



MTMOS@11-12



Master 2

Management des Organisations Soignantes

LE PARCOURS COORDONNÉ DE L'ÉTUDIANT INFIRMIER EN STAGE A L'HÔPITAL

Nicolas CABERO

Juin 2012

Année 2011 - 2012

SOMMAIRE

INTRODUCTION	4
1- LA FORMATION DES ETUDIANTS INFIRMIERS EVOLUE POUR S'ADAPTER À UN	
CONTEXTE NATIONAL ET EUROPEEN :	6
1-1 L'évolution des formations professionnelles et universitaires :	6
1-2 L'évolution des conditions d'exercice du métier :	7
1-2-1 Augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes :	7
1-2-2 Démographie médicale et paramédicale défavorable :	8
1-2-3 Nouvelles répartitions des activités de soins entre les professionnels de santé :	8
1-2-4 Evolution de la demande de santé des usagers :	9
1-2-5 Nouvelle organisation de l'offre de soins :	9
1-2-6 Recherche généralisée de l'efficience dans les établissements de santé :	10
1-2-7 Développement des politiques de qualité et de gestion des risques :	10
1-2-8 Evolution des technologies de l'information et de la communication :	11
1-2-9 Valorisation de l'innovation et de la recherche en soins :	11
1-3 L'approche compétence : un nouveau paradigme pédagogique.	11
1-4 La réflexivité : une méthode pour apprendre à apprendre.....	14
1-5 Le parcours de stage : pierre angulaire de la formation initiale.....	15
2- PRESENTATION DE L'IFSI DE SETE :	18
2-1 L'IFSI dans son environnement régional :	18
2-2 L'organisation générale :	19
2-3 Le projet pédagogique :	20
2-4 L'offre de parcours de stage :	20
2-5 Le partenariat de l'IFSI de Sète avec les Hôpitaux du Bassin de Thau :	21
2-6 Les orientations stratégiques :	21
3- LE PARCOURS COORDONNÉ DE L'ÉTUDIANT INFIRMIER EN STAGE AU SEIN DES	
HÔPITAUX DU BASSIN DE THAU :	23
3-1 La lettre de mission :	23
3-2 Le périmètre du projet :	23
3-3 Les acteurs :	24
3-4 Le recueil de données et les recherches préliminaires:.....	25
3-4-1 Etat des lieux au niveau national :	25
3-4-2 Diagnostic de situation dans les services concernés par le projet :	26
3-4-2-1 Questionnaires auprès des étudiants :	26
3-4-2-2 Entretiens semi directifs auprès des maîtres de stage :	27
3-4-2-3 Entretiens semi directifs auprès des formateurs référents de stage :	27
3-5 Les objectifs du projet :	28
3-6 Les enjeux du projet :	28
3-6-1 L'évaluation par l'AERES:	28
3-6-2 L'approche éthique dans l'encadrement :	28
3-6-3 La mise en place d'organisations apprenantes :	29
3-6-4 L'attractivité des Hôpitaux du Bassin de Thau pour les futurs professionnels :	30
3-7 Les ressources à mobiliser, les coûts :	31
3-8 Les leviers et les freins du projet :	31
3-8-1 Les forces :	31
3-8-2 Les opportunités :	32
3-8-3 Les faiblesses :	32
3-8-4 Les menaces :	34

3-9 Méthodologie retenue :	34
3-9-1 La démarche processus :	34
3-9-2 La création d'un Comité de Pilotage :	35
3-10 La note de cadrage :	36
3-11 La planification des actions à réaliser : le diagramme de Gantt :	37
4- ANALYSE DU MANAGEMENT D'UN PROJET PEDAGOGIQUE POUR LES UNITÉS DE SOINS :	38
4-1 Définir des objectifs partagés avec un ensemble de partenaires :	38
4-2 Respecter des objectifs de qualité, de délais et de coûts :	38
4-3 Formaliser une « relation client-fournisseur interne » au service de la qualité :	39
4-4 Assumer la fonction de « chef de projet » :	40
4-5 Utiliser la démarche qualité comme un outil managérial stratégique :	42
5- ELABORATION DE LA FICHE PROCESSUS :	44
5-1 Les objectifs de stage :	44
5-2 Les missions des formateurs référents de suivi pédagogique :	45
5-3 Les missions des formateurs référents de stage :	45
5-4 Les missions des maîtres de stage :	46
5-5 Les missions du tuteur :	47
5-6 Les missions du professionnel de proximité :	48
5-7 L'attribution des ECTS du stage :	49
6- LES PISTES D'AMÉLIORATION PROPOSÉES PAR LE COMITÉ DE PILOTAGE :	50
6-1 Formuler des objectifs de stage au regard de l'acquisition de critères de compétence et/ou d'actes, d'activités, de techniques de soins à valider :	50
6-2 Proposer à l'étudiant un parcours situationnel :	50
6-3 Généraliser l'utilisation d'un support de suivi d'activité :	50
6-4 Réaliser l'évaluation de stage en présence de l'étudiant :	51
6-5 Assurer un meilleur accompagnement des tuteurs :	51
7- PLAN DE COMMUNICATION POUR ACCOMPAGNER LE CHANGEMENT :	52
8- EVALUATION DU PROJET :	53
8-1 Les indicateurs de pilotage du projet :	53
8-2 Les indicateurs de résultat :	53
8-3 Les indicateurs de comparaison :	54
8-4 Reporting des données :	54
9- LES PERSPECTIVES	55
9-1 Une réflexion sur la signification de la formation par une approche compétence :	55
9-2 L'appropriation des outils d'évaluation :	56
9-3 L'IFSI de Sète est force de proposition :	57
9-4 Le travail de coopération régional au service de la construction de parcours professionnalisant :	58
9-5 La communication et la mutualisation des pratiques :	58
9-6 La rémunération des tuteurs :	59
9-7 Les compétences des formateurs en IFSI :	59
CONCLUSION.....	60
BIBLIOGRAPHIE	62
TABLE DES ANNEXES	

GLOSSAIRE DES ABBREVIATIONS

AERES	Agence d'Evaluation de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur.
ARS	Agence Régionale de Santé.
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins.
ECTS	European Credit Transfert System.
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes.
ESI	Etudiants en Soins Infirmiers.
HAD	Hospitalisation à Domicile.
HBT	Hôpitaux du Bassin de Thau.
IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers.
SSR	Service de Soins de Suite et de Réadaptation.
UE	Unité d'enseignement.
USLD	Unités de Soins de Longue Durée.

INTRODUCTION

Les infirmiers ont été les premiers engagés dans la réforme de la formation des professionnels de santé. En effet, comme le prévoit la loi n°2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, l'ensemble des diplômes paramédicaux seront progressivement revus et appréhendés selon une démarche d'élaboration des référentiels de compétence commune à tous les métiers.

L'évolution du monde de la santé, l'introduction de la validation des acquis et de l'expérience ainsi que l'harmonisation des diplômes au niveau Européen étaient des données à intégrer pour la refonte du programme des études infirmières qui datait de 1992. L'arrêté du 31 juillet 2009 a ainsi modifié profondément la formation initiale. Comme le souligne Marie-Ange Coudray, ancienne conseillère pédagogique à la Direction Générale de l'Offre de Soins, « *les finalités de ce nouveau cursus sont clairement affichées : conjuguer la finalité professionnelle avec la possibilité pour les étudiants de poursuivre un parcours universitaire* ». ¹ Le grade licence est en effet délivré en même temps que le diplôme d'Etat.

Depuis cette réforme, la formation est articulée autour de l'acquisition des 10 compétences requises pour l'exercice des différentes activités du métier d'infirmier. Cela a bouleversé l'ingénierie de la formation sur les méthodes pédagogiques employées mais aussi sur les modalités d'organisation générale. La formation clinique en stage revêt un caractère essentiel puisque sa durée (2100 heures) est égale à la durée de la formation théorique. Le référentiel est élaboré de manière à développer le raisonnement clinique de l'infirmier et sa capacité d'analyse dans une approche interdisciplinaire. De nouvelles fonctions apparaissent (maître de stage, tuteur, formateur référent de suivi pédagogique). De nouveaux outils sont utilisés (le portfolio) et de nouvelles méthodes d'analyse de situations de soins sont mises en place afin de développer une posture réflexive chez l'apprenant. L'entraînement réflexif, précise l'arrêté du 31 juillet 2009, « *est une exigence de la formation permettant aux étudiants de comprendre la liaison entre savoirs et actions, donc d'intégrer les savoirs dans une logique de construction de la compétence* ».

A l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de Sète, le nouveau programme a été mis en place dès la rentrée de Septembre 2009 soit 2 mois après la publication du texte. Au regard des délais, l'accompagnement de l'équipe pédagogique et des professionnels de terrain a été inexistant. De plus, l'approche compétence et l'approche modulaire du programme de 1992 ont cohabitées pendant deux années scolaires ce qui a aussi parasité l'appropriation de la philosophie de ce référentiel. Depuis 2009, les professionnels qui interviennent dans la formation ont peu à peu découvert les différentes facettes du programme et ont développé des capacités d'adaptation pour répondre aux exigences règlementaires.

¹ Interview de Marie-Ange Coudray extrait de la lettre de mission Nationale d'Appui en santé mentale PLURIELS n° 82. Mai 2010.

Aujourd'hui, la première promotion d'étudiants ayant bénéficié de l'apprentissage versus compétence arrive en fin de formation (diplômes délivrés en juillet 2012). L'étude qui va être menée dans ce projet s'appuie sur l'expérience de ce groupe d'étudiants. Elle a pour objectif d'optimiser les conditions d'encadrement des étudiants infirmiers en stage par la mise en place d'un parcours coordonné.

La méthode retenue est l'analyse processus qui permettra dans un premier temps de réaliser un bilan des pratiques au regard des recommandations du référentiel, puis dans un deuxième temps, d'optimiser cette prise en charge en mettant en place des actions correctives à court ou moyen terme en fonction des ressources internes disponibles et des attentes des acteurs concernés. Dans une logique de qualité, cette méthode permettra de réduire la variabilité non justifiée d'encadrement des étudiants lors des stages cliniques ; de s'approprier les recommandations du référentiel à chaque étape du parcours de stage mais aussi d'améliorer la coordination et la communication entre les acteurs tout en valorisant les pratiques existantes et en donnant de la visibilité à l'étudiant qui débute son stage.

Mais pour mieux comprendre les enjeux de la mise en place de ce programme, nous aborderons en premier lieu le contexte dans lequel cette réforme est intervenue et les conséquences sur l'exercice de la profession d'infirmier qu'il faut évidemment prendre en compte pour préparer les futurs professionnels à intégrer un système de santé en perpétuelle mutation.

1- LA FORMATION DES ETUDIANTS INFIRMIERS EVOLUE POUR S'ADAPTER À UN CONTEXTE NATIONAL ET EUROPEEN :

1-1 L'évolution des formations professionnelles et universitaires :

La loi 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale a posé comme principe que toute personne engagée dans la vie active est en droit de faire valider les acquis de son expérience en vue de l'acquisition d'un diplôme. Ce texte instaure dans les articles 133 à 146, le Registre National des Certifications Professionnelles (RNCP) dans lequel tous les métiers en France doivent être inscrits. S'agissant de la profession infirmière, celle-ci est réglementée et soumise pour son exercice à la détention du diplôme d'Etat par le code de santé publique. La VAE ne saurait avoir pour conséquence la légalisation d'une expérience acquise en infraction aux règles d'autorisation d'exercice des professions. La mise en place du nouveau référentiel était donc nécessaire pour assurer d'une part, aux aides soignants par exemple, la possibilité de poursuivre leur parcours professionnel en IFSI et d'autre part, de pouvoir inscrire le diplôme d'Etat d'infirmier dans le RNCP.

Les Accords de Bologne (juin 1999) ont marqué un engagement des pays signataires à construire un espace Européen de l'enseignement supérieur. Il ne s'agit pas de construire un système universitaire unique mais de placer les systèmes nationaux diversifiés dans un cadre commun fondé sur trois points clés :

- La mise en place d'une structure en deux cycles des études supérieures (1^{er} cycle : licence ou Bachelor selon les pays ; 2^{ème} cycle master et doctorat).
- La mise en place d'un système commun de crédits pour décrire les programmes d'études (ECTS). Ce système de transfert et d'accumulation de crédits facilite la mobilité des étudiants.
- La mise en place du « supplément au diplôme » afin de rendre plus facilement lisibles et comparables les diplômes et favoriser l'intégration des citoyens européens sur le marché du travail.

Le ministère de la santé a élaboré dès 2005 un projet de réingénierie des diplômes paramédicaux pour respecter ces accords. Un rapport sur l'évaluation de l'impact du dispositif LMD sur les formations et le statut des professions paramédicales (octobre 2008²) montre l'intérêt de cette évolution. La réingénierie des diplômes a pour finalité l'amélioration de la qualité de l'enseignement et du contenu des formations ; le décloisonnement des différentes filières d'études médicales et paramédicales permettant l'instauration de passerelles ; la conception de formations de niveau supérieur (master 1 et 2) permettant aux professionnels d'évoluer vers des compétences plus étendues en matière de soins et de pratiques de santé publique ; l'ouverture du dispositif de formation sur l'espace européen afin de faciliter les échanges dès la formation initiale.

² Evaluation de l'impact du dispositif LMD sur les formations et le statut des professions paramédicales. Rapport de l'inspection générale des affaires sociales A. MORELLE, J. VEYRET, G. LESAGE. Octobre 2008.

Avec la réforme de 2009, les infirmiers ont été les premiers des professions paramédicales à entrer dans le processus LMD. La formation initiale permet l'obtention de 180 ECTS (délivrés par l'université) et du diplôme d'Etat délivré par le préfet de région (article D 4311-16 du code de la santé publique). Pour se faire, des conventions de partenariat ont été négociées entre les Instituts de Formation en Soins Infirmiers, les Universités et les Conseils Régionaux³. En Languedoc Roussillon cette convention concerne 13 IFSI, l'université Montpellier I (faculté de médecine), l'université Montpellier III (faculté des sciences humaines et sociales), l'université de Nîmes, l'université de Perpignan et le Conseil Régional Languedoc Roussillon. La signature de cette convention n'est pas à ce jour finalisée pour notre région.

1-2 L'évolution des conditions d'exercice du métier :

Des évolutions majeures sont en train de s'opérer dans le secteur de la santé. Celles-ci vont impacter les conditions d'exercice des professionnels infirmiers. Elles ont en grande partie été prises en compte pour construire le référentiel de 2009.

Ces évolutions n'impactent pas directement le processus de stage mais lors de l'encadrement des étudiants, les acteurs de la formation devront s'assurer que ceux-ci possèdent les connaissances suffisantes pour évoluer dans ce nouvel environnement.

1-2-1 Augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes :

Au point de vue national, la population vieillit et sa demande en soins évolue. Dans ces circonstances, la prise en charge des patients devient de plus en plus complexe avec des parcours cliniques variés, des retours en hospitalisation plus nombreux, **des suivis de maladies chroniques**. L'évolution démographique est telle que « *la dépendance pourrait devenir le 5^{ième} risque couvert par la sécurité sociale.* »⁴. Le Languedoc Roussillon n'échappe pas à cette tendance. D'ici à 2040, les plus de 60 ans représenteraient 34,7% de la population totale contre 24,9% en 2007⁵. L'approche soignante de ces patients est modifiée par le fait que le soin n'est plus dirigé vers la guérison mais dans l'accompagnement de la maladie et de la fin de vie. Les unités d'enseignement introduites dans le nouveau programme de formation comme le « processus dégénératif et défaillance organique », les « cycles de la vie et grandes fonctions » ou encore 3 unités de « soins relationnels » entrent tout à fait dans ce champ.

L'objectif pédagogique des stages est de faire réfléchir les étudiants sur des « situations professionnelles apprenantes » qui sont choisies avec des professionnels en activité. Ce sont souvent des situations cliniques représentatives de ce profil de patients âgés.

³ Circulaire interministérielle DHOS/RH1/DGESIP/2009/202 du 9 juillet 2009.

⁴ Xavier Darcos, ministre du Travail et de la Solidarité, a précisé, le 10 mars dernier, la position du gouvernement sur la protection de la dépendance lors de la journée "Dépendance - 5e risque, assurance, services et hébergement : l'heure des choix".

⁵ Le projet régional de santé du Languedoc Roussillon. Site de l'ARS du Languedoc Roussillon. www.ars.languedocroussillon.sante.fr.

1-2-2 Démographie médicale et paramédicale défavorable :

Une étude prospective réalisée par la DRESS⁶ en 2009 montre que globalement le nombre de médecins sur le territoire va diminuer de 10% entre 2006 et 2019. La densité médicale sera durablement inférieure à son niveau actuel en particulier pour la Région Languedoc Roussillon où les effectifs en médecins diminueraient de 8,5%. Dans le même temps, la population augmentera de manière importante (phénomène probablement lié à l'héliotropisme).

Alors que le nombre d'infirmières continuerait d'augmenter jusqu'en 2030 (1,3% par an en moyenne)⁷, c'est au regard des besoins de la population que la situation démographique des IDE doit s'apprécier. Avec des populations vieillissantes qui ont des besoins supérieurs, une baisse prévisible du nombre de médecins, un départ massif à la retraite des agents dans la fonction publique hospitalière d'ici à 2015⁸, les professionnels infirmiers devront, dans les établissements de santé comme en libéral, développer des capacités professionnelles pour s'adapter à cette pénurie de soignants.

Le référentiel de formation précise que les finalités des enseignements sont d'amener l'étudiant à devenir un **praticien autonome, responsable et réflexif**, c'est à dire un professionnel capable d'analyser toute situation de santé, de prendre des décisions dans les limites de son rôle et de mener des interventions seul et en équipe pluridisciplinaire.

1-2-3 Nouvelles répartitions des activités de soins entre les professionnels de santé :

La démographie médicale défavorable fait bouger les frontières professionnelles chez les paramédicaux. Après la remise du rapport Berland en 2003⁹ et une phase d'expérimentation, la loi HPST¹⁰ a donné un cadre juridique au développement des coopérations qui peuvent avoir localement pour conséquence le transfert de tâches du médecin vers d'autres professionnels de santé¹¹. La Haute Autorité de Santé peut dans un second temps étendre tout dispositif local de coopération jugé pertinent au territoire national. Celui-ci serait alors intégré à la formation initiale et au développement professionnel continu des professionnels de santé concernés.

⁶ La démographie médicale à l'horizon de 2030. Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques. Attal-Toubert et Vanderschelden, 2009.

⁷ Rapport de la Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. La démographie des infirmiers à l'horizon 2030. Mai 2011.

⁸ Etude prospective réalisée par l'Observatoire National des Emplois et des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière sur la démographie des personnels hospitaliers réalisée en 2003

⁹ BERLAND Y. «Coopération des professions de santé : le transfert des tâches et de compétences, rapport d'étape». 2003.

¹⁰ Loi Hôpital Patient Santé et territoire du 21 juillet 2009.

¹¹ Un protocole signé en juillet 2011 avec l'ARS PACA prévoit que la pratique de myélogrammes peut être déléguée à des infirmiers formés spécifiquement.

1-2-4 Evolution de la demande de santé des usagers :

Les patients « consommateurs de soins » **expriment des exigences** sur la qualité de leur prise en charge dans toutes ses composantes. Le patient devient acteur de sa propre santé ; il souhaite être mieux informé et associé aux décisions le concernant (en accord avec l'esprit des lois du 4 mars 2002 sur « le droit des malades et à la qualité du système de santé » et du 22 avril 2005 relative « aux droits des malades et à la fin de vie »).

Pour les infirmiers, cela engendre une réorganisation de la prise en charge des patients autour de l'accueil et de leur suivi dans et hors l'établissement. **Des compétences de communication et de médiation** sont ainsi nécessaires. Lors de la formation initiale, ces dimensions professionnelles sont explorées en particulier en stage au travers des compétences 6 (« communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins ») et 9 (« organiser et coordonner les interventions soignantes »).

1-2-5 Nouvelle organisation de l'offre de soins :

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) a pour objectif l'amélioration de l'accès à des soins de qualité et l'organisation territoriale du système de santé. A travers l'application de ce texte, l'infirmière voit son rôle évoluer.

L'organisation de l'offre de soins est constituée en fonction des niveaux de recours et des besoins de santé. En ce qui concerne le premier recours, le médecin généraliste a un rôle pivot. Pour le moment, des regroupements intra professionnels existent (cabinets regroupant plusieurs médecins généralistes). L'ouverture de maisons de santé pluri professionnelles (médecins généralistes, infirmières, kinésithérapeutes, psychologues etc.) est encouragée par les pouvoirs publics.

Des propositions sont faites pour faire évoluer l'exercice du métier d'infirmier dans ces structures :

- créer un statut et un diplôme d'infirmier clinicien en soins primaires,
- expérimenter une consultation infirmière de première ligne au cours de laquelle l'infirmier clinicien prendrait en charge des affections bénignes et orienterait directement si besoin le patient vers un médecin,
- instituer une consultation infirmière de suivi des patients atteints de pathologies chroniques¹².

La compétence 1 du référentiel de formation « évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier » porte un éclairage sur les capacités que devront développer les professionnels infirmiers dans ces maisons de santé. Les critères de cette compétence sont évalués dans tous les stages du semestres 1 au semestre 6.

La loi HPST induit **une approche globale et coordonnée de la prise en charge du patient**. Ceci favorise au niveau du territoire la mutualisation des moyens et la coordination

¹² Note d'analyse n° 254 - Opportunités pour l'offre de soins de demain - Les coopérations entre professionnels de santé - Centre d'analyse stratégique – Décembre 2011.

des acteurs du secteur sanitaire, social et médico-social, du secteur public et privé ou encore entre les établissements de santé et la ville. Afin de mieux coordonner la prise en charge de ce parcours patient, le rapport Larcher (2008) propose « *la désignation dans les services d'un responsable de la coordination des soins qui pourrait être l'infirmier. Il serait chargé de développer des relations avec les intervenants du maintien à domicile, développer des filières gériatriques et des plateformes transversales, veiller à l'accessibilité de l'interlocuteur médical pour le patient, sa famille et son médecin traitant, favoriser l'accès à la prestation d'aide au retour à domicile après une hospitalisation* ». ¹³ La compétence 9 du portfolio s'intitule « Organiser et coordonner les interventions soignantes ». Dans cette compétence sont appréciées « la pertinence dans l'identification et la prise en compte du champ d'intervention des différents acteurs », « la cohérence dans la continuité des soins, la fiabilité et la pertinence des informations transmises ».

Le titre III de la loi HPST aborde « *la prévention et la santé publique* ». **L'éducation thérapeutique du patient est pointée comme une priorité nationale.** La formation des infirmiers insiste sur ce point puisque deux unités d'enseignement « soins éducatifs et préventifs » et deux unités d'enseignement « santé publique et économie de la santé » sont planifiées dans les semestres 2 et 4. La compétence 5 est intitulée « Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs ». Elle doit être acquise pour obtenir le diplôme d'Etat.

L'organisation territoriale du système de santé permet enfin une meilleure adaptation aux besoins locaux. La politique régionale de santé pilotée par les ARS se décline dans le Projet Régional de Santé (PRS). En Languedoc Roussillon, l'ARS privilégie « 5 parcours de santé » qui correspondent à des enjeux régionaux de santé publique : la prise en charge des personnes âgées, des personnes atteintes de pathologies chroniques, d'Accidents Vasculaires Cérébraux, la santé mentale de l'adolescent et les addictions. ¹⁴ A l'IFSI de Sète, les enseignements sont adaptés à ces orientations en particulier par l'analyse de situations cliniques en stage qui correspondent aux axes du PRS.

1-2-6 Recherche généralisée de l'efficience dans les établissements de santé :

Même si cela ne concerne pas le cœur de métier, la nécessité de concilier contraintes économiques et qualité des soins est un impératif que le personnel infirmier doit garder à l'esprit. Deux unités d'enseignement « santé publique et économie de la santé » sensibilisent les étudiants sur ce point.

1-2-7 Développement des politiques de qualité et de gestion des risques :

Accréditation, certification, évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et formation continue s'inscrivent dans une logique de démarche d'amélioration de la qualité. Les critères retenus pour la compétence 7 « analyser la qualité et améliorer sa pratique professionnelle » sont la pertinence de l'analyse dans l'utilisation d'un protocole dans une situation donnée ; la pertinence de l'analyse dans l'application des règles de qualité,

¹³ Rapport de la Commission de concertation sur les missions de l'hôpital présidée par Gérard Larcher (2008) p. 16

¹⁴ Site internet de l'ARS Languedoc Roussillon : www.ars.languedocroussillon.sante.fr

sécurité, ergonomie ; la pertinence dans la démarche d'analyse critique d'une situation de travail avec la proposition d'axes d'améliorations. Il s'agit bien là d'une démarche de qualité et de gestion des risques appliquée aux soins infirmiers.

1-2-8 Evolution des technologies de l'information et de la communication :

L'utilisation de logiciels informatiques est courante dans les services de soins (dossier du patient informatisé, logiciel de commande de dispositifs médicaux consommables ou de médicaments, télémédecine). L'unité d'enseignement 6.1 méthodes de travail et TIC¹⁵ apporte une initiation à l'informatique par l'utilisation des logiciels Word® et Excel®. Elle aborde aussi les outils et moyens de communication.

1-2-9 Valorisation de l'innovation et de la recherche en soins :

« L'enseignement et la recherche conditionnent le dynamisme du système de santé de demain. Ils sont aussi un puissant facteur d'attractivité pour l'hôpital public. Ils doivent être confortés et dynamisés »¹⁶.

Plusieurs unités d'enseignement abordent « l'initiation à la démarche de recherche ». Les cours d'anglais qui sont assurés tout au long de la formation sont aussi une ressource notamment lors de l'utilisation d'articles professionnels anglo-saxons.

1-3 L'approche compétence : un nouveau paradigme pédagogique.

L'acquisition de compétences constitue le pivot de ce nouveau programme. Le référentiel infirmier (annexe 3 de l'arrêté du 31 juillet 2009) précise que « *la formation conduisant au diplôme d'infirmier vise à l'acquisition de compétences pour répondre aux besoins de santé des personnes dans le cadre d'une pluridisciplinarité* ». Bien entendu, les compétences acquises par l'étudiant lors de la formation correspondent au niveau de débutant dans le métier.

Cette notion de compétence est à explorer pour mieux comprendre de quoi il s'agit lorsque l'on aborde la profession infirmière étant donné qu'elle impacte le mode d'encadrement de l'étudiant en stage. Le répertoire des métiers de la Fonction Publique Hospitalière en donne une définition précise : « *c'est la 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* ».

La compétence ne peut donc se révéler que dans l'action. Elle est liée aux situations professionnelles dans lesquelles elle est mise en œuvre et ne peut se définir qu'au travers de celles-ci. Etre compétent nécessite d'être un professionnel « situé ».

¹⁵ Technologies de l'information et de la communication.

¹⁶ Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital présidée par M. Gérard Larcher. 2008. p.5

Pour l'infirmier, ce n'est pas seulement un « savoir faire » (capacité par exemple à faire une prise de sang) ; il s'agit d'une combinatoire de savoirs que certains auteurs nomment « ressources de la compétence » qui aboutit à l'action. Pour parler d'une infirmière qui a été compétente lors d'une prise de sang le patient pourrait dire : « Cette infirmière elle sait y faire ».

Gérard Malglaive¹⁷ modélise la compétence comme une articulation entre des savoirs formalisés (connaissances théoriques, savoirs procéduraux, protocoles de soins ou des méthodes de travail) et des savoirs de l'action (expérience professionnelle, savoirs faire, automatismes et habiletés) pour aboutir à l'action située.

Les savoirs formalisés sont apportés à l'étudiant dans les unités d'enseignement lors de cours théoriques. Ils peuvent être aussi le fruit de recherches personnelles. Les savoirs d'action sont eux développés lors des stages cliniques ou lors de séquences pédagogiques en situations simulées à l'IFSI.

Il faut préciser que la ressource « savoir d'action » est quasiment inexistante au début de la formation. L'étudiant a peu d'expérience professionnelle et pas d'automatismes. Dans ces circonstances, une des ressources de la compétence sur laquelle le formateur s'appuie est la représentation de ce que l'étudiant peut avoir de son rôle d'infirmier, de l'environnement dans lequel il évolue, mais aussi la représentation de lui-même en tant qu'individu (aptitudes, intuitions, expériences antérieures non associées à la profession, postures).

Cette nouvelle approche par l'acquisition des compétences permet d'aborder les connaissances non pas de manière additive et linéaire mais dans leurs interrelations au regard de situations qui leur donnent du sens. Comme le précise Philippe Perrenoud, « *l'approche par compétences amène à s'attacher à un petit nombre de situations fortes et fécondes qui produisent des apprentissages et tournent autour des savoirs importants* »¹⁸. Ce sont les situations de soins repérées comme « situations emblématiques » pour chacun des terrains de stage. Elles sont décrites dans le livret d'accueil mis à disposition de l'étudiant

Selon Marie-Ange Coudray,¹⁹ « *cette démarche d'enseignement par situations ou par problèmes correspond à une vision modernisée de l'apprentissage.[...]Elle est plus favorable pour retenir des contenus de formation qui sont ainsi ancrés concrètement dès le début du cursus. L'étudiant sera mis très tôt dans un processus de recherche d'informations, de manipulation de connaissances ou de ressources, et son rôle d'acteur devrait être ici plus lisible et valorisé* ».

Actuellement, le travail à l'hôpital nécessite une constante remise en question des pratiques. L'évolution technologique, l'évolution des conditions de travail dans un contexte

¹⁷ MALGLAIVE Gérard. Enseigner à des adultes. Collection Education et formation. Edition PUF – Mars 2005.

¹⁸ PERRENOUD Ph. La transposition didactique à partir des pratiques : des savoirs aux compétences. Revue des sciences de l'éducation (Montréal),1998.

¹⁹ COUDRAY M.A. GAY C. Le défi des compétences. Comprendre et mettre en œuvre la réforme des études infirmières. Edition Masson2009. P. 43.

économique contraint ainsi que les attentes différentes des usagers amènent les professionnels à devoir sans cesse analyser en temps réel les situations de soins afin de prendre les décisions adaptées. Pour répondre à ces défis, la capacité d'analyse et l'autonomie professionnelle des infirmiers doivent être travaillées et développées.

Dans cette logique les trois paliers de l'apprentissage du référentiel prennent tout leur sens :

- **Comprendre** : l'étudiant acquiert les savoirs et savoirs faire nécessaires à la compréhension des situations.
- **Agir** : l'étudiant mobilise les savoirs et acquiert la capacité d'agir et d'évaluer son action.
- **Transférer** : l'étudiant conceptualise et acquiert la capacité de transposer ses acquis dans des situations nouvelles.

Guy Le Boterf précise « *qu'être compétent, c'est agir avec autonomie, c'est à dire être capable d'autoréguler ses actions, de savoir compter sur ses propres ressources, mais également de rechercher des ressources complémentaires, d'être en mesure de transférer, c'est à dire de réinvestir ses compétences dans des contextes distincts. C'est en effet, paradoxalement, en comprenant comment l'on s'y prend pour agir efficacement dans un contexte particulier que l'on se prépare à agir dans un contexte différent* »²⁰.

De façon opérationnelle, le développement des apprentissages individuels en stage s'appuie sur **des objectifs et des parcours personnalisés** (en fonction du niveau d'acquisition des critères des compétences, en fonction du projet professionnel). L'originalité de cette démarche est d'utiliser au mieux les capacités de l'étudiant et surtout de valoriser ses potentiels.

L'encadrement en stage assuré par les infirmiers, les tuteurs ou les formateurs amène l'ESI vers **une autonomie dans la prise de décision**. Il s'agit ici principalement du développement de compétences individuelles c'est à dire une disposition à agir dans une famille de situations qui est particulière à chaque personne et lui appartient en propre. Mais à l'hôpital, la prise en charge des patients n'est pas le fruit d'un individu isolé. Elle dépend d'une organisation complexe où les professionnels de santé agissent en inter-relation. Le sens d'une situation de travail est à la fois individuel et partagé : individuel parce que le sens accordé par un individu lui est propre et différent d'un individu à l'autre ; partagé parce que justement les individus d'une même communauté s'entendent relativement bien sur le sens à donner à telle ou telle situation, à telle ou telle pratique, à tel ou tel mot. C'est la construction de compétences collectives qui s'inscrit dans une logique d'action collective. Sandra Bélier²¹ définit les compétences collectives comme étant « *une combinatoire de savoirs différenciés mis en situation en vue d'atteindre un objectif commun* ». Ainsi, « *agir avec compétence* » nous dit Le Boterf « *suppose de savoir interagir avec les connaissances et les compétences d'autrui et avec des réseaux de ressources collectives* ».²²

²⁰ LE BOTERF G. « De quel concept de compétence avons-nous besoins ? » Soins Cadres n°41-p. 21.

²¹ BELLIER S. compétences en action, Liaisons, 2000.

²² LE BOTERF G. L'ingénierie des compétences, Editions d'organisation, 1999.

Le projet pédagogique de l'IFSI de Sète précise que le principe directeur de la formation est la **professionnalisation** de l'étudiant obtenue par l'alternance itérative. Grâce à cette alternance stage/IFSI, « *l'étudiant construit progressivement son identité professionnelle ainsi que les éléments de sa compétence à travers l'acquisition de savoirs et savoirs faire, attitudes et comportements*²³ ».

1-4 La réflexivité : une méthode pour apprendre à apprendre.

La posture réflexive est une exigence de la formation. Elle permet aux étudiants de comprendre la liaison entre savoirs et actions et donc d'intégrer les savoirs dans une logique de construction de la compétence. Pour M. Vial, « *former un professionnel, c'est l'aider à problématiser des situations de travail et non lui donner des certitudes* »²⁴. Dans cette perspective, évaluer l'étudiant ne consiste plus à mesurer la performance de l'apprenant à partir d'indicateurs comportementaux comme le faisaient les MSP (mises en situations professionnelles) de l'ancien programme mais à établir avec le sujet évalué l'état de ses connaissances et de ses compétences au regard de multiples situations de soins rencontrées au cours du stage.

Le processus réflexif est un processus mental et intellectuel qui va permettre à l'apprenant de dépasser la simple image qu'il s'est forgé au contact d'une situation de soins, pour réfléchir à cette situation de façon à pouvoir la conceptualiser et en tirer des enseignements. L'analyse réflexive repose sur le postulat que la réflexion faisant suite à l'expérience constitue un des moyens d'apprentissage dans les champs théoriques et pratiques et contribue à l'évolution des représentations de l'apprenant. Une fois ce travail d'analyse accompli, l'ESI sera capable de nommer les enseignements qu'il tire de son analyse et de transférer à d'autres situations ceux qui seront généralisables.

Pour mener une analyse réflexive plusieurs outils sont à disposition du formateur ou de l'infirmier qui encadre l'étudiant : l'analyse de situation, l'analyse de pratique ou encore l'entretien d'explicitation.

La pratique réflexive se déroule en plusieurs étapes :

- Décrire la situation. Il s'agit de prendre en compte toutes les interactions : les activités, les acteurs, le contexte précis, la façon d'agir.
- Questionner la situation au regard de ce que l'on cherche à comprendre.
- Déterminer les savoirs ou connaissances associées qui permettent d'éclairer la situation avec un regard théorique.
- Conceptualiser. Cette étape permet de prendre de la distance et de rattacher l'événement décrit à un contexte plus général, de chercher des points communs à d'autres situations.
- Formuler des hypothèses de compréhension.
- Transposer des connaissances acquises à de nouvelles situations en tenant compte de l'expérience vécue.

²³ Extrait du projet pédagogique IFSI de Sète.

²⁴ VIAL M. « Faut-il un référentiel pour déterminer les missions du formateur des personnels en santé ? », Soins cadres n°37, p65.

L'article 56 de l'arrêté du 2 Août 2011 modifiant l'arrêté du 31 juillet 2009 confirme l'importance de cette démarche réflexive puisque pour acquérir les ECTS correspondant au stage, l'étudiant devra avoir analysé en cours de stage des situations et activités rencontrées et en avoir inscrit les éléments dans le portfolio. En outre, l'évaluation prend en compte la progression de l'étudiant au niveau de la qualité de l'analyse des situations retenues pour l'exercice.

A l'IFSI de Sète, deux analyses de situation sont réalisées par écrit chaque semestre et sont présentées à l'oral à un cadre formateur. Un nouvel outil d'évaluation²⁵ de la démarche réflexive est en place depuis le début de l'année 2012. Des indicateurs de progression y sont précisés.

1-5 Le parcours de stage : pierre angulaire de la formation initiale.

Avec une durée de 60 semaines soit 2100 heures pour les trois ans, la durée de la présence de l'étudiant en stage est équivalente à celle de la présence à l'IFSI. La durée de chaque stage est augmentée par rapport à l'ancien programme (5 ou 10 semaines contre 4 ou 8 semaines dans l'ancienne formation). Les étudiants ont ainsi la possibilité de prendre des initiatives, de progresser à leur rythme pour atteindre les objectifs fixés.

Les lieux de stage sont choisis en fonction des ressources qu'ils peuvent offrir aux étudiants. Un stage est reconnu « qualifiant » lorsque le maître de stage (le cadre de santé le plus souvent) se porte « *garant de la mise à disposition des ressources notamment la présence de professionnels qualifiés et des activités permettant un réel apprentissage* »²⁶.

Les critères de la qualification d'un stage sont :

- la présence d'une charte d'encadrement qui est établie entre les établissements d'accueil et les IFSI partenaires (portée à la connaissance des étudiants),
- la présence d'un livret d'accueil qui comporte les éléments d'information nécessaires à la compréhension du fonctionnement du service, les situations de soins et les activités les plus souvent rencontrées dans l'unité ainsi que les éléments de compétence que l'étudiant pourra spécifiquement acquérir dans ce stage.

Quatre types de stages sont possibles. Ils sont représentatifs de « familles de situations » c'est à dire des lieux où l'étudiant rencontre des spécificités dans la prise en soins :

- 1- Soins de courte durée.
- 2- Soins en santé mentale et en psychiatrie.
- 3- Soins de longue durée et soins de suite et de réadaptation.
- 4- Soins individuels ou collectifs sur des lieux de vie.

Dans la logique d'acquisition des compétences, le passage dans des unités de soins ayant des spécificités particulières suggère que l'étudiant formule une demande de confrontations à situations professionnelles particulières qui lui permettront de progresser.

²⁵ Annexe 1.

²⁶ Extrait du référentiel de formation juillet 2009.

Le terrain de stage est donc, au départ, une structure qui propose « une offre situationnelle » aux apprenants.

Un stage constitue **une réponse structurée** à la demande et aux **besoins singuliers** de l'étudiant à un moment de son parcours d'apprentissage. Concrètement, cela signifie qu'un étudiant exprimant, à son arrivée en stage, le souhait de progresser dans telle ou telle compétence, se verra proposer de participer à la gestion de certaines situations professionnelles propres à ce terrain de stage. Ces situations constituent tout autant les supports de l'apprentissage que de l'évaluation. L'étudiant sera ainsi progressivement évalué sur ses capacités à « être compétent » dans ces situations particulières. Le portfolio sert à mesurer cette progression.

Les 10 compétences ainsi que les actes, activités et techniques de soin du référentiel comportent des critères et des indicateurs qui sont évalués selon 4 niveaux : non pratiqué, non acquis, à améliorer, acquis.

Les crédits européens (ECTS) correspondant au stage sont attribués dès lors que l'étudiant remplit 4 conditions :

- « avoir réalisé la totalité du stage (la présence sur chaque stage ne peut être inférieure à 80% du temps prévu).
- Avoir analysé des activités rencontrées en stage et en avoir inscrit les éléments sur le portfolio (analyse de situations réalisées lors de l'encadrement en stage ou à l'IFSI).
- Avoir mis en œuvre et validé les éléments des compétences requises dans une ou plusieurs situations,
- Avoir validé la capacité technique de réalisation des actes ou activités liés au stage effectué. »²⁷

Les stages validés entraînent l'attribution par la CAC de 5 ECTS pour les stages de 5 semaines, 10 ECTS pour les stages de 10 semaines et 15 ECTS pour le ou les stages de 15 semaines du semestre 6.

Le diplôme d'infirmier est délivré si l'ensemble des 10 compétences, actes, activités et techniques de soins sont acquis au semestre 6.

Selon Philippe Perrenoud, « l'alternance désigne le va et vient d'un futur professionnel entre deux lieux de formation, d'une part un institut de formation initial, d'autre part un ou plusieurs lieux de stage. [...] S'il n'existe pas dans l'institut de formation initial, une conception explicite et cohérente de l'articulation théorie et pratique et du processus de construction des compétences professionnelles, l'alternance peut rester un dispositif vide de sens ».²⁸ L'alternance est donc un processus dynamique d'apprentissage et de formation qui consiste à créer des liens entre les étudiants, les IFSI et les terrains de stage. Elle doit s'appuyer sur des principes pédagogiques communs pour être efficace et donner du sens à l'accompagnement de l'étudiant. L'élaboration d'un parcours coordonné de stage qui est l'objet de ce projet entre dans cette optique.

²⁷ En référence à l'article 56 de l'arrêté du 31/07/2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier.

²⁸ PERRENOUD Philippe. « Articulation théorie et pratique et formation des praticiens réflexifs en alternance » in « alternance et complexité en formation ».

Le terrain de stage est à la fois un lieu d'apprentissage, d'intégration des connaissances, d'acquisition des compétences mais aussi de **professionnalisation**. Pierre Hébrard, chercheur au Conservatoire National des Arts et Métiers montre que cette professionnalisation comporte trois sens principaux :

- « un sens macro social (qui relève des stratégies de groupe, d'une sociologie des professions),
- un sens organisationnel quand on parle d'activité (processus de formalisation, d'explicitation de l'amélioration de ses capacités pour passer du statut d'amateur au statut de professionnel),
- et enfin un sens individuel par lequel l'étudiant acquiert des attitudes, des normes qui lui permettent de s'identifier à un groupe »²⁹.

Le stage clinique n'est donc pas seulement un lieu de confrontation à des situations de soins ; c'est aussi un lieu de **construction de son identité professionnelle**.

²⁹ HEBRARD P. Journée Régionale CEFIEC Languedoc Roussillon. Castelnau-le-lez.1^{er} sept. 2011

2- PRESENTATION DE L'IFSI DE SETE :

2-1 L'IFSI dans son environnement régional :

La structure dépend du secrétariat d'Etat chargé de la santé. Le relais de cette tutelle se fait au niveau régional par la DRJSCS³⁰ garante de la certification. L'ARS du Languedoc Roussillon est responsable du suivi des programmes et de la qualité de la formation. L'IFSI est subventionnée par la Région Languedoc-Roussillon.

Au niveau régional 12 IFSI proposent une formation identique :

Instituts de Formation en Soins Infirmiers	Quota d'entrée en 1 ^{re} année	Distance de Sète
IFSI d'Alès - Centre Hospitalier (Gard)	58 étudiants	98 KMS
IFSI de Bagnols sur Cèze - Centre Hospitalier (Gard)	49 étudiants	130 KMS
IFSI de Béziers - Centre Hospitalier (Hérault)	95 étudiants	44 KMS
IFSI de Carcassonne- Centre Hospitalier (Aude)	66 étudiants	120 KMS
IFSI de Castelnau-le-lez - Fédération de l'Hospitalisation Privée de Languedoc Roussillon (Hérault)	40 étudiants	36 KMS
IFSI de Castelnau-le-lez - Centre de rééducation et de réinsertion professionnelle (Hérault)	17 étudiants	36 KMS
IFSI de Mendes (Lozère)	45 étudiants	167 KMS
IFSI de Montpellier – Centre Hospitalier Régional (Hérault)	161 étudiants	38 KMS
IFSI de Narbonne - Centre Hospitalier (Aude)	63 étudiants	68 KMS
IFSI de Nîmes - Centre Hospitalier Universitaire (Gard)	127 étudiants	81 KMS
IFSI de Nîmes - Croix Rouge (Gard)	80 étudiants	81 Kms
IFSI de Perpignan (Pyrénées orientales)	104 étudiants	130 Kms

Quatre instituts de formations sont situés à moins de 50 kms de l'IFSI de Sète. L'origine géographique des candidats inscrits aux épreuves de sélection du concours infirmier se trouve essentiellement dans l'Hérault (77% des candidats en 2009³¹). Les raisons le plus souvent évoquées par les candidats pour le choix de l'IFSI de Sète sont la proximité (recrutement important sur le Bassin de Thau) ou le nombre réduit d'étudiants par promotions (qui permet de bénéficier d'un accompagnement individualisé par les formateurs).

En 2009, un partenariat entre les 13 IFSI de Languedoc Roussillon a vu le jour. Des rencontres régulières entre les formateurs responsables d'UE sont organisées dans le but d'uniformiser le contenu des enseignements mais aussi de réaliser un partage d'expérience sur des secteurs géographiques parfois très éloignés (Carcassonne, Nîmes, Perpignan, Mendes). Ces échanges concernent en particulier les unités d'enseignement dont les savoirs sont dits « contributifs » aux savoirs infirmiers. Ce sont les unités d'enseignement qui sont

³⁰ Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale.

³¹ Données issues du dossier de demande de renouvellement d'autorisation de l'institut de formation du Centre Hospitalier du Bassin de Thau auprès des tutelles (décembre 2009).

sous la responsabilité de l'université. Pour ces UE, chaque groupe est représenté par un cadre formateur « pilote » et un cadre formateur « co-pilote » dont la mission est d'exposer au référent universitaire ce qui est fait dans les 13 instituts. Un programme plus précis de ces unités d'enseignement est en cours d'élaboration dans les universités qui ont signées la convention de partenariat évoquée précédemment. Il s'agit de l'université de Médecine (Montpellier I), l'université Paul Valéry (Montpellier III), l'université de Perpignan et l'université de Nîmes.

En ce qui concerne **l'organisation des stages cliniques**, aucune coordination régionale n'est pour le moment en place. Chaque IFSI contacte directement les établissements de santé de la région afin de négocier des stages pour ses étudiants.

2-2 L'organisation générale :

L'IFSI de Sète est rattaché au Centre Hospitalier Intercommunal du Bassin de Thau (Sète, Agde, Marseillan, Vias). Il est géographiquement situé sur le site de l'hôpital St Clair de Sète. C'est un organisme de formation dont l'expérience en matière pédagogique est ancienne. En effet, la formation des infirmiers sur le Centre Hospitalier remonte à 1953 (15 élèves par promotion au départ). Progressivement, les quotas d'étudiants ont été augmentés à 55 en 2003 (chiffre toujours d'actualité).

A ce jour, 3 promotions sont présentes à l'IFSI. Elles bénéficient toutes les trois de l'apprentissage selon les modalités du nouveau programme :

- Promotion 2011-2014 : 52 étudiants.
- Promotion 2010-2013 : 56 étudiants.
- Promotion 2009-2012 : 59 étudiants.

La formation est assurée par une équipe de 9 cadres de santé formateurs³² ayant chacun des compétences différentes et complémentaires (urgences, anesthésie et réanimation, gérontologie, psychiatrie, puériculture, sciences humaines, informatique), et pour la majorité d'entre eux diplômés d'université (diplômes interuniversitaires, licences, masters 2).

Un cadre de santé coordonnateur organise les parcours de stage pour l'ensemble des 167 étudiants en collaboration avec les formateurs référents de suivi pédagogique des trois années.

Les formateurs qui sont répartis en équipe d'année³³ assurent à la fois les missions de cadre référent de suivi pédagogique (pour un groupe d'étudiant de leur année) et de cadre référent de stage (pour les étudiants des trois promotions en fonction de leur parcours). Deux formateurs de l'institut de formation des aides-soignants sont aussi cadres référents de stage pour les ESI.

³² Voir organigramme Annexe 2.

³³ Voir organigramme Annexe 2.

La Directrice des Soins occupant le poste de Directeur de formation aux métiers des soins est garante du fonctionnement de l'IFSI. Elle contrôle et assure le suivi des prestations spécifiques à son domaine d'activité ; coordonne les projets et les activités ; assure la gestion des moyens et des ressources techniques financières, humaines ou informationnelles.³⁴

2-3 Le projet pédagogique :

Le **projet pédagogique** est un document institutionnel important. Réalisé pour une durée de 3 ans (2012-2015), il présente aux étudiants, aux tutelles et aux partenaires, l'institut de formation, ses principes de fonctionnement, le cadre réglementaire, les valeurs et conceptions qui fondent la pédagogie dispensée.

L'alternance itérative est pointée dans le projet pédagogique de l'IFSI et dans le projet de soins des Hôpitaux du Bassin de Thau comme un élément clé de l'apprentissage. Elle s'appuie sur l'action conjuguée et concertée des formateurs et des professionnels qui encadrent les étudiants en stage pour favoriser une véritable dynamisation du processus de construction de l'identité professionnelle à partir de la continuité institut - terrain de stage. Cette alternance s'inscrit dans un **parcours individualisé de l'étudiant** et dans le réinvestissement des acquis, l'analyse et la prise de recul sur les situations de soins lors des périodes de présence à l'IFSI.

Le parcours de stage favorise la **prise de responsabilité professionnelle progressive** de l'étudiant qui confronte d'une part ses savoirs théoriques et pratiques et, d'autre part, ses représentations avec les réalités professionnelles.

2-4 L'offre de parcours de stage :

166 terrains de stage accueillent les étudiants infirmiers de l'IFSI de Sète. Il s'agit d'établissements de santé publics, d'établissement privés à but non lucratifs, de cliniques privées, d'établissements médico-sociaux ou encore de lycées et collèges.

Ces lieux de stage sont présents sur l'ensemble du département de l'Hérault (Sète, Montpellier, Agde, Marseillan, Lodève, Pézenas, Bédarieux, Lamalou-les-Bains).

Ils ont été répartis sur les 4 types de stage prévus par le référentiel :

- 1- Soins de courte durée : services de Médecine, Chirurgie ou Obstétrique (79 terrains).
- 2- Soins en santé mentale et en psychiatrie (20 terrains).
- 3- Soins de longue durée et soins de suite et de réadaptation (11 terrains).
- 4- Soins individuels ou collectifs sur des lieux de vie (56 terrains).

Le parcours de l'étudiant comporte un stage minimum dans chacun des types de stage décrits ci-dessus.

³⁴ Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière. Fiche métier du directeur de formation aux métiers des soins.

Le stage du premier semestre de 5 semaines s'effectue sur le même lieu. Par contre pour les stages de 10 semaines des semestres 2, 3, 4 et 5 et le stage de 15 semaines du semestre 6, ceux-ci peuvent être réalisés en fonction des disponibilités et des besoins de l'étudiant sur deux lieux différents.

La tendance est de favoriser des stages plus courts de 5 semaines pour les lieux de vie et les terrains de stage éloignés (les coûts du déplacement pour l'étudiant sont ainsi limités).

L'équipe pédagogique a fait le choix de construire les parcours de stage des étudiants de manière à ce qu'ils passent au moins une fois par an dans un secteur de Médecine, Chirurgie ou Obstétrique (soins de courte durée).

2-5 Le partenariat de l'IFSI de Sète avec les Hôpitaux du Bassin de Thau :

En s'appuyant sur le projet pédagogique d'une part et le projet de soins d'autre part, la direction de l'IFSI et la Direction des Soins de l'hôpital ont formalisé **une volonté stratégique de partenariat**.

La directrice de l'IFSI assiste avec des représentants des élèves aides-soignants et des étudiants infirmiers aux réunions de la Commission des Soins du centre hospitalier. Des cadres formateurs participent au comité de lutte contre la douleur, au comité d'hémovigilance, au comité local d'éthique ou encore au projet de recherche clinique infirmier de l'établissement. A l'inverse, des tuteurs et des cadres de santé participent régulièrement à des séquences pédagogiques à l'IFSI (retour d'expériences, analyses de pratiques, évaluations d'unités d'enseignement).

Depuis 2010, **un groupe de travail « encadrement »** animé par un formateur de l'IFSI se réunit tous les mois afin d'assurer un accompagnement à la mise en place du nouveau programme auprès des acteurs de terrain (construction du livret d'accueil, repérage de situations emblématiques en fonction des secteurs et actuellement travail sur l'évaluation de l'étudiant en prenant en compte l'acquisition des compétences).

Nous le constatons au jour le jour, au delà d'une proximité géographique, des liens étroits existent entre l'IFSI et les Hôpitaux du Bassin de Thau. Ils assurent **une cohérence dans l'approche pédagogique** auprès des étudiants mais ils ont aussi pour objectif, comme le souligne le projet social 2009-2013, de **promouvoir le recrutement d'infirmiers sur l'établissement**.

2-6 Les orientations stratégiques :

Afin de s'adapter aux évolutions des textes qui régissent la formation en soins infirmiers et plus largement aux évolutions des besoins en formation dans le bassin de recrutement, l'équipe pédagogique de l'IFSI de Sète a structuré son projet pour les trois années à venir.

Plusieurs axes ont été retenus :

- Développer le partenariat avec les terrains de stage existants.
- Diversifier l'offre de stage en organisant une mutualisation des ressources entre l'ensemble des IFSI de Languedoc Roussillon.
- Favoriser dans l'apprentissage les outils pédagogiques interactifs et l'apprentissage en situation simulée.
- Développer le partenariat avec les enseignants universitaires en ce qui concerne les UE contributives.
- Optimiser la démarche qualité dans l'institut de formation notamment en mettant en place des indicateurs de suivi.
- Développer la communication auprès des partenaires internes et externes en utilisant un site internet dédié.
- Développer l'offre de formation initiale et continue par la mise en place de la formation aux gestes d'urgences (AFGSU 2) et de la formation d'assistant de soins en gérontologie.
- Développer les compétences des formateurs grâce à la formation continue (cursus universitaire) et à la mise en place d'un projet de recherche (en collaboration avec les Hôpitaux du Bassin de Thau).

3- LE PARCOURS COORDONNÉ DE L'ÉTUDIANT INFIRMIER EN STAGE AU SEIN DES HÔPITAUX DU BASSIN DE THAU :

3-1 La lettre de mission :

En qualité de commanditaires, Mme Barreau, Directrice Coordinatrice Générale des Soins des Hôpitaux du Bassin de Thau et Mme Reversat, Directrice de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de Sète m'ont chargé d'optimiser les conditions d'encadrement des étudiants infirmiers en stage dans les services de médecine, chirurgie, bloc opératoire et service d'urgence des Hôpitaux du Bassin de Thau. Une lettre de mission a été signée le 16 janvier 2012³⁵.

3-2 Le périmètre du projet :

Le projet ne concerne que les services des Hôpitaux du Bassin de Thau. Il était en effet difficile d'uniformiser les pratiques d'encadrement dans les 166 terrains de stage d'autant que très souvent ce sont des terrains partagés avec d'autres IFSI (Béziers, Montpellier, Fédération de l'Hospitalisation Privée de Languedoc Roussillon).

Les Hôpitaux du Bassin de Thau se composent de 6 services de médecine, 3 services de chirurgie, 1 service de gynécologie obstétrique, 1 service de pédiatrie, 1 service de réanimation, 2 services de psychiatrie, 3 services de SSR, 3 EHPAD, 3 USLD, 1 service d'HAD, une Unité d'Hospitalisation de Courte Durée, 2 services d'accueil des urgences, un plateau technique comprenant 2 blocs opératoires (Sète et Agde), un service d'imagerie médicale. Au total ils ont une capacité de 823 lits ou places.

Actuellement, **33 terrains de stage** sont disponibles pour les étudiants infirmiers dans l'établissement. Dix services de soins ont été retenus pour le projet. Ils sont répartis sur 3 Pôles et deux sites : l'Hôpital St Clair de Sète et l'Hôpital St Loup d'Agde.

Ces services ont été choisis parce qu'ils font tous partie de la même famille de stage, les « soins de courte durée » ; ils sont géographiquement assez proches (ce qui facilite l'organisation de réunions) et parce que les tuteurs de ces unités sont impliqués dans le groupe « encadrement » à l'IFSI. Les services de maternité et de pédiatrie n'ont pas été retenus car dans leur cas, ce sont des puéricultrices ou des sages femmes qui encadrent les ESI.

Les unités de soins qui participent au projet seront nommées « **services cibles** » :

Pôle Médecine	
Médecine A	Hôpital St Clair
Médecine B	Hôpital St Clair
Médecine C et Soins intensifs de Cardiologie	Hôpital St Clair
Médecine Hôpital de Jour	Hôpital St Clair
Médecine Agde	Hôpital St Loup

³⁵ Lettre de mission : annexe 3.

Pôle Chirurgie / Bloc / Anesthésie / Réanimation	
Chirurgie Polyvalente (Chir. Poly.)	Hôpital St Clair
Chirurgie Orthopédique (Chir. Ortho.)	Hôpital St Clair
Service de Réanimation	Hôpital St Clair
Bloc Opératoire	Hôpital St Clair
Pôle Urgence	
Service d'accueil des Urgences et Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD)	Hôpital St Clair

3-3 Les acteurs :

Il est utile de déterminer avec précision les acteurs concernés et impliqués dans le projet afin de mieux comprendre le rôle de chacun.

Personnes impliquées	Personnes concernées
Etudiants en soins infirmiers de troisième année (promotion 2009-2012) en stage dans les services cibles pendant le semestre 5. Ils répondent à un questionnaire anonyme.	Etudiants en soins infirmiers en stage dans les services cibles. Ils bénéficient de la mise en place du processus.
Les tuteurs et les professionnels de proximité. Ils assurent l'accueil, l'encadrement et l'évaluation des ESI en respectant les étapes du processus proposé.	Responsable de la délégation qualité du Centre Hospitalier. Il traite les données recueillies en utilisant le logiciel Sphinx®.
Formateurs référents de stage des services cibles. Ils participent à l'état des lieux lors d'entretiens semi directifs menés par un membre du comité de pilotage. Ils mettent en place les actions validées par le groupe projet.	Direction Régionale de la Jeunesse, des sports et de la Cohésion Sociale : garante de la certification.
Formateurs référents de suivi pédagogique. Ils mettent en place les actions validées par le groupe projet et les directions.	Agence Régionale de Santé Languedoc Roussillon : responsable du contrôle pédagogique donc de l'application des textes en vigueur.
Maîtres de stage des services cibles. Ils participent à l'état des lieux lors d'entretiens semi directifs menés par un membre du comité de pilotage. Ils sont force de proposition dans l'élaboration du processus. Ils assurent le déploiement du parcours coordonné établi.	AERES : recueille les informations de terrain afin de mener une évaluation des pratiques pédagogiques.
Cadre Supérieur du Pôle Médecine. Elle assure le suivi de l'application des textes en vigueur et le respect du parcours de l'étudiant en stage.	
Cadre Supérieur des Pôles d'Urgence / Réanimation / Bloc / Chirurgie. Elle assure le suivi de l'application des textes en vigueur et le respect du parcours de l'étudiant en stage.	

Personnes impliquées	Personnes concernées
Directrice de l'IFSI. Elle valide les propositions du comité de pilotage ; émet des réserves le cas échéant.	
Directeur Coordinateur des Soins des Hôpitaux du Bassin de Thau. Elle valide les propositions du comité de pilotage ; émet des réserves le cas échéant.	

3-4 Le recueil de données et les recherches préliminaires:

Le nouveau programme n'est en place que depuis 2009. Il m'a semblé important de comprendre comment cette formation se mettait en place dans les différentes régions et dans les services cibles puisque les objectifs du projet pouvaient être impactés par les résultats des enquêtes menées et les difficultés inhérentes au programme en lui-même.

3-4-1 Etat des lieux au niveau national :

« La brièveté du délai imposé par la mise en œuvre de la réforme des études conduisant au diplôme d'infirmier et au grade de licence a provoqué chez un certain nombre de professionnels paramédicaux chargés de mettre en place ce dispositif d'universitarisation, le sentiment d'un travail inachevé et au delà une insatisfaction »³⁶.

Comme l'a montré la parution au journal officiel des arrêtés du 2 Août 2011 puis du 20 avril 2012 modifiant les arrêtés du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat infirmier et du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, **« le programme de formation initial n'est pas stabilisé »³⁷.**

Un état des lieux de la mise en œuvre du référentiel de formation IDE a été rendu public par la DGOS en juillet 2011³⁸.

Premier enseignement, **les moyens humains et matériels sont insuffisants.** On observe très souvent une diminution du nombre des étudiants infirmiers accueillis sur les lieux de stage et une difficulté pour les formateurs à construire un parcours individualisé. L'encadrement des étudiants est chronophage et ce temps passé auprès des stagiaires n'est souvent pas reconnu (le tuteur assume ses missions en dehors de son temps de travail). Les formations au tutorat des infirmiers sont très variables en durée et contenu en fonction des régions et des organismes de formation. *« Deux ans et demi après la mise en place du nouveau programme, les professionnels de terrain ne se sentent pas suffisamment accompagnés par les formateurs pour utiliser le portfolio, définir les situations apprenantes,*

³⁶ Perspectives et propositions pour une meilleure application de la réforme de la formation initiale des paramédicaux. Groupe de travail Fédération hospitalière de France. Mars 2012.

³⁷ Dominique Monguillon. Conseillère pédagogique Nationale à la DGOS. Rencontre CEFIEC Régionale. Castelnau-le-Lez (34). 1^{er} Septembre 2011.

³⁸ HENTGEN Marie-Gabrielle. Direction générale de l'offre des soins. Etat des lieux de la mise en œuvre du référentiel de formation IDE (versant stage) et pistes d'amélioration. Juillet 2011.

travailler l'analyse des pratiques » [...] « Les formateurs en IFSI malgré les recommandations pédagogiques ne parviennent pas à dégager suffisamment de temps pour aller en stage ».³⁹

Marie-Gabrielle HENTGEN dans son rapport souligne enfin **une absence de mutualisation des pratiques** : « *Que ce soit sur les terrains de stage ou dans les IFSI, il y a peu d'échanges de pratiques (uniquement par le biais d'un réseau personnel). Il semble que chacun travaille de son côté sans pouvoir profiter de ce qui a été mis en place par ailleurs et qui est efficient* »⁴⁰.

En ce qui concerne la validation des UE (enseignement théorique), il est rapporté par les directeurs d'IFSI qu'un nombre important d'étudiants des promotions 2009-2012 ne pourra pas être présenté au jury régional car ces ESI n'ont pas validé des UE des semestres 1 à 5. Pour la Région Languedoc Roussillon, seulement 59% des étudiants de troisième année seront présentés au jury régional pour la validation du diplôme d'Etat en Juillet.

Un comité de suivi de la réforme du dispositif Licence Master Doctorat se réunit régulièrement à la DGOS pour évaluer la mise en place de cette réforme sur l'ensemble du territoire national. Il est constitué de représentants de la DGOS, de la DGESIP (Direction Générale pour l'Enseignement Supérieur et l'Insertion Professionnelle), de la FHF (Fédération Hospitalière de France), de la FHP (Fédération des cliniques et Hôpitaux Privés de France), des syndicats professionnels, d'associations professionnelles (Comité d'Entente des Formations Infirmières et Cadres, Association Nationale des Directeurs des Ecoles Paramédicales) et de la FNEI (Fédération Nationale des Etudiants infirmiers).

J'ai rencontré en janvier 2012 Monsieur GRUET-MASSON Directeur des Soins de l'IFSI du CHRU de Montpellier qui participe à ce comité de suivi. Il a insisté sur le fait que l'objectif de ce groupe de travail est d'identifier des indicateurs d'évaluation au plan national afin de mettre en place des actions correctives. Des questionnaires utilisant une échelle de satisfaction seront renseignés à la fois par les IFSI et par les étudiants sous forme de questionnaire électronique. Pour être exhaustive, cette enquête de satisfaction sera réalisée une fois que la première promotion formée avec le nouveau référentiel aura terminé son cursus. Des pistes d'amélioration sont déjà étudiées notamment la mise en place d'une prime au tutorat et d'un temps dédié pour assumer cette mission. Des propositions devraient aussi être faites sur les modalités d'utilisation du portfolio ou encore sur les parcours et durées de stage.

3-4-2 Diagnostic de situation dans les services concernés par le projet :

3-4-2-1 Questionnaires auprès des étudiants :

L'échantillon des étudiants interrogés se compose des ESI de troisième année (promotion 2009-2012) qui ont réalisé au semestre 5 leur stage dans l'un des 10 services concernés par l'étude (il représente 15 étudiants). Seuls les étudiants de troisième année ont été retenus pour l'enquête parce qu'ils terminent leur formation dans quelques mois et

³⁹ Ibid.

⁴⁰ Ibid.

ont eu l'opportunité de connaître différentes modalités d'encadrement au travers des stages de première et deuxième année.

Un questionnaire anonyme a été remis aux étudiants après la fin de leur stage de S5 (le 17 février) avec des consignes pour pouvoir le renseigner⁴¹. En qualité de chef de projet, j'ai répondu à leurs questions par rapport à la compréhension des différents items. Ils ont eu 15 jours pour remettre au secrétariat leurs réponses. Le taux de retour est excellent puisque 14 étudiants sur les 15 ont répondu (93%).

Le questionnaire a été construit à l'aide du logiciel sphinx® et comporte plusieurs étapes qui correspondent aux missions des différents acteurs qui participent à l'encadrement. Des questions fermées permettent de vérifier si des points précis du référentiel sont respectés (par exemple la présence des étudiants lors de l'évaluation). Des questions ouvertes explorent les attentes et le ressenti des étudiants interrogés.

Les résultats de ces questionnaires ainsi que leur analyse sont rapportés dans l'annexe 14.

3-4-2-2 Entretiens semi directifs auprès des maîtres de stage :

Une grille d'aide à la réalisation de l'entretien a été élaborée par le comité de pilotage (la constitution de ce comité et le mode de fonctionnement sont explicités au paragraphe 3-9). L'objectif était de mettre en place un outil d'enquête qui permettrait de balayer les champs qui intéressaient les maîtres de stage eux-mêmes.⁴²

Le représentant au comité de pilotage des maîtres de stage de chaque pôle a mené les entretiens avec les cadres de santé de son secteur. J'ai pour ma part rencontré le cadre de santé des urgences. Ces entretiens se sont déroulés durant les 4 premières semaines du mois de Mars 2012.

Les résultats de ces échanges et leur analyse sont rapportés dans l'annexe 12.

3-4-2-3 Entretiens semi directifs auprès des formateurs référents de stage :

J'ai mené les entretiens avec les 4 cadres formateurs référents de stage à partir d'une grille qui a été aussi élaborée par le comité de pilotage⁴³. Etant moi-même référent pour 4 services sur les 10 ciblés par l'étude, j'ai aussi rapporté des éléments factuels de ma pratique.

Les résultats de ces entretiens et leur analyse sont retrouvés dans l'annexe 13.

⁴¹ Questionnaire remis aux étudiants : annexe 9.

⁴² Grille d'entretien des maîtres de stage : annexe 11

⁴³ Grille d'entretien des formateurs référents de stage : annexe 10.

3-5 Les objectifs du projet :

L'objectif primaire est d'optimiser dans une logique de qualité les conditions d'encadrement des étudiants infirmiers en stage par la mise en place d'un parcours coordonné.

Les objectifs secondaires retenus sont :

- De répondre aux besoins des étudiants et aux impératifs dictés par l'arrêté de formation.
- D'accompagner les stagiaires dans l'acquisition des 10 compétences dans un parcours individualisé.
- D'uniformiser les conditions d'accueil, d'encadrement et d'évaluation dans les services cibles.
- De développer et de valoriser le partenariat entre l'IFSI et les terrains de stage.
- De fournir des indicateurs de satisfaction des étudiants au regard de leur parcours de stage.

3-6 Les enjeux du projet :

3-6-1 L'évaluation par l'AERES :

L'article 10 de la convention de partenariat signée en Languedoc Roussillon entre les IFSI, le Conseil Régional et les Universités stipule que *« les formations en soins infirmiers feront l'objet d'une évaluation nationale périodique pour laquelle sera sollicitée l'AERES. Les résultats de cette évaluation feront l'objet d'une publicité auprès des différents partenaires associés à ces formations. »*.

Le site Internet de l'AERES⁴⁴ précise que cette évaluation *« analyse la gouvernance et la politique de l'établissement en matière de recherche, de valorisation, de formation, de vie étudiante et de relations extérieures. Un intérêt particulier est porté à la **politique qualité** de l'établissement. Cette évaluation permet également de se prononcer sur la cohérence des axes stratégiques de l'établissement »*. Un référentiel qualité (décembre 2009) et un guide d'évaluation (2011) sont dorénavant et déjà disponibles.

Le projet de mise en place d'un parcours coordonné de l'étudiant en stage rentre tout à fait dans la perspective d'une démarche qualité. Par la méthode retenue de démarche processus, nous aurons des indicateurs de validité de critères qualité qui permettront de répondre à l'évaluation nationale.

3-6-2 L'approche éthique dans l'encadrement :

En stage comme à l'IFSI, le statut de l'enseignant, de maître de stage, de tuteur ou de professionnel diplômé face à celui de l'étudiant induit une relation asymétrique. Le « savoir » du professionnel, « du professeur », entraîne une position de pouvoir sur l'apprenant. Freud parle d'un risque d'emprise c'est à dire d'une pulsion qui est une tendance très fondamentale à *« dominer l'objet »* ou encore qui vise à la *« neutralisation du*

⁴⁴ www.aeres-evaluation.fr

désir d'autrui ». Certains étudiants rapportent des propos de tuteurs : « *tu fais comme je te dis de faire un point c'est tout* » ; « *ici c'est comme ça cherche pas à comprendre* ».

Pour éviter cet écueil, Michel Vial⁴⁵ propose un travail de « distanciation » qui favorise le questionnement du projet pédagogique (ici l'encadrement d'un étudiant dans un stage particulier). En d'autres termes, il propose de s'interroger en se posant la question suivante : « *comment puis-je laisser à l'étudiant la possibilité de dire quelque chose de son projet professionnel qui ne serait pas pure soumission à mon projet personnel ?*⁴⁶ ».

La formation doit aller à l'encontre de cette dérive selon laquelle le formateur, le maître de stage, le tuteur ou le professionnel de proximité s'imposerait comme celui qui sait, celui qui peut tout, maître, savant, seul détenteur d'une vérité absolue. Dans ce cas, le formateur, le maître de stage, le tuteur ou le professionnel de proximité agirait non sans exercer une certaine violence vis à vis de l'étudiant, qui se trouverait nié dans son être.

Grâce à une posture éthique, l'apprenant devient un sujet en formation non plus réduit à une simple forme. L'acte de formation envisagé ainsi se réclame d'une philosophie de la perception de « l'Autre ». En effet, l'étudiant n'entre pas en formation vierge de toute connaissance. De nombreux apprentissages socioculturels le structurent, le constituent et font de lui un être unique disposant de savoirs, d'expériences évolutives et modifiables en fonction d'autres savoirs et d'autres expériences. Encadrer, c'est donc être à l'écoute de l'étudiant pour identifier ses points forts et ses points faibles, puis adapter le rythme et les méthodes d'apprentissage aux capacités de celui-ci pour qu'il atteigne ses objectifs.

Au delà de la construction d'un processus, la démarche de construction du parcours de l'étudiant infirmier en stage qui est retenue dans ce projet amène le formateur, le maître de stage, le tuteur et le professionnel de proximité à rendre compte :

- à l'étudiant de sa construction identitaire en accord avec ses projets professionnels,
- au patient de la qualité et de la sécurité des gestes accomplis par l'étudiant,
- à l'institution du respect de l'arrêté de formation en vigueur.

3-6-3 La mise en place d'organisations apprenantes :

Le comportement (approche Behavioriste) n'est pas le seul objet de l'évaluation. L'introduction de la logique de compétence dans le dispositif de formation engage à suivre une autre voie, celle qui admet qu'être compétent implique aussi de **savoir rendre compte de ses processus de prise de décisions** et que l'articulation entre savoirs et savoirs faire à autant d'importance que l'acquisition de ces mêmes savoirs.

G. Le boterf⁴⁷ souligne l'intérêt de la pratique réflexive qui est préconisée lors des analyses de situations cliniques en stage. « *Elle fait évoluer en permanence le référentiel professionnel du groupe* (infirmiers en l'occurrence) *par l'analyse qui est faite du travail*

⁴⁵ VIAL M. chargé de cours en sciences de l'éducation. Faculté d'Aix en Provence. « Des critères pour la pratique d'une méthode clinique dans la recherche en sciences de l'éducation ». Recueil de cahiers (2000) p. 29 à 33.

⁴⁶ Ibid.

⁴⁷ LE BOTERF G., « De quel concept de compétence avons-nous besoins ? », Soins cadre n°41, p. 21.

réel ». La pratique réflexive se révèle donc tout aussi bénéfique pour le professionnel que pour l'étudiant. C'est en ce sens que l'encadrement de l'étudiant infirmier favorise au sein de l'institution l'émergence **d'une organisation apprenante** telle que décrite par Swieringa J. et Wiersdsma A. : « *une organisation apprenante est une organisation dans laquelle les gens apprennent en travaillant ensemble et travaillent ensemble pour apprendre* »⁴⁸.

*« Dans cette optique, la formation et le développement professionnel et personnel des individus (qu'ils soient étudiants ou diplômés), ne sont plus considérés comme des activités spécifiques et ponctuelles détachées du contexte professionnel. Au contraire, ils deviennent partie intégrante de l'organisation générale du travail et des tâches quotidiennes, qui sont elles-mêmes productrices d'apprentissages essentiels et continus. L'apprentissage par l'action est alors au cœur de la logique d'apprenance »*⁴⁹.

Le projet tel qu'il est construit, notamment dans son plan de communication, amène aux professionnels de terrains les éléments de compréhension des enjeux de ces analyses de situation et de la réflexivité.

3-6-4 L'attractivité des Hôpitaux du Bassin de Thau pour les futurs professionnels :

Nous l'avons vu, une grande partie du recrutement des candidats au concours d'entrée de l'Institut de formation de Sète se fait sur le Bassin de Thau. Globalement, à peu près un tiers des étudiants de chaque promotion travaille après la formation pour le centre hospitalier support de l'IFSI (34% des étudiants en 2007, 35% en 2008, 41 % en 2009).

Les conditions d'accueil des étudiants dans les services ont bien sûr une incidence sur le nombre de personnes qui souhaitera y travailler par la suite. Le projet de soins (2009-2013) aborde les conditions d'encadrement des stagiaires et des étudiants. Une attention particulière est apportée à la complémentarité des référentiels d'apprentissage des terrains de stage et de l'IFSI. Pour faciliter l'accueil et l'encadrement des étudiants infirmiers, la Direction des Soins a pris des mesures d'accompagnement des professionnels : formation des maîtres de stage en 2011, formation de 15 agents au tutorat en 2012. Un questionnaire de satisfaction sera aussi remis à tous les stagiaires infirmiers. Ces mesures ont pour objectif de pérenniser l'attractivité des nouveaux diplômés.

⁴⁸ SWIERINGA J., WIERSDSMA A. *Becoming a learning organization ?* Addison Wesley, 1992. In Giraud-Rochon F. « L'hôpital : une organisation apprenante pour les étudiants infirmiers ? » Mémoire EHESP, Filière Directeur des Soins, promotion 2010.

⁴⁹ GIRAUD-ROCHON François. *L'hôpital : une organisation apprenante pour les étudiants infirmiers ?* Mémoire EHESP. Filière Directeur des Soins. 2010.

3-7 Les ressources à mobiliser, les coûts :

Les moyens alloués pour le projet sont :

- **Des moyens matériels** : utilisation de logiciels informatiques (pour la construction d'outils d'enquête et d'analyse des résultats recueillis avec le logiciel sphinx®).
- **Des locaux** : une salle de cours pour que le groupe pilote puisse se réunir ; la salle de conférence du Centre Hospitalier pour la présentation du bilan du projet à l'ensemble des personnels concernés.
- **Du temps** accordé par les commanditaires pour les rencontres, les échanges, les enquêtes menées auprès des professionnels et des étudiants infirmiers de troisième année.

Le projet ne nécessite pas de budget particulier hormis les coûts humains (temps formateur et cadre de santé).

3-8 Les leviers et les freins du projet :

Les leviers et les freins ont été identifiés à partir des données du contexte local et national. Pour mieux les visualiser, la matrice de SWOT (Strengths, Weakness, Opportunities, Threats) ou FFMP (Forces, Faiblesses, Opportunités) a été utilisée (voir annexe 5).

3-8-1 Les forces :

Le projet de soins des HBT et le projet pédagogique de l'IFSI ont les mêmes orientations. Cela engendre une synergie dans les actions menées de part et d'autre. D'ailleurs, il existe une culture d'échanges réguliers entre l'IFSI et les terrains de stage en particulier grâce au groupe « encadrement » qui a été mis en place il y a plusieurs années.

71,3 % des étudiants interrogés sont « tout à fait » ou « plutôt satisfaits » de leurs conditions d'encadrement en stage. Ce retour positif des ESI valorise le travail déjà effectué par les terrains de stage et devrait favoriser l'implication des acteurs dans le projet.

Un maître de stage sur deux a été formé au tutorat l'an dernier. Les cadres formateurs de l'IFSI ont aussi bénéficié de cette formation avec le même organisme (3jours). Les références pédagogiques sont identiques.

Certains maîtres de stage et cadres supérieurs ont exercé par le passé des missions de formateur. Ils connaissent bien le fonctionnement de l'IFSI et les personnels qui y travaillent.

Hormis pour le service de médecine à Agde, l'ancienneté des tuteurs dans leur unité est supérieure à deux ans. Ces agents peuvent être considérés comme des « experts » dans leur discipline.

La proximité géographique de la majorité des services cibles (9 services sur 10) facilite les rencontres et les échanges entre les acteurs de terrain et le chef de projet.

L'arrivée en septembre 2011 d'une nouvelle directrice à l'IFSI a entraîné une nouvelle dynamique dans l'équipe pédagogique. Un projet de recherche sur la méthodologie d'analyse de situation et un projet managérial sur l'encadrement des étudiants en stage sont en cours. Un groupe de travail sur la rédaction du projet pédagogique a été créé en janvier. Le groupe « encadrement » poursuit son activité.

Le nouveau Directeur des Soins aux Hôpitaux du Bassin de Thau qui a pris son poste en septembre 2011 est favorable au développement des échanges entre le centre hospitalier et l'IFSI.

3-8-2 Les opportunités :

Un partenariat entre 13 IFSI, le conseil Régional et les Universités de Montpellier, Nîmes, Perpignan se met en place. En région, des rencontres régulières entre les formateurs sont programmées. Le partage d'expérience et d'informations en ce qui concerne les stages est facilité.

Un projet de décret portant attribution d'une prime aux infirmiers exerçant les fonctions de tuteur est annoncé. Il devrait favoriser l'implication des personnels concernés.

Un comité de suivi de la réforme LMD dans les IFSI est en place à la DGOS. Il se réunit tous les trimestres et centralise les difficultés rencontrées en région lors de la mise en place de ce nouveau programme de formation. Les comptes rendus de ces réunions sont pour nous des supports de réflexion pour améliorer les conditions de formation et de mise en stage.

L'AERES a mis en place et diffusé un référentiel qualité qui permet une autoévaluation (qualité pédagogique, qualité de l'évaluation des étudiants etc.).

Les conditions d'évaluation des agents de la Fonction Publique Hospitalière évoluent. L'approche compétence qui est mise en place lors des entretiens entre l'agent et son cadre facilitera la compréhension du portfolio et l'analyse de situations. Les cadres de santé des services cibles ont été informés par leur hiérarchie de cette évolution.

L'IFSI de Sète va mettre en place une formation au tutorat pour les IDE. Cela permettra d'assurer une cohérence entre les orientations pédagogiques locales et la formation des professionnels de proximité.

3-8-3 Les faiblesses :

Ce sont des éléments qui pourront être des freins à la mise en place du parcours coordonné de l'étudiant en stage. En tant que chef de projet, j'y accorderai une attention particulière. Certaines de ces faiblesses sont des **points critiques** dans le processus proposé (annexe 8), d'autres sont des **points de vigilance** particuliers dans le diagramme de Gantt (annexe 12).

Aucun des tuteurs des 10 services cibles n'est formé au tutorat. Cela pose quelques problèmes de compréhension de la philosophie d'apprentissage du nouveau programme et d'utilisation des outils (carnet de suivi d'activité ou portfolio). Trois étudiants rapportent que **certains tuteurs ne sont pas impliqués** (« j'ai eu un tuteur que je n'ai quasiment pas vu », « il faudrait désigner des tuteurs compétents, impliqués et désireux de transmettre », « manque d'implication du tuteur sur le nouveau programme »). En réalité, dans un service sur deux, les tuteurs n'ont pas été volontaires pour assumer cette mission ; ce sont les cadres qui les ont incité à le devenir.⁵⁰

Les professionnels de proximité sont peu ou pas informés sur les conditions de mise en place du nouveau programme. Il semblerait que des résistances au changement apparaissent. Plusieurs formateurs référents de stage évoquent la difficulté de créer avec eux une relation de confiance. L'analyse de situation proposée par l'étudiant vient interroger les pratiques et les habitudes des services. Très souvent, dans la représentation des IDE, le cadre formateur est celui qui est censé faire appliquer les règles de bonne pratique. Dans la réalité du travail, l'étudiant et l'infirmier qui l'encadre doivent s'adapter aux contraintes. L'application stricte du protocole porterait atteinte à la performance. Quand le formateur est témoin de ce compromis, l'infirmier est en porte à faux.

Dans un service sur deux, **les livrets d'accueil ne présentent pas les situations emblématiques de l'unité au regard des compétences.**⁵¹

Il existe une méconnaissance du rôle précis des acteurs qui interviennent auprès de l'étudiant. A titre d'exemple, les cadres de santé du comité de pilotage ne connaissent ni l'existence ni le rôle du cadre formateur référent pédagogique.

La disponibilité des tuteurs et des formateurs référents de stage est limitée. 5 maîtres de stage sur 10 affirment manquer de temps ; un cadre formateur dit manquer de disponibilité intellectuelle quand il y a plusieurs encadrements dans la journée ; deux autres cadres formateurs disent manquer de temps soit pour « voir des étudiants sur des pratiques soignantes » soit parce que « les sites d'encadrement sont éloignés »⁵². Une étudiante rapporte même que « *la présence du professionnel [...] est quasi inexistante du fait du trop plein de travail. Les temps d'encadrements sont inexistantes* ».

Un travail de fond avec une réflexion autour de ce que la formation par compétence suppose comme changement de pratique d'encadrement ou d'évaluation n'a pas été fait. Deux maîtres de stage disent « avoir du mal à faire la distinction entre activité de soins et compétence ». L'évaluation de fin de stage n'est réalisée en présence de l'étudiant que dans 50% des cas.

Le nombre de services de soins impliqués dans le projet est important (10 unités). Un service de médecine est délocalisé à Agde. Il est par conséquent difficile de réunir l'ensemble des acteurs qui assure l'encadrement des étudiants. Les membres du comité de pilotage seront des relais de l'information au sein des pôles.

⁵⁰ Voir annexe 14 : résultats et synthèse des questionnaires étudiants.

⁵¹ Voir annexe 13 : résultats et synthèse des entretiens des maîtres de stage.

⁵² Voir annexe 15 : résultat et synthèse des entretiens avec les formateurs référents de stage.

Quatre maîtres de stage vont probablement changer de poste ou aller en formation à l'IFCS⁵³ d'ici à septembre 2012. Certains tuteurs ont aussi demandé leur mutation dans des unités qui ne participent pas au projet. Ces mobilités pourraient casser une dynamique instaurée depuis le mois de septembre 2011.

3-8-4 Les menaces :

L'ARS Languedoc Roussillon est responsable du suivi et de la qualité de la formation. Une démarche qualité doit être instaurée pour justifier l'activité réelle au risque de perdre l'agrément de formation. A ce jour, aucune évaluation externe de nos pratiques d'enseignement ou de mise en stage n'est envisagée pour l'IFSI de Sète.

La formation au tutorat pour les infirmiers n'est pas homogène au niveau national (en terme de durée et de contenu). Les infirmiers nouveaux recrutés qui occuperont cette fonction dans les services cibles devront avoir les mêmes approches pédagogiques que leurs pairs.

Le programme de formation initiale n'est pas stabilisé. Des ajustements du référentiel pourraient intervenir une fois que la première promotion aura terminé son cursus. Nous n'avons pas à ce jour d'informations sur les évolutions qui pourraient concerner les mises en stage des étudiants.

3-9 Méthodologie retenue :

3-9-1 La démarche processus :

Selon l'AFNOR l'Association Française de la Normalisation, un processus se définit comme « *un enchaînement d'activités ayant pour objet de transformer une entité en produits ou services intermédiaires ou finis* ».

« *Un processus est une entité opérationnelle rassemblant un ensemble de tâches ou d'actions homogènes censées créer une valeur ajoutée pour le client* »⁵⁴.

Dans le cadre de notre projet, l'approche processus permet de définir une organisation de la prise en charge de l'étudiant et d'élaborer un document qui sera utilisé tout au long du stage. Les professionnels pourront ainsi s'approprier les recommandations du référentiel de formation et travailler une démarche d'amélioration de la qualité.

Le processus pris en référence (voir annexe 8) a été construit à partir de l'arrêté de formation et des fiches qualité de l'IFSI (fiche de poste des formateurs référents de stage⁵⁵, fiche qualité « accompagnement pédagogique de l'étudiant autour du stage »⁵⁶).

⁵³ IFCS : Institut de Formation des Cadres de Santé.

⁵⁴ Mission nationale d'expérience et d'audit hospitalier (MEAH). Centre de gestion scientifique de l'école des Mines de Paris. Approche et expérience. Collection les indispensables. Edition Berger-levrault. Paris. Avril 2008.

⁵⁵ Voir annexe 6.

⁵⁶ Voir annexe 7.

Le processus détermine **les étapes clés** au sein du parcours. Les enquêtes de terrain auprès des étudiants, des cadres et des formateurs mettent en lumière **des indicateurs à chacune de ces étapes clés** (accueil, encadrement, évaluation).

L'écart plus ou moins important mesuré entre les pratiques et le référentiel nous permet de valoriser les points positifs mais aussi de pointer **des phases critiques** pour lesquelles des axes d'amélioration sont à mettre en place.

Au total, la méthode d'analyse processus favorise :

- L'amélioration de la coordination et de la communication entre les professionnels.
- L'amélioration de la qualité, de l'efficacité, de la continuité dans l'encadrement des étudiants (en particulier par la qualité de la transmission des informations).
- L'uniformisation des pratiques d'encadrement dans les 10 unités de soins cibles.
- L'optimisation de la prise en charge globale des étudiants (par une meilleure connaissance des modalités de la formation).

3-9-2 La création d'un Comité de Pilotage :

Dans un premier temps, le projet a été présenté aux différents interlocuteurs lors des réunions organisées par les cadres supérieurs de chaque pôle (le 24 janvier 2012 pour le Pôle Médecine et le 27 janvier 2012 pour les Pôles Urgence/Réanimation/Bloc /Chirurgie) et d'une réunion de l'équipe pédagogique à l'IFSI le 23 janvier 2012.

En qualité de chef de projet, j'ai choisi de constituer le comité de pilotage avec des représentants de chaque secteur qui se sont portés volontaires :

- Pôle Médecine : Cadre de santé du service de Médecine B.
- Pôle Chirurgie : Cadre de santé du service de Chirurgie Orthopédique.
- Pôle Urgence : Cadre de santé du service des urgences.
- Représentant de l'IFSI : Cadre référent de stage du service de Médecine A.

L'objectif de la démarche dans la construction de ce comité de pilotage est de représenter l'ensemble des profils de services et de construire les étapes du projet en prenant en compte le point de vue des cadres de chaque pôle. *« La prise en compte des enjeux des acteurs est une condition préalable à l'engagement dans la démarche. Car selon les individus, leur histoire, leur place ou leur trajectoire dans l'entreprise, les attentes, les besoins, les projets et les perspectives sont nécessairement différentes. Trop de projets font comme si les enjeux étaient les mêmes pour tous, voire comme si l'enjeu de l'entreprise (ici l'hôpital) s'imposait naturellement comme un enjeu commun. On construit alors une illusion qui peut déboucher sur des malentendus voir des incompréhensions. Ne pas reconnaître et intégrer les enjeux différenciés des acteurs c'est prendre le risque d'un décalage susceptible de dégrader les résultats attendus ; parce qu'on a mal apprécié l'intérêt des salariés à s'investir, l'importance des efforts à accomplir ou encore les conditions de reconnaissance de ces efforts ».*⁵⁷

⁵⁷ « Acquérir et transmettre des compétences et si on se formait au travail ». Guide de l'ANACT (Agence Nationale pour l'Amélioration des conditions de travail). www.anact.fr

Les missions du comité de pilotage et du chef de projet ont été définies lors des réunions plénières :

Le 27 JANVIER 2012 :

- Le chef de projet est en charge de l'élaboration du parcours de l'étudiant en stage à partir des référentiels de formation et des fiches de poste des acteurs (à présenter à la réunion suivante).
- Elaboration des questionnaires pour les étudiants⁵⁸, des grilles d'entretien pour les cadres formateurs référents de stage⁵⁹ et les maîtres de stage⁶⁰.

Le 16 FEVRIER 2012 :

- Le représentant du Pôle Médecine assure les entretiens semi directifs avec les cadres de son pôle. Le représentant du Pôle Chirurgie/bloc/Réa assure les entretiens semi directifs avec les cadres de son pôle.
- Le chef de projet réalise les entretiens auprès du cadre de santé des urgences, des cadres formateurs référents de stage.
- Le chef de projet assure la distribution des questionnaires aux étudiants ainsi que le traitement informatique des données (logiciel sphinx®).

Le 15 MARS 2012 :

- Validation de la fiche « parcours de l'étudiant en stage » proposé par le chef de projet après relecture.
- Les points critiques dans le processus sont déterminés à partir des résultats des entretiens réalisés.

Le 9 MAI 2012 :

- Analyse des résultats des questionnaires étudiants et des entretiens réalisés.
- Proposition d'actions à mener à partir des points critiques relevés.
- Mise en place d'un plan de communication.
- Identification des critères et indicateurs de suivi du projet ainsi que des modalités de reporting.

Une réunion du comité de pilotage est prévue pour réaliser des bilans intermédiaires avec le suivi des indicateurs retenus au mois de Juin / Septembre / Décembre et Février 2013 (les dates seront précisées ultérieurement).

3-10 La note de cadrage :

Une synthèse des éléments qui structureront le projet a été fait grâce à la note de cadrage⁶¹. Celle-ci a été validée par les commanditaires.

⁵⁸ Voir annexe 9.

⁵⁹ Voir annexe 10.

⁶⁰ Voir annexe 11.

⁶¹ Voir annexe 4.

3-11 La planification des actions à réaliser : le diagramme de Gantt :

La construction du diagramme de Gantt permet de visualiser dans le temps les diverses tâches composant le projet. Il représente graphiquement l'avancement du projet et permet son suivi (voir annexe 12). Ce planning prévisionnel est présenté aux commanditaires et validé par eux avant de devenir fonctionnel et d'être communiqué à tous les acteurs.

Trois points de vigilance ont été pointés dans le diagramme : ce sont des étapes du projet qui doivent être particulièrement suivies par le comité de pilotage et le chef de projet :

- 1- **Finalisation des actions prioritaires à mener** au regard des résultats des enquêtes : il existe des divergences de pratiques entre les deux pôles concernés. Une attention particulière sera portée sur le fait qu'aucun des services ne devra être stigmatisé. Une certaine autonomie et marge de manœuvre sera laissée aux acteurs de terrain pour qu'ils puissent s'approprier les actions prioritaires à mener (le cadre fixé n'est pas strict).
- 2- **Elaboration des objectifs de stage rattachés à l'acquisition de compétences.** Il existe des divergences de pratiques entre les formateurs de l'IFSI qui ne donnent pas les mêmes consignes aux étudiants. Le comité de pilotage a réalisé une fiche réflexe intitulée « les objectifs de stage pour les étudiants infirmiers »⁶² dans laquelle sont précisés les critères de conformité. Elle sera présentée aux formateurs en réunion pédagogique le 4 juin 2012.
- 3- **Rencontre des tuteurs pour aborder les conditions de réalisation des bilans de stage.** Dans un cas sur deux, l'évaluation est faite sans que l'étudiant ne soit présent. Chaque formateur référent de stage devra donner du sens au respect des consignes lors des rencontres formateur/tuteurs qui seront organisées.

⁶² Voir annexe 16 : les objectifs de stage pour les étudiants infirmiers.

4- ANALYSE DU MANAGEMENT D'UN PROJET PEDAGOGIQUE POUR LES UNITÉS DE SOINS :

Un projet, « *c'est un ensemble d'activités accomplies par **des spécialistes de disciplines différentes** concourant sous **la conduite d'un responsable** à la réalisation d'un même objectif à l'intérieur des limites de temps et de coût* ». ⁶³

En qualité de chef de projet j'ai pointé dans le management de la mise en place du parcours coordonné de l'étudiant infirmier plusieurs axes qui m'ont semblé importants :

4-1 Définir des objectifs partagés avec un ensemble de partenaires :

La lettre de mission telle qu'elle a été rédigée par les commanditaires précise de manière opérationnelle ce qui est attendu. Mais avant de mettre en place des actions, il est important d'analyser le contexte dans lequel se situe le projet notamment sur les différences de vues que peuvent avoir les partenaires (ici l'IFSI et les terrains de stage).

Comme la plupart des formations professionnelles, la formation des infirmiers cherche à lier des apprentissages théoriques aux pratiques professionnelles vécues en situation de stage. « **L'alternance fait entrer en jeu au moins deux acteurs institutionnels dont les finalités et les logiques ne sont pas, a priori, convergentes** » ⁶⁴. La formation et les soins ont deux logiques différentes. La mission première de l'infirmier est d'apporter des soins aux patients dont il a la charge. Celle de formateur sera de développer les compétences de l'apprenant.

En tant que chef de projet, il a fallu que je prenne en compte ce contexte qui aurait pu être un frein important à la mise en place du « parcours de l'étudiant en stage ». L'approche compétence de ce nouveau programme m'a permis de concilier cet antagonisme soin/formation. **L'apprentissage par la méthode réflexive s'appuie sur le travail réel**. Très souvent, en situation d'encadrement, au plus près de l'action, l'étudiant demande simplement à l'infirmier de parler de son travail ; de le décrire pour mieux le comprendre. « *La construction des situations de formation à partir de cas cliniques vécus rapproche les stratégies utilisées en production de soins et en formation ; réduit les écarts de représentation en savoir et savoir faire et facilite ainsi les transferts de compétences* ». ⁶⁵

4-2 Respecter des objectifs de qualité, de délais et de coûts :

Les enjeux de qualité dans ce projet impactent tous les acteurs. L'hôpital en premier lieu qui doit garder l'agrément des terrains de stage en montrant qu'il met en place des dispositifs qui apporteront à l'étudiant un environnement apprenant. L'Institut de

⁶³ Maud PAPIN, Enrique LEDESMA. La gestion de projet. MASTER 2 MOS. Ecole supérieure Montsouris. Octobre 2011.

⁶⁴ MAUDUIT-CORBON M. Alternance et apprentissages , 1996.

⁶⁵ GIRAUD-ROCHON François. L'hôpital : une organisation apprenante pour les étudiants infirmiers ? L'incidence du nouveau programme de formation de formation sur l'encadrement des étudiants infirmiers à l'hôpital. EHESP. Filière Directeur des Soins.

formation qui doit prouver aux tutelles qu'il respecte les textes en vigueur. L'étudiant enfin qui s'appuie sur ce parcours de stage pour développer ses compétences. Lors des réunions de présentation du projet, j'ai particulièrement insisté sur l'intérêt que chacun des acteurs avait à y participer dans une logique « gagnant - gagnant ».

La notion de délais n'apparaît pas comme une contrainte majeure dans la mesure où il n'existe pas de date butoir imposée par le législateur. Les textes qui régissent la formation des infirmiers ne sont pas stabilisés et ils pourraient évoluer dans les mois à venir. Il est toutefois primordial dans l'organisation d'un projet qui dure 18 mois de s'appuyer sur un calendrier prédéfini (diagramme de Gantt) qui a été négocié. Les délais que l'on s'est finalement imposé viennent rythmer les différentes phases du projet (lancement, création du comité de pilotage, enquête, analyse et mise en place d'actions de terrain). Cela nous permet de percevoir l'atteinte des objectifs intermédiaires et de promouvoir l'implication des acteurs qui participent à l'encadrement des étudiants.

La notion de coût a été peu abordée avec les commanditaires. Des dépenses supplémentaires n'ont pas été engagées. Seul le temps passé en réunion pourrait être pris en compte. J'ai souhaité limiter au maximum ces temps au regard des contraintes de travail de chacun. Le comité de pilotage se réunit sur une durée de 1h à 1h30 par séance.

4-3 Formaliser une « relation client-fournisseur interne » au service de la qualité :

Avec la nouvelle gouvernance hospitalière et l'apparition des pôles, des délégations de gestion ont été mises en place dans les établissements de santé. L'importance du contrôle de gestion a quelque peu modifié les relations qui existent entre les pôles et un nouveau vocabulaire est apparu à l'hôpital notamment celui de « relation client-fournisseur interne » quand on parle des relations entre les services d'un même hôpital.

*« Le client est une personne physique ou morale qui commande un produit ou un service ou les deux pour satisfaire un besoin ». « Le fournisseur est une personne physique ou morale qui satisfait le besoin d'un client en lui apportant un produit ou un service ou les deux ».*⁶⁶

Lors de la mise en stage des étudiants, l'IFSI de Sète (qui fait partie du pôle management des Hôpitaux du Bassin de Thau) demande aux unités de soins (des différents pôles d'activité de ce même hôpital) de lui fournir un service : former les étudiants infirmiers. Les conditions de cette prestation sont précisées dans « une charte d'encadrement » qui formalise les engagements de deux parties.

Cette relation IFSI-terrains de stages peut donc être assimilée à **une relation client-fournisseur**. Dans notre projet et en poursuivant cette logique de prestation de service, il s'agira d'une **relation client-fournisseur interne** puisque les deux entités font partie de la même structure.

⁶⁶ Définition issue du centre de compétence en performances opérationnelles (cellule de diffusion technologique). www.cimi.fr

La relation client-fournisseur interne est une relation qui, par sa nature, va perdurer dans le temps. Le client (l'IFSI) ne peut pas changer comme il le souhaite de fournisseurs (les terrains de stages de l'hôpital) puisqu'il est lié à eux. Nous passons ainsi d'une relation « donneur d'ordre à exécutant » à une nécessaire relation de **partenariat**.

Dans cette optique et c'est le choix qui a été fait dans la gestion de ce projet, il s'agit de créer une relation équilibrée entre les deux partenaires. « *Pour établir une entente harmonieuse, il est indispensable de créer une relation à double sens dans laquelle le client exerce son pouvoir et laisse son fournisseur assumer, en temps opportun, un certain contre-pouvoir qui équilibre les relations par un droit à la négociation, à l'échange, à la critique constructive* »⁶⁷. Le comité de pilotage est constitué de représentants de chaque pôle. Les réunions de régulation laissent de l'espace pour l'expression des attentes des participants.

Le management du projet par la **démarche processus** permet d'adopter une vision transversale et non verticale de l'établissement qui elle suppose des liens hiérarchiques. Chaque acteur du parcours de l'étudiant en stage a ainsi une meilleure perception de la valeur ajoutée qu'il peut apporter au service mais aussi une meilleure connaissance du rôle des personnes qui interviennent à un moment ou à un autre. Cette approche assure une cohérence dans la prise en charge et une plus grande « fluidité » dans les organisations.

4-4 Assumer la fonction de « chef de projet » :

Je suis cadre de santé. La lettre de mission signée par les deux commanditaires m'a donné le titre de « chef de projet ». Cette lettre de mission a été un premier outil de communication que j'ai utilisé pour donner une légitimité aux objectifs principaux du projet et donner du sens à la démarche.

Mais au-delà de la reconnaissance de ma fonction de responsable projet par la direction, il a fallu que j'adopte un comportement pour avoir cette même reconnaissance de la part des membres du comité de pilotage **qui sont sur la même ligne hiérarchique que moi**.

L'appartenance au même groupe social est une aide pour créer de la cohésion. Je suis issu de la même filière professionnelle que les cadres du comité de pilotage et des étudiants pour lesquels nous élaborons un parcours de stage. Le fait que je sois aussi infirmier anesthésiste m'a donné en quelque sorte une légitimité « d'expert soignant ». Je participe au Comité de Lutte contre la Douleur, au Comité d'Hémovigilance et au Comité Ethique de l'établissement : mes interlocuteurs m'ont souvent rencontré et me connaissent dans des missions plus opérationnelles de soin. Si j'avais été un consultant externe, je n'aurais pas pu profiter de « l'histoire commune » construite avec les cadres pendant plusieurs années.

⁶⁷ Bases de gestion de la qualité dans les relations clients fournisseurs. Site internet afnor.
www.bivi.qualité.afnor.org

Pour « *faire autorité dans le travail* » et avoir la « *capacité à gérer les dilemmes du métier* » nous dit Yves Clot, « *il faut bien le connaître* »⁶⁸. **La connaissance des spécificités de chaque unité de soins** m'a permis d'avoir une vision réelle des difficultés rencontrées par les acteurs. Je suis référent de stage de 4 services sur les 10 ciblés par le projet. En ce qui concerne les 6 services pour lesquels je ne suis pas référent de stage, j'ai rencontré chacun des cadres dans leur unité. Il m'a semblé important de me déplacer dans les services car pour mener à bien un projet, il est primordial de bien connaître son équipe et de poser les bonnes questions. Tous les lieux de stage ne sont pas identiques et n'offrent pas aux étudiants les mêmes ressources. Une connaissance approfondie de celles-ci est donc nécessaire pour construire un parcours spécifique.

J'ai adapté la communication à mes interlocuteurs. Les concepts pédagogiques déclinés dans les articles professionnels qui abordent le nouveau programme sont parfois complexes pour les cadres de terrain qui n'ont pas à les utiliser quotidiennement. La personnalisation de l'information est importante pour cibler celles qui sont utiles et pour encourager la motivation des professionnels. La traduction des éléments du programme en processus apporte une lecture opérationnelle de ce qu'est l'encadrement. Dans l'animation des réunions du groupe de pilotage, j'ai dû parfois répondre à des questions très précises sur les conditions d'apprentissage. Je me suis alors positionné comme un « référent pédagogique ».

Les freins et résistances dans un projet qui impacte 4 pôles d'un hôpital sont nombreux et complexes. La mise en place du comité de pilotage permet d'échanger en petit groupe et de façon constructive sur la manière de surmonter les écueils (méconnaissance ou représentation du travail de l'autre, enjeux de pouvoir, difficile gestion du temps, injonctions paradoxales). Le fait de travailler dans une petite structure a facilité ces échanges de par la proximité des intervenants.

J'ai insisté dans les réunions successives sur la **démarche de progrès** qui a pour but l'amélioration du fonctionnement actuel de notre établissement. Cette démarche vise à préparer l'avenir et à faire évoluer les unités de soins. Le nouveau programme a été présenté comme une opportunité : opportunité d'investir de nouvelles fonctions, opportunité d'innovation en ce qui concerne l'encadrement des étudiants mais aussi l'analyse du travail réel.

L'encadrement de cadres de santé du comité de pilotage m'amène à avoir un management « situationnel » : je dois m'adapter en permanence à des situations inédites. Pour Dominique TISSIER, le management est « *l'ensemble des comportements utilisés par un manager dans une situation donnée pour influencer ses collaborateurs ; le style est associé à un rôle qui indique à quoi servent les comportements. Ce style est déterminé par les dispositions propres au manager : caractère, idées, valeurs, convictions... exigences de la situation* ». ⁶⁹

⁶⁸ CLOT Yves. « Qu'est devenu la qualité du travail ? ». Conférence CNAM de Paris et IFCS de Montpellier. 22 mai 2012. Montpellier.

⁶⁹ TISSIER D. Management situationnel, les voies de l'autonomie et la délégation. Paris, INSEP, 1997 p.44.

Les cadres de santé ont **une autonomie** dans la manière dont ils gèrent l'encadrement des étudiants infirmiers dans leur unité. J'ai présenté le projet et me suis positionné comme une ressource qui apporte une aide et non comme un expert qui édicte des injonctions à appliquer.

Dominique TISSIER⁷⁰ définit 4 modes de management possible sur lesquels je m'appuie selon les étapes du projet :

- Management directif : les mots clefs de ce mode de management sont **organisation, planification, contrôle**. J'utilise ce management directif pour structurer le projet et faire en sorte que les étapes soient validées en temps et en heure. Le chef de projet est le « chef d'orchestre » d'une équipe qui doit avancer au même rythme. J'ai programmé des étapes de régulation à chaque réunion du comité de pilotage. Ce mode de management apparaît donc de manière ponctuelle sur la durée totale du projet.
- Management persuasif : les mots clefs de ce mode de management sont **explication, persuasion, conviction, exemplarité**. J'ai recours à ce management surtout dans l'approche pédagogique : montrer l'intérêt de la mise en place d'un parcours situationnel pour les tuteurs. L'ensemble des cadres de santé n'était pas sensibilisé à l'importance de l'acquisition de critères de compétences. J'ai surtout répondu à leurs questions sans me positionner comme « sachant » qui réalise un cours théorique. Ce mode de management est intervenu dans la première partie de la période (pour donner du sens aux recommandations pédagogiques du nouveau programme).
- Management participatif : les mots clefs sont **écoute, conseil, arbitrage et négociation**. Par la mise en place d'une relation client-fournisseur interne, nous l'avons abordé, le partenariat est incontournable. Ce management participatif est très présent dans la prise de décisions par le comité de pilotage afin de satisfaire chacun des services de soins et le pôle de formation.
- Management déléguatif : les mots clés sont **responsabilité, initiative, évaluation**. Dans la construction du processus nous n'avons pas déterminé de tâches trop précises. Cela laisse une marge d'autonomie à chaque cadre pour s'approprier le parcours de l'étudiant en stage en conservant des spécificités de terrain (par exemple le carnet de suivi de l'activité de l'étudiant est différent d'un service à l'autre). **C'est dans le déploiement du processus que le chef de projet s'efface pour laisser l'autonomie des cadres s'exprimer.**

4-5 Utiliser la démarche qualité comme un outil managérial stratégique :

Etre persuadé de faire ce qu'il faut pour répondre au programme de formation infirmière, aux besoins des usagers et des établissements de soins en termes de compétence est une bonne chose. Pouvoir le montrer objectivement c'est encore mieux.

La démarche processus de ce projet managérial tel que je l'ai conçu met en place dans notre IFSI une réelle politique d'évaluation interne. La création d'indicateurs et leur suivi permet de se situer dans le domaine de faits concrets et non plus sur des impressions.

⁷⁰ Ibid.

L'objectif est de gagner en interne **de la performance** et en externe **de la crédibilité** (auprès des étudiants, de l'ARS, de la Région Languedoc Roussillon, des instituts de formation du département). Les schémas régionaux des formations sanitaires et sociales conduisent d'ailleurs à la recherche d'indicateurs d'efficacité. Il s'agit donc d'un enjeu stratégique qui permet à l'IFSI de Sète de se positionner clairement au plan local et régional.

L'offre de formation en soins infirmiers sur le département est importante (5 IFSI). Le parcours coordonné de l'étudiant en stage souligne la volonté d'expérimentation et d'innovation des acteurs qui participent à cet encadrement. Il est une « **valeur ajoutée** » à la formation de notre institut.

En qualité de chef de projet, je serai un **ambassadeur** auprès de nos partenaires externes en valorisant et en expliquant notre démarche. La gestion d'un projet dans un pôle de formation est à mon sens sur ce point identique à la gestion d'un projet dans un pôle de soins. Le cadre référent de pôle comme le chef de projet à l'IFSI prend en compte les « enjeux politiques » d'un territoire donné pour mettre en avant les atouts de la structure dans laquelle il travaille.

5- ELABORATION DE LA FICHE PROCESSUS :

La construction du parcours de l'étudiant en stage s'appuie sur les référentiels à notre disposition (programme de formation, fiches de postes des formateurs référents de stage, fiches qualité de l'IFSI) et sur les informations apportées par les enquêtes préliminaires.

5-1 Les objectifs de stage :

Au début du semestre, l'étudiant rencontre son cadre formateur référent de suivi pédagogique. Cet entretien individuel permet de situer l'ESI dans son apprentissage à partir des éléments du port folio mais aussi des résultats des évaluations théoriques (UE).

Les objectifs sont déterminés avec l'étudiant au regard de l'offre situationnelle du service dans lequel il va aller en stage et des critères des compétences à valider spécifiquement (en fonction d'un niveau attendu ou du projet professionnel). Par exemple, en allant en stage dans un service de réanimation, l'étudiant sera confronté à de nombreuses situations cliniques lui permettant de progresser dans l'acquisition des critères de la compétence 4 (mettre en œuvre des actions à visée diagnostique ou thérapeutique) mais aussi dans l'acquisition d'actes, d'activités et techniques de soins qu'il ne rencontrera pas partout (utilisation de seringues auto pulsées, pose et surveillance de sonde gastrique, soins de trachéotomie).

« Les objectifs de stages seront :

- **Peu nombreux** mais précis afin que les tuteurs puissent proposer à l'étudiant les situations de soins adaptées à ceux-ci.
- **Personnalisés** : les objectifs sont à préciser sur quelques indicateurs et critères de compétence du port folio qui sont à valider.
- **Clairs et concrets** : l'étudiant doit voir clairement ce qu'il peut envisager de faire pour y parvenir.
- **Mesurables** : l'étudiant doit comprendre les liens entre la fixation des objectifs et l'évaluation inscrite sur le port folio.
- **Rattachés à l'acquisition des compétences** pour clarifier l'ensemble »⁷¹.

Chaque ESI peut ainsi acquérir les éléments des compétences à son rythme en fonction des parcours de stage mais à condition de répondre aux exigences minimales portées par l'arrêté de formation (les croix notées sur le port folio au niveau des indicateurs de chaque compétence sont des repères montrant à quel moment dans le parcours de l'étudiant ceux-ci devraient être maîtrisés). Marie Ange Coudray précise que la progression doit se faire « dans un climat d'ouverture fait à la fois de rigueur et d'exigence dans les résultats, et de souplesse dans les moyens ».⁷²

⁷¹ Marie Ange Coudray. Le défi des compétences. Edition Masson p.171

⁷² Ibid p. 88

Il est rapporté par les maîtres de stage⁷³ que dans 9 services sur 10, les objectifs de l'étudiant ne sont « jamais » ou seulement « parfois » en lien avec l'acquisition de critères de compétences.

Il s'agit du point critique 1 dans le parcours :

Les objectifs de stage formulés par l'étudiant ne sont pas systématiquement fixés au regard de l'acquisition de compétences, d'actes, d'activités ou de techniques de soins à valider.

5-2 Les missions des formateurs référents de suivi pédagogique :

Chaque étudiant se voit attribué en début d'année « universitaire » un formateur référent de suivi pédagogique qui sera son interlocuteur privilégié. Il le rencontre une première fois en début de semestre pour lui présenter ses objectifs de stage. Un second entretien individuel est programmé après le stage pour faire un bilan. En s'appuyant sur le portfolio, le rapport de stage et le compte rendu d'analyse de situation clinique, le formateur devra répondre à plusieurs questions :

- Les objectifs de stage sont-ils atteints ?
- L'acquisition des éléments de chaque compétence et la validation des activités techniques correspondent-elles au niveau attendu à ce stade de la formation ?
- L'étudiant a-t-il progressé dans ses capacités d'analyse de situations cliniques ?

Au regard de ces appréciations qui font l'objet d'un compte rendu écrit dans le dossier informatique de l'ESI, le formateur référent de suivi pédagogique propose à la CAC la validation ou la non validation des ECTS du stage.

En cas de non validation, l'étudiant effectue un nouveau stage dont les modalités sont définies par l'équipe pédagogique (le plus souvent sur les périodes de vacances en juillet / août).

Dans les services cibles, la réalité des actions menées par les référents de suivi pédagogique sont globalement conformes à celles retrouvées dans le parcours de stage proposé. Le seul axe d'amélioration serait la formulation des objectifs de stage (point critique 1 déjà évoqué).

5-3 Les missions des formateurs référents de stage :

L'IFSI a désigné **un formateur référent pour chacun des stages** (5 formateurs référents pour les 10 services cibles). Ce formateur travaille en lien avec le maître de stage en ce qui concerne l'organisation générale des stages. Il est également en liaison régulière avec le ou les tuteurs afin de suivre le parcours des étudiants et régler au fur et à mesure les questions pédagogiques qui peuvent se poser. Le formateur référent de stage vient encadrer l'étudiant une ou deux fois selon la durée du stage (deux fois pour les stages de 10 semaines). Il peut aussi intervenir sur le terrain sur sa propre initiative, à la demande de l'étudiant, du tuteur ou du maître de stage.

⁷³ Voir annexe 12.

Dans les services cibles, les modalités d'encadrement sont connues et respectent les référentiels (fiche de poste du formateur référent de stage, arrêté de formation). On peut toutefois préciser que les modalités de prise de rendez-vous avec les étudiants ne sont pas identiques. Ceci vient du fait qu'en fonction du nombre plus ou moins important d'encadrements à programmer, la disponibilité du formateur est plus ou moins limitée. Un formateur référent de stage rencontre en effet entre 45 et 72 étudiants par an (écart important lié au fait que certains travaillent à temps partiels).

Les formateurs référents de stage des services cibles rapportent aussi qu'ils souhaitent tisser des liens plus étroits avec les tuteurs qu'ils ont souvent du mal à rencontrer.⁷⁴

5-4 Les missions des maîtres de stage :

*Le maître de stage « représente la fonction organisationnelle et institutionnelle du stage. Il est garant de la qualité de l'encadrement. Il assure le suivi des relations avec l'institut de formation pour l'ensemble des stagiaires placés sur le territoire dont il a la responsabilité. »*⁷⁵

Pour les services cibles, les maîtres de stage sont majoritairement des cadres de santé (à 70%). Ils exercent depuis plusieurs années dans le secteur dans lequel ils sont affectés (ancienneté moyenne est supérieure à 6 ans). Un maître de stage sur deux a été formé au tutorat depuis la mise en place du nouveau programme. Ils ont donc une bonne connaissance des modalités pédagogiques de la formation initiale.

En pratique, le maître de stage élabore le planning de travail sur la durée du stage (horaires de nuit, travail de week-end possible dès lors que l'étudiant bénéficie d'un encadrement de qualité). Dans 5 services sur 10, en fonction des objectifs proposés, le cadre de santé peut organiser des jours de formation dans un secteur différent. L'objectif pédagogique dans ce cas est de mieux comprendre le parcours des personnes soignées à l'intérieur d'un pôle. Il s'agira parfois de réaliser des soins particuliers dans des secteurs spécifiques.

Normalement, le maître de stage ne devrait pas intervenir dans le processus d'évaluation. En réalité, il peut aussi avoir des fonctions de tuteur et il renseigne le rapport de stage de l'étudiant (dans 4 services sur les 10, cela est observé).

L'ensemble des tâches que le maître de stage réalise se trouve dans la fiche processus en annexe 8.

⁷⁴ Voir annexe 15.

⁷⁵ Extrait de l'annexe 3 du référentiel de formation du 31/07/09.

5-5 Les missions du tuteur :

Le tuteur représente la fonction pédagogique du stage. Pour Pierre Campia, « *la situation de travail n'est pas formative du seul fait de la présence du stagiaire, du tuteur ou du contexte de soins. Pour le devenir celle-ci doit différer de sa logique de résultat, de production et évoluer vers une situation constructive d'apprentissage* ». ⁷⁶ Le tuteur, par la réflexivité va mener avec l'apprenant une analyse du processus qui a permis à l'étudiant d'agir. Il est un « **compagnon réflexif** » et un « **ami critique** » qui est à la fois exigeant et bienveillant. L'objectif de l'évaluation n'est pas de juger pour sanctionner mais d'accompagner l'étudiant afin qu'il s'approprie à son rythme les critères de compétence visés.

Les étapes incontournables pour le tuteur dans son accompagnement sont :

- **L'accueil** : afin d'évaluer à partir des éléments du port folio les acquis (situer l'étudiant dans son apprentissage) et finaliser les objectifs au regard des compétences à valider.
- **Le suivi** : un parcours situationnel est mis en place et un bilan régulier est réalisé (bilan de mi-stage au minimum). Le tuteur a des relations régulières avec le formateur référent de stage. Il propose des solutions en cas de difficultés ou de conflits.
- **L'évaluation finale**. Le tuteur évalue la progression des étudiants dans l'acquisition des compétences après avoir demandé l'avis des professionnels qui ont travaillé en proximité avec l'étudiant. Il renseigne les critères d'acquisition des connaissances, et explique à l'étudiant le sens de l'évaluation (en particulier pour les items à améliorer).

Dans les services cibles, **aucun tuteur infirmier n'est à ce jour formé au tutorat**. C'est probablement la raison pour laquelle dans un service sur deux, le maître de stage peut aussi exercer cette mission.

Dans la majorité des services (6 sur 10), du temps n'a pas été dégagé pour que les tuteurs assurent l'encadrement des étudiants. Il existe des écarts entre les recommandations du référentiel et la réalité :

- Dans plus de 42 % des cas, les acquis théoriques et pratiques des stages antérieurs de l'étudiant ne sont pas pris en considération.
- Le tuteur ne construit pas en début de stage un parcours situationnel pour que l'étudiant développe les critères de compétence présents dans ses objectifs. Dans un service sur deux, les situations de soins emblématiques ne sont pas décrites dans les livrets d'accueil (travail en cours avec le groupe encadrement).
- Les bilans de mi-stage ne sont pas réalisés de manière systématique.
- L'évaluation de l'étudiant à la fin du stage n'est réalisée que dans un cas sur deux en présence de l'apprenant.
- Seuls 6 étudiants sur 14 font une autoévaluation professionnelle en remplissant eux-mêmes le portfolio.

⁷⁶ Pierre CAMPPIA. Expertise, controverse et coopération pour développer l'enseignement clinique. Revue Soins cadres. Supplément n°70 S19 –S21.

Deux points critiques sont repérés dans le processus :

**Le tuteur ne met pas en place un parcours situationnel au sein du service.
(Point critique 2).**

**Le tuteur ne réalise pas systématiquement l'évaluation du stage en présence de
l'étudiant.
(Point critique 4).**

5-6 Les missions du professionnel de proximité :

Les professionnels de proximité représentent la fonction d'encadrement pédagogique. Ils transmettent des savoirs faire ; engagent des débats avec les étudiants autour de la pratique professionnelle. Ils se doivent de valoriser les étudiants dans leur progression vers une plus grande autonomie.

Pendant le stage, l'ESI confronte ses représentations, ses connaissances théoriques à la réalité du terrain. Philippe Astier souligne que « *la première façon d'apprendre au travail comme ailleurs, c'est sans doute en étant confronté directement aux situations et en y intervenant. Cet apprentissage dit souvent « sur le tas » constitue une des modalités les plus fondamentales de constitution des savoirs et des compétences* ». ⁷⁷

En s'appuyant sur l'expérience du professionnel qui l'accompagne, l'étudiant décrypte dans la complexité du réel « comment le travail peut se faire » malgré les aléas, le manque de personnel, les situations de violence etc.

En fonction de l'organisation des équipes, plusieurs personnes peuvent assurer ce rôle d'encadrement sur un même lieu de stage. L'intérêt pour l'apprenant est justement de comparer les pratiques individuelles.

La fonction d'encadrement est présente dans les textes réglementaires infirmiers. L'article R4311-15 du code de la santé publique précise que « *l'infirmière ou l'infirmier propose des actions, les organise ou y participe dans les domaines suivants : 1- formation initiale et formation continue des personnels infirmiers, des personnels qui l'assistent et éventuellement d'autres personnels de santé ; 2- encadrent des stagiaires en formation* » ⁷⁸. La compétence 10 du nouveau référentiel (informer et former des professionnels et des personnes en formation) insiste tout particulièrement sur cet aspect dès l'entrée en IFSI.

Les questionnaires remplis par les ESI montrent que les étudiants de troisième année sont prioritairement accompagnés par les IDE sur les soins techniques et les calculs de dose. En ce qui concerne les soins de nursing, les soins relationnels ou d'éducation à la

⁷⁷ ASTIER Philippe. Apprendre des situations de travail : la construction d'une expérience et la fonction tutorale en questionnement. Actes des 14èmes journées nationales des cadres de santé. Montpellier. Janvier 2010.

⁷⁸ Exercice de la profession. Actes professionnels Articles R4311-1 à R4311-15 du code de la santé publique.

santé, cela est beaucoup plus aléatoire.⁷⁹ Le risque pour le professionnel de proximité, c'est de confier au stagiaire des tâches routinières qu'il réalise à la chaîne sans même être évalué puisque les infirmiers ne sont pas avec lui. Or dans la logique de compétence chaque situation de soin est unique et l'effectuation du travail ne suffit pas à la mise en place et à l'accumulation des apprentissages. « *La compétence n'est pas la performance individuelle qui est fonction d'autres éléments à prendre en compte (motivations, moyens, environnement)* ». ⁸⁰

Dans les services cibles, les cadres de santé ont mis en place un outil de transmission (carnet de suivi, tableau) où sont retranscrites, au jour le jour, les activités menées par l'ESI. Ce support permet au tuteur d'avoir une vision plus fine et plus objective du parcours de l'étudiant. Les soins y sont globalement bien tracés (dans 78,6 %, des cas) mais très souvent n'apparaissent que des actes techniques et pas les situations emblématiques.

Il s'agit du point critique 3 dans le processus :
La traçabilité et l'évaluation de l'activité quotidienne de l'étudiant doivent être généralisées en prenant en compte le parcours situationnel retenu.

5-7 L'attribution des ECTS du stage :

La Commission d'Attribution des Crédits se réunit en fin de semestre et examine les dossiers individuels des étudiants. Pour les services cibles, les modalités d'attribution de ces crédits respectent les critères du référentiel de formation. Elles sont précisées dans l'annexe 8.

⁷⁹ Voir résultats des questionnaires des étudiants annexe 14. Questions 21 à 24.

⁸⁰ DARDEL Anne / MILAN Marion. « La gestion prévisionnelle des métiers et des compétences ». DHOS.

6- LES PISTES D'AMÉLIORATION PROPOSÉES PAR LE COMITÉ DE PILOTAGE :

6-1 Formuler des objectifs de stage au regard de l'acquisition de critères de compétence et/ou d'actes, d'activités, de techniques de soins à valider :

Les objectifs de stage sont présentés par l'étudiant au formateur référent de suivi pédagogique avant le départ en stage.

Actuellement les attentes ne sont pas les mêmes en fonction des formateurs.

Les critères de ces objectifs seront précisés en réunion pédagogique à l'IFSI le 4 juin 2012 afin que tous les intervenants aient les mêmes attentes. Une fiche réflexe nommée « les objectifs de stage pour les étudiants infirmiers »⁸¹ sera présentée lors de cette réunion pédagogique.

6-2 Proposer à l'étudiant un parcours situationnel :

A partir des éléments présentés dans le livret d'accueil, le tuteur proposera lors de l'entretien de prise de contact un parcours situationnel pour répondre aux attentes de l'étudiant.

Ces situations de soins retenues seront rattachées à l'évaluation d'un ou plusieurs critères de compétence (on les appelle situations emblématiques du stage). Il peut aussi s'agir d'un acte, d'une activité ou d'une technique de soins à valider.

En fonction de la fréquence de confrontation de l'étudiant à une situation emblématique retenue et des évaluations apportées par les professionnels de proximité, le tuteur pourra modifier ce parcours situationnel pendant le stage. Pour le faire, il rencontrera l'ESI afin qu'il se situe dans son apprentissage (points faibles, points forts, axes d'amélioration).

6-3 Généraliser l'utilisation d'un support de suivi d'activité :

Il est important de transmettre au tuteur des éléments fiables sur les conditions dans lesquelles le stage se déroule.

L'étudiant devra noter au jour le jour les situations de soins qu'il a rencontré. L'infirmier qui a encadré ce jour-là l'étudiant évaluera la manière dont l'ESI a géré la situation et en fera un compte rendu écrit.

⁸¹ Voir annexe 16 : Les objectifs de stage pour les étudiants infirmiers.

Sur le pôle de médecine, les comptes rendus de l'activité des étudiants sont retrouvés dans un tableau qui se présente sous cette forme :

« Evaluation journalière des étudiantes de l'IFSI » :

Date	Nature du Soin	Commentaire de l'IDE	Signature

Pour le pôle de chirurgie/bloc/réa et le pôle urgence, un carnet de suivi d'activité est en test.⁸²

La forme du support est moins importante que la qualité des éléments qui y sont retranscrits. Afin de ne pas changer les habitudes des IDE, nous avons pensé qu'il était préférable de ne pas modifier les outils qui étaient utilisés. Pour les services du pôle médecine, le cadre insistera auprès des IDE pour qu'elles inscrivent dans le tableau de suivi des situations de soins (à partir des situations emblématiques repérées) plutôt que des soins infirmiers techniques sans le contexte dans lequel ils ont été assurés. C'est la situation qui permet d'orienter l'évaluation vers un critère de compétence.

6-4 Réaliser l'évaluation de stage en présence de l'étudiant :

La feuille d'évaluation de stage devra être systématiquement renseignée en présence de l'étudiant.

Lors de cette rencontre, le tuteur demandera à l'apprenant de s'auto évaluer en s'appuyant sur les critères et indicateurs de son portfolio. L'entretien ainsi mené en s'appuyant sur les situations professionnelles retrouvées sur le carnet de suivi d'activité éclairera l'étudiant sur les raisons de sa réussite et/ ou sur les moyens de progresser.

6-5 Assurer un meilleur accompagnement des tuteurs :

Les cadres de santé référents de stage des services cibles rencontreront au moins une fois par semestre les tuteurs des stages dont il sont référents pour répondre à leurs questions et faciliter l'encadrement des étudiants infirmiers.

Au départ nous souhaitons réaliser les encadrements en stage des étudiants en présence des tuteurs. En réalité il est difficile de trouver un temps commun pour réunir les trois personnes. De plus, il semble intéressant d'assurer une rencontre avec le tuteur sans que l'étudiant ne soit présent (cela pourrait être assimilé à une mise en situation professionnelle normative). Aussi, il a été décidé d'organiser chaque semestre une rencontre formateur/tuteur pour faire le point sur l'encadrement dans le secteur concerné. Les professionnels de proximité et les maîtres de stage pourront assister à ces rencontres s'ils le souhaitent. L'objectif premier étant de partager les expériences d'encadrement et de donner un sens à la mise en place du nouveau programme au plus près du terrain.

⁸² Voir extrait du carnet de suivi en test annexe 17.

7- PLAN DE COMMUNICATION POUR ACCOMPAGNER LE CHANGEMENT :

Le plan communication revêt un rôle central et structurant dans ce projet en raison du nombre important de personnes impliquées ou concernées. L'objectif de ce dernier est de maintenir le fil conducteur du projet.

Le plan de communication permet d'informer et donc de recueillir les réactions des acteurs concernés. Il fournit la mémoire, la lisibilité des actions menées et assure la circulation de l'information entre les partenaires.

Plusieurs étapes seront retrouvées dans ce plan :

- **La phase de sensibilisation** : c'est la période pendant laquelle le chef de projet et le comité de pilotage produisent une communication sur les objectifs du projet. Il s'agit de se mettre d'accord sur le problème à traiter par le changement, de rendre officiel un projet et de s'assurer de la prise en compte de celui-ci par les intéressés.
- **La phase de propositions** : les principaux intéressés et leurs représentants (qui sont présents dans le comité de pilotage) sont consultés sur le contenu du changement. *« Il s'agit de mettre sous forme de propositions plus ou moins ouvertes et formalisées les changements opérationnels et leur faisabilité au regard des contraintes de terrain et de l'acceptation par ceux qui auront à les mettre en œuvre »⁸³.*
- **La phase d'opérationnalisation** : période pendant laquelle les changements sont déployés et expérimentés dans l'organisation. Cela peut concerner les problèmes d'équipes, la mise en pratique des nouvelles règles de fonctionnement au regard des points critiques repérés. Il s'agit ici d'appliquer concrètement les changements pensés sur les pratiques d'encadrement. A partir des échanges entre les professionnels de terrains, les formateurs référents de suivi de stage et les membres du comité de pilotage, des actions correctives pourront être mises en place.
- **La phase de stabilisation** : cette phase consiste à s'assurer du déploiement de manière durable du parcours de l'étudiant tel qu'il a été pensé. La phase de stabilisation assure un contrôle de la réalisation et une évaluation des transformations. Pendant la phase de stabilisation, des informations seront données pour déployer le processus « parcours de l'étudiant en stage » sur l'ensemble des services de soins des HBT.

Les attentes de communication, les implications dans le projet et les résistances seront différentes en fonction des personnes. C'est la raison pour laquelle le plan de communication sera construit à partir d'une **cartographie des acteurs**. Cette stratégie qui prend en compte les enjeux individuels est présentée dans l'annexe 18.

⁸³ D. AUTISSIER, J.M MOUTOT Méthode de conduite au changement. Edition Dunod p.103

8- EVALUATION DU PROJET :

Afin d'assurer la pérennité des actions entreprises, il est préférable de penser à l'évaluation du projet au moment de son élaboration.

8-1 Les indicateurs de pilotage du projet :

L'état d'avancement du projet sera apprécié grâce au diagramme de Gantt (annexe 12).

A chaque réunion du comité de pilotage, le chef de projet fait un bilan à partir des indicateurs de cette programmation initiale. Il s'assure que les tâches accomplies ont été réalisées par les acteurs prédéterminés et que les délais sont respectés. En cas de retard ou d'imprévus, des actions correctives sont mises en place et les commanditaires sont immédiatement informés. A ce jour, cela n'est pas arrivé.

8-2 Les indicateurs de résultat :

Les critères retenus sont en lien avec le parcours coordonné de l'étudiant en stage tel qu'il a été présenté dans l'annexe 8.

Ces critères ne seront relevés que pour les étudiants qui sont en stage dans les services concernés par l'étude :

Indicateur n°1 : Pourcentage d'étudiants qui partent en stage avec des objectifs conformes aux recommandations.

Indicateur n°2 : Pourcentage d'étudiants à qui le tuteur a présenté un parcours situationnel après l'entretien d'accueil.

Indicateur n°3 : Pourcentage d'étudiants pour lesquels les professionnels de proximité ont noté et évalué les activités sur le carnet de suivi.

Indicateur n°4 : Pourcentage d'étudiants pour lesquels l'évaluation a été réalisée en leur présence.

Indicateur n°5 : Evaluation de la satisfaction globale de l'étudiant pour le stage du semestre 5 (promotion 2010-2013).

Une description précise des modalités de recueil, de la périodicité, de la pertinence et des limites de ces indicateurs est présentée dans l'annexe 19.

8-3 Les indicateurs de comparaison :

Un questionnaire anonyme sera proposé aux étudiants de troisième année après leur stage de semestre 5 (promotion 2010-2013). Ce questionnaire sera identique à celui qui a été distribué cette année à la promotion 2009-2012. Une analyse qualitative et comparative des réponses sera assurée par le chef de projet et le comité de pilotage au mois de mars 2013. Un compte rendu écrit sera présenté aux acteurs ayant participé au projet.

8-4 Reporting des données :

Une partie des informations seront recueillies auprès des cadres formateurs référents de suivi pédagogique lors des entretiens individuels avec les étudiants en début et en fin de semestre c'est à dire avant et après le stage clinique.

Deux périodes pour ce recueil des informations :

- Juin et Juillet 2012 : fin des semestres 2, 4, 6.
- Septembre à Février 2013 : semestres 1, 3 et 5.

En juin 2012, le chef de projet enverra un tableau Excel⁸⁴ par mail aux formateurs qui ont eu des étudiants de leur groupe de suivi pédagogique dans les services concernés par l'étude. Ce tableau une fois rempli sera communiqué aux formateurs référents de stage de chaque service et aux membres du comité de pilotage. Les informations recueillies permettront de préparer les rencontres semestrielles formateur IFSI - Tuteurs.

Un second tableau Excel de recueil des données sera envoyé au mois de septembre 2012 aux formateurs référents de suivi pédagogique des étudiants du semestre 1, 3, 5 qui passeront en stage dans les services concernés par le projet. Les éléments d'évaluation de ces semestres 1,3 et 5 seront regroupés au mois de mars 2013.

Au regard des données qui lui parviendront et si cela s'avérait nécessaire, le comité de pilotage mettra en place en accord avec les commanditaires, des actions correctives par rapport à la démarche initiale (phase de réajustement).

⁸⁴ Annexe 20 : Tableau Excel de suivi des indicateurs.

9- LES PERSPECTIVES

L'état des lieux de la mise en œuvre du référentiel de formation IDE⁸⁵ souligne des difficultés d'appropriation de la philosophie du référentiel de formation par les tuteurs et les professionnels de proximité. Quatre axes d'amélioration sont proposés :

- Une réflexion sur la signification de la formation avec une approche par compétence.
- Un travail sur les outils.
- Un travail sur les stages.
- La communication et la mutualisation des pratiques.

9-1 Une réflexion sur la signification de la formation par une approche compétence :

Pour Marie-Ange Coudray, cette notion de compétence est importante et « *mérite réflexion, imprégnation, débats dans les instituts de formation et sur les terrains de stage afin de mesurer en quoi cette façon de concevoir les ressources humaines au travail peut toucher la vision de l'ensemble du processus de travail individuel et collectif. C'est surtout une référence à mobiliser afin de profiter du plus engendré par une manière nouvelle de considérer la part humaine agissante au travail* ». ⁸⁶

Les rencontres que nous mettons en place entre les tuteurs et les formateurs référents de stages permettront d'apporter des éléments de compréhension à cette réflexion et de répondre aux questions pratiques. En outre, les infirmiers nouveaux diplômés qui ont bénéficié du nouveau programme arriveront dans les services de soins à partir du mois d'août 2012 : ils seront des relais précieux pour expliquer au quotidien cette philosophie d'apprentissage et pour réaliser avec les étudiants des analyses de situations de travail en utilisant une méthode réflexive.

D'autres évolutions conjoncturelles amèneront les agents à mieux appréhender ce qu'est la compétence : c'est le déploiement dans les établissements de la GPMC (Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences) utilisée comme axe de développement clé des ressources humaines.

Nous l'avons abordé, le secteur de la santé connaît depuis quelques années de grands bouleversements qui ont directement une incidence sur l'évolution des métiers dans les établissements de santé et médico-sociaux. « *Au vu des défis que ces établissements doivent relever (pénurie de compétences rares, création de nouveaux métiers, organisation territoriale de la santé...) la GPMC est un outil au service des professionnels* » ⁸⁷.

⁸⁵ HENTGEN Marie-Gabrielle. Etat des lieux de la mise en œuvre du référentiel de formation IDE (versant stage) et pistes d'amélioration. DGOS Juillet 2011

⁸⁶ COUDRAY Marie-Ange. « Avancées et évolutions des dispositifs de formation initiale ». Compte rendu de la journée CEFIEC et CNEH (Centre National de l'Expertise Hospitalière) du 29 mars 2012. www.cefiec.fr.

⁸⁷ Améliorer la gestion des ressources humaines. La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. Guide de l'ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance). www.anap.fr

L'évaluation des compétences des infirmiers sera formalisée lors de l'entretien professionnel avec le cadre de santé. Pour rentrer dans cette démarche de GPMC, une expérimentation d'entretien professionnel est en cours⁸⁸. Le modèle réglementaire du compte rendu de l'entretien professionnel est défini dans d'arrêté du 20 septembre 2010⁸⁹.

On doit retrouver dans le compte rendu de cet entretien d'évaluation annuel :

- **Les compétences professionnelles** de l'agent (« ensemble de savoirs faire, connaissances et manières de servir mobilisés en situation plus ou moins complexe de travail, permettant de répondre de manière adaptée à celle-ci »)⁹⁰.
- Les objectifs (individuels et collectifs) établis pour l'année n+1.
- Les besoins de formation et d'évolution professionnelle exprimés par les agents.

Cette phase d'expérimentation se poursuivra dans les établissements volontaires jusqu'en 2013. Il devrait y avoir une généralisation de ce modèle d'évaluation en 2014. Les infirmiers des Hôpitaux du Bassin de Thau seront donc rapidement amenés à être évalués et à s'auto évaluer en prenant en compte les critères de compétence utilisés à partir de la fiche métier de la Fonction Publique Hospitalière (« infirmiers en soins généraux ») et des fiches de postes. La démarche d'analyse d'une situation de travail par l'approche compétence est identique à celle qui est enseignée à l'IFSI. Pour les étudiants l'objectif de niveau de compétence est celui d'un jeune diplômé (novice). Pour l'agent en poste, l'objectif sera de progresser dans la gestion de situations plus complexes pour parvenir à un niveau « expert ».

9-2 L'appropriation des outils d'évaluation :

Nous l'avons observé pour les étudiants de troisième année qui ont participé à l'étude, il persiste des incohérences dans l'évaluation de stage (par exemple pour les critères de la compétence 2 « concevoir et conduire un projet de soins infirmiers » notés « non pratiqués » lors d'un stage du semestre 5).

Afin de faciliter l'appropriation du port folio, les formateurs référents de stage répondent aux questions des tuteurs. La mise en place d'une rencontre semestrielle systématique permettra d'assurer un meilleur suivi. **Une formation institutionnelle** de trois jours **au tutorat** est aussi prévue en dans le second semestre 2012 pour 15 agents des HBT. Elle apportera aux tuteurs qui y participeront un éclairage théorique et méthodologique utile pour évaluer les étudiants.

Parallèlement, des groupes de travail organisés par les ARS devraient voir le jour en ce qui concerne l'utilisation du portfolio. Une évolution de son contenu sera possible en

⁸⁸ Circulaire du 12 janvier 2012 relative à la mise en œuvre de l'expérimentation de l'entretien professionnel dans la fonction publique hospitalière.

⁸⁹ Arrêté du 29 septembre 2010 relatif au compte rendu annuel d'entretien professionnel des agents des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant disposition statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

⁹⁰ Définition de la compétence extraite de la circulaire n°DGOS/RH4/2012/14 du 12 janvier 2012 relative à la mise en œuvre de l'expérimentation de l'entretien professionnel dans la fonction publique hospitalière.

fonction des difficultés rencontrées par les évaluateurs (notamment la liste des actes et activités de soins à valider).

9-3 L'IFSI de Sète est force de proposition :

L'équipe pédagogique de l'IFSI de Sète est impliquée dans la mise en œuvre de la réforme :

- Un formateur effectue un travail de recherche sur les conditions de réalisation des analyses de situation et a proposé un outil d'évaluation avec des critères de progression.
- Un groupe « encadrement » composé de formateurs, de tuteurs et de professionnels de proximité travaille sur un référentiel de situations dites emblématiques.
- Notre groupe projet travaille sur la mise en place d'un parcours coordonné de l'étudiant infirmier en stage à l'hôpital.

Un partage d'expérience sera assuré par la publication d'articles dans le journal interne du Centre Hospitalier (« Hôpi-Thau ») et dans des revues professionnelles (si ils sont validés par les comités de rédaction). Un compte rendu des actions menées sera aussi proposé au comité régional du CEFIEC, au représentant régional du comité de suivi de la réforme LMD et au conseiller pédagogique régional de l'ARS.

Il a été décidé en équipe pédagogique de modifier à partir de la rentrée prochaine les conditions d'attribution des formateurs référents de suivi pédagogique pour les étudiants. Dans le but d'assurer un meilleur suivi, l'étudiant aura le même formateur référent pour les 6 semestres (jusqu'à présent la durée n'était que de deux semestres).

En ce qui concerne l'acquisition des actes et des activités, une meilleure complémentarité entre les travaux pratiques et les stages sera mise en place. Des ateliers de simulation seront programmés pour les actes « incontournables ».

En collaboration avec la Direction des Soins des HBT, nous allons promouvoir à partir de la rentrée 2012 la mobilité des étudiants au sein du pôle pendant le stage (aujourd'hui seulement 50% des étudiants interrogés ont pu en bénéficier).

Un questionnaire de satisfaction sera systématiquement proposé à tous les étudiants en fin de stage (premier semestre 2013).

Une formation au tutorat sera également assurée au sein de l'IFSI à partir de 2013.

9-4 Le travail de coopération régional au service de la construction de parcours professionnalisant :

Une collaboration entre les IFSI de la région Languedoc Roussillon se met progressivement en place afin de répartir de manière homogène l'offre de stage sur le territoire et sur les différents instituts de formation (certaines spécialités ne sont retrouvées que dans les Centres Hospitaliers Universitaires).

A Sète, depuis 2011, une seule personne est responsable de l'élaboration des parcours de stage. Le nombre limité d'interlocuteurs facilite la mise en place d'un réseau régional. Mais au-delà d'un partage des terrains entre les IFSI, une politique de prospection est aussi poursuivie pour augmenter le nombre de terrains de stage dans le territoire du Bassin de Thau (ouverture par exemple d'un stage dans le service de médecine préventive « des gens de la mer » de Sète en janvier 2012).

9-5 La communication et la mutualisation des pratiques :

Trois ans après la mise en place du nouveau programme, il est souhaitable « *de rendre visible ce qui est efficace, de favoriser les échanges de pratiques et de contribuer à les mutualiser*⁹¹ ».

Il s'agit dans un premier temps d'informer les agents des Hôpitaux du Bassin de Thau sur les actions entreprises dans le cadre de la formation initiale en les conviant à une réunion le 5 juin 2012. L'ordre du jour est le suivant :

- présentation des travaux menés par le groupe « encadrement » sur la mise en place de livrets d'accueil et du référentiel de situations emblématiques par service ;
- présentation de la méthodologie d'analyse de situation retenue par l'IFSI ;
- présentation du parcours coordonné de l'étudiant en stage et des résultats des enquêtes menées auprès des étudiants, des formateurs et des maîtres de stage.

En ce qui concerne les terrains de stage qui ne font pas partie des Hôpitaux du Bassin de Thau, il s'agit souvent de terrains partagés avec d'autres IFSI de la région. Il serait difficile de mettre en place notre parcours de stage tel qu'il existe puisque ces IFSI ont des organisations différentes (certains instituts n'encadrent pas les étudiants sur les terrains de stage). Au delà de ces divergences, nous avons tout de même mis en place une collaboration entre les formateurs référents des mêmes stages : utilisation des mêmes livrets d'accueil, rencontre possible d'étudiants de plusieurs IFSI pour des analyses de situations cliniques.

Des partages d'expériences ont lieu au niveau régional par plusieurs biais : les Journées régionales CEFIEC⁹² telles qu'elles ont déjà eu lieu en septembre 2011 en présence de Mme Montguillon, conseillère pédagogique nationale ou encore les réunions des représentants des 13 IFSI dans le cadre de la mise en place de l'universitarisation.

⁹¹ HENTGEN Marie-Gabrielle Etat des lieux de la mise en œuvre du référentiel de formation IDE – Juillet 2012.

⁹² CEFIEC : Comité d'Entente des formations infirmières et Cadres.

Il est recommandé dans le rapport de la DGOS « *de mettre en place des outils TIC pour permettre des échanges entre les formateurs, les tuteurs et les professionnels de proximité afin de développer le partenariat entre les IFSI et les services de soins en transcendant le temps et l'espace*⁹³ ». Un site Internet de l'institut est opérationnel et nous diffusons pour les étudiants des supports informatiques. Le « parcours de l'étudiant en stage à l'hôpital » sera mis en ligne une fois qu'il sera validé.

En ce qui concerne la transmission des informations de terrain aux tutelles, une conseillère pédagogique régionale à l'ARS fait le relais avec la Direction Générale de l'Offre de Soins. Le directeur de l'IFSI du CHRU de Montpellier participe au comité de suivi de la mise en place du processus LMD à la DGOS et nous échangeons régulièrement avec lui sur les difficultés à mettre en œuvre la réforme et sur les actions menées au niveau local.

Une étude nationale sera réalisée lorsque la première promotion d'étudiants formée avec le nouveau référentiel sera diplômée. Le référentiel pourrait alors évoluer. Si c'était le cas, le comité de pilotage évaluera l'impact de ces modifications sur le processus de stage tel qu'il se présente aujourd'hui.

9-6 La rémunération des tuteurs :

Le ministère de la santé a évoqué la mise en place d'une prime qui serait versée aux infirmiers exerçant les missions de tuteur. Son montant serait de 850 € bruts annuels pour ceux qui encadrent au moins 10 étudiants en soins infirmiers par an, pendant au moins 20 semaines au cours d'une même année. A ce jour, le décret n'est pas paru au journal officiel.

9-7 Les compétences des formateurs en IFSI :

Le travail des formateurs en IFSI s'est trouvé grandement impacté par ce nouveau programme non seulement en terme de réorganisation des équipes et de restructuration de l'ingénierie de la formation mais plus profondément dans les rôles et les attentes en matière de compétence.

Une forte attente en matière de compétence et de jugement pédagogique a été exprimée aux formateurs référents qui ont eu, comme j'ai pu le montrer dans la construction de ce processus de stage, une certaine **autonomie professionnelle** pour prendre avec les acteurs de terrain des décisions concernant l'encadrement des étudiants. Au cas par cas, en fonction des lieux, invention et création ont été possibles car lorsque le contexte change, il faut savoir créer une rupture et innover.

La reconnaissance du grade licence aux étudiants et l'universitarisation de la formation a aussi un impact sur le niveau de qualification attendu des formateurs dans les IFSI. A Sète, un plan de formation accompagne la mise en place du nouveau programme avec la possibilité pour les cadres d'accéder s'ils le souhaitent à des Master 2. Ce parcours universitaire apportera de la crédibilité aux messages délivrés par les formateurs aux étudiants mais aussi auprès des interlocuteurs de la faculté.

⁹³ Extrait de l'état des lieux de la mise en œuvre du référentiel de formation IDE.

CONCLUSION

L'objectif de ce projet managérial est de mettre en place dans le cadre d'une démarche processus un parcours coordonné de l'étudiant infirmier en stage qui soit utilisé et pérenne.

La fiche processus telle qu'elle a été construite permet à chaque acteur de mieux comprendre comment son intervention s'articule avec d'autres. Elle donne de la visibilité aux personnes qui interviennent dans l'encadrement (qui fait quoi, quand) mais surtout apporte une cohérence et une fluidité dans la prise en charge individualisée de l'étudiant.

A la rédaction de cette conclusion, le processus qui a été validé par les commanditaires n'est pas encore en application dans les 10 services retenus. La phase de déploiement aura réellement lieu pour les étudiants qui réaliseront leur stage du semestre 1 (promotion 2012-2015), du semestre 3 (promotion 2011-2014) et du semestre 5 (promotion 2010-2013) à partir du mois de septembre.

La portée du projet sera révélée lors du bilan final qui est programmé au mois de mars 2013 avec le suivi des indicateurs retenus mais aussi avec l'impact des actions entreprises sur la satisfaction des étudiants de troisième année.

A partir de ces résultats, la possibilité d'étendre l'utilisation du parcours coordonné dans les Pôles de Gériatrie, Maternité / Pédiatrie et Psychiatrie sera envisagée.

Les limites du projet et les écueils seront identifiés au fur et à mesure de son déroulement mais les difficultés qui apparaissent à ce stade sont de plusieurs ordres : le faible degré d'implication des tuteurs sur lequel des actions spécifiques sont prévues ; l'incertitude sur l'évolution des textes qui régissent la formation et enfin, la probable mobilité de cadres de santé et de tuteurs de plusieurs services cibles dans les mois à venir.

Mais au delà de ces difficultés, je souhaiterais souligner quelques points positifs qui ont été moteur jusqu'ici : la volonté de la direction des soins et de la direction de l'IFSI de mener un travail en collaboration ; l'implication des cadres de santé présents dans le comité de pilotage qui ont été des interlocuteurs efficaces pour transmettre les informations auprès des collègues de leur pôle ; le fonctionnement du comité de pilotage qui a permis un décloisonnement entre les pôles, un travail de solidarité entre les intervenants et la mise en lien des parties ; la possibilité de montrer l'implication des formateurs de l'IFSI de Sète à accompagner les professionnels de terrain dans l'appropriation du référentiel.

Plus personnellement, c'est la première fois que j'ai à conduire un projet de cette envergure sur dix services de soins et quatre pôles d'un hôpital. Cette expérience a été pour moi très enrichissante et m'a montré qu'il fallait avoir des compétences particulières pour mener une équipe de collaborateurs cadres de santé. Les résultats du projet sont à mon sens étroitement liés au positionnement des cadres de proximité. S'ils ne sont pas convaincus, ils ne seront pas des relais efficaces. Pour que le projet ait un sens et pour sortir de l'anonymat des outils, il est préférable que les cadres formateurs, les maîtres de stage et les tuteurs partagent un certain nombre de valeurs et de représentations de l'encadrement

des stagiaires. Construire une représentation partagée a été le premier objectif de ce travail car c'est une condition sine qua non à l'appropriation réelle du parcours de l'étudiant en stage.

Au delà du fond, la conduite de ce projet m'a apporté un apprentissage méthodologique. Pour être clair dans la direction que l'on veut prendre quand on est « chef de projet », il est souhaitable de maîtriser la méthode et les outils de management sur lesquels on s'appuie (matrice de SWOT, diagramme de Gantt, méthodologie de réalisation d'un processus).

La mise en place d'un nouveau référentiel n'a pas seulement un impact sur l'encadrement des étudiants. La formation et la gestion des compétences sont des éléments essentiels de la compétitivité de l'hôpital et de l'employabilité des salariés ou des futurs professionnels. C'est la raison pour laquelle cette approche de l'apprentissage est préconisée pour l'ensemble des paramédicaux (ergothérapeutes, infirmières puéricultrices, infirmières anesthésistes, kinésithérapeutes). L'accent porte désormais sur l'activité professionnelle. Les situations de travail constituent des opportunités exceptionnelles d'apprentissage ou de construction des compétences. La formation par l'acquisition de compétences oblige ainsi les infirmiers de proximité à avoir une approche différente dans leur manière d'appréhender le travail réel grâce à la réflexivité. L'analyse de situations de travail ou de pratiques professionnelles développe chez eux aussi des compétences individuelles et collectives. L'encadrement des étudiants infirmiers est aussi un moyen pour les cadres de santé d'entrer dans une démarche de GPMC en pilotant des organisations apprenantes.

Presque trois ans après sa mise en œuvre, ce nouveau programme de formation préoccupe encore bien des établissements et des IFSI. Marie-Ange Coudray qui a été très impliquée dans sa mise en place nous dit que « *les débuts ont été difficiles et prometteurs... plusieurs années seront nécessaires pour bénéficier pleinement d'un tel changement* »⁹⁴.

Le défi pour nous formateurs, est d'accompagner les étudiants dans ce cursus et de leur permettre d'acquérir une autonomie professionnelle afin qu'ils réalisent des soins de qualité aux patients.

⁹⁴ Marie-Ange Coudray. Compte rendu des journées CEFIEC du 29 Mars 2012. www.cefiec.fr

BIBLIOGRAPHIE

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES :

Loi n°2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale. Journal officiel 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. Journal officiel du 22 juillet 2009, page 12184.

Décret n°2011-2114 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des professionnels de santé paramédicaux. Journal officiel du 1^{er} janvier 2012, page 29.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier. Journal officiel du 7 août 2009, page 13203. Annexes parues au Bulletin officiel, 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 interministérielle n° DHOS/RH1/DGESIP/2009/201 du 26 juin 2009 relative à la délivrance du grade de licence aux infirmiers diplômés d'Etat.

MINISTERE DU TRAVAIL DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE. Circulaire n°DGOS/RH4/2012/14 du 12 janvier 2012 relative à la mise en œuvre de l'expérimentation de l'entretien professionnel dans la fonction publique hospitalière.

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

RAPPORTS – ETUDES :

BERLAND Yvon. Coopération des professionnels de santé : le transfert des tâches et de compétences, rapport d'étape. Octobre 2003. Disponible sur www.la-fps.fr/transfert_competence_BERLAND2003_fps.pdf (consulté le 21 mai 2012).

LARCHER Gérard. Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital. 2008. Disponible sur www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_Larcher_definitif.pdf (consulté le 21 mai 2012).

MORELLE A., VEYRET J., LESAGE G. Evaluation de l'impact du dispositif LMD sur les formations et le statut des professions paramédicales. Rapport de l'Inspection Générale des Affaires sociales. Octobre 2008. Disponible sur www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/084000641/index.shtml (consulté le 21 mai 2012).

OBSERVATOIRE NATIONAL DE L'EMPLOI ET DES METIERS DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE. Etude prospective des métiers de la Fonction Publique Hospitalière. Avril 2000. Disponible sur www.sante.gouv.fr/etude-prospective-des-metiers-sensibles-de-la-fonction-publique-hospitaliere.html (consulté le 21 mai 2012).

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES (DREES). La démographie des infirmiers à l'horizon de 2030. Mai 2011. Disponible sur www.drees.sante.gouv.fr/la-demographie-des-infirmiers-a-l-horizon-2030,8654.html (consulté le 21 mai 2012).

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES (DREES). La démographie médicale à l'horizon de 2030. Février 2009. Disponible sur <http://www.drees.sante.gouv.fr/la-demographie-medecale-a-l-horizon-2030-de-nouvelles-projections-nationales-et-regionales,4230.html> (consulté le 21 mai 2012).

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES (DREES). La profession infirmière : situation démographique et trajectoires professionnelles. Novembre 2010. Disponible sur <http://www.drees.sante.gouv.fr/la-profession-infirmiere-situation-demographique-et-trajectoires-professionnelles,7334.html> (consulté le 21 mai 2012).

DIRECTION REGIONALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES Ile-de-France. Stage des étudiants infirmiers : supports pour faciliter l'encadrement. Octobre 2009.

DIRECTION REGIONALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES Provence-Alpes-Côte d'Azur. Evaluation de la qualité de la formation en stage public : étudiants paramédicaux. Mai 2008.

CENTRE D'ANALYSE STRATEGIQUE. Note d'analyse n°254. Opportunités pour l'offre de soins de demain. Les coopérations entre professionnels de santé. Décembre 2011. Disponible sur <http://www.strategie.gouv.fr/content/les-cooperations-entre-professionnels-de-sante-note-danalyse-254-decembre-2011> (consulté le 21 mai 2012).

DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS. Etat des lieux de la mise en œuvre du référentiel de formation des IDE (versant stage) et pistes d'amélioration. Juillet 2011. Disponible sur www.cefiac.fr/cariboost_files/etatlieu.pdf (consulté le 21 mai 2012).

OUVRAGES :

ADAM Rémi, BAYLE Isabelle. Le tutorat infirmier : accompagner l'étudiant en stage. Paris : De Boeck Estem, 2011, 128 p.

AUTISSIER David, MOUTOT Jean-Michel. Réaliser un plan de communication. In : Méthode de conduite de changement : diagnostic, accompagnement, pilotage. 2^e édition. Vottem : édition Dunod, 2010, pp. 99-128.

BENNER P. De novice à expert : excellence soins infirmiers. Paris : InterEditions, 1995, 253 p.

BOURRET Paule. Les cadres de santé à l'hôpital : un travail de lien invisible. Saint-Berthevin : Seli Arslan, 2006, 284 p.

COUDRAY Marie-Ange, GAY Catherine. Le défi des compétences : comprendre et mettre en œuvre la réforme des études infirmières. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2009, 191p.
CLOT Yves. Le travail à cœur : pour en finir avec les risques psychosociaux. Paris : édition La Découverte, 2010, 190 p.

MADERS Henri-Pierre. Piloter un projet d'organisation. Editions Eyrolles, 2008, 332 p.

SCHÖN Donald. Le praticien réflexif. A la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel. Montréal : Les Editions Logiques, 1994,

TISSIER Dominique. Management situationnel : les voies de l'autonomie et de la délégation. 2^e édition. Paris : INSEP éditions, 1997, 141 p.

MEMOIRES :

GIRAUD-ROCHON François. L'hôpital : une organisation apprenante pour les étudiants infirmiers ? L'incidence du nouveau programme de formation sur l'encadrement des étudiants infirmiers à l'hôpital. Filière Directeur des Soins. Rennes : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 2010, 36p.

LAMASSE Valérie. L'encadrement en stage des étudiants en soins infirmiers : un enjeu pour la Direction des Soins. Filière Directeur des Soins. Rennes : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 2010, 34 p.

LATROCHE Marie-France. Etudiants, formateurs et professionnels de santé, un partenariat qui demande l'implication de tous. Projet Managérial Master 2 Management des Organisations Soignantes. Paris : Ecole Supérieurs Montsouris – Université Paris-Est-Créteil, 2011, 47 p.

ARTICLES DE PERIODIQUE :

ABITZMIL Claudine. Livret individualisé de suivi des compétences des étudiants. Objectif Soins, Février 2012, n°203, pp. 27-29.

BARREAU Pascal. L'hôpital est-il une organisation apprenante ? Soins Cadres, Août 2011, n°79, pp. 29-30.

CHARTIER Eric, COUDRAY Marie-Ange, KOZLOWSKI Joëlle. Dossier : le référentiel de formation infirmière, une évolution nécessaire. Soins Cadres, Mai 2009, supplément au n°70, pp. 1-26.

CATEAU Chantal. Organisation du travail : à propos des compétences collectives. Soins Cadres, Février 2002, n°41, pp. 36-37.

COUDRAY Marie-Ange. La formation infirmière renouvelée, une ouverture et des opportunités. Soins Cadres, Mars 2009, supplément au n°68, pp. 3-5.

COUDRAY Marie-Ange. Formation des paramédicaux, la refondation. Revue Hospitalière de France, Mars-Avril 2010, n° 553, pp.74-79.

DEBOUT Christophe, GIRAUD Michèle, LE BŒUF Dominique. Dossier : la réforme des études en soins infirmiers : changements et conséquences de l'universitarisation. Pluriels, Mai 2010, n°82, pp.1-12.

DUJARDIN Pierre-Philippe. Conduite de changement pour préparer l'avenir. Soins Cadres, Août 2011, n° 79, pp. 38-40.

ETOURNEAU Claire. La réforme de la formation des professions de santé réinterroge ces métiers. Soins Cadres, Novembre 2012, supplément au n°76, p.3.

GAILLARD Nadine, KOSLOWSKI Joëlle. Vers un partenariat formalisé et efficient autour du tutorat de l'étudiant infirmier en stage. Soins Cadres, Novembre 2012, supplément au n°76, pp.10-13.

GRUET-MASSON Joël. Le développement des compétences infirmières pour assurer la continuité des soins. Soins Cadres, Août 2009, n°71, pp.37-41.

HESBEEN Walter. Compétence soignante formation initiale et évaluation. Perspective soignante, Septembre 2011, n°41, pp. 36-51.

JUBIN Patricia, BIEBER Delphine, BAYLE Isabelle. Dossier : Le tutorat. Revue INFO CEFIEC, Avril 2012, N°25, pp. 12-38.

KOSLOWSKI Joëlle. Un référentiel de formation infirmière pour une formation à réinventer. Soins Cadres, Décembre 2008, supplément au n°68, pp. 6-8.

KOSLOWSKI Joëlle. Mise en œuvre du référentiel de formation infirmière et perspectives. Soins Cadres, Mai 2010, n°74, pp. 60-61.

LE BOTERF Guy. De quel concept de compétence avons-nous besoin ? Soins Cadres, Février 2002, n°41, pp. 20-23.

LE BOTERF Guy. Gestion des compétences : définition, nécessité, faisabilité... Gestions hospitalières, Décembre 2005, n°451, pp. 772-776.

MARGA Philippe. Compétences et évaluation. Soins Cadres, Décembre 2008, supplément au n°68, pp. 13-14.

PARRA Bruno. Autonomie de pensée et développement de compétences. Objectif soins, Avril 2002, n°105, pp.13-16.

PRIEU Mylène. L'analyse des pratiques de soins au service de la formation. Soins Cadres, septembre 2011, supplément au n° 80, pp. 20-22.

PROUST-MONSAINGEON Dominique. Quel accompagnement au changement de pédagogie pour les équipes des IFSI ? Soins Cadres, Décembre 2008, supplément au n°68, pp. 15-20.

VIAL Michel. Faut-il un référentiel pour déterminer les missions du formateur des personnels de santé ? Soins Cadres, Mars 2001, n°37, pp. 65-66.

WITORSKI Richard. Le développement des compétences individuelles, partagées et collectives. Soins Cadres, Février 2002, n°41, pp. 38-42.

SOURCES INTERNET :

AGENCE NATIONALE D'APPUI A LA PERFORMANCE. Guide : Améliorer la gestion des ressources humaines. La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. Disponible sur <http://www.anap.fr/detail-dune-publication-ou-dun-outil/recherche/ameliorer-la-gestion-des-ressources-humaines-la-gestion-previsionnelle-des-emplois-et-des-compe/> (consulté le 21 mai 2012).

AGENCE NATIONALE POUR L'AMELIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL. Acquérir et transmettre des compétences et si on se formait au travail. Disponible sur www.anact.fr/web/publications/NOTINMENU_affichage_document?p_thingIdToShow=4313177 (consulté le 21 mai 2012).

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS. Atlas régionaux de la démographie médicale à l'échelle des bassins de vie. Novembre 2011. Disponible sur <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/atlas-regionaux-de-la-demographie-2011-1129> (consulté le 21 mai 2012).

HAUTE AUTORITE DE SANTE. Chemin clinique une méthode d'amélioration de la qualité. Juin 2004. Disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/chemin_clinique_guide.pdf (consulté le 21 mai 2012).

CONFERENCES ET COMMUNICATIONS :

ASTIER Philippe. Professeur des Sciences de l'Education, Université Lyon 2 Lumière. Apprendre des situations de travail : la construction d'une expérience et la fonction tutorale en questionnement. Actes des 14èmes journées d'études nationales des cadres de santé. Montpellier. Janvier 2010. Disponible sur http://www.chu-montpellier.fr/publication/inter_pub/R179/A5513/ACTESjec2010ok.pdf (consulté le 21 mai 2012).

CLOT Yves. Qu'est devenue la qualité du travail ? Point de vue d'un chercheur, clinicien de l'activité sur les enjeux autour de cette question et les perspectives d'actions concrètes. IFCS de Montpellier- CNAM de Paris. Montpellier. Mai 2012.

HEBRARD Pierre. L'humanité comme compétence ? Une zone d'ombre dans la professionnalisation aux métiers de l'interaction avec autrui. Journées Régionales CEFIEC Languedoc Roussillon. Castelnau le Lez. 1^{er} septembre 2011.

JOBERT Guy. De la compréhension de l'activité humaine au travail pour le développement des personnels et des organisations. Actes des 14ièmes journées d'études nationales des cadres de santé. Montpellier. Janvier 2010. Disponible sur http://www.chumontpellier.fr/publication/inter_pub/R179/A5513/ACTESjec2010ok.pdf (consulté le 21 mai 2012).

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1 :	Grille d'appréciation de l'analyse des situations ou des activités rencontrées en stage.
Annexe 2 :	Organigramme fonctionnel de l'IFSI de Sète.
Annexe 3 :	Lettre de Mission.
Annexe 4 :	Note de cadrage.
Annexe 5 :	Matrice SWOT.
Annexe 6 :	Activités du formateur référent de stage.
Annexe 7 :	Accompagnement pédagogique de l'étudiant autour du stage.
Annexe 8 :	Parcours de l'étudiant en soins infirmiers en stage.
Annexe 9 :	Questionnaire étudiant.
Annexe 10 :	Grille d'entretien pour formateurs référents de stage.
Annexe 11 :	Grille d'entretien pour les maîtres de stage.
Annexe 12 :	Diagramme de Gantt.
Annexe 13 :	Résultats et synthèse des entretiens avec les maitres de stage.
Annexe 14 :	Résultats et synthèse des questionnaires des étudiants.
Annexe 15 :	Résultats et synthèse des entretiens avec les formateurs référents de stage.
Annexe 16 :	Les objectifs de stage pour les étudiants infirmiers.
Annexe 17 :	Extrait du carnet de suivi de l'étudiant en test dans le Pôle Chirurgie / Urgence/ Réanimation / Bloc.
Annexe 18 :	Plan de communication.
Annexe 19 :	Liste des indicateurs de résultats.
Annexe 20 :	Tableau Excel de suivi des indicateurs.



MTMOS@11-12



Annexe 1

Grille d'appréciation de l'analyse des situations ou des activités rencontrées en stage

		T -- C ---
		FORM-001/1
		MAJ : 30 /01 /2012
IFSI IFAS	Grille d'appréciation de l'analyse des situations ou des activités rencontrées en stage	Promotion 2009/2012

Stage du semestre 6

Stage du 06 février au 18 mars 2012

Nom et Prénom de l'étudiant : _____

	Formateur :	Date :	Formateur :	Date :
	Thème de la situation :		Thème de la situation :	
<u>Lieu de stage :</u>	<u>Service :</u>	Durée du stage : 350h <input type="checkbox"/> - 175h <input type="checkbox"/>	<u>Service :</u>	Durée du stage : 350h <input type="checkbox"/> - 175h <input type="checkbox"/>
	MCO <input type="checkbox"/> - LS/SSR <input type="checkbox"/> - LVIE <input type="checkbox"/> - Psychiatrie <input type="checkbox"/>		MCO <input type="checkbox"/> - LS/SSR <input type="checkbox"/> - LVIE <input type="checkbox"/> - Psychiatrie <input type="checkbox"/>	
<u>Critères d'appréciation</u>	Situation 1		Situation 2	
	<u>Commentaires</u>		<u>Commentaires</u>	
Description de la situation : S1				
• Objective	-	-	+	++
• Précise	-	-	+	++
• Contextualisée	-	-	+	++
Questionnement : S1				
• Suffisant	-	-	+	++
• Cohérent	-	-	+	++
Savoirs (connaissances – concepts) : S1				
• Recherche de savoirs	-	-	+	++
• Mise en lien	-	-	+	++

Hypothèses de compréhension : S2 <ul style="list-style-type: none"> Adaptées à la situation 	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++
Evolution des représentations : S2 Distanciation : S2 Éléments transférables : S3 Autoévaluation du travail présenté : S3	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++
Posture professionnelle : S4	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++
Méthodologie d'analyse : S2	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++
Travail complémentaire demandé : Rendu le _____		

Synthèse de l'encadrement :		
------------------------------------	--	--

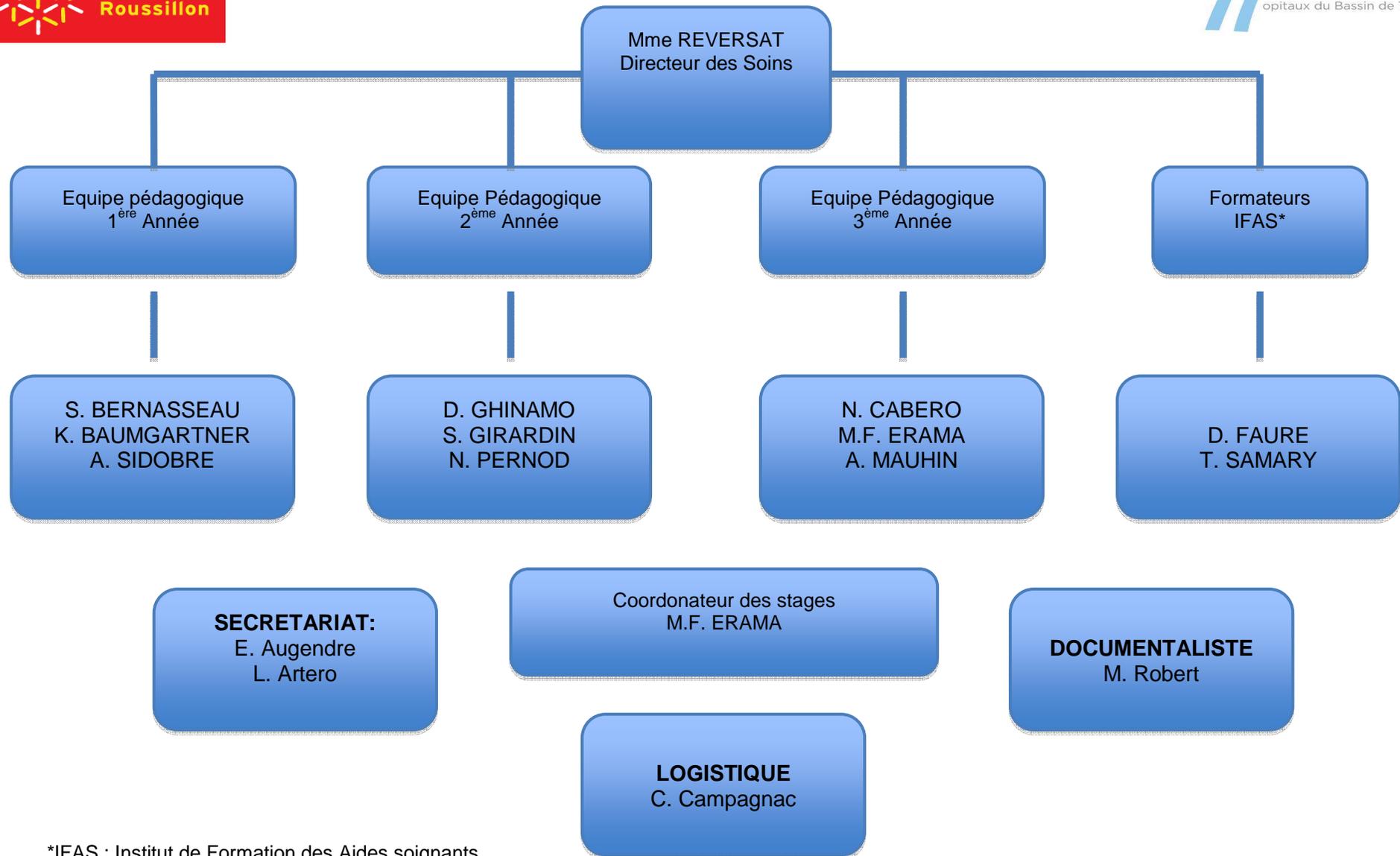


MTMOS@11-12



Annexe 2

Organigramme fonctionnel de l'IFSI de Sète



*IFAS : Institut de Formation des Aides soignants.

ORGANIGRAMME IFSI DE SETE JANVIER 201



MTMOS@11-12



Annexe 3

Lettre de Mission



LETTRE DE MISSION

CODE
PROJET

**Encadrement des étudiants infirmiers au sein des
Hôpitaux du Bassin de Thau**

Page :

1/2

Commanditaires :

**Mme MICHELOT – Directrice Coordinatrice Générale des Soins des Hôpitaux du Bassin de Thau.
Mme REVERSAT – Directrice de l’Institut de Formation en Soins Infirmiers de Sète.**

Nom du Responsable du Projet :

M. CABERO – Cadre de Santé Formateur.

Mission du Responsable de Projet :

Optimiser les conditions d’encadrement des étudiants infirmiers en stage dans les services de Médecine / Chirurgie/ Urgence par la mise en place d’un parcours coordonné.

Description :

- Evaluation des pratiques d’encadrement dans les différents secteurs (état des lieux).
- Réalisation d’une enquête de satisfaction auprès des étudiants.
- Elaboration d’une fiche processus spécifique.

Délégation de décision :

Aucune délégation de décision. Seuls les commanditaires sont aptes à prendre les décisions après présentation par le chef de projet.

Le projet s’effectuera au travers d’un travail d’équipe (au sein de chaque pôle), d’échange (valorisation du partenariat entre IFSI et unités de soins) avec un plan de communication auprès des acteurs concernés (avancement du projet, résultats).

Moyens alloués :

Matériel : outils informatiques.

Locaux : salle de cours à l’IFSI pour réunions du groupe de pilotage.

Temporels : temps alloués par les commanditaires pour les rencontres, les échanges, les enquêtes.

Financiers : coûts humains (temps formateurs/ cadres de santé/tuteurs)

Modalités de reporting :

Diagramme de Gantt

Durée :

18 mois

	LETTRE DE MISSION	CODE PROJET
	Encadrement des étudiants infirmiers au sein des Hôpitaux du Bassin de Thau	Page : 2/2

<p>Documents de référence :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cahier des charges fonctionnel général : Respect des éléments contenus dans le référentiel de formation (arrêté du 31 juillet 2009). Respect de la charte d'encadrement établie entre l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de Sète et les Hôpitaux du Bassin de Thau.
--

Date	Date :
Signature des Commanditaires : Signé le 16 Janvier 2012 Mme Reversat Mme Barreau	Signature du Responsable de Projet Signé le 16 janvier 2012 M. CABERO



MTMOS@11-12



Annexe 4

Note de Cadrage



MTMOS@11-12



<p>Origine du projet : Contexte national</p>	<p>La formation infirmière est au cœur d'un environnement en mutation :</p> <p>Ces évolutions impactent directement le travail de l'infirmier qui doit y être préparé dès la formation initiale notamment par les stages. Elles sont importantes dans le contenu de l'encadrement à mener auprès de l'étudiant mais ont un aspect moins prégnant dans le processus d'encadrement tel qu'il sera abordé.</p> <ul style="list-style-type: none">• Evolution des besoins en santé : Elle est liée au vieillissement de la population, à l'augmentation de l'espérance de vie, à l'augmentation des poly pathologies et des pathologies chroniques, à la modification des demandes des usagers car ils sont attentifs à la qualité des soins et ils connaissent mieux leurs droits. Ainsi les associations d'usagers exercent un réel lobbying sur les pouvoirs publics.• Nouvelle organisation de l'offre de soins en lien avec la loi « Hôpital Patient Santé et Territoires » de juillet 2009 : *L'organisation par pôles d'activité clinique et médico-technique permet à l'étudiant infirmier d'effectuer son stage dans plusieurs services en restant dans une logique de parcours patient. *Le titre 2 de la loi porte l'ambition de la qualité et de la sécurité des soins pour l'ensemble du personnel. A l'hôpital, le directeur décide conjointement avec le président de la Commission Médicale d'Établissement de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers. Les étudiants participent à cette politique puisque la compétence 7 du port folio est intitulée « Analyser la qualité et améliorer sa pratique professionnelle ». *L'organisation territoriale du système de santé, à travers le titre IV de la loi préconise le décloisonnement entre les différents secteurs hospitalier, médico-social et ambulatoire. Elle a pour objectif d'améliorer les conditions de prise en charge et favoriser des parcours de soins plus efficaces. La coopération entre les établissements de santé est ainsi encouragée. Les étudiants évoluent pendant leur formation dans des services du secteur public, du secteur privé à but non lucratif participant aux missions du service public, des cliniques privées ou des établissements médico-sociaux. A travers la compétence 9 de leur port folio (« organiser et coordonner les interventions soignantes ») ils appréhendent mieux cette organisation territoriale orchestrée par les Agences Régionales de Santé.
--	---



MTMOS@11-12



* La loi aborde dans le titre III la prévention et la santé publique. Le schéma régional de prévention (Art. R.1434-3 du CSP) est un nouvel outil de régulation chargé de décliner le plan stratégique régional de santé sur les problématiques de prévention. Les unités d'enseignement 4.6.S3 et 4.6.S6 « Soins éducatifs et préventifs » du référentiel de formation infirmier montrent encore qu'il existe une cohérence entre le programme de formation des infirmiers et la politique de santé du pays.

- **Evolution des pratiques de soins :**

Elle est en lien avec l'évolution des techniques médicales ; des technologies de l'information et de la communication.

- **La démographie médicale défavorable fait évoluer le périmètre d'intervention des professionnels de santé :**

La répartition inégale des médecins dans le pays, la diminution du nombre de certains spécialistes (anesthésie, psychiatrie) ou encore le départ massif en retraite des médecins du secteur public hospitalier mènent les pouvoirs publics à initier des actions pour faciliter le transfert de compétences médicales vers les paramédicaux mais aussi des passerelles entre les métiers. De nouveaux profils de professionnels pourraient apparaître (en particulier coordinateur des soins dont les missions seront confiées à des infirmiers).

- **Inégale répartition des effectifs infirmiers sur le territoire et départ massif en retraite d'ici à 2015 des infirmiers de la fonction publique hospitalière.**

Cela entraîne dans certaines régions une difficulté de recrutement. Les professionnels en poste ont une charge de travail augmentée, le turn-over des personnels est plus important. Les conditions d'encadrement ne sont pas optimales.

- **Nécessité de concilier contrainte économique et qualité des soins :**

La limitation des ressources budgétaires oblige les établissements et les professionnels de santé à améliorer l'efficacité de leur activité.



MTMOS@11-12



- **Evolution des formations et des diplômes en France et en Europe :**

Le processus de Bologne instaure un système universitaire basé sur une structure en deux cycles des études supérieures : le premier cycle (Licence/Bachelor) et un second cycle (qui peut être court =master ou long=doctorat).

- **Nouvelle répartition des rôles entre l'Etat et la Région dans la gouvernance des IFSI :**

Le directeur de l'agence régionale de santé contrôle le suivi des programmes et la qualité de la formation (article L4383-1 du Code de la santé publique).

- **Réforme du programme de formation initiale infirmière :** (Arrêté du 31 Juillet 2009).

La profession infirmière est la première profession paramédicale à rentrer dans le processus LMD avec la mise en place du nouveau programme de formation axé sur la validation de 10 compétences.

La formation clinique revêt un caractère essentiel puisque sa durée (2100 heures) est égale à la durée de la formation théorique. Le référentiel de formation est élaboré de manière à développer le raisonnement clinique de l'infirmier et sa capacité d'analyse dans une approche interdisciplinaire.

- **Un comité de suivi de la réforme des IFSI est mis en place à la DGOS (Direction Générale de l'Offre de soins).**

Il se réunit tous les trimestres et centralise les difficultés rencontrées en région lors de la mise en place de ce nouveau programme de formation. Des indicateurs comme le nombre de conventions de partenariat signées avec les universités, le pourcentage de cours assurés par les universitaires, le nombre de tuteurs formés, les moyens mis en place pour accompagner la réforme (informatisation, vidéoconférence) y sont recensés.

- **La nouvelle donne générationnelle** des 18-25 ans impose des modes d'apprentissage adaptés. Il est important de laisser une marge d'autonomie d'action à l'apprenant qui, dans la mesure du possible, apprend par « l'essai ». Une large place à l'expression des émotions est aussi à favoriser.



MTMOS@11-12



Contexte régional

- **Organisation d'un groupement de coopération sanitaire en Languedoc Roussillon.**

Un partenariat entre 13 IFSI, le Conseil Régional et les Universités de Médecine Montpellier 1, l'Université Paul Valéry Montpellier 3, l'Université de Nîmes et l'université de Perpignan se met en place. La signature de ce contrat n'est pas finalisée. L'université participe toutefois aux Commissions de Validation des Crédits (ECTS) pour la validation des stages cliniques tous les semestres.

Contexte local

L'agrément à l'IFSI de Sète est accordé pour 55 étudiants en formation initiale infirmière.

Les 9 cadres de santé formateurs de l'IFSI interviennent auprès des étudiants des trois années de formation. Ils sont à la fois responsables d'unités d'enseignement, formateurs référents de suivi pédagogique et formateurs référents de stage. Leur disponibilité est limitée pour assurer les encadrements sur le terrain.

Le **projet pédagogique** de l'institut est refondé en 2011. L'alternance itérative est pointée comme un élément clé de l'apprentissage. L'apprenant puise alternativement dans le versant « école » et le versant « stage » du dispositif de formation.

Le **projet d'établissement des hôpitaux du Bassin de Thau (2009-2013)** détermine des axes d'évolution prioritaires :

- Le **projet social** met en place des actions visant à fidéliser les personnels présents et à promouvoir les recrutements d'infirmiers en particulier via l'IFSI (les personnes qui s'inscrivent à la sélection du concours infirmier proviennent en majorité du territoire du Bassin de Thau).
- Le **projet de soins** détermine la politique de soins de l'hôpital. Le développement des compétences est un élément prioritaire dans le choix des actions à mener. L'encadrement des stagiaires et des étudiants est abordé en insistant sur le nécessaire travail de collaboration entre les instituts de formation et les terrains de stage.



MTMOS@11-12



<p>Origine du projet</p>	<p>Problématique :</p> <p>Le parcours de stage des étudiants infirmiers de l'IFSI de Sète n'est pas formalisé de manière identique pour tous les services du Centre Hospitalier dont il dépend.</p> <p>Le rôle des acteurs qui interviennent auprès de l'étudiant en stage sont à préciser, en particulier, celui du cadre de santé formateur référent de stage.</p> <p>Enjeux</p> <p>Enjeux pédagogiques :</p> <p>Deux logiques s'opposent. L'ancien modèle est transmissif (les connaissances sont apportées les unes après les autres). Dans le nouveau programme l'étudiant devient réflexif, ouvert sur son environnement. Un travail de fond avec une réflexion autour de ce que la formation par compétence suppose comme changement de pratique d'encadrement et d'évaluation doit être mené.</p> <p>Enjeux sociologiques :</p> <p>Le grade licence pour les infirmiers ouvre la voie à une évolution professionnelle possible (master, doctorat). Les étudiants diplômés en 2012 seront reconnus « catégorie A » dans la fonction publique hospitalière. Des jeux de pouvoir pourront s'exercer entre les nouveaux diplômés (avec diplôme universitaire) et les anciens diplômés (sans reconnaissance de niveau universitaire).</p> <p>Enjeux managériaux :</p> <ul style="list-style-type: none">• Les méthodes pédagogiques utilisées ainsi que l'alternance itérative permettent de former des professionnels performants dans tous les secteurs d'activité. Ils devraient s'adapter plus facilement aux évolutions des métiers et des techniques pour dispenser des soins de qualité. C'est en théorie une meilleure préparation à l'emploi.• Pour les cadres de santé de proximité, l'analyse réflexive menée par les agents est un outil de développement des compétences.
--------------------------	---



MTMOS@11-12



Enjeux institutionnels :

L'encadrement des étudiants est un levier d'amélioration de l'attractivité de l'hôpital. Si les conditions d'encadrement répondent aux attentes des stagiaires, ils seront plus enclins à postuler dans l'unité de soins qui a répondu à leurs besoins quand ils seront diplômés.

Enjeux qualitatifs :

Une évaluation des conditions de la formation sera réalisée par l'Agence d'Évaluation de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur. Celle-ci rendra compte des modalités de mise en place du programme aux tutelles.

Historique

Le nouveau programme a été mis en place à l'IFSI de Sète en septembre 2009.

Trois promotions sont en cours de formation.

Des travaux sont menés à l'hôpital et à l'IFSI pour accompagner les professionnels :

- Un groupe de travail « encadrement » composé de cadres supérieurs de santé, de cadres de santé, de tuteurs et de cadres formateurs se réunit tous les mois pour échanger sur les problématiques rencontrées.
- Un groupe de tuteurs travaille sur les situations emblématiques en chirurgie et en médecine.
- Un outil de suivi de l'activité de l'étudiant en cours de stage a été présenté aux professionnels de proximité. Il est pour trois mois en phase de test dans les services de chirurgie et de réanimation.
- Un groupe de travail IFSI élabore une fiche d'évaluation des analyses de situation (avec des critères de progression objectifs).
- L'ensemble de l'équipe pédagogique de l'IFSI a suivi en 2011 une formation sur les conditions d'évaluation de l'étudiant infirmier (analyse de situation, analyse de pratiques notamment).
- Une formation au tutorat a été financée en 2011 pour les cadres de santé et cadres supérieurs médico-techniques de l'établissement.



MTMOS@11-12



Contraintes

- La disponibilité des acteurs impliqués est limitée.
- Le temps imparti pour livrer le projet au regard des échéances imposées par le master est restreint.
- Les outils et méthodes pédagogiques ne sont pas toujours maîtrisés (tuteurs non formés).
- Il y aura probablement des modifications du référentiel de formation courant 2012.
- Le nombre de services de soins impliqués dans le projet est important. Certains d'entre eux sont délocalisés (Agde).
- Possible résistances des professionnels qui sont induites par le changement et les incertitudes.

Ressources documentaires

Arrêté du 29 juillet 2009 relatif au Diplôme d'Etat Infirmier.

MA. COUDRAY – C.GAY, Le défi des compétences. Comprendre et mettre en œuvre la réforme des études infirmières. 191 pages. Edition Masson-Issy les Molineaux- Juin 2009.

N.GAILLARD-J.KOZLOWSKI. Vers un partenariat formalisé et efficient autour du tutorat de l'étudiant infirmier en stage. Revue Soins cadres. Supplément N°76- Novembre 2010 p10 à 13.

B.PADOVANI-V.MAESTRACCI-F.PILLET. Articuler les compétences du Pôle avec l'apprentissage en alternance. Soins cadres Supplément n°70.

Fiche « Activité du formateur référent de stage »- IFSI - 18/01/2010.

Fiche qualité «Accompagnement pédagogique de l'étudiant autour du stage »- IFSI- 16/08/09



MTMOS@11-12



Résultats attendus	<ul style="list-style-type: none">• Utilisation de la fiche processus par les acteurs qui interviennent auprès des étudiants infirmiers.• Amélioration de la satisfaction des étudiants.
Modalités d'évaluation	<ul style="list-style-type: none">• Retour d'expérience grâce au groupe de travail « encadrement ».• Enquête auprès des étudiants infirmiers selon les mêmes modalités (promotion 2010-2013) pour les stages du semestre 5 (Sept 2012 à Février 2013).• Suivi des indicateurs retenus à la fin de chaque semestre.



MTMOS@11-12



Annexe 5

Matrice SWOT

MATRICE SWOT

FORCES

71,3 % des étudiants interrogés sont tout à fait ou plutôt satisfaits de leurs conditions d'encadrement en stage.

Le projet de soins des Hôpitaux du Bassin de Thau et le projet pédagogique de l'IFSI ont les mêmes orientations.

Il existe une culture d'échange régulier entre IFSI et les terrains de stage des Hôpitaux du Bassin de Thau en particulier grâce au « groupe Encadrement » qui a été mis en place il y a plusieurs années.

Un maître de stage sur deux a été formé au tutorat l'an passé.

Certains maîtres de stage et cadres supérieurs ont exercé par le passé les missions de formateur et connaissent bien le fonctionnement de l'IFSI.

Les tuteurs des services cibles connaissent bien les secteurs dans lesquels ils travaillent (ancienneté supérieure à 2 ans).

La proximité géographique de la majorité des services ciblés par le projet facilite les rencontres.

Affectation d'une nouvelle Directrice à l'IFSI en septembre 2011 qui entraîne une nouvelle dynamique dans l'équipe pédagogique.

Affectation d'un nouveau Directeur des Soins aux hôpitaux du Bassin de Thau en septembre 2011 favorable au développement des échanges entre l'institution et l'IFSI.

OPPORTUNITES

Un partenariat entre 13 IFSI, le Conseil Régional et les Universités de Médecine Montpellier 1, l'Université Paul Valéry Montpellier 3, l'Université de Nîmes et l'université de Perpignan se met en place. Le partage d'expérience et d'informations entre les instituts est facilité.

Le projet de décret portant attribution d'une prime aux infirmiers exerçant les fonctions de tuteur qui est annoncé devait favoriser l'implication des professionnels concernés.

Un comité de suivi de la réforme des IFSI est mis en place à la DGOS (Direction Générale de l'Offre de soins). Il se réunit tous les trimestres et centralise les difficultés rencontrées en région lors de la mise en place de ce nouveau programme de formation. Les comptes rendus des réunions sont des supports de réflexion pour améliorer les conditions de la formation.

L'Agence d'Evaluation de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur met à disposition un référentiel qualité qui permet une autoévaluation à partir des éléments retenus.

Les conditions d'évaluation des agents lors de l'entretien professionnel évoluent (circulaire n° DGOS/RH4/2012 du 12 janvier 2012). L'approche compétence qui est mise en place facilitera la compréhension du port folio.

Une demande d'habilitation aux tutelles va être faite par l'IFSI de Sète afin de mettre en place une « formation au tutorat » pour les infirmiers diplômés d'Etat.

MATRICE SWOT

FAIBLESSES

Les tuteurs ne sont actuellement pas formés pour exercer leurs missions.

Les professionnels de proximité sont peu ou pas informés sur les conditions de mise en place du nouveau programme.

Un livret d'accueil sur deux ne présente pas les situations emblématiques du service au regard des compétences.

La disponibilité des tuteurs et des formateurs référents de stage est limitée.

Il existe une méconnaissance du rôle précis des acteurs qui interviennent auprès de l'étudiant infirmier en stage.

Un travail de fond avec une réflexion autour de ce que la formation par compétence suppose comme changement de pratique d'encadrement ou d'évaluation n'a pas été faite.

Le nombre de services de soins impliqués dans le projet est important (10 unités). Certaines d'entre elles sont délocalisées (Agde)

Possible résistance des professionnels qui sont induites par le changement et les incertitudes.

Probable mobilité de 4 cadres de santé et de tuteurs dans des secteurs différents de ceux qui sont impactés par le projet.

MENACES

L'ARS Languedoc Roussillon est responsable du suivi et de la qualité de la formation. Une démarche qualité doit être instaurée pour justifier l'activité réelle au risque de perdre l'agrément de formation.

La formation au tutorat pour les infirmiers n'est pas homogène au niveau national (durée, contenu). Les infirmiers qui occuperont cette fonction devront avoir les mêmes approches pédagogiques.

Le programme de formation initiale n'est pas stabilisé et des ajustements du référentiel sont attendus.



MTMOS@11-12



Annexe 6

Activités du formateur référent de stage

		T5-C3 GRH
		DOC-006 Version : 0
IFSI IFAS	ACTIVITES DU FORMATEUR REFERENT DE STAGE	MAJ : 21/03/2012

Chaque terrain de stage a un formateur référent identifié.

☛ **Avec le terrain de stage :**

- ❖ il s'informe sur les activités spécifiques du service,
- ❖ il s'assure, chaque année, de l'actualisation de la fiche d'identification du stage (Logifsi) et de la qualité de l'apprentissage proposé à l'étudiant (en lien avec le livret d'accueil et la charte d'encadrement)
- ❖ il est en liaison régulière avec le maître de stage et le tuteur afin de suivre le parcours des étudiants,
- ❖ il peut apporter, à l'équipe, une aide méthodologique à la mise en œuvre d'une pédagogie réflexive, par la participation à l'identification de situations apprenantes,
- ❖ il s'assure du respect des étapes du déroulement du stage (accueil, bilan de mi-stage et évaluation terminale)
- ❖ en cas de problème pendant le stage, une rencontre est organisée entre le tuteur, l'étudiant et le formateur référent du stage

☛ **Avec l'étudiant :**

- ❖ il encadre l'étudiant systématiquement 1 à 2 fois selon la durée du stage
- ❖ il peut intervenir en plus à la demande de l'étudiant, et/ou celle du tuteur de stage, et/ou de sa propre initiative,
- ❖ Il utilise le port folio comme support permettant de développer l'auto évaluation et de mesurer la progression dans l'acquisition des compétences.

L'encadrement pédagogique consiste à : observer l'étudiant en situation réelle auprès d'une personne soignée, à lui faire un retour sur sa pratique et son positionnement professionnel ; à encourager, soutenir et enrichir l'analyse de situations proposées par l'étudiant.

Les modalités pratiques sont :

- ❖ consulter le port folio, repérer le niveau d'acquisition des éléments de la compétence au regard de la progression attendue
- ❖ puis analyser en mesurant les écarts
- ❖ mettre en place avec l'étudiant les modalités de réajustement
- ❖ compte tenu de la situation, une observation sur la mise œuvre de soins et/ou d'un projet de soin sera proposée
- ❖ informer le tuteur ou le maître de stage ou le professionnel de proximité de la stratégie pédagogique
- ❖ renseigner la fiche de suivi pédagogique de l'étudiant (dossier informatisé Logifsi)
- ❖ alerter le référent du suivi pédagogique en cas de problème



MTMOS@11-12



Annexe 7

Accompagnement pédagogique de l'étudiant autour du stage

	ACCOMPAGNEMENT PÉDAGOGIQUE DE L'ETUDIANT AUTOUR DU STAGE	Code : arial 10
		DOC-00X
		Version : 0
		MAJ : 16/08/09

« L'enseignement clinique se définit comme étant le volet de la formation d'infirmier par lequel le candidat infirmier apprend, au sein d'une équipe, en contact direct avec un individu sain ou malade et/ou une collectivité, à organiser, dispenser et évaluer les soins infirmiers globaux requis à partir des connaissances et compétences acquises⁹⁵. »

Avant chaque stage, un temps de préparation est mis en place. Il permet :

- un temps de présentation des structures à partir des fiches d'identification
- un d'accompagnement de l'étudiant pour compléter la fiche « formation » du port folio. Celui-ci élabore et écrit ses objectifs personnels en fonction du terrain de stage, de son niveau d'acquisition et de ses besoins de progression⁹⁶.
- une présentation de la demande institutionnelle du travail à réaliser en stage, si nécessaire.

A l'arrivée et pendant le déroulement du stage

Le premier jour du stage, l'étudiant est accueilli par le tuteur ou le maître de stage qui lui donnent les informations et les éléments de repérage nécessaires à son intégration (présentation de l'unité, de l'équipe, les méthodes de travail, les horaires ...). L'étudiant présente le port folio aux personnes responsables de son encadrement.

L'encadrement en stage est un accompagnement de l'étudiant dans son parcours de professionnalisation afin de l'aider à auto évaluer :

- ses connaissances théoriques,
- ses acquisitions en regard des critères et indicateurs des compétences,
- ses acquisitions gestuelles et techniques,
- son raisonnement clinique
- ses capacités :
 - * à s'organiser,
 - * à transmettre des informations écrites ou orales,
 - * à prendre des décisions,
 - * à faire une présentation claire et concise d'une démarche de soin

Cet encadrement est réalisé :

- par les professionnels de terrain
- par les cadres formateurs (réfèrent pédagogique et réfèrent de stage)

Les modalités d'encadrement peuvent varier d'un service à l'autre. L'étudiant a la responsabilité de demander à faire régulièrement le point sur le déroulement de son apprentissage, et au minimum à mi-stage obligatoirement, ceci afin d'obtenir des informations précises sur ce qui est acquis ou à améliorer et les moyens à mettre en place pour réajuster.

⁹⁵ Directive Européenne sur la reconnaissance des qualifications – JOCE du 30.9.2005

⁹⁶ Ses objectifs personnels doivent rester dans la limite de ses compétences. L'étudiant engage sa responsabilité s'il effectue, seul, un acte non acquis.

Le bilan de fin de stage doit être fait en présence de l'étudiant, par les professionnels ayant encadrés celui-ci. Il porte sur le déroulement global du stage, l'atteinte ou non des objectifs, les acquisitions les points de progression, etc.

L'encadrement pédagogique du formateur consiste :

- à observer l'étudiant en situation réelle auprès d'une personne soignée, à lui faire un retour sur sa pratique et son positionnement professionnel.
- à encourager, soutenir et enrichir l'analyse de situations exposées par l'étudiant.

Le suivi des acquisitions

L'acquisition des compétences en situation et l'acquisition des actes, activités et techniques de soins, se font progressivement au cours de la formation.

Le programme détermine des étapes minima incontournables.

Le port folio est le support de suivi et l'étudiant en est responsable.

Les différentes parties renseignées par l'étudiant et le tuteur tout au long du stage permettent :

- d'aider l'étudiant à cibler ses efforts et à progresser plus vite,
- d'aider le professionnel à adapter son encadrement, à le personnaliser,
- d'aider le cadre formateur référent du suivi pédagogique à accompagner l'étudiant dans sa réflexion sur son niveau d'acquisition et les moyens à mettre en place pour progresser.

Après de stage

L'exploitation du stage

Elle est réalisée par les formateurs permanents et/ou des professionnels, d'une part sous forme d'expression du vécu de l'étudiant, d'autre part lors d'une séance d'analyse réflexive à partir des situations présentées par les étudiants (faire référence aux documents internes décrivant les modalités de ces séances).

L'ESI effectue une analyse de deux situations rencontrées en stage et en retranscrit la synthèse dans le portfolio fiche « analyse des pratiques ».

Le formateur référent du suivi pédagogique

Il est responsable du suivi d'un groupe d'étudiants durant le cursus de formation.

Il recueille les informations sur le déroulement du stage de chaque étudiant, sur ses acquisitions ou difficultés à partir du port folio, de la feuille de bilan de stage, de la feuille de synthèse des acquisitions et des compétences.

Il fait la synthèse individuelle de ces éléments sur la feuille de synthèse des acquisitions et des compétences afin de préparer le passage devant la commission semestrielle d'attribution des ECTS.

Il présente les dossiers du groupe d'étudiant lors de la commission

Il voit en entretien individuel chaque étudiant au moins une fois par semestre.

Celui-ci porte sur la progression de l'étudiant

- Ses acquisitions
- Ses points de difficultés, ses ressources, ses marges de progression
- Ses méthodes de travail

- Son projet professionnel

Le formateur rédige la feuille de passage d'année qui sera validée lors de la commission de suivi des ESI.

Si nécessaire, il participe aux réunions organisées par le référent de pôle avec les encadrants du terrain et l'étudiant en cas de difficultés durant le stage

Il accompagne l'étudiant dans la gestion de son port folio.

Le formateur référent de stage

Il effectue un encadrement pédagogique auprès de l'étudiant (sans effectuer de soins directs)

Il apporte une aide et un soutien au tuteur de stage

Il organise les rencontres avec les encadrants du terrain et l'étudiant en cas de difficultés durant le stage

Documents

Planning de stage = feuille de présence

Fiche de bilan du stage (original à remettre à l'IFSI pour le dossier scolaire)
éventuellement l'ESI garde une copie dans son port folio ?

Fiche acquisition des compétences et actes

Fiche activités et techniques de soins

Support du suivi pédagogique

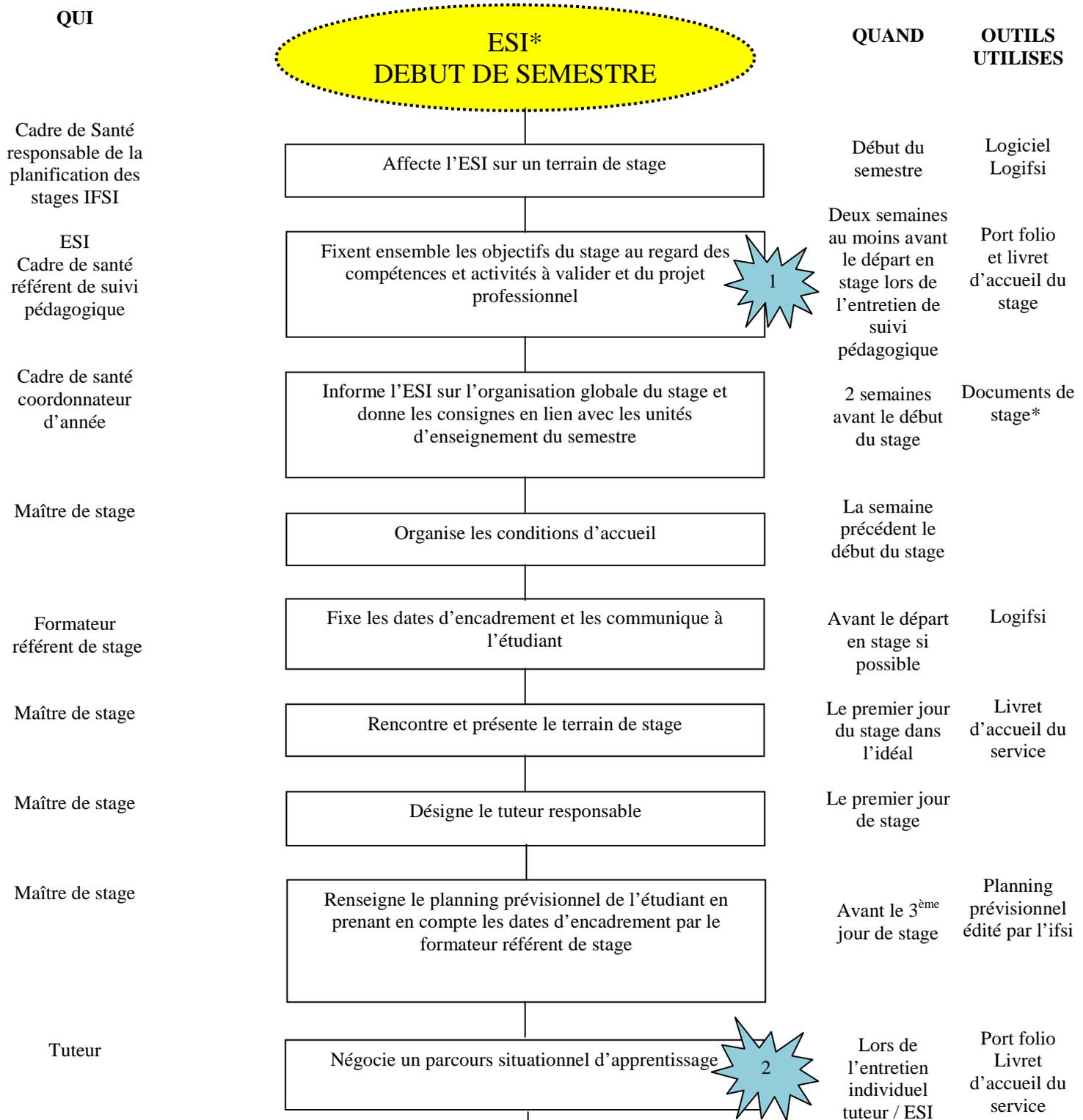


MTMOS@11-12



Annexe 8

Parcours de l'étudiant en Soins Infirmiers en stage

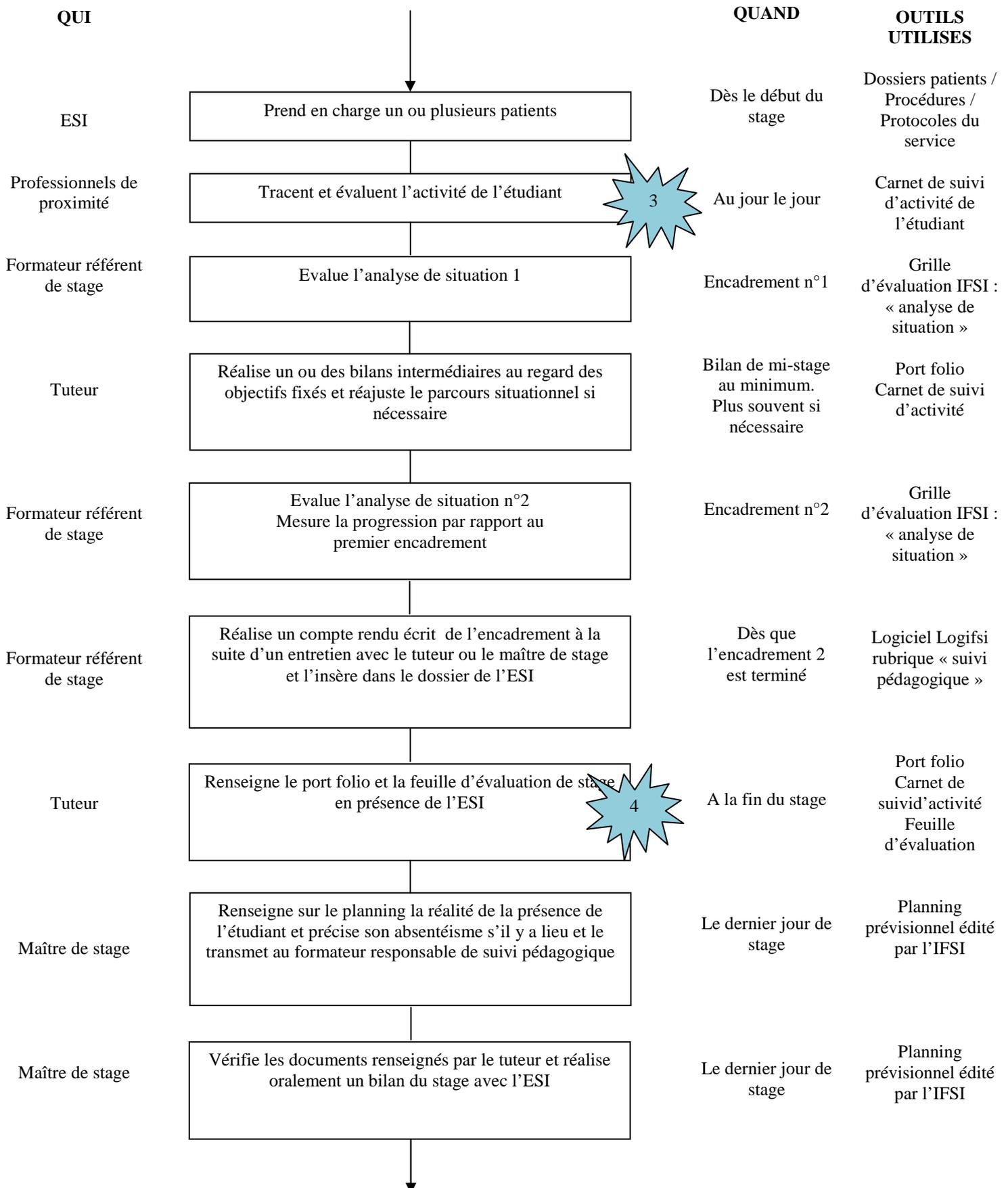


*ESI : étudiant en soins infirmiers
 *Documents de stage : planning prévisionnel, consignes écrites, feuille d'évaluation du stage, codes d'accès système informatique HBT selon les services.

Points critiques 



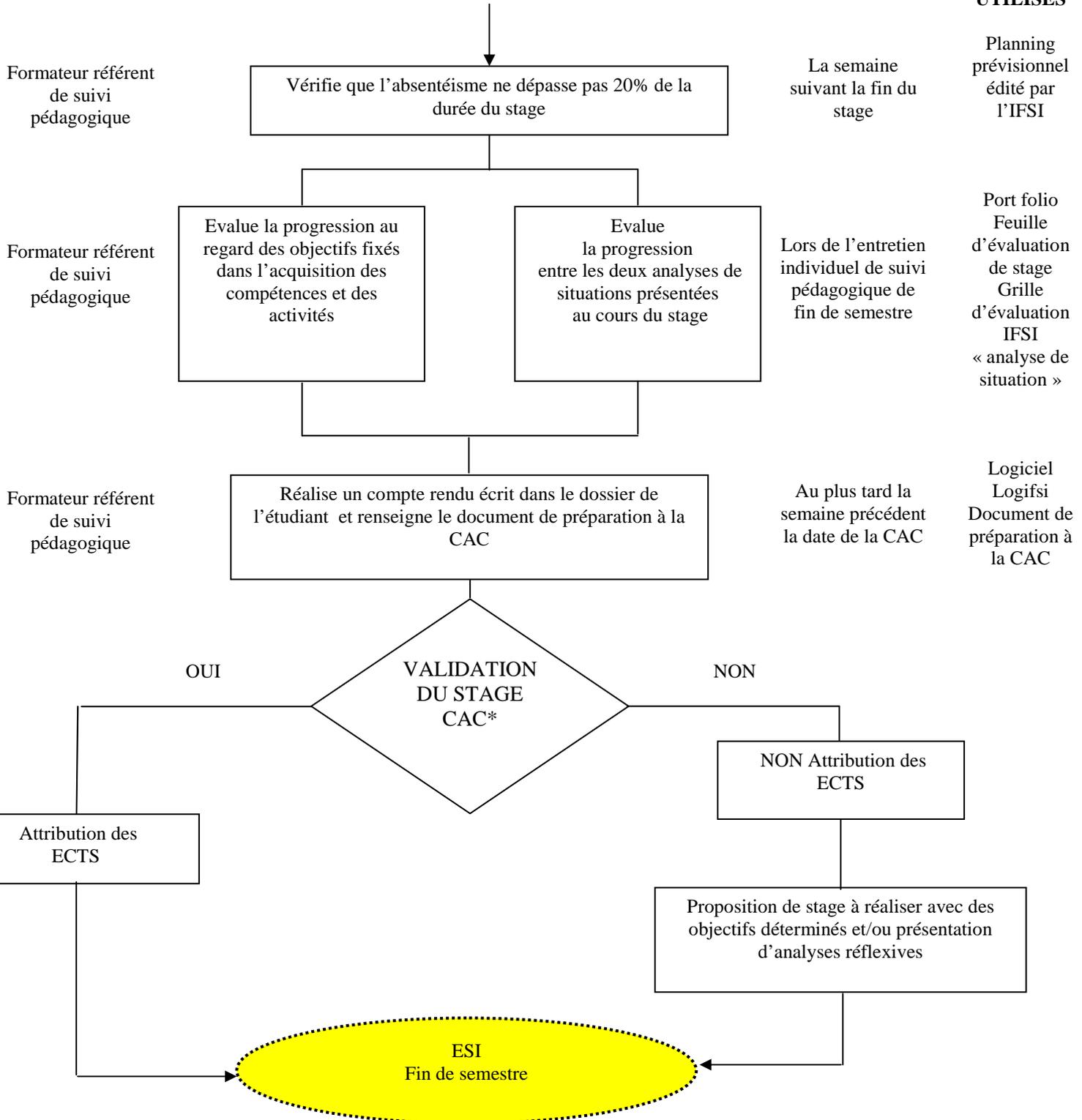
IFSI de SETE – HÔPITAUX DU BASSIN de THAU
PARCOURS DE L'ETUDIANT EN SOINS
INFIRMIERS EN STAGE



QUI

QUAND

**OUTILS
 UTILISES**



CAC : Commission d'attribution des crédits.



MTMOS@11-12



Annexe 9

Questionnaire étudiant



MTMOS@11-12



Annexe 10

Grille d'entretien pour les formateurs référents de stage



**Entretiens
CADRES FORMATEURS
REFERENTS DE STAGE
Nom :**

Projet Encadrement
Etudiants IFSI
Janvier 2012
Groupe de Pilotage

1- Nombre de terrains de stage dont vous êtes référent :

CONDITIONS DE PRISE DE RENDEZ-VOUS

2- Le rendez-vous pour l'encadrement est-il pris avant le départ en stage de l'étudiant ?

Jamais Parfois Souvent Toujours

3- Le rendez-vous est-il fixé en fonction de son planning? (ce qui nécessite un changement d'horaire)

Jamais Parfois Souvent Toujours

CONDITIONS DE REALISATION DE L'ENCADREMENT

4- Quelle est la durée moyenne de l'encadrement?

5- L'entretien est-il mené

- | | | | | |
|----------------------------------|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| - en individuel | <input type="radio"/> Jamais | <input type="radio"/> Parfois | <input type="radio"/> Souvent | <input type="radio"/> Toujours |
| - en présence d'autres étudiants | <input type="radio"/> Jamais | <input type="radio"/> Parfois | <input type="radio"/> Souvent | <input type="radio"/> Toujours |
| - en présence du tuteur | <input type="radio"/> Jamais | <input type="radio"/> Parfois | <input type="radio"/> Souvent | <input type="radio"/> Toujours |

6- Le Lieu de l'entretien :

Bureau du cadre Salle de soins Salle d'attente Couloir Autre
(précisez)

7- Comment procédez-vous pour mener l'encadrement ? (plusieurs réponses possibles)

Utilisation du port folio

Lecture des objectifs de stage

Lecture du bilan ½ stage s'il est réalisé.

Analyse de situation ou de pratique

Réalisation d'un soin.

Présentation d'un projet de soin / présentation argumentée d'une planification de soins.

Autres points abordés pendant l'encadrement ?

8- Comment réalisez-vous le compte rendu de votre rencontre avec l'étudiant? A qui en faites-vous part?

 <p>opitaux du Bassin de Thau</p>	<p>Entretiens CADRES FORMATEURS REFERENTS DE STAGE Nom :</p>	<p>Projet Encadrement Etudiants IFSI Janvier 2012 Groupe de Pilotage</p>
--	--	--

9- Quelles difficultés rencontrez vous lors de vos encadrements ?

10- Que proposeriez-vous pour améliorer les conditions de réalisation de l'encadrement de l'étudiant en stage lors de votre visite ?



MTMOS@11-12



Annexe 11

Grille d'entretien pour les maîtres de stage



Entretiens semi directifs
Maîtres de stage
Service :

Projet Encadrement
Etudiant IFSI
Janvier 2012
Comité de Pilotage

Fonction: Cadre de Santé Faisant Fonction de Cadre de Santé
Ancienneté dans le poste :

Avez-vous bénéficié d'une formation Institutionnelle au tutorat : Oui Non

ORGANISATION GENERALE

Durée de travail journalière pour l'étudiant : Roulement de WE/ nuits : Oui Non

Nombre d'étudiants maximal reçus sur la même période:

Un parcours de formation au sein du Pôle est-il prévu pendant la période de stage?

PREPARATION AU STAGE

L'étudiant a-t-il consulté les documents de présentation de l'unité avant son arrivée :

Jamais Parfois Souvent Toujours

L'étudiant a-t-il préparé des objectifs de stage en lien avec l'acquisition de critères de compétences

Jamais Parfois Souvent Toujours

TUTEURS

Nombre de tuteurs identifiés dans le service :

Ancienneté des tuteurs dans le service :

Ont-ils été volontaires pour exercer cette mission? Tous volontaires Incitation par le Cadre

Une formation au tutorat est-elle prévue en 2012 : Oui Non

Si oui pour combien d'IDE:

Du temps est-il dédié pour l'encadrement des étudiants ?
 Oui Non

Si Oui combien de temps avez-vous prévu :

Vous arrive-t-il d'exercer les missions de Tuteur : Oui Non

LES OUTILS UTILISES

Le livret d'accueil du service est-il disponible ? Oui Non

Comporte-t-il des situations de soins permettant de valider des critères de compétence (offre situationnelle au regard de compétences) ? Oui Non

Comporte-t-il la liste des actes et activités de soins rencontrées dans l'unité
 Oui Non

Comment est tracée l'activité de l'étudiant pendant le stage ?

Transmission orale

Tableau rempli par le professionnel de proximité

Carnet de bord en test (outil proposé par le groupe encadrement).

Autre support.....



**Entretiens semi directifs
Maîtres de stage
Service :**

Projet Encadrement
Etudiant IFSI
Janvier 2012
Comité de Pilotage

ROLE DU FORMATEUR REFERENT DE STAGE

Lors de l'encadrement de l'étudiant, le formateur de l'IFSI rencontre-t-il le tuteur ?
 Jamais Parfois Souvent Toujours

Réalise-t-il une analyse de situation ou une analyse de pratique en sa présence ?
 Jamais Parfois Souvent Toujours

Quelles sont vos attentes par rapport au formateur référent de stage dans votre unité ?

EVALUATION DE L'ETUDIANT

Un entretien avec l'étudiant est-il réalisé à son arrivée pour aborder ses objectifs de stage:
 Parfois Souvent Toujours Par qui?

.....

Un rendez-vous est-il pris dès l'arrivée de l'étudiant pour réaliser un bilan ½ stage :
 Oui Non

Un bilan ½ stage est-il réalisé?
 Parfois Souvent Toujours Par qui?

Le port folio et le rapport de stage sont renseignés par qui?.....

L'évaluation est-elle systématiquement réalisée en présence de l'étudiant?
 Oui Non

6- Quelles difficultés rencontrez-vous dans votre unité pour accompagner les étudiants infirmiers?

7- Que proposeriez-vous comme axe d'amélioration ?



MTMOS@11-12



Annexe 12

Diagramme de Gantt



MTMOS@11-12



Annexe 13

Résultats et synthèse des entretiens avec les maîtres de stage

RESULTATS ET SYNTHESE DES ENTRETIENS AVEC LES MAITRES DE STAGE

Population ciblée :

Les maîtres de stage des 10 services de soins concernés par l'étude.

Modalité de réalisation des enquêtes :

Entretiens semi directifs menés par le chef de projet ou un cadre du groupe de pilotage.

Modalité de traitement des données :

Retranscription des données recueillies sur fichier Excel pour analyse.

Profil des maîtres de stage :

Fonction	ancienneté dans le poste	Formation tutorat	Service
FF CDS	18 mois	oui	Réa
CDS	7 ans	non	médecine C
CDS	2 ans	oui	Urgences
CDS	6 ans	non	Médecine A
CDS	2,5 ans	oui	Médecine B
FF CDS	6 mois	non	Médecine Agde
CDS	24 mois	Non	Bloc opératoire
CDS	10 ans	Oui	Chir Poly
CDS	8 ans	Oui	Chir Ortho
IDE coordinatrice	3 mois	non	Médecine Jour

Commentaires:

70% des maîtres de stage sont des cadres de santé.

Ancienneté moyenne dans le poste 6,7 années. Ancienneté la plus faible 2 ans à l'exception de l'hôpital de jour.

Les trois maîtres de stage non diplômés cadre ont peu d'ancienneté dans leur secteur.

1 maître de stage sur deux est formé au tutorat.

PREPARATION EN STAGE

Nombre de stagiaires maximal par période de stage sur les terrains

	Programme 2009	Programme 1992
Réanimation	2	2
Urgences	4	3
Bloc opératoire	2	2
Chir Ortho	3	4
Chir Poly	2	4
Médecine C	5	5
Médecine Agde	3	3
Médecine jour	3	3
Médecine A	4	4
Médecine B	3	3
Total	31	33

Commentaire :

Nombre de stagiaires reçus quasiment identique par rapport à l'ancien programme contrairement à la tendance rapportée au niveau national.

Un parcours de formation au sein du Pôle est-il prévu pendant le stage ?

Réanimation	NON
Urgences	OUI
Bloc opératoire	NON
Médecine A	OUI
Médecine B	NON
Médecine C	OUI
Médecine Agde	NON
Médecine jour	OUI
Chir Ortho.	NON
Chir Poly.	OUI

Commentaires :

En fonction des critères de compétence à acquérir pour l'étudiant et/ou des actes et activités à réaliser, un parcours de stage au sein du pôle est proposé dans 5 services sur les 10. Si cela est le cas, le parcours patient est un guide pour orienter l'étudiant et comprendre les différentes étapes de la prise en charge.

L'étudiant a-t-il consulté les documents de présentation de l'unité avant son arrivée ?

Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
2	4	2	2

L'étudiant a-t-il préparé des objectifs de stage en lien avec l'acquisition de critères de compétences ?

Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
1	8	1	0

Commentaires :

Le livret de d'accueil n'est pas toujours consulté par l'étudiant alors qu'il est pointé comme un outil indispensable à la préparation du stage. La formalisation des objectifs de stage en lien avec l'acquisition de critères de compétences n'est pas systématique alors que l'équipe pédagogique insiste à l'IFSI sur la validation des objectifs par le cadre référent de suivi pédagogique avant le départ en stage.

TUTEURS :

Services	Ancienneté dans le service	Volontariat à exercer la mission ?	Temps accordé pour exercer la mission ?	Le CDS peut il être tuteur ?	Nombre de Tuteurs	Formation prévue 2012
Réanimation	4 ans	volontaires	1h/15jours	oui	4	oui
Urgences	2 à 10 ans	volontaires	non	non	6	non
Bloc opératoire	Sup 10 ans	volontaires	non	oui	2	oui
Médecine A	2 ans et plus	incitation	non	oui	4	oui
Médecine B	3 à 5 ans	Incitation	oui non chiffré	oui	3	non
Médecine C	3 à 4 ans	Volontaires	1 jour /stage	non	5	oui
Médecine Agde	6 mois	Volontaire	1 jour/stage	oui	1 le F.F	non
Médecine jour	4 ans	incitation	non	non	1	non
Chir Poly	15 ans/6 ans	incitation	non	non	2	non
Chir Ortho	Sup à 5 ans	Incitation	non	non	3	non

Commentaires :

Aucun tuteur infirmier n'est à ce jour formé au tutorat. C'est probablement la raison pour laquelle dans un service sur 2, le maître de stage peut aussi exercer cette mission de tuteur. Sauf pour le service de Médecine Agde, les tuteurs connaissent bien le service dans lequel ils travaillent puisque l'ancienneté est supérieure à deux ans. Dans un service sur 2, les tuteurs ont été volontaires. Pour le reste des services, ils ont accepté cette mission après incitation du cadre de santé. Dans la majorité des services (6/10) il n'a pas été possible de dégager du temps pour exercer cette fonction. Une formation institutionnelle au tutorat est prévue en 2012 pour 15 agents des hôpitaux du Bassin de Thau. La liste des participants n'est pas arrêtée à ce jour 6 services sur 10 pourraient bénéficier de ce plan de formation.

OUTILS UTILISES EN STAGE

Le livret d'accueil est-il disponible ?

Oui	Non
9	1

Comporte-t-il des situations de soins permettant de valider des critères de compétence (offre situationnelle au regard de compétences)?

Oui	Non
5	5

Comporte-t-il la liste des actes et activités de soins rencontrées dans l'unité ?

Oui	Non
10	0

Comment est tracée l'activité de l'étudiant pendant le stage ?

Transmissions orales	5
Tableau	6
Carnet de bord en test	3
Autres	Transmissions écrites libres, fiches de suivi, journal tenu par l'étudiant. Transmission/ tuteur à l'oral.

Commentaires :

Les livrets d'accueils sont dans 9 services sur 10 disponibles. Les actes et activités rencontrés sur les lieux de stage sont retrouvés. Un travail sur la présentation des situations emblématiques du service au regard des compétences est en cours (groupe encadrement). L'activité quotidienne de l'étudiant est rapportée par les professionnels de proximité sur deux outils : en médecine un tableau récapitulatif. Pour les pôles d'urgence et de chirurgie bloc réa, un carnet de bord est en test. Le mode de transmission des informations au tuteur ou au maître de stage reste l'oralité.

ROLE DU CADRE FORMATEUR REFERENT DE STAGE

Lors de l'encadrement, le formateur rencontre-t-il le tuteur ?

Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
3	7	0	0

Réalise-t-il une analyse de situation ou une analyse de pratique en sa présence ?

Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
5	5	0	0

Quelles sont vos attentes par rapport au cadre formateur référent de stage dans votre unité ?

Urgences	Former les tuteurs
Réanimation	Accompagner les tuteurs/aide pour l'utilisation des outils/participation avec le tuteur à des temps pédagogiques.
Médecine C	Rencontre avec les tuteurs et les maîtres de stage, travail sur les objectifs de stage entrée compétence
Médecine A	Rencontre avec le tuteur pour définir des pistes de progression dans le parcours de l'étudiant
Médecine Agde	Former les tuteurs, réaliser des évaluations lors de soins cliniques
Médecine B	Favoriser les échanges entre le formateur cadre référent de stage et le terrain pour optimiser la prise en charge de l'ESI
Médecine Jour	Réaliser des évaluations lors de soins cliniques (comme les anciennes MSP)
Chir ortho.	Informers les tuteurs et les professionnels de proximité
Chir poly.	Anticiper la rencontre tuteur étudiant référent de stage pour pouvoir prévoir remplacement du tuteur dans l'équipe de soins
Bloc	Informers les tuteurs sur les exigences de l'encadrement

EVALUATION DE L'ETUDIANT

Un entretien avec l'étudiant est réalisé à son arrivée pour aborder ses objectifs de stage ?

Parfois	toujours
0	10

Par qui ?

Cadre de santé : 6
Cadre de santé +tuteur : 4

Un rendez-vous est-il pris dès l'arrivée de l'étudiant pour réaliser un bilan de mi-stage ?

Oui	Non
3	7

Un bilan de mi-stage est-il réalisé ?

Parfois	Souvent	Toujours
	3	7

Par qui ?

Tuteur	2
Cadre de santé	2
Tuteur et cadre de santé	1

Le port folio et le rapport de stage sont renseignés par qui ?
(plusieurs réponses possibles)

Maître de stage	4
Tuteur	9
Etudiant	1
Professionnel de proximité	2

L'évaluation est réalisée systématiquement en présence de l'étudiant ?

OUI	NON
6	4

Commentaires :

L'accueil de l'étudiant est organisé. Le Maître de stage rencontre systématiquement l'étudiant pour lui présenter le service et réaliser son planning de travail. Le tuteur peut participer à cet entretien s'il travaille ce jour-là. Le bilan de mi-stage est fait de manière générale (7 services sur 10) par le tuteur qui a suivi l'activité quotidienne de l'étudiant. La date de réalisation de ce bilan n'est pas décidée au début du stage. Ce bilan peut être réalisé dans la dernière partie du stage ce qui laisse moins de temps à l'étudiant pour adapter son comportement aux remarques formulées.

Quelles difficultés rencontrez-vous dans votre unité pour accompagner les étudiants infirmiers ?

Urgences	Temps pour rencontrer l'étudiant limité pour le tuteur.
Réanimation	Evaluer des compétences et non des actes de soins / utilisation des supports d'évaluation / identifier les rôles de chacun.
Médecine C	Tuteurs non formés /Utilisation des supports d'évaluation.
Médecine A	Manque de temps pour le tuteur pour exercer sa mission.
Médecine Agde	Utilisation des outils /manque de temps pour encadrer les étudiants /absence de tuteurs formés.
Médecine B	Manque de temps. Difficulté de détacher le tuteur afin de faire des bilans, des évaluations. Souvent réalisé par le CDS.
Médecine Jour	Difficulté à utiliser le port folio / les étudiants doivent être suivis "on ne peut pas les laisser seuls".
Chir ortho.	Identifier les rôles des acteurs participant à la formation / effectif IDE variable suivi de l'accompagnement n'est pas régulier.
Chir poly.	Manque de temps dédié au tutorat.
Bloc	Identifier les rôles des acteurs participant à la formation /difficulté à faire le lien entre acquisition des compétences et situations de soins.

Que proposeriez vous comme axe d'amélioration ?

Urgences	Former au tutorat / organiser temps de rencontre tuteur formateur référent de stage.
Réanimation	Former au tutorat / échanges avec IFSI / formation commune formateur IFSI, maître de stage et tuteur.
Médecine C	Former au tutorat/meilleure connaissance des compétences.
Médecine A	Liens renforcés avec l'IFSI.
Médecine Agde	Formation au tutorat / rencontre régulière formateur référent de stage et tuteurs.
Médecine B	Former au tutorat / Connaître de façon concrète le rôle et le champs d'intervention des tuteurs.
Médecine Jour	Formation au tutorat.
Chir ortho.	Etablir des points de repère au niveau du cursus des étudiants et cibler les compétences accessibles.
Chir poly.	Pouvoir donner du temps pour le tutorat / rencontre tuteur formateur et étudiant régulière.
Bloc	Former au tutorat / liens renforcés entre IFSI et terrains de stage.

Commentaires :

Les difficultés rapportées spontanément par les maîtres de stage dans l'accompagnement des étudiants infirmiers sont :

- le manque de temps (5 Maîtres de stage sur 10),
- la difficulté à utiliser les supports proposés (3 Maîtres de stage sur 10),
- le fait que les tuteurs ne soient pas formés (3 Maître de stage sur 10),
- la difficulté à faire le distinguo entre activité de soins et compétence (2 Maîtres de stage sur 10).

Les axes de progressions proposés sont logiquement en lien avec ces difficultés :

- la formation au tutorat des professionnels exerçant déjà cette mission (7 Maîtres de stage sur 10).
- favoriser les échanges avec l'IFSI notamment avec le formateur référent de stage (6 Maîtres de stage sur 10).



MTMOS@11-12



Annexe 14

Résultats et synthèse des questionnaires étudiants

RESULTATS ET SYNTHESE DES QUESTIONNAIRES ETUDIANTS

Population ciblée :

Etudiants de troisième année ayant réalisé au Semestre 5 leur stage dans l'un des 10 services concernés par l'étude (15 étudiants).

Modalité de distribution des questionnaires :

Questionnaire anonyme remis en main propre aux étudiants avant leur départ en stage du semestre 6 (17 février 2012) avec consigne de le renseigner avant le 7 mars 2012.

Taux de retour :

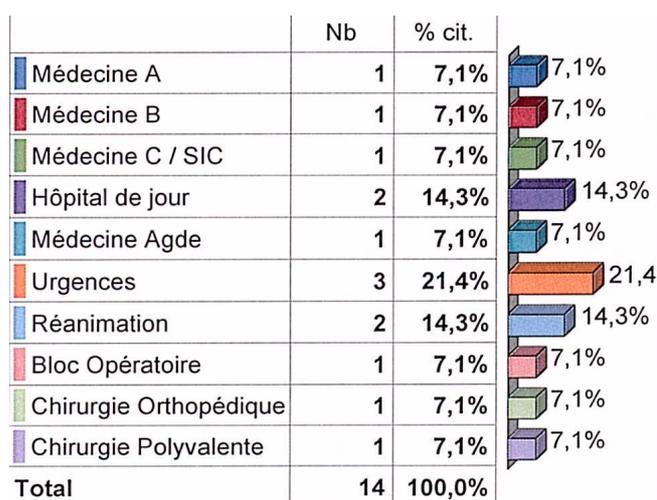
14 étudiants sur 15 ont répondu dans les temps soit 93%.

Modalité de traitement des données :

Utilisation du logiciel d'enquête Sphinx avec la collaboration de la délégation qualité de l'établissement.

Question 1 :

Lieu de réalisation du stage :

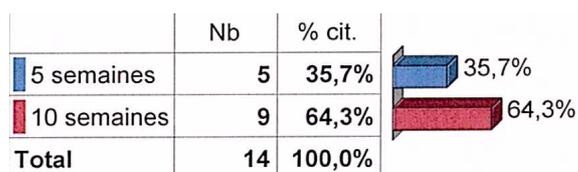


7 terrains de stage sur les 10 n'accueillent qu'un seul étudiant.

Le service des urgences a la possibilité d'accueil davantage d'étudiants (roulement de nuit et de week-end possible).

Question 2 :

Durée du stage :

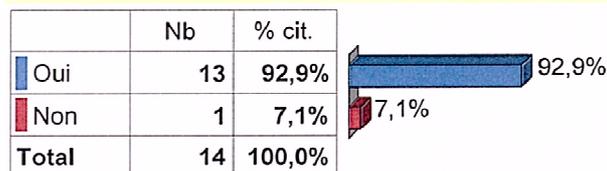


La durée privilégiée pour le stage reste longue (10 semaines) comme le prévoit le référentiel de formation.

PREPARATION AU STAGE :

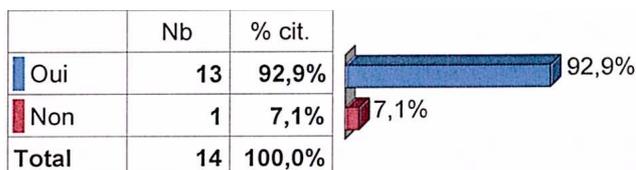
Question 3

Des documents de présentation du service étaient présents à l'IFSI ?



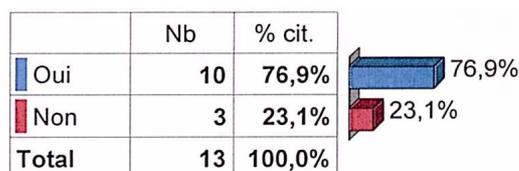
Question 4 :

Vous en avez pris connaissance ?



Question 5

Si Oui, vous ont-ils aidé à fixer vos objectifs de stage ?



Question 6

Quels points souhaiteriez-vous voir améliorer pour la préparation en stage ?

Avoir plus de précisions sur le rôle infirmier en réa.

Observation et réflexion des objectifs avec le maître de stage.

Un livret d'accueil à jour.

Présentation du service afin de diriger l'élève sur son organisation de travail et de soins par rapport à ses stages antérieurs.

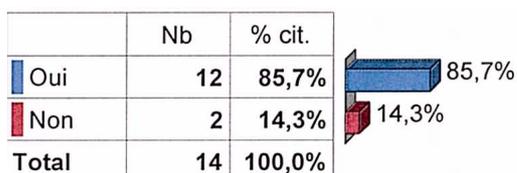
Commentaires sur la préparation en stage :

La quasi-totalité des stages possèdent des livrets d'accueil qui sont consultés par les étudiants. Ils sont pour eux une ressource d'information afin de fixer les objectifs de stage individuels.

ACCUEIL ET ACCOMPAGNEMENT PAR LE MAITRE DE STAGE :

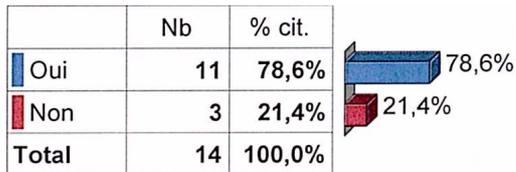
Question 7 :

A votre arrivée dans l'unité, vous étiez attendu(e) ?



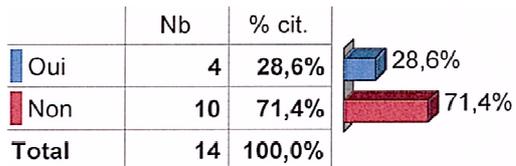
Question 8 :

Vous avez bénéficié d'un entretien d'accueil avec le maître de stage :



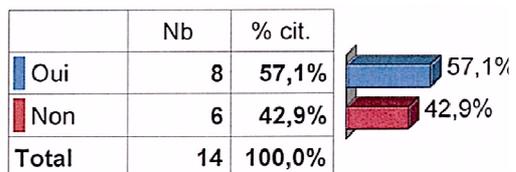
Question 9 :

Le livret d'accueil vous a été commenté ?



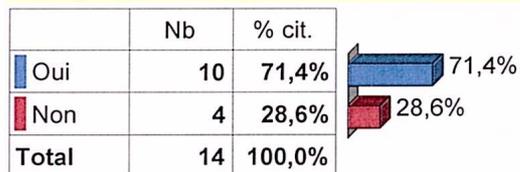
Question 10 :

Le tuteur vous a été présenté ?



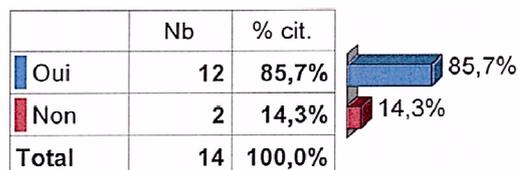
Question 11 :

Votre planning journalier prévisionnel a été négocié ?



Question 12 :

L'organisation des soins et le fonctionnement du service vous ont été explicités ?



Question n°13 :

Quels points souhaiteriez vous voir améliorer sur l'accueil en stage et l'accompagnement par le maître de stage ?

De ne pas être suivi par une seule infirmière mais pouvoir profiter de l'expérience de plusieurs professionnels.

Les différents bilans intermédiaires réalisés étaient appréciables.

Présentation et choix du tuteur pour le maître de stage. Nous avons dû le relancer plusieurs fois.

Que le maître de stage informe son équipe de notre venue.

Je pense que l'accueil est toujours trop léger en équipe. On dit ce que l'on attend du stage (objectifs) mais les tuteurs ne formulent pas toujours clairement ce que eux attendent de nous.

Déjà que le maître de stage soit présent lors de l'arrivée de l'étudiant, qu'il prenne le temps de se présenter et de présenter la structure.

Prévoir une rencontre dès le début du stage avec le tuteur et le maître de stage.

Que le maître de stage implique plus les tuteurs qu'il désigne, qu'il les forme et s'assure du déroulement du stage afin de rectifier quand cela ne va pas.

Il faudrait que le maître de stage consulte bien les tuteurs afin de bien recueillir leur désir d'encadrer les EIDE.

Positionner les infirmières qui désirent vraiment encadrer un élève.

Commentaires sur l'accueil et l'accompagnement par le maître de stage :

Les étudiants lorsqu'ils arrivent en stage sont attendus. Ils bénéficient d'un entretien d'accueil. Le tuteur ne participe pas toujours à cet entretien (42,9%) et le livret d'accueil est peu utilisé (71,4%) alors qu'il pourrait être un support pour guider la rencontre.

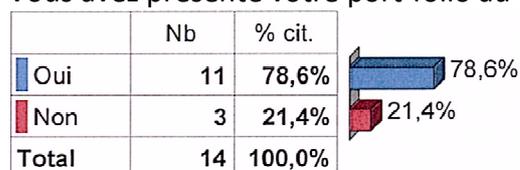
Le maître de stage réalise le planning prévisionnel de travail dès l'arrivée et explique l'organisation globale du service.

Les points attendus ou à améliorer déclinés par les étudiants : échanger sur les objectifs avec le maître de stage. Un étudiant précise que le livret d'accueil n'a pas été actualisé depuis la mise en place du nouveau programme.

ACCOMPAGNEMENT PAR LE TUTEUR :

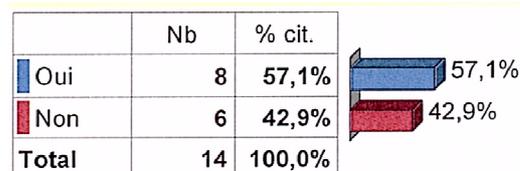
Question 14 :

Vous avez présenté votre port-folio au tuteur ?



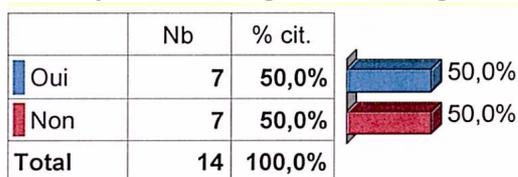
Question 15 :

Vos acquis théoriques et pratiques ont été pris en considération ?



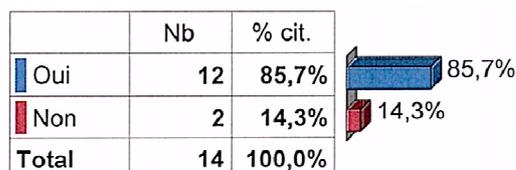
Question 16 :

Vos objectifs de stage ont été négociés avec le tuteur ?



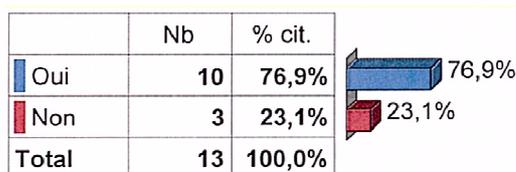
Question 17

Vous avez bénéficié d'un bilan de mi-stage ?



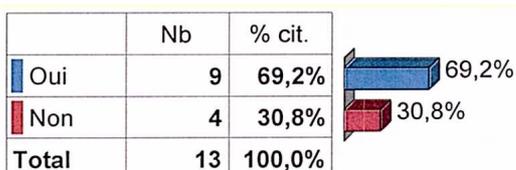
Question 18 :

Si oui, ce bilan vous a permis de déterminer vos points forts ?



Question 19

Si oui, ce bilan vous a permis d'identifier vos insuffisances au regard des objectifs fixés ?



Question 20 :

Quels points souhaiteriez-vous voir améliorer sur les conditions d'encadrement par le tuteur ?

Ce n'est pas une amélioration, mais avec ma tutrice on a fait plusieurs points pendant la durée du stage ce qui est bénéfique pour l'encadrement.

Le tuteur étant le cadre de santé, elle n'était pas présente lors de la réalisation des actes ce qui est dommageable pour l'évaluation.

Arrêt des aprioris sur le nouveau programme qui implicitement peuvent fausser le regard sur les étudiants et le jugement.

Difficulté à établir une relation avec un tuteur. Je ne l'ai quasiment pas vu donc je souhaite un meilleur suivi et plus d'implication de sa part.

Que les tuteurs prennent du temps avant la fin du stage pour nous rencontrer afin de remplir avec nous le portfolio. Dans ce stage ça n'a pas été fait.

De la disponibilité et de la motivation pour sa fonction de tuteur.

Désigner des tuteurs compétents, impliqués et désireux de transmettre.

Que le tuteur s'adapte à l'étudiant par rapport à son parcours de stage.

Commentaires sur l'accompagnement sur le tuteur :

Le port folio est l'outil privilégié utilisé par le tuteur.

Pour 3 étudiants sur les 14 interrogés le port folio n'a pas été présenté au tuteur. Dans plus de 42% des cas les acquis théoriques et pratiques des stages antérieurs ne sont pas pris en considération. Il semble difficile dans ces conditions de mettre en place un parcours individualisé dans l'unité.

Les objectifs de stage qui sont validés par le cadre de suivi pédagogique avant le stage sont renégociés avec le tuteur dans un cas sur deux.

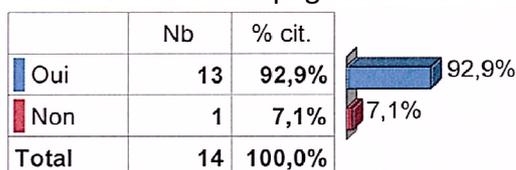
Les bilans de mi-stage n'ont pas été faits systématiquement. S'il est réalisé, ce bilan de mi-stage permet de pointer les points forts et axes d'amélioration à travailler avant la fin de la période.

3 étudiants interrogés précisent que les **tuteurs n'étaient pas impliqués ou n'avaient pas le "désir" d'assumer ces missions.**

ACCOMPAGNEMENT PAR LE PROFESSIONNEL DE PROXIMITÉ

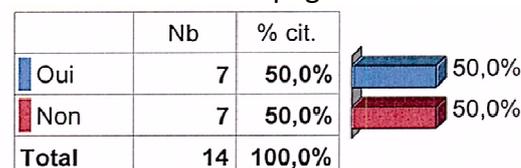
Question 21 :

Vous avez été accompagné dans la réalisation des soins techniques ?



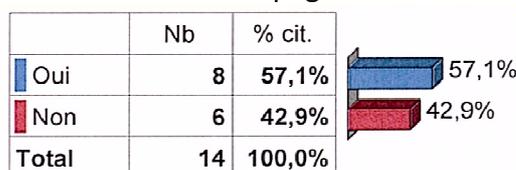
Question 22 :

Vous avez été accompagné dans la réalisation des soins relationnels ?



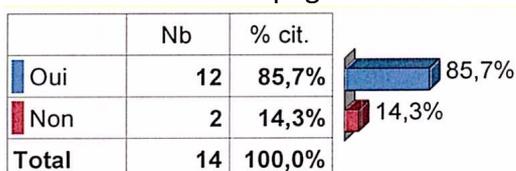
Question 23 :

Vous avez été accompagné dans la réalisation de soins éducatifs ?



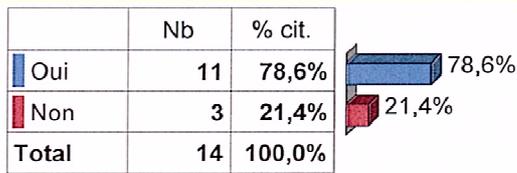
Question 24

Vous avez été accompagné lors de calculs de doses et de débit ?

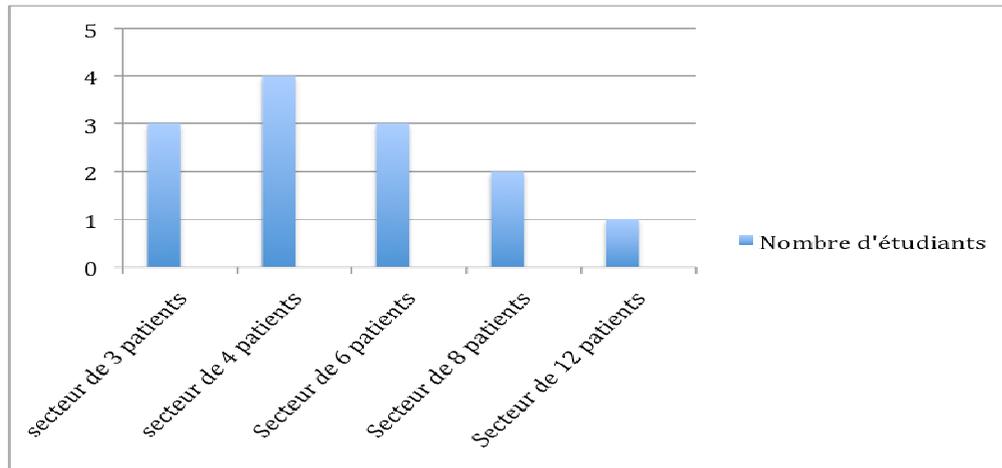


Question 25

Vous avez pris en charge un secteur de patients ?

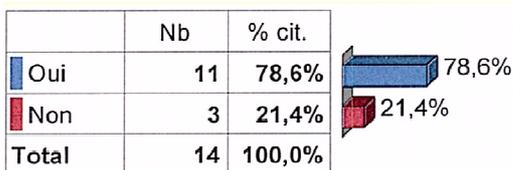


Si oui, nombre de patients pris en charge dans ce secteur :



Question 27 :

Les soins que vous avez réalisés ont été tracés pour rendre compte de votre activité au tuteur ?



Question 28 :

Si oui, précisez le support :

Un cahier de compétence réalisé par le service mais je n'ai pas utilisé correctement, ce qui a été une erreur car c'est un outil pertinent.

Support construit par l'équipe pour la salle de soins post-interventionnelle.

Carnet dans ma poche à mon initiative.

Un cahier personnel.

Par informatique dans le dossier de soins.

Carnet de l'étudiant réalisé par le service.

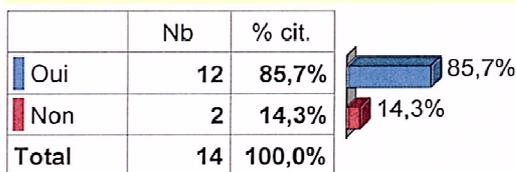
Suivi des actes mis en place dans le service sous forme de tableau.

Feuille distribuée par le cadre (tableau des actes réalisés dans le service, axes d'améliorations, acquis).

Tableau à remplir (situation, compétence mobilisée, commentaire, signature).

Question 29 :

Les soins que vous avez réalisés ont été évalués par le professionnel de proximité ?



Question 30 :

Quels points souhaiteriez vous voir améliorer sur l'encadrement par le professionnel de proximité ?

Que l'on ne mette pas tout le temps en cause le nouveau programme de formation.

Le support sur lequel s'appuie l'évaluation devrait être plus complet afin que le maître de stage puisse évaluer tous les actes au plus près.

Arrêt des aprioris sur le nouveau programme.

Prendre le temps de remonter ou réexpliquer quand on en ressent le besoin.

La présence du professionnel aux urgences est quasi inexistante du fait du trop plein de travail. Les encadrements sont inexistant (à part en UHCD).

Qu'ils regardent notre portfolio pour avoir une idée de notre niveau et pour connaître notre parcours de stage.

Commentaires sur l'encadrement par le professionnel de proximité :

Les étudiants de troisième année sont prioritairement accompagnés par les IDE sur les soins techniques et les calculs de dose. Par contre, en ce qui concerne les soins relationnels ou les soins éducatifs, les infirmiers ne sont pas toujours présents (dans un cas sur 2 ils sont absents pour les soins relationnels).

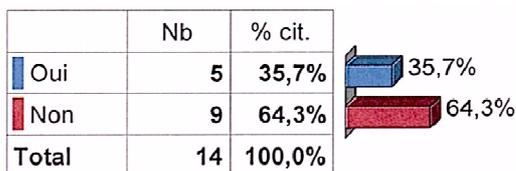
Les supports utilisés pour tracer l'activité quotidienne de l'étudiant sont variés : tableau, carnet personnel de l'étudiant, livret d'activité en test. Si le soin réalisé par l'étudiant n'est pas toujours tracé, il n'est pas non plus toujours évalué par un professionnel diplômé (dans 14% des cas).

Autre enseignement : tous les étudiants de troisième année ne prennent pas en charge un secteur de patients. Si c'est le cas le nombre de patients est majoritairement inférieur à 10 patients. Même si on le comprend, le nombre de patients pris en charge par un étudiant est limité dans les secteurs d'urgence, de réanimation ou de bloc, on peut penser que le chiffre global est inférieur à ce qui était attendu pour les étudiants au même niveau de formation dans l'ancien programme.

ACCOMPAGNEMENT PAR LE CADRE FORMATEUR REFERENT DE STAGE

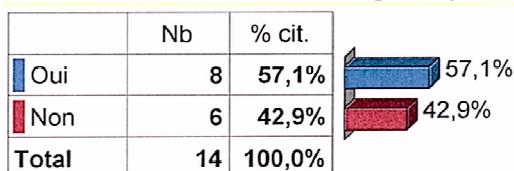
Question n°31

Lors de l'encadrement votre tuteur a rencontré le cadre formateur référent de stage?



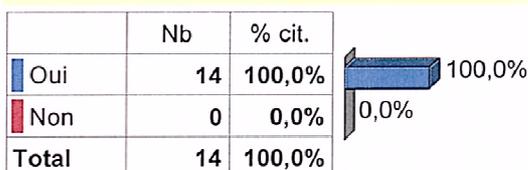
Question n°32 :

Lors de l'encadrement en stage, le portfolio a été utilisé ?



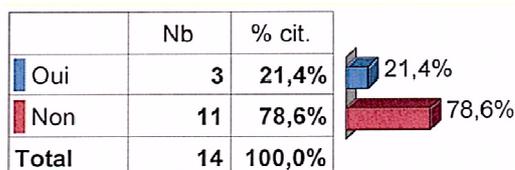
Question n°33 :

Lors de l'encadrement en stage, vous avez réalisé une analyse de situation ou de pratique ?



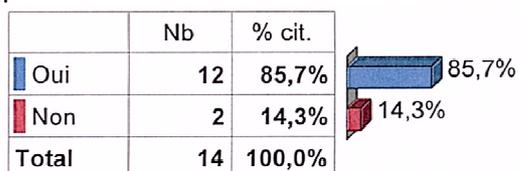
Question n°34 :

Lors de l'encadrement, vous avez réalisé un soin auprès d'un patient en présence du formateur ?



Question n°35 :

Lors de votre encadrement, vous avez réalisé une présentation argumentée de votre planification de soins ?



Question n°36 :

Quel point souhaiteriez-vous voir améliorer sur les modalités d'encadrement par le cadre de santé référent de stage ?

Ce n'est pas une amélioration mais je pense que la présence du tuteur est bien pour avoir un aperçu plus clair de la situation vécue et avoir plus de précisions sur la qualité du stage. De plus, il peut se renseigner sur ce qu'est une analyse de situation.

Rencontre avec le tuteur plus fréquente pour réexpliquer les modalités de l'encadrement.

J'aurais aimé me faire encadrer sur un soin par le formateur.

Meilleur entraînement sur la présentation à l'oral de la planification des soins et des problèmes de santé.

Aucune modification, rien à signaler, encadrement parfait, écoute, partage, échange, points à approfondir... tous les éléments étaient présents.

Commentaires sur l'encadrement en stage en par la cadre formateur référent de stage :

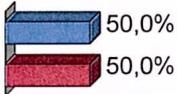
Les conditions de réalisation des encadrements pour le semestre ont été assez uniformes. L'analyse de situation est systématique. La réalisation des soins en présence du formateur reste à développer (le chiffre de 21% est à analyser en prenant en compte le fait que la réalisation de soins lors de l'encadrement peut aussi se faire sur l'autre partie de stage de S5 pour les stages coupés en deux parties sur deux terrains).

L'EVALUATION

Question n°37 :

La feuille d'évaluation de stage a été renseignée en votre présence ?

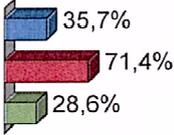
	Nb	% cit.
Oui	7	50,0%
Non	7	50,0%
Total	14	100,0%



Question n°38 :

Elle a été remplie par :

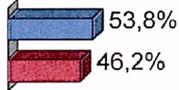
	Nb	% obs.
Le cadre de santé	5	35,7%
Le tuteur	10	71,4%
Autre (précisez)	4	28,6%
Total	14	



Question n°39 :

Les objectifs de stage ont servi de support à cette évaluation ?

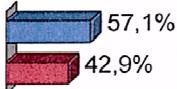
	Nb	% cit.
Oui	7	53,8%
Non	6	46,2%
Total	13	100,0%



Question n°40 :

Vous avez été sollicité(e) pour réaliser votre auto-évaluation ?

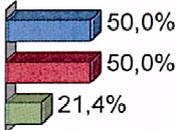
	Nb	% cit.
Oui	8	57,1%
Non	6	42,9%
Total	14	100,0%



Question n°41 :

Votre évaluation de fin de stage a été argumentée par ?

	Nb	% obs.
Le cadre de santé	7	50,0%
Le tuteur	7	50,0%
Autre (précisez)	3	21,4%
Total	14	



Réponses autres : 2 étudiants précisent « un infirmier du service »
1 étudiant : évaluation non argumentée.

Commentaires sur l'évaluation :

L'évaluation n'est réalisée en présence de l'étudiant que dans **50% des cas**.

L'auto évaluation de l'étudiant est à favoriser puisqu'elle n'est pas faite dans 6 cas sur 14.

Les objectifs de stage devraient servir à l'évaluation cela n'est pas le cas pour 46,2% des étudiants.

L'argumentation du rapport de stage se fait par le cadre de santé dans un cas sur deux.

SATISFACTION GENERALE PAR RAPPORT AU STAGE DU SEMESTRE 5

Question n° 43 :

Niveau de satisfaction :

	Nombre d'étudiants	% cit.
Tout à fait satisfait	6	42,80%
Plutôt satisfait	4	28,50%
Peu satisfait	3	21,50%
Pas du tout satisfait	1	7,20%
Total	14	100%

Commentaires :

10 étudiants sur 14 sont tout à fait ou plutôt satisfaits (71,3%).

4 étudiants sur 14 sont peu ou pas du tout satisfaits (28,7%).



MTMOS@11-12



Annexe 15

Résultats et synthèse des entretiens avec les formateurs référents de stage

RESULTATS ET SYNTHESE DES ENTRETIENS AVEC LES FORMATEURS REFERENTS DE STAGE

Population ciblée :

Les 5 cadres de santé formateurs référents de stage des 10 services de soins concernés par l'étude.

Modalité de réalisation des enquêtes :

Entretiens semi directifs menés par le chef de projet.

Le chef de projet qui est aussi référent de stage a aussi donné des informations sur sa pratique.

Modalité de traitement des données :

Retranscription des données recueillies sur fichier Excel pour analyse.

Question n°1

Nombre de terrains de stage dont vous êtes référent ?

AM	11
KB	8
AS	16
SG	5
NC	15

CONDITIONS DE PRISE DE RENDEZ VOUS

Question°2 :

Le rendez-vous pour l'encadrement est-il pris avant le départ en stage de l'étudiant ?

Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
1		1	3

Question n° 3 :

Le rendez-vous est-il fixé en fonction de son planning ? (Ce qui nécessite un changement d'horaire).

Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
3	1		1

Commentaire :

IL n'existe pas d'uniformité dans l'équipe pédagogique sur les modalités de prise de rendez vous pour les étudiants. Certains formateurs attendent d'avoir les plannings, d'autres sont obligés au regard des contraintes de distance de regrouper les encadrements sur les mêmes 1/2 journées d'où la nécessité d'adapter le planning de travail de l'étudiant aux disponibilités du formateur. Sur une même période, plusieurs promotions sont en stage au même moment.

CONDITIONS DE REALISATION DE L'ENCADREMENT

Question n°4 :

Quelle est la durée moyenne de l'encadrement ?

AM	1h30 à 2h
KB	2h30 à 3h
AS	1h à 1h30
SG	2h à 2H30
NC	2h

Commentaires :

La durée de l'encadrement pour les étudiants d'un même semestre peut aller du simple au double. Grande variabilité en fonction du niveau de l'étudiant.

Question n°5 :

L'entretien est-il mené ?

*en individuel

Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
0	4	1	0

*en présence d'autres étudiants

Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
0	3	2	0

*en présence du tuteur

Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
2	3	0	0

Question n°6 :

Lieu de l'entretien ?

Bureau	Salle de soins	Salle d'attente	Couloir	Salle de repos
4	0	0	0	1

Commentaires :

Les formateurs favorisent les encadrements en présence de plusieurs étudiants s'ils donnent leur accord : "*les points de vue différents qui s'expriment enrichissent la démarche réflexive*". Le tuteur, lui, assiste de manière aléatoire aux échanges. Pour certains secteurs, la présence du tuteur n'est tout simplement pas possible au regard des contraintes d'organisation du service. S'il travaille le jour de l'encadrement par le formateur de l'IFSI, il est proposé au tuteur de participer à l'entretien avec l'étudiant. Dans la majorité des services, le lieu de réalisation de l'entretien facilite l'échange (lieu calme, isolé).

Question n°7 :

Comment procédez-vous pour mener l'encadrement ?
(Plusieurs réponses possibles).

Utilisation du port folio	3
Lecture des objectifs de stage	5
Lecture du bilan 1/2 stage si réalisé	5
Analyse de situation	5
Réalisation d'un soin avec l'étudiant	Pas systématique
Réalisation d'un projet de soins	4
Autres points abordés	Echange sur les conditions de réalisation du stage dans son ensemble : conditions d'encadrement par les tuteurs, difficultés rencontrées par l'étudiant.

Question n°8 :

Comment réalisez-vous le compte rendu de votre rencontre avec l'étudiant ?
A qui en faites-vous part ?

AM	Je réalise un compte rendu écrit que je fais lire à l'étudiant. J'échange ensuite avec le maître de stage. Je fais un compte rendu écrit dans logifsi, et oral au formateur référent de suivi pédagogique en cas d'événement marquant.
KB	Je montre à l'étudiant la grille d'analyse de situation. J'échange avec l'équipe si c'est possible. Je fais un compte rendu écrit sur logifsi et à l'oral au formateur référent de suivi pédagogique.
AS	compte rendu oral au tuteur ou maître de stage avant de partir mais ce n'est pas systématique. La grille d'analyse de situation est aussi un élément d'appréciation. Je retranscris sur logifsi les éléments importants de l'encadrement et je fais un compte rendu oral au formateur référent de suivi pédagogique si particularités.
SG	Synthèse avec l'étudiant, compte rendu au tuteur ou au maître de stage. Grille d'analyse de situation, logifsi et compte rendu oral au formateur référent de suivi pédagogique.
NC	Etudiant, tuteur ou maître de stage si présents, grille d'analyse de situation, logifsi, compte rendu oral au formateur référent de suivi si problème.

Commentaires :

Les modalités de réalisation des encadrements sont identiques puisque le coordonateur d'année précise aux cadres référents de stage les attendus pour le semestre. Le compte rendu de l'encadrement n'est pas réalisé de manière systématique à un membre de l'équipe soignante du service (tuteur ou cadre de santé). Les transmissions d'information à l'IFSI sont identiques pour les 5 formateurs référents de stage : écrites sur le dossier de l'étudiant et orales au formateur référent de suivi pédagogique en cas de problème particulier.

Question n°9 :

Quelles difficultés rencontrez-vous lors de vos encadrements ?

AM	Le cadre de santé est le maître de stage et le tuteur. Je ne parviens pas à voir les étudiants sur des pratiques soignantes.
KB	Pas de planification de temps de travail avec l'équipe /difficulté à établir une relation de confiance avec le personnel : "regard de l'équipe sur le formateur". Difficulté pour guider l'analyse de situation. Disponibilité intellectuelle (fatigue) quand il y a plusieurs encadrements dans la même journée.
AS	Positionnement par rapport au tuteur face à l'étudiant. Médiateur. Relation avec le tuteur modifiée (relation cadre/ide), "on n'est pas sur le même plan, l'échange est faussé par les représentations des tuteurs ».
SG	Le service est très actif et même si l'on a pris un rendez-vous l'étudiant peut ne pas être disponible. Il est difficile d'organiser l'entretien avec le tuteur. Le tableau utilisé pour le suivi de l'activité de l'étudiant n'aborde pas les compétences mais seulement les activités.
NC	Nombre important de stage sur des sites éloignés. Manque de temps pour investir davantage le terrain et accompagner les équipes.

Question n°10 :

Que proposeriez-vous pour améliorer les conditions de réalisation de l'encadrement de l'étudiant en stage lors de votre visite ?

AM	Réaliser des soins avec les étudiants / Rencontrer le tuteur mais pas forcément pendant l'encadrement.
KB	Accompagner l'équipe dans la formation avec une logique compétence. Dégager du temps pour les professionnels de proximité.
AS	Ne pas prévoir un cadre trop systématique afin que les tuteurs et les maîtres de stage créent une relation de confiance avec le cadre référent de stage. Maintenir des liens de « cadre référent » et rencontrer plus souvent le tuteur pas forcément pour parler de l'étudiant mais de la formation en général.
SG	Travail sur l'interface IFSI et terrain de stage. Rencontre avec le tuteur une fois par semestre afin d'accompagner l'équipe (travail sur le livret d'accueil, l'utilisation du port folio). Harmoniser les manières de procéder : les objectifs de stage déterminés à l'IFSI ne sont pas toujours ceux pointés par les tuteurs. Harmoniser les manières de procéder.
NC	Réunions d'informations pour les tuteurs ET les professionnels de proximité sur les outils utilisés. Rencontres régulières avec le cadre de santé et les tuteurs pour accompagnement à la mise en place du nouveau programme (pas forcément au moment de l'encadrement de l'étudiant) : une fois par semestre au départ.

Commentaires :

Tous les formateurs souhaitent tisser des liens plus importants avec les services dont ils sont référents sans toutefois proposer des modalités pratiques précises. Une rencontre régulière avec le tuteur est souhaitée.

Plusieurs formateurs évoquent la difficulté de créer avec les professionnels de terrain une relation de confiance. Depuis que les « Mises en situation professionnelles » (MSP) ne sont plus réalisées, le formateur a pour interlocuteur les infirmiers tuteurs ou IDE professionnels de proximité. Pour eux, le cadre de l'IFSI est un représentant "normatif" de la "bonne pratique". L'analyse réflexive réalisée par l'étudiant vient parfois interroger les pratiques et habitudes des services. Cela parasite la relation entre un cadre censé faire appliquer les règles de bonne pratique et l'infirmier. La relation de confiance est donc plus difficile à construire.



MTMOS@11-12



Annexe 16

Les objectifs de stage pour les étudiants infirmiers

1- QUI :

Les étudiants formulent des objectifs de stage individuels qu'ils présentent au formateur référent de suivi pédagogique, au maître de stage et au tuteur.

2- QUAND :

Les objectifs de stage doivent être validés deux semaines au moins avant le départ en stage lors de l'entretien de suivi pédagogique.

3- COMMENT :

Les objectifs sont déterminés par l'étudiant en s'appuyant :

1. Sur les données présentes dans son port folio ainsi que celles retrouvées dans le livret d'accueil du service. L'étudiant pourra aussi échanger avec d'autres ESI pour avoir des informations plus précises sur les situations de soins qu'il rencontrera.
2. Sur les critères des compétence à valider spécifiquement (en fonction d'un niveau attendu ou du projet professionnel). Par exemple : valider les critères de la compétence 3 aux semestres 1 et 2.
3. Sur les objectifs pédagogiques de certaines unités d'enseignement du semestre ou des compétences visées par l'unité d'intégration.
4. Sur les actes, activités ou techniques de soins qu'il pourra effectuer lors de ce stage.

Par exemple : en allant en stage dans un service de réanimation, l'étudiant sera confronté à de nombreuses situations cliniques lui permettant de progresser dans l'acquisition des critères de la compétence 4 (mettre en œuvre des actions à visée diagnostique ou thérapeutique) mais aussi dans l'acquisition d'actes, d'activités et techniques de soins qu'il ne rencontrera pas partout (utilisation de seringues auto pulsées, pose et surveillance de sonde gastrique, soins de trachéotomie).

4- CRITÈRES DE CONFORMITÉ :

Les objectifs de stages seront :

- **Peu nombreux** mais précis afin que les tuteurs puissent proposer à l'étudiant les situations de soins adaptées à ceux-ci : **3 à 4 objectifs**.
- **Personnalisés** : les objectifs sont à préciser sur quelques indicateurs et critères de compétence du port folio qui sont à valider.
- **Clairs et concrets** : l'étudiant doit voir clairement ce qu'il peut envisager de faire pour y parvenir.
- **Mesurables** : l'étudiant doit comprendre les liens entre la fixation des objectifs et l'évaluation inscrite sur le port folio.
- **Rattachés à l'acquisition des compétences** pour clarifier l'ensemble.



MTMOS@11-12



Annexe 17

**Extrait du carnet de suivi de l'étudiant en test
dans le pôle de Chirurgie / Urgence / Réa
Bloc**

Carnet de suivi de l'étudiant

Tuteur :

Nom :

Prénom :

Etudiant :

Nom :

Prénom :

Objectifs de formation

Compétence 1 :

Compétence 2 :

Compétence 3 :

Compétence 4 :

Compétence 5 :

Compétence 6 :

Compétence 7 :

Compétence 8 :

Compétence 9 :

Compétence 10 :

Actes, activités et techniques de soins :

Observations :

Carnet de suivi de l'étudiant

Etudiant :

Date :

Nom :

Prénom :

Compétence 1

Evaluer une situation clinique et évaluer un diagnostic dans le domaine infirmier.

Situation :

	Critères d'évaluation	Observations
1	Pertinence des informations recherchées au regard d'une situation donnée.	
2	Cohérence des informations recueillies et sélectionnées avec la situation de la personne ou du groupe.	
3	Pertinence du diagnostic de situation posé.	

Actes, activités et techniques de soins :

A améliorer

Acquis

Professionnel de proximité (nom, prénom) :

Carnet de suivi de l'étudiant

Etudiant :

Date :

Nom :

Prénom :

Compétence 3

Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens.

Situation :

	Critères d'évaluation	Observations
1	Adéquation des activités proposées avec les besoins et les souhaits de la personne.	
2	Cohérence des modalités de réalisation des soins avec les règles de bonnes pratiques.	
3	Pertinence dans l'identification des risques et adéquation des mesures de prévention.	

Actes, activités et techniques de soins :

A améliorer

Acquis

Professionnel de proximité (nom, prénom) :



MTMOS@11-12



Annexe 18

Plan de communication

PLAN DE COMMUNICATION	
Objectifs du chef de projet	<ul style="list-style-type: none"> - Communiquer sur le projet, son avancement et ses résultats auprès des services cibles et de toutes les personnes concernées ou impliquées. - Favoriser et développer le partenariat entre l'IFSI de Sète et les terrains de stage.
Stratégie générale de communication	<ul style="list-style-type: none"> - Adapter le mode de communication aux acteurs concernés en fonction de leur implication dans le projet et de leurs métiers en s'appuyant sur une cartographie des acteurs.
Moyens de communication	<ul style="list-style-type: none"> - Planification de réunions auprès des formateurs. - Rendez-vous réguliers avec les commanditaires pour présenter et faire valider les étapes du projet. - Rôle important des membres du comité de pilotage qui diffusent les informations au sein des pôles respectifs. - Réalisation de « fiches réflexe », d'une fiche processus sur le parcours de l'étudiant en stage. - Rédaction de comptes rendus écrits des réunions du comité de pilotage qui sont envoyés aux maîtres de stage des services cibles et aux cadres formateurs référents de stage impliqués dans le projet, aux cadres supérieurs et aux commanditaires. - Réunion de présentation du projet à l'ensemble des services des HBT et des partenaires qui accueillent des étudiants en stage (ensemble des terrains de stage). - Utilisation du site internet de l'IFSI. - Communication écrite de l'expérience menée (article) aux partenaires régionaux et nationaux.
Tâches de communication	<ul style="list-style-type: none"> - Présentation du projet par le chef de projet aux réunions des 3 pôles concernés et à l'équipe pédagogique de l'IFSI. - Réaction de la lettre de mission et de la note de cadrage remise aux membres du comité de pilotage. - Programmation d'un planning de réunion avec les membres du comité de pilotage et les cadres formateurs (1h à 1h30). - Rédaction des comptes rendu des réunions du comité de pilotage et diffusion à l'ensemble des maîtres de stage et des formateurs référents de stage impliqués dans le projet. - Programmation d'une réunion de présentation du projet à l'ensemble des acteurs qui interviennent dans l'encadrement des étudiants en stage à l'IFSI de Sète (166 terrains de stage). Cette présentation se fera en même temps que la présentation des résultats des travaux du « groupe encadrement » et du travail de recherche sur « les analyses de situations » menée par un formateur de notre IFSI. - Mise en ligne (site internet de l'IFSI) de la fiche processus du parcours coordonné de l'étudiant en stage. - Rédaction d'un article résumant la démarche qui sera présenté à un représentant du comité national de suivi de mise en place de la réforme, au conseiller pédagogique régional, à la directrice régionale du CEFIEC, au comité de rédaction d'une revue professionnelle de référence.

**PLAN DE COMMUNICATION
À PARTIR DE LA CARTOGRAPHIE DES ACTEURS**

Acteurs	Rôle	Missions	Message délivré	Moyen	Temporalité
Etudiants Promotion 2009-2012	Bénéficiaires de la démarche du projet. Participent à l'enquête.	Acteurs de leur formation notamment dans le stages.	Information sur le questionnaire délivré. Information des résultats de l'enquête et présentation du processus retenu.	Réunion de la promotion lors de bilans de semestres ou d'année.	Après le retour du stage du semestre 5. Lors de la dernière semaine de formation (mois de juillet).
Formateurs référents de stage IFSI	Animateurs. Guidants pédagogiques.	Assurer le lien entre l'IFSI et les terrains de stage.	Commentent le processus retenu. Répondent aux questions pratiques. Créent un langage commun entre l'IFSI et les terrains.	Rendez-vous avec le ou les tuteurs du stage dont ils sont référents. Rencontre possible avec le personnel soignant et les maîtres de stage lors des encadrements des étudiants.	Rencontre avec les tuteurs une fois par semestre au minimum.
Formateurs référent de suivi pédagogique	Guidants pédagogiques Evalueurs de l'atteinte des objectifs de stage.	Valident les objectifs de stage présentés par l'ESI. Proposent la validation du stage à la CAC	Importance du respect des critères de conformité des objectifs de stage.	Réunion pédagogique à l'IFSI. Remise de la fiche réflexe « objectifs de stage».	Présentation de la fiche réflexe le 12 juin 2012.
Professionnels de proximité (IDE/AS)	Encadrent les étudiants en stage au quotidien.	Retranscrivent et évaluent les soins réalisés sur le carnet de suivi de l'étudiant	Présentation du nouveau programme de formation et du processus retenu. Importance de la traçabilité des soins réalisés par l'étudiant pour assurer l'évaluation.	Réunion d'information de l'ensemble des personnels soignants.	Réunion planifiée le 5 juin 2012.
Tuteurs	« Compagnons réflexifs ».	Déterminent un parcours situationnel pour l'étudiant dans le service. Evaluent l'étudiant en sa présence.	Information sur le processus retenu par le formateur référent de stage. Echange sur la nature des situations emblématiques retenues pour l'unité. Rappel du référentiel de formation et sur les conditions d'évaluation en stage.	Remise du processus écrit. Rendez-vous avec le formateur référent de stage. Rencontre lors des encadrements des étudiants en stage.	Rencontre avec le formateur référent de stage une fois par semestre au moins.

**PLAN DE COMMUNICATION
À PARTIR DE LA CARTOGRAPHIE DES ACTEURS**

Acteurs	Rôle	Missions	Message délivré	Moyen	Temporalité
Maîtres de stage	Responsables de l'organisation générale du stage.	Evaluent la mise en place du processus retenu en portant une attention particulière aux points critiques.	Importance du respect du processus retenu pour que le service garde l'agrément.	Rencontre avec le maître de stage de son pôle qui est membre du comité de pilotage.	Un bilan des critères retenus est réalisé une fois par semestre.
Cadres supérieurs de santé des trois pôles concernés	Coordonnateurs des actions menées au sein du pôle en ce qui concerne l'encadrement des étudiants infirmiers.	Evaluent les conditions de mise en place du processus au sein du pôle et en rend compte au chef de projet.	Informés de l'ensemble des actions menées au sein de son pôle.	Remise de la note de cadrage, de la lettre de mission, des comptes rendus des réunions du comité de pilotage	Tous les deux mois.
Directrice coordinatrice générale des soins des Hôpitaux du Bassin de Thau	Commanditaire Responsable des conditions d'accueil et d'encadrement des étudiants infirmiers.	Signe la lettre de mission et valide la note de cadrage ainsi que le processus retenu.	Informée de l'ensemble des actions menées au sein de l'établissement.	Remise de la note de cadrage, des comptes rendus des réunions du comité de pilotage. Rendez-vous réguliers avec le chef de projet.	Rencontre chef de projet / directeur des soins : janvier, mars, mai. Invitation à la réunion du 5 juin 2012.
Directrice des soins de l'IFSI	Commanditaire Responsable de l'organisation générale de la formation initiale infirmière à l'IFSI	Signe la lettre de mission et valide la note de cadrage ainsi que le processus retenu.	Informée de l'ensemble des actions menées auprès des étudiants.	Remise de la note de cadrage, des comptes rendus des réunions du comité de pilotage. Rendez-vous réguliers avec le chef de projet.	Rencontre chef de projet / directrice de l'IFSI en janvier, mars, mai. Organise la réunion du 5 juin 2012



MTMOS@11-12



Annexe 19

Liste des indicateurs de résultats

LISTE DES INDICATEURS DE RESULTATS

Indicateur n° 1		
Pourcentage d'étudiants qui partent en stage avec des objectifs conformes aux recommandations		
Objectifs liés à cet indicateur	<p>Plus de 80% des étudiants présentent des objectifs conformes aux critères retenus au stage du semestre 2 (promotion 2011-2014), du semestre 4 (promotion 2010-2013) et du semestre 6 (promotion 2009-2012).</p> <p>100% des étudiants présentent des objectifs conformes aux critères retenus au stage des semestres 1, 3 et 5.</p>	
Pertinence / utilité	Implication des étudiants dans la formation ; implication des cadres formateurs référents de suivi pédagogique .	Les objectifs de stage permettent à l'étudiant de se situer dans leur apprentissage.
Contexte / enjeux	Le nouveau programme est en place depuis plus de 3 ans. Les cadres formateurs ont eu une information sur les objectifs de stage (fiche réflexe annexe 15).	La formulation des objectifs de stage en lien avec l'acquisition de critères de compétences ou de validation d'actes, d'activités ou de techniques de soins facilite le travail du tuteur dans l'élaboration du parcours situationnel de l'étudiant.
Sources de données et méthodologie de recueil de l'information	Les cadres formateurs référents de suivi pédagogique évaluent la pertinence des objectifs présentés par l'étudiant lors de l'entretien de suivi individuel de l'étudiant en début de semestre. Il remplit le tableau Excel envoyé par le chef de projet.	
Périodicité	Une fois par semestre.	
Limites de l'indicateur	L'absence d'un seul critère de conformité rend non conforme l'indicateur. Le cadre formateur référent de suivi pédagogique pourra demander à l'étudiant de corriger ses objectifs avant de les valider.	
Lien avec d'autres indicateurs	La validité des objectifs de stage est à croiser dans l'analyse avec le nombre de tuteurs qui proposent un parcours situationnel à l'étudiant. Critères de satisfaction des étudiants de troisième année lors du stage du semestre 5 (promotion 2010-2013).	

Indicateur n° 2		
Pourcentage d'étudiants à qui le tuteur a présenté un parcours situationnel après l'entretien d'accueil		
Objectifs liés à cet indicateur	50 % des étudiants pour les semestres 1, 3, 5.	
Pertinence / utilité	Evalue l'implication des tuteurs dans la mise en place de la formation par compétence	La mise en place d'un parcours situationnel facilite la maîtrise des critères de compétence visés par l'étudiant
Contexte / enjeux	Aucun tuteur n'est formé au tutorat pour le nouveau programme.	Utilisation des situations emblématiques abordées dans le cadre du travail du groupe « encadrement ».
Sources de données et méthodologie de recueil de l'information	Les cadres formateurs référents de suivi pédagogique évaluent le critère en questionnant l'étudiant lors de l'entretien individuel de fin de semestre. Il remplit le tableau Excel envoyé par le chef de projet.	
Périodicité	Une fois par semestre	
Limites de l'indicateur	Subjectivité de l'étudiant	
Lien avec d'autres indicateurs	Le pourcentage des étudiants qui présentent des objectifs de stage conformes aux recommandations.	

Indicateur n° 3		
Pourcentage d'étudiants pour lesquels les professionnels de proximité ont noté et évalué les activités sur le carnet de suivi		
Objectifs liés à cet indicateur	80% des étudiants semestres 1, 3, 5.	
Pertinence / utilité	Evalue l'implication des professionnels de proximité	La traçabilité de l'information facilite l'évaluation de l'étudiant.
Contexte / enjeux	Les professionnels de proximité ont eu une réunion d'information sur le nouveau programme infirmier.	Développer l'approche réflexive des agents dans l'évaluation des étudiants au quotidien.
Sources de données et méthodologie de recueil de l'information	Les cadres formateurs référents de suivi pédagogique évaluent le critère en questionnant l'étudiant lors de l'entretien individuel de fin de semestre. Il remplit le tableau Excel envoyé par le chef de projet.	
Périodicité	Une fois par semestre.	
Limites de l'indicateur	Subjectivité de l'étudiant	
Lien avec d'autres indicateurs	Questionnaire distribué aux étudiants de troisième année pour évaluation stage du semestre 5.	

Indicateur n° 4		
Pourcentage d'étudiants pour lesquels l'évaluation a été réalisée en leur présence.		
Objectifs liés à cet indicateur	100% des étudiants pour les semestres 1, 3, 5	
Pertinence / utilité	Evalue l'implication des tuteurs dans l'évaluation	
Contexte / enjeux	Il a été précisé aux tuteurs et maîtres de stage les recommandations de l'arrêté de formation concernant l'évaluation des stages.	Le non respect de cet indicateur pourrait entraîner la perte de l'agrément pour le terrain de stage.
Sources de données et méthodologie de recueil de l'information	Les cadres formateurs référents de suivi pédagogique évaluent le critère en questionnant l'étudiant lors de l'entretien individuel de fin de semestre. Il remplit le tableau Excel envoyé par le chef de projet.	
Périodicité	Une fois par semestre.	
Limites de l'indicateur	---	---
Lien avec d'autres indicateurs	Questionnaire distribué aux étudiants de troisième année pour évaluation stage du semestre 5.	

Indicateur n° 5		
Evaluation de la satisfaction globale de l'étudiant pour le stage du semestre 5 (promotion 2010-2013)		
Objectifs liés à cet indicateur	---	---
Pertinence / utilité	Evalue la satisfaction des bénéficiaires de la formation	Comparaison avec les résultats obtenus pour la promotion 2009-2012
Contexte / enjeux	Le parcours coordonné de l'étudiant en stage a été mis en place à la rentrée de septembre 2012	Mise à jour des effets des actions menées dans le projet auprès des étudiants
Sources de données et méthodologie de recueil de l'information	Questionnaire anonyme distribué par le chef de projet aux étudiants de troisième année pour le stage du semestre 5.	
Périodicité	Une seule enquête est réalisée en février/ mars 2013	
Limites de l'indicateur	Subjectivité de l'étudiant, échantillon faible.	
Lien avec d'autres indicateurs	Résultats du questionnaire réalisé en 2012 auprès des étudiants de troisième année (promotion 2009-2012).	



MTMOS@11-12



Annexe 20

Tableau Excel de suivi des indicateurs



MTMOS@11-12



42 Bd Jourdan 75014 PARIS – Tél 01.56.61.68.60 Fax 01.56.61.68.55
Diplôme Préparé
Master 2 Management des Organisations de Soins

TITRE DU DOCUMENT

Le parcours coordonné de l'étudiant infirmier en stage à l'hôpital

AUTEUR

Nicolas CABERO

METHODOLOGIE

Approche processus dans but d'améliorer la qualité du service rendu.

MOTS CLEFS

Parcours coordonné, processus, nouveau référentiel de formation infirmière, stage, partenariat, qualité, compétence, organisation apprenante.

KEYWORDS

Coordinated pathway, process, Nursing educational reform, workplacements, partnership, quality, skills, learning

RESUME

La mise en place du nouveau référentiel de formation infirmier en 2009 a bouleversé l'approche de l'apprentissage. La formation est depuis lors articulée autour de l'acquisition de 10 compétences requises pour l'exercice des différentes activités du métier d'infirmier. Sur les terrains de stage, l'accueil, l'encadrement et l'évaluation des étudiants ont dû être réinterrogés par des professionnels de santé qui découvraient aussi de nouvelles modalités d'apprentissage. L'enseignement auprès de la première promotion ayant bénéficié de ce programme arrive à son terme dans quelques mois. C'est l'occasion de réaliser un état des lieux de la mise en œuvre du référentiel et d'apporter des pistes d'amélioration. Le projet présenté dans ce travail a pour objectif de formaliser à l'image d'un chemin clinique, un parcours de stage coordonné pour les services de Médecine, Chirurgie, Bloc opératoire, Réanimation et Urgence des Hôpitaux du Bassin de Thau. Dans une logique d'amélioration de la qualité, il s'agit de construire à partir d'un partage d'expériences, de rencontres, d'échanges, un projet commun d'accompagnement de l'étudiant infirmier. Mais au delà de l'élaboration d'un parcours de stage, nous montrons que cette démarche permet aussi d'améliorer la coordination et la communication entre les acteurs tout en valorisant les pratiques existantes et en favorisant la mise en place d'organisations apprenantes au sein de l'institution.

The 2009 nursing educational reform changed profoundly our learning approach. Training now revolves around the acquisition of ten core skills required for all registered nurses. Health professionals examined different ways of work-based training in hospital units including welcome, support given and evaluation forms used. This process brought new training methods to the fore. The first cohort to benefit from this new program will end its training within a few months. This is an opportunity for us to evaluate the effectiveness of the new program and identify areas for further improvement. The objective of this study is to implement a coordinated pathway in the surgical and medical department as well as ER, operating rooms and surgical high dependency unit of the « Bassin de Thau » hospital. The starting point in our efforts to improve training is a frank discussion of current practices so a more coherent and consistent training experience may be developed. This report outlines the necessary partnership between all players. Our project also confirms that time sharing, communication and coordination are essential to set up new learning organisations.