



EHESP

Filière Directeurs des Soins

Promotion **2008**

Date du Jury : **septembre 2008**

**Le partenariat des Directeurs de soins « gestion et formation » :
une plus-value pour l'apprentissage des étudiants infirmiers**

Josyane PAPE

Remerciements

Je tiens à remercier sincèrement :

L'ensemble des professionnels et des étudiants infirmiers qui ont bien voulu m'accorder du temps et partager leur expérience et vécu pour m'aider à élaborer cette recherche

Mes maîtres de stage qui ont grandement facilité mon travail en facilitant les rencontres avec les personnes interviewées

Christine Quélier pour son accompagnement actif et bienveillant et Anne Roginski pour son aide méthodologique grâce à la rare qualité du module « mémoire »

Les enseignants et intervenants , qui m'ont permis de me questionner et d'avancer tout au long de l'année

...enfin, un remerciement tout particulier à François, qui m'a toujours soutenue et su créer un environnement propice à ma formation. Merci aussi à mes deux trésors, Marie et Emeline, qui ont fait preuve d'écoute et de patience...

Sommaire

Introduction	1
1 UN CADRE POUR COMPRENDRE	7
1.1 L'alternance : une articulation dans le processus d'apprentissage.....	7
1.1.1 Du campagnonnage à l'alternance	7
1.1.2 Une Alternance par la pratique réflexive.....	8
1.1.3 Mais aussi...une alternance par la pratique déductive	9
1.2 Le continuum : un concept, et surtout des outils.....	10
1.2.1 projet pédagogique et projet de soin, au service de l'apprentissage	10
1.2.2 De l'importance du stage infirmier et du tutorat	12
1.2.3 Projets, stage et tutorat en synergie pour créer un interface... ..	12
1.3 Le partenariat : une pratique indispensable	13
1.3.1 Une notion à éclairer.....	13
1.3.2 Des typologies de partenariat.....	14
1.3.3 Partenariat et formation infirmière.....	15
2 UNE INVESTIGATION POUR UNE APPROCHE DE TERRAIN.....	17
2.1 Une méthode à expliciter	17
2.1.1 Une phase d'abord préliminaire	17
2.1.2 Un choix ciblé des établissements et de la population	17
2.1.3 Une pratique d'entretiens et d'analyse de documents	18
2.2 Une méthode pour traiter les informations	19
2.2.1 Un procédé pour analyser le contenu des entretiens	19
2.2.2 ...et aussi pour analyser les projets pédagogiques et de soins.....	20
2.2.3 Des limites à l'investigation.....	20
2.3 Des hypothèses à vérifier	20
2.3.1 Hypothèse 1 : les modalités d'articulation.....	20
2.3.2 Hypothèse 2 : l'insuffisance de projet commun.....	23
2.3.3 Hypothèse 3 : le partenariat des Directeurs de soins.....	25

3 UN PAS VERS UNE EVOLUTION.....	27
3.1 Un partenariat à construire.....	27
3.1.1 Les directeurs de soins dans un rôle de supervision.....	27
3.1.2 Un processus à mettre en place en commun	28
3.1.3 Une opportunité : le référentiel de compétences des infirmières	29
3.2 Un projet à bâtir,	30
3.2.1 Planification et accueil : les premières phases du processus	30
3.2.2 Un outil déterminant : Le contrat pédagogique.....	31
3.2.3 Un encadrement clinique et une évaluation propice à une alternance intégrative	31
3.3 Une stratégie d'accompagnement.....	32
3.3.1 Les cadres de santé, acteurs incontournables à accompagner	32
3.3.2 Référents et compagnons : des guides à soutenir	33
3.3.3 Un processus à évaluer.....	34
CONCLUSION	35
Bibliographie.....	37
Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

COPIL :	COmité de Pilotage
CSS :	Cadre Supérieur de Santé
ES :	Etablissement de Santé
DGS :	Direction Générale de la Santé
DHOS :	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DSF :	Directeur des Soins Formation
DSG :	Directeur des Soins Gestion
IFSI :	Institut de Formation en Soins Infirmiers
LMD :	Licence, Master, Doctorat
MSP :	Mise en Situation Professionnelle
VAE :	Validation des Acquis de l'Expérience

Introduction

Ma trajectoire professionnelle de cadre de santé a été double : d'abord formatrice en Institut de Formation en Soins Infirmiers puis en fonction de responsabilité des services de soins, dans un grade de cadre supérieur, dans un hôpital public. Aussi, la formation des étudiants infirmiers a toujours fait partie de mes préoccupations. Aujourd'hui, dans le cadre de ma future fonction de gestion, ce travail de recherche me permet d'interroger le rôle du directeur de soins gestion dans l'apprentissage des étudiants et ses relations de partenariat avec le Directeur de soins formation.

Cette question relève des missions du directeur de soins définies à l'article 4 du décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs de soins de la fonction publique hospitalière¹. Il est également responsable de l'organisation et de la qualité des soins².

Ainsi, le directeur des soins met en œuvre des actions dans ses domaines de compétence : celui des soins et d'une politique qualité. Or, ceci s'appuie sur des professionnels performants, accompagnés lors de leurs stages en formation initiale. La référence au professionnalisme se retrouve aussi chez les patients qui veulent être pris en charge par des personnes compétentes et dans les établissements de santé qui s'engagent sur une qualité de service professionnel.

Le domaine de responsabilité du directeur des soins concerne donc la qualité de l'encadrement des étudiants. Pour cela, il anime cette activité auprès des équipes de soins.

Il en résulte l'obligation de mettre en œuvre des actions visant à améliorer l'accueil des stagiaires.

L'engagement du directeur de soins dans l'apprentissage des futures professionnelles, se trouve donc justifié, mais pas seulement par ses missions

¹ Art. 4-5 : « il contribue à l'élaboration des programmes de formation et est responsable des étudiants lors de leur 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 ».

² Art. 4-2 : « il élabore avec l'ensemble des professionnels concernés le projet de soins, le met en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité ».

règlementaires. En effet, un certain nombre de problématiques se posent aujourd'hui autour de la question de la formation des infirmières.

Tout d'abord, les multiples changements du monde hospitalier impliquent une veille permanente de la part des Directeurs de soins gestion et formation, afin de faciliter l'adaptation de la formation aux transformations actuelles et à venir. De fait, le contexte actuel de recherche d'efficience dans le monde de la santé, ébranlé par des drames sanitaires, porté par des progrès scientifiques, de nouvelles questions éthiques et soumis à une nécessaire maîtrise des coûts, bouleverse le système. Les structures de soins et de formation paramédicales sont en pleine mutation. L'ordonnance du 2 mai 2005³ impose aux établissements une réorganisation en pôles d'activités ayant une délégation de gestion dans le cadre d'une contractualisation avec la Direction. La mise en œuvre de la tarification à l'activité, l'évolution des prises en charge avec le développement des alternatives à l'hospitalisation prolongent cette modification des pratiques.

De plus, la loi du 13 août 2004⁴ transfère à la région les compétences de l'Etat en matière de gestion de la formation professionnelle. Le président du conseil régional prononce l'agrément du Directeur de formation en soins infirmiers, les quotas et l'accès en formation restant de la compétence de l'Etat, via la DRASS. Le budget des IFSI est, depuis, financé par la région. La formation des infirmières s'inscrit dans l'obligation européenne de mise en place du système de reconnaissance des diplômes : licence, master, doctorat. Le nouveau programme de formation des infirmières, basé sur un référentiel de compétences sera appliqué dès la rentrée 2009.

Egalement, la loi de modernisation du 17 janvier 2002 a instauré le droit à la VAE pour les aides-soignantes. Il sera étendu à terme à la profession d'infirmière, ce qui implique un renforcement de la qualité de la formation des bénéficiaires afin de favoriser la construction des compétences contenues dans le référentiel en cours d'élaboration.

Ces situations nouvelles sollicitent un renforcement de l'accompagnement par, notamment, les directeurs de soins, dont l'enjeu est de permettre une

³ Ordonnance n°2005-406 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

⁴ Loi n°2004-809 relative aux libertés et aux responsabilités locales

professionnalisation favorisant la capacité à s'intégrer rapidement dans la mouvance professionnelle.

Un autre intérêt motive l'attention particulière portée à l'apprentissage : celui de rendre attractif un établissement pour les futures diplômées, dans un contexte de pénurie d'infirmières dans certaines régions. Il paraît judicieux de mettre en œuvre une politique de fidélisation par le biais notamment, de la qualité de l'accueil et de l'encadrement.

Ma réflexion concerne également la notion de partenariat entre le DSG et le DSF comme élément primordial dans la problématique de la formation infirmière. Il se fonde sur le fait que la formation des étudiants infirmiers est une formation par alternance, réalisée pour moitié en centre de formation et pour l'autre moitié en stage. Ainsi l'Institut de Formation en Soins Infirmiers et l'hôpital et donc leurs directeurs de soins respectifs sont en situation de coresponsabilité, dans leur professionnalisation.

Or, ce partenariat reste un défi à relever, car si le sujet est si souvent questionné, c'est qu'il est encore aujourd'hui freiné par un certain nombre de paramètres. On peut évoquer en point de départ des raisons de formation liées à un passé récent et une méconnaissance du travail de chacun.

Avant 2002, les directeurs d'IFSI suivaient simplement une formation d'adaptation à l'emploi, alors que leurs collègues gérant les soins bénéficiaient d'une année à l'Ecole des Hautes en Santé Publique. Cette différence de niveau a probablement accentué la séparation des fonctions.

De même, deux idées ont longtemps prévalu : celle d'une responsabilité et d'une charge de travail plus importante du côté des DSG, et celle de l'éloignement de la réalité du terrain du côté des DSF.

Ceci a sans doute historiquement et culturellement contribué à ce que les soignants et les formateurs soient peu en relation dans la construction du processus de professionnalisation.

Il existe un clivage important entre instituts et services hospitaliers. Le manque de relation, de connaissance du travail de uns et des autres induisent des clichés tels : « les formateurs sont loin du terrain...ils ne connaissent plus la réalité des soins... », ou encore « c'est de la faute des services qui n'encadrent pas suffisamment les stagiaires.... ».

Le déficit de communication entre les DSG et DSF qui se rencontrent peu, voire s'ignorent, chacun dans leurs univers et leur quotidien, influe considérablement sur l'organisation d'une formation par alternance qui pourtant, engage la responsabilité des établissements de santé et de formation.

Enfin, le dernier point d'analyse concerne un certain nombre de constats basés en premier lieu sur mon expérience. Ces constats sont d'ailleurs partagés par la Fédération Nationale des Etudiants en Soins Infirmiers, publiés en 2007, qui indique : « actuellement, l'encadrement dans les services est réalisé, mais souvent incomplet, car essentiellement axé sur le savoir-faire, alors que les savoirs et le savoir-être avec le patient est négligé ».

Ainsi, le suivi insuffisant des étudiants en stage ne contribue pas à un accompagnement personnalisé. D'une part, le temps pédagogique des formateurs sur les terrains sont raréfiés car chronophages et, d'autre part, les cadres de proximité et les infirmières mettent en évidence un certain nombre de problématiques.

L'on peut d'abord évoquer la difficulté à accueillir un étudiant d'une façon individualisée. En effet, l'augmentation du nombre de stagiaires, pour faire face à la pénurie⁶ est un frein à la gestion des différents niveaux d'acquisitions, de leurs besoins et attentes. Cette gestion s'accomplit donc en collectif malgré l'hétérogénéité des parcours. De plus, Cet accroissement des quotas est porteur de dangerosité car il est plus difficile de maîtriser les soins effectués par les étudiants, d'où la nécessité à s'intéresser à leur encadrement.

Par ailleurs, les acteurs admettent, à l'unanimité, que ni l'étudiant ni l'équipe soignante n'exploitent les outils individuel de suivi de formation et de progression, appelés communément « carnet de route » ou « de progression ».

⁶ Une étude de la DHOS montre à l'horizon 2015, le départ de 54% des infirmières

L'évaluation de l'étudiant est également source d'insatisfaction car les infirmières ont des difficultés à émettre un jugement à partir d'un accompagnement en pointillé et à engager leur responsabilité dans un processus d'aide à l'apprentissage non maîtrisé.

En effet, l'accompagnement reste empirique : quelles méthodes ? Pour quel étudiant ? Pour quelles performances attendues ? L'absence de partenariat de formation apparaît clairement. Certes, des liens existent mais sont le plus souvent issus d'initiatives individuelles ou de services, selon les circonstances.

Ma perception de la situation et des premières informations introductives renvoie à une pluralité d'aspects qui m'amène à engager une réflexion sur le rôle des directeurs de soins gestion et formation dans amélioration de l'apprentissage des étudiants infirmiers. Le postulat d'une nécessaire collaboration entre eux suscite, dans la progression de ma recherche, la question : en quoi le partenariat entre le DSG et le DSF peut-il améliorer les conditions d'apprentissage des étudiants infirmiers ?

Cette interrogation, en relation avec mon choix d'affectation en gestion de soins et mon expérience en IFSI, me conduit à formuler trois hypothèses de travail :

- Les modalités d'articulations entre l'IFSI et les unités de soins des établissements d'accueil ne facilitent pas un apprentissage intégratif
- Le déficit de cohérence trouve son origine dans l'insuffisance de projet commun
- Le partenariat des DSG et DSF est insuffisant pour promouvoir un projet d'apprentissage cohérent

Pour poursuivre cette étude, j'ai choisi d'élaborer le cadre conceptuel de l'alternance dans l'apprentissage, du continuum et du partenariat. Conjointement, j'ai conduit une approche d'investigation croisée, de deux établissements afin de vérifier mes hypothèses de travail, investigation dont j'exposerai la méthode, les résultats et leur analyse. Enfin, une dernière partie est consacrée aux préconisations en lien avec les hypothèses énoncées.

1 UN CADRE POUR COMPRENDRE

1.1 L'alternance : une articulation dans le processus d'apprentissage

L'apprentissage, processus d'acquisition des savoirs, s'est développé depuis fort longtemps et prend de multiples formes. Celle de l'alternance, avec ses pratiques diverses, s'inscrit dans un itinéraire de préparation à une insertion professionnelle.

1.1.1 Du compagnonnage à l'alternance

Le compagnonnage historique s'appuie sur la valorisation du métier et de l'ouvrier⁷. Au cours des siècles il a connu différentes périodes : une apogée au XVIII^e siècle, puis un déclin lors de la révolution industrielle, et, enfin, un renouveau à la fin du XX^e siècle, dans sa forme traditionnelle mais aussi dans le domaine des formations professionnelles.

Les sociétés compagnonniques sont, selon certains, issues des bâtisseurs des pyramides. Socialement, elles génèrent, au fil du temps, des codes, des valeurs et une culture forte basés sur l'entraide, la protection, l'éducation et la transmission des connaissances⁸. Le terme de compagnonnage n'apparaît que vers 1719 pour désigner le temps du stage professionnel d'un compagnon chez son maître.

Le compagnon, plus ancien, forme les plus jeunes, les apprentis. Ces derniers se voient attribuer le titre de compagnon après avoir rempli son temps d'apprentissage. L'apprentissage est vu comme un parcours initiatique durant lequel les composants de la compétence sont mis en œuvre au sein d'une démarche qui amène expérience et capitalisation des acquis. Le savoir-faire et le savoir-théorique au contact des anciens, sont mobilisés par un entraînement au travers de mises en situations professionnelles qui servent à construire des compétences. Le dispositif de compagnonnage traditionnel prévoit une rotation dans des lieux et organismes différents, impliquant des maîtres différents. Ces multiples expériences, capitalisées, confèrent aux apprenants la capacité de transférer leurs acquis dans des situations de travail diversifiées. Cet

⁷ Dans le sens « œuvrer »

⁸ Michel Denjean. CEDIP. 2002

enseignement professionnel pratique, issu de l'expérience, va connaître à partir de la fin du XIX^{ème} siècle, lors de la révolution industrielle, une forte évolution vers les formations théoriques et pratiques alternées.

Puis, la loi du 16 juillet 1971 relative à la formation professionnelle qui reconnaît comme lieu de formation et celle du 12 juillet 1980 relative aux formations professionnelles alternées, ont posé les bases d'un apprentissage par l'alternance.

1.1.2 Une Alternance par la pratique réflexive

L'alternance, modalité d'apprentissage aujourd'hui largement privilégiée, est définie par la loi du 12 juillet 1980 relative aux formations alternées⁹.

Le dictionnaire de pédagogie¹⁰ définit une formation organisée, créant une alternance entre une formation pratique et une formation théorique. Parmi d'autres multiples définitions proposées, je retiendrai celle qui me semble la plus adaptée à ma recherche. Selon Fabienne Ellul¹¹, la pratique ne se réduit pas à être le lieu d'ancrage des acquis théoriques, mais porteuse de situations expérientielles susceptibles de générer de la compétence¹².

L'apprenant construit ses connaissances à partir des confrontations entre son savoir théorique et son savoir issu de l'expérientiel. L'articulation des séquences théoriques et de terrain est fondamentale. Georges Lerbet¹³ définit trois types d'alternance:

- L'alternance juxtapositive ou aléatoire : elle s'organise autour de lieux et de temps qui ont chacun leur logique et leurs objectifs propres. Il n'existe pas de liaison entre les acteurs. L'apprenant gère seul son stage sur un mode incertain et aléatoire. Elle est la plus répandue.
- L'alternance complémentaire : elle reconnaît l'influence du terrain, cependant, elle se soucie davantage d'organiser des liens plutôt que des apprentissages

⁹ Article 1 : « ...ces formations alternées associent une progression méthodologique et une pédagogie particulière des enseignements généraux, technologiques, des connaissances et des savoirs faire acquis par l'exercice d'une activité sur les lieux de travail »

¹⁰ Le dictionnaire de pédagogie. 2ème édition. Mars 2000. Edition Bordas. p. 135-136

¹¹ La lettre du CEDIP. 2000

¹² La compétence est la mobilisation par un individu, dans un contexte donné, d'un certain nombre de ressources afin de réaliser une performance. Gilles Aymar/Norbert Casas. CEDIP. 1999

¹³ G Lerbet, Alternance et cognition. Education Permanente. 1993. N°115. P 83-97

- L'alternance intégrative : elle se caractérise par une forte mise en cohérence des différentes périodes de l'alternance, se centre sur l'apprenant, à partir de situations-problèmes.

Dans la pédagogie de l'alternance, le terrain peut être défini comme un lieu de confrontation, c'est-à-dire une mise en cohérence forte des périodes d'alternance. Comme le souligne F Ellul¹⁴, il s'agit de penser un apprentissage partant de l'expérience afin d'exploiter les situations de travail comme autant de problèmes à résoudre. Au fil des stages, chaque résolution permet l'acquisition progressive de nouvelles performances, y compris gestuelles, dans une logique et une vitesse de progression.

Ainsi, le stage peut être le lieu de socialisation professionnelle, d'appropriation des gestes et d'une démarche réflexive sur le vécu clinique. Ces fonctions coexistent dans un parcours de formation mais, chacune, représente un modèle spécifique de formation.

1.1.3 Mais aussi...une alternance par la pratique déductive

La logique d'alternance par la pratique réflexive ne doit cependant pas, à mon sens, être comprise comme unipolaire. Pour mieux répondre aux attentes et aux besoins des apprenants, cette pratique doit forcément s'enrichir d'une démarche déductive, d'ailleurs couramment appliquée par les étudiants.

En effet, le stage est aussi le lieu d'application des connaissances acquises à l'école¹⁵. Avant le stage, la phase de préparation permet de travailler sur les pré-requis indispensables à l'optimisation de l'apprentissage sur le terrain. L'idée est de se saisir réellement de la démarche déductive et d'établir des dispositifs conduisant vers une relative autonomisation par des recherches guidées. Le formateur laisse s'exprimer l'initiative de l'apprenant: « ne jamais clore l'échange soi-même, laisser les apprenants le faire, ne jamais asséner la bonne réponse »¹⁶. Dans la démarche inductive décrite plus haut, l'action précède la compréhension, dans la déductive, le savoir précède l'action. La combinaison des deux permet de s'approcher de l'alternance intégrative¹⁷ vers laquelle il me paraît nécessaire de tendre.

¹⁴ F Ellul. Lettre du CEDIP. 2000

¹⁵ Théorie piagétienne de l'alternance

¹⁶ Demaizière F. Intervention à l'IUFM de Versailles. Mai 2003

¹⁷ W Vignatelli. Info-CEFIEC. Janvier 2004

Ces deux formes de processus pourraient déterminer l'ordre chronologique des périodes d'alternance. Mais cela se révèle impossible au vu du rapport quantitatif étudiants/nombre de stages, et pas forcément souhaitable car certains réussissent mieux une démarche inductive, tandis que d'autres se sentent plus à l'aise dans une démarche déductive, plus classique.

Le souci de proposer des pratiques pédagogiques en adéquation avec les besoins individuels des étudiants est un gage de qualité de formation : « ...l'efficacité suppose...une adaptation aux particularités de l'apprenant, en accompagnement d'une démarche de construction de ses propres savoirs et savoirs faire, de son propre projet de formation »¹⁸.

1.2 Le continuum : un concept, et surtout des outils

Pour passer de la théorie à la pratique de façon continue, l'alternance dans la formation infirmière se concrétise par des outils de cadrage, des stages qui occupent une place centrale dans l'apprentissage du métier, et des modalités de mise en œuvre qui créent les conditions de cohérence.

1.2.1 projet pédagogique et projet de soin, au service de l'apprentissage

Les IFSI sont dirigés par un directeur de soins formation qui est responsable de la conception projet pédagogique, sous l'autorité du chef d'établissement. Il est particulier à chaque IFSI et doit être soumis à l'avis du conseil pédagogique¹⁹. C'est un outil de l'ingénierie de formation qui donne les orientations, valeurs et dispositifs de mise en œuvre du processus de formation.

¹⁸ In Eléments de problématique pour l'ingénierie de formation d'adultes. Association REBIS. 1996

¹⁹ Créé par l'arrêté du 21 avril 2007 dans le cadre de la nouvelle gouvernance des IFSI, il remplace le conseil technique et donne plus de place aux questions de formation et de vie des étudiants

Dans une démarche qualité²⁰, cet instrument de pilotage décline la réalisation des prestations, dont celles liées aux stages : le calendrier, le déroulé de modules, l'organisation et la gestion des stages, l'enseignement clinique, le suivi pédagogique et le contrat pédagogique²¹. Il assure une logique de progression vers une professionnalisation en s'appuyant sur l'ensemble des ressources nécessaires dans l'Institut et dans les stages pour les mettre en synergie.

Le service de soins est dirigé par un Directeur de soins gestion qui est responsable du projet de soins et de la qualité de l'encadrement de stagiaires. Le projet, pour répondre à cet impératif et dans une vision qualitative, décline la politique de coopération et d'encadrement avec les Instituts de formations, et encourage la construction de projets d'encadrement par les pôles ou les unités de soins. D'ailleurs, l'élaboration d'une politique d'encadrement par les ES est incitée par différentes mesures.

Ainsi, le guide du service de soins infirmiers²² expose la norme en matière d'encadrement, de l'accueil jusqu'à l'évaluation du stagiaire. Egalement, la responsabilisation des services d'accueil en matière de projet d'encadrement sera renforcée dès septembre 2009 par le référentiel de formation infirmières, basé sur les compétences. De fait, il décline les objectifs, critères d'évaluation et indicateurs de la compétence 10 : informer, former des professionnels et des personnes en formation. L'apprentissage des étudiants concernera donc, non seulement les pratiques de soins, mais aussi leur compétence à encadrer les apprenants. Ceci concourt à sensibiliser et impliquer davantage les acteurs de terrain actuels et en formation, par l'obligation d'évaluer cette compétence et donc la nécessité de placer les stagiaires dans des situations d'encadrement. La place des stages est confortée, au travers de ces dispositions, dans le processus de formation à l'encadrement des étudiants.

²⁰ Le système qualité, c'est « l'ensemble de la structure organisationnelle, des responsabilités, procédures, procédés et ressources pour mettre en œuvre la gestion de la qualité » (ISO 8402)

²¹ Extrait de la cartographie des processus à l'IFSI Flandre Intérieure . Un contrat pédagogique, selon les auteurs, peut être vu comme un contrat entre un formateur et un apprenant. (Source AFNOR), mais aussi comme un contrat conclu avec les terrains de stage et fixant les conditions d'encadrement

²² 2eme édition. 2001, Norme 3 : L'encadrement des stagiaires

1.2.2 De l'importance du stage infirmier et du tutorat

Le stage est une période d'apprentissage incontournable dans l'apprentissage des étudiants infirmiers. Le programme des études allie enseignements théoriques, travaux dirigés à l'ISFI et apprentissage de pratiques de soins lors de stages hospitaliers, extra- hospitaliers ou de santé publique. L'arrêté de 2001²³ confirme son importance par une nouvelle mesure concernant le stage considéré comme professionnalisant de huit à douze semaines en fin de formation et par l'allongement du temps global qui passe de 47,80%²⁴ à 51,51%.

Les simulations en « salle de pratique » ont leurs limites et la construction professionnelle nécessite un passage obligé dans des équipes où exercent leurs futurs pairs²⁵. Le stage contribue à forger une identité professionnelle en étant un modèle fort d'identification et d'intégration à la culture professionnelle. « Les stages cliniques constituent au sein de la formation un temps d'apprentissage privilégié d'une pratique professionnelle »²⁶.

Dans le système par alternance, plusieurs auteurs évoquent une dimension pédagogique par le tutorat. Cette notion de management relève de l'ingénierie de formation : il s'agit, pour le tuteur, de définir un parcours de professionnalisation qui tienne compte des besoins de l'apprenant et des moyens mobilisables²⁷. Ce tutorat est à distinguer du compagnonnage préconisé par A Guédez²⁸, le compagnon étant repéré par le tuteur en fonction de la séquence pédagogique et des caractéristiques de l'apprenant.

1.2.3 Projets, stage et tutorat en synergie pour créer un interface...

Les périodes à l'école, le projet pédagogique, ainsi que les périodes en stage et la politique d'encadrement demandent à être mis en cohérence pour un apprentissage centré sur l'apprenant. L'alternance intégrative et le modèle réflexif sont les plus appropriés pour y répondre.

²³ Circulaire n°2001-475 du 3 octobre 2001 relative aux études conduisant au Diplôme d'Etat d'infirmier

²⁴ Arrêté du 23 mars 1992 relatif aux études conduisant au Diplôme d'Etat d'infirmier

²⁵ C Durand. L'alternance comme dispositif d'apprentissage. Site internet « cadre de santé ». 2005

²⁶ Annexe de l'Arrêté du 23 mars 1992

²⁷ M Denjean. CEDIP. 2002

²⁸ A Guédez . Compagnonnage et apprentissage. 1994 ; Sociologie d'aujourd'hui

Toute la difficulté réside dans le fait que le système école et le système travail ont des logiques contradictoires car l'une concerne la pratique et l'autre le discours²⁹. La tension créée par cette contradiction explique l'échec des transferts d'apprentissage. Une approche systémique situant les Instituts de formation et les services de soins en interaction, c'est-à-dire dans un rapport de réciprocité, permet d'envisager des systèmes ouverts entre eux. C'est pourquoi, le fondement de toute alternance tient dans l'existence d'un système d'interface qui est une zone d'échanges et qui met en relation les deux autres systèmes.

Pour J Schneider, « faire vivre l'alternance, c'est avant tout faire vivre ces interfaces »³⁰.

A Geay décrit un dispositif dont je retiendrai ici et dans la perspective de mon étude, deux dimensions³¹ dans un système d'interface dans l'alternance : institutionnelle et pédagogique. La dimension institutionnelle s'entend comme un partenariat en coresponsabilité. Il implique l'engagement de l'entreprise et du centre de formation dans un projet commun de formation dans lequel les rôles et responsabilités de chaque partenaire sont clairement définis. La dimension pédagogique renvoie au système de tutorat et de savoir partagé. Le formateur développe des savoirs formalisés et le tuteur des savoirs pratiques sur le mode relationnel. La pédagogie de l'alternance repose essentiellement sur les relations entre les différents acteurs.

1.3 Le partenariat : une pratique indispensable

La pédagogie de l'alternance nécessite, pour assurer les mises en cohérence, le continuum et le système d'interface, décrits précédemment, la construction d'un véritable partenariat.

1.3.1 Une notion à éclairer

Le partenariat peut se définir comme une association active de différents intervenants qui, tout en maintenant leur autonomie, acceptent de mettre en commun leurs efforts en vue de réaliser un objectif commun relié à un problème ou à un besoin clairement identifié dans lequel, en vertu de leur

²⁹ A Geay , L'alternance éducative. Article de l'Actualité de la Formation Permanente n°115

³⁰ J Schneider. Réussir la formation en alternance. Paris. INSEP Editions. 1999

³¹ A Geay. L'école de l'alternance

mission respective, ils ont un intérêt, une responsabilité, une motivation, voire une obligation³².

L'on peut rapprocher ces notions à la formation en alternance des infirmières. L'intérêt commun et la motivation des IFSI et des services de soins, est de former des futures infirmières du point de vue qualitatif mais aussi quantitatif en suscitant le recrutement. Leur responsabilité se situe au niveau de la sécurité des patients confiés aux stagiaires. Leur formation apporte des connaissances devant éviter des erreurs dommageables et leurs actes doivent être contrôlés par l'infirmière. Enfin, les IFSI ont la mission et l'obligation d'organiser les stages et les unités de soins, d'accueillir et d'encadrer les étudiants.

1.3.2 Des typologies de partenariat...

Dans la littérature, le partenariat peut être décrit de multiples façons. Comme le définit F Ellul, l'alternance nécessite, pour assurer les mises en cohérence, la construction du partenariat au travers de la définition du rôle des acteurs, de la clarification de leurs attentes et de la mise en place d'outils de suivi.

Christian Maroy³³ rapporte une typologie selon le type d'acteurs impliqués, le champ de l'action ou bien selon la nature des relations.

J'insisterai ci-après sur cette dernière typologie car, le partenariat se situe authentiquement dans l'action, c'est-à-dire dans la négociation construisant le rapport entre les identités en présence.

C Landry (1994) décrit notamment un *partenariat de réciprocité* résultant d'une entente réciproque entre deux parties, qui, d'une façon volontaire et égalitaire, partagent un objectif commun et le réalise en utilisant de manière convergente leurs ressources respectives.

Le partenariat peut se caractériser idéalement, mais aussi par des freins.

L'analyse D ZAY (1994) décrit un partenariat « ...chacun conserve ses objectifs propres, tout en acceptant de contribuer à un objectif commun ».

Pour lui, la collaboration existe, mais est potentiellement conflictuelle.

J Clénet et C Gérard, soulignent également cette relation de coopération conflictuelle entre école et entreprise, avec, d'une part, collaboration,

³² Wikipédia. 2008

³³ C Maroy. Concept ou objet d'analyse ? Education Permanente n°131 1997

coordination et d'autre part, divergences de valeurs ou d'intérêt, tensions, voire conflits.

De même, pour C MERINI³⁴, cette relation de partenariat est faite d'opposition/coopération, car elle risque d'engendrer « *une confusion identitaire* ». Pour aller contre ce risque, le travail se fait aussi contre l'autre. Le paradoxe trouve là son explication.

L'on peut donc considérer que, pour ces derniers auteurs, le partenariat reste encore une pratique à construire.

1.3.3 Partenariat et formation infirmière

La mise en place d'un partenariat dans la formation infirmière relève de la responsabilité des directeurs de soins : « *les instituts de formation sont dirigés par un directeur qui est responsable de l'organisation de l'enseignement théorique et clinique...il choisit également les services hospitaliers où les étudiants effectuent leurs stages* »³⁵. D'autre part, le directeur des soins gestion est responsable des étudiants lors de leurs stages au sein de l'établissement. Au vu de cette responsabilité, ils sont situés à l'interface du système d'alternance de la formation, c'est à dire dans la zone de mise en relation entre les deux entités qui ont chacune leur logique propre. L'enjeu est de permettre la professionnalisation par la construction d'un projet commun en mettant en coopération les différents acteurs. Il s'agit d'y associer la négociation du partage des responsabilités et des règles de l'alternance.

Ce positionnement oblige chaque directeur de soins à se décentrer de lui-même pour s'ouvrir au projet commun. L'élaboration du projet commun dépend de l'engagement de chacun et de la compréhension et de l'adhésion à une ingénierie de formation qui veille à « *concevoir et mettre en œuvre des dispositifs d'acquisition de ressources et faciliter l'entraînement, la mobilisation, la combinaison en situation professionnelle sur le terrain et à l'école* »³⁶.

³⁴ Maître de conférence à l'IUFM de Versailles. Intervention lors de la Journée Nationale de l'OZP. 5 mai 2001

³⁵ Arrêté du 30 mars 1992 relatif aux conditions de fonctionnement des IFSI, titres II et III, articles 2 et 7

³⁶ G Aymar, N Casas; CEDIP n° 8. 1999

Ce projet implique un nouveau partage des territoires d'actions. Jean Clenet et Christian Gérard³⁷ affirment que « *le partenariat dans l'alternance est bien un partage du pouvoir de former* ».

La démarche de négociation sur les règles de partage et d'alternance, met les Directeurs de soins dans une situation de communication pour la recherche d'un accord sur un objet pour lequel les protagonistes sont en interdépendance mais opposés par des intérêts divergent³⁸. Afin de défendre ses propres intérêts, des résistances peuvent s'installer. Il faut que chacun perçoivent des chances de gagner quelque chose dans un système de « gagnant/gagnant ».

³⁷ J Clenet, C Gérard. Partenariat et Alternance en éducation, des pratiques à construire. 1994

³⁸ P Le Douaron. Alternance et négociation. Education permanente. n°115 1993

2 UNE INVESTIGATION POUR UNE APPROCHE DE TERRAIN

L'investigation s'est basée, dans un premier temps, sur une exploration préliminaire, puis, s'est précisée par une enquête proprement dite.

2.1 Une méthode à expliciter

2.1.1 Une phase d'abord préliminaire

L'investigation a débuté dès l'idée du thème par les constats issus de mon expérience professionnelle, une étude réalisée par un cadre supérieur de santé³⁹ et une enquête préliminaire.

La pré-enquête visait à compléter, préciser les aspects du thème de l'encadrement et du partenariat pour aider à formuler une première idée de question de départ et envisager des hypothèses. Elle a consisté à interroger des acteurs et à vérifier la quantité et le type de documentation disponible.

La recherche de la documentation, dans cette phase, mais aussi tout au long de l'étude, s'est appuyée sur les recommandations proposées dans le module mémoire de l'EHESP. L'enquête préliminaire s'est déroulée sur le terrain, lors de mon premier stage, auprès d'un DSG et d'un DSF, deux cadres formateurs, un cadre d'unité de soins et de deux étudiants infirmiers. Elle visait à l'expression libre à partir de questions simples⁴⁰. Les problématiques d'apprentissage des étudiants et de partenariat ont été retrouvées, ce qui a confirmé l'intérêt du thème à explorer par sa dimension commune aux deux secteurs. Dès lors, ces analyses préalables m'ont permis de poser la question de départ définitive, les hypothèses énoncées précédemment et m'ont amenée à une analyse plus fine construite sur la phase exploratoire proprement dite.

2.1.2 Un choix ciblé des établissements et de la population

La recherche s'est effectuée dans deux établissements publics et auprès de professionnels de santé.

Les deux établissements sont situés dans des régions différentes, l'un est de taille moyenne, l'autre de grande taille. Ils correspondent à mes opportunités de stages, et il semble intéressant de constater si les problématiques de

³⁹ Etude réalisée en 2007 dans un CH régional

⁴⁰ cf annexe I

l'apprentissage peuvent être similaires dans des établissements de capacités différentes.

Les Instituts de formation sont tous deux rattachés aux ES et présentent aussi des capacités en nombre d'étudiants allant du simple au double.

Les entretiens, au nombre total de 20, ont été répartis équitablement en nombre entre les deux hôpitaux et instituts et selon un échantillonnage représentatif des secteurs soins et formation.

La population cible a d'abord concerné, au regard du thème central du partenariat, les directeurs de soins gestion et formation des deux établissements, ainsi qu'un directeur adjoint formation.

Dans l'un des établissements, l'interview d'un cadre supérieur missionné en transversal sur l'amélioration de l'encadrement des stagiaires, m'a semblé opportun, même si cette mission est récente.

Un formateur ayant une fonction de coordonnateur de stage dans un IFSI a apporté des données d'expertise en organisation des stages.

J'ai également recueilli des informations auprès de, quatre formateurs, deux cadres de santé accueillant des étudiants.

De plus, les interviews de deux infirmières dans un établissement dont l'une est missionnée à 50% de sa quotité de temps de travail sur le projet d'encadrement de plusieurs unités de soins, et une dans l'autre établissement, ont permis d'identifier le vécu au plus près de l'encadrement. Enfin, l'entretien de quatre étudiants a apporté un éclairage des apprenants, afin de mesurer l'écart entre la réalité vécue et les intentions des professionnels.

2.1.3 Une pratique d'entretiens et d'analyse de documents

J'ai retenu la méthode d'entretien semi-directif car c'est une technique offrant la possibilité de relance et d'interaction dans la communication. J'ai élaboré un guide d'entretien pour chaque catégorie d'acteur⁴¹, et, dans un premier temps, j'ai testé chacun de ces guides auprès de professionnels et d'étudiants afin de vérifier la pertinence des questions. Les thèmes et les questions ont été établis à partir des hypothèses de ma recherche, à savoir :

- Articulation des séquences théoriques et pratiques
- projet pédagogique / projet de soins, politique d'encadrement

⁴¹ cf annexe II

- organisation des stages
- relations de partenariat entre les DSG et DSF

Dans le même temps, la grille d'analyse a été élaborée ⁴² et utilisée dès la fin de chaque entretien pour lequel j'ai pris des notes littérales.

L'ensemble de acteurs, sollicités par téléphone puis par courrier, a accepté la rencontre qui a duré entre une heure et une heure quinze, après quelques indications sur notamment, la possibilité éventuelle de consulter le document sur le site internet de l'EHESP et la garantie de l'anonymat.

L'analyse des projets pédagogiques et de soins, avec pour ces derniers un focus sur les projets d'encadrement, a eu comme objectif de mettre en évidence la place du stage, de l'école et les liens existant. Le croisement de leur contenu avec les réponses des interviewés a permis de percevoir le niveau de cohérence entre la pratique exercée sur le terrain et les intentions pédagogiques.

2.2 Une méthode pour traiter les informations

2.2.1 Un procédé pour analyser le contenu des entretiens

Les données recueillies lors des entretiens ont été analysées à partir de la retranscription sans sélection ni reformulation. Après classement et synthèse par idées principales, mots clés et exemples significatifs, je les ai confrontées aux hypothèses afin de les analyser en utilisant une grille avec deux entrées : la personne interviewée codée selon sa catégorie professionnelle, ses caractéristiques (telles l'âge, le parcours...), son établissement et les thèmes abordés et identifiés dans le guide d'entretien.

Puis, j'ai procédé à la comparaison de contenu de chaque thème en dégagant les points communs et les variations, en les croisant avec les données concernant les personnes.

Enfin, pour certains entretiens, j'ai retranscrit, non seulement la parole, mais aussi, notamment, les silences et les hésitations qui me semblaient signifiants dans la réponse.

⁴² cf extrait dans annexe III

2.2.2 ...et aussi pour analyser les projets pédagogiques et de soins

Les données recueillies à partir du contenu des projets pédagogiques et projets de soins de chaque établissement, et mis en forme sur un tableau⁴³, ont voulu mettre en évidence un certain nombre d'éléments : d'abord, Pour les premiers, la place, l'organisation des stages, le lien avec les acteurs de terrain, et, pour les seconds les modalités d'accueil, d'encadrement des étudiants et la place des formateurs. Le croisement des deux a permis de vérifier les liens de cohérence et de partenariat, ainsi que l'écart avec les déclarations des acteurs.

2.2.3 Des limites à l'investigation

Les deux établissements ainsi que l'échantillonnage n'est nullement représentatif et le choix des personnes interrogées s'est fait sur la base des disponibilités de chacun ou de la désignation de certaines d'entre elles par un directeur des soins ou un cadre, ce qui a pu biaiser les réponses. Egalement, le nombre restreint d'acteurs interviewés limite le champ de recherche.

D'autre part, La méthode d'entretien ne peut prétendre ni à une exhaustivité, ni à une généralisation de l'étude puisque la recherche se borne au recueil d'expressions de vécu et d'opinion individuelle. De même, l'aspect restreint de ma propre expérience, mes propres discussions avec des professionnels et l'analyse d'un très petit nombre de projets pédagogiques et de soins, amènent à des conclusions d'une portée qui peut-être considérée comme réduite.

2.3 Des hypothèses à vérifier

2.3.1 Hypothèse 1 : les modalités d'articulation...

Les modalités d'articulations entre l'IFSI et les unités de soins des établissements d'accueil ne facilitent pas un apprentissage intégratif.

Les entretiens ont cherché à mettre en évidence les liens entre théorie et pratique et, en conséquence, le mode d'alternance utilisé. Le premier but est de vérifier si les pratiques pédagogiques permettent aux étudiants d'utiliser les processus déductif et inductif et si les ressources humaines et matérielles sont optimisées. Le second but vise à apprécier la concordance des logiques entre l'école et les stages, et la place de l'organisation des liens.

⁴³ cf annexe IV

A l'école, l'ensemble des DSF et formateurs ont souligné la pratique en routine d'analyse de cas cliniques formatifs par les étudiants. Ce procédé, à visée d'alternance intégrative, concourt à exploiter des situations –problèmes. Elle semble aujourd'hui utilisée couramment dans les IFSI. Une formatrice indique une approche très intéressante, par situations prévalentes, telles l'urgence, la douleur et un suivi de la même situation dans l'année, la progression du vécu de stage venant enrichir l'analyse. Cependant, la pratique réelle freine cette logique pédagogique. D'abord, le nombre de cas étudiés semble réduit à un seul par module, comme le disent deux formateurs de chacun des IFSI, ce qui limite le champ d'apprentissage. Ensuite, l'exploitation est réalisée uniquement par des formateurs, ce qui prive d'un éclairage expérientiel par les acteurs des soins.

L'exploitation des stages est aussi pratiquée habituellement, bien que, dans un des IFSI, elle soit absente en troisième année « ...faute de temps... » relève une formatrice. Elle est basée sur « ...l'analyse des écarts entre pratique et théorie.. », mais se déroule sans la présence de professionnels de terrain. Pourtant, ils sont complémentaires dans la compréhension des liens et la confrontation entre le savoir théorique et le savoir issu des situations de travail.

En revanche, le stage, semble moins propice à la démarche d'application des connaissances acquises à l'école. Ainsi, en réponse à la question : « comment est exploitée la théorie vue à l'école? » aucune des IDE, cadre d'unité ou étudiants n'a signalé l'utilisation d'une démarche déductive. De même, le lien renvoyant à une théorie n'est pas perçue, une étudiante disant : « ...on regarde, on fait, on réajuste, mais il n'y a pas beaucoup de justification... ».

Quant aux protocoles et les fiches techniques vues à l'école, ils ne semblent pas harmonisés avec ceux utilisés dans les unités de soins. Une étudiante de troisième année remarque : « ...à l'école, c'est la théorie avec les fiches techniques, mais dans les services, on travaille différemment, et on met les fiches de côté... ». Une autre affirme : « ...à l'école, les protocoles sont donnés mais ils sont différents de ceux des services... ». Enfin, une dernière déclare : « à l'école, c'est la démarche de soins, en stage les gestes... ».

La phase de préparation des stages s'effectue au travers des pré-requis théoriques contenus dans les modules, mais ne coïncident pas forcément au vu des impératifs d'organisation. D'après les déclarations des formateurs et des étudiants, la consultation des fiches d'identité des lieux de stages sont

disponibles au centre de documentation, mais « elles ne concernent pas tous les stages et la mise à jour n'est pas faite.. », dit une formatrice. Une étudiante confie : « ...elles ne sont pas regardées, c'est plutôt le bouche à oreille qui fonctionne... ». La préparation se fait également par le remplissage du carnet de suivi dit « de route », devant contenir notamment les objectifs de stage de l'étudiant, les modules étudiés et les apprentissages techniques déjà effectués. Or, la totalité des formateurs, infirmières cadres d'unité et étudiantes disent ne pas l'utiliser...Cet outil semble pourtant pédagogiquement indispensable. Ceci suscite un questionnement : les formateurs sont-ils persuadés de son utilité ou répond-il réellement aux objectifs visés ? L'apprentissage gestuel à l'école est exercé, selon les formateurs des deux IFSI, traditionnellement dans des salles dites de simulation ou de travaux pratiques avec mannequin ou jeux de rôles, création de fiches propres à chacun et stimulation des sens. Ces méthodes se sont enrichies au fil du temps, mais que penser de la réflexion d'une étudiante de troisième année : « ...je ne me suis jamais sentie en situation, pas investie... » ?.

L'organisation des stages dans les deux établissements est quasiment identique. Afin connaître les places disponibles un courrier annuel est adressé au CSS qui en discute avec les cadres d'unités pour répartir les étudiants. Puis, les conventions, les feuilles de notation et l'organisation des MSP circulent directement entre l'IFSI et les cadres concernés. A l'école, un formateur référent pédagogique d'année veille au cursus obligatoire individuel de l'étudiant. Il est le lien avec le stage lorsqu'une problématique se pose.

Cette organisation fonctionne en routine mais, un DSF estime que le travail de répartition des stagiaires devrait se faire conjointement avec les services et le CSS placé à la direction des soins, ainsi que la coordonnatrice des stages d'un IFSI disent ne pas collaborer.

La lecture des projets de soins montre, pour les deux établissements, une volonté affichée de développer le travail en commun avec l'institut de formation, mais ils n'y consacrent que quelques lignes. L'un précise : « initier des projets de formation en commun, participer aux travaux de recherche de l'institut ». L'autre indique : « évaluer les projets d'encadrement ». Mais, parmi ces objectifs, le dernier est le seul, au vu du recueil d'informations, faisant l'objet d'actions, par le projet d'amélioration de l'encadrement en cours. De surcroît, les projets de soins ne mentionnent pas l'idée d'un projet d'encadrement institutionnel. Les projets pédagogiques sont différents

entre les deux établissements. L'un donne une place importante aux notions d'alternance, de savoirs, dont les savoirs expérientiels, et cite les personnes assurant l'encadrement : « ...ils favorisent...l'application des savoirs dans l'action, mais aussi de savoirs par l'action... ». L'autre s'étend sur l'organisation matérielle des stages, le classeur de progression utilisé en stage et les fiches d'identité des lieux de stage. Le croisement avec les informations recueillies montre une distance entre les intentions et la réalité perçue ou vécue.

Au regard de l'analyse, il apparaît que les modalités d'articulation relèvent une alternance d'abord complémentaire, car les liens sont essentiellement de l'ordre de l'organisationnel. Puis, on peut observer une alternance sur le mode aléatoire, du fait des propos et des projets mettant en lumière des logiques et objectifs propres, les étudiants interrogés soulignant la scission entre l'école et le stage. Enfin, on constate de réels efforts pour exploiter des situations expérientielles, mais pour autant, cela reste insuffisant et ne semble pas constituer une priorité pédagogique, surtout en ce qui concerne la démarche déductive pouvant être utilisée en stage. L'hypothèse 1 peut donc être considérée comme confirmée.

2.3.2 Hypothèse 2 : l'insuffisance de projet commun...

Le déficit de cohérence trouve son origine dans l'insuffisance de projet commun

Les entretiens ont visé à rechercher les outils de cadrage, à l'école et en stage ainsi que les modalités de mise en œuvre.

Dans les deux établissements observés, les projets d'école et de soins ne font pas état d'un projet commun de formation, et il n'existe pas de politique d'encadrement institutionnelle, ce que confirme l'ensemble des formateurs et cadres. En revanche, deux cadres interrogés ont élaboré un projet pour un ensemble d'unités telles la réanimation médicale et la neuro-chirurgie. L'un de ces projets a été validé par l'équipe pédagogique de l'IFSI, l'autre pas. Le premier est centré essentiellement sur les données théoriques et la déclinaison des actes techniques à acquérir, le second insiste sur la progression de l'approche du patient. Les deux cadres de ces unités déclarent : « ...il n'existe pas de projet institutionnel... ». Une infirmière d'un autre service dit : « ...dans mon service il n'y a pas de projet écrit, mais on observe pendant une semaine, on encadre par rapport aux objectifs de l'étudiant et on évalue à mi-stage... ».

De plus, dans un établissement, un formateur affirme débiter un travail commun avec les lieux de stages volontaires sur leur projet. Le CSS de la direction des soins est en cours de recensement des projets d'encadrement de l'établissement, d'après elle peu nombreux, le DSG de l'autre établissement reconnaît ignorer leur nombre et contenu. Dans les deux IFSI, les DSF disent ne pas avoir connaissance de l'ensemble des projets, mais l'un d'entre eux souligne la présence de formateurs lors de la construction de certains, à la demande des cadres concernés. Il faut noter que l'IDE de neuro-chirurgie, déléguée à 50% à l'encadrement et visiblement très impliquée dans sa mission, n'a suivi aucune formation pédagogique. Ce qui explique son discours à propos des étudiants : « ...ils croient tout savoir...on leur montre...on les éduque... ».

A aucun moment, l'un des DSG n'est impliqué dans cette organisation, l'autre a un collaborateur CSS qui est en cours de comptage des places et étudiants accueillis. La coordonnatrice de stage mentionne le lien avec certaines unités afin d'élaborer le profil de l'IDE référente. Dans les deux établissements la majorité des formateurs, cadres et étudiants ont souligné la mise en place progressive des référents de stages pour les stagiaires. Cependant, trois étudiants disent : « ...on change régulièrement de référents...seulement certains services ont des référents... ». Même, l'une d'entre elles exprime : « ...dans ce service de neuro-chirurgie il y a un projet, mais ailleurs il n'y a pas vraiment d'accueil... ». Un seul formateur parle de tutorat, tout en utilisant sans distinction les termes de référent, tuteur et compagnonnage.

Malgré l'affichage dans le projet de soins d'un axe soulignant le partenariat avec l'Institut de formation, on peut noter les déclarations unanimes d'absence de projet institutionnel commun d'encadrement. On voit donc se développer des projets d'encadrement des services sans référence institutionnelle, de manière éparpillée et non valorisés. Leur élaboration se fait sur la base de la bonne volonté de chacun, nul n'étant en capacité d'en maîtriser la qualité pédagogique. Malgré l'avancée sensible sur la recherche de solutions de la problématique de l'encadrement, l'hypothèse 2 peut être considérée comme confirmée.

2.3.3 Hypothèse 3 : le partenariat des Directeurs de soins...

Le partenariat des DSG et DSF est insuffisant pour promouvoir un projet d'apprentissage cohérent

Les DSG et DSF interrogés disent ne pas collaborer. Le CSS placé à la direction des soins et un formateur affirment clairement l'absence de lien de partenariat. Un DSG considère que ce n'est pas une priorité aujourd'hui, au vu des projets en cours. L'autre DSF dit simplement : « ...il n'y a pas de collaboration...pourtant, il y a une demande des services en matière d'encadrement...ce n'est la priorité pour le DSG... ». J'ai pu observer, pour cet établissement, lors d'une réunion d'informations par le DSG, le manque total de dialogue. D'ailleurs, le DSF est difficilement repérable dans le public de cadres. Pour un établissement, l'axe du partenariat est pourtant affiché dans le projet de soins mais le DSF, lors de l'entretien, a répondu à la question du partenariat avec des silences et des hésitations : « ...malgré de multiples sollicitations et un accord verbal, je n'ai pu obtenir jusqu'alors une date de réunion de travail... ». Le DSG a délégué un CSS au projet d'amélioration de l'encadrement depuis plus d'une année, mais les effets ne sont pas perceptibles aujourd'hui. D'autre part, il dit gérer trop de problèmes liés à la gestion des soins actuellement pour superviser efficacement ce projet.

D'après les données recueillies, l'hypothèse de l'insuffisance de partenariat est confirmée. Les raisons perçues sont de deux ordres : d'abord, un manque de dialogue trouvant peut-être son origine dans des problèmes interpersonnels, ensuite un manque de disponibilité évoqué par les DSG pour travailler avec les DSF. L'hypothèse confirmée suscite donc deux autres hypothèses qui seraient à étudier : les relations interpersonnelles entre les deux Directeurs de soins freinent l'apprentissage des stagiaires, et les mutations actuelles des services de soins sont les priorités des DSG, au détriment des projets d'encadrement des étudiants.

3 UN PAS VERS UNE EVOLUTION

Les perspectives et propositions d'actions exposées ci-après résultent de l'analyse des données recueillies, et aussi de mon expérience professionnelle. J'ai également exploité les préconisations et des pratiques diverses issues des publications professionnelles, et du guide du service infirmier, édité en 2001 par la DHOS. Elles peuvent être appliquées, dans leurs principes, dans des établissements de taille différente, des problématiques identiques s'étant retrouvées.

3.1 Un partenariat à construire

3.1.1 Les directeurs de soins dans un rôle de supervision

Comme on l'a vu, l'apprentissage intégratif est largement freiné par l'absence d'un projet commun, indispensable à une cohérence formative. Les acteurs de terrain de bonne volonté élaborent leurs propres projets et outils, sans fil conducteur. *« ...les conditions de réussite sont liées aux acteurs, aux finalités, à la définition des modalités de fonctionnement et à l'art stratégique...toute pratique nouvelle doit être prévue et intégrée dans l'organisation générale. Dans le cas contraire, laissée à l'initiative de acteurs, sa mise en œuvre devient aléatoire... »⁴⁴.* Il convient donc d'élaborer un projet global institutionnel. Il s'agit d'élaborer une politique, un processus d'encadrement, en concertation entre l'école et les services de soins, afin de poser, pour l'ensemble des lieux de stages, les bases communes des projets d'encadrement. Ceux-ci, s'appuient sur le projet global et, en fonction de leurs spécificités, sont construits par les services. La responsabilité de cette mise en place revient au Directeur de soins gestion qui l'inscrit dans le projet de soins. L'articulation institut/terrains de stages étant la clé de voûte d'une alternance intégrative, le partenariat avec le Directeur de soins formation va permettre une synergie en co-responsabilité. Concrètement, la politique et le processus sont élaborés en commun afin de clarifier et préciser les responsabilités et rôles de chacun dans l'encadrement des étudiants.

⁴⁴ Corinne Defrance , mémoire DS ENSP . 2002

Ceci doit permettre une reconnaissance mutuelle par le dialogue et l'intérêt commun à améliorer la professionnalisation pour une qualité de service. Les différences voire divergences mises à jour deviennent alors source de discussion et d'enrichissement, dépassant les notions de pouvoir ou de mésentente interpersonnelle.

3.1.2 Un processus à mettre en place en commun

Le processus a pour objet de formaliser la conception de l'encadrement de l'établissement. Ce projet global institutionnel est construit selon la méthodologie d'élaboration de projet, après un état des lieux des projets existants et des attentes et besoins des acteurs. Ce diagnostic a pour but d'objectiver le plus possible la situation : inventaire des projets d'encadrement, des ressources mobilisées, mise en évidence des articulations avec le projet pédagogique, recherche des souhaits des équipes de soins, pédagogique et des étudiants sur la base d'entretiens auprès d'un échantillon représentatif. Le projet est accompagné d'une communication aux instances préalablement, et tout au long de son élaboration et de sa mise en œuvre auprès des cadres d'unités, services de soins et de l'IFSI. Le but est de faire percevoir les enjeux et ainsi, mobiliser les acteurs. Toutes les techniques sont utilisés : réunions d'information, intranet, journal interne, nouvelles brèves jointes aux bulletins de salaires...Il se conçoit en équipe pluridisciplinaire, formant un comité de pilotage, de suivi et d'évaluation, qui associe, sur le principe du volontariat, les DSG et DSF, des cadres d'unités, formateurs, infirmières, étudiants de fin d'études, un membre du service qualité. Celui-ci conseille sur la procédure et est garant de l'intégration du projet dans le système qualité de l'établissement. Au sein du COPIL, un groupe projet élabore et propose l'ensemble des documents communs décrits plus loin. La déclinaison de la politique et des choix stratégiques d'encadrement s'inscrit dans le projet de soins et le projet pédagogique comme un élément majeur et indique les valeurs, le dispositif de tutorat reposant sur la fonction de référent et les deux axes à poursuivre en partenariat. Les valeurs énoncées sont sous-tendues par le respect de l'homme, usagers, personnel et étudiants. Il se traduit, principalement, par la reconnaissance de l'autre dans sa dignité et ses compétences. Le premier axe concerne les différentes étapes du processus avec la planification des stagiaires et des référents, l'accueil, l'encadrement clinique, la phase d'évaluation et, enfin, une trame commune des documents

validée par le service chargé de la qualité. Le second axe aborde la notion de référentiel de compétences des infirmières, travaillé par un groupe professionnel et piloté par la DGS et la DHOS et prévu dans la perspective du système LMD et VAE.

3.1.3 Une opportunité : le référentiel de compétences des infirmières

Le projet global institutionnel doit être le promoteur, dans ses choix stratégiques, de l'amélioration de la qualité de l'encadrement. Il me paraît judicieux de proposer d'utiliser dans l'apprentissage des étudiants ce qui sera vraisemblablement et prochainement, la nouvelle ingénierie du diplôme. Le référentiel de formation lui faisant suite sera, quant à lui, à mettre en œuvre dans les instituts à partir de la rentrée 2009. Le référentiel de compétences⁴⁵ a pour ambition d'exprimer des exigences servant de référence et constitue donc le socle pour accompagner la professionnalisation des étudiants. Il a pour but de concilier le profil des professionnels formés et celui des professionnels attendus. L'idée est de l'utiliser comme instrument commun de formation entre les instituts et les stages, élaboré par les cadres de terrain et formateurs. Cette utilisation passe donc par un travail conjoint au sein du COPIL autour de l'outil et de sa place dans l'apprentissage.

Il identifie les composantes du savoir agir infirmier dans des situations de travail données. Il est constitué de dix compétences⁴⁶ qui formulent des nécessités spécifiques dans un domaine particulier, et sont structurées en critères d'évaluation et indicateurs. Pratiquement, il peut être adapté par chaque service selon sa spécificité et utilisé, d'une part, par l'équipe soignante et, d'autre part, par l'étudiant. Pour ce dernier, il présente donc l'offre d'apprentissage et permet de valoriser ce qu'il a pu faire et observer. Pour les soignants, il permet de clarifier le contenu de chaque compétence et d'aider à structurer les bilans intermédiaires formatifs, à mi-stage au minimum, et retranscrire l'évaluation finale.

Afin d'accompagner le développement des compétences, ce guide peut être complété, selon les préconisations de Le Boterf G, par un tableau reprenant trois niveaux d'observation : l'étudiant dans son rôle d'apprenant et de professionnel, dans sa compréhension des situations professionnelles, et enfin,

⁴⁵ Actuellement dans sa version 22

⁴⁶ cf annexe V

dans ses interventions professionnelles. Pour chacun de ces niveaux, sont déclinés différents degrés de prestations demandées par les écoles selon le niveau de formation : initial, maîtrise professionnelle partielle, pour les deux premières années d'études, confirmée et expertise pour la troisième année⁴⁷. Le groupe projet peut travailler le principe de niveau de prestations à atteindre à partir de ce tableau⁴⁸ et, de la même façon pour le référentiel, déterminer des services pilotes volontaires, afin de le tester.

3.2 Un projet à bâtir,

3.2.1 Planification et accueil : les premières phases du processus

Le processus contenu dans le premier axe du projet d'encadrement, se décline sous forme de procédures, et commence par la phase de planification. Elle débute par la répartition des places des étudiants en stage, lien d'organisation largement développé dans les établissements comme nous l'avons vu dans la deuxième partie. Cependant, il serait souhaitable que lors des demandes annuelles de stage, les DSG puissent donner un avis sur les réponses à apporter, selon, notamment, des critères de nombre de stagiaires, de prévision de fermetures éventuelles de lits, d'existence de projet d'encadrement de service et leur évaluation. Afin de remédier au flux trop important d'étudiants aux mêmes périodes, il serait intéressant de réfléchir avec le DSF sur la possibilité d'augmenter le temps de stage de nuit jusqu'à trois semaines, au lieu de deux, celui-ci n'étant, selon le programme, qu'un temps minimum. Ces avis et réflexions pourraient être un espace de discussion avec le DS répondant au concept de partenariat. La planification ne se réalise pas seulement autour des places disponibles, mais aussi des présences et horaires des référents de stage identifiés au préalable. Puis, la phase d'accueil, le premier jour, est standardisée : présentation du référent et son rôle, présentation de l'unité et sa place dans le contexte général de l'établissement, et enfin distribution et présentation du dossier d'accueil normalisé.

⁴⁷ Cf annexe VI

⁴⁸ Ingénierie et évolution des compétences. Paris. Ed d'Organisation. 3^e édition

Celui-ci comprend des informations synthétiques sur, notamment, l'hôpital, les motifs d'hospitalisations des usagers, les activités de soins, les outils et ressources du service, les cibles courantes utilisés dans le cadre des transmissions ciblées, les protocoles, les modalités de suivi et d'évaluation. Il inclut également le référentiel de compétences et le guide de suivi des niveaux de prestations. La phase d'encadrement clinique se fonde sur un élément essentiel : le contrat pédagogique.

3.2.2 Un outil déterminant : Le contrat pédagogique

Dès le deuxième jour de stage un moment d'échange est planifié avec le référent désigné afin d'élaborer le contrat pédagogique. C'est un outil décisif dans l'apprentissage. Lors de sa rédaction, l'apprenant devient actif dans le choix des objectifs d'apprentissage ; Il doit les exprimer simplement, réfléchir à la façon d'acquérir de nouvelles compétences et connaissances, ainsi qu'à la façon de contrôler si les objectifs sont atteints. Ainsi, Il présente son parcours de formation, ses objectifs personnels et les moyens pour les atteindre aux personnes présentes et impliquées dans son encadrement. L'offre de soins du service exposée oralement et contenue dans le dossier d'accueil distribué la veille, est confrontée aux objectifs énoncés. L'adéquation entre la demande et l'offre est analysée, le contrat pédagogique négocié, et écrit dans un contrat-type. Il est signé par l'étudiant et le référent et enfin classé pour un accès facile par tous.

Un accord est donc scellé et représente un engagement réciproque. Sa mise en place nécessite une réflexion du COPIL afin de déterminer sa place dans un nouvel outil de suivi individuel d'apprentissage, outil à repenser dans son ensemble, n'étant pas utilisé actuellement par les stagiaires et encadrants.

3.2.3 Un encadrement clinique et une évaluation propice à une alternance intégrative

Afin de favoriser une alternance intégrative et à s'interroger sur leur pratique, l'encadrement clinique par le référent se fait à partir de situations-problèmes. Ainsi, chaque journée de stage fait l'objet, en début de quart, d'une négociation entre l'étudiant et le référent du choix d'une ou de plusieurs situations de soins adaptée au niveau de formation, aux objectifs fixés dans le contrat pédagogique et enfin au référentiel de compétences du service. Ce choix s'effectue après la prise de connaissance des transmissions et la consultation des dossiers de soins retenus. L'infirmière référente présente

alors la ou les situations, et supervise directement ou indirectement, tout au long du quart, grâce à des échanges et conseils. L'incitation à utiliser les outils de référence tels les protocoles, dossiers individuels et d'accueil, favorise le développement des capacités à baser ses actions sur des références reconnues et à favoriser leur autonomie. En fin d'horaire, un bilan de la journée est fait entre l'étudiant et le référent avec l'objectif de valoriser les points positifs et mettre en évidence les points à améliorer. Le cas échéant, une réflexion réajuste les objectifs et détermine les moyens utiles à la progression de l'apprentissage.

L'évaluation de stage se fait à deux niveaux : d'abord le niveau d'obligation réglementaire par la fiche de notation de stage, ensuite, le niveau institutionnel défini dans le projet global d'encadrement. S'agissant du second niveau, l'évaluation débute par une auto-évaluation de l'acquisition des compétences telles que définies dans le guide, au regard du stade de formation et des prestations attendues et est complétée par l'appréciation des compétences acquises sur la base du référentiel. Après confrontation des avis, des échanges sont réalisés sur les points positifs et à améliorer, entre le référent, les personnes impliquées dans l'encadrement et l'étudiant. L'évaluation est cochée sur le guide, afin de simplifier le procédé⁴⁹. Le document est signé par le référent et l'étudiant, puis transmis à ce dernier.

3.3 Une stratégie d'accompagnement

3.3.1 Les cadres de santé, acteurs incontournables à accompagner

L'arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé précise que : *« le bon fonctionnement de nos structures de santé, qu'elles soient hospitalières ou de formation, dépend largement de la place de cadres de santé et de leur compétence, qui est déterminante pour la qualité des prestations offertes tant aux patients qu'aux étudiants ».*

Acteurs incontournables, ils se situent donc, au centre du processus, en étant chargés d'organiser l'accueil et l'encadrement des étudiants dans les services de soins. Le pilotage du projet global au sein des équipes qu'ils managent, se traduit par l'élaboration et la conduite du projet de service qui en découle. Il est de la responsabilité du DSG de mettre en place les conditions nécessaires

⁴⁹ cf annexe VII

la construction du projet, le DSF devant apporter, en coproduction, ses compétences pour l'accompagnement des cadres d'unités.

La formalisation de cet accompagnement se concrétise dans la déclinaison d'une politique et d'une procédure validée par le COPIL du projet institutionnel d'encadrement.

3.3.2 Référents et compagnons : des guides à soutenir

Les propositions faites plus haut s'appuient largement sur la mise en place de référent de stage. En effet il est considéré aujourd'hui comme est un moyen indispensable dans le cadre du dispositif de tutorat s'opérant en situation professionnelle visant un apprentissage expérientiel. Il a un rôle de guidance, de transmission de connaissances, de socialisation, d'insertion et d'évaluation. Dans ce procédé, le choix et la formation du référent sont essentiels. D'abord, cette fonction ne saurait être imposée. Et elle nécessite un contexte managérial facilitateur et une implication des acteurs du service.

D'autre part, elle impose des compétences relationnelles, pédagogiques et organisationnelles. De plus, le référent 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 pour guider un parcours d'apprentissage.

Fabienne Ellu⁵⁰ propose un type de formation, pertinent avec les préconisations vues plus haut, portant sur : l'identification des missions du tuteur, l'analyse de l'activité professionnelle qui, dans la présente recherche est basée sur le référentiel de compétences, 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. Il paraît aussi indispensable de favoriser les rencontres entre les référents dans un but de régulation et d'apport d'informations. Ces rencontres visent également à l'harmonisation des pratiques dans l'établissement. Le projet institutionnel prévoit une Charte précisant les activités du référent décrites dans le processus d'encadrement, ses relations avec l'étudiant et inclut l'obligation de formation validée par les deux parties. Cette procédure a pour objectif associé, la valorisation institutionnelle de la mission de tutorat des infirmières, prenant du temps, perçue comme retiré à la structure au regard des impératifs de production. En

⁵⁰ La lettre du CEDIP N°9. avril 1999

effet, aujourd'hui, à défaut d'une valorisation financière, l'effet positif à mettre en avant réside dans le fait que la mission de référent représente un espace de réflexion sur leur propre travail et que la reconnaissance est une reconnaissance d'estime. La valorisation du rôle du référent relève de la responsabilité du DSG, et se fait notamment au travers de sa place centrale dans le processus et la description dans la Charte de ses activités, ce qui pourra amener les décideurs de l'établissement à réfléchir sur des moyens d'incitation telle, par exemple, une indemnité financière.

L'idée du compagnonnage repose sur la réalisation d'actes professionnels. Il est à distinguer du tutorat par un référent, qui lui, relève de l'ingénierie de formation définissant un parcours de professionnalisation tenant compte des besoins de l'apprenant et des moyens mobilisables. Parmi ceux-ci, le référent repère le professionnel approprié, en fonction de l'activité qui peut être purement technique. Ainsi le référent a un rôle de conseil, facilitateur et le compagnon qui peut-être infirmier, aide-soignant, agent d'entretien, intervient sur un savoir-faire, acquis par l'expérience et sa capitalisation. Ce dispositif, facile à mettre en œuvre, permet de mobiliser les compétences adaptées aux besoins de l'étudiant, et décharger, en matière de temps, le référent.

3.3.3 Un processus à évaluer

Le processus, validé lors de sa mise œuvre par le COPIL, sera revu chaque année, au même mois, et les procédures et documents mis à jour. Pour assurer le suivi des projets de services, le DSG transmet annuellement une grille d'indicateurs de suivi et de résultat, à renseigner par les cadres d'unités et analysée par ses soins. Afin d'améliorer les prestations d'encadrement, le projet institutionnel prévoit également une évaluation par chaque étudiant, sur une trame commune de questionnaire validé dans son aspect méthodologique par la cellule qualité. Les questions sont fermées pour simplifier le dépouillement et balayent l'ensemble du processus : la qualité de l'accueil, du dossier d'accueil, de l'encadrement clinique, des liens entre les situations choisies et le référentiel de compétence du service... Ce temps de réponse est complété par un échange avec le référent afin de clarifier certains points. L'analyse des résultats des questionnaires étudiants est effectuée dans le service et utilisée à de fins statistiques et dans la perspective d'un suivi de la qualité et de mise en place d'actions correctives. Elle est transmise au COPIL, au DSG qui inclut l'ensemble des résultats dans son rapport d'activités annuel.

CONCLUSION

« Chercher à connaître n'est souvent qu'apprendre à douter »⁵¹.

Ce travail de recherche m'a permis une réflexion approfondie sur les notions d'apprentissage et l'importance d'une collaboration entre DSG et DSF dans la réussite de la professionnalisation des infirmières. Il m'a aussi conduite, à la fin du travail, à me questionner de façon plus approfondie, sur la cause initiale de la problématique de l'encadrement. En effet, les solutions répondant aux hypothèses émises semblent évidentes et pourtant, la question de savoir pourquoi elles se mettent en place si difficilement, reste posée. Je suis persuadée que chaque directeur de soins est naturellement d'accord avec la problématique et les actions, préconisées classiquement. C'est pour cela que, une fois le sujet étudié, comme je l'ai fait très modestement dans cette recherche, la véritable question sera sans doute, dans un second temps, d'analyser plus précisément les freins institutionnels et ceux liés aux personnes, puis de chercher de quelle façon tenter de les lever. A priori, ils sont multiples et variés : priorités divergentes, enjeux de pouvoir, gestion du temps. Ils sont dépendants d'une conjoncture difficile, dans des institutions souvent en crise, dans laquelle chacun tâche de trouver sa place au service des réformes et des injonctions diverses. Toutefois, l'on sait que les changements induisent des crises, qui, elles-mêmes engendrent des changements. C'est ce mécanisme qui permet d'avancer, et de passer d'un état à un autre. Il en est de même pour le partenariat des directeurs de soins gestion et formation dans un environnement de plus en plus exigeant, dans le domaine de la qualité et de la gestion de la démographie infirmière. Les intérêts communs de qualité des soins par l'amélioration de la professionnalisation des infirmières, et leur fidélisation par des conditions d'apprentissage satisfaisantes, doivent devenir un point de rencontre et de travail commun. La dynamique de partenariat, créée par l'exemple, ne peut qu'avoir un impact positif sur les cadres de soins, formateurs, et les équipes soignantes.

« Les exemples ne montrent pas seulement comme il faut faire, mais aussi impriment affection de le vouloir faire »⁵².

⁵¹ Madame Deshoulières, femme de lettres française, 1637-1664

⁵² Jacques Amyot, humaniste français, 1513-1593

Bibliographie

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

MINISTERE DU TRAVAIL et de la PARTICIPATION. Loi n°80-526 relative aux formations professionnelles alternées organisées en concertation avec les milieux professionnels. Journal officiel, du 13 juillet 1980, disponible sur internet : <http://.legifrance.gouv.fr>

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Ordonnance n° 2005-406 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. Journal officiel, n°102 du 3 mai 2005, disponible sur internet : <http://.legifrance.gouv.fr>

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs de soins de la fonction publique hospitalière. Journal officiel, n°95 du 23 avril 2002, disponible sur internet : <http://.legifrance.gouv.fr>

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Circulaire n°2001-475 du 3 octobre 2001 relative aux études conduisant au Diplôme d'Etat d'infirmier. Bulletin officiel, du 4 octobre 2001, disponible sur internet : <http://.legifrance.gouv.fr>

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des Instituts de formation paramédicaux. Journal officiel du 10 mai 2007, disponible sur internet : <http://.legifrance.gouv.fr>

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé. Journal officiel du 20 août 1995, disponible sur internet : <http://.legifrance.gouv.fr>

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Arrêté du 30 mars 1992 relatif aux conditions de fonctionnement des Institut de formation en soins infirmiers, disponible sur internet : <http://.legifrance.gouv.fr>

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Arrêté du 23 mars 1992 relatif aux études conduisant au Diplôme d'Etat infirmier. Journal officiel du 3 avril 1992, disponible sur internet : <http://legifrance.gouv.fr>

OUVRAGES

BLANCHET A. GOTMAN A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Paris, Nathan Université. 1992.

CLENET J, GERARD G. Partenariat, alternance et éducation : des pratiques à construire. Paris. L'Harmattan. 1994.

GEAY A. L'école de l'alternance. Paris, L'Harmattan, 1996.

LE BOTERF G. Professionnaliser : le modèle de la navigation professionnelle. Editions d'Organisation , 2007.

LE BOTERF G. Construire les compétences individuelles et collectives. Editions d'Organisation, 2004.

MAUDUIT-CORBON M. Alternances et apprentissages ; Collection Nouvelles Approches. Hachette Education. Paris . 1996.

MERINI C. La fonction d'encadrement. Paris. Editions d'Organisation. 1996.

PARMENTIER P. et PAQUAY L. En quoi les situations d'enseignement / apprentissage favorisent-elles la construction des compétences ? Développement d'un outil d'analyse : le Comp. AS. Louvain-la - Neuve UCL, Grifed, 2002.

POUPARD R, LICHTENBERGER Y, LUTTRINGER J-M , MERLIN C. Construire la formation professionnelle en alternance. Editions d'Organisation, 1995.

SORREL M, WITTORSKI R. La professionnalisation en acte et en question. Paris, L'Harmattan, 1997.

REVUES

ALTET M. L'analyse de pratiques en formation initiale : développer une pratique réflexive sur et pour l'action. Education Permanente, n° 160, 2004.

Aymar Gilles-Casas Norbert, Lettre du CEDIP, Le management des compétences, janvier 1999

BARBIER N, NKOUM A. Pour un bon usage de l'alternance à l'intention des personnels de santé. Objectifs soins, formation pédagogique, n° 34, 2001.

BOUSQUIE D. L'alternance : le choix des possibles. Soins formation Pédagogie et Encadrement, n°6, 1993.

DENJEAN Michel, Lettre du CEDIP, Compagnonnage et compétences, pourquoi ? Comment ?, juin 2002

D'ELLOY G. Formation en alternance : entre théorie et pratique ; Informations Sociales, n°72, 1998.

DESPLEBIN M. Partenariat et IFSI. Soins formation Pédagogie et Encadrement , n°18, 1996.

FONTENEAU R. L'alternance partenariale. Education Permanente, n°115, 1993.

ELLUL Fabienne. Lettre du CEDIP, L'alternance, janvier 1999.

ELLUL Fabienne, Lettre du CEDIP, Quelques clés d'entrée pour manager le tutorat, avril 1999

LERBET G, Alternance et cognition, Education Permanente, 1993

LHEZ-MILLET-SEGUIER. Alternance et complexité en formation. Education et Santé, travail social. Paris, Editions Seli Arslan, 2001.

MARROIS C. Le partenariat : concept ou objet d'analyse. Education Permanente, n°131, 1997

DIVERS

Association REBIS, 1996, Eléments de problématique pour l'ingénierie de formation d'adulte, sans signataire, disponible sur internet : <http://.jfa04.chezalice.fr/reb1.html>

DEMAIZIER F, mai 2003, IUFM de VERSAILLES, disponible sur internet : <http://.AEM-Autonomie> : objectif ou pré-requis ?

DHOS , 2eme édition 2001, Guide du service de soins infirmiers, disponible sur internet : <http://.DHOS> : soins infirmiers-Normes de qualité

DURAND C, juillet 2003, L'alternance comme dispositif d'apprentissage, disponible sur internet : <http://.cadredesanté.com>

GALONDE O- VERSTRATEN D-CANI P, Partenariat IFSI et DSI : les éléments d'une démarche qualité, 2004, Info CEFIEC

VAGNAIR André, 2004, (en ligne) Etudiants en soins infirmiers, Concept d'encadrement, Guide des procédures: Centre Hospitalier Universitaire Vaudois

VIGNATELLI W, L'alternance, 2004, Info CEFIEC

Liste des annexes

Annexe I : Questions entretiens pré-enquête

Annexe II : Guides d'entretiens enquête

Annexe III : Extrait grille d'analyse des entretiens

Annexe IV : Tableau pour l'analyse des projets pédagogique et de soins

Annexe V : Les dix compétences du référentiel infirmier

Annexe VI : Tableau des niveaux requis pour l'étudiant

Annexe VII : Guide de l'appréciation des compétences sur la base des référentiels

ANNEXE I

GUIDE ENTRETIEN PRE-ENQUETE

1. Que représente pour vous le système d'alternance école/stage dans les études des infirmières ?
2. Comment les deux sont-ils articulés dans l'établissement ?
3. Pouvez-vous m'en donner des exemples ?
4. Existe-t-il un projet institutionnel d'encadrement ?
5. Quelles relations y a t'ils entre les partenaires institut/unités de soins ?
6. Pensez-vous qu'elles soient suffisantes ?
7. Quels professionnels sont pour vous les initiateurs du partenariat ?

ANNEXE II

GUIDE D'ENTRETIEN POUR ENQUETE

1. Pourriez-vous relater brièvement votre parcours professionnel ?

Alternance /articulation:

2. Pour vous, quelle est l'utilité de l'alternance stage/école ?
3. Qui organise les stages ?
4. Comment ?
5. En dehors de l'organisation des stages, quels sont vos liens avec les stages ?
6. Ces liens sont-ils formels ?
7. Avec qui ? selon quelles modalités ? à quel rythme ?
8. A l'école, comment exploitez-vous le stage ?
9. Diriez-vous que l'articulation existe ?
10. Si oui, en quoi ?
11. Si non, pourquoi ?

Continuum/cohérence

12. Quelle est la place des stages dans le projet pédagogique ?
13. Comment organisez-vous le système de va et vient entre la pratique et la théorie ?
14. Connaissez-vous la politique d'encadrement de l'établissement de soins ?
15. Connaissez-vous des projets d'encadrement d'unités de soins ?
16. D'après ce que vous en savez, comment est organisé l'encadrement des étudiants en stage ?
17. Le système de tutorat existe t'il ?
18. Le croyez-vous utile ?
19. Pourquoi ?
20. Etes-vous sur le terrain ?
21. Pourquoi ?
22. Diriez-vous que la cohérence existe ?
23. Si oui, en quoi ?
24. Si non, pourquoi ?

Partenariat

25. Quels projets et travaux communs avez-vous avec les acteurs de terrain ?
26. Considérez-vous que les liens existants sont des liens de partenariat ?
27. Si oui, en quoi ?
28. Si non, pourquoi à votre avis ?
29. Comment qualifieriez-vous vos relations avec les stages ?

30. Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

ANNEXE III

EXTRAIT GRILLE D'ANALYSE ENTRETIENS

Acteur, attitudes, remarques personnelles	W séquence théorie/pratique	X projet pédagogique/projet soins	Y organisation des stages	Z partenariat DSG/DSF
R DSG 1 ,6 ans		Dans projet de soins : cf « liens de partenariat... »	A délégué un CSS pour projet « amélioration de l'encadrement... »	PAS de collaboration
R DSF 2, ancien Silences, hésitations	Soignants pour formation Intervenants soignants ds modules optionnels, argumentation TFE Analyse situation de stage par soignants MAIS contrainte budgétaire, on compte pour les intervenants Soignants très participatifs MAIS manque de temps...	Formateur ds certains projets d'encadrement DS adjointe ds éducation thérapeutique CLIN CLUD Si sollicités : oui ... Protocoles enseignés mais non appliqués en service	Responsable stage	Formateur dans commission protocoles DS ajointe dans collège cadre PAS de travail de collaboration, accord du DSG pour travail commun mais, malgré sollicitations, pas de réponse...
L DSG 3, ancien Ne montre pas d'intérêt particulier à la problématique...				PAS de collaboration
L DSF 4, ancien	Les cadres viennent pour cours théoriques mais pas les IDE	Dit : « attente des services en matière d'encadrement... »	Pris en charge par 1 formateur / année, demandes directes aux cadres des unités Pas réellement organisé avec services, mais cette année travail sur répartition stagiaires	PAS de collaboration
R 5, 1,5 an dans fonction amélioration encadrement stage	Ne s'en occupe pas	Etat des lieux des projets de service	Etat des lieux, pas de travail avec coordonnatrice stage IFSI Cf projet : centraliser la gestion...	PAS politique encadrement en vue...
R 6, 50% quotité temps de travail Remarque : insuffisance de méthode pédagogique dans projet, dans discours, qui est : « elles croient tout savoir...elles ne demandent pas assez...ne sont pas acteurs...on leur montre...les éduquer ...Ne présentent jamais le carnet de route, mais on ne le demande jamais... »	Neuro-chir :Projet d'encadrement : théorie car quasiment absente à l'école ;	Projet d'encadrement :Accueil le mardi seulement par IDE ou cadre, cours théorique 2h par IDE sur anat-phy + cours théorique sur pathologies . Groupe de plusieurs étudiantes Gère plannings et évaluations des stagiaires à partir des courriers adressés aux cadres qui ont donné leur accord. Détermine référents qui font bilans à la demande des élèves		

ANNEXE IV

TABLEAU ANALYSE PROJETS

	PROJETS PEDAGOGIQUES			PROJETS DE SOINS	
	Etablis 1	Etablis 2		Etablis 1	Etablis 2
Place des stages			Modalités d'accueil		
Organisation des stages			Modalités d'encadrement		
Liens avec les acteurs de terrain			Place des formateurs		

REFERENTIEL :LISTE DES DIX COMPETENCES
(DHOS document de travail. V22 avril 2008)

Compétences

1. **Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens**
2. **Evaluer une situation clinique**
3. **Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers**
4. **Mettre en œuvre des thérapeutiques et des examens**
5. **Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs**
6. **Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins**
7. **Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle**
8. **Traiter les informations pour assurer la continuité des soins**
9. **Organiser et coordonner les interventions soignante**
10. **Informier, former des professionnels et des personnes en formation**

ANNEXE VI (Tiré du document d'évaluation du CHU Vaudois. Lausanne,)

Le tableau reprend les différents niveaux de prestations demandés par les écoles selon le niveau de formation.

Le 1^{er} cycle comprend les 2 premières années de formation. Le 2^{ème} cycle comprend les 2 dernières années de formation. La colonne mise en évidence est le niveau requis pour l'étudiant.

	Niveau attendu en fin de 1 ^{er} cycle		Niveau attendu en fin de 2 ^{ème} cycle	
Niveau, axed'observation	I. Niveau initial	II. Niveau « maîtrise professionnelle partielle »	III. Niveau « maîtrise professionnelle affirmée »	IV. Niveau « expertise »
1. L'étudiant dans son rôle d'apprenant et de professionnel	<ul style="list-style-type: none"> • Questionne, recherche • Observe des modèles • Exécute • S'implique 	<ul style="list-style-type: none"> • Recherche et fait des propositions • Confronte les modèles à sa conception • Prend des positions professionnelles • Nomme ses limites et ressources par rapport à son apprentissage 	<ul style="list-style-type: none"> • Prend des décisions et les argumente • Dispose d'une autonomie dans les pratiques courantes • Se positionne comme professionnel • Pose les limites de ses compétences et développe les ressources nécessaires à leur dépassement 	<ul style="list-style-type: none"> • Adapte ses décisions, les argumente • Dispose d'une autonomie importante • S'engage comme professionnel • Auto-régule ses apprentissages en fonction des compétences à développer
2. L'étudiant dans sa compréhension des situations professionnelles	<ul style="list-style-type: none"> • Fait preuve d'une vision très partielle des situations • Mobilise des savoirs morcelés et décontextualisés • Comprend le projet de soins 	<ul style="list-style-type: none"> • Fait preuve d'une vision très partielle des situations • Mobilise des savoirs fragmentaires avec aide • Ebauche l'analyse des situations • Comprend et participe au projet de soins et à sa réalisation 	<ul style="list-style-type: none"> • Prend en compte la complexité des situations • Mobilise spontanément des savoirs multiples et contextualisés • Analyse les situations • Elabore, argumente et réalise le projet de soins 	<ul style="list-style-type: none"> • Appréhende la complexité des situations • Mobilise rapidement des savoirs combinés pertinents • Analyse les situations et anticipe leurs évolutions • Adapte, innove, propose des alternatives dans le projet de soins
3. L'étudiant dans ses interventions professionnelles	<ul style="list-style-type: none"> • Découvre des méthodes et techniques • Applique des interventions professionnelles sous supervision 	<ul style="list-style-type: none"> • Respecte les méthodes et techniques, fait des propositions d'adaptation • Applique correctement des interventions professionnelles • Fait preuve d'une efficacité limitée 	<ul style="list-style-type: none"> • Adapte les méthodes et techniques aux situations • Maîtrise les interventions professionnelles courantes • Fait preuve d'efficacité 	<ul style="list-style-type: none"> • Innove, propose des alternatives en matière de méthodes et techniques • Maîtrise l'ensemble des interventions professionnelles • Fait preuve d'efficience

ANNEXE VII * (Exemple concernant la compétence 10)

Nom, prénom :

Compétence 10 :

Informier, former des professionnels et des personnes en formation

	Observé	Non observé
1. Organise l'accueil et l'information d'un stagiaire et d'un nouvel arrivant professionnel dans le service, la structure ou le cabinet de soin		
2. Organise et supervise les activités d'apprentissage des étudiants		
3. Évalue les connaissances et les savoir-faire mis en œuvre par les stagiaires en lien avec les objectifs de stage		
4. Supervise et évalue les actions des AS, AP, et AMP en tenant compte de leur niveau de compétence et des contextes d'intervention dans le cadre de la collaboration		
5. Transfère son savoir-faire et ses connaissances aux stagiaires et autres professionnels de santé par des conseils, des démonstrations, des explications, et de l'analyse commentée de la pratique		
6. Anime des réflexions sur la santé et l'organisation des soins auprès d'acteurs de la santé		

Critères d'évaluation :	Indicateurs :
<i>Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?</i>	<i>Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?</i>
1 - Qualité de l'organisation de la collaboration avec un aide-soignant	<ul style="list-style-type: none"> - Les soins relevant du rôle propre et qui peuvent faire l'objet d'une collaboration avec les AS sont identifiés et pris en compte dans l'action - La pratique d'un aide-soignant dans le cadre de la collaboration est évaluée et les erreurs signalées
2 - Qualité de l'accueil et de la transmission de savoir-faire à un stagiaire	<ul style="list-style-type: none"> - Une démarche d'accueil est mise en œuvre et les informations nécessaires sont transmises - Les explications nécessaires sont apportées à un stagiaire - La transmission de savoir-faire est assurée avec pédagogie en conformité avec le niveau de formation du stagiaire

*Ce document est à lire en début de stage, complété une fois par semaine et conservé par l'étudiant, avec copie pour le service.