 2009, "*Un stage formatif dans une organisation apprenante*". *Soins cadres*, supplément au n°72, pp. 18-20

WEBER M-T., 2009, "*Historique de la formation infirmière*", *in "Les compétences infirmières et la formation initiale"*. *Soins*, tiré à part, pp. 3-4

Ouvrages

BELET D., 2003, *Devenir une vraie entreprise apprenante*. Editions d'Organisation, 217 p.

CARRE P., 2005, *L'Apprenance. Vers un nouveau rapport au savoir*. Paris, Editions Dunod, 212 p.

COUDRAY M-A., GAY C., 2009, *Le défi des compétences : comprendre et mettre en œuvre la réforme des études infirmières*. Editions Massons, 191 p.

HONEY P., MUMFORD A., 1986, *The manual of learning styles*. Maidenhead, Berks

LENGRAND P., 1975, *L'Homme du devenir - Vers une éducation permanente*. Paris, Editions Entente, 110 p.

MAUDUIT-CORBON M., 1996, *Alternances et apprentissages*, Paris, Editions Hachette Education

PASTRE P., 2000, *Signification, sens, formation*. Education et formation. Biennales de l'éducation, Paris, Editions PUF, pp. 45-60

PEDLER M., BURGOYNE J., BOYDELL T., 1991, *The learning company*. Mc Graw Hill, Ltd

SENGE P., 1999, *La danse du changement*. First Editions

SWIERINGA J., WIERDSMA A., 1992, *Becoming a learning organization*. Addison Wesley

TROCME-FABRE H., 1999, *Réinventer le métier d'apprendre*. Paris, Les Editions d'Organisation

Rapports

INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES. INSPECTION GENERALE DE L'ADMINISTRATION DE L'EDUCATION NATIONALE ET DE LA RECHERCHE, septembre 2008, « Evaluation de l'impact du dispositif LMD sur les formations et le statut des professions paramédicales », 146 p.

SOULAS J., juin 2005, « La mise en place du L-M-D ». Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, rapport n°2005-031, 76 p.

Textes législatifs et réglementaires

Arrêté du 24 juin 1924 instituant en annexe un programme type des écoles de l'Etat français

Décret du 18 février 1938 instituant des diplômes simple et supérieur d'infirmier ou infirmière hospitalière

Loi n°372 du 15 juillet 1943 relative à la formation des infirmières ou infirmiers hospitaliers, à l'organisation et à l'exercice de leur profession

Arrêté du 17 juillet 1961 relatif aux études préparatoires et aux épreuves du diplôme d'Etat d'infirmier

Arrêté du 5 septembre 1972 relatif au programme d'enseignement et à l'organisation des stages en vue de la préparation au diplôme d'Etat d'infirmier

Arrêté du 12 avril 1979 relatif au programme d'enseignement et à l'organisation des stages en vue de la préparation au diplôme d'Etat d'infirmier

Arrêté du 23 mars 1992 relatif au programme des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier. JORF n°72 du 25 mars 1992, page 4123

Décret n° 2002-481 du 8 avril 2002, relatif aux grades et titres universitaires et aux diplômes nationaux. JORF n°84 du 10 avril 2002, page 6324, texte n°35

Décret n°2002-482 du 8 avril 2002 portant application au système français d'enseignement supérieur de la construction de l'Espace européen de l'enseignement supérieur. JORF n°84 du 10 avril 2002, page 6324, t exte n° 36

Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut p articulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière (NOR: MESH0220702D). JORF n°95 du 23 avril 2002, page 7187

Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier (NOR: SASH0918262A). JORF n°181 du 7 août 2009, page 13203

Liste des annexes

- Annexe 1** Guide d'entretien DSG - CSG - IDE
- Annexe 2** Guide d'entretien DSF - CSF
- Annexe 3** Présentation synthétique de la population interviewée

Annexe 1 : GUIDE D'ENTRETIEN DSG - CSG - IDE

PRESENTATION DE LA DEMARCHE

Inscrit dans le cadre d'un mémoire professionnel de directeur des soins, ce travail de recherche porte sur la mise en place du nouveau référentiel de formation infirmier.

Il s'agit d'appréhender l'incidence de ce nouveau référentiel de formation sur l'encadrement des étudiants infirmiers à l'hôpital.

A partir des points de vue évoqués des professionnels hospitaliers (DSG, CSG, IDE), cet entretien vise à comprendre les changements qu'occasionne la déclinaison de ce nouveau programme, basé sur les compétences, sur les modalités d'accueil et d'encadrement des **étudiants infirmiers entrés en formation en septembre 2009** et bénéficiant de stages dans les services de soins hospitaliers.

1. PRESENTATION DE L'ENQUETE

"Pouvez-vous vous présenter ?"

Il s'agit ici de recueillir des éléments permettant de situer assez rapidement l'enquêté : âge, sexe, cursus de formation professionnel, formation complémentaire éventuelle (formation universitaire ?), expérience professionnelle et ancienneté dans l'établissement, place dans l'encadrement (tuteur de stage, maître de stage, professionnel référent).

2. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT (DSG) / DU SERVICE (CSG - IDE)

"Que représente votre établissement (ou service) en terme d'encadrement d'étudiants infirmiers ?"

Ici, seront abordés :

- les caractéristiques générales de l'établissement (du service) qui accueille les étudiants infirmiers en stage (spécialités, origine des étudiants...);
- la fréquence d'accueil d'étudiants infirmiers au niveau de l'établissement/service.

3. L'ENCADREMENT DES ETUDIANTS AVANT LA MISE EN PLACE DU NOUVEAU REFERENTIEL

"Comment l'encadrement en stage des étudiants infirmiers était organisé avant la mise en place du nouveau référentiel ?"

Cet item vise :

- à repérer les modalités d'accueil et d'encadrement des étudiants infirmiers par les infirmiers, selon l'ancien référentiel de formation, à l'échelle de l'établissement (DSG) ou du service (CSG - IDE) ;
- à mobiliser chez les interviewés leurs connaissances en ingénierie de formation afin de faciliter leur discours relatif aux modalités de mise en place du nouveau référentiel;
- à constituer une base qui permettra une analyse comparative (en termes de convergence et/ou de contradiction) : avant / après nouveau référentiel.

- Quelles étaient les procédures d'accueil des étudiants ?

- Qui était responsable de leur encadrement ? Comment et entre qui étaient répartis les rôles ?
- Quels outils étaient développés pour favoriser l'apprentissage des étudiants infirmiers en stage ?
- Que pensiez-vous de la durée des stages ? Des évaluations par MSP ?
- Quels modes d'apprentissage étaient mis en place pour favoriser la transmission des compétences ?
- Concrètement, comment une infirmière apprenait à réaliser un soin à un étudiant ?
- Comment la compétence de l'étudiant était-elle évaluée ?
- Existait-il des liens entre l'établissement accueillant des étudiants infirmiers et l'IFSI ? Comment s'exprimaient-ils ?

4. LES MODALITES D'ENCADREMENT DES ETUDIANTS INFIRMIERS AVEC LE NOUVEAU REFERENTIEL DE FORMATION

"Que pouvez-vous me dire sur le nouveau programme de formation infirmier ?"

Nous cherchons à appréhender :

- les connaissances théoriques des interviewés sur le sujet ;
- les principaux points qui diffèrent de l'ancien programme ;
- les enjeux et limites perçus.

"Quels sont les changements produits par le nouveau référentiel sur les modalités d'encadrement des étudiants infirmiers ?"

Il s'agit ici d'évaluer la plus value du nouveau référentiel de formation et les contraintes qu'il génère.

- Quelles sont les nouvelles procédures d'accueil des étudiants ?
- Qui est responsable de leur encadrement ? Comment et entre qui ont été répartis les rôles ?
- Quels outils ont été développés pour favoriser l'apprentissage des étudiants infirmiers en stage ? Qu'en pensez-vous ?
- Les stages sont maintenant de 10 semaines : que cela change-t-il ?
- Pensez-vous que l'infirmier est davantage impliqué dans l'encadrement des étudiants ? Si oui, pourquoi et par quoi ?
- Pensez-vous que l'étudiant infirmier est davantage impliqué dans l'encadrement des étudiants ? Si oui, pourquoi et par quoi ?
- Quels modes d'apprentissage sont désormais mis en place pour favoriser la transmission des compétences ?
- Est-ce que les professionnels infirmiers ont modifié leurs pratiques d'encadrement ?
- Comment la compétence de l'étudiant est-elle évaluée ?
- Les MSP sont supprimées : qu'en pensez-vous ?
- Quel regard portez-vous sur les nouvelles modalités d'évaluation du stage ?
- Quelle place les cadres formateurs de l'IFSI occupent-ils ?
- Le nouveau référentiel de formation a-t-il modifié les relations entre l'établissement et l'IFSI ? Si oui, en quoi ?

5. LE NOUVEAU PROGRAMME DE FORMATION : BILAN ET PERSPECTIVES

"Globalement, que pensez-vous de ce nouveau programme ?"

= Synthèse de la pensée de l'interviewé.

François GIRAUD-ROCHON - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2010

Annexe 2 : GUIDE D'ENTRETIEN DSF - CSF

PRESENTATION DE LA DEMARCHE

Inscrit dans le cadre d'un mémoire professionnel de directeur des soins, ce travail de recherche porte sur la mise en place du nouveau référentiel de formation infirmier.

Il s'agit d'appréhender l'incidence de ce nouveau référentiel de formation sur l'encadrement des étudiants infirmiers à l'hôpital.

A partir des points de vue évoqués des professionnels de la formation (DSF, CSF), cet entretien vise à comprendre les changements qu'occasionne la déclinaison de ce nouveau programme, basé sur les compétences, sur les modalités d'accueil et d'encadrement des **étudiants infirmiers entrés en formation en septembre 2009** et bénéficiant de stages dans les services de soins hospitaliers.

1. PRESENTATION DE L'ENQUETE

"Pouvez-vous vous présenter ?"

Il s'agit ici de recueillir des éléments permettant de situer assez rapidement l'enquêté : âge, sexe, cursus de formation professionnel, formation complémentaire éventuelle (formation universitaire ?), expérience professionnelle et ancienneté dans l'IFSI.

2. PRESENTATION DE L'IFSI

"Pouvez-vous me présenter l'IFSI ?"

Ici, seront abordés :

- les caractéristiques générales de l'IFSI qui place les étudiants infirmiers en stage (nombre et origine des étudiants...);
- la répartition des étudiants infirmiers sur les établissements de santé.

3. L'ENCADREMENT DES ETUDIANTS AVANT LA MISE EN PLACE DU NOUVEAU REFERENTIEL

"Comment l'encadrement en stage des étudiants infirmiers était organisé avant la mise en place du nouveau référentiel ?"

Cet item vise :

- à repérer les modalités d'accueil et d'encadrement des étudiants infirmiers par les infirmiers, selon l'ancien référentiel de formation, et suivant les établissements ou services
- à susciter chez les interviewés un discours relatif à l'ingénierie de formation ;
- à constituer une base qui permettra une analyse comparative (en termes de convergence et/ou de contradiction) : avant / après nouveau référentiel.

- Quelles étaient les procédures d'accueil des étudiants à l'hôpital ?
- Qui était responsable de leur encadrement ? Comment et entre qui étaient répartis les rôles (cadres, infirmiers...)?
- Quels outils étaient développés pour favoriser l'apprentissage des étudiants infirmiers en stage ?
- Que pensiez-vous de la durée des stages ? Des évaluations par MSP ?

- Quels modes d'apprentissage étaient mis en place pour favoriser la transmission des compétences ?
- Concrètement, comment une infirmière apprenait à réaliser un soin à un étudiant ?
- Comment la compétence de l'étudiant était-elle évaluée ?
- Existait-il des liens entre l'établissement accueillant des étudiants infirmiers et l'IFSI ? Comment s'exprimaient-ils ?

4. LES MODALITES D'ENCADREMENT DES ETUDIANTS INFIRMIERS AVEC LE NOUVEAU REFERENTIEL DE FORMATION

"Que pouvez-vous me dire sur le nouveau programme de formation infirmier ?"

Nous cherchons à appréhender :

- le niveau de réflexion des interviewés sur le sujet ;
- les principaux points qui diffèrent de l'ancien programme ;
- les enjeux et limites perçus.

"Quels sont les changements produits par le nouveau référentiel sur les modalités d'encadrement des étudiants infirmiers ?"

Il s'agit ici d'évaluer la plus value du nouveau référentiel de formation et les contraintes qu'il génère.

- Quelles sont les nouvelles procédures d'accueil des étudiants ?
- Qui est responsable de leur encadrement ? Comment et entre qui ont été répartis les rôles ?
- Quels outils ont été développés pour favoriser l'apprentissage des étudiants infirmiers en stage ? Qu'en pensez-vous ?
- Les stages sont maintenant de 10 semaines : que cela change-t-il ?
- Pensez-vous que l'infirmier est davantage impliqué dans l'encadrement des étudiants ? Si oui, pourquoi et par quoi ?
- Pensez-vous que l'étudiant infirmier est davantage impliqué dans sa formation ? Si oui, pourquoi et par quoi ?
- Quels modes d'apprentissage sont désormais mis en place pour favoriser la transmission des compétences ?
- Est-ce que les professionnels infirmiers ont modifié leurs pratiques d'encadrement ?
- Comment la compétence de l'étudiant est-elle évaluée ?
- Les MSP sont supprimées : qu'en pensez-vous ?
- Quel regard portez-vous sur les nouvelles modalités d'évaluation du stage ?
- Quelle place les cadres formateurs occupent-ils ?
- Le nouveau référentiel de formation a-t-il modifié les relations entre l'établissement et l'IFSI ? Si oui, en quoi ?

5. LE NOUVEAU PROGRAMME DE FORMATION : BILAN ET PERSPECTIVES

"Globalement, que pensez-vous de ce nouveau programme ?"

= Synthèse de la pensée de l'interviewé.

Annexe 3 : présentation synthétique de la population interviewée

		sexe / âge	IDE	CS	DS	Place dans l'encadrement	Capacité d'accueil en étudiants	Autre formation ?
IDE	A	F/39	1992	/	/	Tuteur (chirurgie)	2 à 3 étudiants en moyenne (dont 1 de première année)	/
	B	F/38	2008	/	/	Tuteur (médecine)		DEUG éco/social
CSF	C	F/50	1980	1996	/	Formatrice IFSI	110 étudiants de 1ère année	/
CSG	D	F/39	1995	2006	/	Maître de stage (urgences)	2 à 3 étudiants en moyenne	DEUG histoire ex formatrice IFSI
DSF	E	F/48	1983	1996	2006	Directeur IFSI	110 étudiants / promotion	/
	F	F/47	1984	2001	2004	Directeur IFSI	160 étudiants / promotion	licence sciences éducation
	G	H/49	1986	1999	2006	Directeur IFSI	200 étudiants / promotion	licence et maîtrise en management DESS sociologie des organisations
DSG	H	H/46	1987	1994	2004	CGS	environ 100 étudiants /an	DIU en évaluation des soins
	I	F/52	1980	1987	2008	CGS	environ 80 étudiants /an	DU hygiène
	J	F/52	1979	1994	2005	CGS	environ 250 étudiants /an	/