

Ecole Supérieure Montsouris

Diplôme de Cadre de Santé



Le cadre de santé au cœur
de l'apprentissage...



Céline JACK

DCS
2012-2013



Note aux lecteurs

Les mémoires des étudiants de l'Institut de Formation des Cadres de Santé de L'Ecole Supérieure Montsouris sont des travaux personnels réalisés pendant l'année de formation. Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs.

Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des Auteurs et de l'IFCS de L'Ecole Supérieure Montsouris

*« Tu me dis j'oublie. Tu m'enseignes, je me souviens.
Tu m'impliques, j'apprends »*

Benjamin FRANKLIN

REMERCIEMENTS

Tout d'abord je tiens à remercier Madame Sandrine GARCIA, directrice de mon mémoire, pour son accompagnement, ses conseils toujours constructifs et sa bienveillance tout au long de ces mois, qui m'a permis d'aboutir dans ce travail de recherche.

Je remercie également les cadres de santé qui ont pris le temps de participer à mes entretiens et ainsi d'enrichir mon travail de leurs expériences.

Mes collègues de formation, « *les potaches* », merci pour leur soutien et leur dynamisme au quotidien, ce fût une belle rencontre.

Enfin, je tiens tout particulièrement à remercier ma famille, mes amis dont Catherine et mon conjoint Alexandre pour leur patience et leur compréhension. Leurs encouragements m'ont été précieux durant cette année tumultueuse.

SOMMAIRE

| | |
|--|-----------|
| LISTE DES ABREVIATIONS | 3 |
| INTRODUCTION | 4 |
| 1 De mon expérience à ma question de départ..... | 5 |
| 1.1 Mon expérience professionnelle..... | 5 |
| 1.2 L'encadrement des étudiants infirmiers au moment de ma prise de poste..... | 6 |
| 1.3 Mon nouveau départ dans l'encadrement des étudiants | 6 |
| 1.4 De mes réflexions à ma question de départ..... | 8 |
| 2 Le cadre conceptuel..... | 10 |
| 2.1 L'infirmière d'hier à aujourd'hui, dans son rôle et sa formation | 10 |
| 2.1.1 Les fondements de l'école d'infirmière..... | 10 |
| 2.1.2 Sous la Révolution française | 11 |
| 2.1.3 Un nouvel enseignement apparait | 11 |
| 2.1.4 Le début de la structuration des soins infirmiers..... | 12 |
| 2.1.5 De la loi de 1946 au programme de 1979..... | 14 |
| 2.1.6 1992, un programme fondateur | 15 |
| 2.2 Le référentiel de 2009..... | 16 |
| 2.2.1 Au cœur des compétences | 17 |
| 2.2.2 La pratique réflexive..... | 20 |
| 2.2.3 Les acteurs de l'encadrement | 21 |
| 2.2.4 Le portfolio | 25 |
| 2.3 L'apprentissage..... | 28 |
| 2.3.1 Le modèle transmissif..... | 29 |
| 2.3.2 L'approche comportementaliste | 30 |
| 2.3.3 L'approche constructiviste et socioconstructiviste..... | 31 |
| 2.4 Le cadre de santé | 34 |
| 2.4.1 Le cadre réglementaire | 34 |
| 2.4.2 Les missions du cadre de santé..... | 35 |
| 3 Les hypothèses | 38 |
| 4 Méthodologie de la recherche..... | 39 |
| 4.1 Le choix de l'outil | 39 |
| 4.2 La population choisie | 39 |
| 4.3 Les limites de mon travail | 40 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 4.4 | La méthodologie de traitement des données | 41 |
| 5 | L'analyse des entretiens | 42 |
| 5.1 | L'identité professionnelle de la population | 42 |
| 5.2 | Description des unités et des équipes | 43 |
| 5.3 | Les capacités d'accueil en stage | 43 |
| 5.4 | La collaboration IFSI et stages | 44 |
| 5.4.1 | La mise en pratique du référentiel par les IFSI | 44 |
| 5.4.2 | Le travail de lien | 45 |
| 5.5 | La mise en place par les établissements de soins | 46 |
| 5.6 | La mise en œuvre par les cadres de santé | 47 |
| 5.6.1 | Le livret d'accueil | 47 |
| 5.6.2 | Le parcours de stage | 48 |
| 5.6.3 | Les mises en situation professionnelles | 49 |
| 5.7 | La place des cadres de santé | 50 |
| 5.8 | Le ressenti des équipes sur l'avant et l'après 2009 | 50 |
| 5.9 | Les axes d'amélioration souhaités par les cadres de santé | 52 |
| 5.10 | La conduite du changement | 53 |
| 6 | La synthèse des données | 54 |
| 6.1 | L'importance de la capacité d'accueil | 54 |
| 6.2 | Les enjeux de la collaboration avec l'IFSI | 55 |
| 6.3 | Le positionnement des établissements de soins | 56 |
| 6.4 | Le rôle du cadre de santé | 56 |
| 6.4.1 | La construction d'outils | 57 |
| 6.4.2 | La conduite du changement | 58 |
| 7 | Retour sur mes hypothèses | 61 |
| 8 | Les ouvertures professionnelles | 63 |
| | CONCLUSION | 64 |
| | BIBLIOGRAPHIE | 65 |
| | ANNEXES | |

LISTE DES ABREVIATIONS

ARS : Agence Régionale de Santé
AS : Aide-Soignant(e)
ASH : Agent de Service Hospitalier
CDS : Cadre De Santé
CHG : Centre Hospitalier Général
CHS : Centre Hospitalier Spécialisé
CMP : Centre Médico-Psychologique
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
E.IDE : Etudiant Infirmier Diplômé d'Etat
FFCS : Faisant Fonction de Cadre de Santé
HDJ : Hôpital De Jour
IDE : Infirmier Diplômé(e) d'Etat
IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers
ISP : Infirmier(e) de Secteur Psychiatrique
LMD : Licence, Master, Doctorat
MSP : Mise en Situation Professionnelle
RPSM : Réseau de Promotion pour la Santé Mentale

INTRODUCTION

Dans le cadre de ma formation à l'École Supérieure Montsouris, nous avons à effectuer un travail de recherche qui est l'aboutissement de dix mois de formation.

Bien au delà de l'aboutissement de la formation, le cheminement de ce travail s'est construit tout au long de mon exercice professionnel. Tout d'abord en tant qu'infirmière j'ai été amené à encadrer des étudiants infirmiers, en stage, et à leur apporter des savoirs pratiques et des savoirs êtres qui allaient contribuer à la structuration de leur identité professionnelle.

Lors de ma prise de poste de faisant fonction de cadre de santé, en 2009, j'ai été confronté à la mise en place sur le terrain de l'encadrement des étudiants infirmiers selon un nouveau référentiel. Tout était à construire, que ce soit le rôle des acteurs de terrains mais aussi du cadre de santé. A partir de ce nouveau départ dans les études en soins infirmiers je me suis questionnée sur comment accompagner les étudiants infirmiers de façon optimale ?

En effet, la pédagogie fait partie intégrante de notre rôle infirmier, mais qu'en est-il du cadre de santé, garant des bonnes pratiques et de la qualité des soins ?

Afin de traiter ce thème dans une méthodologie de travail de recherche, j'aborderai cinq parties. Dans un premier temps je vais expliciter comment j'en suis venue à m'interroger sur l'encadrement des étudiants infirmiers à partir de mon expérience professionnelle. Puis je développerai un cadre conceptuel composé de quatre notions concernant ce thème et qui m'aidera à affiner ma question de recherche. Dans la troisième partie je vous présenterai la méthodologie utilisée pour répondre à la question que j'ai choisi de traiter. Elle sera suivie de l'analyse des données recueillies, puis je conclurai par ce que m'a apporté ce travail de recherche.

1 De mon expérience à ma question de départ

1.1 Mon expérience professionnelle

Infirmière Diplômée d'Etat (IDE) depuis 12 ans, j'ai toujours exercé ma profession en psychiatrie. D'abord dans un service de secteur ouvert durant 6 ans, puis 3 années dans une unité de courte hospitalisation. Durant ces 9 années, je me suis toujours intéressée à l'encadrement des étudiants en soins infirmiers en y participant activement. Par le biais des stages que les étudiants effectuaient dans le service où j'exerçais, mais aussi en apportant mon savoir clinique lors de cours dispensés en Institut de Formation de Soins Infirmiers (IFSI). J'appréciais ces moments privilégiés partagés avec des étudiants avides d'apprendre. La complexité de l'apprentissage de la spécialité psychiatrique nécessite une réelle réflexion de l'étudiant et des temps d'échanges toujours très enrichissants.

En octobre 2009, j'ai eu l'opportunité de prendre un poste de Faisant Fonction de Cadre de Santé (FFCS) dans l'unité de courte hospitalisation où j'exerçais comme infirmière. Ce fut une période délicate, non seulement par la prise de poste de ma nouvelle fonction, mais aussi à cause du contexte : le profond changement dans les études en soins infirmiers.

J'ai exercé ce poste au sein de cette unité durant 17 mois, en collaboration avec mon cadre supérieur et la direction de l'établissement. Parallèlement je gérais et supervisais la construction et l'ouverture d'une nouvelle structure qui allait accueillir l'unité où j'exerçais ainsi qu'un nouveau service d'urgences psychiatriques. Durant cette période, et à mon grand regret, j'ai peu accompagné l'équipe infirmière dans l'encadrement des étudiants en soins infirmiers, et surtout dans la mise en place du nouveau référentiel infirmier.

En avril 2011, suite à une réorganisation au sein du pôle de psychiatrie, j'ai été affectée sur deux unités : une unité de secteur ouvert de 23 lits et une seconde unité de 10 lits, en secteur fermé. Grâce à ma première expérience de FFCS, et aux connaissances que j'avais déjà de ces deux équipes, j'ai pu très rapidement trouver ma place au sein de ces deux unités, et ainsi m'investir dans une vraie réflexion autour de l'encadrement des étudiants en soins infirmiers.

1.2 L'encadrement des étudiants infirmiers au moment de ma prise de poste

Avant septembre 2009, l'unité de courte hospitalisation psychiatrique accueillait, en moyenne, deux étudiants en soins infirmiers de première, deuxième ou troisième année, un mois sur deux, avec, pour certains, des mises en situations professionnelles en présence d'un cadre formateur de l'IFSI. Cet apprentissage en alternance dont je suis issue, m'était familier et me permettait une position confortable dans l'accompagnement de l'équipe auprès des étudiants.

En parallèle de ma prise de poste de FFCS, la réforme des études en soins infirmiers s'est mise en place suite à un arrêté du Ministre de la Santé et des Sports, en date du 31 juillet 2009¹, applicable dès le mois de septembre de la même année. A la suite de ma prise de poste j'ai assisté à deux réunions d'information, organisées par l'IFSI du centre hospitalier où j'exerce. Ces réunions nous présentaient les objectifs généraux de ce nouveau référentiel, et surtout la modification des modalités d'évaluation en stage, avec un nouvel outil : le portfolio.

Nous passions d'une modalité d'évaluation basée sur un temps donné d'observation en situation, au remplissage d'un dossier, appartenant à l'étudiant, évolutif et qui retrace sa progression sous forme de compétences. Evaluer des compétences techniques nous paraissait assez simple, mais comment évaluer des compétences relationnelles propres à la psychiatrie ?

Comme le montre mon parcours professionnel, à ce moment là, je n'ai pu que transmettre à l'équipe paramédicale les informations apportées lors des réunions à l'IFSI, et faire le lien entre les infirmiers et les cadres formateurs de l'IFSI quand des questions se posaient. C'est ainsi que durant plus d'un an nous avons accueilli et accompagné des étudiants dans leur construction professionnelle, en essayant au mieux de lier leurs connaissances à la pratique sur le terrain. L'IFSI dont dépend mon établissement ayant fait le choix de ne pas faire de visite aux étudiants durant les stages, il nous revenait de construire un parcours apprenant et professionnalisant.

1.3 Mon nouveau départ dans l'encadrement des étudiants

Lors de mon changement d'affectation, et après avoir fait un état des lieux de l'existant dans l'encadrement des étudiants en soins infirmiers dans les deux unités dont j'avais la responsabilité, j'ai pris le temps de mener une réflexion sur la méthodologie d'apprentissage.

¹ <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020961044>, consulté le 28/12/2012

En effet, les infirmiers continuaient à utiliser une démarche transmissive alors que le nouveau référentiel demandait aux étudiants, ainsi qu'aux infirmiers, d'être dans une posture réflexive.

J'ai pu rapidement faire le constat que les étudiants en soins infirmiers n'avaient pas d'outils à leur disposition leur permettant une compréhension optimale de la spécialité qu'est la psychiatrie et du travail qui y est fait. Par conséquent, il leur était difficile de poser des objectifs adaptés et ainsi de recueillir les informations nécessaires pour un apprentissage de qualité. De même, les infirmiers, malgré une grande motivation, ne maîtrisaient pas cette nouvelle modalité d'encadrement par compétences. Ils étaient, pour certains, en grande difficulté, et préféraient se reporter à l'ancien programme, ce qui se ressentait grandement lors du remplissage du portfolio.

Malgré leur motivation et leur attachement à transmettre des savoirs, j'avais à ce moment-là, face à moi, une équipe démunie et en demande d'aide de ma part.

J'ai alors entamé une double démarche au sein de ces 2 unités : former des infirmiers au tutorat et élaborer des outils d'aide à l'évaluation des compétences, destinés aux infirmiers. En moins de 3 mois, grâce à la réactivité du service de la formation continue, 2 infirmiers de chaque unité ont pu être formés. L'infirmier référent, qui avait pris ses fonctions en même temps que moi au sein de l'une des deux unités, avait déjà bénéficié de cette formation et m'a été d'une grande aide dans la construction d'outils pour l'équipe.

Au retour de formation de ces 4 infirmiers, des réunions d'information au sein des 2 unités ont été réalisées afin qu'ils amènent à leurs collègues des réponses sur le tutorat et l'encadrement des étudiants infirmiers. Lors de ces réunions, j'ai présenté aux équipes les outils élaborés par l'infirmier référent et moi même. Il s'agissait alors d'un classeur des situations prévalentes, ainsi que d'une grille d'objectifs permettant aux infirmiers tuteurs de suivre le cheminement de l'étudiant dans son apprentissage, à une semaine, à deux semaines, à trois semaines et ce jusqu'à la fin du stage. Cette grille a été réalisée en tenant compte de l'année de formation de l'étudiant.

De plus, grâce à la collaboration de mes collègues cadres des 2 autres unités de psychiatrie, nous avons monté un parcours pour lequel chaque étudiant passait 3 journées de 12 heures dans chacune des unités du pôle de psychiatrie, en milieu de stage : 3 jours en hospitalisation de courte durée, 3 jours au Centre Médico-Psychologique (CMP) et Hôpital De Jour (HDJ), et enfin, 3 jours au sein de l'unité fermée ou ouverte, en fonction de leur unité d'affectation. Ce parcours avait pu être mis en place grâce à l'allongement des périodes de stage. En effet, nous sommes passés, grâce au nouveau référentiel, à des temps de stage de 5, 10 ou 15 semaines, contre seulement 4 auparavant.

1.4 De mes réflexions à ma question de départ

Très rapidement après la mise en place de cette nouvelle modalité d'évaluation pédagogique, grâce à la posture réflexive suivie par les infirmiers, les étudiants s'investissaient et s'épanouissaient durant les stages. Le remplissage du portfolio devenait de plus en plus compréhensible et les infirmiers qu'ils soient de proximité ou tuteurs s'y retrouvaient au niveau de leurs missions.

Lors des bilans de fin de stage, ces étudiants se disaient très satisfaits de l'encadrement et du parcours d'apprentissage qui leur était dispensé. D'après le retour des étudiants, nous étions les seuls à avoir mis en place des outils facilitants, aussi bien pour l'encadrement infirmier que pour les étudiants eux-mêmes. Lorsqu'ils nous faisaient part de leurs expériences dans les autres unités ou établissements, ils nous rapportaient qu'ils avaient soit le sentiment d'être livrés à eux-mêmes et de construire seul leur stage soit, à l'inverse, de n'avoir aucune autonomie dans leur stage, les équipes étant réfractaires de les laisser seuls auprès des patients.

Plusieurs questions me sont alors venues sur l'encadrement des étudiants infirmiers par les équipes :

- Pourquoi ce ressenti aussi positif des étudiants sur l'encadrement apporté par les équipes ?
- Qu'avons nous mis en place dans l'unité que les étudiants ne retrouvaient pas ailleurs ?
- Qu'est ce que les étudiants appréciaient plus particulièrement dans l'encadrement qui leur est apporté ?

Au regard de ma pratique et de mon vécu dans la mise en place de ce référentiel auprès des équipes je me suis alors interrogée sur la place du cadre de santé :

- Quelle est la place du Cadre De Santé (CDS), aujourd'hui, dans l'encadrement des étudiants ?
- Le cadre de santé doit-il être porteur de ce projet et de cette motivation pour impulser auprès des équipes cette dynamique ?
- Le rôle du cadre de santé comme garant dans la qualité des soins apportés aux patients, ne passe-t-il pas par un rôle de garant dans l'apprentissage des bonnes pratiques par ses équipes ?

En conséquence de ces différentes interrogations portant sur l'étudiant en soins infirmiers, le cadre de santé et l'apprentissage encadré par les équipes, une question se pose :

Que peut mettre en place le cadre de santé, en service de psychiatrie, pour structurer l'encadrement de l'apprentissage des étudiants en soins infirmiers ?

Devant mon constat, afin d'affiner ma question de recherche, je vais développer un cadre conceptuel autour de 4 notions :

- La profession d'infirmière, les études en soins infirmiers et leurs évolutions ;
- La réforme de 2009 dans le cadre de la formation ;
- Le concept d'apprentissage ;
- Le cadre de santé.

2 Le cadre conceptuel

Afin d'organiser mon travail, et dans une logique qui me paraît évidente quand on aborde le sujet de l'encadrement des étudiants en soins infirmiers, je commencerai par présenter la profession d'infirmière dans son histoire et en parallèle, l'évolution des études en soins infirmiers d'hier à aujourd'hui, et plus particulièrement le référentiel de 2009. Je développerai dans un second temps le concept d'apprentissage puis je terminerai par le cadre de santé, dans son contexte réglementaire ainsi que dans ses missions.

2.1 L'infirmière d'hier à aujourd'hui, dans son rôle et sa formation

Pour commencer et afin de situer la profession d'infirmière dans la langue française, j'ai choisi une définition extraite du dictionnaire Larousse : « *Personne habilitée à assurer la surveillance des malades et à les soigner sur prescription médicale.* »²

Au plus loin que l'on peut remonter, dans nos sociétés occidentales, les soins étaient assurés par des religieuses. En effet « *l'origine des infirmières la plus clairement identifiable en tant que groupe social dans les pays d'Occident est celle des ordres religieux, liée à l'histoire du christianisme* »³ : « *la vie est sacrée, il faut secourir l'homme pour l'amour de Dieu.* »⁴

L'étymologie du mot infirmière apparaît en 1398, par les termes « *infirmier, enfermier* », mot dérivée de l'enfermerie, qui deviendra l'infirmierie. L'enfermerie correspondait aux grandes épidémies de peste du Moyen Âge, où les malades étaient enfermés dans des enceintes religieuses. Le mot infirmier se féminise dans le langage courant avec les ordres religieux féminins.

2.1.1 Les fondements de l'école d'infirmière

C'est Saint Vincent de Paul, en 1633, qui créa la Compagnie des Filles de la Charité, dites « *Sœurs de Saint-Vincent-de-Paul* », en partant du constat que « *l'acte de charité ne suffit plus, les soins requièrent des compétences et une forme d'organisation.* »⁵

Cette compagnie sera dévouée à œuvrer pour « *secourir les malades sans ressources et instruire gratuitement des jeunes filles aux soins. C'est le début de la première structure de formation et le premier programme d'éducation systématique aux soins infirmiers.*

² <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/infirmiere>, consulté le 28/12/2013

³ DUBOYS FRESNEY Catherine, PERRIN Georgette, *Le métier d'infirmière en France. Du métier d'infirmière à l'exercice professionnel des soins infirmiers*, 6^e éd., Paris, P.U.F. « Que sais-je ? », 2009, p.8/128 pages.

⁴ MORDACQ Catherine, *Pourquoi des infirmières ?*, Paris, Le Centurion, 1972, p.10/110 pages.

⁵ DUBOYS FRESNEY Catherine, PERRIN Georgette, *Op.cit.* p.10

Les soignantes de l'époque sont recrutées sur des critères de moralité et doivent être des jeunes filles de moins de 28 ans, jouissant d'une réputation irréprochable et d'une santé robuste, issues d'une famille respectable et n'ayant jamais occupé un emploi servile.»⁶

2.1.2 Sous la Révolution française

A cette période, de grandes modifications sont vécues par les religieux avec la naissance de l'hôpital laïc, ainsi que la parution d'un décret, qui supprime les congrégations religieuses, même les congrégations employées au service des hôpitaux. Les congrégations resteront en place. Les religieux et religieuses abandonneront simplement leur tenue religieuse.

« Le personnel infirmier laïc fait timidement son apparition. C'est la séparation de l'Eglise et de l'Etat qui précipite le départ des religieuses.»⁷

Cette volonté de séparation de l'Eglise et de l'Etat perdurera jusqu'au début du XX^{ème} siècle, avec comme aboutissement la loi de 1901 qui comporte une close spécifique pour les congrégations religieuses, *« les obligeant à recevoir une autorisation.»⁸*

Clairement à partir de 1900, la république s'oppose à l'Eglise, y compris à ses sœurs dévouées aux malades.

2.1.3 Un nouvel enseignement apparaît

C'est grâce à l'action du docteur Désiré Magloire Bourneville (médecin neurologue et élu député de Paris) qu'apparaît un apprentissage de la pratique à l'hôpital et de la théorie en école. Son objectif est de relever le niveau de recrutement du personnel amené à remplacer définitivement les religieuses dans les hôpitaux.

Par cet apprentissage, il veut donc remplacer le *« personnel ignorant et intolérant par un personnel instruit et respectueux de la liberté de conscience.»⁹*

C'est en 1878 qu'il met en place un programme d'enseignement dispensé dans les écoles des hôpitaux de la Salpêtrière et de Bicêtre, berceau des IFSI, qui verront le jour respectivement en 1906 et 1907.

Cet enseignement a une durée d'un an et est réparti en 7 cours théoriques : *« administration et comptabilité hospitalière, anatomie, physiologie, pansements et petite chirurgie, hygiène, soins aux femmes en couches, aux nouveau-nés, et cours sur les crèches et pharmacie.»¹⁰* Cet apport théorique est complété par un an de stage.

⁶ NAUDIN David, LENOIR Marion, BROCKER Laurent, *Rôles infirmiers, organisation du travail et interprofessionnalité, Encadrement des professions de soins*, Cahiers des sciences infirmières, Elsevier Masson, p.17/200 pages.

⁷ DUBOYS FRESNEY Catherine, PERRIN Georgette, *Op.cit.* p.11

⁸ NAUDIN David, LENOIR Marion, BROCKER Laurent, *Op.cit.* p.18

⁹ GIESBERGER Philippe, *Les premières écoles d'infirmières de l'Assistance publique*, Soins en psychiatrie, n° 164-165, 1994, p.45

¹⁰ DUBOYS FRESNEY Catherine, PERRIN Georgette, *Op.cit.* p.15

En parallèle de l'apprentissage apporté à l'école de la Salpêtrière et à Bicêtre, la Croix Rouge française, créée en 1864, se préoccupe de la formation des bénévoles recrutés pour les soins aux blessés de guerre.

La circulaire n° 7043 de 1902 du Ministre de l'Intérieur¹¹, rappelle la « *nécessité d'appliquer la loi du 15 juillet 1893 relative à la mise en place de formations d'infirmières véritablement qualifiantes.* »¹² Cette circulaire est à l'origine de l'ouverture de la première école d'infirmière par le docteur Bourneville. Par cette circulaire, la formation devient un préalable nécessaire à l'exercice professionnel.

« *L'entrée à l'école de la Salpêtrière est soumise à un examen médical et à la réussite à un examen (dictée, problème et même une épreuve de couture).* »¹³

2.1.4 Le début de la structuration des soins infirmiers

A la fin du XIX^{ème} siècle et au début du XX^{ème}, 4 femmes vont être porteuses d'une pensée pour structurer les soins, et bien au delà, de la création d'une identité professionnelle.

2.1.4.1 Florence Nightingale

Florence Nightingale est une infirmière anglaise, issue d'un milieu très aisé ce qui lui a permis de beaucoup voyager (Italie, Grèce, Turquie, Irlande...) et ainsi de visiter les hôpitaux et d'observer le travail qui y a été fait.

En 1854, elle s'engage avec un groupe de 38 infirmières, dans la guerre de Crimée, et part dans un hôpital d'un camp britannique, basé en Turquie.

Elle y découvre des blessés qui décèdent non pas de leurs blessures de guerre mais des épidémies qui se rependent sur le camp liées aux mauvaises conditions d'hygiène. « *Cette expérience influence sa carrière : par la suite elle affirme l'importance des conditions sanitaires. Elle contribue ainsi à réduire le nombre de morts au sein de l'armée en temps de paix et dirigea son attention vers la conception sanitaire des hôpitaux.* »¹⁴

A son retour de guerre elle écrira plusieurs rapports et publiera des ouvrages sur les soins infirmiers et leurs structurations. Elle crée, en 1860 à Londres, son école d'infirmière où elle prône le principe de l'alternance, entre l'apprentissage théorique et l'hôpital, fondement de la formation en soins infirmiers.

¹¹ <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Rsi/87/75.pdf>, consulté le 01/03/2013

¹² NAUDIN David, LENOIR Marion, BROCKER Laurent, *Op.cit.* p.19

¹³ *Ibidem*, p.19

¹⁴ http://fr.wikipedia.org/wiki/Florence_Nightingale, consulté le 01/03/2013

2.1.4.2 Anna Hamilton

Le docteur Anna Hamilton, médecin anglais exerçant à Bordeaux, se préoccupa du manque de formation des infirmières. Elle présentera une thèse de doctorat sur les soins infirmiers. « *Admiratrice de Florence Nightingale, elle importera en France la vision de cet autre pilier fondateur de la profession infirmière.* »¹⁵ Elle ouvrira une école de formation en 1902.

2.1.4.3 Léonie Chaptal

Issue de l'école de la Salpêtrière, elle dirigera une des premières écoles. Léonie Chaptal est à l'origine « *d'une identité et d'une reconnaissance professionnelles pour les infirmières françaises.* »¹⁶

Elle participe à la rédaction de plusieurs textes législatifs dont 3 décrets entre 1922 et 1924, qui officialisent le titre d'infirmière diplômée d'Etat par la création du Brevet de Capacité d'Infirmière Professionnelle. La formation est alors de 22 mois.

2.1.4.4 Virginia Henderson

Virginia Henderson, infirmière américaine, poursuit le cheminement du contenu des soins infirmiers promulgué par Florence Nightingale. Elle rédigea de nombreuses publications sur le concept du soin, plus particulièrement sur les différentes dimensions du soin : curative, préventive, de promotion de la santé et d'accompagnement.

« *Elle précise que le malade est un tout complexe avec 14 besoins fondamentaux, démontrant aussi le caractère pluridimensionnel des soins.* »¹⁷

Virginia Henderson propose de s'intéresser plus au malade qu'à la maladie en elle-même, pour ce faire elle proposera une définition des soins infirmiers : « *Ils consistent principalement à assister l'individu, malade ou bien-portant, dans l'accomplissement des actes qui contribuent au maintien ou à la restauration de la santé (ou une mort paisible) et qu'il accomplirait par lui-même s'il avait assez de force, de volonté ou de savoir. C'est probablement la contribution spécifique de l'infirmière de pouvoir donner cette assistance, de manière à permettre à celui qui la reçoit d'agir sans recours extérieur aussi rapidement que possible...* »¹⁸

Aujourd'hui encore de nombreux IFSI utilisent le modèle des 14 besoins de Virginia Henderson comme moyen d'apprentissage concernant la notion de prise en charge globale du patient.

¹⁵ *Ibidem*, p. 20

¹⁶ *Ibidem*, p.19

¹⁷ DUBOYS FRESNEY Catherine, PERRIN Georgette, *Op.cit.*p.34

¹⁸ HENDERSON Virginia, *La nature des soins infirmiers*, Edition du Renouveau Pédagogique, p.150-151/235 pages.

2.1.5 De la loi de 1946 au programme de 1979

Cette période dite « *moderne* » dans la formation voit le jour après la seconde guerre, avec la succession de différents textes législatifs qui vont structurer la formation des études en soins infirmiers.

C'est en 1946 que la première définition légale apparaît avec la loi du 8 avril 1946.

Elle définit l'exercice infirmier comme : « *est considérée comme exerçant la profession d'infirmier et d'infirmière, toute personne qui donne habituellement, soit à domicile, soit dans des services publics ou privés d'hospitalisation ou de consultation, des soins prescrits ou conseillés par un médecin.*»¹⁹

Le premier programme officiel de formation découle de l'arrêté du 18 septembre 1951 qui fixe la durée des études à 2 ans et qui repose sur l'alternance. Les médecins sont alors associés comme partenaires et de nouvelles notions apparaissent : élève, école et monitrice.

C'est en 1961, soit 10 ans plus tard, qu'apparaît la notion d'analyse de situation au travers du nouveau programme qui découle de l'arrêté du 17 juillet 1961²⁰. Ce programme détermine comme de la responsabilité de l'infirmière, les soins d'hygiène.

La notion de collaboration entre l'infirmière et le médecin y est explicitée, et marque le début d'autonomie de l'infirmière. Cette autonomie est confirmée par la notion de la gestion des soins d'urgences qui peuvent être promulgués sans attendre l'arrivée du médecin.

« *En 1972, la réforme du programme des études d'infirmières est une révolution dans la conception de la prise en charge des malades. C'est ainsi qu'apparu le concept novateur de "plan de soins infirmiers" centré sur la santé, la personne humaine et plus uniquement sur la maladie. Ceci répondait au souhait des infirmières de considérer le malade dans sa globalité. Le concept de santé publique fait alors sa réapparition avec la fonction "éducatrice de santé" de l'infirmière.*»²¹

La loi du 31 mai 1978²² est un véritable tournant dans l'exercice de la profession d'infirmière. Elle reconnaît la notion de soins infirmiers qui sont soit sur prescription médicale soit à l'initiative de l'infirmière, c'est la reconnaissance du rôle propre.

¹⁹ <http://www.ch-paysdegier.fr/histo5.htm>, consulté le 01/03/2013

²⁰ NAUDIN David, LENOIR Marion, BROCKER Laurent, *Op.cit.*p.25

²¹ <http://www.l-idel.fr/historique-et-cadre-juridique-de-la-profession-dinfirmiere-25.html>, consulté le 01/03/2013

²² http://legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=19780601&numTexte=&pageDebut=02235&pageFin, consulté le 01/03/2013

Cette loi donne une nouvelle définition de la profession, qui prévaut encore de nos jours : « *Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui, en fonction des diplômes qui l'y habilitent, donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou bien en application du rôle propre qui lui est dévolu. En outre, l'infirmière participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation d'encadrement.* »²³

De cette définition découlera le programme de 1979 (arrêté du 12 avril 1979)²⁴, qui fait passer la durée de formation à 33 mois.

Le rôle propre prend une place indéniable et la démarche de soins est introduite sur le modèle canadien.

Enfin et pour la première fois la mixité de la profession est reconnue puisqu'on parle du programme d'études préparatoires au diplôme d'Etat d'infirmier et d'infirmière.

2.1.6 1992, un programme fondateur

L'arrêté du 23 mars 1992²⁵ marque une étape importante dans la profession infirmière. Cet arrêté « *affirme l'émergence d'un profil d'infirmier puisqu'il inscrit la polyvalence issue de la formation unique. En effet, ce décret réalise la fusion des formations psychiatriques et soins généraux.* »²⁶

La durée des études est fixée à 3 ans et 3 mois, soit 4760 heures. Les mots élèves et écoles d'infirmières disparaissent pour laisser place à étudiant et centre de formation en soins infirmiers.

Le décret du 5 juin 1992 modifiera les centres de formation en soins infirmiers en IFSI.

Ce programme de formation met l'accent sur l'étudiant acteur de sa formation. Pour ce faire, il permet la structuration et l'élaboration d'un projet professionnel, par des principes pédagogiques reposant sur le développement de la créativité et de la faculté d'adaptation.

Il ressort de l'histoire de la profession d'infirmière et des études en soins infirmiers, que l'évolution de la profession s'est faite par les infirmières elles-mêmes, au rythme de l'histoire. La demande sociale et la demande de soins ont fait évoluer la notion de « *bons soins* » en « *prendre soins* ». Depuis de nombreuses années la compétence et la structuration de l'apprentissage sont au cœur des préoccupations de tous les acteurs impliqués dans la construction de la profession infirmière.

²³ *Ibidem*, p.27

²⁴ http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=19790414&numTexte=&pageDebut=00872&pageFin=, consulté le 01/03/2013

²⁵ <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000158224&dateTexte=20080711&fastPos=32&fastReqId=779791553&oldAction=rechTexte>, consulté le 01/03/2013

²⁶ *Ibidem*, p.28

2.2 Le référentiel de 2009

Afin de bien comprendre cette profonde réforme des études en soins infirmiers, il me paraît essentiel de clarifier le cheminement, la mise en place et le contenu de ce nouveau programme.

Ce référentiel découle des accords de Bologne²⁷.

« Les 9 points principaux définis lors des accords de Bologne sont :

- *Etablir un système lisible et comparable de diplômes ;*
- *Basé sur 2 niveaux (+doctorat) ;*
- *Avec système de crédits et de supplément au diplôme (explicitation du parcours) ;*
- *Promotion de la mobilité des étudiants et des enseignants ;*
- *Promotion d'une coopération européenne en matière d'évaluation et d'assurance qualité ;*
- *Développement de diplômes conjoints au plan européen ;*
- *Formation tout au long de la vie ;*
- *Implication des étudiants ;*
- *Attractivité de la zone Europe.»²⁸*

Il est mis en exergue la recherche d'une uniformisation du diplôme d'infirmier permettant une mobilité d'exercice de la profession. Ce nouveau référentiel qui conduit au diplôme d'Etat valant grade de licence est un tournant majeur dans l'histoire de la profession. En effet il est maintenant question de processus universitaire européen Licence, Master, Doctorat (LMD).

La formation dure 3 ans et est répartie sur 6 semestres, soit 2100 heures de cours dispensées en IFSI et 2100 heures dispensées en stage. 900 heures sont estimées pour le travail personnel, ce qui ramène à une totalité de 5100 heures de formation soit 340 heures de plus que dans le programme de 1992.

²⁷ WITTORSKI Richard, *Analyse du travail de production de compétences collectives*, Paris : l'Harmattan, collection Action et Savoirs, 1997, p.58/239 pages.

²⁸ <http://www.cefi.org/CEFINET/ENVIRON/EUROPE/LMD.htm>, consulté le 01/03/2013

Ce programme d'études est fixé par l'arrêté du 31 juillet 2009²⁹, il « vise l'acquisition de compétences pour répondre aux besoins de santé des personnes dans le cadre d'une pluriprofessionnalité. »³⁰

Tout au long de sa formation, que ce soit à l'IFSI ou en stage, l'étudiant va être placé en position d'acteur. Il lui est demandé de construire son identité professionnelle au travers de l'acquisition de compétences et de connaissances au regard des différentes expériences vécues. Ces expériences vécues, appelées aussi situations, vont être étudiées en IFSI, en mobilisant « 3 paliers d'apprentissage chez l'étudiant, qui constituent la base des principes pédagogiques de ce référentiel de formation.

Les trois paliers d'apprentissage sont :

- **Comprendre** : l'étudiant acquiert un ensemble de savoirs nécessaires à la compréhension des situations ;
- **Agir** : l'étudiant mobilise les savoirs en vivant concrètement l'action et est capable de faire ensuite son auto-évaluation ;
- **Transférer** : l'étudiant, au regard des expériences antérieures et après avoir fait le lien avec des concepts indispensables et transposables, est capable de faire face à une nouvelle situation grâce à ses apprentissages et son vécu.

Il s'agit donc, pour l'étudiant, de se questionner, de mobiliser des savoirs et de se placer continuellement dans une posture réflexive. Le but est non seulement de faire des liens entre des savoirs et des actions, mais aussi de pouvoir transposer des concepts pour faire face aux situations diverses.»³¹

Pour la suite de la présentation de ce référentiel j'ai fait le choix de cibler 4 notions essentielles de ce programme : les compétences, la posture réflexive, le tuteur de stage et le portfolio.

2.2.1 Au cœur des compétences

Au cours de ces 6 semestres, l'étudiant vise l'acquisition de 10 compétences³² définies par le référentiel. Les 5 premières sont appelées « cœur de métier », car elles sont représentatives de la

²⁹ <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020961044&dateTexte=&categorieLien=id>, consulté le 01/03/2013

³⁰ ADAM Rémi et BAYLE Isabelle, *Le tutorat infirmier, Accompagner l'étudiant en stage*, Edition De Boeck-Estem, 2012, p.3/117 pages.

³¹ *Ibidem* p.3

³² Annexe I : Tableau des 10 compétences professionnelles

profession d'infirmière, et les 5 autres sont dites « transversales », car communes à certaines professions paramédicales.

Afin de bien comprendre l'émergence de la notion de compétence dans les organisations de travail il m'a paru intéressant de citer le travail de Philippe ZARIFIAN. Pour lui, l'émergence du modèle de compétence est « *une mutation de longue durée, qui inaugure une nouvelle période historique.* »³³ Il s'agit pour ZARIFIAN de substituer le modèle de compétence à 2 grands modèles qui définissaient l'exercice d'une profession, soit « *le modèle du métier et le modèle du poste de travail.* »³⁴ Cette théorie modifiera l'approche dans les pratiques de la gestion des ressources humaines.

Afin d'aborder la notion de compétence, j'ai choisi de commencer en la définissant simplement par la définition du dictionnaire Larousse : « *Aptitude d'une autorité à effectuer certains actes. Aptitude d'une juridiction à instruire et à juger une affaire. Capacité reconnue en telle ou telle matière en raison de connaissances possédées et qui donne le droit d'en juger : Avoir des compétences en physique.* »³⁵

« *Aptitude* » et « *capacité reconnue* » me semble être 2 mots fondateurs de notre profession, pour lesquels se battaient déjà les infirmières du XIX^{ème} siècle. D'ailleurs, le premier diplôme infirmier, ne se nommait-il pas « *capacité* » ?

La définition que donne Guy LE BOTERF, docteur en sociologie et expert dans la notion de compétence, serait pour lui un ensemble de « *savoirs combinatoires* »³⁶ : « *Pour agir avec compétence, l'individu va articuler un savoir-agir, avec un pouvoir et un vouloir agir. Il deviendra un entrepreneur de ses compétences, tout cela en mobilisant des ressources internes et externes dans un contexte professionnel.* »³⁷

De plus, il précise que « *le professionnel n'est pas celui qui possède des savoirs ou des savoir-faire, mais celui qui sait les mobiliser dans un contexte professionnel. ... La compétence est toujours compétence - d'un acteur - en situation.* »³⁸

³³ ZARIFIAN Philippe, *Le modèle de la compétence*, Editions Liaisons, Paris, 2001, p.81/114 pages

³⁴ *Ibidem* p.81

³⁵ <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/compétence>, consulté le 01/03/2013

³⁶ ADAM Rémi et BAYLE Isabelle, *Op.cit.*, p.15

³⁷ *Ibidem* p.15

³⁸ LE BOTERF Guy, *De la compétence à la navigation professionnelle*. Les éditions d'organisation, 1997, p.50, 51/324 pages.

Selon Richard WITORSKI, professeur des universités en formation des adultes, « la compétence correspond à la mobilisation dans l'action d'un certain nombre de savoirs combinés de façon spécifique en fonction du cadre de perception que se construit l'auteur de la situation.»³⁹

Pour Philippe PERRENOUD, docteur en sociologie et en anthropologie, la compétence est « une capacité d'action efficace face à une famille de situations, qu'on arrive à maîtriser parce qu'on dispose à la fois des connaissances nécessaires et de la capacité à les mobiliser à bon escient, en temps opportun, pour identifier et résoudre de vrais problèmes», Philippe PERRENOUD précise encore sa conception, dans un document plus récent : « une compétence permet de faire face à une situation complexe, de construire une réponse adaptée sans la puiser dans un répertoire de réponses préprogrammées.»⁴⁰

Pour conclure ces approches du concept de compétence, j'ai trouvé intéressant de schématiser la compétences par la figure qui suit, et qui selon moi, reprend bien les différentes notions la composant, au sein d'un contexte.



Figure 1 : Schéma de la compétence professionnelle du Centre de Recherche Appliquée en Instrument de l'Enseignement (CRAIE)⁴¹

³⁹ WITORSKI Richard, *Analyse du travail de production de compétences collectives*, Paris : l'Harmattan, collection Action et Savoirs, 1997. p.58/239 pages.

⁴⁰ http://svt.ac-orleans-tours.fr/fileadmin/user_upload/svt/Missions-Formation-Carriere/Evaluer_et_remedier/competences_svt.pdf, consulté le 02/03/2013

⁴¹ <http://craie.com/services.php>, consulté le 05/03/2013

Au final ce que je retiens de ces différents auteurs est que la compétence est un ensemble de savoirs, de connaissances, de capacités, mis en exergue dans une situation donnée. Cette situation, le plus souvent une action, s'exerce dans un contexte professionnel. Une compétence née du croisement des différentes connaissances d'un individu avec sa capacité à la mettre en pratique dans un contexte professionnel.

2.2.2 La pratique réflexive

La posture réflexive tient une place très importante dans ce référentiel, en effet l'étudiant doit être acteur dans sa formation. Pour cela les cadres formateurs en IFSI, ainsi que les équipes en service, qui encadrent ces étudiants, doivent adopter cette posture afin de développer chez l'étudiant une pratique réflexive.

Pour commencer je citerai le cadre législatif, selon le référentiel de formation en soins infirmiers de 2009 : *« L'entraînement réflexif 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. Cette posture consiste non seulement à positionner des travaux cliniques ou pratiques dans la formation, mais surtout à revenir sur les acquis, les processus et les stratégies utilisées pour en dégager les principes transposables. Ainsi sont nommés et valorisés les principes de l'action, les références scientifiques, les schèmes d'organisation, etc., tout ce qui contribue à fixer les savoirs et à les rendre disponibles et mobilisables lors de la réalisation d'autres travaux. »*⁴²

Pour Guy LE BOTERF : *« La réflexivité consiste pour le professionnel à savoir prendre du recul par rapport à ses pratiques, à ses représentations, à ses façons d'agir et d'apprendre. Il peut les mettre en mots, les mettre en formes figuratives et les soumettre à une analyse critique. »*⁴³

Philippe PERRENOUD donne une définition du praticien réflexif, et donc du professionnel en pratique réflexive, comme : *« la personne qui réfléchit à sa propre manière d'agir, de façon à la fois critique et constructive. Ainsi, il peut mettre à distance, objectiver, comprendre ce qui s'est déroulé dans l'action. Grâce à ce temps de recul, l'acteur va apprendre de l'expérience, et construire des savoirs qui pourront être réinvestis dans les situations et les actions à venir. »*⁴⁴

⁴² http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009_annexe_3.pdf, consulté le 02/03/2013

⁴³ DANVERS Francis, *S'orienter dans la vie : une valeur suprême ? Essai d'anthropologie de la formation*, Edition Presses universitaires du Septentrion, 2009, p.444/656 pages.

⁴⁴ PERRENOUD Philippe, *Mettre la pratique réflexive au centre du projet de formation*, Cahiers pédagogiques, n°390, 2001, p.42-45

Pour finaliser cette partie sur la pratique réflexive, il m'a paru intéressant de résumer cette posture par le schéma de processus d'apprentissage de Kolb et Fry que je trouve, reprend extrêmement bien le cheminement qui doit amener à une posture réflexive.

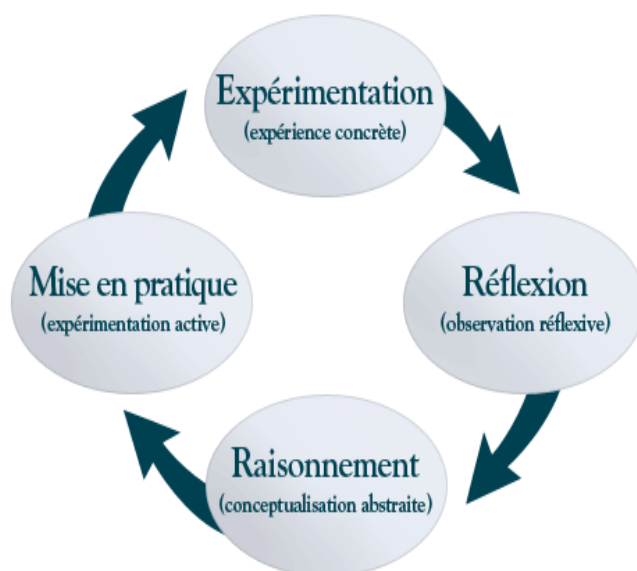


Figure 2 : Processus d'apprentissage de Kolb et Fry⁴⁵

Au regard des définitions de ces 2 auteurs et du texte réglementaire, la posture réflexive est une posture qui mène à la construction de l'identité professionnelle de l'étudiant. Les objectifs étant d'apprendre de sa propre expérience, de construire des savoirs, et de les réinvestir dans des situations.

L'essentiel est de savoir prendre du recul par rapport à ses pratiques, à ses représentations, à ses façons d'agir et d'apprendre, afin d'être capable de les réutiliser dans d'autres situations.

2.2.3 Les acteurs de l'encadrement

Durant les stages les étudiants collaborent et sont accompagnés par différents acteurs dont nous allons expliciter les missions de chacun ci-dessous. J'ai choisi de m'arrêter plus

⁴⁵ <http://hrcouncil.ca/info-rh/apprentissage-apprennent.cfm>, consulté le 06/03/2013

particulièrement sur le tuteur de stage, qui selon moi à un rôle pivot dans la structuration de l'encadrement des étudiants infirmiers en stage.

2.2.3.1 Le maître de stage

Le maître de stage est le garant de l'encadrement de l'étudiant et du suivi. Il veille à l'accueil organisationnel, à la désignation du tuteur de stage.

Il assure un suivi avec l'IFSI d'origine de l'étudiant et peut être amené à régler des cas de litiges par l'établissement d'un rapport circonstancié. C'est le plus souvent le cadre de santé ou un infirmier expérimenté et responsable (infirmier référent).

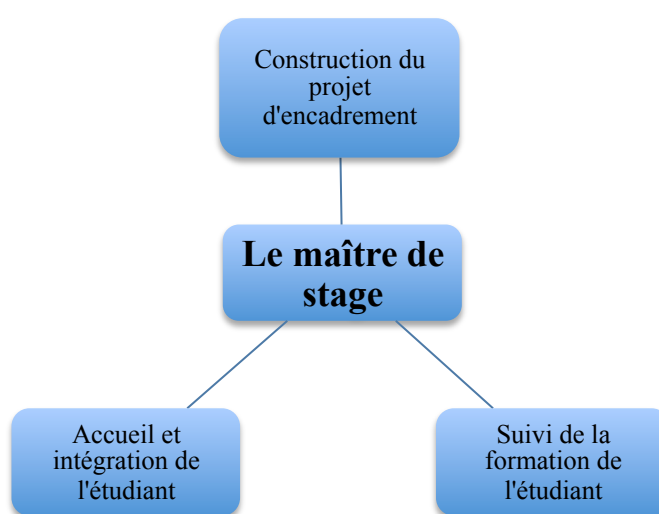


Figure 3 : Le maître de stage⁴⁶

2.2.3.2 Le tuteur de stage

Pour définir le tuteur de stage je trouve intéressant de partir de sa racine latine : « *tutor, tueri qui signifie protégé.* »⁴⁷

Le petit Larousse donne la définition suivante : « *Personne ou chose qui servent d'appui, de soutien, de protection.* »⁴⁸

A la lecture de ces 2 données nous pouvons déduire que le tuteur est chargé de la transmission des savoirs à une personne en position d'apprentissage.

⁴⁶ NAUDIN David, LENOIR Marion, BROCKER Laurent, *Op.cit.* p.170

⁴⁷ ADAM Rémi et BAYLE Isabelle, *Op.cit.*, p.61

⁴⁸ <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/tuteur>, consulté le 10/03/2013

Des auteurs renforcent cette idée en affirmant ceci : « *les tuteurs sont des travailleurs de l'entreprise d'accueil, spécialement désignés pour veiller sur un stagiaire. Le tuteur a pour fonction de faire acquérir au stagiaire les savoirs professionnels convenus, selon la progression déterminée en collaboration avec le pôle de formation, et d'être la référence du stagiaire dans l'entreprise. Ce dernier doit savoir que son tuteur est là pour répondre à ses questions, l'aider à comprendre ce qui se passe autour de lui, et résoudre avec lui les petits problèmes qui pourraient surgir.*»⁴⁹

Pour faire le lien avec la fonction de l'infirmier abordée dans le référentiel de formation, je citerai l'article R4311-15 du Code de la Santé Publique : « *Selon le secteur d'activité où il exerce, y compris dans le cadre des réseaux de soins, et en fonction des besoins de santé identifiés, l'infirmier propose des actions, les organise ou y participe dans les domaines suivants :*
1° formation initiale et formation continue du personnel infirmier, des personnels qui l'assistent et éventuellement d'autres personnels de santé ;
2° encadrement des stagiaires en formation.»⁵⁰

Dans l'arrêté du 31 juillet 2009, il est dit que le tuteur de stage doit être : « *un professionnel expérimenté, il a développé des capacités ou des compétences spécifiques et de l'intérêt pour l'encadrement d'étudiants. Il connaît bien les référentiels d'activités, de compétences et de formation des futurs professionnels qu'il encadre.*»⁵¹

Les missions du tuteur de stages ont été définies clairement dans ce même arrêté comme suite :

- « *Il assure un accompagnement des étudiants et évalue leur progression lors d'entretiens réguliers ;*
- *Il peut accompagner plusieurs stagiaires et les recevoir ensemble lors de leur accueil ou de séquences de travail ;*
- *Il peut leur proposer des échanges autour des situations ou des questions rencontrées ;*
- *Il facilite l'accès des étudiants aux divers moyens de formation proposés sur les lieux de stage, les met en relation avec des personnes ressources et favorise, en liaison avec le maître de stage, l'accès aux services collaborant avec le lieu de stage en vue de*

⁴⁹ *Ibidem* p.61

⁵⁰ http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=5502F80F42573F5321294DF5C67C2FF5.tpdjo12v_1?i dArticle=LEGIARTI000006913903&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20130317, consulté le 10/03/2013

⁵¹ http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009_annexe_3.pdf, consulté le 10/03/2013

comprendre l'ensemble du processus de soin (exemple : stérilisation centrale, bloc opératoire, consultation, etc.) ;

- Il a des relations régulières avec le formateur de l'institut de formation, référent du stage ;
- Il propose des solutions en cas de difficultés ou de conflits ;
- Il 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 formalise cette progression sur le portfolio lors des entretiens avec l'étudiant en cours et à la fin du stage.»⁵²

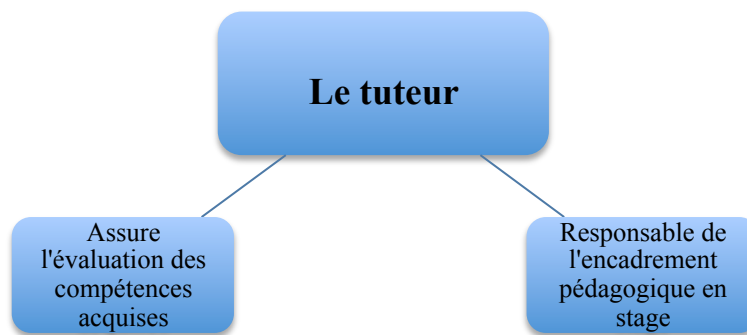


Figure 4 : Le tuteur⁵³

Comme indiqué dans la figure 4, le tuteur de stage a 2 grands rôles : un rôle pédagogique et un rôle d'évaluateur.

2.2.3.3 Les professionnels de proximité

Ces professionnels de proximité assurent l'apport pédagogique de l'étudiant au quotidien. Ils peuvent être IDE ou aides-soignants. Ils participent activement à la construction des situations d'apprentissage, en collaboration avec le tuteur de stage et le maître de stage. Par les savoirs et les connaissances qu'ils apportent au quotidien à l'étudiant, les professionnels de proximité sont garants des bonnes pratiques qu'ils communiquent.

⁵² http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009_annexe_3.pdf, consulté le 10/03/2013

⁵³ NAUDIN David, LENOIR Marion, BROCKER Laurent, *Op.cit.*p.171

Ces professionnels doivent être en contact avec le tuteur afin de faire le point sur l'encadrement de l'étudiant.

La figure qui suit reprend les principales missions du professionnel de proximité.

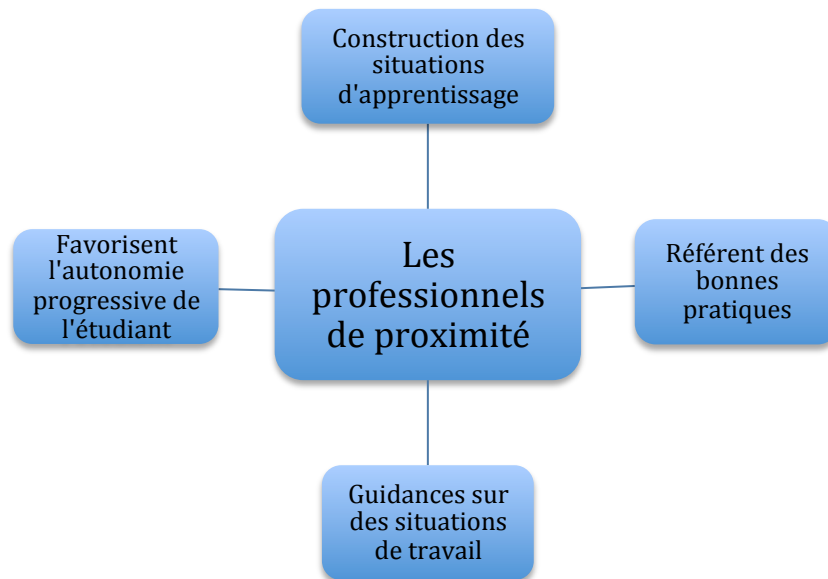


Figure 5 : Professionnels de proximité⁵⁴

2.2.4 Le portfolio

Il est impossible de faire une présentation de ce référentiel sans aborder ce nouvel outil qui est la propriété de l'étudiant, mais un vrai fil conducteur pour les acteurs de l'encadrement, entre les différents stages. En effet le portfolio témoigne de la progression dans les acquisitions de l'étudiant, et montre l'évolution au regard des compétences visées.

L'Agence Régionale de Santé (ARS) en 2010 en donne une définition : « *Un portfolio est une collection organisée et cumulative de travaux et de réflexions d'un étudiant, qui rassemble des informations sur les compétences qu'il a développées au cours d'une période plus ou moins longue d'apprentissage.* »⁵⁵

⁵⁴ *Ibidem*.p.172

⁵⁵ http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/partie_2_GUIDE_encadrement_etudiants_infirmiers.pdf, consulté le 12/03/2013

L'ARS a déterminé des objectifs précis du portfolio pour le tuteur de stage mais aussi pour l'étudiant :

- « **Pour le tuteur :**
 - *Réaliser un bilan des acquisitions antérieures afin de proposer un encadrement personnalisé et favoriser les conditions d'apprentissage ;*
 - *Rendre visible la progression et les acquisitions de l'étudiant.*
- **Pour l'étudiant :**
 - *Impliquer l'étudiant dans son processus d'apprentissage tout au long de sa formation ;*
 - *Réaliser une auto-évaluation de sa progression ;*
 - *Favoriser une réflexion, ou une analyse réflexive ou une posture réflexive de l'étudiant sur ses modes d'apprentissage et ses pratiques professionnelles.»*⁵⁶

Afin de bien comprendre les finalités du portfolio, je vais utiliser un schéma qui reprend les objectifs de cet outil :

⁵⁶ http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/partie_2_GUIDE_encadrement_etudiants_infirmiers.pdf, consulté le 12/03/2013

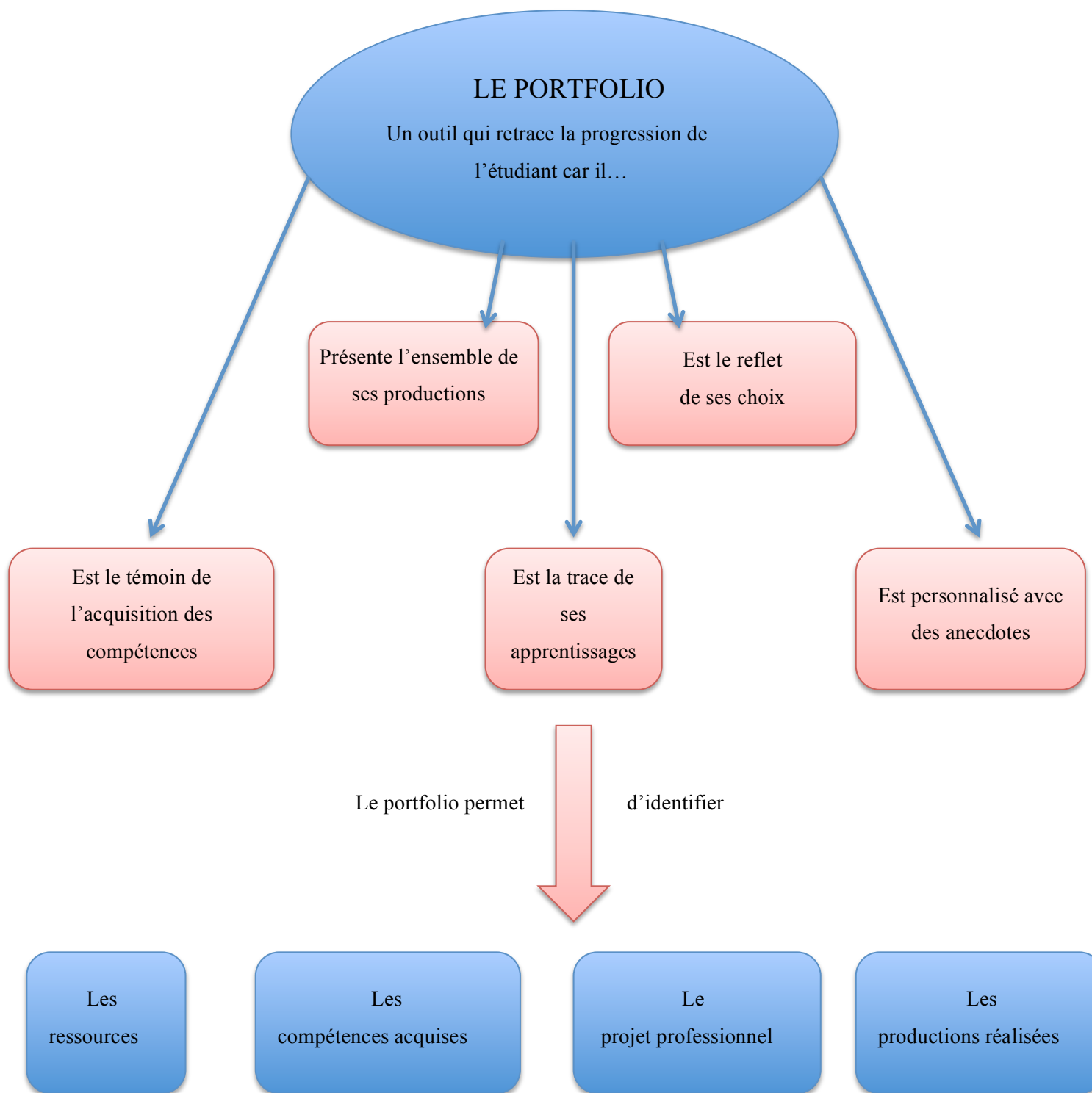


Figure 6 : Objectifs du portfolio infirmier⁵⁷

⁵⁷ Ibidem.p.79

2.3 L'apprentissage

Toujours dans l'objectif d'affiner ma question de recherche, je vais dans cette partie aborder la notion d'apprendre selon différents courants qui ont donné naissance aux fondements de l'apprentissage. Pour ce faire j'ai fait le choix de traiter 3 courants parmi les nombreux existants : le modèle transmissif, le courant behavioriste et le courant constructiviste et socioconstructiviste.

J'ai choisi ces 3 modèles qui sont basés sur les théories de l'apprentissage et sur les liens entre apprentissage et connaissances.

Avant de développer ces 3 courants il m'a paru important de définir 3 termes qui touchent le concept d'apprentissage. Ces 3 termes seront définis selon leurs définitions du dictionnaire Larousse, ainsi que RAYNAL Françoise et RIEUNIER Alain, tous deux formateurs de formateurs et psychopédagogues, auteurs de « *Pédagogie, dictionnaire des concepts clés* ».

- **Apprendre** :
 - Selon le Larousse : « *Enseigner à quelqu'un quelque chose, lui faire acquérir une connaissance, un savoir-faire, une expérience* »⁵⁸;
 - Selon RAYNAL et RIEUNIER : « *traiter l'information de manière à pouvoir la mémoriser et la réutiliser ultérieurement lorsque le besoin s'en fera sentir dans des situations* »⁵⁹;

- **Enseigner** :
 - Selon le Larousse : « *Faire apprendre une science, un art, une discipline à quelqu'un, à un groupe, le lui expliquer en lui donnant des cours, des leçons* »⁶⁰;
 - Selon RAYNAL et RIEUNIER : « *C'est organiser une situation qui conduira l'élève à se poser des questions, à émettre des hypothèses, à se heurter à des contradictions, donc à construire des réponses pour répondre à ses interrogations* »⁶¹;

⁵⁸ <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/apprendre>, consulté le 12/03/2013

⁵⁹ RAYNAL Françoise et RIEUNIER Alain, *Pédagogie, dictionnaire des concepts clés*, Edition ESF, 2009, p.34/508 pages.

⁶⁰ <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/enseigner>, consulté le 12/03/2013

⁶¹ *Ibidem*, p.177

- **La connaissance** :

- Selon le Larousse : « *Action, fait de comprendre, de connaître les propriétés, les caractéristiques, les traits spécifiques de quelque chose* »⁶²;
- Selon RAYNAL et RIEUNIER : « *Ensemble des savoirs, savoir-faire, savoir-être acquis par un individu et mobilisable par lui en cas de besoin.* »⁶³

Pour terminer ces définitions, il me paraissait essentiel de compléter avec celle que donnent RAYNAL et RIEUNIER sur les théories de l'apprentissage, cette dernière me permettra d'ouvrir sur les 3 courants d'apprentissage : « *Théories qui tentent d'expliquer la manière dont les individus apprennent.* »⁶⁴

2.3.1 Le modèle transmissif

Cette pédagogie aussi appelée « *magistrale* » est principalement issue des travaux de John LOCKE, philosophe du XVIII^{ème} siècle. Elle est basée sur la transmission des savoirs d'un enseignant à un étudiant, sans que ces derniers ne soient transformés par l'étudiant.

Ici est visée la reproduction conforme d'un savoir ou d'une action, l'étudiant en position d'apprentissage est vierge du savoir qui lui est apporté. L'étudiant est sur un mode passif type « *émetteur-récepteur* ».

La connaissance « *viendrait s'imprimer dans la tête de l'élève comme dans de la cire molle.* »⁶⁵

Ce premier modèle est tout simplement le principe du cours magistral d'un professeur à des étudiants, peu d'échanges et un apport de savoirs.

⁶² <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/connaissance>, consulté le 12/03/2013

⁶³ *Ibidem*, p.121

⁶⁴ *Ibidem*, p.50

⁶⁵ http://www.ac-paris.fr/portail/jcms/p1_464684/trois-grandes-positions-en-education-et-leurs-liens-avec-la-transmission-des-savoirs-en-matiere-deducation-artistique, consulté le 12/03/2013

Je vous propose une figure retrouvée dans plusieurs lectures et qui illustre le modèle transmissif :

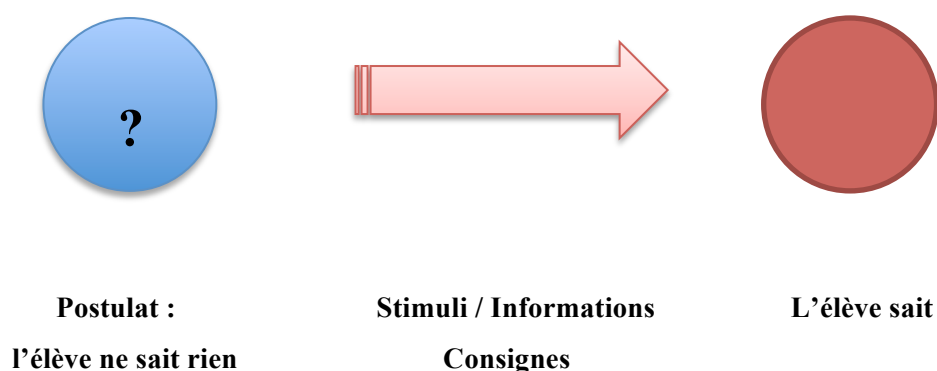


Figure 7 : Modèle transmissif⁶⁶

2.3.2 L'approche comportementaliste

Tout d'abord le béhaviorisme vient du mot anglais *behavior* qui signifie comportement. Ce courant a principalement été développé au début du XX^{ème} siècle par John WATSON, psychologue américain, qui fonda ses travaux sur l'observation du comportement. En effet il s'intéressa plus au comportement de l'étudiant une fois l'objectif atteint, plutôt qu'à la construction du processus de la connaissance en elle-même.

Dans ce courant l'apprentissage résulte d'une suite de conditionnement entre stimuli et réponses comportementales, en effet ici « *le comportement est déterminé par les stimulations de l'environnement, l'apprentissage est fonction de contingences externes, notamment des contingences de renforcement.* »⁶⁷

Selon Burrhus Frederic SKINNER, psychologue américain reconnu pour ses travaux au XX^{ème} siècle et fortement influencé par WATSON, « *quatre grands principes pédagogiques sont issus du béhaviorisme :*

1er principe : « l'apprentissage consiste en la mise en place d'un comportement en réponse à un stimulus,

2ème principe : multiplier les occasions de distribuer des renforcements positifs,

⁶⁶http://www.ac-paris.fr/portail/jcms/p1_464684/trois-grandes-positions-en-education-et-leurs-liens-avec-la-transmission-des-savoirs-en-matiere-deduction-artistique, consulté le 12/03/2013

⁶⁷ DONNADIEU Bernard, GENTHON Michèle et VIAL Michel, *Les théories de l'apprentissage, quel usage pour les cadres de santé*, Edition Masson, 1998, p.42/128 pages.

« L'acquisition de connaissances passe par la transformation des informations reçues par l'apprenant à travers ses expériences et ses connaissances préalables. »⁷¹

Dans cette approche l'étudiant est actif et son autonomie est renforcée.

C'est Jean PIAGET, psychologue suisse, qui en 1923 développa le constructivisme en partant des travaux faits sur le behaviorisme qu'il considérait comme limitant le cadre de l'apprentissage.

« Le constructivisme suppose que les connaissances de chaque sujet ne sont pas une simple « copie » de la réalité, mais une « (re)construction » de celle-ci. Le constructivisme s'attache à étudier les mécanismes et processus permettant la construction de la réalité chez les sujets à partir d'éléments déjà intégrés. »⁷²

A partir des travaux de PIAGET Lev Semionovitch VYGOTSKI, psychologue russe, ajoute la notion dans la construction active des connaissances de PIAGET, de l'importance du milieu social de l'individu. Par cet ajout dans le concept de PIAGET, VYGOTSKI donne naissance au socioconstructivisme.

La figure 9 schématise ce dernier modèle.

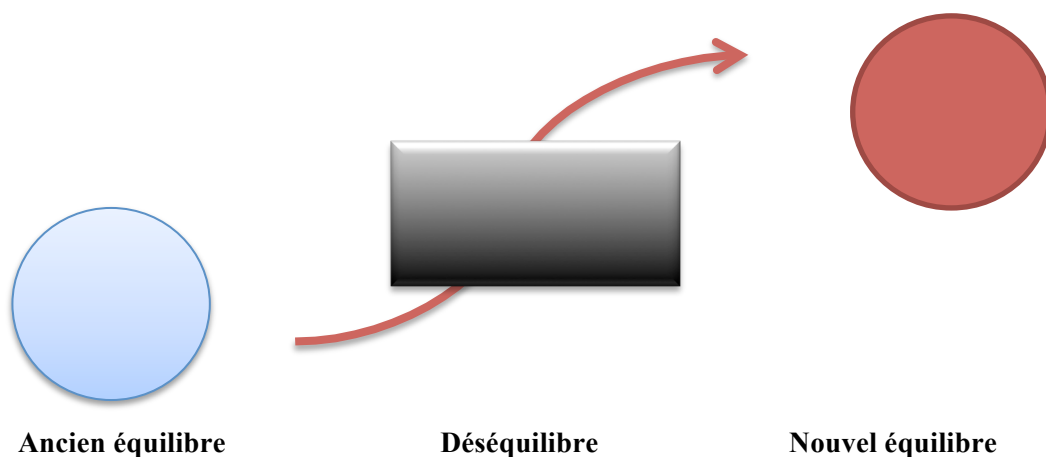


Figure 9 : Modèle socioconstructiviste⁷³

⁷¹ <http://bdp.ge.ch/webphys/enseigner/3modeles.html>, consulté le 12/03/2013

⁷² [https://fr.wikipedia.org/wiki/Constructivisme_\(psychologie\)](https://fr.wikipedia.org/wiki/Constructivisme_(psychologie)), consulté le 16/03/2013

⁷³ NAUDIN David, LENOIR Marion, BROCKER Laurent, *Op.cit.* p.163

Pour résumer le concept d'apprentissage, je peux dire au regard de ces 3 concepts qu'ils ont tous un sens à un moment donné du parcours de l'apprenant, mais celui que je vais retenir ici, est le modèle socioconstructiviste. En effet adopter une démarche de formation envers d'autres professionnels ou futurs professionnels, doit être basée sur l'appropriation de situations, d'expériences et de connaissances, ce qui nous renvoie à la posture réflexive de l'étudiant, mais aussi du formateur. C'est dans ce contexte que la notion « *d'apprendre à apprendre* » prend tout son sens.

Pour terminer cette partie sur l'apprentissage, je citerai les 5 composantes nécessaires pour favoriser l'apprentissage, reprises dans la figure ci-dessous :

- « **La motivation** est un élément capital de mémorisation : l'étudiant doit être acteur de sa formation ;
- **L'information** reflète le niveau d'accès aux ressources pour que l'étudiant puisse étoffer ses connaissances ;
- **L'interaction** témoigne de la qualité du dialogue entre l'apprenant et l'enseignant ;
- **L'activation** témoigne de la capacité de mettre en action et en application les savoirs ;
- **La production** : ce que l'étudiant est capable de produire pour satisfaire à l'évaluation.»⁷⁴

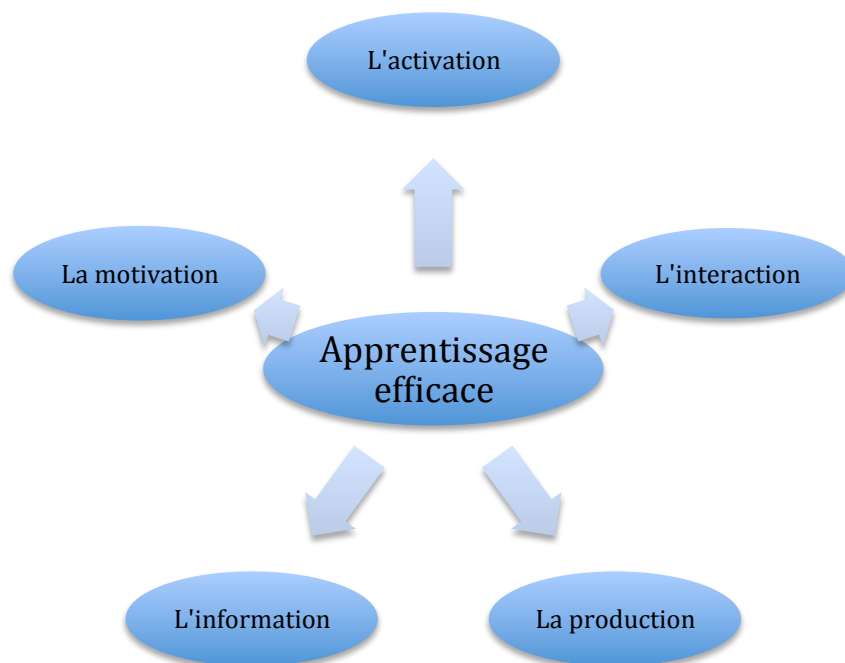


Figure 10 : Conditions de l'apprentissage efficace⁷⁵

⁷⁴ Ibidem.p.164

⁷⁵ Ibidem

2.4 Le cadre de santé

Pour la dernière partie de cet apport conceptuel qui concerne le cadre de santé, je vais présenter l'évolution de cette fonction ainsi que les missions de ce dernier.

Pour commencer il m'a paru intéressant de citer la définition de la profession cadre de santé, donnée par le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, issue de la fiche métier⁷⁶ cadre responsable d'unité de soins du répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière. Elle définit cette fonction comme « *Organiser l'activité paramédicale, animer l'équipe et coordonner les moyens d'un service de soins, médico-technique ou de rééducation, en veillant à l'efficacité et la qualité des prestations.* »⁷⁷

2.4.1 Le cadre réglementaire

L'objectif de poser le cadre réglementaire n'est pas de faire une énumération des textes, décrets et ordonnances qui régissent cette fonction mais de comprendre comment la profession de cadre de santé s'est structurée au travers des grandes réformes hospitalières.

Le premier décret de la structuration de la profession portant sur les fonctions du surveillant hospitalier fût édité en avril 1943. Jusqu'alors ces derniers étaient nommés à l'ancienneté et par leurs compétences techniques. Ce décret définit « *les obligations d'organisation et de contrôle du surveillant hospitalier.* »⁷⁸ Le surveillant exerce alors une double fonction de soignant et de responsable administratif. Il faudra attendre 1958 pour qu'un nouveau décret crée les certificats d'aptitude aux fonctions d'infirmier surveillant et d'infirmier moniteur, délivrés à l'issue d'une formation de 8 mois. C'est en 1975 que les fonctions d'encadrement et de formateurs font l'objet d'une seule et même formation sanctionnée par l'obtention du certificat de cadre infirmier. Le contenu de ces programmes de formation est jusqu'ici essentiellement basé sur l'expertise des pratiques professionnelles.

« *Entre 1982 et 1984, puis entre 1986 et 1988, deux groupes de travail se sont réunis à la Direction générale de la santé pour évoquer une éventuelle réforme de la formation cadre dans une dimension interprofessionnelle... sans succès.* »⁷⁹

⁷⁶ Annexe II : Fiche métier cadre responsable d'unité de soins du répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière

⁷⁷ <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=fiche-metier&idmet=27#ancre2>, consulté le 20/03/2013

⁷⁸ <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006072701&dateTexte=20081023>, consulté le 20/03/2013

⁷⁹ <http://personnellesante.fr/etablissement-sante-environnement/reglementation-du-metier-cadre-de-sante.html>, consulté le 20/03/2013

La circulaire du 20 février 1990⁸⁰ (non parue au Journal Officiel, ni au Bulletin Officiel) décrit les emplois de surveillant et surveillant-chef en termes de missions, fonctions principales et activités. L'élaboration du projet de service, l'organisation et la gestion de l'activité, l'animation et l'encadrement de l'équipe constituent les missions et fonctions du surveillant. Il apparaît alors plusieurs notions telles que organisation, gestion et animation qui seront reprises plus particulièrement dans les missions du cadre de santé.

La loi du 31 juillet 1991 portant sur la réforme hospitalière crée dans chaque établissement un service de soins infirmiers dont la direction est confiée à l'Infirmier Général. Cette création place le « *surveillant infirmier* » à un niveau central sur des missions plus administratives tout en gardant un rôle d'expert dans les pratiques soignantes. En novembre 1991, suite aux accords DURIEUX, les termes de surveillant et surveillant chef disparaissent pour laisser place au cadre et cadre supérieur.

Ce n'est qu'en 1995 que la formation cadre de santé va connaître une profonde réforme avec le décret et l'arrêté du 18 août 1995 portant sur la création d'un diplôme cadre de santé.⁸¹ Cette réforme toujours en vigueur aujourd'hui, a été un tournant pour notre profession signant enfin le passage de la fonction du cadre expert à un cadre polyvalent en favorisant la coopération, la collaboration et l'adaptabilité dans les diverses missions de la fonction.

Il aura fallu plus de 50 ans pour que cette profession soit reconnue comme elle l'est aujourd'hui avec des missions qui vont bien au delà de l'expertise en soins et qui touchent diverses fonctions comme le management d'équipe, l'organisation, la responsabilité de projet et de formation, tout en restant garant des bonnes pratiques et de la qualité des soins au sein de son service.

2.4.2 Les missions du cadre de santé

Il est répertorié aujourd'hui différentes missions du cadre de santé, en fonction de la structure de son exercice : cadres territoriaux de santé, cadres de santé civils du Ministère de la Défense, cadres du secteur privé... J'ai fait le choix de ne traiter que les missions du cadre de santé de proximité en milieu hospitalier.

Ainsi je me suis inspirée du Rapport de Chantal DE SINGLY qui, avant d'assurer la direction de l'ARS de la Réunion fût directrice de différents hôpitaux et surtout fût missionnée par la Ministre de la Santé Roselyne BACHELOT pour construire un rapport qui a vu le jour en

⁸⁰ Cours de Gilles DESSERPRIT, *La responsabilité du cadre de santé*, Master 1 « Management et santé, 2012-2013

⁸¹ <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000738028&dateTexte=&categorieLien=id>, consulté le 20/03/2013.

septembre 2009 sur la formation, le rôle, les missions et la valorisation des cadres hospitaliers.

La définition de la profession cadre de santé donnée par le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, issue de la fiche métier touche des notions que le rapport de la mission cadres hospitaliers DE SINGLY reprend sous une définition plus fonctionnelle du cadre hospitalier :

- « - une mission de management d'équipes et d'organisations ;
- une mission transversale ou de responsabilité de projet ;
- une mission d'expert ;
- une mission de formation.»⁸²

Dans le cadre de mon travail, je tiens à développer la fonction de lien, de « *maillon central* » et de « *clef du changement* » exercé par le cadre de proximité.

Il assure un rôle majeur dans l'articulation de l'organisation hospitalière, ce que Henry MINTZBERG, universitaire canadien en science de gestion, appelle la bureaucratie professionnelle⁸³. Pour lui le cadre de santé se situe entre le sommet stratégique assuré par la direction, la ligne hiérarchique qui pourrait être ici représentée par le cadre supérieur de santé et le centre opérationnel constitué des acteurs dont le travail est directement lié à la production des biens et services, soit l'équipe paramédicale. Le lien entretenu avec le support logistique garantit la bonne fonctionnalité matérielle du service.

Cette approche très structurelle du travail du cadre de proximité est facilement transposable à la fonction transversale que ce dernier assure.

En effet ce travail « *invisible* » de lien est mis en avant dans le rapport DE SINGLY comme une fonction d'encadrement « *qui fait le lien concret, quotidien, entre les directives reçues des directions générales et des responsables d'unité et le travail au jour le jour. C'est elle qui fait la « traduction » entre le caractère général et parfois abstrait des directives et les caractéristiques des personnels encadrés et des situations singulières locales. En ce sens, l'encadrement n'est pas une « courroie de transmission » mais bien un traducteur et un interprète, qui doit savoir adapter des principes généraux à des situations particulières, ceci de façon souvent très « personnelle » : la manière dont l'encadrement se positionne lui-même par rapport aux réformes, et est (ou n'est pas) intimement convaincu de leur bien-fondé, joue un rôle décisif dans la façon dont il tentera (ou ne tentera pas) de convaincre celles et ceux qu'il encadre.»⁸⁴*

⁸² DE SINGLY Chantal, *Rapport de la mission cadres hospitaliers*, septembre 2009, p.5/125 pages.

⁸³ MINTZBERG Henry, *Le management Voyage au centre des organisations*, Eyrolles, Deuxième édition revue et corrigée, sixième tirage 2011, p.184-185/703 pages.

⁸⁴ DE SINGLY, *Op. Cit.*, p.21

Ce rôle de lien, de coordination, de médiation entre le sommet stratégique et le centre opérationnel est transposé en fonction au sein des établissements hospitaliers par Paule BOURRET (cadre de santé formatrice et docteur en sociologie). Selon elle, « *A l'hôpital, ce rôle prend une importance considérable, car l'organisation est construite sur un nombre important de professionnels appelés à travailler ensemble dans le même espace, et ce en présence du bénéficiaire de leur travail, le malade. Les cadres coordonnent l'activité des personnes et des groupes ; mais aussi des mondes et des rationalités divergentes (système relationnel affectif et système contractuel, système social de l'urgence et système technique, rationalité gestionnaire et rationalité pathique, etc.)* »⁸⁵

Je tiens à mettre en avant cette mission de lien et de coordination car pour moi, le cadre de santé est porteur des réformes hospitalières et par conséquent il se doit de faire redescendre les informations de la direction de l'établissement, mais aussi de l'Etat en aidant à la mise en place sur le terrain des différents textes législatifs et réformes.

⁸⁵ BOURRET Paule, *Les cadres de santé à l'hôpital un travail de lien invisible*, Editions Seli Arslan SA, 2006, p.53/284 pages.

3 Les hypothèses

Après avoir posé mon cadre conceptuel et au regard de mes différentes lectures je vais orienter mon travail selon différentes hypothèses. Pour cela je me suis recentrée sur ma question de départ qui était :

Que peut mettre en place le cadre de santé, en service de psychiatrie, pour structurer l'encadrement de l'apprentissage des étudiants en soins infirmiers ?

Cette question de départ m'a amenée à orienter mon travail de recherche sur la mise en place du référentiel 2009 et le rôle de ses différents acteurs dans l'objectif de favoriser l'encadrement des étudiants en soins infirmiers par les équipes.

Ainsi je pose les 3 hypothèses suivantes :

Hypothèse 1 :

Un partenariat entre les instituts de formation en soins infirmiers et les cadres de santé facilite la mise en place du référentiel 2009 au sein des unités de soins accueillant des étudiants en soins infirmiers en stage.

Hypothèse 2 :

Les établissements de santé qui mènent une politique institutionnelle sur l'encadrement des étudiants en soins infirmiers sont aidants pour les cadres de santé dans la structuration de l'encadrement de l'apprentissage.

Hypothèse 3 :

Le positionnement et l'investissement du cadre de santé face à de nouvelles réformes sont des facteurs facilitants pour l'adhésion de son équipe à un changement fondamental.

4 Méthodologie de la recherche

Mon travail de recherche étant basé sur les modifications apportées au sein des équipes par la mise en place du référentiel infirmier 2009 et plus précisément comment le cadre de santé peut-il être acteur dans cette réforme, j'ai choisi de rechercher les outils mis à la disposition des cadres de santé, ou adaptés par ces derniers en secteur psychiatrique pour une mise en œuvre de qualité.

4.1 Le choix de l'outil

Mon objectif de recherche étant d'ordre qualitatif, l'entretien semi dirigé⁸⁶ m'a semblé le plus approprié pour mener à bien mon travail. En effet, cette méthode permet un véritable échange où la personne interrogée peut exprimer ses idées, mais aussi ses perceptions, ses expériences tout en restant centrée sur le sujet grâce aux interventions de l'interlocuteur qui pose les questions. Ceci permet une souplesse, tant pour l'interviewé que pour l'intervieweur. L'interviewé se sent plus libre de ses réponses et peut ainsi dépasser l'objectif recherché dans la question posée en l'agrémentant de son propre vécu ou ressenti. Pour l'intervieweur, cette méthode lui ouvre des portes auxquelles il n'aurait pas forcément pensé et lui permet de rebondir, de reformuler ou de faire approfondir la réponse apportée.

De plus, cette méthode permet une observation du non verbal de l'interviewé qui se montre parfois aussi important que les réponses apportées aux questions. Un doute, une hésitation, une gêne, un soupir ou un sourire peuvent laisser transparaître des réactions par rapport aux questions posées qui ne seraient pas apparues au travers de simples questionnaires. Ces expressions non verbales permettent de faire préciser la réaction provoquée par la question et peuvent permettre des ouvertures sur le sujet ou parfois montrer des discordances.

4.2 La population choisie

Dans le cadre de ma recherche et afin de rester en lien avec mon constat de départ j'ai choisi de cibler une population de cadre de santé exerçant en psychiatrie. La spécificité de cette spécialité m'a amenée à rencontrer des cadres de santé tous issus de la filière infirmière, pour certains diplômés après 1992 issus du diplôme d'Etat des soins généraux et d'autres avant 1992

⁸⁶ CAMPENHOUDT Luc/QUIVY Raymond, *Manuel de recherche en sciences sociales*, Dunod, 4^{ème} édition entièrement revue et argumentée, 2011, p.171/262 pages.

issus de la formation d'Infirmier de Secteur Psychiatrique (ISP). Cette spécificité dans le choix de la population me paraît pertinente afin d'avoir le retour d'expérience de cadres de santé ayant vécu différents programmes d'études en soins infirmiers.

Il était primordial dans ma recherche de me tourner vers des établissements où des moyens avaient été mis en place pour accompagner les équipes dans l'encadrement des étudiants, tant au niveau de l'institution que de l'unité. Tout d'abord, j'ai pris contact avec une référente du module de psychiatrie d'un IFSI sur le territoire choisi, afin de déterminer les établissements pouvant répondre à mes critères. Grâce à elle j'ai pu directement entrer en contact avec la population ciblée.

Afin de rendre plus exhaustif mon travail et les informations recueillies lors des entretiens, je me suis tournée vers des CDS exerçant dans différents établissements hospitaliers : 5 dans des Centres Hospitaliers Spécialisés (CHS) en psychiatrie et 3 dans des Centres Hospitaliers Généraux (CHG) où sont intégrés des unités de psychiatrie. Ce choix m'a permis de recueillir des informations plus ou moins différentes et ainsi de les analyser en tenant compte de cette donnée.

Cependant, dans un des CHS j'ai réalisé 2 entretiens auprès de CDS, l'un exerçant en intra-hospitalier et le second dans un service d'accueil et d'urgence psychiatrique qui était localisé au sein d'un CHG mais dont l'équipe dépendait du CHS.

Donc, hormis cette situation spécifique, chaque cadre de santé rencontré exerçait dans des établissements distincts.

4.3 Les limites de mon travail

Afin de rester fidèle à ma question de départ, je n'ai rencontré que des cadres qui exercent dans des établissements où des outils ont été mis en place pour structurer l'encadrement de l'apprentissage des étudiants en soins infirmiers par les équipes. Hors, lors de ma recherche pour réaliser mes entretiens, j'ai contacté des établissements publics mais aussi des CDS exerçant en cliniques privées. Sur les 3 cliniques privées contactées, aucune démarche structurée n'avait été mise en place. C'est donc avec regret que je n'ai pu réaliser d'entretien dans le secteur privé qui m'aurait permis de pouvoir prendre en compte cet élément de comparaison.

Avec du recul, il m'aurait paru pertinent de pouvoir réaliser des entretiens auprès d'étudiants en soins infirmiers en stage dans les unités où j'ai interrogé les CDS. Ce complément m'aurait permis de recueillir l'avis des Etudiants Infirmiers Diplômés d'Etat (E.IDE) sur la structuration de leur apprentissage.

4.4 La méthodologie de traitement des données

Afin de réaliser l'exploitation de ces entretiens, j'ai choisi de les traiter par question. La première abordant l'identité professionnelle de ces CDS a été, pour une lecture plus aisée, catégorisée sous forme de tableau qui reprend l'identité professionnelle de chacun des 8 CDS sur les 7 établissements.

Pour le traitement des 7 autres questions elles suivront l'ordre défini lors de la construction de la grille et seront synthétisées par les éléments significatifs recueillis lors des entretiens que j'ai retranscrit après enregistrement.

Avec l'accord de mon directeur de mémoire j'ai retranscrit dans sa totalité un des entretiens (Annexe IV). Mon choix s'est porté sur celui d'un CDS qui exerce dans un établissement où l'encadrement des étudiants semble être une priorité à un niveau institutionnel mais aussi par l'implication des CDS dans cette réforme.

5 L'analyse des entretiens

5.1 L'identité professionnelle de la population

Afin de cerner la population interviewée il me paraît essentiel de présenter leur identité professionnelle qui a, forcément orienté pour certains, leurs réponses lors de la réalisation des entretiens. Les 8 entretiens ont été menés auprès de CDS, tous diplômés.

Leur âge varie de 31 à 55 ans. 3 CDS ont bénéficié de la formation d'ISP et exercent dans des CHS et les 5 autres ont été diplômés infirmiers d'Etat après 1992 et exercent aussi bien dans des CHS que des CHG. Leur ancienneté dans la fonction CDS varie de 3 à 13 ans et seulement 3 ont exercé en tant que FFCS avant de faire leur école. 7 cadres interrogés étaient en poste en 2009 lors de la réforme des études en soins infirmiers et la huitième faisait sa rentrée à l'institut de formation des cadres de santé. 5 de ces 8 cadres étaient en poste sur leurs unités actuelles. Leur parcours professionnel en tant qu'IDE s'est déroulé uniquement en psychiatrie pour 6 CDS. 2 ont un parcours d'infirmier en soins généraux avant de rejoindre la psychiatrie en tant qu'IDE, puis de CDS.

Le tableau qui suit reprend de façon synthétique l'identité professionnelle de ces 8 CD

| | CHS 1 | CHS 2 | CHS 3 | CHS 4 | | CHG 5 | CHG 6 | CHG 7 |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Âge | 55 ans | 47 ans | 36 ans | 51 ans | 53 ans | 35 ans | 37 ans | 31 ans |
| D.E | | X | X | | | X | X | X |
| D. ISP | X | | | X | X | | | |
| Ancienneté CDS (+FFCS) | 13 ans | 5 ans | 3 ans | 8 ans | 12 ans | 5 ans | 4 ans | 4 ans |
| Ancienneté dans l'unité actuelle | 6 ans | 2 ans | 3 ans | 2 ans | 7 ans | 5 ans | 3 ans | 2 ans |
| En fonction en 2009 | Oui | Oui | Non | Oui | Oui | Oui | Oui | Oui |

CHS = Centre Hospitalier Spécialisé en psychiatrie

CHG = Centre Hospitalier Général

Figure 11 : réalisée par mes soins

D.E = Diplôme d'Etat en soins généraux

D.ISP = Diplôme d'Infirmier en Secteur Psychiatrique

5.2 Description des unités et des équipes

Tous les cadres interrogés gèrent des unités de soins qui se situent géographiquement au sein de centres hospitaliers. 7 unités accueillent des populations d'adultes et une est spécialisée en pédo-psychiatrie et a un fonctionnement d'internat de soins études. Les équipes varient de 11 à 20 IDE pour les unités d'hospitalisations et de 12 à 27 lits (2 unités de secteur classique, 2 unités d'admission, une unité fermée et une unité de courte hospitalisation). Seule 2 équipes sont constituées de moins de 10 IDE : l'équipe de pédo-psychiatrie spécialisée en soins études qui est composée de 4 IDE pour 8 lits, et l'équipe d'urgence psychiatrique composée de 6 IDE.

Pour chacun des cadres interrogés la gestion des équipes de nuit se fait de façon indépendante avec un autre CDS responsable du pôle de nuit.

Cet apport sur la composition des équipes montre que les CDS interrogés gèrent des équipes assez conséquentes et sont donc confrontés à l'accueil et à l'encadrement des étudiants infirmiers sur le terrain.

5.3 Les capacités d'accueil en stage

Les CDS interrogés dans le cadre de mon travail accueillent entre 4 et 40 E.IDE par an, ce qui a permis de rendre mon travail assez exhaustif. 3 unités se situent en dessous de 10 par an, 4 entre 12 et 20 et un service accueille jusqu'à 40 étudiants répartis sur les 2 unités que gère le CDS.

La capacité d'accueil maximale varie de un E.IDE à 8 en même temps. Cela s'explique par la taille des unités et les fonctions de ces dernières. En effet l'unité d'urgence psychiatrique n'a pas de lit d'accueil et demande une certaine connaissance dans l'approche des patients psychiatriques. L'unité de pédo-psychiatrie qui ne dispose que de 8 lits d'accueil et 4 IDE ne permet pas un accueil de plus d'un E.IDE sur la même période.

Donc au regard des résultats obtenus :

- 4 CDS jugent que accueillir 1 à 2 étudiants sur la même période serait souhaitable ;
- 2 CDS jugent que 4 étudiants sur la même période permettent un accueil correct ;
- 2 CDS jugent que 6 à 8 E.IDE sur la même période est gérable.

Les 2 CDS qui peuvent accueillir jusqu'à 6 ou 8 E.IDE ont une spécificité qui peut expliquer ce nombre assez conséquent sur la même période. Le premier est responsable de 2 unités ce qui fait qu'au final sa capacité revient à 4 étudiants par unité sur la même période. Le second qui peut accueillir 6 étudiants sur la même période, a mis en place un planning où il intègre des roulements de nuit ainsi que sur des week-ends.

Donc au regard de cette analyse des résultats, je peux dire que plus de la moitié des CDS interrogés (5 sur 8) jugent que accueillir 1 à 2 étudiants sur la même période serait préférable. Cela s'explique par différentes raisons. D'une part, la majeure partie des CDS interrogés (6 sur 8) mettent en avant « *la lourdeur* » de l'encadrement pour les équipes. En effet, les durées de stages étant plus longues, certains se retrouvent à gérer jusqu'à 8 étudiants sur la même période. Ils mettent aussi en avant un risque d'épuisement pour les équipes (infirmiers de proximité) ainsi que pour les tuteurs de stage, d'où la nécessité d'avoir plusieurs tuteurs formés au sein d'une même équipe pour éviter cet essoufflement, quand cela est possible. Et d'autre part, il ressort que l'apprentissage par compétence nécessite beaucoup plus de temps pour les équipes afin de transposer aux étudiants les compétences à acquérir en activités réelles de terrain. Ce temps est amené à être de plus en plus réduit du fait du recul et des connaissances que commencent à avoir les équipes sur ce nouveau référentiel. En effet, les étudiants formés avec ce référentiel commencent à sortir des IFSI (1^{ère} promotion sortie en 2012) et à intégrer les équipes de soins, ce qui facilite aussi la transmission de cet apprentissage auprès des plus anciens.

5.4 La collaboration IFSI et stages

5.4.1 La mise en pratique du référentiel par les IFSI

L'accompagnement fait par les IFSI pour la mise en place de ce référentiel auprès des équipes ressort de façon majeure comme insuffisant. En effet 6 des 8 CDS interrogés ont participé à une seule réunion d'information, soit au sein de leurs établissements, soit directement en IFSI, animée par des cadres formateurs pour la présentation du nouveau programme à la rentrée 2009. 2 CDS n'ont pas participé directement à des réunions d'information mais ont eu des retours formalisés par des collègues CDS qui garantissaient le lien au sein de leurs établissements pour le retour d'information. Les retours des CDS sur le contenu de ces réunions sont assez décevants. En plus des nombreux rires ou sourires que j'ai eu en réponse à cette question d'accompagnement il m'a été rapporté : « *cela n'a pas donné grand chose, non on n'a pas été accompagné...* », « *des informations troubles, même l'IFSI avait du mal à si retrouver...* », « *aucun suivi après cette seule réunion...* ».

Ce ressenti négatif et général peut s'expliquer par la rapidité de la mise en place de cette réforme. En effet l'arrêté paru fin juillet 2009 était applicable dès la rentrée de septembre. Certains IFSI avaient pris les devants et avaient déjà bien avancé sur la mise en place de cette réforme alors que d'autres, pris au dépourvu, ont dû se l'approprier en quelques semaines ce qui expliquerait pour certains cadres formateurs leurs difficultés à expliquer ce nouveau programme, eux-mêmes rencontrant des difficultés à la compréhension de ce dernier.

Aucun CDS n'a évoqué d'autres formes d'accompagnement par les IFSI que les réunions d'information lors de la mise en place du référentiel.

5.4.2 Le travail de lien

Si effectivement les CDS ont tous évoqué un manque venant des IFSI dans l'accompagnement de la mise en place de ce programme, les liens développés ou entretenus pour d'autres depuis 2009 apparaissent comme satisfaisants et ce, aussi bien dans le suivi des étudiants sur le terrain que dans les réponses apportées lors de situations problématiques. En effet 5 CDS sur 8 m'ont évoqué des « *visites de stage* » des cadres formateurs et ce, de façon systématique à chaque stage. Après il faut différencier les visites faites pour rencontrer les étudiants (3 sur 5) et les visites faites pour accompagner les tuteurs (2 sur 5). Seul un CDS bénéficie de l'IFSI dont il dépend de visites de cadre formateurs en début et fin de stage pour les tuteurs et à mi stage pour l'étudiant. Ces visites auprès des tuteurs ou de l'équipe paramédicale sont plébiscitées par 6 cadres sur 8 mais seulement 2 ont réussi à les mettre en place.

Les contacts téléphoniques en cas de problème avec un étudiant ou de simples questions aboutissent à des propositions d'intervention des cadres formateurs ou à des solutions pour la totalité des CDS.

Les CDS sont demandeurs de développer un réel partenariat avec les IFSI dans un souci de garantir un encadrement de qualité auprès des étudiants. En effet 4 CDS m'ont confié qu'ils souhaiteraient pouvoir bénéficier d'un retour formalisé de l'encadrement et de l'apprentissage apportés par leurs équipes, « *apprécier le terrain...* », « *accompagner les équipes...* », « *voir comment on fonctionne...* », « *nous dire si on fait bien...* ». Ces réponses m'ont été apportées par les CDS qui ne bénéficient pas des « *visites de stage* », ce qui montre un réel besoin de collaboration effective entre les terrains de stage et les IFSI.

5.5 La mise en place par les établissements de soins

La disposition principale prise par les centres hospitaliers lors de la mise en place de ce programme a été la formation au tutorat. En effet 6 CDS m'ont rapporté la mise en place de ces formations, pour 3 lors de la mise du programme en place en 2009-2010, donc seul les infirmiers en poste à ce moment-là ont pu en bénéficier et pour les 3 autres CDS, leurs établissements continuent à proposer annuellement une formation au tutorat des E.IDE, formation en interne pour les 3, animée par des organismes extérieurs. Les 3 premiers établissements ont répondu défavorablement à la demande des CDS de reconduire cette formation, mettant en avant qu'elle était onéreuse et que le personnel déjà formé pouvait très bien former et accompagner les IDE qui souhaitaient devenir tuteur.

Un questionnement peut être soulevé par rapport à la position de ces établissements qui peuvent mettre en difficulté les CDS dans l'accompagnement de leurs équipes sur l'apprentissage des E.IDE.

Seul 3 établissements (les CHS) ont mis en place une réelle politique institutionnelle d'accompagnement des équipes autour de ce programme.

Le premier a formé 3 tuteurs pour tout l'établissement et leur a dégagé du temps (50% chacun) de leur temps de soignant dans les services de soins pour tutorer les E.IDE, accompagner les équipes, organiser des analyses de pratique, et apporter de façon collective des apports théoriques aux étudiants durant leur stage. Ces tuteurs ont aussi eu la mission de créer et formaliser le livret d'accueil. Cet établissement a accueilli 114 E.IDE en 2012.

Le second établissement propose la formation au tutorat annuellement et demande aux cadres de pôle d'être vigilants à ce qu'ils aient toujours au moins 10 IDE formés au tutorat sur leur pôle. En effet, les disponibilités, les départs et les mutations font que les effectifs sont toujours en mouvement dans les services. Cet établissement a souhaité que les tuteurs soient extérieurs au lieu de stage de l'étudiant pour favoriser l'objectivité et fonctionnent en binôme. Les tuteurs de l'étudiant ont des entretiens réguliers et programmés en début de stage à la fois avec l'étudiant mais aussi avec l'équipe de proximité. De plus des réunions mensuelles, « *rendez-vous institutionnels* », sont organisées par les services de soins pour les étudiants où y est fait une présentation synthétique de l'établissement et du travail plus spécifique de chaque pôle. Chaque mois un service doit animer cette réunion en y amenant une problématique clinique favorisant une analyse de pratique.

Le dernier établissement, en parallèle de l'accès à la formation au tutorat sur 2009-2010 pour les anciens « *référénts* » de stage « *s'est interrogé sur l'intérêt d'un stage de 10 ou 15 semaines au sein d'une même unité, et la direction des soins trouvait cela extrêmement réducteur.*

Il a donc été demandé dès septembre 2009 aux différents pôles de l'établissement de construire un parcours de stage, à savoir que les étudiants sur un même temps de stage devront passer dans toutes les unités du pôle (intra et extra hospitalier). L'objectif de la mise en place de ce parcours de stage était de découvrir les différentes missions du métier d'infirmier en psychiatrie, qui ne sont pas les mêmes en intra et en extra ». A ce jour cet établissement envisage de construire un parcours inter-pôle afin de faire connaître des unités spécifiques de certains pôles comme une unité de maternologie ou la psychiatrie en milieu carcéral.

Enfin un CDS sur les 8 m'a dit qu'à sa « *connaissance rien n'avait été proposé par l'établissement, qu'il y a toujours moyen de demander des formations mais rien n'est venu d'en haut* ».

5.6 La mise en œuvre par les cadres de santé

Tout les CDS interrogés ont ressenti la nécessité de compléter les apports donnés par les IFSI ou par leurs établissements pour mener à bien cette réforme auprès de leurs équipes.

3 outils apparaissant comme primordiaux ont été donnés en réponse à cette question pour la grande majorité des CDS (8 et 6 sur 8). Le livret d'accueil, le parcours de stage et les Mises en Situation Professionnelles (MSP) sont des axes majeurs développés par les CDS au sein de leurs unités ou de leurs pôles.

5.6.1 Le livret d'accueil

La totalité des CDS ont construit des livrets d'accueil : 3 en groupe de travail avec des IDE, 4 avec les tuteurs et un, seul. Le livret d'accueil ressort comme un outil primordial pour les CDS et les équipes de soins. Chacun a construit son outil avec ce qui lui paraissait essentiel pour faciliter l'apprentissage de l'étudiant. On retrouve toujours une présentation de l'établissement et des différents pôles et c'est après que l'élaboration du livret d'accueil varie. Une partie sur les pathologies prévalentes et la pharmacologie est clairement identifiée auprès des 8 CDS. Certains ont ajouté des spécificités comme l'accueil du patient en service de psychiatrie, le déroulement des entretiens infirmiers, le protocole contentions, chambre d'isolement et enfin un terrain de stage a ajouté un calendrier qui reprend le parcours de stage de l'étudiant, ainsi que ses dates de bilans. Ce dernier terrain de stage a construit un livret « personnel » à l'étudiant qui lui est remis à son arrivée et qui sert de support aux différentes équipes pour suivre l'évolution de l'étudiant sur son parcours de stage.

3 CDS pensent avoir mis trop d'informations dans leur livret d'accueil et qu'il est probable que les étudiants de 1^{ère} année ne s'y retrouvent pas : « *ce n'est plus un livret d'accueil mais une bible* », « *ce n'est plus un livret mais un cahier* » et « *c'est pire que le Vidal à lire* ».

Un CDS a pris l'initiative de retravailler son livret d'accueil en questionnant des E.IDE de 3^{ème} années sur ce qu'ils souhaiteraient trouver dans ce livret et clairement « *de quoi auriez-vous besoin de savoir en arrivant en stage ?* ».

Enfin un CDS s'est interrogé sur l'utilité d'un livret d'accueil contenant les pathologies et la pharmacologie par rapport à la posture réflexive que l'on demande aux étudiants d'avoir dans ce référentiel. Il avait le sentiment « *que le travail leur était mâché* », mais après avoir testé auprès de 4 étudiants un livret d'accueil « *allégé* » il s'est révélé que les étudiants avaient une bien meilleure connaissance sur les pathologies et la pharmacologie quand ces parties étaient intégrées au livret d'accueil.

5.6.2 Le parcours de stage

Comme nous avons pu le voir précédemment, la Direction des soins d'un établissement avait demandé dès septembre 2009 aux cadres de ses pôles de mettre en place un parcours de stage pour les étudiants.

Sur les 7 autres cadres interrogés 5 ont pris l'initiative au sein de leur pôle de mettre en place ce parcours sur 3 unités : intra hospitalier unité dite « *classique* » ou d'urgence psychiatrique, et l'extrahospitalier avec le CMP et l'HDJ. Cette approche de la formation de l'étudiant en stage apparaît comme une évidence pour tous les CDS. En effet : « *ce parcours permet à l'étudiant de comprendre ce que c'est que la continuité de la prise en charge d'un patient chronique aussi bien en ambulatoire quand intra hospitalier* », « *par ce parcours on essaye de faire en sorte que ce soit le plus intéressant et formateur possible pour l'étudiant* », « *cela partait d'une constatation, il se pouvait que les étudiants ne fassent plus qu'un stage en psychiatrie durant leur formation et puis on s'est dit que ça durait 10 semaines, 10 semaines en intra ou 10 semaines en extra, quel sens cela avait ? Le top qu'on essaye de faire c'est que l'étudiant suive le patient, c'est à dire de l'urgence, l'unité d'hospitalisation et le CMP ou l'HDJ, ça c'est le top* », ou encore « *je ne suis pas sûre que cela existe ailleurs mais nous sur le pôle ça nous tenait à cœur justement pour que l'étudiant ait une vision la plus globale possible des différentes structures et de ce que l'on propose ainsi que les différents projets de soins* ».

Un CDS n'a pas mis en place ce parcours car étant elle-même responsable de 2 unités, elle a fait le choix de faire tourner les E.IDE sur ses propres unités facilitant ainsi le tutorat des tuteurs.

En effet, si le parcours de stage est une démarche professionnalisante dans la formation des E.IDE il ne faut pas oublier la complexité du suivi, de l'évolution et de l'évaluation de l'étudiant sur un temps de stage divisé en 2 ou 3 séquences. Pour cela, l'évaluation de fin de stage est faite en concertation avec en première intention les tuteurs de chaque unité ou, si ces derniers ne sont pas disponibles les maîtres de stages. Dans le meilleur des cas, quand les unités se trouvent sur le même site elle se fait en commun lors d'un moment de regroupement des tuteurs ou, si la rencontre est impossible, par téléphone.

Un CDS m'a expliqué comment au sein de son pôle les CDS avaient intégré dans le livret d'accueil un « *suivi de stage* » où chacune des 3 unités dans laquelle passe l'étudiant a une page où le tuteur numéro 1 doit mettre l'atteinte ou non des objectifs fixés en première séquence de stage, les objectifs à retravailler pour la seconde séquence du stage ainsi que l'évaluation du tuteur pour ce premier temps. Il en est de même pour la seconde séquence de stage afin que la dernière unité qui accueille l'étudiant est un regard sur l'ensemble du stage dans le but de garder une objectivité sur l'évolution de l'étudiant et de faire une évaluation au plus proche de sa progression.

Enfin un CDS a dû abandonner cet outil professionnalisant car après avoir essayé de le mettre en place sur 3 unités (2 en intra et une en extra) le constat a été un échec dans l'organisation des roulements des étudiants : « *c'est un projet qui est intéressant mais c'est encore trop nouveau pour tout le monde et du coup on est encore sur plusieurs vitesses dans les différentes unités du pôle par rapport à l'encadrement des étudiants* ». Malgré ce premier échec ce CDS dit que « *c'est hyper intéressant de voir le travail qui est fait en intra et en extra hospitalier, c'est en projet, c'est à retravailler* ».

5.6.3 Les mises en situation professionnelles

Cette méthode d'évaluation qui appartient à l'ancien programme perdue encore aujourd'hui au sein des unités de soins. Les CDS ne parlent plus de MSP normatives avec tout ce que cela comportait : la présence d'un cadre formateur, du CDS, et d'un suivi pas à pas pendant 3 à 4 heures. Aujourd'hui les MSP perdurent mais sous la forme « *d'évaluation formative* » en présence du tuteur de stage sur un soin et la présentation d'une démarche de soins et ce sur un temps assez court. 6 CDS continuent à utiliser cette méthode d'évaluation plus comme une approche du suivi de l'évolution sur un temps donné qu'une réelle évaluation des connaissances. Les 2 autres CDS sont réfractaires à cette démarche mais un me confie que son équipe continue à en faire ponctuellement quand ils ont des doutes sur les capacités d'apprentissage de l'étudiant.

5.7 La place des cadres de santé

Aujourd'hui, quand on demande aux CDS comment ils se positionnent dans l'encadrement des étudiants en soins infirmiers certains commencent par sourire, un sourire qui quand on approfondit cache la frustration de ne plus être acteur dans l'encadrement des E.IDE au quotidien. Un CDS m'a confié : « *c'est quelque chose qui me manque quand même personnellement dans ma conception de la fonction de cadre, aujourd'hui c'est le tuteur qui fait quasiment tout* », une autre m'a dit : « *A mon avis je suis encore beaucoup trop présente et j'assume des missions qui devraient normalement revenir au tuteur mais j'apprécie ce rôle de ma fonction* ».

Malgré ces regrets clairement exprimés les 8 CDS se positionnent comme maître de stage dans leur rôle auprès des étudiants. 5 CDS accueillent les étudiants le jour de leur arrivée, seul ou avec le tuteur et les 3 autres ont complètement délégué cette mission au tuteur de stage. On retrouve cette même proportion dans les mêmes unités pour ce qui concerne les bilans de stage. La moitié continue à gérer les plannings et 3 CDS ont tout délégué au tuteur de stage et disent ne plus du tout intervenir dans l'encadrement des étudiants.

Cependant la totalité des CDS interrogés interviennent en cas de difficulté des tuteurs ou de l'équipe de proximité auprès des étudiants. Le cadre fait le lien entre l'équipe, les tuteurs et les étudiants et pour certains avec l'IFSI quand il y a nécessité d'une intervention extérieure. Il intervient en « *deuxième ligne* » pour « *reposer un cadre ou mettre des limites* ».

5.8 Le ressenti des équipes sur l'avant et l'après 2009

Comme dans tout changement profond, les équipes ont exprimé des ressentis négatifs lors de la mise en place de ce référentiel, mais avec le temps et les accompagnements mis en place par les CDS chacun a réussi à se situer dans ce programme et dans les missions qui leur sont attribuées.

Après 3 années de recul les ressentis des équipes sont beaucoup plus positifs mais certains points continuent à être fréquemment évoqués au sein des équipes de proximité.

Comme je l'ai déjà mentionné précédemment, le premier regret des équipes est la disparition des MSP et l'appréhension face à un nouvel outil qui paraissait lors de sa mise en place extrêmement complexe : le portfolio. De plus, depuis 2009 une nouvelle notion apparaît, elle a été observée par certaines équipes (3 sur 8) avec une approche « *différente* » des connaissances théoriques qui ne se révèlent pas forcément adaptées au terrain.

Face à la disparition des MSP les comportements des équipes se sont clairement modifiés pour la moitié des CDS interrogés : *« l'exigence sur les soins techniques est plus haute car les MSP ne sont plus présentes, les professionnels de proximité se sentent garants de l'acquisition des savoirs », « on regrette les MSP, c'était beaucoup de pression pour l'étudiant mais on avait une photo à un temps T des capacités de l'étudiant du coup les équipes sont beaucoup plus tyranniques au quotidien », « les équipes ont besoin de MSP blanches pour situer l'étudiant dans son parcours apprenant, c'est pour cela qu'ils continuent à faire des MSP formatives ».*

La mise en place du portfolio a suscité beaucoup de réactions négatives (dans 5 équipes sur 8), probablement liées à un outil inconnu, lourd et qui modifiait profondément la façon de noter les E.IDE. La façon dont cet outil a été présenté aux équipes a fortement dû influencer le positionnement des équipes. Sur l'évaluation par compétences et le portfolio il ressort : *« les intitulés de la notation n'étaient pas forcément correctement compris donc c'était très compliqué et finalement le temps demandé en termes d'investissement a été multiplié donc il fallait mettre du sens sur ces indicateurs en reformulant les compétences en se basant et en visualisant des activités en lien avec ces compétences, ce qui n'est pas toujours évident », « on a essayé de magouiller les compétences pour que ça rentre en les transformant en activités », enfin « clairement ce qui leur a fait peur c'est l'arrivée du...du... ah je ne me souviens même plus du nom, ...le portfolio, ça a été un casse-tête lors des premières évaluations ça prenait un temps fou et j'ai vu clairement un mouvement de recul des équipes », « sans la sanction de la note, je crois qu'au départ ça a été un peu compliqué d'évaluer des compétences ».*

Pour terminer avec ces vécus plus négatifs il ressort des entretiens que le « module » de psychiatrie tel qu'il est enseigné aujourd'hui au sein des IFSI paraît insuffisant dans les apports théoriques et pratiques, en effet : *« l'équipe se questionne sur l'accompagnement de l'étudiant au quotidien dans ses connaissances que ce soit au niveau théorique et pratique car clairement il y a un manque sur les apports cliniques dans la formation que ce soit sur les pathologies et clairement sur tout ce qui est symptomatologie et observation, tout ce qui peut être du ressenti, l'équipe est souvent épuisée car ils ont tout à leur apprendre ».*

A l'inverse de cet aspect négatif vécu par certaines équipes, d'autres ont un tout autre regard sur des points pourtant similaires comme l'approche par compétence, le portfolio ou encore la posture réflexive entraînant une curiosité intellectuelle clairement observée au sein des unités.

L'approche par compétence pour la notation a été un changement plutôt positif pour 3 équipes sur 5 : *« l'équipe voyait plus de sens par l'évaluation par compétence que dans les phrases que l'on pouvait trouver dans les anciennes feuilles de notation qui étaient tellement plus vagues*

que les compétences. Maintenant que les équipes ont réussi à donner du sens au portfolio ça leur paraît beaucoup plus structuré et structurant que l'ancienne feuille de notation », « au début il faut reconnaître que le remplissage du portfolio était loin d'être simple mais aujourd'hui la validation par compétence est beaucoup plus perspicace ». En ce qui concerne la modification de l'apprentissage, la posture réflexive, celle-ci « apporte une curiosité intellectuelle un peu plus présente et des étudiants plus motivés avec l'obligation d'aller chercher les informations ».

5.9 Les axes d'amélioration souhaités par les cadres de santé

Malgré tout ce qui a été évoqué au préalable dans les réponses apportées, cette question reprend les axes d'amélioration fondamentaux qui sont pour les CDS les MSP, le lien avec les IFSI, le développement du tutorat et le livret d'accueil.

Avec une quasi unanimité 6 CDS sur les 8 interrogés mettent en avant le bien fondé des MSP formatives, soit telle qu'elles se présentaient avant 2009 mais avec moins de pression pour l'étudiant, « on est passé d'un extrême à l'autre », ou sous une autre forme comme « *des jurys représentés par des personnels soignants de l'institution à qui l'étudiant présenterait un projet de soin pour un patient en tenant compte de l'année de formation de l'étudiant* ».

Le lien avec les IFSI est fortement mis en avant par 5 CDS sur 8. Un travail en partenariat est à développer afin d'améliorer et de faciliter l'encadrement des étudiants par les équipes qui se sentent encore parfois incertaines face à des situations d'apprentissage, « *et si cela ne peut pas être amélioré alors un accompagnement un peu plus rapproché à l'initiative de chaque IFSI* ».

Pour 4 CDS sur 8 le développement, le maintien ou la continuité des formations au tutorat est primordial pour maintenir des apports en stage d'un niveau attendu par les étudiants, les IFSI et surtout pour garantir une qualité de l'apprentissage, « *mais que cette formation ne vienne pas que forcément des établissements mais peut-être aussi des IFSI afin de pouvoir bénéficier de formation aux plus proches des attentes* ».

Enfin, l'ensemble des CDS pensent que leur livret d'accueil est à retravailler parfois trop complexe, trop fourni ou plus à jour depuis 2009 par rapport à l'évolution de leurs unités. Un CDS m'a apporté sa conception du livret d'accueil « idéal » sans savoir qu'il existait déjà dans un établissement ou j'ai réalisé un entretien : « *Déjà en faire un outil personnel et propre à l'étudiant avec une description synthétique de la structure qui permettrait à l'étudiant de se repérer facilement, avec le fonctionnement de la structure, des notions théoriques sur les pathologies et la*

pharmacologie, il y aurait évidemment les situations prévalentes et faire une partie objectif et évaluation destinée à chaque unité où l'étudiant va passer durant son parcours de stage, bref un livret où tout est regroupé ».

5.10 La conduite du changement

Cette notion ne faisait pas partie des mon questionnement mais il est impossible de terminer cette analyse sans l'aborder. Tous les cadres interrogés ont évoqué la notion du changement de façon plus ou moins explicite. Certes l'Etat par l'arrêté de juillet 2009 mettait dans les mains des équipes un nouveau programme ayant comme finalité l'obtention du diplôme d'infirmier mais la mise en place d'une telle réforme n'était pas simple pour les équipes de terrain habituées pendant des années à une autre façon de transmettre leurs savoirs et leurs pratiques.

J'ai fait le choix de retranscrire certaines phrases extraites des entretiens afin de montrer l'impact d'un changement sur les équipes lors de modification aussi profonde qu'a été le référentiel de 2009 : *« cela a été très difficile au début avec beaucoup de réticences de la part de l'équipe... », « il a fallu repenser l'ensemble de notre façon de faire... », « j'ai clairement observé un mouvement de recul mais je pense qu'il fallait que cela s'intègre et après les choses roulent toutes seules », « pour tout ce qui est nouveau il y a une grosse résistance au changement », « une fois la période d'acceptation du changement de nouvelles règles sont mises en place », « la réforme était complètement méconnue avec de grandes craintes de la part de l'équipe disant « ça n'a plus rien à voir avec notre diplôme, de toutes façons on ne nous demande plus notre avis, on ne sert plus à rien » ».*

6 La synthèse des données

Au regard de ces nombreuses données, différentes notions ouvrent sur une réflexion à la fois plus approfondie et plus large que le cadre conceptuel développé auparavant. C'est dans ce contexte que je reprends ici les notions portant sur la capacité d'accueil en stage au sein des unités de soins, le partenariat avec l'IFSI, le rôle « *accompagnateur* » des établissements de soins et enfin le rôle central du cadre de santé.

6.1 L'importance de la capacité d'accueil

Comme nous avons pu le voir dans les entretiens, la capacité d'accueil des étudiants en soins infirmiers varie d'un service à l'autre. Elle peut aller de 4 à 40 sur une année et de 1 à 8 sur la même période selon le fonctionnement des unités de soins. Cette forte demande peut s'expliquer par le peu de services de psychiatrie sur le territoire et la difficulté des IFSI et des étudiants à trouver des terrains de stage pour des périodes aussi longues que 10 ou 15 semaines. Cet afflux d'étudiants en stage n'est pas sans risque pour ces derniers mais aussi pour les équipes de proximité. En effet on peut s'interroger sur la qualité de l'apprentissage apporté en stage quand 3, 4 ou 5 étudiants se retrouvent sur le même roulement. Lors de mon travail de recherche il est ressorti que ce ne sont pas les établissements de soins qui ont mis en place une politique institutionnelle d'encadrement des E.IDE qui en accueillent le plus. Non pas que la demande ne soit pas là, mais ils restent vigilants à apporter un accueil et un encadrement non pas quantitatif mais qualitatif. Ces établissements se trouvent être 2 CHS.

Face à cet afflux, se pose un risque majeur « *d'essoufflement* » pour l'équipe, tant pour les tuteurs que pour les infirmiers de proximité. Encadrer et accompagner un étudiant vers sa professionnalisation sont très enrichissants, encore faut-il que ce dernier montre un certain intérêt pour la spécialité qu'est la psychiatrie. Quand malheureusement ce cas de figure se produit, les équipes tentent d'intéresser l'étudiant par différents biais mais cela demande un investissement supplémentaire. Ce nombre important d'étudiants ainsi que la gymnastique que demande l'apport d'un apprentissage de qualité à des niveaux d'études différents amènent un risque supplémentaire d'épuisement et de lassitude des équipes.

C'est à ce niveau que le CDS se doit d'être vigilant et bienveillant envers son équipe en impulsant continuellement une dynamique porteuse de transmission des savoirs et en étant vigilant à laisser des « *intervalles libres* » entre les stages afin que l'équipe puisse se « *retrouver* ».

Enfin, une question me paraît légitime pour garantir une qualité d'accueil et d'apprentissage des étudiants en soins infirmiers dans tous les services du territoire : pourquoi ne pas réglementer la capacité d'accueil des unités de soins en fonction de leurs capacités d'encadrement ?

6.2 Les enjeux de la collaboration avec l'IFSI

Une autre notion qui m'a paru essentielle pour l'ensemble des cadres de santé est de soulever l'importance du travail en partenariat et en collaboration avec les IFSI, afin d'accompagner les équipes dans un encadrement répondant aux exigences de cette réforme. Ce travail en partenariat est appuyé par la circulaire du 22 mai 2012 émanant de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) relative aux axes et actions de formation nationales prioritaires à caractère pluriannuel. En effet l'annexe 25 de cette circulaire contient comme élément de programme « *l'encadrement en stage et le partenariat entre les instituts de formation et les lieux de stage.* »⁸⁷

Cette recherche a clairement mis en avant que la majorité des CDS ont eu le sentiment d'être peu accompagnés, ou du moins pas assez, par les IFSI lors de la mise en place de ce référentiel. Je pense qu'il est important de mettre en avant que malgré un début difficile, aujourd'hui la majeure partie des CDS paraissent satisfaits de l'accompagnement apporté par les cadres formateurs. Cependant ce travail de collaboration est à entretenir pour certains et encore à développer pour d'autres. En effet comme nous avons pu le voir certains IFSI ont choisi d'effectuer des visites de stages mais uniquement pour rencontrer les étudiants, or les CDS sont demandeurs d'une collaboration directe avec les équipes ayant comme seul objectif l'amélioration des pratiques d'encadrement.

Je pense que le CDS a un rôle primordial dans cette collaboration. En effet c'est à lui d'être garant du lien, de le développer et de l'entretenir afin d'apporter à son équipe une aisance dans ce partenariat dont découlera forcément une qualité optimale de l'apprentissage.

Aujourd'hui, toute la difficulté de la mise en place de ce partenariat ne dépend pas uniquement du CDS. Certains IFSI ont fait le choix de ne pas intervenir lors des stages, certes les cadres formateurs restent disponibles pour répondre aux difficultés rencontrées par les équipes dans l'encadrement des étudiants mais le plus souvent cela reste ponctuel et par téléphone.

⁸⁷ http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/06/cir_35362.pdf, consulté le 28/04/2013

A quand un binôme cadre de proximité et cadre formateur comme garants des bonnes pratiques apportées aux étudiants ?

6.3 Le positionnement des établissements de soins

Je souhaite aborder maintenant le positionnement des établissements de soins et les politiques institutionnelles menées pour favoriser l'encadrement des étudiants en soins infirmiers. Comme vu précédemment, seuls les CDS qui exercent en CHS ont bénéficié et bénéficient encore d'un soutien de leur établissement dans la formation des infirmiers au tutorat des étudiants infirmiers et ce, malgré des contraintes budgétaires significatives pour tous les établissements. Cette démarche des CHS n'est pas sans contre partie, en effet les 3 CDS qui exercent dans ces établissements ont mis en parallèle l'investissement de leurs directions dans l'apprentissage d'une profession avec une politique active de recrutement. La pénurie d'infirmiers est partout mais la psychiatrie est particulièrement touchée et les CHS en question misent sur des recrutements infirmiers suite au bon déroulement des stages des E.IDE dans leurs unités.

Si nous allons au delà de cette politique de recrutement, je pense qu'il est intéressant de s'interroger sur le fait que les établissements « *accompagnateurs* » dans la mise en place de cette réforme sont tous ici des établissements psychiatriques. Or, la psychiatrie a été précurseur en matière de tutorat de par une culture de transmission des savoirs intergénérationnelle ancienne et reprise dans le plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 par la circulaire de la DGOS du 16 janvier 2006 « *relative à la mise en place du tutorat pour les nouveaux infirmiers exerçant en psychiatrie.* »⁸⁸ Certes, il est abordé ici le tutorat des nouveaux arrivants mais l'impact de cette « *culture d'accompagnement* » perdure encore aujourd'hui et se confond parfois dans la mise en place du tutorat des E.IDE.

Si certains établissements se refusent aujourd'hui à investir dans des formations au tutorat des E.IDE, ne serait-ce pas, en plus des contraintes budgétaires, à cause d'un amalgame entre formation au tutorat des nouveaux arrivants et formation au tutorat des E.IDE ?

6.4 Le rôle du cadre de santé

Je tiens à terminer cette synthèse par le rôle du cadre de santé dans la mise en place de cette réforme. Son rôle est majeur aussi bien dans l'articulation avec les différents intervenants (IFSI,

⁸⁸ <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-02/a0020031.htm>, consulté le 28/04/2013

Direction des établissements, service de formation...) que dans la mise en application sur le terrain. En effet comme nous avons pu le remarquer, chaque CDS, seul ou en équipe, a créé des outils afin d'aider les équipes dans l'appropriation de ce référentiel en partant des attentes réglementaires.

6.4.1 La construction d'outils

Pour la construction du livret d'accueil, la majorité des CDS s'est basée sur le « *guide d'élaboration livret « accueil et ressources » du terrain de stage* », présenté dans le « *Guide 1^{ère} partie pour les professionnels des terrains de stage accueillant des étudiants en soins infirmiers Programme 2009* », fourni par l'ARS⁸⁹. Ce guide élaboré par un groupe de travail de 18 professionnels (CDS, cadre supérieur, cadre formateur IFSI, cadre formateur en institut de formation des cadres de santé, directeur d'IFSI) a permis d'avoir une trame de construction contenant les points significatifs à retrouver au sein des livrets, soit :

- l'identification et description du service, unité ou pôle (l'intitulé, la typologie du stage, la capacité d'accueil, l'organigramme) ;
- les conditions d'accueil (effectif de l'équipe de soins, les horaires, les modalités d'encadrement, les règles particulières d'organisation) ;
- les situations les plus fréquentes devant lesquelles l'étudiant pourra se trouver (notions de situations clés, prévalentes) ;
- une liste d'actes, d'activités et de techniques de soins ;
- les 10 compétences avec des exemples en lien avec l'activité du service ;

C'est donc au regard de ces éléments que les CDS ont construit leur propre livret d'accueil, en le personnalisant à chaque établissement, chaque pôle, chaque unité en faisant un outil unique. Cette trame proposée par l'ARS évite de trouver dans les terrains de stage des livrets d'accueils trop fournis qui sont peu utilisés à cause de leur densité comme certains cadres l'ont rapporté durant les entretiens réalisés.

Le parcours professionnalisant ou parcours de stage a été mis en place par 7 CDS sur 8, ce qui montre une volonté de la part de ces derniers d'accompagner au mieux l'étudiant dans sa formation, en lui montrant la diversité des activités des infirmiers que ce soit en intra hospitalier ou en extrahospitalier ainsi que le « *parcours* » suivi par les patients. En effet, « *les stages sont à la fois des lieux d'intégration des connaissances construites par l'étudiant et des lieux d'acquisition de nouvelles connaissances par la voie de l'observation, de la contribution aux soins, de la prise en charge des personnes, de la participation aux réflexions menées en équipe et par l'utilisation des savoirs dans la résolution des situations.* »⁹⁰ C'est dans ce but qu'il est important de penser, d'organiser et de mettre en place un parcours de stage qui va pouvoir répondre aux désirs des CDS

⁸⁹ http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/partie_1_GUIDE_encadrement_etudiants_infirmiers.pdf, consulté le 29/04/2013

⁹⁰ http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009_annexe_3.pdf, consulté le 29/04/2013

de faire découvrir notre profession mais aussi aux attentes de l'étudiant d'un point de vue de la construction de son identité professionnelle.

6.4.2 La conduite du changement

Enfin, si le CDS de par ses activités et savoir-faire se doit de « *Piloter, animer / communiquer, motiver une ou plusieurs équipes* »⁹¹, il joue également un rôle majeur dans la conduite du changement auprès de son équipe. En effet, la fiche métier issue du répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière précise une activité de « *Montage, mise en oeuvre, suivi et gestion de projets spécifiques au domaine d'activité.* »⁹²

N'est-ce pas au delà de la création d'outils une activité fondamentale du cadre de santé dans la mise en place de cette réforme ?

Je tiens à apporter une définition du changement qui pour CROZIER et FRIEDBERG « *est un phénomène systémique. Pour qu'il y ait changement, il faut que tout un système d'action se transforme, c'est-à-dire que les hommes doivent mettre en pratique de nouveaux rapports humains, de nouvelles formes de contrôle social. Il ne s'agit pas de décider une nouvelle structure, une nouvelle technique, une nouvelle méthode, mais de lancer un processus de changement qui implique actions et réactions, négociations et coopération. Dans cette vision, le changement sera le résultat d'un processus collectif à travers lequel sont mobilisées, voire créées, les ressources et capacités des participants nécessaires pour la constitution de nouveaux jeux dont la mise en oeuvre libre permettra au système de s'orienter ou de se réorienter comme un ensemble humain et non comme une machine.* »⁹³

Le changement peut être vécu comme une rupture entre un existant et un futur. Il peut effectivement être considéré comme tel car il modifie le quotidien des équipes par une transformation dans les pratiques, l'apparition de nouveaux outils et plus profondément une modification de la culture. Cependant, Philippe BERNOUX, sociologue, notifie que « *les deux dialectiques de la continuité et de la rupture sont présentes dans tout changement. Aucune ne doit être exclusive à l'autre.* »⁹⁴

⁹¹Annexe II : Fiche métier cadre responsable d'unité de soins du répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière

⁹² *Ibidem*

⁹³ http://www.unice.fr/recemap/contenusiteinternet/Seminaires/Lyon_juin2005/CrozierparSaoud.pdf, consulté le 02/05/2013

⁹⁴ BERNOUX Philippe, *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations*, Edition du Seuil, Nouvelle édition, 2010, p.322/368 pages.

Dans la conduite de changement « *le cadre est celui qui accompagne, écoute, oriente, guide et veille à ce que chaque soignant arrive à son rythme au changement envisagé* »⁹⁵ afin que ce processus ne soit pas vécu comme une rupture mais plus comme une modification constructive et positive. Pour arriver au succès de ce changement, différents auteurs ont travaillé sur le processus de conduite du changement. J'ai choisi de garder l'approche faite par LEWIN qui caractérise ce changement en 3 phases et qui positionne le cadre comme accompagnateur du changement.

LEWIN, psychologue spécialisé dans la psychologie sociale et le comportementalisme⁹⁶ a édité une théorie sur les phases de la conduite du changement. Il en a catégorisé 3 :

- la phase de décristallisation (préparation du changement)
- la phase de mouvement (changement en tant que tel)
- la phase de cristallisation (stabilisation pour permettre un état de « production »)

Ces 3 étapes peuvent être mises en action comme suite:

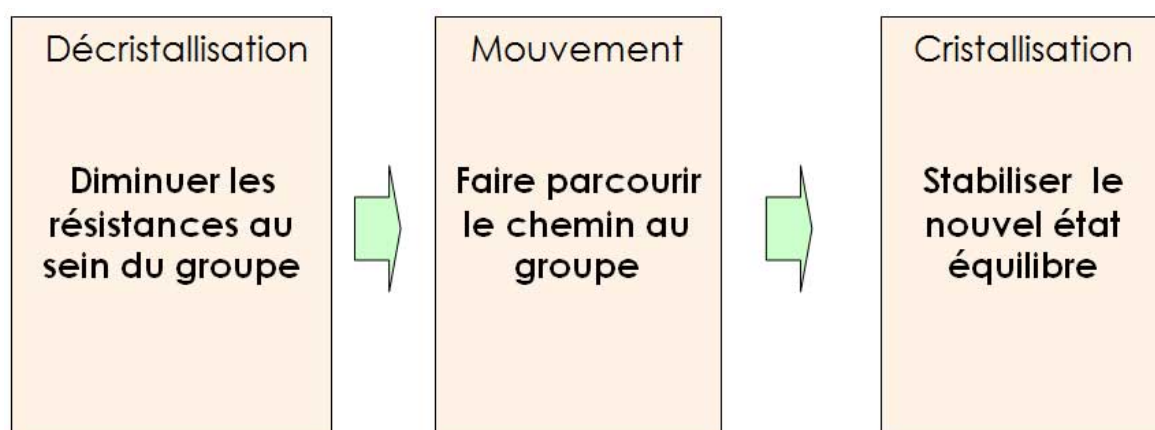


Figure 12 : Les 3 phases du changement selon LEWIN⁹⁷

Enfin, une des clés de cette conduite de changement est la relation de confiance entre le CDS et son équipe. Cette notion de confiance dans un processus de changement est soulevée par RONDEAU Alain et BAREIL Céline, tous deux membres de l'école des Hautes Etudes Commerciales de Montréal, dans l'article « *Comment la direction peut-elle soutenir ses cadres dans la conduite d'un changement majeur ?* ». En effet, ils précisent que « *Les cadres peuvent*

⁹⁵ <http://www.infirmiers.com/votre-carriere/cadre/resister-pour-exister.html>, consulté le 02/05/2013

⁹⁶ http://fr.wikipedia.org/wiki/Kurt_Lewin, consulté le 02/03/2013

⁹⁷ <http://www.fimarkets.com/pages/conduite-changement-1.php>, consulté le 02/05/2013

devenir des artisans du changement dans la mesure où ils suscitent suffisamment de confiance pour que, malgré l'incertitude, leurs équipes acceptent le portrait qu'ils tracent du changement et de ses retombées potentielles et en concluent que l'exploration présente plus de retombées positives que de risques. »⁹⁸

⁹⁸ RONDEAU Alain et BAREIL Céline, « Comment la direction peut-elle soutenir ses cadres dans la conduite d'un changement majeur? », *Gestion*, 2009/4 Vol. 34, p. 64-69. DOI : 10.3917/riges.344.0064

7 Retour sur mes hypothèses

Après avoir réalisé mes entretiens et les avoir analysés, il est maintenant utile de revenir sur les 3 hypothèses posées au début de mon travail afin de les confronter aux résultats et ainsi de les confirmer ou de les infirmer.

Hypothèse 1 :

Un partenariat entre les instituts de formation en soins infirmiers et les cadres de santé facilite la mise en place du référentiel 2009 au sein des unités de soins accueillant des étudiants en soins infirmiers en stage.

Cette première hypothèse a été confirmée car même si les CDS interrogés ont mis en avant le manque d'accompagnement par les IFSI lors de la mise en place du référentiel, ils soulèvent pour ceux qui bénéficient d'une collaboration actuellement, que l'apport fait par les cadres formateurs sur la mise en place de ce référentiel au sein des équipes et le partenariat développé est primordial dans l'appropriation de ce changement majeur par ces dernières.

Donc malgré « *un raté* » en 2009 aujourd'hui le partenariat développé est facilitateur pour les CDS dans la mise en place du référentiel au sein de leurs équipes.

Hypothèse 2 :

Les établissements de santé qui mènent une politique institutionnelle sur l'encadrement des étudiants en soins infirmiers sont aidants pour les cadres de santé dans la structuration de l'encadrement de l'apprentissage.

Cette seconde hypothèse est confirmée. Comme nous avons pu le voir dans la comparaison entre les CHG et les CHS, les CDS des CHS ont pu bénéficier d'appui aidant par leur direction. Ce qui se perpétue encore aujourd'hui par le maintien des formations au tutorat des E.IDE. En effet, malgré des contraintes budgétaires ces établissements, par le maintien de ces formations, montrent leur implication et leur soutien aux CDS afin de les aider à former leurs équipes.

Hypothèse 3 :

Le positionnement et l'investissement du cadre de santé face à de nouvelles réformes sont des facteurs facilitants pour l'adhésion de son équipe à un changement fondamental.

Enfin, cette dernière hypothèse est, elle aussi confirmée. Tous les CDS interrogés ont réussi à faire adhérer leurs équipes à ce changement grâce à leur positionnement à la fois porteur et moteur. Certes un accompagnement a été nécessaire au démarrage de la mise en place dans la formation des équipes, dans l'information à dispenser ainsi que dans la construction d'outils. Mais aujourd'hui, toutes les équipes se sont appropriées ce programme, à tel point que certains CDS n'interviennent que très ponctuellement dans l'encadrement des étudiants en soins infirmiers.

8 Les ouvertures professionnelles

Ce travail de recherche sur la place des CDS dans la mise en oeuvre du référentiel en soins infirmiers de 2009 m'a permis de m'ouvrir à des réflexions plus larges qui me serviront grandement dans ma future pratique de CDS.

En effet, les informations recueillies me permettront d'accompagner les équipes dans les changements fondamentaux que pourra connaître notre profession mais aussi de favoriser les liens, qu'ils soient internes ou externes à l'établissement afin de faire perdurer une des missions du CDS : le garant des bonnes pratiques. Pour cela, je pense qu'une ouverture aux autres est indispensable dans l'objectif de pouvoir toujours apporter à son équipe les nouvelles réformes, nouvelles pratiques mais aussi dans un souci de transmission des savoirs.

L'établissement dans lequel je vais exercer bénéficie d'un Réseau de Promotion pour la Santé Mentale (RPSM 78) qui regroupe 6 établissements de la région parisienne. Il a comme objectif d'« *organiser, animer et coordonner les moyens mis en commun en vue d'améliorer la prévention, le soin et l'insertion des personnes relevant du champ de la santé mentale.* »⁹⁹ Les groupes de travail qui y sont constitués concernent des professionnels médicaux et paramédicaux qui ont comme finalité d'unir leurs pratiques et leurs expériences. La création d'un groupe de tuteurs, d'infirmiers de proximité et de CDS pourrait être l'objet de rencontres en vue d'une mutualisation de nos pratiques et ainsi de pouvoir faire bénéficier à un plus grand nombre de nos expériences sur la mise en place du référentiel de 2009 mais aussi sur l'accompagnement des équipes face au changement avec comme finalité l'amélioration de la qualité des soins apportés aux patients. En effet, l'appropriation et le développement de ce référentiel par les équipes favorisent la formation et l'apprentissage de futurs professionnels.

Enfin, ce travail m'a aussi permis de confirmer que le positionnement de leadership du CDS au sein d'une équipe est primordial. Il doit être capable de fédérer, de guider et d'inspirer les membres de son équipe.

« Être un leader est une reconnaissance, et non un statut. »¹⁰⁰

⁹⁹ <http://www.rpsm78.com>, consulté le 02/05/2013

¹⁰⁰ <http://www.antonin-gaunand.com/leadership/une-definition-du-leadership-influencer-et-federer/>, consulté le 02/05/2013

CONCLUSION

A l'issue de ce travail de réflexion sur le rôle du cadre de santé auprès des équipes dans la mise en place du référentiel de formation 2009, il apparaît que la profonde transformation des études en soins infirmiers au sein des unités, portée par les cadres de santé a été une réussite. L'arrêté du 31 juillet 2009 contenait les grands changements à apporter à l'enseignement des étudiants en soins infirmiers, qu'ils soient en théorie dans les instituts de formation en soins infirmiers mais aussi en pratique lors des stages. Cependant, la mise en place sur le terrain n'a pas été aisée et l'accompagnement des équipes pour passer d'une démarche transmissive à une posture réflexive a donné lieu à de multiples bouleversements dans les pratiques d'encadrement des étudiants en soins infirmiers.

Les craintes qu'ont pu ressentir certaines équipes lors de l'accueil des premiers étudiants bénéficiant de ce programme ont été levées grâce aux stratégies mises en place par les établissements de soins et par les cadres de santé. En effet le développement des formations au tutorat des étudiants en soins infirmiers portées par les établissements de soins ainsi que le positionnement et l'accompagnement au quotidien par les cadres de santé dans l'appropriation des nouveaux outils, ont permis aux équipes paramédicales de se structurer et de trouver la place de chacun auprès des étudiants en soins infirmiers. Ainsi, aujourd'hui la posture réflexive, le tuteur, le portfolio et le parcours de stage font partis du langage courant et commun au sein des équipes.

Il se dégage de ce travail qu'au-delà de la mise en place de la réforme des études en soins infirmiers, le rôle de lien du cadre de santé et celui d'accompagnement au changement sont primordiaux pour assurer des modifications aussi profondes que fondamentales dans les pratiques soignantes.

Cette année de formation ainsi que ce travail de recherche ont contribué à la construction de mon identité professionnelle de cadre de santé et ce, que ce soit dans mon positionnement avec mes supérieurs hiérarchiques, mes collègues, mon équipe mais aussi auprès des patients et de leur famille, cœur de notre métier.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

- ADAM Rémi et BAYLE Isabelle, *Le tutorat infirmier, Accompagner l'étudiant en stage*, Edition De Boeck-Estem, 2012, 117 pages ;
- BERNOUX Philippe, *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations*, Edition du Seuil, Nouvelle édition, 2010, 368 pages ;
- BOURRET Paule, *Les cadres de santé à l'hôpital un travail de lien invisible*, Editions Seli Arslan SA, 2006, 284 pages ;
- CAMPENHOUDT Luc/QUIVY Raymond, *Manuel de recherche en sciences sociales*, Dunod, 4^{ème} édition entièrement revue et argumentée, 2011, 262 pages ;
- DANVERS Francis, *S'orienter dans la vie : une valeur suprême ? Essai d'anthropologie de la formation*, Ed. Presses universitaires du Septentrion, 2009, 656 pages ;
- DONNADIEU Bernard, GENTHON Michèle et VIAL Michel, *Les théories de l'apprentissage, quel usage pour les cadres de santé ?*, Edition Masson, 1998, 128 pages ;
- DUBOYS FRESNEY Catherine et PERRIN Georgette, *Le métier d'infirmière en France. Du métier d'infirmière à l'exercice professionnel des soins infirmiers*, « Que sais-je ? » 6^e éd., P.U.F., 2009, 128 pages ;
- HENDERSON Virginia, *La nature des soins infirmiers*, Edition du Renouveau Pédagogique, 1994, 235 pages ;
- LE BOTERF Guy, *De la compétence à la navigation professionnelle*. Les éditions d'organisation, 1997, 324 pages ;
- MINTZBERG Henry, *Le management Voyage au centre des organisations*, Eyrolles, Deuxième édition revue et corrigée, sixième tirage 2011, 703 pages ;
- MORDACQ Catherine, *Pourquoi des infirmières ?* Collection Infirmières d'aujourd'hui, Centurion, 1972, 110 pages ;
- NAUDIN David, LENOIR Marion, BROCKER Laurent, *Rôles infirmiers, organisation du travail et interprofessionnalité, Encadrement des professions de soins*, Cahiers des sciences infirmières, Elsevier Masson, 200 pages ;
- PERRENOUD Philippe, *Enseigner, agir dans l'urgence décider de l'incertitude*, Paris, Editions ESF, 1996, 184 pages ;
- RAYNAL Françoise et RIEUNIER Alain, *Pédagogie, dictionnaire des concepts clés*, Edition ESF, 2009, 508 pages ;
- WITORSKI Richard, *Analyse du travail de production de compétences collectives*, Paris : l'Harmattan, collection Action et Savoirs, 1997, 239 pages ;

- ZARIFIAN Philippe, *Le modèle de la compétence*, Editions Liaisons, Paris, 114 pages.

Rapports, mémoires, cours

- ARKOUR Karina, mémoire de Master Professionnel, *Formation des infirmiers par « l'approche par compétence » : nouveauté pédagogique ou continuité ?*, Septembre 2009, U.F.R. des Sciences de l'Homme et de la Société, Département de Sciences de l'Education, Master METIERS DE LA FORMATION, Parcours INGENIERIE ET CONSEIL EN FORMATION ;
- DE SINGLY Chantal, *Rapport de la mission cadres hospitaliers*, septembre 2009, 125 pages ;
- DESSERPRIT Gilles. Cours sur *Les courants et méthodes pédagogiques*. Institut de Formation Cadre de Santé. Module 5 Fonction de Formation ;
- DESSERPRIT Gilles. Cours sur *Compétence(s), Des définitions à l'utilisation*. Master 1^{ère} année « Management et Santé », Université Paris-Est Créteil Val de Marne, Unité d'Enseignement 5 : Pratiques professionnelles ;
- DESSERPRIT Gilles. Cours sur *La responsabilité du cadre de santé*. Master 1^{ère} année « Management et Santé », Université Paris-Est Créteil Val de Marne, Unité d'Enseignement 5 : Pratiques professionnelles ;
- VANDANGEON Isabelle. Cours sur *La conduite de changement*. Master 1^{ère} année « Management et Santé », Université Paris-Est Créteil Val de Marne, Unité d'Enseignement 3 : Management des établissements.

Revue, articles, dossiers

- BAREIL Céline et RONDEAU Alain, *Comment la direction peut-elle soutenir ses cadres dans la conduite d'un changement majeur ?*, Gestion, 2009/4 Vol. 34, p. 64-69. DOI : 10.3917/riges.344.0064.
- GIESBERGER Philippe, *Les premières écoles d'infirmières de L'Assistance publique*, Soins en psychiatrie, n° 164-165, 1994, p.45 ;
- PERRENOUD Philippe, *Mettre la pratique réflexive au centre du projet de formation*, Cahiers pédagogiques, n°390, 2001, p.42-45.

Textes législatifs

- Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020961044>
- Loi n°78-615 du 31 mai 1978 du Code de la Santé Publique sur http://legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=19780601&numTexte=&pageDebut=02235&pageFin
- Arrêté du 12 avril 1979 sur http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=19790414&numTexte=&pageDebut=00872&pageFin=
- Arrêté du 23 mars 1992, relatif au programme des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000158224&dateTexte=20080711&fastPos=32&fastReqId=779791553&oldAction=rechTexte>
- Arrêté du 31 juillet 2009, relatif au diplôme d'Etat infirmier sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020961044&dateTexte=&categorieLien=id>
- Le référentiel de formation, annexe III, sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009_annexe_3.pdf
- Article R4311-15 du Code de la Santé Publique relatif à la profession d'infirmier, version en vigueur au 8 août 2004 sur http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=5502F80F42573F5321294DF5C67C2FF5.tpdjo12v_1?idArticle=LEGIARTI000006913903&cidTexte=LEGITEXT00006072665&dateTexte=20130317
- Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000738028&dateTexte=&categorieLien=id>
- Circulaire du 22 mai 2012 relative aux axes et actions de formation nationales prioritaires à caractère pluriannuel sur http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/06/cir_35362.pdf
- Circulaire de la DGOS du 16 janvier 2006 relative à la mise en place du tutorat pour les nouveaux infirmiers exerçant en psychiatrie sur <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-02/a0020031.htm>

Sitographie

- <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/>
- <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Rsi/87/75.pdf>
- http://fr.wikipedia.org/wiki/Florence_Nightingale
- <http://www.ch-paysdegier.fr/histo5.htm>
- <http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/histoire.htm>
- <http://www.l-idel.fr/historique-et-cadre-juridique-de-la-profession-dinfirmiere-25.html>
- <http://www.cefi.org/CEFINET/ENVIRON/EUROPE/LMD.htm>
- http://svt.ac-orleans-tours.fr/fileadmin/user_upload/svt/Missions-Formation-Carriere/Evaluer_et_remedier/competences_svt.pdf
- <http://hrcouncil.ca/info-rh/apprentissage-apprennent.cfm>
- http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/partie_2_GUIDE_encadrement_etudiants_infirmiers.pdf
- http://www.univ-rouen.fr/civiic/memoires_masterICF/textes/T_AKROUR.pdf
- http://www.ac-paris.fr/portail/jcms/p1_464684/trois-grandes-positions-en-education-et-leurs-liens-avec-la-transmission-des-savoirs-en-matiere-deducation-artistique
- <http://bdp.ge.ch/webphys/enseigner/3modeles.html>
- [https://fr.wikipedia.org/wiki/Constructivisme_\(psychologie\)](https://fr.wikipedia.org/wiki/Constructivisme_(psychologie))
- <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=fiche-metier&idmet=27#ancree2>
- <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/pdf/metier.php?idmet=27>
- http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_chantal_de_singly.pdf
- http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/partie_1_GUIDE_encadrement_etudiants_infirmiers.pdf
- <http://www.infirmiers.com/votre-carriere/cadre/resister-pour-exister.html>
- <http://www.fimarkets.com/pages/conduite-changement-1.php>
- <http://www.rpsm78.com>
- <http://www.antonin-gaunand.com/leadership/une-definition-du-leadership-influencer-et-federer/>

ANNEXES

[Annexe I](#) : Tableau des 10 compétences professionnelles

[Annexe II](#) : Fiche métier cadre responsable d'unité de soins

[Annexe III](#) : Grille d'entretien auprès des cadres de santé

[Annexe IV](#) : Transcription de l'entretien de Mr L., cadre de santé en centre hospitalier spécialisé

Annexe I : Tableau des 10 compétences professionnelles

| Compétences dites « cœur de métier » | Compétences dites « transversales » |
|---|---|
| C1 : Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier | C6 : Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins |
| C2 : Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers | C7 : Analyser la qualité et améliorer sa pratique professionnelle |
| C3 : Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens | C8 : Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques |
| C4 : Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique | C9 : Organiser et coordonner les interventions soignantes |
| C5 : Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs | C10 : Informer, former des professionnels et des personnes en formation |

Source : ADAM Rémi et BAYLE Isabelle, *Le tutorat infirmier, Accompagner l'étudiant en stage*, Edition De Boeck-Estem, 2012, p.4/117 pages.

Annexe II : Fiche métier cadre responsable d'unité de soins¹⁰¹



Cadre responsable d'unité de soins

| | |
|-----------------------|----------------------|
| Famille : | Soins |
| Sous-famille : | Management des soins |
| Code FPT : | 06/D/25 |
| Code Rome : | J1502 |
| Code métier : | 05U20 |

► Information générale

Définition :

Organiser l'activité paramédicale, animer l'équipe et coordonner les moyens d'un service de soins, médico-technique ou de rééducation, en veillant à l'efficacité et la qualité des prestations.

Autres appellations :

Cadre de santé
Surveillant

Prérequis :

Exercice professionnel de 4 ans

► Activités

- Contrôle et suivi de la qualité et de la sécurité des soins et activités paramédicales, dans son domaine
- Coordination et suivi de la prise en charge de prestations
- Élaboration et rédaction de rapports d'activité
- Encadrement d'équipe(s), gestion et développement des personnels
- Gestion des moyens et des ressources : techniques, financières, humaines, informationnelles
- Montage, mise en oeuvre, suivi et gestion de projets spécifiques au domaine d'activité
- Organisation et suivi de l'accueil (agents, stagiaires, nouveaux recrutés.)
- Planification des activités et des moyens, contrôle et reporting
- Promotion des réalisations / des projets spécifiques à son domaine d'activité
- Veille spécifique à son domaine d'activité

► Savoir-Faire

- Analyser des données, des tableaux de bord et justifier des résultats relatifs aux activités de son domaine
- Arbitrer et/ou décider entre différentes propositions, dans un environnement donné
- Concevoir, formaliser et adapter des procédures / protocoles / modes opératoires / consignes relatives à son domaine de compétence
- Concevoir, piloter et évaluer un projet, relevant de son domaine de compétence
- Établir / évaluer / optimiser un budget relatif à son domaine de compétence
- Évaluer, développer et valoriser les compétences de ses collaborateurs
- Fixer des objectifs, mesurer les résultats et évaluer les performances collectives et/ou individuelles
- Organiser une unité, un service, en fonction de différents critères (missions, stratégie, moyens, etc.)
- Piloter, animer / communiquer, motiver une ou plusieurs équipes
- Planifier, organiser, répartir la charge de travail et allouer les ressources pour leur réalisation
- Travailler en équipe / en réseau

¹⁰¹ <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/pdf/metier.php?idmet=27>, consulté le 28/03/2013



► Connaissances

| Description | Degré | Formacode |
|--|----------------------------|-----------|
| Animation d'équipe | Connaissances détaillées | |
| Communication / relations interpersonnelles | Connaissances approfondies | |
| Communication et relation d'aide | Connaissances approfondies | 44021 |
| Droit des patients | Connaissances détaillées | 43415 |
| Évaluation de la charge de travail | Connaissances détaillées | 32012 |
| Management | Connaissances détaillées | |
| Méthodologie d'analyse de situation | Connaissances approfondies | 14254 |
| Organisation du travail | Connaissances détaillées | 42887 |
| Soins | Connaissances approfondies | |
| Stratégie et organisation / conduite du changement | Connaissances détaillées | 32025 |

Connaissances détaillées :

Connaissances détaillées, pratiques et théoriques, d'un champ ou d'un domaine particulier incluant la connaissance des processus, des techniques et procédés, des matériaux, des instruments, de l'équipement, de la terminologie et de quelques idées théoriques. Ces connaissances sont contextualisées. Durée d'acquisition de quelques mois à un / deux ans.

Connaissances approfondies :

Connaissances théoriques et pratiques approfondies dans un champ donné. Maîtrise des principes fondamentaux du domaine, permettant la modélisation. Une partie de ces connaissances sont des connaissances avancées ou de pointe. Durée d'acquisition de 2 à 4/ 5 ans.

► Informations complémentaires

Relations professionnelles les plus fréquentes :

Direction des soins pour l'élaboration et le suivi de projets
médecins pour la gestion journalière de l'unité
autres services de soins, médico techniques, logistiques, administratifs pour l'organisation des activités et des soins et pour la gestion des matériels
partenaires de santé extra hospitaliers pour la continuité des prestations
fournisseurs externes de matériels pour la veille technique et le choix des moyens
service de formation continue pour organiser des formations adaptées aux besoins des personnels
instituts de formation pour l'accueil et l'encadrement des stagiaires
responsables du pôle et autres cadre du pôle pour l'élaboration et le suivi des projets du pôle

Etudes préparant au métier et diplôme(s) :

Une année de formation, après sélection d'entrée, en institut de formation des cadres de santé
Diplôme de cadre de santé

Correspondances statutaires éventuelles :

Cadre de santé

Proximité de métier - Passerelles courtes :

Directeur des soins,
cadre supérieur de santé,
cadre de santé de pôle

Tendances d'évolution du métier - Les facteurs clés à moyen terme :

Renforcement des contraintes juridiques et réglementaires,
évolution des professions paramédicales dans le cadre des transferts d'activités et de compétences,
évolutions technologiques des équipements, des matériels et des pratiques



Conséquences majeures sur l'évolution des activités et des compétences :

- Développement de la traçabilité
- Réalisation de protocoles, de procédures
- Ajustement des profils de postes et évaluation en besoins de formation

Annexe III : Grille d'entretien

Grille d'entretien auprès des cadres de santé

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études à l'Ecole Supérieure Montsouris, j'effectue un travail de recherche concernant les modifications (ou les nouveautés) mises en place par les cadres de santé dans les services de psychiatrie, en conséquence de la mise en place du référentiel de formation 2009.

- 1) Identité professionnelle :
 - a. Quel est votre âge ?
 - b. Quelle est votre formation initiale et votre parcours professionnel ?
 - c. Depuis combien de temps êtes-vous cadre de santé ? (Y compris vos années de faisant fonction de cadre de santé)
 - d. Depuis combien de temps êtes-vous responsable de votre unité actuelle ?
 - e. Étiez-vous en poste au moment de la mise en place du référentiel de 2009 ?
- 2) Pourriez-vous me décrire votre équipe et le service dans lequel vous travaillez actuellement ?
- 3) Combien d'étudiants infirmiers accueillez-vous par an dans votre service ? Et quelle est votre capacité d'accueil maximale sur la même amplitude ?
- 4) Avez vous été accompagné, en tant que cadre de santé, par l'IFSI dans la mise en place de cette réforme ?
- 5) Quels ont été les outils mis en place par votre établissement pour faciliter la mise en place de ce référentiel dans les services de soins ?
- 6) Quels sont les outils que vous avez mis en place au sein de votre unité pour faciliter l'encadrement par les équipes ?
- 7) Comment participez vous à l'encadrement des étudiants infirmiers ? Quel est votre rôle ?
- 8) Comment, selon vous, votre équipe aborde t'elle l'encadrement des étudiants infirmiers, en parallèle à l'ancien diplôme ? (les points forts et les difficultés)

Annexe IV : Transcription de l'entretien avec Mr L., cadre de santé exerçant en centre hospitalier spécialisé en psychiatrie.

| |
|---|
| Entretien avec Mr L., Cadre de Santé |
|---|

M (Moi-même) : Quel est votre âge ?

L (Monsieur L., cadre de santé) : 55 ans.

M : Quelle est votre formation initiale et votre parcours professionnel ?

L : Moi je suis infirmier psychiatrique d'avant que ce soit regroupé avec les soins généraux et j'ai toujours travaillé en pédopsychiatrie.

M : Depuis combien de temps êtes-vous cadre de santé, y compris vos années de faisant fonction de cadre de santé ?

L : Je suis cadre depuis une douzaine d'années, diplômé de 2000.

M : De puis combien de temps êtes-vous responsable de votre unité actuelle ?

L : Cela s'est fait en deux fois : j'ai d'abord été responsable de cette unité de 2000 à 2003 puis je suis parti dans un autre service et je suis revenu dans cette unité en 2007, donc six ans.

M : Etiez-vous en poste au moment de la mise en place du référentiel de 2009 ?

L : Oui j'étais en poste et donc dans cette même unité.

M : Pourriez-vous me décrire votre équipe et le service dans lequel vous travaillez actuellement ?

L : Alors c'est une unité de soins études pour adolescents, on était précédemment dans une autre unité mais dans une villa à l'extérieur de l'hôpital et pour des questions budgétaires nous avons été obligés de réintégrer les murs de l'hôpital il y a maintenant un an. Ce qui ne nous arrange pas car notre projet de soins à nous est basé sur le travail à l'extérieur, avec aussi une scolarité extérieure. Les adolescents se rendent tous les jours du lundi au vendredi dans des collèges ou lycées classiques.

M : Donc ils vont au collège ou au lycée tous les jours et ne sont présents que le soir ?

L : Tout à fait nous sommes un internat de semaine ils rentrent chez eux le vendredi après les cours et reviennent dans l'unité le dimanche soir accompagnés de leurs parents, c'est obligatoire.

M : Vous accueillez combien d'adolescents ?

L : Là en fonction des locaux...normalement c'est dix lits mais les locaux actuels ne nous permettent que d'avoir sept lits plus un lit d'observation.

M : Et comment est composée votre équipe paramédicale ?

L : Elle est composée de différents paramédicaux, donc là actuellement j'ai deux éducateurs, normalement quatre infirmiers et un aide-soignant, sauf qu'à l'heure actuelle je n'ai pas tout mon personnel, j'ai un poste d'infirmier qui n'est pas pourvu.

M : Combien d'étudiants infirmiers accueillez-vous par an dans votre service ? Et quelle est votre capacité d'accueil maximale sur la même amplitude ?

L : Alors un seul étudiant à la fois et en gros c'est variable sur l'année ça peut être trois ou quatre, en tant qu'infirmier c'est trois par an. Après j'ai aussi les étudiants éducateurs généralement un par an et depuis cette année je prends aussi des étudiants aides-soignants, mais un seul à chaque fois parce que j'ai une petite équipe et c'est plus facile à gérer tout simplement.

M : Avez-vous été accompagné, en tant que cadre de santé, par l'IFSI dans la mise en place de cette réforme ?

L : Alors oui et non (rires)...

M : Justement si oui comment et par quels moyens ?

L : Alors ça s'est fait au travers d'autres collègues qui eux ont été beaucoup plus impliqués que moi dans la mise en place de ce programme, c'est eux qui ont assisté aux réunions en IFSI et qui nous ont fait un retour par la suite.

M : Le retour s'est fait sous forme de réunion d'information ?

L : Alors oui sous forme de réunions au sein du pôle mais aussi de façon beaucoup plus large au niveau de tout l'hôpital. C'était plus facile comme ça car on avait deux personnes du service qui intervenaient régulièrement en IFSI donc ils étaient des interlocuteurs privilégiés.

M : Et aujourd'hui est-ce que les formatrices viennent faire des visites auprès des étudiants durant les stages ?

L : En général elles viennent une fois.

M : Une fois pour toute la période du stage ?

L : Oui une fois pour tout le stage, c'est déjà arrivé qu'elles viennent plus parce qu'il y avait un souci avec l'étudiant.

M : C'est vous qui les sollicitez ou elles viennent systématiquement ?

L : Il y a une visite de façon systématique et après comme je vous l'ai dit s'il y a problème oui je les sollicite plus. De temps en temps ça passe par moi, mais généralement ce sont les tuteurs qui les sollicitent, moi je reste maître de stage.

M : Quels ont été les outils mis en place par votre établissement pour faciliter la mise en place de ce référentiel dans les services de soins ?

L : Alors on a les tuteurs.

M : Qui ont été formés au tutorat ?

L : Oui tout à fait ils ont été formés.

M : C'est une formation en interne ?

L : Ces formations ont été faites sur les deux plans, en interne et en externe, et qui continuent d'ailleurs à se faire sur l'extérieur pour les nouveaux arrivants.

M : C'est une formation pour le tutorat des nouveaux arrivants ou pour le tutorat des étudiants infirmiers ?

L : Non non tutorat des étudiants infirmiers, cette formation permet de répondre au programme réglementaire et elle permet d'approfondir leurs missions.

M : Votre établissement a mis d'autres choses en place ?

L : Oui mais après s'est des choses qui sont proposées aux étudiants sous forme de rendez-vous institutionnels où ils peuvent avoir des informations sur toutes les autres unités qui sont dans l'établissement, donc ça ce sont des réunions qui se font environ au rythme d'une par mois à peu près et c'est aussi divers que le travail en pédopsychiatrie, au CMP, chez les adultes, et là les étudiants sont fortement conviés à aller assister à ces réunions parce que du coup ils ont plein d'infos sur l'hôpital, sur les différents services et tout ce qu'on propose.

M : Et qui anime ces réunions ?

L : C'est en général les représentants de chaque unité ça se fait au niveau du centre de documentation, ils ont une grande salle de réunion et c'est aussi eux qui chapeautent ça car ils ont un cadre qui est là-bas et qui établit un calendrier d'intervention des différents collègues et en général c'est une ou deux personnes par unité, ça peut être le cadre de santé mais ça peut aussi être un infirmier ou un éducateur.

M : C'est très intéressant comme initiative de la part de l'établissement...

L : Oui effectivement c'est très intéressant et puis nous, on fait en sorte que les stagiaires ne restent pas dans la même unité pendant x semaines, c'est-à-dire on leur propose au sein du pôle d'aller dans d'autres unités, ça leur permet aussi d'avoir une vision des articulations qu'il peut y avoir au niveau des adolescents et de ce qui est proposé aux adolescents. Pour ce qui concerne mon pôle, il y a ma structure, l'hôpital de jour et l'unité de soins intensifs.

M : Je pense que ça va répondre en partie à la question d'après...

M : Quels sont les outils que vous avez mis vous en place au sein de votre unité pour faciliter l'encadrement par les équipes ?

L : Donc comme je viens de le dire j'ai mis en place le parcours professionnalisant, ça s'est fait en accord avec les autres collègues cadres du pôle et avec le cadre supérieur, je ne suis pas certain que cela existe sur les autres unités mais nous c'est quelque chose qui nous tenait à cœur justement pour que l'étudiant est une vision la plus globale possible des différentes structures et de ce que l'on propose ainsi que des différents projets de soins.

M : Donc vous leur faites faire un parcours sur combien d'unités ?

L : En tout trois unités : la mienne, l'hôpital de jour et l'unité de soins intensifs. Après, ça dépend aussi de la motivation du jeune si elle est là ou pas, ça aussi s'est à prendre en compte bien souvent

ils viennent en psychiatrie à reculons parce que je pense qu'au niveau de la formation ce n'est pas encore... , c'est toujours la même chose, peut-être parce que ça fait peur encore ou peut-être qu'au niveau des IFSI on ne met pas assez l'accent sur la psychiatrie. Je pense que certains découvrent la psychiatrie en venant en stage, ils ont eu des cours théoriques mais dans la pratique ils ne s'imaginent pas l'univers qu'ils vont découvrir (sourire).

M : Et vous vous avez combien de tuteur au niveau de votre unité ?

L : J'en ai deux mais deux sur une petite équipe comme la mienne cela suffit, ce qui fait qu'au niveau de la gestion du temps ce n'est pas facile au niveau du planning parce qu'elles ont d'autres missions transversales, et sur tout le pôle il y en a cinq, ce qui n'est pas énorme. Sur l'hôpital cela représente une bonne dizaine, du coup comme cela fonctionne bien et qu'on a des retours positifs des différents IFSI l'hôpital incite les personnes diplômées depuis longtemps à se former au tutorat. Par contre je voulais préciser que les tuteurs qui sont dans mon unité ne s'occupent pas des élèves de l'unité.

M : Pouvez-vous m'expliquer ?

L : Alors cela veut dire qu'un tuteur qui travaille chez moi va s'occuper d'un élève qui sera en stage dans une autre unité et le tuteur d'une autre unité aura en charge l'étudiant présent chez moi. Donc j'ai l'infirmier de proximité qui encadre au quotidien le stagiaire qui rencontre régulièrement le tuteur en présence ou non du stagiaire avec des travaux qui sont demandés. En plus, c'est plus intéressant que le tuteur ne soit pas de l'unité parce que justement la vision est différente et puis ça donne une dynamique à l'équipe de proximité car elle sait qu'elle va avoir un regard extérieur du tuteur sur l'encadrement qu'elle aura apporté aux stagiaires. D'être dans le même lieu cela peut polluer la vision du tuteur que ce soit pour le travail ou dans la relation alors que là, ça vient de l'extérieur il n'y a pas tous ces soucis là.

M : Et ça c'est un choix de votre part ?

L : Oui tout à fait. A la base cette idée est partie des cadres de santé et des cadres supérieurs qui ont relégué cette idée à la direction des soins de l'établissement qui l'a validé.

M : Vous venez de me parler des travaux que vous demandez aux étudiants, avez-vous mis en place des objectifs précis à une semaine, deux semaines, trois semaines etc. ?

L : Oui tout à fait, dès le début du stage le tuteur et le stagiaire fixent des objectifs à une semaine, deux semaines, cinq semaines et dix semaines et en fonction de l'évolution de l'étudiant ces objectifs peuvent être réajustés à plus courte échéance soit du lundi pour le vendredi quand cela ne se passe pas bien.

M : C'est quel sorte d'objectifs ?

L : Tout dépend du niveau d'études de l'étudiant si il est en première, deuxième ou troisième année, cela va concerner la pharmacologie, une connaissance des symptômes des pathologies rencontrées mais aussi des démarches de soins. On demande aux étudiants d'être un peu curieux, parfois ils viennent ici ça ne les intéresse pas forcément donc ils ne vont pas chercher

d'informations, alors qu'il est dommage de ne pas s'y intéresser, alors les objectifs fixés en début de stage les aident dans cette démarche, cela débloque parfois leur manque d'intérêt.

M : Quel est le critère pour adresser le personnel en formation tutorat ?

L : Il faut déjà qu'il y ait une certaine expérience, je dirais pas moins de trois ans de diplôme et qu'ils soient volontaires bien sûr.

M : Est-ce que vous avez mis en place un livret d'accueil ou un recueil des situations prévalentes ?

L : Oui tout à fait mais s'est les tuteurs qui s'en occupent, il n'est pas clairement formalisé car il est tout le temps en mouvement, on ajoute régulièrement des choses et on n'en retire d'autres donc ce n'est pas un livret d'accueil « définitif » mais ça ressemble à ça. Les étudiants peuvent y retrouver différentes informations sur l'hôpital, sur les secteurs que ça regroupe, quelles villes, et aussi sur le service où ils se trouvent avec des plaquettes de présentation des unités et on leur fournit aussi un petit calendrier où ils peuvent consulter les différentes interventions, réunions institutionnelles qui leur sont ouvertes.

M : Et retrouve-t-on aussi dans ce livret d'accueil les situations prévalentes ?

L : Alors ça je ne saurais pas le dire exactement, je ne sais pas si c'est aussi détaillé mais en tout cas je sais que c'est repris dans les plaquettes que l'on fournit avec les pathologies, l'organigramme du service pour qu'ils puissent s'y retrouver un petit peu.

M : Vous même et votre établissement avez bien pensé l'accueil des étudiants infirmiers...

M : Et avez-vous formalisé par écrit cet accueil et cet encadrement ?

L : Oui les grandes lignes ont été dressées d'une part par l'établissement puis reprises par chaque pôle qui les a ajustés en fonction du projet de soins de chaque service.

M : Et pour l'évaluation finale et le remplissage du portfolio, cela se fait avec les tuteurs ?

L : Oui se sont les tuteurs qui gèrent les évaluations et le remplissage du portfolio après s'être concertés avec les cadres de santé des unités où l'étudiant est passé durant son parcours professionnalisant. Moi je n'interviens que s'il y a problème.

M : Comment participez-vous à l'encadrement des étudiants infirmiers ? Quel est votre rôle ?

L : Alors moi clairement je suis maître de stage je suis là en deuxième rideau c'est-à-dire quand il y a des soucis, j'interviens à ce moment-là sinon je laisse les pleins pouvoirs au tuteur, bien sûr il y a des rencontres si il y a un problème, on se rencontre, on en parle, et j'ai un compte rendu quand même à chaque fois que le tuteur rencontre l'étudiant. Je rencontre aussi les formatrices à chacune de leurs visites.

M : Et qui organise le planning des étudiants ?

L : Alors ça c'est complètement le tuteur qui gère le planning des étudiants afin de pouvoir programmer les rencontres et les bilans en fonction de son propre planning, bien sûr j'ai un regard dessus mais ça s'arrête là.

M : C'est intéressant votre positionnement car parfois dans certaines unités la différence entre le tuteur et le maître de stage n'est pas clairement identifiée...

L : Moi non. Clairement je suis maître de stage et je reste à l'écart. Je n'interviens que dans les situations difficiles et complexes ce qui arrive rarement, (soupir) enfin ce qui arrive rarement tout dépend de l'ancienneté du stagiaire c'est-à-dire si c'est un première année généralement ils sont pas forcément à l'aise ou au contraire ils ne mettent pas de limite avec les adolescents et ça part un peu à vau-l'eau donc il faut recadrer. Quand on arrive en deuxième ou troisième année là déjà il y a des objectifs qui sont différents via l'arrivée du diplôme et l'apport théorique qui fait que ça percute un peu plus... et puis ils ont déjà un peu plus de bouteille, ils sont plus dans la réflexion donc c'est déjà plus intéressant et moins difficile.

M : Comment, selon vous, votre équipe aborde-t-elle l'encadrement des étudiants infirmiers, en parallèle à l'ancien diplôme ? (Les points forts et les difficultés)

L : (soupir) Avec ce qui a été mis en place sur l'établissement ainsi qu'au sein du pôle ça a apporté un plus pour l'équipe dans le sens où ça a redynamisé l'équipe dans l'encadrement des étudiants et de se remettre en question par rapport à leurs propres pratiques. Par contre, je ne parlerai pas de difficultés mais clairement ce qui leur a fait peur c'est l'arrivée du... du... du, de... de... ah j'ai oublié comment cela s'appelait...

M : Le portfolio ?

L : Oui c'est ça le nouveau portfolio alors ça c'était un casse-tête, les premières évaluations ça prenait un temps fou, enfin voilà c'était un truc de fou où là j'ai vu un mouvement de recul mais je pense qu'il fallait que cela s'intègre et après, les choses roulent toutes seules, d'ailleurs depuis quelques mois j'entends beaucoup moins ce genre de réflexion, de ressenti, il y a moins de difficultés par rapport à ça.

M : Donc à part l'arrivée du portfolio pas de point négatif ?

L : Alors au début si, tout au début je dirai pour les anciens au niveau de la notation j'entendais : « *oui c'était quand même bien il y avait une sanction c'était clair et net* », mais très rapidement les choses ont évolué et on en est plus là heureusement.

M : Et de votre point de vue de cadre de santé qu'est-ce qui pourrait être amélioré, si il y a des choses à améliorer dans ce référentiel ?

L : Là comme ça je ne vois pas trop et je trouve que c'est déjà une belle avancée qui a été fait, pas simple à mettre en place... (Réfléchi) Ah si, si je pouvais rajouter une chose cela concernerait les mises en situation professionnelle, je dois avouer que les mises en situation professionnelle manquent, non pas les normatives car c'était beaucoup trop de pression mais une mise en situation professionnelle formative serait la bienvenue, même pour nous à savoir si on fait bien ou pas sur la pédagogie que l'on apporte.



42 Bd Jourdan 75014 PARIS – Tel 01.56.61.68.60 Fax 01.56.61.68.59

**Diplôme de cadre de santé
DCS@12-13**

TITRE DU MEMOIRE

Le cadre de santé au cœur de l'apprentissage

AUTEUR

Céline JACK

MOTS-CLES

**Nouveau référentiel infirmier,
apprentissage, cadre de santé,
compétences, tutorat,
posture réflexive**

KEYWORDS

**New repository nursing, learning,
health manager, skills, tutoring,
reflexive approach**

RESUME

En 2009 la profession a connu un profond changement dans les études en soins infirmiers. En effet l'arrêté du 31 juillet 2009 modifiait complètement le mode d'apprentissage des étudiants, les équipes paramédicales devaient passer d'une démarche transmissive à une posture réflexive. Ce travail de recherche tente de définir après 3 années de recul, les outils mis en place par les cadres de santé en service de psychiatrie, pour structurer l'encadrement de l'apprentissage des étudiants infirmiers par les équipes. La méthode de recherche a consisté en des entretiens avec les cadres de santé. Il apparaît au terme de ce travail que le cadre de santé tient un rôle majeur dans la mise en place de ce nouveau programme, et que lui seul a la capacité d'impulser à son équipe une dynamique d'encadrement et d'accompagnement des étudiants, garantissant la transmission des bonnes pratiques à des futurs professionnels.

ABSTRACT

In 2009 the healthcare industry underwent a massive change in nursing care education. Indeed, the decree of 31 July 2009 completely changed the learning approach. The paramedical teams had to change from a transmissive to a reflexive approach. Three years after this change, this research attempts to define the tools used by senior nursing staff in psychiatry departments, in order to structure the supervision of nursing students by the nursing teams. The research methodology was based around interviews with senior staff. The conclusion of the study show that the senior nursing executive plays a major role in the implementation of this new program, and that he/she alone has the power to boost his/her team in order to guide and support students with dynamism and guarantee the transfer of best practices to future professionals.

Les mémoires des étudiants de l'IFCS de l'ESM sont des travaux réalisés au cours de l'année de formation. Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs. Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'IFCS de l'ESM.