



**EHESP**

---

**Directeur des Soins**

Promotion : **2010**

Date du Jury : **Septembre 2010**

---

**L'encadrement en stage des  
étudiants en soins infirmiers :  
un enjeu pour la Direction des Soins**

---

**Valérie LAMASSE**

---

# Remerciements

---

Je tiens à remercier :

Les professionnels qui ont accepté de me consacrer un peu de leur temps afin de réfléchir ensemble à une problématique commune ;

Karine CHAUVIN, pour ses précieux apports méthodologiques ;

Nadine GARTAU, pour ses conseils avisés et son accueil dans ma future région d'affectation ;

Et bien sûr les membres de mon entourage familial et affectif pour la patience dont ils ont fait preuve et leur soutien sans faille au cours des deux années écoulées...

*A Flo et à mon père,  
l'énergie consacrée à surmonter la douleur de leur disparition a contribué  
à la dynamique de mise en œuvre de mon projet professionnel.*

---

# Sommaire

---

<b>Introduction</b> .....	<b>1</b>
<b>I. Histoire d'un changement</b> .....	<b>3</b>
<b>A. Des principes de formation spécifiques aux étudiants infirmiers</b> .....	<b>3</b>
1. Le cadre réglementaire .....	3
2. L'alternance: un principe essentiel.....	3
3. Représentations sociales et autonomie professionnelle .....	4
<b>B. La formation des infirmiers de demain</b> .....	<b>5</b>
1. Un nouveau programme pour un contexte en mutation.....	5
2. Un programme à la philosophie actualisée .....	5
3. Activités et compétences : les pivots du nouveau référentiel.....	6
4. Des acteurs au rôle précisé .....	7
5. Des outils adaptés .....	8
6. La pratique réflexive comme principe d'apprentissage .....	8
7. De nouvelles modalités d'évaluation.....	9
8. Au centre du dispositif : l'étudiant et son implication .....	9
<b>C. Le changement, un concept complexe</b> .....	<b>10</b>
1. La transition et ses enjeux .....	10
2. Les leviers d'un changement réussi.....	11
3. Les étapes du changement.....	11
4. La résistance au changement.....	12
<b>II. Une recherche pour répondre aux hypothèses</b> .....	<b>13</b>
<b>A. Les méthodes d'investigation et leurs limites</b> .....	<b>13</b>
1. Les entretiens .....	13
2. Les autres méthodes utilisées .....	13
3. Les limites de la recherche .....	14
<b>B. Des éléments de réponse aux questionnements</b> .....	<b>14</b>
1. Les freins au changement ralentissent-ils l'intégration de la réforme par les professionnels ? .....	14
2. Les concepts et la philosophie du nouveau programme sont-ils intégrés par les professionnels de proximité ?.....	18

3.    Quelle concertation entre les équipes pédagogiques des instituts de formation et les professionnels accueillant les étudiants en stage ? .....	20
<b>C. Pourquoi les modalités d'encadrement des étudiants infirmiers sont-elles difficiles à intégrer dans le cadre de la réforme des études ? .....</b>	<b>22</b>
<b>III. Perspectives et propositions d'actions .....</b>	<b>23</b>
<b>A. Une priorité annoncée.....</b>	<b>23</b>
1.    Un environnement adapté .....	23
2.    Une communication construite .....	23
3.    Deux axes prioritaires .....	24
<b>B. Une concertation incontournable .....</b>	<b>24</b>
1.    Entre directeurs des soins .....	25
2.    Entre cadres formateurs et cadres de proximité.....	26
3.    Entre cadres formateurs et professionnels de proximité .....	26
<b>C. Une politique déclinée .....</b>	<b>27</b>
1.    Au regard du concept de changement .....	27
2.    Au regard du nouveau programme.....	30
3.    Au regard de la politique d'encadrement des étudiants.....	31
<b>Conclusion.....</b>	<b>33</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>35</b>
<b>Liste des annexes .....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

CSIRMT	Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
CSF	Cadre de Santé Formateur
CSP	Cadre de Santé de Proximité
CSS	Cadre Supérieur de Santé
DS	Directeur des Soins
DSF	Directeur des Soins en institut de Formation
DSE	Directeur des Soins en Etablissement
EHESP	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
HPST	Hôpital Patients Santé Territoires
IDE	Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat
IFCS	Institut de Formation des Cadres de Santé
IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers
LMD	Licence – Master - Doctorat
MSP	Mise en situation professionnelle
RNCP	Répertoire National de Certification Professionnelle

## Introduction

Le nouveau programme infirmier est mis en œuvre depuis la rentrée de septembre 2009. Au cours de nos années d'exercice, nous avons pu observer combien les pratiques d'encadrement des étudiants pouvaient être fluctuantes d'un secteur d'activité à l'autre. A l'heure où les organisations évoluent, où la loi Hôpital Patients Santé Territoires (HPST) invite à l'ouverture et aux collaborations entre milieux hospitaliers et extra hospitaliers et entre le sanitaire et le social, un nouveau programme des études infirmières implique une remise en cause des politiques et modalités d'encadrement des étudiants en stage, afin de former des professionnels adaptés au monde de la santé de demain.

Ayant constaté les difficultés parfois générées par l'encadrement des étudiants alors même que ce nouveau programme n'était pas encore d'actualité, nous avons également été le témoin des interrogations relatives à celui-ci, dès que son contenu a été explicité aux équipes soignantes. Le référentiel de formation de septembre 2009 décrit de nouvelles modalités de raisonnement, d'encadrement et d'évaluation des étudiants.

Cependant, la mise en œuvre de ces changements intervient à une époque troublée : contextes financiers imposant souvent un redimensionnement des équipes, restructurations qui impliquent l'ensemble des professionnels, mobilités éventuelles au sein des pôles... Les cadres de proximité et les cadres supérieurs de santé sont eux aussi très impliqués dans la mouvance des organisations.

Si l'encadrement des étudiants en stage relève des missions des équipes tel que le stipule le décret 2004-802 du 29 juillet 2004, la mise en place du nouveau référentiel de formation exige d'y consacrer le temps supplémentaire nécessaire, lié à l'assimilation et la mise en œuvre du nouveau programme. Pour autant, les étudiants qui relèvent encore de l'ancien cursus de formation doivent pouvoir terminer leurs études dans de bonnes conditions. Cette concomitance des deux cursus doit être en mesure de représenter une richesse et non un handicap, mais majore potentiellement les difficultés des équipes à accompagner chaque futur professionnel de façon individualisée.

Les étudiants sont formés à temps égal dans les instituts de formation (IFSI) et en stage. Le décret 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins spécifie que ce dernier « est responsable des étudiants lors de leurs stages au sein de l'établissement ». Il est en cela tenu de s'assurer que l'encadrement des étudiants correspond à la qualité attendue. Le nouveau référentiel métier des directeurs des soins<sup>1</sup> précise quant à lui les facteurs d'évolution et les missions, tant dans la gestion des établissements de santé que dans celle des instituts de formation. La collaboration entre

---

<sup>1</sup> DGOS-CNG, mars 2010, Référentiel métier de Directeur des soins

les deux structures y est clairement évoquée, tant au niveau des missions du directeur d'institut de formation qui « est responsable du partenariat avec les établissements pouvant accueillir des stagiaires » ; que dans le descriptif des activités du directeur des soins en établissement qui doit « définir et mettre en œuvre une politique d'accueil et d'encadrement des étudiants paramédicaux en stage, en collaboration avec les directeurs des instituts et écoles de formation ». Par ailleurs, l'attractivité d'un établissement dépend souvent de l'accueil que les futurs professionnels ont reçu au cours de leurs stages dans l'établissement auquel est adossé leur institut de formation. De la qualité de la politique d'encadrement peuvent donc dépendre les potentialités de recrutement.

Pour toutes ces raisons, il nous a paru important de réfléchir à ce qui posait question dans l'encadrement des étudiants dans ce contexte de mise en place du nouveau référentiel de formation. Notre questionnement sera donc le suivant : **pourquoi les modalités d'encadrement des étudiants infirmiers sont elles difficiles à intégrer par les équipes de terrain, dans le cadre de la réforme des études ?**

Afin d'identifier les réponses à cette question, nous avons envisagé trois hypothèses :

- ✓ Le passage de « l'acquisition de connaissances » au « développement de compétences » implique un changement pour les soignants. Notre première hypothèse repose sur le fait que des freins aux changements ralentissent l'intégration de la réforme par les professionnels.
- ✓ Le fait que les concepts et la philosophie du nouveau programme puissent ne pas être encore intégrés par les professionnels de proximité, constituera notre seconde hypothèse. Ce défaut d'assimilation des principes pourrait être à l'origine des difficultés éprouvées par les équipes.
- ✓ Enfin, nous nous interrogerons sur l'hypothèse d'un manque de concertation entre les équipes pédagogiques des instituts de formation en soins infirmiers et les acteurs accueillant les étudiants en stage autour d'un projet commun : celui de former des professionnels adaptés au monde actuel de la santé.

Afin de cerner le sujet, nous consacrerons une première partie à rappeler les différentes données qui caractérisent ce nouveau programme. Nous y aborderons également différents concepts en rapport avec nos hypothèses. Dans la seconde partie, nous décrirons la méthodologie de notre recherche, comprenant des entretiens auprès de professionnels et un recueil d'avis tout au long de notre année de formation. Nous analyserons ensuite le contenu des informations recueillies en lien avec les trois hypothèses formulées, afin de pouvoir confirmer ou infirmer celles-ci. A partir de ces éléments de réponse, nous envisagerons dans une troisième partie les axes de travail qui nous semblent important de développer, dans le cadre de notre futur exercice professionnel de directeur des soins en établissement.

# **I. Histoire d'un changement...**

## **A. Des principes de formation spécifiques aux étudiants infirmiers**

Afin de cibler notre recherche, nous envisagerons uniquement les principes relatifs à la formation en stage.

### **1. Le cadre réglementaire**

Faisant suite au programme datant de 1992, l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier définit les nouvelles modalités de la formation. Les annexes parues au bulletin officiel n°2009/7 précisent cet arrêté. L'annexe 3 spécifie notamment les modalités pédagogiques de la formation clinique en stage, les objectifs de stage et le rôle des responsables de l'encadrement. L'organisation des stages au cours des six semestres de formation y est détaillée, ainsi que les possibilités de parcours de l'étudiant au travers des quatre types de stage : courte durée, santé mentale et psychiatrie, soins de longue durée et soins de suite et de réadaptation et enfin soins individuels ou collectifs sur des lieux de vie. Enfin, l'annexe précise également les conditions d'agrément des stages et les modalités d'évaluation de l'étudiant.

La circulaire interministérielle du 26 juin 2009<sup>2</sup> prévoit la délivrance du grade de licence aux infirmiers diplômés d'Etat, rendue possible grâce à la construction du référentiel de formation selon les normes universitaires européennes.

### **2. L'alternance: un principe essentiel**

Le nouveau référentiel de formation prévoit 2100 heures de stage réparties sur les trois années d'études. La formation infirmière a depuis toujours été organisée en alternance entre l'IFSI et les terrains de stage. L'objectif est de permettre à la fois un transfert des connaissances aux réalités de terrain ainsi que l'acquisition de connaissances, puis de compétences, qui ne peuvent s'acquérir qu'au travers des situations de travail. Il ne s'agit pourtant pas d'une simple juxtaposition de périodes. Pendant le stage, l'étudiant ne fait pas qu'observer. Il utilise les connaissances acquises en institut de formation, il les restitue, apprend à les transférer d'une situation à l'autre. De retour en IFSI, il analyse ses pratiques professionnelles. Les deux logiques d'apprentissage sont complémentaires. Pour C. CATTIAUX le nouveau programme de formation incite à une « coopération revisitée »<sup>3</sup> impliquant une réflexion autour de la « co-responsabilité », de la « co-

---

<sup>2</sup> Circulaire interministérielle N° DHOS/RH1/DGESIP/2009/201 du 26 juin 2009 relative à la délivrance du grade de licence aux infirmiers diplômés d'Etat.

<sup>3</sup> CATTIAUX C., « Le stage, une coopération revisitée pour une dynamique d'apprentissage réinventée », *Soins cadres* sup n°70, p. 4.

construction » et de la « co-évaluation ». L'alternance permet à l'étudiant de se confronter à divers milieux et contextes professionnels qui permettent d'enrichir ses acquisitions tout au long de sa formation. Pour V. COHEN-SCALI, l'intégration dans une entreprise permet de confronter l'étudiant aux « traditions, valeurs et rites » de l'organisation, mais elle permet également le développement de la confiance en soi, des représentations sociales et des projets d'avenir<sup>4</sup>. La construction des études infirmières selon des modalités d'alternance permet donc à l'étudiant une appropriation progressive des caractéristiques que présentera son futur métier, mais aussi la construction individuelle de sa future carrière.

### 3. Représentations sociales et autonomie professionnelle

MA. COUDRAY estime que le métier d'infirmier<sup>5</sup> est un « métier à idéologie forte »<sup>6</sup>. Selon MJ. RENAUT : « en choisissant la profession d'infirmière, les étudiants font le choix d'une appartenance professionnelle dont les représentations sociales relèvent plus des qualités morales que des capacités décisionnelles »<sup>7</sup>. L'étudiant se forge progressivement une idée de sa profession au travers des professionnels qu'il côtoie au cours de ses stages. Mais si l'influence de ses pairs nous semble indéniable, il nous paraît aussi primordial que l'infirmier de demain construise lui-même sa culture, son identité professionnelle et ses compétences, à partir des analyses personnelles qu'il aura développées.

Etre professionnellement autonome implique d'avoir la possibilité de faire des choix, de se situer dans un environnement, d'exercer son jugement et de prendre des décisions. Selon une étude menée par MJ. RENAUT, l'autonomie est d'autant plus favorisée par l'alternance que c'est une notion évoquée dans le projet pédagogique de l'IFSI<sup>8</sup>. Pour JF. GUICHOUX c'est « la possibilité d'autonomie qui permet de favoriser la créativité du soignant et lui permettre de construire ses solutions et de se questionner avant de répondre »<sup>9</sup>.

Un infirmier compétent dispose d'une autonomie de décision et d'action en fonction d'un contexte donné. Il est libre d'appréhender une situation de façon différente qu'un collègue. La notion de compétence sous entend que le professionnel qui la revendique dispose d'une part d'autonomie.

---

<sup>4</sup> COHEN-SCALI V., *Alternance et identité professionnelle*, p. 39.

<sup>5</sup> Lire partout « infirmier ou infirmière ».

<sup>6</sup> COUDRAY M.A., « Analyse des métiers et des compétences », 23 juin 2010, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, Rennes.

<sup>7</sup> RENAUT M.J., « De la réalisation du concept d'autonomie dans la formation des étudiants en soins infirmiers » *Recherche en soins infirmiers* n°59, p. 76.

<sup>8</sup> Ibid. p. 81.

<sup>9</sup> GUICHOUX J.F., « La transmission des savoirs, une question d'autonomie », *Soins cadres* n°68, p. 44.

## **B. La formation des infirmiers de demain**

### **1. Un nouveau programme pour un contexte en mutation**

Le monde de la santé est en mutation. La Loi HPST en est le reflet significatif : décloisonnement de l'hôpital, priorités de santé publique, affirmation d'une nouvelle gouvernance hospitalière. Des modifications de l'offre de santé sont rendues nécessaires par l'évolution des besoins de la population. La progression des risques et de certaines pathologies ou l'augmentation de l'espérance de vie sont autant de caractéristiques qui impactent l'évolution du métier infirmier. Plus que jamais, l'ensemble du parcours du patient doit être envisagé dans sa globalité, tenant compte des nouvelles exigences et des responsabilités individuelles et collectives. Concomitamment, le processus d'harmonisation européenne a nécessité l'adaptation du programme des études selon les principes d'un cursus universitaire. Les objectifs du processus de Bologne (1999) étaient de favoriser la mobilité, d'améliorer l'attractivité de l'enseignement et d'encourager innovation et recherche. Dans ce contexte, il a été nécessaire de construire un référentiel de formation cohérent avec le processus de formalisation des diplômes initié par la loi 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale qui a créé le répertoire national des certifications professionnelles (RNCP).

### **2. Un programme à la philosophie actualisée**

Le principe du développement de compétences constitue le pivot de ce programme, remplaçant l'objectif d'acquisition de connaissances qui primait jusqu'alors. L'adaptation à de nouvelles situations et aux technologies innovantes dans un contexte contraint implique une constante remise en cause des pratiques. Pour ce faire, les professionnels doivent analyser ces dernières de façon à les adapter en temps réel aux besoins des situations, afin de prendre les décisions adaptées. Le référentiel de formation occasionne un recentrage sur la clinique, notamment par le biais des études réflexives à partir de situations de soins.

Trois paliers constituent l'apprentissage : comprendre, agir et transférer. La tâche n'est pas une fin en soi mais doit être considérée dans un contexte et être adaptée à la personne soignée. Ainsi que le décrit G. LE BOTERF, chaque situation professionnelle a pour objectif de réaliser une activité à partir de ressources, lesquelles peuvent être personnelles ou externes, en vue de produire un résultat<sup>10</sup>. Il est attendu de l'étudiant qu'il sache mobiliser ces ressources pour transférer ses connaissances en fonction des situations. L'approche des pathologies se réalise désormais par processus, afin de faciliter le transfert de connaissances et la recherche de savoirs complémentaires.

---

<sup>10</sup> LE BOTERF G., *Ingénierie et évaluation des compétences*, p. 36.

L'autonomie de l'étudiant et sa responsabilisation à l'égard de sa formation sont donc affirmées. Les professionnels doivent pouvoir l'aider dans cette démarche à partir de l'analyse de leurs propres pratiques. Enfin, sur le plan organisationnel, le référentiel répond aux principes universitaires qui permettent de l'intégrer dans le cursus Licence Master Doctorat (LMD).

### **3. Activités et compétences : les pivots du nouveau référentiel**

Les activités constituent le savoir faire, élément incontournable pour agir efficacement. Le référentiel qui les récapitule permet de fixer des règles de réalisation. Les activités du métier sont au nombre de neuf et elles sont elles-mêmes déclinées en deux cent dix huit activités précises. Il est à souligner que la huitième activité se nomme « Formation et information des nouveaux personnels et stagiaires », ce qui met l'accent sur le rôle des professionnels dans la formation de leurs pairs.

Il convient de préciser ce qui est entendu par la notion de compétence. Pour R. WITTORSKI : « la compétence est davantage un processus qu'un état ; elle est le générateur du produit fini qu'est la performance »<sup>11</sup>. G. LE BOTERF précise qu'avoir des compétences est une condition nécessaire, mais insuffisante, pour être reconnu comme compétent. Pour lui « être compétent, c'est être capable d'agir et de réussir dans les diverses situations professionnelles qui peuvent se présenter dans un métier ou un emploi. Cela suppose que le professionnel concerné sache choisir et mettre en œuvre des pratiques professionnelles pertinentes et efficaces »<sup>12</sup>. Pour G. LE BOTERF, le concept de compétence dépend du type d'organisation de travail<sup>13</sup>. Plus la pratique demande de polyvalence et d'esprit d'initiative et plus la compétence implique ce qu'il appelle un « savoir agir en situation », allant de ce fait au-delà d'une exécution de prescription et de la mobilisation de savoirs. Dans le cas des infirmiers, il est nécessaire d'associer les connaissances, les savoirs faire, les éléments contextuels, l'approche relationnelle... Il s'agit donc d'un processus combinatoire prenant en compte les ressources, les actions, le résultat attendu et le destinataire. Il s'adapte au contexte et à l'imprévu.

Il convient également de distinguer la compétence requise de la compétence réelle. G. LE BOTERF compare la compétence requise à la partition et la compétence réelle à l'interprétation<sup>14</sup>. La première est de l'ordre des règles établies et la seconde est propre à chaque individu. Le programme infirmier fait état de dix compétences requises, il appartient à chaque étudiant d'en faire des compétences réelles.

---

<sup>11</sup> WITTORSKI R., « Le développement des compétences individuelles, partagées et collectives » *Soins cadres* n°41, p. 38.

<sup>12</sup> Op. cit., p. 13.

<sup>13</sup> LE BOTERF G., « De quel concept de compétence avons-nous besoin ? », *Soins cadres* n°41, p. 20.

<sup>14</sup> Op. cit., p. 87.

Le répertoire des métiers de la Fonction Publique Hospitalière retient la définition suivante de la compétence : « maîtrise d'un savoir-faire opérationnel relatif aux activités d'une situation déterminée, requérant des connaissances et des comportements. Elle est inséparable de l'action et ne peut être appréhendée qu'au travers de l'activité ». Les dix compétences retenues pour le métier d'infirmier font référence à différents types de ressources : connaissances théoriques, pratiques, méthodologiques, relationnelles et sociales. L'implication et l'expérience sont également source d'acquisitions.

Pour C. LEVY-LEBOYER, les compétences « résultent de l'expérience » dans la mesure où elles permettent d'articuler des savoirs et de les mobiliser de façon adéquate<sup>15</sup>. Elle relie donc le concept de compétence à l'analyse des activités professionnelles, ce qui répond à la logique de construction du nouveau programme infirmier.

#### **4. Des acteurs au rôle précisé**

Trois catégories d'acteurs voient leur rôle précisé dans ce nouveau référentiel : le maître de stage, le tuteur et les professionnels de proximité.

Le maître de stage est responsable de l'organisation du stage et met en place les moyens nécessaires à un encadrement de qualité. Il assure les relations avec l'IFSI et règle les potentiels litiges. Le maître de stage veille à la réalisation d'un livret d'accueil spécifique au terrain dont il est responsable et à l'application de la charte définie entre l'établissement d'accueil et l'IFSI.

La pratique tutorale est utilisée dans certains secteurs d'activité pour l'adaptation à l'emploi des jeunes diplômés depuis plusieurs années. Elle a notamment été instaurée en psychiatrie depuis la mise en place du programme d'études de 1992 qui supprimait la formation spécifique à ce secteur. Des formations au tutorat<sup>16</sup> ont été organisées afin de structurer ce mode d'accompagnement. Dans le cadre du nouveau référentiel d'études, la pratique tutorale est une constante, cette fois ci au profit des étudiants. Chacun d'entre eux doit disposer d'un tuteur désigné dont les missions sont décrites dans le livret d'accueil. Il s'agit d'un professionnel expérimenté qui accompagne l'étudiant et évalue sa progression. Il met à disposition les moyens nécessaires et prévoit des temps d'encadrement et d'échanges autour de situations rencontrées pendant le stage. Le tuteur est en relation directe avec le formateur référent du stage. Il utilise les outils d'évaluation et notamment le portfolio afin de formaliser l'acquisition des compétences et la réalisation des actes et activités. Le tuteur organise des bilans intermédiaires en cours de stage. Les modalités de désignation des tuteurs appartiennent à chaque établissement.

---

<sup>15</sup> LEVY-LEBOYER C., *La gestion des compétences*, p. 27.

<sup>16</sup> LANGLOIS G., « Le tutorat, visite guidée », *L'Infirmière Magazine* sup n°233, pp. 7-11.

Le tuteur accompagne l'étudiant au cours de son stage mais au quotidien, ce sont les professionnels de proximité qui sont responsables de son encadrement. La possibilité pour l'étudiant de travailler avec des professionnels différents contribue à la pratique réflexive car il peut comparer les façons d'agir et bénéficier des expériences de l'ensemble des professionnels. L'étudiant est confronté à la compétence des soignants de proximité dans la mesure où ceux-ci savent analyser et expliquer leur façon d'agir. Ces professionnels travaillent en lien avec le tuteur afin d'évaluer la progression de l'étudiant. Ils adaptent leur encadrement grâce aux éléments de suivi du portfolio de l'étudiant.

## **5. Des outils adaptés**

La charte d'encadrement est établie entre l'établissement d'accueil et l'IFSI et se décline par terrain de stage au travers des livrets d'accueil. La charte a pour objectif de fixer les engagements de chacune des parties à l'égard de la formation clinique des étudiants.

Le livret d'accueil existait déjà dans de nombreux services avant la mise en œuvre du nouveau programme. Il décrit désormais avec précision les possibilités d'acquisitions de l'étudiant dans un lieu de stage spécifique. Il est nécessaire que le futur professionnel puisse prendre connaissance du livret d'accueil avant le début de son stage afin d'adapter ses objectifs aux possibilités offertes par le terrain de stage. Le livret d'accueil décrit également les modalités pratiques du stage.

Le portfolio est un nouvel outil, indispensable pour l'évaluation et le suivi individuel de l'étudiant tout au long de son cursus de formation. Il est constitué de critères et d'indicateurs d'acquisitions pour chacune des compétences à acquérir. Il appartient à l'étudiant de compléter le portfolio au fur et à mesure de ses acquisitions et aux responsables de l'encadrement de valider celles-ci. Le portfolio est un outil de l'encadrement au quotidien, il sert de repère aux professionnels de proximité qui peuvent ainsi cibler les priorités d'apprentissage de chaque étudiant.

## **6. La pratique réflexive comme principe d'apprentissage**

Pour M. VIAL, « former un professionnel, c'est l'aider à problématiser des situations de travail et non lui donner des certitudes »<sup>17</sup>. G. LE BOTERF lie directement la compétence à la pratique réflexive<sup>18</sup> : il est nécessaire de savoir où chercher les ressources hors de ses propres connaissances, et de pouvoir transférer la compétence dans un contexte différent. Avant de se les approprier, un étudiant doit pouvoir s'appuyer sur les normes de son futur environnement professionnel afin de construire son propre référentiel de valeurs et de connaissances. Il doit apprendre à mobiliser progressivement les connaissances

---

<sup>17</sup> VIAL M., « Faut-il un référentiel pour déterminer les missions du formateur des personnels en santé ? », *Soins cadres* n°37, p. 65.

<sup>18</sup> LE BOTERF G., « De quel concept de compétence avons-nous besoin ? », *Soins cadres* n°41, p. 21.

qu'il a acquises et les différentes ressources dont il dispose, pour les utiliser dans un contexte spécifique et pouvoir ensuite les transférer à d'autres situations. Par ailleurs G. LE BOTERF souligne l'intérêt de la pratique réflexive pour faire évoluer en permanence le référentiel professionnel du groupe. La pratique réflexive au cours d'un stage se révèle donc aussi bénéfique pour le professionnel qui encadre l'étudiant.

La pratique réflexive se déroule suivant plusieurs phases :

- ✓ la description de la situation et de l'activité. Il s'agit de prendre en compte toutes les interactions : les activités, les acteurs, le contexte précis, la façon d'agir.
- ✓ La conceptualisation : cette étape permet de prendre de la distance et de rattacher l'évènement décrit à un contexte plus général, de chercher des points communs à d'autres situations etc.
- ✓ La transposition à de nouvelles situations en tenant compte de l'expérience vécue.

## **7. De nouvelles modalités d'évaluation**

P. ZAFIRIAN explique que dès lors que la compétence s'apprécie au regard d'une situation professionnelle, son évaluation est indissociable de l'action<sup>19</sup>. L'évaluation consiste donc à vérifier que l'étudiant sait mobiliser l'ensemble de ses connaissances et les utiliser à bon escient dans le cadre d'une situation spécifique. L'évaluation des compétences doit donc bien se réaliser sur le terrain, au plus proche des situations de soins. Si l'ancienne « Mise en Situation Professionnelle » (MSP) évaluait une action à un moment donné, l'évaluation telle qu'organisée dans le nouveau programme n'est plus figée sur un instant mais sur la progression de l'étudiant.

De même, alors que dans l'ancien programme l'évaluation était aussi synonyme de validation, ces deux étapes sont désormais distinctes. L'évaluation est réalisée en stage par les professionnels de proximité à l'aide du portfolio. Le bilan de stage permet de préciser les axes d'amélioration. La validation est organisée par un jury indépendant du stage en faisant intervenir d'autres acteurs.

## **8. Au centre du dispositif : l'étudiant et son implication**

En 1999, MJ. RENAUT faisait déjà de l'élève un « apprenant », prônant le fait de laisser celui-ci libre de diriger tout ou partie de sa formation en basant son apprentissage sur les questionnements liés à la résolution de problèmes<sup>20</sup>. Le nouveau programme responsabilise l'étudiant, en faisant un véritable acteur de sa formation. Si la validation des dix compétences est indispensable, le rythme des acquisitions peut être variable d'un étudiant à l'autre. Il détermine des objectifs cohérents tant avec son niveau d'apprentissage que grâce aux opportunités offertes par le service.

---

<sup>19</sup> ZAFIRIAN P., *Objectif compétence*, passim.

<sup>20</sup> Op. cit., p. 73.

## C. Le changement, un concept complexe

Avant d'envisager le concept de changement nous envisagerons celui de transition. En effet, outre le fait que les étudiants relevant des deux programmes se côtoient pendant trois années, le passage de l'un à l'autre constitue une transition pour les équipes qui encadrent. Selon A. CARDON, « les transitions sont aujourd'hui devenues nos vies »<sup>21</sup>. En effet, compte tenu des caractéristiques actuelles des environnements professionnels en constante évolution, il considère que la stabilité est une illusion.

### 1. La transition et ses enjeux

Pour K. LEWIN, le changement est un processus temporel qui se décompose en trois phases : décristalliser, changer, recristalliser<sup>22</sup>. La période de transition se situe dans la phase intermédiaire. Il s'agit également de « l'étape dynamique » décrite par P. PASTOR<sup>23</sup>, au cours de laquelle l'expérimentation se fait par successions d'essais, de réussites ou d'erreurs. A. CARDON<sup>24</sup> insiste sur deux caractéristiques importantes de la phase de transition : l'anticipation ainsi que la préparation par le leader et le temps donné aux acteurs pour s'approprier le changement à venir. Pour P. BERNOUX<sup>25</sup> ou N. ALTER<sup>26</sup>, le changement ne peut être envisagé comme le passage d'une situation à une autre, mais le processus doit être priorisé. Dans le cas présent, il s'agit bien de passer d'un programme d'études à un autre, le processus pouvant être identifié comme étant la phase de transition au cours de laquelle les deux programmes se côtoient.

La phase de transition représente un enjeu majeur car c'est au cours de cette période que les professionnels acceptent, ou non, le changement. Dans notre cas, ils n'ont pas la possibilité de s'y opposer, ce nouveau programme étant une obligation réglementaire. Cependant, une obstruction ou une simple passivité au regard des nouvelles modalités d'encadrement seraient tout à fait préjudiciables pour les étudiants concernés. Si la durée de cette phase peut être représentée par le temps au cours duquel les deux programmes vont se côtoyer, il convient néanmoins d'être vigilant à ce qu'aucun étudiant ne soit lésé : ni ceux relevant du nouveau référentiel par défaut d'intégration de ce dernier par les professionnels, ni ceux relevant de l'ancien programme dans l'hypothèse de professionnels de terrain pris par l'engouement de la nouveauté.

---

<sup>21</sup> CARDON A., *Leadership de transition*, p. 6.

<sup>22</sup> PASTOR P., *Gestion du changement*, p. 55.

<sup>23</sup> Ibid., p. 56.

<sup>24</sup> Op. cit., passim.

<sup>25</sup> BERNOUX P., *Sociologie du changement*, passim.

<sup>26</sup> ALTER N., *Sociologie du monde du travail*, p. 339.

## 2. Les leviers d'un changement réussi

Pour P. KARSENSKY et P. ZIMMER « le changement désigne la démarche qui accompagne la vie de toute entreprise face à l'instabilité et au développement de son environnement »<sup>27</sup>. Selon P. PASTOR<sup>28</sup>, pour que le changement soit réussi il importe :

- ✓ que les acteurs acceptent de réaliser un travail qui leur permette de comprendre les nécessités du changement.
- ✓ Qu'ils se positionnent pour savoir s'ils acceptent de participer à la mise en œuvre.
- ✓ Qu'ils soient impliqués dans les propositions.
- ✓ Qu'ils acceptent de se mobiliser pour cette mise en œuvre.

Les cinq leviers décrits par P. PASTOR sont les suivants :

- ✓ La responsabilisation des équipes : il est important que l'équipe ne soit pas uniquement une juxtaposition de personnes, mais qu'elle forme un groupe cohérent tant dans ses valeurs que dans son organisation. L'existence de projets communs permet de majorer le niveau de professionnalisme.
- ✓ L'implication des acteurs : la constitution de l'équipe projet est importante, mais le réseau constitué de relais sur le terrain l'est tout autant. La place des cadres est essentielle : ils sont les mieux placés pour évaluer les capacités et les stratégies les plus adaptées pour faciliter l'adhésion des acteurs de terrain au projet.
- ✓ Le développement des compétences et leur reconnaissance : la formation à elle seule ne peut pas suffire pour impulser un changement. Il est nécessaire que cette formation débouche sur une évolution des compétences telles que nous les avons définies précédemment.
- ✓ L'accompagnement : il est admis que pour faciliter un changement, l'atteinte d'un seuil critique de personnes « convaincues » est primordiale. Il est ensuite possible de pouvoir compter sur la dynamique du groupe pour entraîner les acteurs réticents. Afin d'atteindre ce seuil critique, P. PASTOR recommande un tutorat complémentaire à la formation afin d'accompagner le changement en temps réel.
- ✓ De potentiels leviers spécifiques à l'entreprise concernée.

## 3. Les étapes du changement

Il convient tout d'abord d'analyser la situation initiale afin d'évaluer notamment le chemin à parcourir entre elle et celle à laquelle nous souhaitons aboutir. Cette analyse permet d'établir les priorités et d'adapter les modalités d'action au contexte.

La seconde étape consiste à décrire le projet et son organisation.

---

<sup>27</sup> KARSENSKY P. et ZIMMER P., *Surtout, ne changez rien*, p. 27.

<sup>28</sup> Op. cit., passim.

Enfin, pour C. FAURIE<sup>29</sup>, l'échec du changement serait dû à l'oubli du facteur humain. Le changement ne doit donc pas être considéré uniquement en fonction de son objet mais en tenant compte des acteurs. Il s'agira donc de communiquer avec ceux-ci sur les raisons qui conduisent à mener ce changement. Il nous semble important de prendre en considération que l'effet d'entraînement ou de pression à la conformité empêche souvent un individu de se démarquer de son groupe. Il est donc primordial de convaincre la collectivité concernée de l'utilité du changement.

Ces trois démarches : analyse du terrain, description du projet et communication permettent d'analyser les freins éventuels et d'intégrer leur anticipation au projet.

#### **4. La résistance au changement**

Pour P. KARSENKY et P. ZIMMER, il existe trois causes de résistance au changement : les causes individuelles, les causes structurelles ou conjoncturelles et les causes collectives<sup>30</sup>. Selon GD. CARTON « vouloir abolir la résistance au changement serait, sinon utopique, pour le moins dangereux au plan social et individuel »<sup>31</sup>. Il considère que cette résistance est utile et nécessaire. Utile car elle permet de s'interroger sur le bien fondé du changement et sur les moyens d'en améliorer la mise en œuvre. Nécessaire car permettant une confrontation des réalités et une expression des personnalités.

Pour P. PASTOR<sup>32</sup>, le passage entre la situation connue et la situation à venir peut générer deux types de réponses :

- ✓ soit l'implication des acteurs comprenant à la fois l'intégration des données, les ajustements, la prise d'initiative ;
- ✓ soit une production de résistance personnelle, voire collective ; laquelle peut engendrer au minimum de l'inertie et de la passivité.

Les causes éventuelles de résistance peuvent être les suivantes :

- ✓ les acteurs concernés ne voient pas où est leur intérêt dans le changement.
- ✓ La routine est confortable alors que l'incertitude de la nouveauté est stressante.
- ✓ Le rythme des changements est soutenu et les acteurs n'ont pas le temps de se les approprier.
- ✓ Un changement implique souvent une augmentation de la responsabilité. Tous les acteurs n'y sont pas prêts
- ✓ Le changement entraîne des modifications imprévues sur les organisations.

Nous souhaitons à présent vérifier nos hypothèses au regard de ces théories.

---

<sup>29</sup> FAURIE C., *Conduire le changement : les gestes qui sauvent*, p. 50.

<sup>30</sup> Op. cit., p. 167.

<sup>31</sup> CARTON G.D., *Eloge du Changement*, p. 14.

<sup>32</sup> Op. cit., passim.

## **II. Une recherche pour répondre aux hypothèses**

### **A. Les méthodes d'investigation et leurs limites**

#### **1. Les entretiens**

Afin d'étudier la validité de nos hypothèses, nous avons choisi de procéder à des entretiens, tant en IFSI que sur le terrain. La méthodologie a consisté en entretiens semi-directifs, présentant l'intérêt de laisser nos interlocuteurs s'exprimer librement autour d'une situation préalablement cernée. Chaque entretien s'est déroulé sur le lieu de travail du professionnel interviewé et a duré en moyenne quatre vingt minutes. Ces entretiens ont été menés auprès de trois cadres formateurs (CSF) et de trois cadres de proximité (CSP) ainsi qu'auprès de trois directeurs de soins en institut de formation (DSF) et de trois directeurs de soins en établissement<sup>33</sup> (DSE). Nous avons choisi de circonscrire la recherche aux acteurs ayant des fonctions managériales, d'où l'option de ne pas interviewer d'infirmiers, dont les points de vue auraient par ailleurs pu être très individuels.

Les entretiens ont été menés dans un établissement de taille moyenne (centre hospitalier de huit cent lits) et en Centres Hospitaliers Universitaires. Dans la mesure où la taille de l'établissement n'a pas été un facteur déterminant dans l'exploitation des données, nous considérerons les réponses des personnes interviewées selon leur fonction, sans prise en compte de leur établissement d'origine, à l'exception de situations très ponctuelles. Une grille d'entretien par catégorie professionnelle a été établie<sup>34</sup>, faisant apparaître des thèmes communs, mais parfois formulés différemment, selon la fonction de la personne interviewée. Une analyse de l'ensemble a ensuite été menée à l'aide d'une grille thématique<sup>35</sup> construite à partir des éléments récurrents apparus lors des entretiens.

Nous avons complété ces rencontres par une approche plus globale auprès d'un directeur des soins conseiller technique et pédagogique régional.

#### **2. Les autres méthodes utilisées**

Lors de notre rencontre avec le directeur des soins conseiller technique et pédagogique régional nous avons eu l'occasion d'assister à une réunion entre cadres formateurs et de proximité de la région, destinée à réfléchir à l'utilisation du portfolio. Les informations recueillies au cours de cette réunion nous ont permis de compléter nos observations.

La mise en place du nouveau programme d'études et l'utilisation du référentiel de formation occasionnent de nombreuses réactions quotidiennes des acteurs de la santé. A l'occasion de nos différents stages, des interventions à l'Ecole des Hautes Etudes en

---

<sup>33</sup> Confère annexe I.

<sup>34</sup> Confère annexe II.

<sup>35</sup> Confère annexe III.

Santé Publique (EHESP) et de conversations informelles, nous avons eu l'occasion d'observer les positionnements de différents acteurs face à ce nouveau référentiel. Nous exploiterons également ces observations. Enfin, un recours bibliographique nous a permis d'élargir le champ de nos recherches.

### **3. Les limites de la recherche**

Pour des raisons de disponibilité de nos interlocuteurs, il n'a pas toujours été possible de recueillir l'avis des représentants des quatre catégories professionnelles représentées dans chaque site. Nous n'avons donc pas eu la possibilité d'exploiter la concordance de leurs propos au sein d'un même établissement. Par ailleurs, certains professionnels interviewés nous ont été désignés par les directeurs des soins. Cette démarche induit un biais, les professionnels concernés étant souvent parmi ceux qui étaient le plus impliqués dans l'encadrement des étudiants.

La réforme des études a été mise en place environ six mois avant le début de notre travail de recherche. Certaines des personnes interviewées ont évoqué le fait de manquer de recul. Par ailleurs, la proximité de la mise en place de ce programme a limité les apports bibliographiques sur les expériences vécues.

Enfin, il est apparu au cours de nos différentes recherches que les avis étaient très contextuels. En fonction des démarches initiées et de la priorisation, ou non, de la mise en œuvre du nouveau programme dans les établissements, les réponses et réactions peuvent être très variées. Aussi, notre échantillonnage de douze entretiens peut-il paraître limité au regard du sujet traité.

## **B. Des éléments de réponse aux questionnements...**

### **1. Les freins au changement ralentissent-ils l'intégration de la réforme par les professionnels ?**

Le thème de la résistance au changement a été évoqué par l'ensemble des acteurs issus des IFSI, qu'ils soient CSF ou DSF. Tous évoquent celle de membres isolés des équipes pédagogiques, l'attribuant généralement à leur ancienneté dans la fonction. L'expression « résistance au changement » n'est évoquée qu'une seule fois en établissement de soins, par un DSE.

Tous nos interlocuteurs ont évoqué l'urgence avec laquelle le programme avait dû se mettre en place. Cette rapidité est citée comme cause des difficultés de mise en œuvre de la réforme, faute de temps de préparation. Sous des termes parfois différents, nous retrouvons également une unanimité quant au temps à consacrer à la mise en place des nouvelles organisations. La notion est générale mais les arguments sont différents.

Les CSF constatent que le temps d'encadrement individuel est supérieur à celui qui y était consacré dans l'ancien programme. Les CSP évoquent le remplissage du portfolio comme étant particulièrement « *chronophage* ». Les CSP et DSE sont unanimes : la démarche tutorale nécessite d'identifier un temps spécifique difficile à dégager. La suppression de la MSP est évoquée par les CSF et les CSP, les premiers estimant que le temps qui y était consacré pourrait être utilisé pour le tutorat, et les seconds pensant qu'on ne peut pas confondre les deux démarches.

Il s'agit là d'un thème polémique, systématiquement abordé, mais de façon variée. Pour DSF et CSF, la suppression de la MSP ne pose aucun problème. Tous évoquent ce mode d'évaluation par un terme commun : « *du théâtre* », et se disent « *ravis de sa suppression* ». Ils rejoignent l'avis d'auteurs tel O. FAGE qui parle de « *mise en scène parfaite* »<sup>36</sup>. Ce mode d'évaluation est très critiqué et considéré comme générateur de stress pour les étudiants « *qui ne profitaient de leur stage qu'après avoir passé la MSP* ». Les formateurs pensent par contre que cette disparition perturbe les équipes soignantes. Celles-ci seraient bousculées par le fait de devoir assumer seules la responsabilité de l'évaluation, laquelle était précédemment partagée avec un formateur. « *Il faut dire « oui » ou « non » et c'est une responsabilité lourde* » affirme un DSF. Dans les établissements, la disparition des MSP ne semble pas vécue ainsi. Un seul CSP cite l'hypothèse de « *diplôme au rabais* » évoqué par quelques collègues, du fait de la disparition de ce type d'évaluation. Par contre, CSP et DSE s'interrogent sur l'utilisation désormais faite par les CSF du temps précédemment consacré aux MSP. Il apparaît donc que la disparition de ce repère est utilisée par tous pour s'interroger sur le fonctionnement des autres ; mais que sur le fond, l'ensemble des professionnels semble d'accord pour considérer que les MSP n'étaient pas représentatives des compétences des étudiants.

Ceux-ci sont invités à s'interroger sur leurs pratiques. Ils questionnent donc plus les professionnels que ne le faisaient leurs prédécesseurs. Or l'analyse des pratiques remet parfois en cause les habitudes du service ou les procédés de certains soignants. Les questions posées pourraient être mal vécues par les professionnels, soit parce qu'ils ne savent pas y répondre, soit parce qu'elles identifient un dysfonctionnement. Pour les CSF, c'est l'implication du cadre, sa capacité à être lui-même réflexif à l'égard de sa propre équipe, qui sera générateur d'une dynamique ou au contraire d'un frein au même changement. Cette mise en évidence des difficultés du terrain serait très dérangeante pour les équipes et pourrait constituer une résistance au changement. Ce raisonnement n'a pas été tenu par les trois CSP qui disent considérer ces interrogations comme des richesses potentielles. Les DS n'ont pas abordé cette problématique.

---

<sup>36</sup> FAGE O., « *Mise en situation professionnelle : d'un outil d'évaluation à un outil d'apprentissage* », *Objectif soins* n°143, p. 13.

Les DSF, DSE et CSF insistent tous sur le rôle de l'encadrement de proximité, en attribuant à leur investissement la réussite, ou non, de l'implantation du nouveau programme. Il est mentionné que « *certains cadres sont difficiles à mobiliser* » (DSE), « *qu'il existe d'importantes disparités d'un service à l'autre selon le cadre* » (CSF), ou encore « *qu'il existe un manque de positionnement du groupe des cadres* » (DSE). Aucun d'entre eux n'identifie pour autant une ou plusieurs causes à ce manque de mobilisation. Dans un établissement, l'opposition initiale est venue du DSE qui estimait d'une part que l'IFSI demandait trop aux acteurs de terrain, et d'autre part que le contexte institutionnel ne se prêtait pas à un investissement important dans ce domaine. S'en est suivi une opposition de l'encadrement à la mise en place du tutorat, alors que cet établissement était précurseur dans le domaine à l'égard des jeunes professionnels. A l'époque de nos entretiens le DSE avait revu son point de vue, mais il persistait une disparité sur le terrain.

Ce nouveau référentiel demande aux étudiants de transférer leurs acquis d'une situation à l'autre. Les DSE ont rappelé que la mise en place de la gouvernance polaire et les contextes budgétaires invitent les infirmiers à accroître leur mobilité au sein des pôles. Or les établissements se heurtent à une réticence des professionnels. Les motifs invoqués sont de l'ordre des compétences, les infirmiers affirmant ne pas pouvoir exercer dans certains secteurs du même pôle, faute de formation. Les DSE établissent un parallélisme avec la démarche demandée aux étudiants : comment les infirmiers pourraient-ils les inviter à pratiquer le transfert de compétence alors qu'eux-mêmes y opposent une certaine résistance ?

D'après l'ensemble des personnes interrogées, le comportement des étudiants semble être différent de celui des promotions précédentes, mais les raisons évoquées varient selon les interlocuteurs. Pour les CSF et les DSF, le principe d'autonomie et de prise en charge de la formation a pour inconvénient d'inciter à une prise d'initiatives excessive. Certains étudiants mettent d'emblée la priorité sur les soins techniques au détriment de ce que les formateurs estiment être des pré-requis de base. De l'avis des CSP, les difficultés évoquées sont plutôt du ressort d'une moindre préparation au milieu hospitalier. Ils parlent d'étudiants « *perdus* » qui « *restent à la porte des chambres* » faute, d'après les CSP, de travaux pratiques préparatoires à la mise en stage. Les DSE ne côtoient pas d'étudiants et ne formulent donc pas d'avis. Les CSF et DSF évoquent les retours des étudiants qui sont très différents d'un stage à l'autre en fonction, selon eux, de l'implication des tuteurs.

Sur les lieux de stage, une demande des professionnels est particulièrement insistante: celle qu'une politique institutionnelle soit affichée et lisible. Les propos des DSE à ce sujet ont été tous les trois différents. Le premier a évoqué ses difficultés dans un contexte où le coordonnateur général des soins n'affiche pas l'encadrement des étudiants comme une priorité. En charge des étudiants en mission transversale, le DSE se dit « *bridé* » et fait le

constat que, faute de ligne directrice, chaque pôle fait au mieux mais de façon très disparate. Nous avons précédemment évoqué le cas du second DSE qui a modifié son affichage au cours des mois, mais parvenant difficilement à réajuster sa politique initiale. Le troisième DSE rencontré évoque plutôt des difficultés à mobiliser l'encadrement.

Du côté des CSP, la demande d'une ligne de conduite institutionnelle est générale. L'un d'entre eux mentionne que faute de politique commune, une orientation de pôle peut être établie. Les DSF et les CSF, évoquent tous cette nécessité de cohérence. Intervenant dans les établissements de façon transversale, ils se disent les mieux placés pour constater les différences au sein du même établissement. Ils font le constat qu'en l'absence de politique institutionnelle, chaque pôle s'organise à sa façon, tant dans l'organisation de l'encadrement que dans l'utilisation, voire la création, de supports.

En conclusion, il apparaît que la première difficulté rencontrée par les équipes semble avoir été la précipitation dans laquelle le programme a dû se mettre en place. Ce contexte a constitué un frein à un processus de transition, puis de changement efficace. Le manque de temps, au quotidien, est le second argument avancé. Néanmoins, ce problème était déjà parfois évoqué avec l'ancien programme par certaines équipes<sup>37</sup>. Nous considérerons donc qu'il est plutôt lié à la priorisation donnée à l'encadrement des étudiants. Nous admettons néanmoins que la problématique du temps généré par le tutorat mérite un focus particulier, lequel est d'ailleurs actuellement pris en compte dans les réflexions ministérielles. Les problématiques d'évolution des repères tels que la disparition de la MSP nous semblent être surtout liés à une phase d'observation des partenaires « stage » et « IFSI », chacun étant en recherche de sa propre place dans la problématique de l'évaluation. Cela ne nous semble pas constituer un réel frein au changement, mais plutôt nécessiter un temps d'adaptation. Les difficultés potentielles liées aux questionnements des étudiants nous semblent être consécutives à un défaut managérial du cadre plutôt qu'à une résistance au changement. Le fait que le rôle et l'implication du cadre soient soulignés n'est pas surprenant, nous avons vu précédemment que la place du leader était primordiale dans les processus de changement. L'évolution des étudiants, soulevée par certains interlocuteurs comme une difficulté, ne nous semble pas non plus relever de la résistance au changement. Cette évolution est liée aux exigences du nouveau programme et devrait se réguler avec le temps. Enfin, les attentes à l'égard d'une politique institutionnelle nous paraissent être plutôt de bon augure. Les professionnels expriment le besoin d'une ligne directrice ce qui montre qu'ils acceptent l'évolution des pratiques, mais qu'ils demandent à être guidés. La transition entre l'ancien et le nouveau programme semble être favorable à ce dernier : les formateurs, comme les professionnels de terrain, constatent que les étudiants relevant du

---

<sup>37</sup> LACROIX-FREITAS N. « La cause première des étudiants » *Objectif soins* n°126, p. 21.

programme de 1992 sont de plus en plus accompagnés selon les principes de celui de 2009. La pratique réflexive est notamment plus développée. Pour nous, il s'agit de la preuve que les professionnels, qu'ils soient en IFSI ou en établissement de santé, ont intégré la nécessité d'une évolution et qu'ils sont partants pour sa mise en œuvre, sous réserve d'en obtenir des moyens, lesquels restent à préciser.

## **2. Les concepts et la philosophie du nouveau programme sont-ils intégrés par les professionnels de proximité ?**

Nous avons vu que les concepts de compétence et de réflexivité constituent un tout destiné à former des professionnels raisonnant différemment, capables de transférer leurs acquisitions sur des situations variées. Si les acteurs de terrain n'ont pas intégré ce raisonnement, la tentation sera grande de considérer, par exemple, que le nombre de stages de l'étudiant au cours de son cursus est insuffisant pour lui permettre d'être compétent lors de l'obtention de son diplôme d'Etat. Ce serait nier les notions de réflexivité, de transférabilité et d'acquisition de compétences au long de la formation.

Afin d'initier le débat, nous avons demandé à nos interlocuteurs leur point de vue sur le nouveau programme. Les avis sont unanimes : celui-ci est considéré comme intéressant, même si chacun s'attache à revenir sur les difficultés de mise en œuvre évoquées précédemment. Les points positifs qui sont identifiés sont par exemple : CSF : « *l'engagement de tous par les écrits est un point fort* », CSP : « *une évaluation sur dix semaines est plus objective* », DSF : « *compétences et activités favorisent la professionnalisation* », DSE : « *le niveau sera plus haut* ». Aucun interlocuteur ne regrette donc réellement le programme de 1992, même si un DSE modère son enthousiasme en suggérant qu'il convient d'attendre un rodage du référentiel et la sortie des premiers étudiants diplômés pour réaliser une évaluation précise.

La question de la compréhension du programme donne lieu à des réponses plus disparates. Nos interlocuteurs pensent que les professionnels n'avaient pas intégré que la première année n'était plus consacrée aux soins de base depuis le programme de 1992. Certains d'entre eux sont donc interrogateurs devant ce qu'ils estiment être « *une propulsion vers les gestes techniques* ». Les CSF et DSF mettent l'accent sur la validation des compétences qui serait mal comprise par les terrains de stage. Ceux-ci penseraient qu'ils doivent procéder à cette validation alors qu'il s'agit d'une estimation de niveau. Les professionnels seraient réticents à évaluer, de peur d'être jugés par leurs collègues au cours des stages ultérieurs de l'étudiant. Pour les formateurs, ce quiproquo est souvent lié à une mauvaise information initiale. Nous pouvons noter l'importance des premières données qui restent dans les esprits malgré les réajustements ultérieurs, tout comme le positionnement premier de l'un des DSE envisagé précédemment. L'ensemble des professionnels évoque également le défaut de formation, tant pour les formateurs en IFSI

que pour les professionnels en stage. Des formations au tutorat et aux pratiques réflexives commencent à être initiées, mais tous les considèrent comme trop tardives.

Le passage des savoirs aux compétences est essentiellement évoqué par les DSF et les CSF, et considéré comme un point fort. Là où auparavant les étudiants « *travaillaient dans le but de valider des modules* », il est à présent possible de revenir sur les acquisitions en cours de formation et de façon transversale, donc de « *créer des liens* ». Les DSE et CSP n'abordent pas du tout la question des compétences, comme si ils n'avaient pas encore été confrontés à ce concept.

L'ensemble des établissements a désigné le cadre de proximité comme maître de stage, à l'exception de l'un d'entre eux qui a confié cette mission au cadre supérieur de santé. Dans l'établissement où ce dernier est maître de stage, c'est le cadre de proximité qui est le tuteur. Dans les autres cas, il s'agit majoritairement des infirmiers, mais cela peut ponctuellement être le cadre de proximité qui occupe les deux fonctions. Les pratiques deviennent tout à fait différentes lorsque nous entrons dans le détail des organisations : quelle formation pour le tuteur ?, quelle coordination entre tuteur et professionnels de proximité ?, quel encadrement par le tuteur ?, quels supports utilisés... Ce n'est plus chaque établissement qui a établi sa règle de fonctionnement mais parfois chaque pôle, voire chaque service. Ces diversités sont vécues par tous comme étant problématiques. Ce constat ne s'arrête pas aux douze professionnels que nous avons interrogés mais s'étend à l'ensemble des situations évoquées au cours de notre année de formation à l'occasion de rencontres diversifiées. Si le choix du tuteur parmi les infirmiers semble donner satisfaction, celui de confier cette mission au cadre de santé ne paraît pas convenir. En effet, compte tenu des activités du cadre au quotidien, celui-ci ne semble pas pouvoir assurer ce rôle tel que précédemment défini.

Après avoir envisagé l'identité des acteurs, nous nous sommes intéressés au portfolio. A l'heure où nous avons mené nos entretiens, cet outil ne semble pas encore intégré par les professionnels de terrain. Les DSE et les CSP sont unanimes quant au temps à consacrer au remplissage de ce document. Les CSP demandent une formation spécifique à son utilisation. Les CSF et les DSF vantent les mérites d'un outil qui selon eux « *permet de responsabiliser les soignants, comme les étudiants* ». « *Ce qui est écrit ne peut pas être contesté* » argumente un CSF. L'intérêt majeur mis en avant est la possibilité offerte à l'étudiant de s'auto-évaluer tout au long de sa formation. Par contre, tous nos interlocuteurs s'accordent à alerter sur le danger qui consiste à laisser chaque terrain de stage inventer de nouveaux outils destinés soit à préparer le remplissage du portfolio, soit à établir une liaison avec le tuteur. La réunion régionale à laquelle nous avons assisté a permis d'identifier cette difficulté comme étant assez générale.

Le livret d'accueil est également un outil qui a souvent fait l'objet d'un consensus régional. Des propositions de trames de livrets ont été diffusées ce qui permet une homogénéisation des documents. Les retours de ceux-ci, parfois très tardif, sont considérés comme des indicateurs de mobilisation des équipes, notamment par les DSE. A l'occasion de la réunion régionale, il nous a été signalé que c'était parfois des établissements entiers qui n'avaient pas fourni leurs livrets aux IFSI. Ceux-ci considèrent ce retard comme un signe de désarroi des établissements face à la mise en place de ce programme, traduisant peut être le souhait de ne pas être reconnu stage qualifiant.

Il nous a paru intéressant d'envisager également la notion de « parcours » de l'étudiant et la façon dont celui-ci était compris et organisé. Les professionnels interrogés sont unanimes : il faut privilégier le parcours du patient et non pas celui de l'étudiant. Selon eux, il faut éviter ce que certains appellent « *le persillage* » et d'autres le « *papillonnage* ». L'objectif n'est pas de tronçonner le stage en plusieurs périodes au sein du pôle. Tout d'abord, cela irait à l'encontre du principe des stages longs. Or d'après les CSF et les CSP, c'est souvent à partir de la 4<sup>ème</sup> semaine de stage que les difficultés apparaissent. Un second argument consiste à laisser l'étudiant sous la responsabilité d'un tuteur unique au long des dix semaines, ce qui serait difficile si le lieu de stage changeait. Enfin, certains pôles sont constitués de secteurs d'activité disparates qui ne permettraient pas de donner une cohérence au parcours de l'étudiant. Si l'ensemble des professionnels semble unanime, quelques initiatives isolées sont néanmoins relatées. Un DSE pense par exemple que l'étudiant pourrait commencer un stage long par un « *tour d'horizon* » des secteurs d'activité d'un pôle, avant de se stabiliser dans l'un d'entre eux. Un autre DSE déplore d'avoir découvert que certains pôles avaient pris des initiatives sans concertation, ni avec les formateurs des IFSI, ni avec la direction des soins de l'établissement.

Enfin, malgré nos sollicitations, nos interlocuteurs n'ont jamais évoqué l'universitarisation des études comme étant un paramètre ayant une incidence sur la mise en œuvre du programme.

### **3. Quelle concertation entre les équipes pédagogiques des instituts de formation et les professionnels accueillant les étudiants en stage ?**

Avant toute chose, nos interlocuteurs nous ont parlé de « *l'avant* ». En effet, la concertation entre les IFSI et les terrains de stage a souvent été réfléchi bien avant la mise en œuvre de cette réforme. Le partenariat ne porte d'ailleurs pas uniquement sur l'encadrement des étudiants. Un DSF a évoqué la participation d'un cadre formateur aux différents groupes de travail de l'établissement. Un autre DSF et son collègue DSE ont tous les deux évoqué le recrutement commun des cadres formateurs en IFSI, dans l'hypothèse d'une affectation ultérieure dans un secteur de soins de l'établissement. Néanmoins, hormis des situations ponctuelles telles qu'évoquées ci-dessus, les relations

entre DSF et DSE sont souvent décrites comme cordiales mais distantes. Deux DSE, sur les trois interviewés, reconnaissent des relations quasi inexistantes avec leurs collègues de formation. Les motifs évoqués sont variés : manque de temps, de priorité, différences entre les politiques des IFSI, discours « *trop intellectuel, pas suffisamment pragmatique* » reproché au DSF. Chaque DSF semble préserver ce qu'il estime être ses prérogatives : les DSE n'ont pas demandé la collaboration de leurs collègues DSF pour définir les stages qualifiants. A contrario, les DSF ne consultent pas leurs collègues DSE sur les modalités de répartition des CSF, leur temps de présence et leurs missions sur le terrain de stage.

Les relations entre CSP et CSF sont beaucoup plus variées. Elles peuvent aller pour le même CSF, et selon les secteurs, de l'entente décrite comme parfaite au conflit ouvert. Cette disparité de type de relations avec les CSP pour un même CSF a pour conséquence une diminution de la potentielle remise en cause de celui-ci, puisque « *cela marche avec certains* ». Une autre incompréhension semble récurrente. Il s'agit d'une disponibilité affichée des CSF à l'égard des terrains de stage, et parallèlement, du reproche d'un manque de présence des mêmes CSF décrite par les CSP. D'après un DSF cette équivoque serait due au fait que les terrains de stage ne savent pas préciser leurs attentes à l'égard des CSF. Or ceux-ci veulent bien apporter leur aide mais « *ne veulent pas faire à la place de...* ». L'absence du CSF dans l'évaluation pendant le stage n'est sans doute pas étrangère à ce malaise, et il est probable que celui-ci s'atténue dès lors que les professionnels se seront appropriés les nouvelles modalités d'évaluation.

L'ensemble des CSF et des DSF nous ont exposé des politiques d'IFSI similaires. Le choix se porte généralement sur la répartition des cadres formateurs par pôle afin de privilégier l'interlocuteur unique. A contrario, les CSP ou les tuteurs ne sont pas intégrés dans les IFSI pour les exploitations des stages. Les CSF et les DSF envisagent la participation de soignants aux démarches réflexives travaillées à l'IFSI, mais attendent que l'ensemble de l'équipe pédagogique soit formée. Les CSP sont partants pour ce type de projet sous réserve de trouver le temps disponible. Aucun des trois DSE ne savait si des professionnels des secteurs de soins de son établissement intervenaient en IFSI.

Il existe une constante quels que soient les IFSI et les établissements: tous ont organisé des réunions conjointes destinées à l'ensemble du personnel soignant afin d'informer sur l'organisation du référentiel. Certains DSE ont choisi de ne présenter que les nouvelles caractéristiques de l'encadrement en stage, occultant celles des enseignements en IFSI. La volonté affichée était de ne pas surcharger les esprits, mais cette démarche a eu pour effet de limiter la compréhension de la globalité du référentiel de formation.

Après ces réunions d'information très générales, les démarches ont été plus diversifiées. Dans un établissement, des rencontres ont été organisées dans les pôles, généralement animées par le CSF référent du pôle. Un DSE a diffusé des informations sur le rôle du

tuteur, un autre a fourni à chaque cadre de proximité un livre décrivant le référentiel de formation. Un seul IFSI a organisé des réunions avec les maîtres de stage au cours des premiers et seconds stages, afin de faire le point sur les difficultés rencontrées. Lors de nos entretiens, aucun DSE n'avait évoqué le nouveau référentiel infirmier à l'occasion de réunions d'encadrement pour faire le point sur la première année de formation.

### **C. Pourquoi les modalités d'encadrement des étudiants infirmiers sont-elles difficiles à intégrer dans le cadre de la réforme des études ?**

Nous avons envisagé trois hypothèses de réponse à cette question.

Nous avons vu que selon P. KARSENSKY et P. ZIMMER, les résistances au changement peuvent être individuelles, structurelles ou collectives. Des freins au changement ont été identifiés mais il s'agit essentiellement de situations individuelles non généralisables. Au regard de cette recherche de terrain, nous pensons donc que l'hypothèse supposant que des freins au changement ralentissent l'intégration de la réforme par les professionnels ne peut pas être validée. Néanmoins, nous ne pouvons pas faire abstraction des incidences du changement sur le processus d'intégration du programme et nous tiendrons donc compte de ce concept dans nos propositions.

Notre étude a montré que l'utilisation des outils du nouveau programme est à préciser, tout comme le parcours de l'étudiant. La disparition des modules au profit du raisonnement par compétences semble ne pas être toujours acquise et interrogée, tant dans la chronologie des acquisitions, qu'en matière d'évaluation. Nous pensons donc que l'hypothèse supposant que les concepts et la philosophie du nouveau programme ne sont pas encore intégrés par les professionnels de proximité peut être validée.

Enfin, l'exploitation de nos entretiens nous permet de valider notre troisième hypothèse selon laquelle il existe un manque de concertation entre les équipes pédagogiques et les professionnels accueillant les étudiants en stage. Les initiatives qui se développent sont encore très ponctuelles, et les partenariats trop peu formalisés.

Notre étude nous invite à constater l'existence de beaucoup de bonne volonté de part et d'autre. Ce constat est limité par une dispersion des initiatives et par l'existence d'incompréhensions, parfois très anciennes. Nous remarquons que les DSF et CSF d'une part et les DSE et CSP d'autre part expriment les mêmes ressentis face aux difficultés évoquées, les DS se situant à un niveau stratégique et les CS à un niveau opérationnel.

Deux des trois hypothèses posées ont été confirmées. A partir des réflexions issues de nos entretiens, nous nous interrogerons à présent sur les pistes d'actions envisageables pour favoriser la mise en place de ce nouveau programme dans les unités de soins.

### **III. Perspectives et propositions d'actions**

#### **A. Une priorité annoncée**

Au moment où nous concluons ce travail, la mise en œuvre du nouveau programme infirmier est effective depuis près d'une année. Notre étude de terrain a montré qu'en fonction des établissements et de la démarche mise en place, l'intégration du nouveau programme pouvait être très différente. La première étape, lors de notre prise de fonction, consistera donc à établir un bilan de l'existant permettant d'évaluer le niveau d'avancement de l'implantation du référentiel dans notre établissement d'affectation. Cet état des lieux permettra ensuite d'adapter notre méthodologie au contexte.

##### **1. Un environnement adapté**

Avant d'aborder la mise en œuvre du nouveau programme, l'affichage de l'importance donnée à l'encadrement des étudiants au sein de l'établissement doit être précisé. Ce référentiel de formation met l'accent sur la responsabilisation de l'étudiant au regard de son cursus. On ne peut nier cependant que le contexte dans lequel il évolue ait une importance primordiale pour favoriser son apprentissage. Nos entretiens ont montré que l'affichage de la place accordée à l'encadrement des étudiants avait une incidence directe sur l'implication des acteurs. « *L'encadrement n'est pas optionnel* » nous a dit un DSE. Pour V. COHEN-SCALI, la façon dont l'entreprise accueille le stagiaire est déterminante<sup>38</sup>. Selon la qualité de cet accueil, de l'attention portée à l'étudiant et de l'investissement mis dans son encadrement, peut dépendre la future image professionnelle et la confiance en soi de l'étudiant. L'expérience d'un établissement dans lequel nous avons mené nos entretiens nous a montré combien le positionnement initial du directeur des soins avait eu une influence sur l'implication ultérieure des soignants.

##### **2. Une communication construite**

Lors de notre entretien avec l'un des DSE, celui-ci a regretté que l'absence de ligne directrice institutionnelle conduise à ce que chaque secteur d'activité construise ses propres outils et organise son encadrement comme bon lui semble. Il est admis qu'une communication mal organisée est une communication qui se fait, mais de façon inadéquate. Le nouveau programme infirmier est incontournable. Il est donc important de choisir le mode de communication le plus adapté.

La réingénierie des formations a débuté par celle des aides-soignants suivie de celle des infirmiers. Elle doit se poursuivre dans les années à venir pour d'autres professions. Elle s'intègre dans un contexte d'évolution des démographies des personnels de santé et dans la politique de santé au sens large. Il nous semble donc important que l'ensemble de

---

<sup>38</sup> Op. cit., p. 203.

l'établissement soit informé de ces évolutions. Il appartient au DS de définir une politique de communication sur le sujet, en étroite relation avec la Direction des Ressources Humaines. Les modalités seront à préciser en fonction des contextes et des publics visés : information en comité de direction, site intranet de l'établissement, etc. Tout au long du projet, la Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT) doit être informée de l'avancée des réflexions. Une fois le projet finalisé, une présentation aux instances s'impose.

### **3. Deux axes prioritaires**

Au cours de nos entretiens, deux champs d'action du DS ont été identifiés : la collaboration à mettre en place avec l'IFSI et la déclinaison de la politique institutionnelle. La mise en place du nouveau programme représente un enjeu important pour la profession et pour les DS, qu'ils soient en responsabilité d'instituts de formation ou d'établissement. Pour A. CARDON, « Le manager devient leader lorsqu'il est conscient des étapes précises et prévisibles dans l'avenir de son projet »<sup>39</sup>. Nos interlocuteurs ont regretté la rapidité avec laquelle ce nouveau programme a été implanté et le peu de temps qui a été donné aux acteurs pour se l'approprier. Ce constat étant fait, il est à présent important d'adapter les modalités pratiques de mise en œuvre de ce programme afin de compenser au mieux la précipitation dans laquelle il a été initié.

## **B. Une concertation incontournable**

Dans l'étude qu'elle a menée auprès d'étudiants suivant des formations en alternance, V. COHEN-SCALI a montré combien la formalisation des relations entre le centre de formation et les entreprises était importante<sup>40</sup>. De nombreuses équipes chargées de l'encadrement des étudiants infirmiers n'ont pas attendu le texte de 2009 pour formaliser un partenariat entre IFSI et terrains de stage<sup>41</sup>.

Nos entretiens ont cependant montré un aspect très diversifié de ce partenariat et le nouveau programme permet de faire le point sur les organisations existantes et leurs possibilités d'évolution. Le nouveau référentiel impose divers types de changements, tant théoriques qu'organisationnels. Si la philosophie du programme est globale, il est sans doute possible néanmoins de procéder par étapes quant aux modalités pratiques, afin de permettre à tous d'intégrer progressivement ce qui peut l'être. La première de celles-ci consiste donc, de notre point de vue, à confirmer une méthodologie de concertation entre IFSI et établissement à plusieurs niveaux : entre DS puis entre cadres pédagogiques et équipes de proximité.

---

<sup>39</sup> Op. cit., p. 10.

<sup>40</sup> Op. cit., p. 204.

<sup>41</sup> BENAMEUR P. et ZAMBONI M.A., « Tutorat : penser l'encadrement pour mieux former », *Objectif soins* n°151, pp. 23-30.

## 1. Entre directeurs des soins

Pour donner à l'étudiant la possibilité de développer ses compétences il importe de lui donner les ressources environnementales sur le terrain. G. LE BOTERF insiste sur la notion de « référence collective »<sup>42</sup> qui permet à un professionnel de situer son action par rapport aux pratiques de ses collègues. La cohérence entre l'IFSI et le terrain de stage nous semble primordiale afin que les étudiants appréhendent la continuité qui existe entre les deux environnements de leur formation.

Notre prise de fonction se déroulant une année après la mise en place du programme, il nous semble possible d'utiliser l'opportunité d'un premier bilan pour établir l'état des lieux de l'existant. Après concertation préalable entre les deux DS, un groupe de travail sera mis en place. Co-animé par ceux-ci, ce groupe sera constitué de cadres formateurs et de cadres de proximité. Son objectif sera de répondre aux questions suivantes :

- ✓ L'organisation de l'encadrement en stage est-elle pôle dépendant ou commune à l'établissement ?
- ✓ L'organisation de la répartition des cadres formateur référents est-elle connue des lieux de stage ?
- ✓ Quelle est la place des cadres formateurs sur le terrain ? quel est leur rôle auprès des équipes ? quelles sont leurs modalités de travail avec les étudiants en stage ?
- ✓ Existe-t-il des moments de travaux communs entre le CSF, le tuteur et l'étudiant ?
- ✓ Les professionnels de terrain interviennent-ils dans les IFSI et à quelle occasion ? (Il est à rappeler qu'au cours de nos entretiens aucun DSE n'a pu répondre à cette question, preuve d'une absence de concertation sur une politique commune).
- ✓ Quelle évaluation des stages organise-t-on ? quelle est la place des étudiants dans cette évaluation ?
- ✓ Quelle utilisation fait-on des outils préconisés (livret d'accueil, portfolio) et en existe-t-il d'autres ?

Les attentes des uns à l'égard des autres doivent être précisées. Nous avons en effet constaté au cours de nos entretiens que les rôles n'étaient pas toujours bien définis et les attentes clairement exprimées. A l'issue de cet état des lieux, et grâce aux réponses aux questions évoquées, le groupe de travail définira la politique retenue précisant le rôle de chacun, les objectifs et les modalités pour les atteindre. Il élaborera ensuite un plan de communication de façon à ce que l'ensemble des partenaires ait connaissance des principes retenus et précisera les modalités d'évaluation des différentes démarches.

Divers sujets d'échanges peuvent faire l'objet de concertation entre les DS. Le nouveau programme n'est pas encore rôdé. Certains de nos interlocuteurs ont évoqué ce qu'ils considéraient comme étant des « *incohérences dans la construction de ce programme* ».

---

<sup>42</sup> LE BOTERF G., « De quel concept de compétence avons-nous besoin ? », *Soins cadres* n° 41, p. 22.

Ces potentielles difficultés doivent faire l'objet de réflexions communes entre l'IFSI et l'établissement d'accueil, afin de réfléchir à la meilleure façon de les régler, ceci afin que chaque terrain de stage ne détourne à sa façon les écueils rencontrés. Les difficultés plus générales doivent être transmises aux DS conseillers pédagogiques régionaux.

Enfin, des difficultés ponctuelles ou récurrentes peuvent être constatées dans certains stages. Elles peuvent concerner un étudiant, les équipes, le mode de fonctionnement des formateurs. Dans tous les cas, elles méritent de faire l'objet d'échanges afin de les régler au plus vite, dans l'intérêt de tous.

## **2. Entre cadres formateurs et cadres de proximité**

En 2006, F. AUBRY considérait le partenariat entre cadres formateurs et cadres de proximité comme une « responsabilité éthique »<sup>43</sup>. Au-delà de la philosophie de l'encadrement qui relève des DS, les cadres formateurs et de proximité ont à décliner les modalités des pratiques partagées. Nos entretiens ont montré que les relations entre les CSF et les CSP sont régulièrement alimentées par des incompréhensions. L'application par l'encadrement de la politique prédéfinie devrait permettre d'atténuer ces difficultés.

S'il appartient au DS de s'assurer de la mise en place et de la compréhension du nouveau référentiel par une politique institutionnelle adaptée, les cadres formateurs des IFSI constituent une ressource importante pour aider les cadres de proximité à intégrer les concepts et la philosophie du programme. En effet, ces derniers accompagnent au quotidien les équipes qui encadrent les étudiants et sont les plus à même de répondre à leurs interrogations. Il importe donc qu'ils maîtrisent les réponses à apporter.

## **3. Entre cadres formateurs et professionnels de proximité**

Des recherches menées dans d'autres pays affichent comme une constante cette nécessité de travaux communs entre formateurs d'IFSI et équipes de terrain<sup>44</sup>. Nos entretiens ont confirmé ce besoin, exprimé tant par les équipes pédagogiques que par les professionnels des secteurs de soins. Il nous semble néanmoins nécessaire d'identifier deux types de collaboration.

Entre formateurs et tuteurs : la concertation nous semble absolument indispensable afin que les différents acteurs soient en accord sur les principes du tutorat, comme dans les modalités pratiques d'encadrement. Ces collaborations sont à définir en stage dans deux registres. D'une part celui du travail en commun tuteur / formateur / étudiant au cours de séances formalisées : nous avons constaté lors de nos entretiens que ces pratiques n'étaient pas encore très développées. Elles nous semblent néanmoins primordiales tant

---

<sup>43</sup> AUBRY F., « Pour une qualité de la formation initiale en soins infirmiers », *Soins Cadres* n° 59, p. 29.

<sup>44</sup> MANSON-CLOT M., PAHUD P., MULLER R. et al., « L'infirmière de référence : positionnements sur la pratique d'encadrement », *Recherche en soins infirmiers* n°81, p. 52.

dans la forme pour montrer la cohérence entre le stage et l'IFSI à l'étudiant, que pour s'assurer d'une même logique sur le fond des raisonnements réflexifs. D'autre part, la concertation entre tuteurs et formateurs nous semble nécessaire dans la mesure où les premiers ne seront pas systématiquement présents lors de la venue des seconds sur le terrain. Ils doivent néanmoins pouvoir communiquer en cours de stage, en fonction des besoins de l'étudiant. Cette collaboration sera également à définir dans le domaine des interventions à l'IFSI : travaux dirigés, partages d'expériences ou pratiques réflexives, toujours en concertation avec la direction des soins par l'intermédiaire de l'encadrement.

Entre formateurs et professionnels de proximité : la collaboration sera aussi très importante pour différentes raisons. La première a été évoquée précédemment : le tuteur n'est pas toujours présent lorsque le formateur travaille avec l'étudiant. Au quotidien, les professionnels de proximité seront donc les interlocuteurs privilégiés des formateurs et établiront les relais entre le formateur et le tuteur. Par ailleurs, le professionnel de proximité doit se sentir totalement impliqué dans cette réforme et bien sûr dans la formation de ses futurs collègues. Une concertation régulière avec les formateurs contribuera à accroître l'importance accordée à l'encadrement par les professionnels de proximité, afin qu'il ne soit pas considéré comme une mission réservée aux tuteurs et qu'au cours du temps le groupe de ceux-ci puisse se renouveler.

### **C. Une politique déclinée**

Disposer d'une politique institutionnelle est un principe qui a été évoqué et souhaité par l'ensemble des professionnels interviewés. Cet affichage est important non seulement en interne, mais également en externe afin que les IFSI connaissent les principes de l'établissement qui accueille les étudiants. Nous avons précisé que l'intérêt porté à l'encadrement de ces derniers devait être connu dans l'établissement. Nous allons à présent envisager les différents domaines concernés et les modalités de déclinaison.

#### **1. Au regard du concept de changement**

Le temps : la formation des pairs faisant partie intégrante des missions des infirmiers, il n'est pas acceptable que les équipes évoquent le manque de temps pour mener à bien cette mission. Il ne leur viendrait pas à l'esprit d'évoquer ce manque de temps pour la non réalisation d'un soin. Encore faut-il que l'encadrement soit présenté comme une priorité.

Il convient néanmoins d'admettre qu'il est rare de pouvoir choisir le moment idéal pour procéder à un changement. K. LEWIN a démontré par diverses expériences qu'il est plus facile de chercher à réduire la résistance des forces au changement que d'exercer une pression contre elles<sup>45</sup>.

---

<sup>45</sup> Op. cit., p. 24.

A. CARDON insiste sur la nécessité de prendre le temps nécessaire pour mettre en place la transition et le changement<sup>46</sup>. Nous avons constaté que ce qui avait été identifié comme « *la précipitation* » de la mise en place du programme avait constitué le premier frein au changement, les acteurs n'ayant pas eu le temps de s'approprier les données. L'hôpital d'aujourd'hui voit s'opérer des restructurations permanentes et les différents pôles d'activité n'ont pas tous la même actualité. Il sera nécessaire de prendre ces spécificités en considération, tout en s'assurant que les restructurations ne sont pas utilisées comme frein au changement. C'est dans ce contexte que le facteur temps pourra être recevable, en expliquant aux équipes concernées que si la lourdeur de leur actualité peut nécessiter une adaptation de la démarche, celle-ci n'en demeure pas moins inéluctable.

La remise en cause : selon les formateurs, les questionnements générés par les réflexions des étudiants ne seraient pas toujours pris en compte de façon constructive par les équipes. Il serait regrettable que ces interrogations provoquent des conflits qui, pour les soignants, ne seraient pas constructifs ; et pour l'étudiant ne répondraient pas à ses questionnements. L'implication de l'encadrement dans cette démarche nous semble un pré-requis essentiel. Comment demander à un étudiant de s'interroger sur ses pratiques si au quotidien il constate que les professionnels ne se remettent pas eux-mêmes en cause. Il s'agit là d'un état d'esprit qui doit être affiché par la direction des soins. Il doit être admis qu'en aucun cas il ne s'agit de juger une organisation existante, mais plutôt d'accepter le questionnement d'un œil extérieur dans le cadre d'une démarche d'amélioration de la qualité. Il sera attendu du cadre de proximité qu'il invite les membres de l'équipe à acquérir pour eux même le niveau de réflexivité des étudiants. Comme le stipule MA. COUDRAY : « la réforme offre l'opportunité de jeter les bases d'un management par les compétences, donnant une assise méthodologique et culturelle à cette notion »<sup>47</sup>. A terme, cette démarche ne pourra que contribuer à améliorer la qualité des soins.

L'évolution des méthodes : un changement est d'autant mieux accepté qu'il est possible de mettre en évidence les points faibles de l'ancienne situation au regard de la nouvelle. En effet, les différentes théories s'accordent pour dire qu'il est difficile d'initier un changement lorsque les acteurs sont satisfaits de la situation actuelle. Nous pouvons donc nous interroger sur la satisfaction des professionnels infirmiers quant aux modalités d'encadrement des étudiants dans le programme de 1992 ; et utiliser, par exemple, les atouts de la suppression des MSP qui ont été détaillés lors de nos entretiens.

---

<sup>46</sup> Op. cit., passim.

<sup>47</sup> M.A. COUDRAY., « Formation des paramédicaux, la refondation », *Revue hospitalière de France* n°533, p. 78.

L'engagement de tous : nous avons défini ce qu'étaient pour nous les conditions d'un changement réussi. P. KARSENKY et P. ZIMMER affirment que « le changement ne se décrète pas, il se conduit »<sup>48</sup>. Pour C. FAURIE, l'animation d'un changement consiste à rendre l'organisation optimiste. Pour lui, « l'optimisme est l'attitude de celui qui, face à un problème, a envie de le résoudre ». Il insiste sur l'importance de la pression du groupe, qui, une fois convaincu, permet de « mettre hors jeu la résistance au changement »<sup>49</sup>.

Les différents leviers décrits par P. PASTOR sont tout à fait adaptés à notre contexte :

- ✓ La responsabilisation des équipes : au regard du rôle infirmier dans la formation des pairs, tant dans l'encadrement que dans l'évaluation.
- ✓ L'implication des acteurs : il est attendu que le plus grand nombre se sente concerné et accepte de s'engager activement. Nous avons vu au cours des entretiens que si un maillon n'est pas convaincu, il y a retentissement sur les autres.
- ✓ Le développement des compétences et leur reconnaissance : la transmission des savoirs au travers des pratiques réflexives est valorisée.
- ✓ L'accompagnement : il nous semble indispensable, tant au niveau institutionnel que par l'encadrement de proximité.
- ✓ Les spécificités liées à l'entreprise : nous parlerons plutôt ici des spécificités professionnelles. L'histoire du corps infirmier montre ses capacités d'adaptation constante aux évolutions professionnelles. Nos entretiens prouvent que les freins au changement sont plus liés à des contingences organisationnelles et cognitives qu'à une opposition de principe au nouveau programme et à sa mise en œuvre.

GD. CARTON décrit quatre types de résistances au changement : l'inertie, l'argumentation, la révolte et le sabotage<sup>50</sup>. Les deux derniers n'ont pas été identifiés au cours de nos entretiens, ils ne correspondent d'ailleurs pas aux représentations sociales de la profession. L'argumentation est peu utilisée dans la mesure où les acteurs savent que cette réforme est incontournable. L'inertie est donc la forme de résistance à craindre, ce qui majore l'importance du pouvoir de conviction des responsables.

Comme G. TENEAU, nous pensons que le changement ne doit pas être considéré uniquement sous ses potentiels aspects difficiles à gérer : produisant des inquiétudes, des incertitudes. Il doit également être envisagé comme moyen d'évolution, permettant à ses acteurs d'évoluer dans leurs modes de fonctionnement, peut être même dans leurs carrières. Pour cet auteur, « le changement devient une valeur en soi »<sup>51</sup>.

---

<sup>48</sup> Op. cit., p. 27.

<sup>49</sup> Op. cit., p. 174.

<sup>50</sup> Op. cit., passim.

<sup>51</sup> G. TENEAU., *La résistance au changement organisationnel*, p. 44.

## 2. Au regard du nouveau programme

Nous avons montré le lien direct entre autonomie, pratique réflexive et compétence. Nous avons constaté au cours de nos entretiens que la méthode d'information qui a été employée dans les établissements fut celle de la séance destinée à un public varié, allant des professionnels de proximité aux cadres supérieurs de santé. Nous pensons qu'en matière de communication, il convient d'adapter le message au public visé. Si ces réunions globales étaient un point de départ sans doute incontournable, il nous semble ensuite nécessaire de différencier l'approfondissement en fonction des différents publics.

Les formations : l'ensemble des formations doit être réfléchi de façon à faire un tout cohérent, mais que chaque démarche soit adaptée au public et à l'objectif recherché.

Diverses initiatives sont actuellement prises pour organiser la formation des tuteurs. Certaines régions initient pour 2011 des « formations de formateurs relais à l'encadrement clinique des étudiants infirmiers »<sup>52</sup>, d'autres proposent des certificats portant sur la démarche tutorale<sup>53</sup>. Une réflexion est en cours à propos d'une prime qui serait accordée dans le cadre de cette mission. Ces différentes initiatives montrent l'importance de structurer le tutorat et son homogénéité au sein d'un même établissement. La formation devra également consacrer un temps à l'appropriation du portfolio. Cet outil de suivi de l'étudiant tout au long de sa formation ne doit pas être remplacé par d'autres supports créés à l'initiative des équipes. Le complément d'information aux professionnels de proximité sera apporté par les cadres de santé formateurs et par les tuteurs afin que l'encadrement des étudiants soit optimal.

Les retours d'expériences : le concept de changement implique de laisser vivre celui-ci. Autant il nous semble nécessaire que la direction des soins fixe les lignes directrices des modalités de mise en œuvre de ce nouveau programme, autant l'attention portée aux informations remontant des secteurs de soins nous semble également importante. Nous avons souhaité cette démarche institutionnelle mais participative. Les initiatives ou remarques des professionnels permettront de réajuster la politique institutionnelle. L'encadrement des étudiants et ses caractéristiques doivent faire régulièrement l'objet de l'ordre du jour de la CSIRMT et des réunions d'encadrement. Les retours d'expériences pourront parfois faire mention d'effets soit initialement insoupçonnés, soit minimisés lors de la mise en place du changement. Leur traitement peut se faire au niveau du service ou du pôle s'il s'agit d'une situation très spécifique. Mais dès lors qu'ils se reproduisent, voire se généralisent, ils doivent être traités de façon institutionnelle afin de ne pas freiner la démarche et entraîner d'autres résistances. Les tuteurs et l'encadrement de proximité tiennent un rôle important dans cette remontée d'information vers la direction des soins.

---

<sup>52</sup> Formation ANFH à l'initiative de la Conseillère Technique et Pédagogique Régionale de Bourgogne.

<sup>53</sup> Formation proposée par l'Institut de Formation Public Varois des Professions de Santé.

L'intégration au projet de soins : le projet de soins institutionnel doit faire mention de ces priorités en matière d'encadrement. Néanmoins, nous pensons que le raisonnement est global : pratiques réflexives et développement des compétences n'est pas l'apanage des étudiants. Dès lors que les professionnels auront intégré les concepts de ce nouveau programme, les enjeux de la valorisation de leurs propres compétences leur sembleront évidents. La richesse de la profession apparaîtra d'autant mieux que, face à une situation donnée, une même équipe objectivera les approches individuelles d'une situation et les différentes réponses qui peuvent y être apportées. Pour P. ZAFIRIAN<sup>54</sup>, les directions sont trop centrées sur les procédures opératoires et les prescriptions de tâches, au détriment d'une place laissée aux professionnels pour qu'ils prennent le temps d'expérimenter. Le développement de la réflexivité permettra de donner toute leur place à ces initiatives, tout en restant dans le cadre des pratiques professionnelles. Le projet de soins doit donc refléter cet état d'esprit. Il appartiendra au DS de veiller à ce que la place consacrée à l'encadrement des étudiants soit déclinée dans les projets de pôles.

L'ouverture : au travers de l'encadrement des étudiants, c'est bien de la compétence des professionnels de demain dont il est question. Notre étude a montré les disparités qui peuvent exister d'un établissement à l'autre en fonction des contextes, des choix organisationnels, des individus. Il nous semble important d'échanger entre structures afin de s'enrichir des expériences des autres et de pouvoir évaluer et faire évoluer en permanence nos propres méthodes. Pour ce faire, il est possible, dans un contexte d'ouverture des établissements et du système de santé, de provoquer des rencontres et des échanges avec d'autres équipes afin de confronter nos pratiques.

### **3. Au regard de la politique d'encadrement des étudiants**

La définition des rôles : elle sera définie par le DS. Le cadre de proximité sera désigné comme maître de stage. Les tuteurs seront des infirmiers identifiés par les cadres de proximité et sur la base du volontariat, en fonction de leurs capacités de conviction, et de l'intérêt qu'ils portent à l'encadrement des étudiants. Les professionnels de proximité détiennent une place importante puisqu'ils encadrent au quotidien. Toutes les expériences sont intéressantes pour l'étudiant. Il sera important de veiller à ce que les encadrements soient diversifiés afin d'enrichir le parcours de l'étudiant.

Les acteurs : F. AUBRY considère que la construction des compétences relève d'un « ménage à trois » : l'étudiant, mais aussi le formateur et le soignant<sup>55</sup>. En parallèle du groupe qui aura fixé les modalités de la collaboration entre les IFSI et l'établissement, un groupe de travail institutionnel sera composé du DS, de CSS et de cadres de proximité afin de travailler sur la déclinaison propre à l'établissement. Il s'agit d'éviter les situations

---

<sup>54</sup> Op. cit., passim.

<sup>55</sup> AUBRY F., « Un pilotage à assurer », *Objectif Soins* n°139, p. 19.

soulevées lors de nos entretiens : la dispersion des méthodes et des outils d'un pôle à l'autre. Le chef de projet sera le DS ou un CSS chargé de mission, dans tous les cas il sera membre de l'autre groupe de travail de façon à établir des liens et une cohérence entre les deux niveaux de réflexion. Le premier objectif de ce groupe sera d'évaluer les besoins en formation des professionnels de l'établissement. Il aura ensuite pour mission de définir (ou de confirmer si le bilan à un an est satisfaisant) les outils utilisés dans l'établissement, les modalités de suivi et celles de l'évaluation des étudiants.

Afin de limiter au maximum l'inertie liée aux freins au changement, il convient de disposer d'un nombre important de ce que GD. CARTON nomme « les leaders »<sup>56</sup> et qui seront pour nous les tuteurs. Il insiste en effet sur le fait que plus le groupe à convaincre est conséquent, et c'est le cas de la population infirmière d'un établissement, plus le nombre de personnes convaincues à immerger sur le terrain devra être important. Les tuteurs seront régulièrement réunis par la direction des soins afin de partager sur leurs expériences et faire remonter leurs difficultés éventuelles.

Le parcours de l'étudiant : nous avons constaté au cours des entretiens que peu de secteurs d'activité avaient d'emblée opté pour un parcours de l'étudiant dans le pôle au cours du stage. Nous partageons le point de vue des professionnels interviewés quant au fait qu'une dispersion au sein d'un pôle, sans lien entre les différentes situations observées, ne présenterait pas d'intérêt dans une logique de prise en charge. Il est nécessaire d'organiser l'apprentissage de l'étudiant autour du parcours du patient, ce qui permettra en outre d'établir un lien avec les principes de la Loi HPST. Il est également important que le tuteur ne change pas au cours du stage afin d'assurer un suivi cohérent de l'étudiant. Il nous semble que, compte tenu des différences de logiques d'un pôle à l'autre, chacun d'eux doit pouvoir également proposer une organisation de parcours, étant entendu que celle-ci doit être conjointement validée par la direction des soins de l'établissement et celle de l'institut de formation, afin de garantir une cohérence institutionnelle et pédagogique.

Le cadre en mission transversale : le principe de la mission transversale se développe de plus en plus dans les établissements, dans divers contextes. Il nous semblerait intéressant de confier à un cadre de santé le soutien des équipes à l'encadrement des étudiants. Personne ressource pour l'ensemble des terrains de stage, ce cadre assurerait la mission de tutorat auprès des équipes, préconisé par P. PASTOR. Il pourrait intervenir à la demande d'équipes ou organiser, de sa propre initiative, des actions liées à l'encadrement. Il serait souhaitable que ce cadre soit toujours en charge d'une unité de soins. Si la taille de l'établissement le justifie, un binôme pourrait être constitué. Une relation privilégiée sera à entretenir entre ce cadre et l'institut de formation.

---

<sup>56</sup> Op. cit., passim.

## Conclusion

La mise en œuvre de ce nouveau programme infirmier préoccupe bien des établissements et des IFSI. Nous avons tenté de définir des pistes destinées à consolider l'accompagnement des équipes dans cette démarche. Il est à noter qu'entre les premiers entretiens menés en mars 2010 et les derniers menés fin mai, les réactions ont déjà évolué suite au déroulement du premier stage de dix semaines. Nous pensons donc que, sauf cas individuels, une dynamique constructive est engagée.

Malgré l'urgence relative à mettre en place ce programme, nous avons constaté qu'il était important de donner le temps aux professionnels de s'acculturer cette nouvelle philosophie. Il nous semble possible d'avancer par paliers, l'important étant de faire progresser l'ensemble des équipes de l'établissement dans un sens commun, en partenariat avec le ou les IFSI. Un bilan régulier des actions menées favorisera cette progression homogène. Cette évaluation nous permettra notamment d'analyser si, avec le temps, apparaît une incidence du parcours universitaire sur la formation des professionnels. Ce point a en effet été évoqué par les formateurs uniquement sous l'aspect de la mise en place des enseignements théoriques, et a été décrit comme n'ayant aucune incidence par les cadres et directeurs des soins en établissement. Nous pouvons donc penser qu'après une année de mise en place, toutes les conséquences liées à la réforme des études n'ont pas encore été objectivées.

L'encadrement des étudiants doit, à notre avis, s'inscrire dans une politique globale de gestion des ressources humaines qui prenne en considération les conditions de développement des compétences des infirmiers. En effet, comme le stipule L. PIERRE, il convient d'être vigilant à la longévité de durée d'exercice des infirmiers dans les unités de soins<sup>57</sup>. A l'heure où la polyvalence au sein d'un pôle est encouragée dans un contexte d'optimisation des ressources, il est également nécessaire de prendre en considération le fait qu'un tutorat efficace nécessite que les infirmiers aient pu, eux-mêmes, acquérir des connaissances approfondies dans leur domaine d'activité.

L'évolution du programme infirmier n'a pas seulement une incidence sur l'encadrement des étudiants. C'est la philosophie professionnelle qui progresse avec une mise en avant de l'autonomie de l'infirmier face à une situation donnée. Le fait de réfléchir à ses pratiques avec l'étudiant ne peut que contribuer à ce que le professionnel évolue dans ses propres réflexions. Certes, l'infirmier gravite dans le monde de la prescription, des protocoles, de la rigueur. Mais cet aspect normatif n'est pas incompatible avec les aspects innovation, prise d'initiative, adaptation aux imprévus qui vont lui permettre de

---

<sup>57</sup> PIERRE L., « Nomadisme et maintien des compétences infirmières », *Soins Cadres* n°74, p. 21.

valoriser ses compétences propres au bénéfice de la collectivité : le patient et l'environnement professionnel.

L'encadrement des étudiants nous semble représenter un véritable enjeu pour l'ensemble de la direction des soins d'un établissement et pour le directeur des soins en particulier. En effet, la cohérence entre l'enseignement théorique pratiqué en IFSI et la mise en pratique dans les secteurs de soins doit contribuer à la fluidité du parcours de l'étudiant, afin que celui-ci bénéficie d'une formation optimale. Par ailleurs, de la qualité de la formation des futurs professionnels dépendront les compétences de ceux-ci. Enfin, la cohérence institutionnelle favorise la politique de recrutement de l'établissement. L'engagement de tous est nécessaire pour mener à bien cette mission et nous avons montré la place prépondérante du directeur des soins, notamment dans le cadre de la mobilisation de l'encadrement.

Ce travail de recherche, si modeste soit-il, nous a permis, au travers de cet exemple de l'encadrement des étudiants, d'envisager le rôle de leader du directeur des soins. A l'heure où l'organisation par pôles structure de plus en plus le fonctionnement des établissements, l'encadrement des étudiants est une mission transversale qui doit concilier homogénéité institutionnelle et place laissée aux spécificités de pôle. Le suivi de cet axe du projet de soins est une occasion pour le directeur des soins de s'assurer que la politique insuflée par la direction des soins est bien déclinée de façon cohérente dans chacun des pôles.

La prise de distance nécessaire sur le sujet, associée aux recherches menées, nous ont permis de préciser la stratégie que nous adopterons lors de notre prise de fonction. Nous ressortons notamment trois principes essentiels de cette réflexion : l'importance à l'attention à porter au « feed back » de nos collaborateurs ; le fait que le leader soit celui qui a de l'influence sur les autres au point de leur donner envie de le suivre ; et enfin l'essentiel de la communication qui n'est pas ce qui est dit, mais ce qui est compris. A partir de ce sujet primordial que représente la formation des futurs professionnels nous aurons donc la possibilité, tout comme les étudiants, de transposer notre politique en la généralisant à d'autres missions du directeur des soins.

---

# **Bibliographie**

---

## **Ouvrages**

ALTER N., 2008, *Sociologie du monde du travail*, Paris : Presses Universitaires de France, Quadrige, 351 p.

BERNOUX P., 2004, *Sociologie du changement*, Paris : Editions du seuil, 308 p.

BREARD R. et PASTOR P., 2004, *Diriger une équipe : les clés du succès*, Paris : Editions Liaisons, 233 p.

CARDON A., 2005, *Leadership de transition*, Paris : Editions d'Organisation, 199 p.

CARTON G.D., 2004, *Eloge du changement*, Paris : Pearson Education France, 256 p.

COHEN-SCALI V., 2000, *Alternance et identité professionnelle*, Paris : Presses Universitaires de France, 219 p.

COUDRAY M.A. et GAY C., 2009, *Le défi des compétences*, Issy-les-Moulineaux : Masson, 191 p.

FAURIE C., 2008, *Conduire le changement, les gestes qui sauvent*, Paris : Maxima, 204p.

KRASENSKY P. et ZIMMER P., 2006, *Surtout, ne changez rien*, Paris : Les Editions d'Organisation, 261 p.

LE BOTERF G., 2006, *Ingénierie et évaluation des compétences*, Paris : Les Editions d'Organisation, 605 p. 5<sup>ème</sup> édition.

LEVY-LEBOYER C., 1996, *La gestion des compétences*, Paris : Les Editions d'Organisation, 165 p.

MISPELBLOM BEYER F., 2009, *Encadrer un métier impossible ?*, Paris : Armand Colin, 284 p.

PASTOR P., 2005, *Gestion du changement*, Paris : Editions Liaisons, 182 p.

TENEAU G., 2005, *La résistance au changement organisationnel*, Paris : L'Harmattan, 244 p.

ZARIFIAN P., 2001, *Objectif compétence*, Paris : Editions Liaisons, 199 p.

## Revues

AUBRY F., octobre 2005, « Un pilotage à assurer », *Objectif soins*, n°139, pp. 18-23.

AUBRY F., août 2006, « Pour une qualité de la formation initiale en soins infirmiers », *Soins cadres*, n°59, pp. 27-29.

BARBIER N. et NKOUM B.A., mars 2001, « Pour un bon usage de l'alternance à l'intention du personnel de santé », *Objectif soins*, n°94, pp. 14-16.

BENAMEUR P., et ZAMBONI M.A., décembre 2006, « Tutorat : penser l'encadrement pour mieux former », *Objectif soins*, n°151, pp. 23-30.

CATEAU C., février 2002, « A propos des compétences collectives », *Soins cadres*, n°41, pp. 36-37.

CATTIAUX C., mai 2009, « Le stage, pour une coopération revisitée pour une dynamique d'apprentissage réinventée », *Soins cadres*, supplément au n°70, pp. 4-7.

CHARTIER E., mai 2009, « Cadre formateur délégué à la formation clinique, un nouveau rôle pour le cadre formateur ? », *Soins cadres*, supplément au n°70, pp. 14-17.

CLENET J., mai 2009, « La qualité de l'alternance et son développement, des sujets et leurs autoréférences en actions », *Soins cadres*, supplément au n°70, pp. 11-13.

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

COUDRAY M.A., mars-avril 2010, « Formation des paramédicaux, la refondation », *Revue hospitalière de France*, n°533, pp. 74-79.

FAGE O., février 2006, « Mise en situation professionnelle : d'un outil d'évaluation à un outil d'apprentissage », *Objectif soins*, n°143, pp. 13-15.

GONZALEZ-MANGE C., avril 2009, « Formation et compétences », *Objectif soins*, n°175, pp. 20-21.

GRUET-MASSON J., août 2009, « Le développement des compétences infirmières pour assurer la continuité des soins », *Soins cadres*, n°71, pp. 37-41.

GUICHOUX J.F., novembre 2008, « La transmission des savoirs, une question d'autonomie », *Soins cadres*, n°68, pp. 43-45.

KOZLOWSKI J., décembre 2008, « Un référentiel de formation infirmière pour une formation à réinventer », *Soins cadres*, supplément au n°68, pp. 6-8.

KOZLOWSKI J., mai 2010, « Mise en œuvre du référentiel de formation infirmière et perspectives », *Soins cadres*, n°74, pp. 60-61.

LACROIX-FREITAS N., mai 2004, « La cause première des étudiants », *Objectif soins*, n°126, pp. 20-22.

LANGLOIS G., décembre 2007, « Le tutorat, visite guidée », *L'Infirmière Magazine*, supplément au n°233, pp. 7-11.

LE BOTERF G., février 2002, « De quel concept de compétence avons-nous besoin ? », *Soins cadres*, n°41, pp. 20-22.

LE BOTERF G., décembre 2005, « Gestion des compétences : définition, nécessité, faisabilité... », *Gestions hospitalières*, n°451, pp. 772-776.

LEKEUX A., août 2006, « Formation, compétences et qualifications vers une dynamique européenne », *Soins cadres*, n°59, pp. 18-21.

MANSON-CLOT M., PAHUD P., MULLER R. et al., juin 2005, « L'infirmière de référence : positionnements sur la pratique d'encadrement », *Recherche en soins infirmiers*, n°81, pp. 28-55.

MARGA P., décembre 2008, « Compétences et évaluation », *Soins cadres*, supplément au n°68, pp. 13-14.

MURA L., mai 2010, « La réforme des études d'infirmier, entre légitimité, volonté des acteurs et temps d'appropriation », *Soins cadres*, n°74, pp. 45-48.

PARRA B., avril 2002, « Autonomie de pensée et développement de compétences », *Objectif soins*, n°105, pp. 13-16.

PIERRE L., mai 2010, « Nomadisme et maintien des compétences infirmières », *Soins cadres*, n°74, pp. 20-21.

PROUST-MONSAINGEON D., décembre 2008, « Le schéma structurant, un outil conceptualisant », *Soins cadres*, supplément n°68, pp. 21-23.

RENAUT M.J., décembre 1999, « De la réalisation du concept d'autonomie dans la formation des étudiants en soins infirmiers », *Recherche en soins infirmiers*, n°59, pp. 68-81.

THOMYRE C., KELLIHER F., POINSIGNON F., BOCHER D., avril 2010, « Référentiel de formation : le retour d'expériences », *Objectif soins*, n°185, pp. 26-29.

VIAL M., janvier/mars 2001, « Faut-il un référentiel pour déterminer les missions du formateur des personnels de santé ? », *Soins cadres*, n°37, pp. 65-66.

WITORSKI R., février 2002, « Le développement des compétences individuelles, partagées et collectives », *Soins cadres*, n°41, pp. 38-42.

## **Rapports et autres publications**

DRASS Bourgogne, juin 2009, *Guide pour les professionnels des terrains de stage accueillant des étudiants en soins infirmiers*, Version 2, 32 p.

DRASS Ile-de-France, octobre 2009, *Stage des étudiants infirmiers : supports pour faciliter l'encadrement*, 48 p.

DGOS-CNG, mars 2010, Référentiel métier de Directeur des soins.

Répertoire des métiers de la Fonction Publique Hospitalière.

## **Mémoires**

BARDEZ C., 2008, *Référentiel de formation basé sur les compétences : quels changements pour les équipes pédagogiques ?*, Mémoire Directeur des Soins : EHESP Rennes, 34 p.

BOUSSEMAERE S., 2007, *Le partenariat entre les directeurs des soins gestion et formation : enjeux et perspectives dans le processus de professionnalisation des étudiants en soins infirmiers*, Mémoire Directeur des Soins : ENSP Rennes, 62 p.

DEFRANCE C., 2002, *La construction des compétences infirmières, une nécessaire complémentarité IFSI / hôpital*, Mémoire Directeur des Soins : ENSP Rennes, 85 p.

GUERRAUD S., 2006, *La pratique réflexive : un enjeu déterminant pour les professions paramédicales*, Mémoire Directeur des Soins : ENSP Rennes, 64 p.

PAPE J., 2008, *Le partenariat des Directeur des soins « gestion et formation » : une plus-value pour l'apprentissage des étudiants infirmiers*, Mémoire Directeur des Soins : EHESP Rennes, 40 p.

TOUAK M., 2009, *Le tutorat des infirmiers en psychiatrie : un levier stratégique pour le directeur des soins*, Mémoire Directeur des Soins : EHESP Rennes, 39 p.

## **Conférences et communications**

COUDRAY M.A., « Analyse des métiers et des compétences », 23 juin 2010, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, Rennes.

## **Textes législatifs et réglementaires**

Loi n°2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, JORF du 18 janvier 2002 page 1008.

LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF du 22 juillet 2009, page 12184.

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière, JORF du 23 avril 2002, page 7187.

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE, Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code, JORF du 8 août 2004, page 14150.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier. JO du 7 août 2009, page 13203. Annexes parues au Bulletin officiel santé, protection sociale, solidarité, n°2009/7 de juillet 2009.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS et MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE. Circulaire interministerielle N° DHOS/RH1/DGESIP/2009/201 du 26 juin 2009 relative à la délivrance du grade de licence aux infirmiers diplômés d'Etat.

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE. Articles D4311-16 à D4311-23 relatifs à l'organisation des études.

---

## **Liste des annexes**

---

- Annexe I**      Récapitulatif des professionnels interviewés
- Annexe II**     Grilles d'entretiens
- Annexe III**    Grille d'analyse

## Annexe I : Récapitulatif des professionnels interviewés

PROFESSIONNEL	MISSION	LIEU D'EXERCICE - SPECIFICITES
Cadre de santé	proximité	Service de chirurgie Centre hospitalier de 800 lits Mission transversale "étudiants"
Cadre de santé	proximité	Service de médecine Centre hospitalier de 800 lits
Cadre de santé	proximité	Service de rééducation fonctionnelle CHU de 1700 lits
Cadre de santé	formateur IFSI	IFSI adossé à un CHU de 1800 lits Promotions de 160 étudiants Cadre de proximité jusqu'en 2009
Cadre de santé	formateur IFSI	IFSI adossé à un CHU de 1800 lits Promotions de 80 étudiants Cadre de proximité jusqu'en 2005
Cadre de santé	formateur IFSI	IFSI adossé à un CHU de 1700 lits Promotions de 160 étudiants Cadre de proximité jusqu'en 2003
Directeur des soins	établissement	CHU de 1800 lits Directeur des soins en IFSI jusqu'en 2006
Directeur des soins	établissement	CHU de 1700 lits
Directeur des soins	établissement	CHU de 2000 lits
Directeur des soins	IFSI	IFSI adossés à un CHU de 1800 lits Directeur de deux IFSI adossés au même CHU Promotions respectives de 160 et 80 étudiants Directeur des soins en établissement jusqu'en 2007
Directeur des soins	IFSI	IFSI adossé à un CHU de 1700 lits Promotions de 160 étudiants
Directeur des soins	IFSI	IFSI adossé à un centre hospitalier de 1000 lits Promotions de 90 étudiants

## **Annexe II : Grilles d'entretien**

### Grille d'entretien directeur des soins en institut de formation

- Implantation du nouveau programme
  - Avis sur le nouveau programme
  - Le « pourquoi » du changement de l'approche pédagogique
  - Evolution du soin ? (notion de parcours patient, loi HPST...)
  - Le passage du savoir aux compétences
  - La disparition des MSP, les nouvelles modalités d'évaluation
  - L'évolution des supports pédagogiques
  - L'intégration au cursus universitaire
- Concertation avec la direction des soins et l'encadrement du ou des centres hospitaliers
  - Méthode
  - Politique avec DS établissement ?
  - Rôle et implication des formateurs sur le terrain
  - Définition du tuteur et du maître de stage
  - Participation à la formation des professionnels
  - Participation des soignants à l'exploitation des stages
  - Concertation
- Contribution à l'identification des terrains de stage
  - Sites qualifiants
  - Contribution à leur définition
  - Qui décide ?
  - Quelles méthodes d'identification des ressources de chaque terrain ?
- Choix faits pour le suivi des étudiants
  - Par promotion, par terrain de stage, par année de formation ?
  - Sur le terrain : par pôle ? autre ?
- Difficultés rencontrées
  - Difficultés rencontrées au sein de l'équipe pédagogique
  - Freins au changement
  - Modification des espaces de pouvoirs entre formateurs IFSI et terrain
  - Disparition des repères
  - Nouveaux supports
- Evaluation
  - Retours des étudiants
  - Appropriation du cursus par les étudiants
- Conclusion

## Grille d'entretien cadre de santé formateur

- Implantation du nouveau programme
  - Avis sur le nouveau programme
  - Le « pourquoi » du changement de l'approche pédagogique
  - Evolution du soin ? (notion de parcours patient, loi HPST...)
  - Le passage du savoir aux compétences
  - La disparition des MSP, les nouvelles modalités d'évaluation
  - L'évolution des supports pédagogiques
  - L'intégration au cursus universitaire
- Collaboration avec les équipes du ou des centres hospitaliers
  - Méthode
  - Concertation avec cadres de proximité
  - Rôle et implication des formateurs sur le terrain
  - Définition du tuteur et du maître de stage
  - Participation à la formation des professionnels
  - Participation des soignants à l'exploitation des stages
- Contribution à l'identification des terrains de stage
  - Sites qualifiants
  - Contribution à leur définition
  - Qui décide ?
  - Quelles méthodes d'identification des ressources de chaque terrain ?
- Choix faits pour le suivi des étudiants
  - Par promotion, par terrain de stage, par année de formation ?
  - Sur le terrain : par pôle ? autre ?
  - Mise en place d'entretiens tuteur / formateur / étudiant ?
  - Suivi des acquisitions
  - Suivi des difficultés des étudiants
- Difficultés rencontrées
  - Difficultés rencontrées au sein de l'équipe pédagogique
  - Freins au changement
  - Modification des espaces de pouvoirs entre formateurs et terrain
  - Disparition des repères
  - Nouveaux supports
- Evaluation
  - Retours des étudiants
  - Appropriation du cursus par les étudiants
- Conclusion

## Grille d'entretien directeur des soins en établissement

- Implantation du nouveau programme
  - Avis sur le nouveau programme
  - Le « pourquoi » du changement de l'approche pédagogique
  - Evolution du soin ? (notion de parcours patient, loi HPST...)
  - Le passage du savoir aux compétences
  - La disparition des MSP, les nouvelles modalités d'évaluation
  - L'évolution des supports pédagogiques
  - L'intégration au cursus universitaire
  - Méthode d'implantation du nouveau programme, formations
- Concertation avec le ou les IFSI
  - Politique avec DS IFSI
  - Concertation avec l'ensemble des IFSI
  - Rôle et implication des formateurs sur le terrain
  - Mise en place d'entretiens étudiant / formateur / tuteur ?
  - Participation des soignants à l'exploitation des stages ?
- Identification des terrains de stage
  - Quels sites qualifiants ?
  - Contribution à leur définition
  - Qui décide ?
  - Quelles méthodes d'identification des ressources de chaque terrain ?
- Politique et organisation
  - Politique institutionnelle ?
  - De pôle ? de service ?
  - Qui est maître de stage, qui est tuteur ?
  - Parcours de l'étudiant au sein du pôle
  - Documents fournis : livrets d'accueil, spécificités par stage
- Difficultés rencontrées
  - Freins au changement
  - Modification des espaces de pouvoirs entre formateurs IFSI et terrain
  - Disparition des repères (MSP)
  - Nouveaux supports
  - Temps disponible
  - Compréhension du programme et de son esprit
- Evaluation
  - Retours des IFSI
  - Retours des équipes
- Conclusion

## Grille d'entretien cadre de santé de proximité

- Implantation du nouveau programme
  - Avis sur le nouveau programme
  - Evolution du soin ? (notion de parcours patient, loi HPST...)
  - Le passage du savoir aux compétences
  - La disparition des MSP, les nouvelles modalités d'évaluation
  - L'évolution des supports pédagogiques
  - L'intégration au cursus universitaire
  - Méthode d'implantation du nouveau programme
- Collaboration avec les équipes pédagogiques du ou des IFSI
  - Concertation avec cadres formateurs
  - Rôle et implication des formateurs sur le terrain
  - Mise en place d'entretiens tuteur / formateur / étudiant ?
  - Modalités de formation des professionnels
  - Participation des soignants à l'exploitation des stages ?
  - Suivi des acquisitions des étudiants et gestion des difficultés
- Contribution à l'identification des terrains de stage
  - Sites qualifiants
  - Contribution à leur définition
  - Qui décide ?
  - Quelles méthodes d'identification des ressources de chaque terrain ?
- Politique et organisation
  - Politique institutionnelle ?
  - De pôle ? de service ?
  - Qui est maître de stage, qui est tuteur ?
  - Parcours de l'étudiant au sein du pôle
  - Documents fournis : livrets d'accueil, spécificités par stage
  - Méthodes d'identification des ressources du terrain
- Difficultés rencontrées
  - Difficultés rencontrées au sein de l'équipe (temps, compréhension du programme, nouveaux supports...)
  - Freins au changement
  - Modification des espaces de pouvoirs entre formateurs et terrain
  - Disparition des repères (MSP)
- Evaluation
  - Retours des étudiants
  - Avis des membres des équipes
- Conclusion

### **Annexe III : Grilles d'analyse par hypothèse**

Hypothèse 1 : des freins aux changements ralentissent l'intégration de la réforme par les professionnels.

- Le changement
- La préparation
- La notion de temps
- La modification des repères et des représentations : cas de la MSP
- La remise en cause des pratiques des équipes
- Les aspects managériaux
- Les difficultés liées aux étudiants
- Les attentes à l'égard d'une politique institutionnelle
- La place du pôle dans la politique institutionnelle
- Les espaces de pouvoir

Hypothèse 2 : les concepts et la philosophie du nouveau programme ne sont pas encore intégrés par les professionnels de proximité

- Les avis sur le programme
- La compréhension du programme
- Le passage du savoir aux compétences
- La définition des acteurs
- Les nouveaux outils
- Le parcours de l'étudiant
- Le cursus universitaire et ses incidences

Hypothèse 3 : il existe un manque de concertation entre les formateurs des instituts de formation et les formateurs de terrain

- L'importance de « l'avant »
- Les modalités communes de présentation du nouveau programme
- Les relations entre directeurs des soins
- Les relations entre les cadres de santé
- La définition des terrains de stage
- La politique au sein des IFSI
- La politique des IFSI vis-à-vis des terrains de stage
- Le travail en collaboration sur le terrain
- Le rôle attendu du cadre formateur sur le terrain
- L'intervention des acteurs de terrain à l'IFSI