

*Ecole Supérieure Montsouris
Université Paris EST Créteil Val
de Marne*

Diplôme de Cadre de Santé



*L'encadrement des
étudiants infirmiers :*

Le cadre de santé,

Un tuteur ? Un médiateur ? Un meneur ?

Céline PELLETIER

2011-2012

DCS 11-12

REMERCIEMENTS

A Madame Frédérique ANNANE, ma Directrice de mémoire, pour sa guidance essentielle et son aide tout au long de l'élaboration de ce travail.

A Madame Marylise BRA, mon ancienne Cadre de Santé, pour ses ressources, ses conseils et ses encouragements.

A mes fils Thibaut et Paul, pour leur indéfectible soutien tout au long de ces dix mois de formation.

A mes parents, mes sœurs, ma famille et mes ami(e)s qui m'ont tous encouragée et épaulée dans mes moments de doutes.

Enfin à tous les étudiant(e)s et les professionnels que je connais ou que j'ai rencontrés à l'occasion de ce travail et qui m'ont donné l'envie de persévérer.

« Une chose réussie est une transformation d'une chose manquée. Donc une chose manquée n'est manquée que par abandon. »

Paul VALERY

SOMMAIRE

SOMMAIRE.....	1
LISTE DES ABREVIATIONS.....	3
INTRODUCTION.....	4
1) LE CONSTAT : DIFFICULTES FACE A LA REFORME DES ETUDES INFIRMIERES.....	5
1.1 Retour sur la mise en œuvre de la réforme des études d’infirmière.....	5
1.2 Des soignants en difficulté	7
1.2.1 Des soignants non préparés	7
1.2.2 Des soignants débordés	8
1.2.3 Des soignants « nostalgiques » de la MSP	9
1.2.4 Des soignants résistants au changement.....	10
2) CADRE THEORIQUE.....	12
2.1 L’encadrement, définition, concepts	12
2.2 Retour sur l’évolution de la formation des infirmiers	13
2.3 2008 : vers une réforme des études devenue indispensable.....	17
2.4 L’évolution des étudiants.....	18
2.5 Réforme des études : une nécessité	19
2.6 La réforme des études du 31 juillet 2009.....	20
2.7 Les changements au niveau des soignants.....	22
2.7.1 Une nouvelle pédagogie	23
2.7.2 Un nouveau positionnement.....	24
2.8 Echanges avec les étudiants et les professionnels.....	26
2.8.1 Les professionnels	26
2.8.2 Les étudiants.....	31
3) HYPOTHESES QUESTION ET METHODOLOGIE DE RECHERCHE	34
3.1 Choix et méthodologie de l’outil.....	35
3.2 Populations choisies	36

3.3	Les limites rencontrées/ les outils et les populations	38
3.3.1	Les limites de l'outil	38
3.3.2	Les limites du choix de la population interrogée	40
3.3.3	Axes de recherche	41
4)	LES RESULTATS ET LEUR ANALYSE.....	42
4.1	Synthèse des résultats.....	42
4.1.1	Les représentations de la politique d'encadrement.....	43
4.1.2	Les enjeux professionnels : l'analyse des pratiques	45
4.1.1	Les enjeux professionnels : la posture réflexive	47
4.1.2	Le rôle du cadre, politique d'encadrement.....	50
4.2	Analyse des résultats	51
4.2.1	Les représentations de la politique d'encadrement.....	52
4.2.2	Les enjeux professionnels : l'analyse des pratiques	53
4.2.3	Les enjeux professionnels, la posture réflexive	54
4.2.4	Le rôle du cadre, politique d'encadrement.....	56
4.2.5	Discussion des résultats, réponse à la question de recherche	58
	CONCLUSION	63
	BIBLIOGRAPHIE.....	64
	TABLE DES ANNEXES	

LISTE DES ABREVIATIONS

CEFIEC : Comité d'Entente des Formations Infirmières Et Cadres

ESM : Ecole Supérieure Montsouris

FNEI : Fédération Nationale des Etudiants Infirmiers

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

IFCS : Institut de Formation des Cadres de Santé

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

MCO : Médecine-Chirurgie-Obstétrique

MSP : Mise en Situation Professionnelle

PHRI : Programme Hospitalier de Recherche Infirmière

Avertissements pratiques :

- Entendre par "soignants" et/ou "professionnels" : infirmiers(ères),
- « Référentiel de formation » : lire partout « référentiel de formation, arrêté du 31 juillet 2009, annexe III »

INTRODUCTION

A l'aube des premiers diplômés issus de la réforme des études d'infirmier du 31 juillet 2009, le monde médical et paramédical s'interroge sur le profil et les compétences des futurs professionnels. Le changement de mode d'apprentissage du métier inquiète et les étudiants donnent l'impression d'avoir à faire leurs preuves pour être reconnus comme des professionnels compétents.

En tant que témoin et acteur sur les terrains de stage, puis en tant que future Cadre de santé, mes préoccupations sur le sujet sont réelles par les enjeux professionnels qu'il représente. La formation en IFCS m'a permis de réaliser le travail qui suit, en m'inscrivant dans un cadre de recherche. L'intérêt que je porte à la fonction d'encadrement des étudiants m'a amenée à explorer les difficultés persistantes dans ce domaine, vécues autant par les professionnels que par les étudiants.

Pour débiter cette recherche, j'exposerai dans un premier temps ce que j'ai pu constater sur le terrain, par le biais de mon expérience professionnelle. Ce constat m'aura amenée à affiner ce que je souhaitais mieux comprendre et connaître, puis à l'inscrire dans un cadre théorique, qui sera l'objet de la seconde partie de ce travail. J'y reviendrai entre autres, sur les changements induits par la réforme des études d'infirmiers au niveau des soignants, non-initiés à leurs nouvelles fonctions pédagogiques.

Dans ce contexte, à partir d'une question de recherche axée sur le rôle du Cadre de santé auprès des acteurs de l'encadrement, j'exposerai, dans un troisième temps, la méthodologie et les orientations de mes investigations autour de l'analyse des pratiques et de la posture réflexive.

Enfin, dans une quatrième et dernière partie, au regard du cadre théorique initial, j'analyserai les résultats de mes recherches sur lesquels je m'appuierai pour pouvoir apporter une réponse à la problématique posée et notamment sur le positionnement envisagé du Cadre de santé sur le sujet.

1) LE CONSTAT : DIFFICULTES FACE A LA REFORME DES ETUDES INFIRMIERES

1.1 Retour sur la mise en œuvre de la réforme des études d'infirmière.

J'ai toujours eu beaucoup de plaisir à encadrer les étudiants infirmiers. J'y vois, dans la transmission de savoirs, une forme de compagnonnage bienveillant, ayant à cœur de donner aussi l'envie d'exercer cette profession. J'apprécie cette notion de « point de relais », de « circulation des savoirs » que je pouvais représenter, à travers les années. J'ai toujours été plus sensible à un accompagnement des étudiants par la réflexion qu'à un enseignement purement pratique. Ceci pour dire combien j'ai été interpellée par la mise en place d'une réforme des études infirmières allant dans ce sens.

Ainsi, à l'automne 2009, j'ai accueilli, avec étonnement et curiosité, comme tous les professionnels de terrain, les premiers étudiants infirmiers concernés par la réforme du 31 juillet 2009¹. La seule différence majeure et visible à ce moment-là, résidait dans l'abandon des « MSP » (Mise en Situation Professionnelle) et des notes de fin de stage comme moyens d'évaluation, ainsi qu'un « dossier personnel » (portfolio²) à remplir « relatif à l'évaluation des compétences des étudiants ». Mais le plus étonnant était que les étudiants eux-mêmes donnaient l'impression de ne pas savoir utiliser ce dernier. Que dire aussi de leur inquiétude face à des soignants qui posaient des questions sur ce nouvel outil, le découvrant à la faveur du stage ? Il serait apparu légitime en effet pour eux de chercher des explications, une aide auprès de professionnels en position de « tuteurs ». Mais les soignants, eux-mêmes, étaient décontenancés face à ce nouveau mode d'encadrement. Dans la précipitation, ils ont donc dû s'adapter aussi à un nouveau mode d'évaluation. Les premières interrogations se sont faites entendre, telles que : « *mais on évalue comment maintenant ?* »³ Le portfolio apparaissait comme un outil « d'évaluation » long, fastidieux, parfois inadapté. La notion de compétences et des items correspondants (« non acquis », « à améliorer », ou « acquis ») était floue. Lors d'un stage du semestre deux d'un étudiant en première année, j'ai pu constater que certaines compétences et les items correspondants avaient été estimés « à améliorer » et en même temps « acquis ». C'est dire si les soignants étaient embarrassés pour pouvoir estimer

¹ Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier.

² Portfolio : « livret individuel de suivi des compétences acquises et à valider », Annexe VI, et article 55 de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'état d'infirmier

³ Propos de Mme Y, collègue infirmière, recueillis sur mon lieu de travail, janvier 2010

qu'un élément de compétence était à la fois « acquis » et « à améliorer » et tant le concept de compétence ne leur était pas familier.

D'autre part, fin juin 2010, un médecin exerçant dans un grand hôpital public de banlieue parisienne, me rapportait que les infirmières avec qui elle travaillait semblaient encore plus désemparées que mes collègues et moi. Nous avons pu alors échanger au sujet de la réforme des études en soins infirmiers de 2009, et elle évoquait la grande difficulté dans laquelle se trouvaient les soignants, qui semblaient « *de plus en plus accaparés et stressés par l'encadrement des étudiants* », « *plus que dubitatifs devant le bien-fondé de cette réforme, et manifestant un grand mécontentement* »⁴. Cet échange reflète assez bien le désarroi et la perte de repères que j'ai pu constater chez les professionnels de terrain, et que j'ai ressentis moi-même...

Les soignants ont donc compris rapidement que leur rôle d'encadrants se trouvait accentué, allant jusqu'au sentiment d'avoir « *tout à faire, et tout à leur apprendre* »⁵. Il n'était pas rare d'entendre des commentaires au sujet des Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI), qui paraissaient avoir démissionné de leur rôle de formateurs, désertant les terrains de stage et laissant la responsabilité de former les étudiants aux soignants. Il ne me paraît pas excessif d'évoquer, au niveau des professionnels, un flou total et une incompréhension majeure des tenants et aboutissants de cette réforme, à première vue faute d'information. Que s'est-il donc passé pour que les soignants aient autant le sentiment d'être livrés à eux-mêmes face à cette réforme ? Pour comprendre pourquoi celle-ci n'avait en effet pas ou peu été présentée auprès des soignants et auprès des Cadres de Santé, j'ai contacté un IFSI de la région parisienne de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris (APHP), et j'ai pu m'entretenir avec un cadre de santé formateur que je connaissais personnellement.

Ce cadre formateur m'a confirmé qu'effectivement les IFSI n'avaient pas pu assurer correctement la mise en œuvre de la réforme sur les terrains en raison de la publication des textes officiels au journal officiel le 7 août 2009, soit un mois avant la rentrée de septembre : « *Il a fallu travailler dans l'urgence, de façon à pouvoir assurer une rentrée conforme au nouveau référentiel et aux attentes des étudiants* »⁶. Les cadres formateurs ont ainsi été face à une dichotomie entre leur présence nécessaire en IFSI pour accueillir les nouveaux étudiants et les lieux de stage pour présenter la réforme aux professionnels. A cela, se rajoutaient l'évaluation et les épreuves pratiques du Diplôme d'Etat (D.E) des étudiants du programme de 1992.

⁴ Propos du Docteur C.L., PH dans un hôpital public de banlieue parisienne, juin 2011

⁵ Propos de Mme Y, collègue infirmière, recueillis sur mon lieu de travail, novembre 2009

⁶ Propos recueillis auprès d'une formatrice d'un IFSI de la région parisienne APHP, juin 2010

A l'automne 2010, soit un an après la mise en place de la réforme des études, je me suis vraiment penchée sur les changements et/ou les évolutions que comportait la réforme. Même si je percevais le bien-fondé d'une évolution de l'apprentissage par compétences dans les études d'infirmier, je continuais cependant plutôt à tâtonner avec le concept même de compétences. J'étais surtout « mal à l'aise » vis-à-vis des étudiants qui maîtrisaient de mieux en mieux l'outil d'évaluation de leur progression, le portfolio, alors que moi, tuteur de stage, je ne le maîtrisais pas malgré une réflexion menée en collaboration avec la Cadre de Santé de mon établissement. Cette dernière s'est mobilisée pour expliquer, présenter le nouveau programme des études, alliant documents, réunions, réflexions inter-équipes. Je me suis alors documentée, j'ai étudié le portfolio et ainsi mieux cerné ce que signifiait l'apprentissage par compétences, et surtout la « posture réflexive » qui m'est apparue en adéquation avec mes aspirations à encadrer des étudiants. Jusqu'aux mois qui ont précédé mon entrée à l'Institut de Formation de Cadre de Santé (IFCS) de l'Ecole Supérieure Montsouris (ESM), j'ai porté un intérêt tout particulier à l'encadrement des étudiants en stage dans mon unité. En parallèle, les formateurs d'un IFSI se sont déplacés, et nous ont éclairés sur la posture pédagogique des soignants désormais préconisée.

Mais les réticences persistaient, comme le démontrent ces propos d'une collègue : « *On met de la psychologie partout maintenant alors que l'essentiel est que les soins soient assurés, on n'a pas le temps de réfléchir !⁷* » Je m'interrogeais alors sur les difficultés grandissantes de mes collègues à voir le bénéfice qu'allait apporter cette réforme et pourquoi il y avait autant de réticences de leur part. Même si j'avais de plus en plus la conviction que cette réforme était devenue nécessaire, il me fallait chercher et comprendre ce qu'il en était des difficultés des soignants face au nouveau mode d'encadrement préconisé par la réforme des études.

1.2 Des soignants en difficulté

1.2.1 Des soignants non préparés

J'ai exposé précédemment la manière dont la réforme avait été mise en œuvre, c'est-à-dire dans la précipitation et avec un manque cruel de préparation. Il est clair que les soignants ont eu le sentiment de subir cette réforme, et de devoir maîtriser, sans

⁷ Propos recueilli auprès de Mme X, IDE, diplômée de 2003, septembre 2012

formation, de nouvelles compétences d'encadrement obscures. Il faut du temps pour s'approprier une réforme, a fortiori quand les principaux acteurs y sont fortement impliqués. Ainsi, on pouvait lire dans la revue « Soins » de mai 2009 : « *D'autre part, les formateurs auront à faire le point avec les professionnels de terrain pour aider à identifier les acquis et les axes de progression des étudiants. Le référentiel de compétences sera le point de repère pour cette nouvelle alternance. Il constituera la colonne vertébrale du portfolio de l'étudiant. Aussi est-il important que les équipes soignantes puissent se l'approprier et échanger sur son contenu afin d'entrer dans cette nouvelle voie de professionnalisation des étudiants*⁸ ». Mais ce temps d'appropriation a manqué. En effet les textes officiels ont été publiés le 7 août 2009 avec une mise en vigueur le lendemain 8 août⁹, pour une rentrée le 7 septembre de la même année. Le changement a été brutal, sans préparation. Ainsi, même si la profession savait qu'une réforme était en cours, son contenu n'était pas ou très peu connu au moment de sa mise en œuvre en septembre 2009. L'inquiétude des soignants était palpable : « *Le nouvel arrêté relatif au diplôme d'État d'infirmier devait être publié au Bulletin officiel (BO) du Ministère de la santé et des sports. Les BO de juin et juillet sont passés sans que cet arrêté ne soit présent, laissant émerger des rumeurs fantaisistes* »¹⁰.

Il n'est pas difficile d'imaginer la difficulté des soignants face à un nouveau concept d'apprentissage par compétences, de posture réflexive, d'évaluation par éléments de compétences au moyen d'un portfolio, autant d'éléments constituant pour eux un véritable bouleversement de l'encadrement des étudiants et a fortiori à mettre en œuvre sans information et un mois après la publication des textes officiels.

L'encadrement des étudiants apparaissait non seulement « nébuleux », mais surtout impliquait de dégager beaucoup de temps.

1.2.2 Des soignants débordés

Comment faire face en effet, à une charge de travail sans cesse plus conséquente et un encadrement efficace, devenu aux yeux des soignants plus « chronophage » ? De manière informelle, par connaissance, je suis allée à la rencontre de soignants dans un Service de Soins de Suite et de Réadaptation parisien et dans un

⁸ COUDRAY Marie-Ange, revue « Soins » n°735, mai 2009, p 41

⁹ Journal officiel de la république française (JORF) du 7 août 2009 présentant l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier.

¹⁰ <http://www.infirmiers.com/actualites/actualites>, actualités du 21 juillet 2009, consulté le 24/01/2012

service d'orthopédie d'un établissement privé au cours des mois de février et mars 2012. J'évoquais avec eux les difficultés relatives au temps d'encadrement des étudiants. Tous ont été unanimes pour évoquer en premier lieu le portfolio qui reste à leurs yeux un « outil d'évaluation fastidieux à remplir » : « *on met deux heures à le remplir, les items sont parfois incompréhensibles¹¹* ». « *Et puis maintenant, il faut les faire réfléchir sur les soins, même si c'est sans doute une bonne chose, franchement, on n'a pas le temps !* ». Une autre infirmière me disait : « *et puis, on engage notre responsabilité lorsqu'on valide ou pas une compétence, c'est sur nous que repose toute l'évaluation des étudiants, c'est trop lourd, ici, il n'y a pas de tuteur, on est tout à la fois, tuteur, professionnel de proximité et quand même en premier lieu des soignants, avec une charge de travail énorme¹²* ». La posture pédagogique semble être moins décriée qu'en fin d'année 2009, bien que partiellement appropriée, mais le facteur « temps » reste un problème. Ce sentiment accru de responsabilisation des professionnels face à leur nouvelle posture de tuteur n'a fait qu'amplifier le « manque de temps » pour encadrer et évaluer correctement les étudiants. Sur un forum de discussion de la profession, ouvert à tous les professionnels paramédicaux, on pouvait lire en avril 2011 : « *J'avoue que personnellement je suis un peu largué, mais ai-je réellement envie de raccrocher les wagons ? On a déjà à peine le temps de gérer le quotidien, alors nous en rajouter encore...¹³* »

A cette charge de travail majorée par un encadrement d'étudiants qui semble chronophage, il est, en ce début d'année 2012, encore récurrent d'entendre les soignants regretter les MSP.

1.2.3 Des soignants « nostalgiques » de la MSP

« *C'était mieux avant, avec les MSP¹⁴* » : il y a quelques mois, j'entendais encore un de mes collègues affirmer « *qu'ils (les étudiants) n'étaient plus motivés parce qu'il n'y avait plus de notes¹⁵* », ou bien encore : « *Ils ne savent plus rien faire puisqu'il n'y a plus de MSP¹⁶* ». Ce constat m'a été confirmé par nombre d'étudiants avec qui j'ai pu m'entretenir depuis mon entrée en formation cadre de santé. Pendant mon stage de « fonction formation » au sein d'un IFSI parisien au mois de février 2012, une dizaine

¹¹ Propos recueillis en février 2012 auprès d'infirmiers âgés de 26 à 35 ans

¹² *Ibidem.*

¹³ <http://www.infirmiers.com/forum/l-encadrement-des-eleves-du-nouveaux-programme-t108168.html>, consulté le 5/03/2012

¹⁴ Propos recueillis auprès de ma collègue Mme Y., IDE, juin 2011

¹⁵ Propos recueillis auprès de Mr R., IDE, octobre 2011

¹⁶ *Ibid.*

d'étudiants en deuxième année me rapportaient qu'ils s'étaient entendus dire quasiment à chaque stage que l'abandon des MSP était vraiment regrettable. Sur les forums de discussion « étudiants infirmiers », le nombre de messages « postés » à ce sujet est impressionnant¹⁷. C'est comme si le fait de ne plus être dans le contrôle par la note, la sanction, faisait perdre aux soignants tous les repères pour évaluer correctement un étudiant. L'influence de l'héritage scolaire reste présente. Nombre de soignants et surtout de formateurs ont pourtant dénoncé une forme de « théâtralisme » dans les MSP, de mise en scène. Ainsi, dans un article sur « cadre de santé.com », Charline DURAND écrit ceci : « *La note résultait de l'évaluation d'une action de prise en charge, très souvent théâtralisée (soins réservés, ou délégation des autres pour orienter le jury sur l'évaluation d'une activité sur laquelle l'étudiant voulait être évalué, avec plus ou moins la complicité des professionnels)*¹⁸.. ». De plus, la feuille d'évaluation d'avant la réforme, laissait la place à la subjectivité des soignants, à leurs propres représentations, aux « normes » de l'équipe, Il s'agissait en effet de copier ou reproduire des actes, des comportements selon des normes. Peu de place y était laissée à la réflexion. Pour les professionnels, on peut imaginer la difficulté à passer soudainement d'une modélisation « pratico-pratique » à l'évaluation d'une progression de l'étudiant, d'un élément de compétence, d'une mobilisation adéquate des savoirs prérequis.

Autant d'évolutions dans l'encadrement et l'évaluation des étudiants qui n'ont certainement pas poussé les soignants à accepter ni à cautionner ce changement.

1.2.4 Des soignants résistants au changement

Selon Kurt Lewin, le changement relève d'un construit entre les acteurs¹⁹ (K.LEWIN, Field theory in social science, harper, NY, 1951. M. Crozier confirme ce fait en rappelant qu' « on ne change pas la société par décret »²⁰. De même, on pourrait dire qu' « on ne change pas l'encadrement des étudiants par décret ». La réforme des études d'infirmier de 2009 a généré au niveau des professionnels un véritable changement dans l'encadrement des étudiants infirmiers, qui comme nous l'avons vu plus haut²¹ n'a pu

¹⁷ <http://infirmier.peewai.fr>
<http://www.infirmiers.com/forum/les-resistances-a-la-reforme-t118168-15.html#p2404947>
<http://www.infirmiers.com/forum/l-encadrement-d-esi-pas-simple-t109416-30.html?hilit=ENCADREMENT%20ETUDIANT#p2251038> consultés les 3 et 5/03/2012

¹⁸ <http://www.cadredesante.com/spip/spip.php?article413>, consulté le 4/03/2012

¹⁹ K. LEWIN, Field theory in social science, NY : 1951, harper

²⁰ M. CROZIER « *On ne change pas la société par décret* », Paris : Ed Fayard, 1979

²¹ *Se reporter supra* p 6, 1.2.1. « Des soignants non préparés »

s'accompagner du temps nécessaire à une appropriation effective. La résistance au changement²² peut alors s'expliquer par une cause organisationnelle objective, une cause rationnelle : le manque de temps pour mener à bien le changement. Elle peut aussi être d'origine structurelle avec le risque de rompre les routines existantes, l'institution de nouveaux rôles. En effet, les professionnels ont été les acteurs directement impactés par cette réforme puisque leur participation à la validation des compétences de l'étudiant a été fortement majorée. L'impact de cette réforme a été de plusieurs types : un impact sur leurs propres compétences avec l'acquisition de nouveaux savoirs en pédagogie, de savoir-faire, savoirs-être, un impact sur les méthodes avec une modification dans la réalisation de leur encadrement et de leurs relations avec les étudiants, et enfin un impact sur la distribution des rôles avec une modification dans les responsabilités qui leur ont été attribuées. Enfin, on peut expliciter la résistance au changement des soignants par une cause liée à la qualité du processus de changement : la mise en œuvre brutale et imposée de la réforme en septembre 2009.

Selon Isabelle VANDANGEON²³, le changement peut être assimilé à un processus de deuil qui comporte quatre phases : la crainte, la confrontation, la clarification et le changement réel. Il apparaît qu'à l'heure actuelle, nombre de soignants semblent encore dans la phase « deux », celle de la confrontation qui s'accompagne d'une « survalorisation du passé et de ses logiques connues »²⁴ (La « nostalgie » des MSP). La crainte, ou la phase 1 du processus qui s'accompagne d'« une stupeur et d'une désorientation »²⁵ semble s'éloigner. Pour certains professionnels, ayant reçu notamment une formation au tutorat, le processus semble aller plus vite et la phase de clarification est amorcée ou en cours. J'ai pu le constater lors de mon stage en IFSI du mois de février, où le partenariat cadre formateur/cadre de santé est effectif et probant : les tuteurs de stage sont clairement définis et nommés, la notion d'apprentissage par compétence semble plus claire pour les professionnels de proximité qui se sentent accompagnés à la fois par les formateurs et par les tuteurs.

Cependant, aujourd'hui, force est de constater qu'une grande quantité de soignants, après plus de deux ans de recul vis-à-vis de la mise en œuvre de la réforme des études en soins infirmiers, est toujours dans la difficulté au regard de leur nouvelle posture de « pédagogue réflexif », et expriment des réticences persistantes face aux nécessités et bénéfices de cette réforme de la formation. Former la relève fait pourtant

²²Cours Master 1 « management et santé », U.E.3.4, VANDANGEON Isabelle, Maître de Conférences, I.A.E. Gustave Eiffel (UPEC) - - 18/01/2012

²³ *Ibid.*

²⁴ *Ibid.*

²⁵ *Ibid.*

partie intégrante des missions de l'infirmier, ceci depuis la nuit des temps. Dans le code de la santé publique il est établi que « *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*²⁶ ». Renoncer, parfois tacitement, à transmettre son savoir ou négliger l'encadrement d'étudiants, non pas par désintérêt mais par difficulté, me semble être de mauvaise augure pour l'avenir de la profession. L'enjeu est conséquent.

Malgré la mobilisation des Maîtres de stage et des formateurs (certes un peu tardive dans la mise en œuvre, et variable d'un terrain de stage à un autre) pour informer, expliquer, clarifier leur nouveau positionnement pédagogique, les soignants sont encore dans la difficulté.

Alors à l'aube des premiers étudiants diplômés du nouveau programme d'études, et à quasiment trois ans de la mise en œuvre de la réforme, pour quelle(s) raison(s) le malaise ambiant perdure-t-il entre les acteurs de l'encadrement ?

Au regard du constat exposé, et de cette question initiale, il me paraît nécessaire de revenir, dans un premier temps, sur la notion d'encadrement et sur l'évolution de la formation des futurs infirmiers au fil des années jusqu'à la réforme des études de juillet 2009. Les changements dans l'encadrement des étudiants qu'elle a induits permettront de mieux cibler les difficultés constatées et/ou de les identifier. Mais qu'entend-on par encadrement exactement ?

2) CADRE THEORIQUE

2.1 L'encadrement, définition, concepts

D'après le Petit Larousse, « encadrer » c'est : « *assurer auprès de personnes un rôle de direction, de formation : contrôler, diriger. Synonymes : gérer, administrer, animer, mener, conduire.* ». « Former » y est défini comme suit : « *éduquer, façonner par l'instruction, l'éducation : exercer, entraîner* ».

²⁶ Article R4311-15 du Code de la santé publique relative à la profession d'infirmier

Je retiendrai surtout les verbes « *animer, mener, conduire, exercer, entraîner* » qui s'assimilent à des notions de guide, d'accompagnement, proches du tutorat préconisé dans la formation des étudiants infirmiers : le tuteur de stage est un « *Professionnel expérimenté, il a développé des capacités ou des compétences spécifiques et de l'intérêt pour l'encadrement d'étudiants (...) Le tuteur assure un accompagnement des étudiants*²⁷ ».

Walter HESBEEN estime qu' « *accepter des stagiaires dans un service ne se décide pas à la légère car cela engage la responsabilité de tous ceux qui vont contribuer à la formation des professionnels de demain*²⁸ ».

Au regard de ces quelques concepts et définitions, les enjeux de l'encadrement des étudiants infirmiers pour la profession sont posés. D'autre part, la formation en soins infirmiers n'avait pas évolué depuis 1992, et pour mieux comprendre la réforme des études de 2009, il convient de revenir sur l'histoire de la formation de la profession.

2.2 Retour sur l'évolution de la formation des infirmiers

L'évolution des programmes de formation infirmière a toujours été liée à celle des soins et, plus largement à celle de la société.

Avant le premier programme officiel en 1924, il faut remonter au XVIIème siècle pour voir apparaître pour la première fois le terme d' « infirmière ». Les soins apportés aux malades relèvent à cette époque de la charité chrétienne et sont dispensés par des religieuses qui organisent et dirigent des domestiques²⁹.

Il faudra attendre la laïcisation des hôpitaux, les travaux de Pasteur et la mise en place d'une politique de l'hygiène, les progrès de la chirurgie, pour que le besoin de réelle formation se fasse ressentir. A l'initiative du Docteur BOURNEVILLE (1840-1909), s'élabore un programme d'enseignement commun aux services médicaux et aux services d'aliénés. Il mène un combat pour la laïcisation de la formation et la première « école d'infirmières » créée en France est celle de la Salpêtrière. Elle ouvre ses portes le 1er Octobre 1907, accueille 77 élèves infirmières, « les petites bleues ». L'infirmière est décrite comme une « sainte laïque ». La formation est prévue sur deux ans et les qualités requises sont alors « *vocation, idéal, enthousiasme, bonté, dévouement, oubli de soi,*

²⁷ Référentiel de formation, arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'état d'infirmier, annexe III, p. 280

²⁸ HESBEEN Walter, « *Prendre soin à l'hôpital : inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante* », Paris : Ed Masson, 2008- p. 132.

²⁹ Revue « Soins », n°733, mars 2009, pp 55

*courage, énergie, sang-froid, méthode, obéissance, discipline, respect de la hiérarchie, politesse, tact, bonne humeur, propreté, ordre, économie et initiative*³⁰ ».

La première guerre mondiale voit les infirmières comme des héroïnes. Le dévouement du personnage et sa compassion pour les blessés rappellent l'image de la religieuse³¹. Dans l'esprit populaire, l'infirmière représente à l'époque la douceur et le dévouement, le bénévolat, l'obéissance et la discipline militaire et une compétence restreinte à un rôle d'auxiliaire.

En 1924, le contenu du premier programme de formation³² varie selon qu'il s'adresse aux infirmières hospitalières ou aux « visiteuses d'hygiène sociale » (ce diplôme disparaîtra en 1938). Il porte presque exclusivement sur l'enseignement pratique. Le rôle de monitrice apparaît. En 1938, une première année commune d'enseignement pour les diplômés d'infirmiers (en deux ans) et d'assistante sociale (en trois ans) est créée³³.

La seconde guerre mondiale a eu un autre impact : elle marque le début de l'affranchissement de l'infirmière vis-à-vis des médecins. En effet la multiplicité des gestes techniques, l'évolution des thérapeutiques (antibiotiques) amènent les médecins à devoir déléguer les actes médicaux.

Le programme institué par l'arrêté du 4 août 1954 met l'accent surtout sur la pratique (300 heures d'enseignement théorique et 20 mois de stage sur les deux années de formation). La monitrice est une « répétitrice » : l'enseignement pratique étant la partie la plus importante du programme, « ...il sera donné par les monitrices à l'école et dans les services hospitaliers.³⁴ » L'infirmière est une exécutante, sa capacité à décider se réduit à savoir alerter le médecin.

Il faudra attendre 1961 pour voir apparaître pour la première fois la notion de « rôle infirmier » et une capacité de décision largement étendue : l'infirmière devra dorénavant : « ...décider et effectuer certains soins d'urgence avant l'arrivée du médecin...³⁵ », elle doit être capable « de connaître les principaux symptômes et syndromes permettant d'orienter le diagnostic d'une maladie³⁶ ». C'est aussi dans les années soixante que se côtoient, à l'image de la société de l'époque, trois types

³⁰ E.KNIEBIEHLER Yvonne, « Cornettes et blouses blanches », Paris : Ed Hachette, 1984

³¹ Revue « L'infirmière magazine », n°162, p.38.

³² Arrêté du 24 juin 1924 instituant un programme type des écoles de l'Etat français

³³ Décret du 18 février 1938 instituant des diplômes simple et supérieur d'infirmière hospitalière

³⁴ Arrêté du 4 août 1954 relatif au programme de formation des écoles d'infirmières

³⁵ Arrêté du 17 juillet 1961 relatif aux études préparatoires et aux épreuves du diplôme d'état d'infirmier

³⁶ *Ibid.*

d'infirmières : les religieuses, les infirmières « de bonne famille » issues de la Croix Rouge Française et celles formées à l'école publique.

Mai 68 permet à la profession de prendre conscience qu'elle exerçait un « métier comme les autres », et à ce titre pouvait prétendre à un droit de grève, à des revendications : *« Cette crise de 68 a permis aux soignants de s'intégrer au monde du travail, avec les mêmes moyens de pression : grèves, revendications, etc... (...). Surtout, elle nous a fait prendre conscience que, sans faillir à notre tâche, nous pouvions avoir les mêmes avantages que d'autres professions et que le temps des bénévoles ou assimilés était révolu.³⁷ »* René MAGNON intitule la période 1960-1980 comme suit : *« les infirmières en quête d'une spécificité »³⁸*, et à ce titre, explique que les infirmières *« se libèrent de la sacro-sainte chape de plomb qui pesait sur elles depuis deux siècles, je veux parler de l'obéissance, de la soumission, de la charité et du dévouement³⁹»*. L'évolution des mœurs fait évoluer la place des femmes dans la société, les mouvements féministes donnent une identité sociale à la profession.

D'autre part, en 1966, l'Organisation Mondiale de la Santé définit le rôle de l'infirmière en déclarant que c'est à elle *« qu'incombe le diagnostic infirmier, l'initiative, la réactualisation des soins et le contrôle »*. La profession se voit alors responsable de son évolution et la fonction infirmière se précise alors peu à peu. On parle dès cette époque de « recherche en soins infirmiers » avec ses concepts et ses théories pour un métier jusque-là jugé plutôt manuel qu'intellectuel. L'infirmière a pour but *« d'améliorer les techniques, l'efficacité et la qualité des soins infirmiers, mais aussi de permettre une meilleure utilisation des crédits destinés aux soins⁴⁰. »* Il est préconisé dès cette époque de promouvoir la recherche infirmière en vue d'améliorer les soins au malade⁴¹ ». Au niveau Européen, la France signe le 30 Novembre 1967 l'Accord Européen sur l'instruction et la formation des infirmières : *« La recherche infirmière, en tant que champ spécifique de recherche, devrait être intégrée et pleinement prise en compte dans les politiques et l'organisation de la recherche médicale dans chaque pays⁴² »*.

³⁷ E. KNIEBIEHLER Yvonne, « Cornettes et blouses blanches », *op. cit.*

³⁸ MAGNON René, « les infirmières : identité, spécificité et soins infirmiers », Paris : Ed Masson, 2006 -p. 47

³⁹ *Ibid.*

⁴⁰ Comité OMS d'experts des soins infirmiers, Vème rapport, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 1966

⁴¹ *Ibid.*

⁴² Accord Européen sur l'instruction et la formation des infirmières, 30 novembre 1967

Le programme de 1972⁴³ voit un rééquilibrage entre les stages et les enseignements théoriques qui passent de 592 à 1328 heures. La durée des stages diminue de 21 à 14 mois et leur contenu évolue également avec l'obligation d'un stage en extra hospitalier de 10 à 16 semaines. L'élève infirmier devient un stagiaire en apprentissage : il se voit confier des soins d'une personne dans sa globalité et non plus des soins fragmentés ou ponctuels. La conception de la formation n'est plus centrée sur la maladie mais sur la santé : « *L'infirmière est au service des personnes en matière de santé, l'infirmière est éducatrice de santé, l'infirmière est recrutée sur son aptitude à penser et à agir, l'infirmière doit collaborer avec les autres travailleurs sanitaires et sociaux*⁴⁴ ». Le concept novateur de « plan de soins infirmiers » voit le jour. La durée de la formation passe à 33 mois et le programme prévoit alors six périodes dont une centrée sur la connaissance anatomique de plus en plus poussée de l'être humain et de ses mécanismes pathologiques.

En 1979, le programme de formation évolue avec notamment pour la première fois la notion de « démarche de soins infirmiers » comme schéma d'étude d'un problème.

Jusqu'en 2009, le programme de formation en vigueur était celui de 1992⁴⁵, qui voit la fusion des programmes de soins généraux et de soins psychiatriques. Pour la première fois la notion de diagnostic infirmier apparaît. Les « écoles » deviennent des « instituts de formation » et les « élèves » des « étudiants », mettant en lumière une volonté de changement de statut à travers la formation. R. MAGNON qualifiera cette volonté comme des « *signes avant-coureurs d'une question récurrente : le passage des formations infirmières à l'université*⁴⁶ », transformation fortement revendiquée par la profession et par les étudiants. La durée de la formation passe de 141 à 163 semaines.

Le programme des études de la formation infirmière de 1992 tiendra cours pendant dix-sept ans, jusqu'en 2009, année de la réforme du 31 juillet 2009 qui prescrit des études universitaires. Ce changement fondamental était devenu nécessaire et pertinent au regard des nouveaux besoins de santé de la population et d'un contexte socio-économique difficile.

⁴³ Arrêté du 5 septembre 1972 relatif au programme d'enseignement et à l'organisation des stages en vue de la préparation au diplôme d'infirmier

⁴⁴ *Ibid.*

⁴⁵ Arrêté du 23 mars 1992 relatif au programme des études conduisant au diplôme d'infirmier

⁴⁶ MAGNON René, « les infirmières : identité, spécificité et soins infirmiers », *op. cit.* p. 111

2.3 2008 : vers une réforme des études devenue indispensable

Le programme de formation au métier d'infirmière commençait en effet à être en décalage avec l'évolution du contexte socio-économique. La « prise en charge globale du patient » que l'on préconisait avant et après le programme de 1992 ne « suffisait » plus.

Les nouvelles attentes du patient, ses droits⁴⁷ le décret de compétences du métier⁴⁸, la charte du patient hospitalisé⁴⁹ sont autant de notions qui sont apparues dans les années 90 et à chaque fois elles contribuaient à rendre le métier de plus en plus attractif, avec des avancées significatives, concernant notamment la position du patient qui passait de patient « subissant » au patient « acteur ». Ces améliorations de la prise en charge du patient semblaient suivre l'évolution de la société, de façon naturelle. Le processus d'accréditation puis de certification⁵⁰, a contribué à améliorer la qualité et la sécurité des soins ainsi que le fonctionnement des établissements hospitaliers.

Ce contexte, par ailleurs sans arrêt en mouvement, induit de nouvelles prises en charges de patients, variées et parfois complexes et une adaptabilité incontournable des professionnels à des situations de soins parfois difficiles.

C'est pourquoi suite à un rapport commun sur l'évaluation de l'impact du dispositif Licence-Maîtrise-Doctorat (LMD), sur les formations et le statut des professions médicales⁵¹, et à une concertation avec le Comité d'Entente des Formations Infirmières Et Cadres (CEFIEC), des réflexions ont été menées à partir du 18 novembre 2008 avec le Ministère de la Santé de l'époque. Il y faisait déjà état des intentions du Ministère de mettre en place un cursus complet de formation universitaire incluant la possibilité de développer la recherche. En Octobre 2009 lors du salon infirmier, Madame BACHELOT, Ministre de la santé et des sports, officialise le projet⁵² (Cf. Annexe I).

Parallèlement à ces évolutions sociétales, il convient de souligner aussi l'évolution des étudiants qui, depuis 1992 et notamment depuis leur changement d'appellation,

⁴⁷ Circulaire ministérielle n°22 du 6 mai 1995

⁴⁸ Décret n°93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, décret 2002-194 du 11 février 2002, décret 2004-802 du 29 juillet 2004.

⁴⁹ Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients hospitalisés.

⁵⁰ Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996, dite « Juppé » relative à la création de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), remplacée le 13 août 2004 par la Haute Autorité en Santé (HAS)

⁵¹ Rapport commun de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), de l'Inspection Générale de l'Administration (IGA), de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche (IGAENR) et de deux conseillers généraux des établissements de santé, octobre 2008

⁵² « La CNI en action » <http://www.coordination-nationale-infirmiere.org/index.php/200910311059/Actualites/Salon-Infirmier-2009-la-CNI-Coordination-Nationale-Infirmiere-en-action.html>, consulté le 18/02/2012

tendaient à être reconnus véritablement en tant qu'étudiants, et non plus en tant qu'élèves.

2.4 L'évolution des étudiants

Entre les élèves « pré-programme » de 1992 et les étudiants « post-programme » de 1992, de nombreux changements sont apparus dans le rapport au savoir : les Nouvelles Techniques de Communication et d'Information (NTCI⁵³) sont progressivement apparues, permettant aux étudiants d'être porteurs de savoirs, de représentations, de ressources et de potentiels à développer, parfois bien avant leur entrée en IFSI. Selon la classification de William Strauss et de Neil Howe⁵⁴, on parle de la génération née entre les années 1980 et le milieu des années 1990 comme de la génération « Y ». Les réponses aux questions se sont trouvées facilitées avec l'accès à internet à tout moment, ce qui a bouleversé aussi le mode de communication : « *La génération « Y », son principal signe identitaire : avoir grandi avec internet. Communication paroxystique, mobilité incessante, information instantanée sont dans l'ADN des Y, connus aussi sous l'appellation des "digital natives"*⁵⁵ ».

Ceux-ci cherchaient, de plus, à donner du sens à ce qui leur était enseigné, ne se contentant plus seulement « d'empiler des savoirs », ou à mettre en pratique des acquisitions théoriques. Cette génération est appelée aussi « génération pourquoi ? » (« Y » en anglais se prononce « why ») car elle aurait tendance à poser la question « pourquoi ? », plutôt que la question « comment ? ». Même si cette analyse relève plutôt de la culture populaire que de réelles études en sciences sociales, il faut bien admettre qu'elle reflète assez bien l'évolution des mentalités de cette génération. Les étudiants ont d'ailleurs revendiqué fortement « l'universitarisation » des études d'infirmier, en adéquation avec le besoin d'études tournées vers la recherche ou simplement plus « poussées ».

Ainsi, en 2008, soit un an avant la réforme, la Fédération Nationale des Etudiants Infirmiers (FNEI), par la voix de sa présidente Livia LAINE, exprime les principales revendications des étudiants infirmiers : « *Notre future profession est une profession en perpétuel mouvement ; notre formation se doit d'évoluer avec elle ! Comment ne pas regretter des décalages entre les apports théoriques et la réalité du terrain lorsqu'on sait*

⁵³Wikipédia, NTCI, http://fr.wikipedia.org/wiki/Technologies_de_l'information_et_de_la_communicatio_n, consulté le 29/12/2011

⁵⁴ STRAUSS William and HOWE Neil, « *Generations* », 1991, William Morrow and Company Inc.

⁵⁵ LEVAIN Myriam et TISSIER Julia, « *La génération Y par elle-même* », Paris : François BOURIN éditeur, 2012, -202 p.

que le contenu du programme de la formation n'a pas été modifié depuis 1992 ! ». Plus loin, elle met en évidence le besoin et les aspirations à la « réflexion infirmière » des jeunes étudiants : « Il faut donner la possibilité à ceux qui le souhaitent de poursuivre leurs études et d'approfondir certains domaines et ce, de manière reconnue. L'accès à la recherche nous permettrait aussi de développer une expertise infirmière, d'être nous-mêmes acteurs des évolutions en santé et ainsi de réactualiser régulièrement la formation initiale par la réinjection de ces nouvelles connaissances. Il nous faut donc une réforme de nos études répondant aux questions spécifiques à notre filière impliquant l'incorporation de nouvelles thématiques (évolution des soins, pratique de l'anglais et d'informatique, sciences humaines) et une approche différente des stages et de certains cours⁵⁶. Ou bien encore : « Nous sommes des ETUDIANTS en soins infirmiers (ESI) depuis 1992, y en a marre de nous appeler « élèves » et pire, « élève-infirmier » utilisé dans les années 70 !⁵⁷ »

En demande d'autonomie, de responsabilité concernant leur formation Chantal CATEAU, cadre de santé, Dans la revue « soins » n° 735 de mai 2009, parle de « nouvelle dimension » pour les étudiants, avec la notion d' « apprendre à apprendre ». Elle évoque un « rapport au savoir » qui a « changé », expliquant que « la pédagogie doit s'adapter désormais à l'étudiant afin de le guider vers l'appropriation du savoir professionnel ».

Au regard de l'évolution des besoins en santé de la population, de l'évolution des étudiants infirmiers, il semblait alors incontournable qu'une réforme des études d'infirmier soit pensée et mise en œuvre.

2.5 Réforme des études : une nécessité

Face aux transformations importantes de la société, au vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques qui l'accompagnent, à l'avènement des technologies de pointe, il devenait nécessaire de modifier les études d'infirmières pour être en adéquation avec ces changements et la réalité du terrain. La demande

⁵⁶ LAINE Livia, Octobre 2008, Présidente de la Fédération Nationale des Etudiants en Soins Infirmiers (FNESI), source : <http://www.educpros.fr>, consulté le 29/02/2012

⁵⁷ 16/10/2008, site internet : <http://www.educpros.fr/detail-article/h/a7c9e2f664/a/eleves-infirmiers-une-reconnaissance-a-bac-3-en-2012.html>, consulté le 29/02/2012

croissante d'information des patients, conduisant à des mesures de sécurité renforcée, allait aussi dans ce sens.

En parallèle, la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST)⁵⁸ est promulguée le 21 juillet 2009 et dans l'Article L. 6112-1 il y est exposé : « *Les établissements de santé peuvent être appelés à assurer, en tout ou partie, une ou plusieurs des missions de service public suivantes : (...) la formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétence* ». Il est mis en évidence ainsi la nécessité de développer l'expertise en soins infirmiers dans son champ de compétences. D'autant plus que l'hôpital est entré dans une gestion des ressources humaines s'appuyant sur les modèles de la compétence, de l'émergence de nouveaux métiers et de nouvelles fonctions. Il semblait alors peu envisageable de ne pas revoir la formation au métier d'infirmier qui n'était plus en adéquation avec les nouveaux besoins en santé de la population.

2.6 La réforme des études du 31 juillet 2009

Au-delà de l'entrée de la formation infirmière dans un format universitaire, et l'obtention d'un diplôme de grade Licence, je ciblerai les changements amenés par la réforme des études de 2009 selon l'axe de recherche que je me suis fixée : l'encadrement des étudiants en stage, les changements y sont en effet majeurs.

Le programme des études est stipulé dans le référentiel de formation de juillet 2009⁵⁹ et présente la principale modification induite par la réforme : l'approche du métier par la construction progressive de compétences par l'étudiant lui-même : « *La formation est structurée autour de l'étude de situations donnant aux étudiants l'occasion de travailler trois paliers d'apprentissage :*

– « *Comprendre* » : *l'étudiant acquiert les savoirs et savoir-faire nécessaires à la compréhension des situations ;*

– « *Agir* » : *l'étudiant mobilise les savoirs et acquiert la capacité d'agir et d'évaluer son action ;*

⁵⁸ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (loi HPST)

⁵⁹ Référentiel de formation, *op. cit.* pp 275-284

– « *Transférer* » : *l'étudiant conceptualise et acquiert la capacité de transposer ses acquis dans des situations nouvelles* ».

Pour se faire il est amené à devenir un « *praticien autonome, responsable et réflexif*⁶⁰ ». L'autonomie et la responsabilité des étudiants n'étant pas une évolution dans le nouveau programme (dans le respect du domaine de compétences) puisque déjà préconisée dans le programme de 1992, il s'agit plutôt ici de s'attarder sur la notion de réflexivité qui apparaît dans le référentiel de formation. Il y est désormais recommandé des principes pédagogiques, dont la posture réflexive : « *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.*⁶¹ »

C'est dans cet esprit que l'étudiant se trouve confronté aux pratiques soignantes au contact des patients. Par l'action et par l'analyse de ses activités au sein de l'équipe professionnelle, les stages sont donc considérés comme « *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. L'étudiant se forme en réalisant des activités et en les analysant au sein des équipes professionnelles. Les savoirs théoriques, techniques, organisationnels et relationnels utilisés dans les activités sont mis en évidence par les professionnels qui encadrent le stagiaire et par les formateurs. Le retour sur la pratique, la réflexion et le questionnement sont accompagnés par un professionnel chargé de la fonction tutorale et un formateur. Ceci contribue à développer chez l'étudiant la pratique réflexive nécessaire au développement de la compétence infirmière. L'étudiant construit ses compétences en agissant avec les professionnels et en inscrivant dans son portfolio les éléments d'analyse de ses activités, ce qui l'aide à mesurer sa progression*⁶². »

⁶⁰ Référentiel de formation *op. cit.* p. 275

⁶¹ *Ibid.*

⁶² Référentiel de formation, *op. cit.* p. 281

Pour se faire la réforme des études de 2009 a vu une refonte de l'encadrement en stage et une formalisation du rôle de chacun : le Maître de stage est responsable de l'organisation et du suivi de l'encadrement de l'étudiant (c'est le plus souvent le Cadre de Santé), le Tuteur (une infirmière expérimentée) assure un accompagnement et une supervision pédagogique règlementés et bien définis, et enfin le Professionnel de proximité transmet ses savoirs et ses savoirs faire au plus près du patient, ce sont les infirmiers(ères) de l'unité.

Cette réforme des études a donc directement impacté les professionnels puisque l'accent a été mis sur la formation clinique, et sur l'implication des soignants dans l'encadrement des étudiants.

2.7 Les changements au niveau des soignants

On peut lire dans le référentiel de formation : « *Le stage doit permettre aux étudiants :*

- *d'acquérir des connaissances ;*
- *d'acquérir une posture réflexive, en questionnant la pratique avec l'aide des professionnels ; de confronter ses idées, ses opinions et ses manières de faire à celles de professionnels et d'autres étudiants »*

. Un tuteur de stage doit être nommé et devient le « référent pédagogique » de l'étudiant : « *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. Chaque étudiant connaît son tuteur de stage et ses missions .Le tuteur assure un accompagnement des étudiants et évalue leur progression lors d'entretiens régulier⁶³ ».*

On peut noter qu'une large place est ainsi laissée aux références pédagogiques, et aux principaux mécanismes d'apprentissage de l'adulte dans une formation en alternance. Ce changement de mode d'apprentissage va forcément de pair avec un changement de pédagogie de la part des soignants. De nouveaux termes et avec eux de nouvelles conceptions de l'encadrement sont apparus. Ainsi, les infirmiers des unités de

⁶³ Référentiel de formation, *op. cit.* p. 280

soins deviennent des « professionnels de proximité » : *« Ils représentent la fonction d'encadrement pédagogique au quotidien. Ils sont présents avec l'étudiant lors des séquences de travail de celui-ci, le guident de façon proximale, lui expliquent les actions, nomment les savoirs utilisés, rendent explicites leurs actes, etc... Ils accompagnent l'étudiant dans sa réflexion et facilitent l'explicitation des situations et du vécu du stage, ils l'encouragent dans ses recherches et sa progression. Plusieurs personnes peuvent assurer ce rôle sur un même lieu de travail en fonction de l'organisation des équipes. Ils consultent le portfolio de l'étudiant afin de cibler les situations, activités ou soins devant lesquels l'étudiant pourra être placé. Ils ont des contacts avec le tuteur afin de faire le point sur l'encadrement de l'étudiant de manière régulière⁶⁴ ».*

A travers ces extraits du référentiel de formation de 2009, il apparaît que les professionnels ont sans conteste pris une place prépondérante dans le processus d'acquisition des compétences de l'étudiant. Mais qu'en est-il de leur formation à la pédagogie réflexive préconisée par la réforme ?

2.7.1 Une nouvelle pédagogie

On ne demande plus, en effet, aux soignants de poser une note à la fin du stage de l'étudiant mais de l'accompagner dans sa construction de compétences. Ceci suggère que les professionnels aient eux-mêmes cette compétence pédagogique. Elle leur a été d'emblée attribuée alors que les études d'infirmier n'en prévoyait pas l'apprentissage jusqu'à la réforme de 2009. Il est difficile, voire paradoxal, de la concevoir alors comme acquise. Ce changement de pédagogie va jusqu'à une « ingénierie didactique ». La didactique *« étudie les processus de transmission et d'appropriation des connaissances en vue de les améliorer. Elle étudie ainsi les conditions dans lesquelles les sujets apprennent ou n'apprennent pas, en portant une attention particulière aux problèmes spécifiques que soulève le contenu des savoir et savoir-faire dont l'acquisition est visée⁶⁵ ».*

Valérie PILMANN sur le site « cadre de santé.com », évoquait dès mai 2010 la difficulté des soignants à devenir soudainement des pédagogues réflexifs : *« Le principe du pédagogue c'est de pouvoir se mettre à la place de l'apprenant, de comprendre ses obstacles, ses hésitations. Car on ne sait plus comment on a fait pour apprendre. Il est*

⁶⁴ Référentiel de formation *op. cit.* p.280

⁶⁵ G. VERGNAUD « *qu'est-ce que la didactique ?* » Paris : 1992, éducation permanente in Revue « Soins cadres » N°79, Août 2011.

aussi difficile de comprendre comment on a progressivement acquis de la connaissance ».

Il a donc été demandé subitement aux soignants de devenir « tuteurs » plutôt « qu'infirmier(ères) du service ». Il fallait donc passer d'un statut de formateur assez réducteur et limité à de la « certification » d'actes et de comportements, à un statut de tuteur. Cette idée de tutorat supposait des capacités à faire mobiliser des savoirs, faire réfléchir l'apprenant aux actes et comportements qu'il reproduira selon ses propres schémas personnels. Il a été surtout demandé aux soignants d'adopter une « pédagogie réflexive » et ceci pour la majorité d'entre eux sans en avoir jamais entendu parler. Il faut bien reconnaître que l'on ne s'improvise pas comme tel pédagogue en quelques jours. Sensibiliser les soignants à une nouvelle pédagogie ne suffit pas à modifier une posture d'encadrant et une mentalité, parfois enfermée dans le rôle prescrit, par la charge de travail toujours plus lourde.

2.7.2 Un nouveau positionnement

Ainsi on peut lire dans le référentiel de formation : « Des situations professionnelles apprenantes sont choisies avec des professionnels en activité. Ces situations sont utilisées comme moyens pédagogiques, elles sont analysées avec l'aide de professionnels expérimentés. Les étudiants construisent leurs savoirs à partir de l'étude de ces situations en s'appuyant sur la littérature professionnelle et grâce aux interactions entre leur savoir acquis et celui des condisciples, enseignants, équipes de travail. Ils apprennent à confronter leurs connaissances et leurs idées et travaillent sur la recherche de sens dans leurs actions. L'auto-analyse est favorisée dans une logique de « contextualisation et décontextualisation » et devient un mode d'acquisition de connaissances et de compétences⁶⁶ ».

Pour des professionnels non formés à la pédagogie réflexive, comment savoir si une situation professionnelle est « apprenante » ou non et, à fortiori, comment l'utiliser comme « moyen pédagogique » ?

Pour Philippe PERRENOUD, développer une posture et des compétences proprement réflexives « n'est pas d'apprendre tout bonnement à réfléchir », mais plutôt « en adoptant des dispositifs d'alternance et une démarche clinique de formation, en

⁶⁶ Référentiel de formation *op. cit* p. 277

rompant avec la juxtaposition classique d'une formation théorique et d'une formation purement " empirique " ou " pratique ". La posture réflexive passe pas un aller et retour permanent entre la théorie et un réel qui, même s'il la déborde sans cesse, ne peut être compris de façon purement intuitive, ni maîtrisé par de simples habiletés acquises " sur le tas ". L'analyse du travail enseignant, des situations éducatives complexes et de l'action située est au cœur de la formation réflexive⁶⁷ ».

Pour lui, l'approche par compétences « amène à s'attacher à un petit nombre de situations fortes et fécondes qui produisent des apprentissages et tournent autour des savoirs importants⁶⁸ ». Il défend l'idée que le tuteur ou le professionnel expérimenté devra stimuler la démarche cognitive de l'apprenant pour mobiliser ses savoirs, les faire évoluer afin d'en acquérir d'autres. Cette idée suggère que le tuteur ou le professionnel de proximité devra mobiliser lui-même ses propres savoirs mais aussi les argumenter par rapport au champ théorique concerné. Ceci pour justifier sa pratique. Philippe PERRENOUD fait référence à Guy Le BOTERF en avançant l'idée que : « *Le BOTERF (1994) évoque la compétence comme un " savoir-mobiliser ". On peut mettre en doute cette idée. Certes, le sujet compétent mobilise ses ressources à bon escient et en temps utile. Mais il n'atteste pas pour autant d'un " savoir-mobiliser " polyvalent, pas plus qu'il n'y a de " savoir-transférer " universel qui sous-tendrait tout transfert de connaissances⁶⁹.*

Cette réflexion suggère donc que pour adopter une pédagogie réflexive probante, une formation adéquate est préconisée. Certes, à ce jour, des formations au tutorat et à l'apprentissage par compétences ont été et sont toujours dispensées auprès des soignants, notamment par les IFSI. Ces formations sont courtes (2 à 3 jours), mais ont le mérite d'exister. Encore faut-il pouvoir extraire des professionnels de leurs unités souvent surchargées. Cependant les formateurs se mobilisent pour accompagner les soignants dans leur nouvelle posture, mais de manière inconstante.

Là encore Valérie PILMANN dès mai 2010, soit quelques mois après la mise en œuvre de la réforme, suggérait que les soignants devaient « *réfléchir, analyser pour apprendre sur son métier et apprendre à se connaître. Plus les professionnels de terrain seront formés, plus ils auront conscience de leurs savoirs expérimentiels et de leurs compétences, mieux ils pourront transmettre leurs savoirs, les interrogations, leurs*

⁶⁷ PERRENOUD PHILIPPE, « *Mettre la pratique réflexive au centre du projet de formation* » Cahiers Pédagogiques, janvier 2001, n° 390 - pp. 42-45.

⁶⁸ PERRENOUD Philippe : « *construire des compétences dès l'école* », Paris : Ed ESF, 1999

⁶⁹ PERRENOUD PHILIPPE « *transférer ou mobiliser ses connaissances ?* »

http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_1999/1999_28.html#Heading3, consulté le 1/03/12

doutes, leurs savoirs-être pour un apprentissage de qualité au profit des patients pris en charge⁷⁰ ».

Enfin, pour conclure sur ce nouveau paradigme, je reprendrai une phrase de plusieurs cadres de santé formateurs, tirée d'une étude auprès de professionnels, quant à l'accompagnement des étudiants en stage : «*Une formation au tutorat serait très certainement appréciée et porteuse pour tous ceux qui ont la mission de former les professionnels de demain*⁷¹ ».

Alors au-delà des raisons « visibles » des difficultés des soignants face à la pédagogie réflexive préconisée, quelles sont les autres difficultés rencontrées dans l'encadrement des nouveaux étudiants ?

A ce stade du travail, il me semblait indispensable d'aller à la rencontre des principaux intéressés : les étudiants et les soignants. A l'aube des premiers diplômés du nouveau programme (juin 2012), l'objectif de ces rencontres était d'évaluer la représentation des uns et des autres de l'encadrement désormais préconisé et de « faire le point » à ce sujet, en s'intéressant aux protagonistes concernés.

2.8 Echanges avec les étudiants et les professionnels

2.8.1 Les professionnels

Je suis donc allée à la rencontre de professionnels au cours des mois de janvier, février et mars 2012 en étant déterminée à mieux cerner les obstacles à la posture réflexive, sans oublier les difficultés relatives à l'encadrement des étudiants infirmiers. Les échanges ont eu lieu soit par téléphone, soit par le biais d'une rencontre informelle, mais programmée. J'ai donc pu m'entretenir avec 10 professionnels, diplômés entre 1991 et 2007. Deux d'entre eux occupaient une fonction au sein d'un établissement public francilien (je les ai rencontrés ensemble), et les huit autres étaient répartis entre établissement privé à but lucratif et privé à but non lucratif. Tous avaient reçu dans les mois précédents, au minimum une sensibilisation à leur nouvelle posture pédagogique

⁷⁰ PILMANN Valérie, « *Et si on parlait de la formation des professionnels qui encadrent ?* » <http://www.cadredesante.com/spip/spip.php?article413> consulté le 1/03/2012

⁷¹ Revue « Soins cadres » n°79, août 2011, p 35

par le biais des IFSI, au mieux une formation au tutorat (soignants de l'établissement public).

A chaque échange, après m'être présentée pour ceux que je ne connaissais pas, ma question préliminaire a été la même : *« comment voyez-vous l'encadrement des étudiants à ce jour, à quelques mois des premiers diplômés du nouveau programme ? »*

Pour résumer leurs réponses⁷², un élément récurrent s'est imposé : l'encadrement pose problème au niveau du temps :

- *« déjà qu'on est en sous-effectif, alors quand il s'agit de dégager du temps pour provoquer un questionnement ou faire une analyse d'une pratique, c'est tout simplement impossible ! »*
- *« on veut bien évaluer leur progression, comme c'est maintenant demandé, mais le problème c'est qu'on n'a souvent pas le temps de nous occuper d'eux comme il faudrait »*

Ou bien encore :

- *« le portfolio nous prend beaucoup de temps, et les item des compétences ne sont pas toujours clairs »*
- *« on nous demande au niveau de la hiérarchie d'être efficaces, ça ne suppose pas qu'on puisse encadrer correctement des étudiants, on gère tout le temps des priorités au niveau des soins »*
- *« franchement, on se demande quand même pourquoi les formateurs ne font pas ça à notre place, nous on n'a pas le temps. »*

Tous s'accordent néanmoins pour dire combien ils sont soucieux de la qualité de l'encadrement des professionnels de demain.

Après ce facteur temps qui pose problème nous en sommes arrivés à évoquer la posture réflexive. Les soignants semblent plus sensibilisés à ce nouveau positionnement qu'à l'automne 2009, tout en étant encore partagés sur son bien-fondé :

- *« ils (les étudiants) nous demandent de leur expliquer pourquoi on fait un soin de telle ou telle manière, on a envie de leur répondre : parce que c'est comme ça ! »*
- *« c'est sûr que de donner un sens à ses pratiques c'est plus formateur, on comprend mieux et on apprend mieux, ça maintenant j'en suis convaincue. Et*

⁷² Propos recueillis le 20/02/2012 auprès de Mmes A., J., H., et R. IDE en SSRR et les 23/01/12 et 18/02/2012 auprès de Mme et Mr S., G., O., U., A., M., IDE en MCO

puis pour nous, c'est plus intéressant, mais par contre c'est difficile comme exercice, on travaille plus dans l'automatisme des gestes, retrouver le pourquoi du comment ce n'est pas évident. Mais c'est intéressant. »

- *« cette posture réflexive, moi, ça m'agace un peu, je trouve que ça les (les étudiants) rend mous, ils ne sont pas réactifs »*
- *« moi je suis désolée, mais je les trouve pertinents, intéressés et autant motivés qu'on l'était pendant nos études »*
- *« ils sont censés se questionner, ils ne posent aucunes questions, ils ne demandent même pas s'ils peuvent essayer de faire tel ou tel soin ! Du coup, ils arrivent en 3^{ème} année sans rien savoir faire, c'est très inquiétant »*
- *« c'est la répartition des stages aussi qui pose problème, ils ne vont qu'en gériatrie, en psy ou en soins de suite, du coup, les pansements, les actes techniques, ils ne savent pas les faire.. »*

J'ai choisi de transcrire ces propos en particulier car ils reflètent assez bien le malaise des soignants vis à vis d'étudiants amenés à réfléchir sur leurs actions a posteriori, sans chercher forcément à reproduire tel ou tel acte observé auprès d'un professionnel. Il y a là un décalage évident entre le comportement des professionnels qui « montrent comment on fait », et ceux qui « lui (à l'étudiant) expliquent les actions, nomment les savoirs utilisés, rendent explicites leurs actes, etc. Ils accompagnent l'étudiant dans sa réflexion et facilitent l'explicitation des situations et du vécu du stage, ils l'encouragent dans ses recherches et sa progression⁷³ », posture préconisée par le référentiel de formation

De plus, les soignants semblent continuer à transmettre leurs savoirs de façon empirique sans avoir conscience des techniques pédagogiques qu'ils utilisent. Le travail d'analyse de pratique, avant d'être proprement de l'analyse, relève d'abord de la prise de conscience de ses propres actions. Comme le disait un des soignants cité plus haut, cet exercice est difficile quand les actions sont devenues en quelque sorte des automatismes : « On travaille plus dans l'automatisme des gestes, retrouver le pourquoi du comment ce n'est pas évident. Mais c'est intéressant.⁷⁴ » Car on ne sait plus forcément comment on a fait pour apprendre. Il est aussi difficile de comprendre

⁷³Référentiel de formation, *op. cit.* p 281

⁷⁴ Propos recueillis le 20/02/2012 auprès de Mme H., IDE en SSRR

comment on a progressivement acquis de la connaissance. Comme le faisait remarquer Philippe PERRENOUD lors de sa conférence du 30 juin 2011 à Clermont de l'Oise, « *la réflexivité dévoile l'arbitraire et l'inefficacité d'une partie des pratiques, des procédures. Elle questionne les routines, invite au changement, menace le confort, elle suscite donc des résistances et même des conflits.* »

A ce sujet, deux remarques m'ont réellement interpellée pendant ces échanges :

- « *comme si on n'était que des exécutantes bêtes et disciplinées, moi je trouve ça limite vexant cette pédagogie réflexive qu'on nous demande d'adopter !* »
- « *mais oui, on le faisait déjà de questionner les étudiants, on a toujours eu le souci qu'ils comprennent pourquoi on faisait comme ci ou comme ça*⁷⁵ »

Ceci m'a amenée à me demander si la formulation « pédagogue réflexif » n'était pas vécue comme offensante pour des professionnels qui ont eu du mal à se dégager de l'image de la simple exécutante au fil des années : « *L'infirmière est recrutée sur son aptitude à penser et à agir*⁷⁶ ».

Philippe PERRENOUD d'ailleurs, lors d'une conférence à Clermont de l'Oise le 30 juin 2011 s'interrogeait : « *Praticien réflexif : formule blessante ou évidence ?* ». Les difficultés des soignants se résumeraient-elles finalement seulement à une formulation qui met en doute leurs capacités à réfléchir ? Pourtant, comme nous l'avons vu plus haut, les infirmières n'ont eu de cesse d'acquérir une spécificité, revendiquant un rôle propre, en se détachant ainsi de la « simple » exécution des prescriptions des médecins. Elles ont acquis de plus en plus de responsabilités, leur conférant une identité à la fois consensuelle et complexe. L'époque de l'infirmière dévouée et « corvéable à merci » est révolue. L'infirmière d'aujourd'hui pense, recherche, réfléchit et elle le revendique. Alors, face à la réflexivité, n'y aurait-il pas une confusion dans l'esprit des soignants avec la notion de « réflexion », ce qui laisserait supposer que jusqu'au nouveau programme de 2009 ils ne « réfléchissaient » pas ? Les propos de l'infirmière relatés plus haut (« *comme si on n'était que des exécutantes bêtes et disciplinées, moi je trouve ça limite vexant cette pédagogie réflexive qu'on nous demande d'adopter* ») en sont peut-être l'illustration.

⁷⁵ Propos recueillis le 18/02/2012 auprès de Mme M., IDE en MCO

⁷⁶ Arrêté du 5 septembre 1972 relatif au programme d'enseignement et à l'organisation des stages en vue de la préparation au diplôme d'infirmier

Mais plus grave encore, c'est le constat que les étudiants « *ne savent plus rien faire à la fin de leurs études*⁷⁷ ». Il est vrai que la répartition des stages Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO) n'est parfois pas adéquate pour l'apprentissage de techniques listées dans le nouveau référentiel d'actes et d'activités. Ceci étant, il est normalement du ressort des IFSI et de ses formateurs de réajuster avec les étudiants les lacunes à ce niveau. L'obtention du diplôme d'infirmier réside dans la validation de dix compétences en lien avec le référentiel d'actes et d'activités, et il est impossible d'affirmer d'ores et déjà que les futurs professionnels ne « sauront plus rien faire » au niveau technique, même si l'échéance se rapproche avec l'arrivée des premiers diplômés « nouveau programme » dès l'été 2012.

Au cours des échanges avec les soignants, j'ai abordé, parallèlement, l'apprentissage de la pédagogie désormais inclus dans le référentiel de formation 2009. Trois soignants seulement sur dix connaissaient l'existence de cet enseignement reçu par les étudiants en fin de semestre 4. (L'U.E. 3.5., « encadrement des professionnels de soins » en lien avec la compétence 10 « Informer, former des professionnels et des personnes en formation »). Et là encore j'ai senti poindre une inquiétude :

- « *ils auront la capacité d'encadrer. Ils seront en un sens plus qualifiés que nous. en tout cas ils auront une reconnaissance... faudra mettre son orgueil de côté car le jugement sera encore plus présent qu'il ne peut l'être dans les services.* »

Il est vrai que ceci marque une petite révolution dans la formation des étudiants : un volume horaire, certes peu conséquent (20 heures de TD, et 20 heures de TP) a été instauré, mais il a cependant le mérite d'exister, ce qui n'était pas le cas jusqu'alors. La pédagogie n'était pas enseignée, les étudiants étaient formés par leurs pairs.

Nous avons abordé également la difficulté des soignants de ne plus être dans le contrôle et la concrétisation d'une note de fin de stage : « *La principale réforme retenue par les membres des équipes est la suppression des Mises en Situation Professionnelles (MSP) et des « notes de stage ». Ils n'imaginent pas un autre système d'évaluation que celui du contrôle et de la pose de notes*⁷⁸ ».

En cela les professionnels que j'ai rencontrés sont aussi partagés :

⁷⁷Cf. p- 28, propos recueillis le 20/02/2012 auprès de Mmes A., J., H., et R. IDE en SSRR et les 23/01/12 et 18/02/2012 auprès de Mme et Mr S., G., O., U., A., M., IDE en MCO

⁷⁸ PILMANN Valérie, *se reporter supra note 68 p.25*

- « *il n'y a plus de MSP, ni de notes, alors ils ne sont plus motivés* »
- « *le portfolio c'est bien joli, mais ça ne remplace pas une MSP où là au moins, ils étaient obligés de travailler en technique parce qu'il y avait une note au bout* »
- « *la MSP c'était une grande représentation de théâtre, même les patients n'étaient pas naturels, ils étaient dans la combine, au moins là les étudiants on peut les évaluer sur du plus long terme, même si un stage, c'est court* »

Ces réflexions posent le problème de l'évaluation des étudiants qui demeure pour les soignants somme toute problématique.

Les étudiants justement qu'en pensent-ils ? Je suis allée aussi à leur rencontre. Les échanges ont été facilités par ma présence en IFSI au mois de février dans le cadre du stage « fonction formation » du module 5, et par un réseau d'étudiants que je connaissais lorsque j'étais dans l'exercice de ma fonction.

2.8.2 Les étudiants

Je me suis donc d'une part entretenue avec des étudiants de deuxième année d'un IFSI parisien, de manière complètement informelle, lors d'échanges plutôt sur le mode récréatif. D'autre part, j'ai pu discuter avec des étudiants de troisième année de ma connaissance. Nous avons là, échangé par téléphone.

A tous, j'ai posé la même question qu'aux professionnels rencontrés quasiment aux mêmes dates : « *que pensez-vous de l'encadrement dont vous bénéficiez en stage ?* ».

J'ai tout d'abord été saisie par leurs moues dubitatives, voire par leurs exclamations spontanément négatives. Pour la majorité d'entre eux, le sentiment d'être une charge pour les professionnels et d'être surtout qualifiés à l'extrême de « *dangereux pour la profession* », car ils ne « *savent plus rien faire* », reste difficile à vivre. La comparaison avec l'ancien programme semble tenace et tous se sont entendus dire que « *c'était mieux avant avec les MSP* ».

- « *On a l'impression d'être des boulets, les infirmières font la tête quand elles nous voient arriver avec nos objectifs pourtant bien préparés. Heureusement que les formateurs nous encouragent parce que franchement les professionnels, ce n'est pas ça, quoi* »
- « *moi, on m'a même dit dès mon arrivée qu'on n'aurait pas le temps de remplir le portfolio parce qu'il y avait une infirmière en congé maladie* »

- - « *le portfolio, ils n'ont rien compris, pourtant on leur explique, c'est le comble d'ailleurs* »
- « *à chaque stage on s'entend dire qu'on est tranquille puisqu'il n'y a plus de MSP* »
- « *moi on m'a dit que maintenant qu'on allait à la fac et qu'on était des étudiants réflexifs on était des intellos-gratte papiers et que le métier ce n'était pas ça, le métier c'est l'action !⁷⁹* ».

Cette dernière réflexion m'a fait profondément réagir, même si elle est, je l'espère assez extrême. Mais elle reflète néanmoins un malaise entre réflexion et action « combinées » aux yeux des soignants. En approfondissant un peu plus, j'ai demandé si ce constat était récurrent pour « tous » les stages. Il s'est avéré que les étudiants en apprentissage dans des unités dépendant d'un grand Groupe Hospitalier étaient beaucoup plus modérés dans leurs propos :

- « *Non, moi j'ai été bien encadrée, j'avais un vrai tuteur de stage qui m'a beaucoup fait progresser, c'était bien* »
- « *Moi aussi en neuro, les infirmières étaient tout le temps disponibles quand je leur posais des questions j'ai beaucoup appris, c'est comme ça que je voyais mes stages avant de rentrer en IFSI* »
- *C'est quand même plus intéressant de comprendre ce qu'on fait plutôt que de reproduire bêtement des soins, il me semble, d'ailleurs c'est ce qu'on fait tout le temps quand on est à l'IFSI, c'est quand on est en stage que ça coince...⁸⁰* ».

J'ai pu constater qu'effectivement dans l'IFSI au sein duquel j'avais effectué mon stage de « fonction formation » au mois de février, un réel partenariat IFSI-terrain de stage avait été mis en place. Les référents de stages étaient très impliqués dans la mise en œuvre des nouvelles modalités d'encadrement des étudiants, les tuteurs de stage clairement nommés et les difficultés évoquées plus haut semblaient peu existantes.

Mais lors des entretiens téléphoniques avec les étudiants de 3^{ème} année, le constat a été encore plus cinglant : l'une des étudiantes s'était même entendue dire

⁷⁹ Propos recueillis en février 2012 auprès d'étudiants de 1^{ère}, 2^e et 3^{ème} année De deux IFSI parisiens

⁸⁰ *Ibid.*

qu'elle était « dangereuse » car prochainement diplômée et sans actes techniques maîtrisés.

Sur la page d'un célèbre réseau social d'« actu soins », les nouveaux étudiants expliquent qu'ils ont le sentiment de représenter un lourd fardeau dans les services : « *largués, boulets, incapables*⁸¹... » Jonathan NAGODE, l'actuel président de la FNEI, confie : « *quand on arrive ne stage, on nous attend de pied ferme. Certains professionnels nous regardent d'un mauvais œil et nous reprochent de ne pas être de vrais professionnels. Selon eux, nous ne méritons pas notre futur diplôme*⁸² ».

J'ai pourtant constaté qu'ils ont soif d'apprendre, leurs motivations pour exercer ce métier restent intactes, tous m'en ont fait part et parlent de « *professionnalisation* ». J'ai pu, à travers une présentation orale d'un de leurs travaux lors de mon stage en IFSI, apprécier leur pertinence, la richesse et la quantité de leurs questionnements, prémices d'une fonction exercée dans le souci constant d'améliorer leurs pratiques. Cette génération d'étudiants semble adhérer au concept d'apprentissage par compétence où la réflexivité, l'analyse des situations de leurs pratiques prennent une large place. Leur préférence va largement à un enseignement « interactif » en lien avec leur mode de fonctionnement évoqué plus haut. « Empiler des savoirs » ne semble pas les motiver, faire des liens avec leurs prérequis et les mettre en pratique semble au contraire les satisfaire pleinement dans l'apprentissage du métier, en se construisant une identité professionnelle propre.

En résumé et au regard de ces différents échanges, il apparaît regrettable, préjudiciable que cette « valeur ajoutée » à la profession ne puisse pas correctement s'exprimer, (car brimée, non reconnue en quelque sorte), à cause du poids des habitudes de pratique d'encadrement devenues obsolètes. La réflexivité semble encore mal interprétée par les soignants et ne semble pas permettre une cohérence pédagogique entre ce que les étudiants attendent d'un encadrement destiné à les faire progresser et la réalité du terrain qu'ils découvrent. Ces étudiants semblent donc payer un lourd tribut face à des soignants bousculés et mal préparés, « mal » formés.

Les professionnels, quant à eux, semblent toujours se sentir autant impliqués dans l'encadrement des étudiants, leurs difficultés exprimées en sont le reflet et je n'ai pas rencontré de soignants indifférents ou détachés face à cette nouvelle réforme. Mais ils semblent attendre des étudiants plus de vivacité, plus d'implication et sont surtout inquiets

⁸¹ <http://www.actusoins.com>, newsletter 10478, consulté le 30/01/2012

⁸² *Ibid.*

quant aux compétences dont feront preuve ces derniers dans l'exercice de leur profession.

Les étudiants de leur côté, attendent plus d'implication des soignants dans leur encadrement, et certains ont le sentiment d'être dévalués dès leur arrivée en stage, du fait, simplement, de suivre le programme du référentiel de formation de juillet 2009.

D'autre part, j'ai évoqué plus haut le nécessaire et indispensable partenariat entre les IFSI et les terrains de stage, via le Maître de stage fonction souvent exercée par le Cadre de Santé. Selon le référentiel de formation de 2009, celui-ci « *est le garant de la qualité de l'encadrement. Il met en place les moyens nécessaires à ce dernier (...). Il assure le suivi des relations avec l'institut de formation pour l'ensemble des stagiaires placés sur le territoire dont il a la responsabilité, et règle les questions en cas de litige ou de conflit*⁸³ ». Dans ce contexte de difficultés soignants-étudiants, le Cadre tient donc un rôle primordial en garantissant un encadrement de qualité. Son implication reste, plus que jamais, indispensable.

Cependant, les principaux acteurs s'accordent sur un point : l'étudiant a besoin du professionnel pour apprendre par le biais de situations, et le professionnel détient une mission d'encadrement qui fait partie de son rôle propre.

Alors dans ce contexte, et à l'issue du cadre théorique exposé, plusieurs problématiques se dégagent et il me semble possible de poser deux hypothèses pour expliquer les difficultés soignants-étudiants dues à la réforme des études de 2009.

3) HYPOTHESES QUESTION ET METHODOLOGIE DE RECHERCHE

En partant du postulat que les étudiants ne font finalement qu'appliquer ce qui est préconisé au sein de leurs instituts de formation, les difficultés sembleraient provenir essentiellement d'un positionnement difficile des soignants face à leurs nouvelles fonctions pédagogiques, ce qui entraîne un profond décalage entre les attentes des uns et des autres.

Ainsi, j'avancerai deux hypothèses en lien avec le cadre théorique :

⁸³ Référentiel de formation *op. cit.* p. 281

- la réflexivité, notion encore floue par manque de formation et souvent confondue avec « réflexion » potentiellement blessante pour nombre de soignants, apparaît plus difficile et surtout moins confortable que l'action « routinière » basée sur des automatismes rassurants.
- la posture réflexive préconisée, associée à une « intellectualisation » des études, apparaissent aux soignants comme une forme de passivité en contradiction avec leur rôle de soignants « dans l'action », et comme un frein inquiétant pour l'acquisition de compétences techniques qui demeurent à leurs yeux les plus professionnalisantes.

En lien avec ces hypothèses, et dans le cadre des fonctions auxquelles je prétends, je formulerai une question de recherche comme suit :

« Dans ce contexte et face aux difficultés des soignants et des étudiants, comment le cadre de santé peut-il accompagner le changement de la politique d'encadrement des étudiants en soins infirmiers au regard des représentations et des enjeux des acteurs ? »

Pour tenter de répondre à cette question de recherche, il me fallait choisir un outil propice à la réflexion des protagonistes, mais dirigé vers ce que je recherchais.

3.1 Choix et méthodologie de l'outil

Je me suis donc dirigée vers les entretiens semi-directifs, l'échange me paraissant être un bon moyen pour amener les interlocuteurs à exprimer leurs ressentis. J'ai néanmoins construit une grille (Cf. annexe II) qui suit une certaine logique déductive afin d'éviter de dériver hors du champ de recherche. Cette étape m'est apparue difficile mais incontournable pour être en lien avec le cadre théorique, les hypothèses avancées et les mots clés attendus, et enfin la question de recherche. En effet, la difficulté était de cibler les questions suggérant des réponses affirmant ou infirmant les hypothèses avancées.

Néanmoins, je n'avais pas l'intention de mener des entretiens directifs pour autant, et je souhaitais pouvoir laisser une certaine flexibilité permettant d'enrichir les contenus attendus, ou bien même de permettre l'étonnement voire la surprise.

D'autre part, la grille d'entretien élaborée devait présenter les mêmes contenus pour les étudiants que pour les soignants de façon à pouvoir croiser les résultats obtenus. J'ai donc juste adapté la forme des questions selon que je m'adressais aux étudiants ou aux soignants, mais le fond est resté le même. Pour construire cette grille, les rencontres menées au préalable avec les uns et les autres m'ont été d'une grande utilité. Il fallait cependant que j'affine les questions pour cibler ma recherche sur les hypothèses avancées.

Enfin, dans un contexte difficile pour tous, l'observation du langage para verbal (gestuelle, mimique, ton de la voix, etc..) me semblait intéressant à observer et à prendre en considération. Le choix d'un outil plus impersonnel, sans échange, ne me l'aurait pas permis.

Après avoir déterminé l'outil de recherche il me fallait choisir la population auprès de laquelle j'allais mener mes entretiens.

3.2 Populations choisies

L'objet de ce travail étant ciblé sur les terrains de stage, il m'apparaissait logique d'aller à la rencontre des principaux acteurs : les étudiants en soins infirmiers, les professionnels de proximité et un, voire plusieurs cadres de Santé.

J'ai choisi volontairement de m'entretenir avec des étudiants infirmiers de 3^{ème} année (semestre 6 de la formation) pour plusieurs raisons. Tout d'abord la perspective de rencontrer des étudiants arrivant au terme de leur formation (entretiens réalisés en mars 2012), à quelques mois de leur diplôme, me semblait intéressante par rapport au recul et à l'expérience qu'ils pouvaient apporter dans cette recherche. J'ai estimé qu'il était important qu'ils aient pu assimiler ce qu'était la posture réflexive, et qu'ils aient eu surtout le temps de l'adopter. De plus, la totalité de leurs stages étant quasiment effectuée, le recueil de leur vécu auprès des soignants à ce sujet, m'apparaissait potentiellement riche. Ils pouvaient également être en mesure d'évaluer l'évolution de la mise en œuvre de la réforme. La quantité de questions étant assez importante, j'ai opté pour ne rencontrer que trois étudiants mais de trois IFSI différents, afin d'avoir plusieurs approches, et d'éviter de recueillir des témoignages « formatés » sur le même projet pédagogique. Enfin, en rapport avec la génération « Y » que j'ai évoquée dans le cadre théorique, je cherchais à rencontrer des étudiants jeunes, de moins de 25 ans, population la plus

prépondérante dans les IFSI. Je me suis tournée vers la Cadre de Santé du dernier exercice de ma profession, sachant que l'établissement est un terrain de stage « Médecine-Chirurgie-Obstétrique » (MCO) très sollicité. Je lui ai exposé mes souhaits quant à la population ciblée (Etudiants de troisième année, d'IFSI différents et de moins de 25 ans). La période correspondait au stage du semestre six et j'ai pu rencontrer trois étudiantes de troisième année, après avoir convenu par téléphone avec chacune d'entre elles d'un rendez-vous sur une après-midi. Les trois étudiantes étaient originaires de trois IFSI différents et âgées de moins de 25 ans.

Concernant les soignants, je souhaitais rencontrer des professionnels ayant reçu une formation au tutorat, et d'autres n'ayant pas eu accès à cette formation. En lien avec le cadre théorique, là encore, je cherchais à étudier l'approche de la posture réflexive, de l'analyse des pratiques, chez une population formée à cette pédagogie et chez une population n'ayant pas reçu de formation, ou de sensibilisation. Il me semblait intéressant en effet de croiser les deux approches et d'étudier un éventuel lien entre les difficultés rencontrées par les soignants et une formation au tutorat ou non.

Par l'intermédiaire d'une amie infirmière, j'ai contacté sans difficulté une soignante auprès de qui j'ai mené un entretien, diplômée de 1989, exerçant dans un Hôpital privé non lucratif participant au service public, en chirurgie thoracique. Cette infirmière, sensibilisée au nouveau référentiel de formation pas sa Cadre de Santé, mais sans formation réelle au tutorat, a accepté de répondre à mes questions et notre entretien a eu lieu à mon domicile. Le choix d'une infirmière expérimentée était voulu, je pensais ainsi que l'évolution des études au fil des années pourrait lui permettre une meilleure analyse de la situation.

C'est seulement mi-avril en revanche, que j'ai pu rencontrer une infirmière de MCO ayant reçu une formation au tutorat d'un IFSI parisien. J'ai en effet rencontré de réelles difficultés à m'entretenir avec un(e) soignant(e) formé(e) à cela. J'ai dû multiplier les contacts, faire appel à d'anciennes collègues exerçant dans plusieurs établissements différents, solliciter l'aide d'une formatrice rencontrée lors de mon stage en IFSI, avant de pouvoir entrer en relation avec l'interlocuteur que je souhaitais. J'ai donc pu rencontrer une infirmière d'un Etablissement de Santé Privé d'intérêt Collectif (ESPIC) Parisien, et avec l'accord de la Cadre de Santé, nous rencontrer sur mon lieu d'exercice. Une chambre libre de patients a été mise à ma disposition, loin de toute activité, donc propice à un échange de qualité.

Enfin, il était indispensable que je soumette mes questions à un Cadre de Santé, afin d'appréhender la fonction de Maître de stage ou de tuteur de stage, à trois ans de la

mise en œuvre de la réforme. J'avais le choix de m'entretenir avec celles et ceux que j'ai côtoyés lors de la première partie de mon stage « fonction d'encadrement », début avril 2012, ou par le biais de la Cadre de Santé de mon établissement d'origine, avec un Cadre Supérieur de Santé d'un Etablissement privé parisien. J'ai choisi la deuxième solution car de par sa fonction hiérarchique supérieure au Cadre de Santé, il me semblait intéressant d'aller à sa rencontre et de découvrir un autre positionnement, la fonction de « Maître de stage » lui revenant. Les Cadres de santé de proximité, dans cet établissement, sont donc « tuteur de stage ». J'ai pris rendez-vous avec elle, et suis allée la rencontrer sur son lieu de travail, fin Mars 2012. Je me suis toutefois largement entretenue sur le sujet avec les Cadres de santé rencontrés sur mon lieu de stage, mais de manière informelle.

J'ai donc conduit ces différents entretiens en commençant par les étudiants infirmiers, pour des raisons de calendrier. Chacun des entretiens a été enregistré. Je dois reconnaître que l'exercice n'a pas toujours été aisé, et que, malgré une préparation et une mise en condition que je pensais optimales, il n'était pas évident d'utiliser cet outil de recherche en respectant sa forme.

3.3 Les limites rencontrées/ les outils et les populations

3.3.1 Les limites de l'outil

En effet, le mode d'entretien retenu (semi directifs), m'a posé problème, surtout pour les deux premiers rendez-vous. Je suis plutôt encline à l'échange, quel qu'il soit et de façon spontanée. Je me suis donc aperçue, au fil des questions du premier entretien avec une étudiante, que je multipliais les questions « de relance », qui m'ont entraînée, au fil de l'interview, vers une réelle discussion. A l'issue de ce premier rendez-vous, j'étais peu satisfaite du résultat, et ai fait le constat suivant : j'avais amenée l'étudiante, par mes questions, là où j'avais pensé qu'elle irait dans ses réponses. J'ai donc considéré dans un premier temps que cet entretien ne pouvait pas réellement entrer dans le cadre d'un entretien de recherche, car faussé par mon propre jugement et surtout par mes attentes. Son contenu étant néanmoins très riche, j'ai estimé que je pouvais exploiter les éléments de réponses spontanées de l'étudiante, avant que je ne me sois immiscée dans celles-ci.

Lors du deuxième entretien, j'ai réellement tenu compte de ce constat, et même si l'exercice m'est apparu difficile, je suis moins intervenue, ménageant des temps de silence où je notais quelques éléments de réponse. J'ai constaté que ces brefs moments de pause permettaient à l'étudiante de mettre en ordre ses idées et sans doute de mieux les formuler. Pourtant, cet entretien m'est sur le moment, apparu moins riche, car je pense avoir plutôt fait attention à ma manière de procéder qu'aux réponses de l'étudiante. J'ai mesuré, à distance, l'importance de l'enregistrement des entretiens permettant, « à froid » de s'approprier le contenu qui s'avère, au final, être très intéressant également.

Le troisième entretien a été réalisé à une heure de distance des deux premiers, et ce délai m'a permis de revenir sur la manière dont j'avais mené les deux premiers rendez-vous. Il est vrai que j'ai ressenti alors beaucoup moins de difficulté à respecter la méthode d'entretiens semi-directifs, laissant parler l'étudiante, tout en respectant, dans son déroulé, l'ordre des questions de ma grille. Je pense avoir utilisé les questions de relance à bon escient. Il s'est avéré que le contenu de ses réponses m'a parfois étonnée, et j'ai obtenu des éléments de réponses auxquels je ne m'attendais pas. C'est cet entretien que j'ai choisi de retranscrire en annexe III, car son contenu me semble le plus significatif et le plus intéressant. La retranscription de cet entretien a été fastidieuse, mais je dois reconnaître que le fait de l'écouter, de le réécouter pour une reproduction fidèle, m'a dirigée naturellement vers une première analyse.

Les trois entretiens avec les soignants et avec la Cadre Supérieure de Santé ont été réalisés à plusieurs jours, voire plusieurs semaines les uns des autres, et j'ai pu peu à peu me détacher de la « technique » pour me concentrer sur les contenus. J'ai constaté qu'il était important d'adopter réellement une posture d'écoute, de ménager des pauses entre chaque question par la prise de notes, et que les réponses n'en étaient que plus riches. A la réécoute des derniers entretiens le rythme était d'ailleurs beaucoup moins accéléré que lors du premier entretien avec l'étudiante.

A noter cependant que lors de l'entretien avec la Cadre supérieure de Santé, réalisé dans son bureau sur son lieu de travail, le téléphone n'a cessé de sonner, rendant l'entretien difficile, même si très riche.

Au final, au regard des objectifs fixés au préalable dans ma grille de recherche, des mots clés attendus, cet outil de recherche, même si difficile à utiliser sans entraînement, s'est révélé être un bon moyen pour débiter une analyse riche de contenus, surtout pour les étudiants. Concernant les soignants, j'ai néanmoins eu quelques difficultés à me détacher complètement des réponses que j'attendais, et il m'a

fallu du temps pour débiter l'analyse des résultats avec ce que j'avais obtenu comme éléments, hésitant même à refaire un entretien supplémentaire.

Cette hésitation est sans doute à mettre en lien avec les limites de l'échantillon de la population interrogée.

3.3.2 Les limites du choix de la population interrogée

Au-delà d'une limite de temps omniprésente, avec des délais de réponses aux demandes d'entretiens parfois très longs, voire des réponses inexistantes, j'ai dû m'adapter aussi aux impératifs professionnels ou personnels de chacun des interviewés.

Je dois dire également que le choix d'une partie de la population ciblée pour mes entretiens ne me semble pas, avec le recul, forcément judicieux.

Comme je l'ai évoqué plus haut, j'ai eu quelques difficultés à rencontrer le (la) professionnel(le) ciblé(e), à savoir formé(e) au tutorat d'étudiants infirmiers. Je pense ne pas m'être dirigée vers le bon chemin au début de mes recherches. J'ai constaté en effet, au fil de mes recherches ou de mes stages, que dans bon nombre d'établissements, le tuteur de stage était le Cadre de Santé, et non un professionnel formé au tutorat comme préconisé dans le référentiel de formation. Et c'est cette dernière catégorie de professionnels que je cherchais à rencontrer. Peut-être est-ce juste parce qu'ils n'existent pas réellement en tant que tels, ou très peu, que j'ai eu tant de difficultés à les rencontrer.

J'ai fait ce constat un peu tardivement, et il a été renforcé lors de mon entretien avec la cadre Supérieure de Santé. Le temps m'a réellement manqué, pour conduire un entretien supplémentaire auprès d'une cadre de santé « tuteur de stage », entretien qui aurait pu peut-être mieux compléter ma recherche.

En revanche, concernant les entretiens avec les étudiants, j'ai été satisfaite des contenus. Les trois étudiantes ont été intéressées et interpellées par mes questions, la dernière étudiante m'a même précisé que « *c'était bien de s'intéresser à nous* (les étudiants) » (Cf. annexe III, fin de l'entretien) ». Elles y ont répondu avec sérieux et réflexion. Dans ce contexte, les contenus ont été riches et tout à fait exploitables pour mon analyse.

Toutefois, il convient de préciser que le petit nombre d'étudiants et de soignants avec qui je me suis entretenue lors de ces entretiens, ne m'a pas permis de faire

quelques statistiques que ce soit sur les résultats obtenus. Il n'est ainsi pas possible de parler « d'étude » d'une population choisie. En revanche, pour m'être beaucoup entretenue avec les étudiants infirmiers et les soignants durant mon année de formation en IFCS, que ce soit en IFSI, en stage ou à la faveur de visites sur mon lieu d'exercice, je pense que les résultats des entretiens sont néanmoins le reflet d'une situation réelle.

Après avoir choisi l'outil et les populations, j'ai donc dû axer mes recherches selon quatre grands thèmes.

3.3.3 Axes de recherche

Il s'agissait là de chercher à affirmer ou à infirmer mes hypothèses de recherche, tout en cherchant comment le cadre de Santé pouvait accompagner les acteurs en prenant en compte les enjeux et représentations de chacun. Pour se faire, j'ai retenu quatre grands thèmes de recherche déclinés auprès des étudiants infirmiers et des soignants. Les questions apparaissent dans la grille d'entretiens en annexe II et seront reprises plus bas pour l'analyse des résultats.

- **La représentation de la politique d'encadrement** : l'objectif étant de mesurer auprès des acteurs l'écart entre les représentations des uns et des autres et la réalité. Selon les résultats, envisager d'exploiter l'analyse de ces représentations, dans le but d'accompagner les acteurs dans leurs difficultés.
- **Les enjeux professionnels, l'analyse des pratiques** : l'objectif étant de mesurer l'intérêt de l'analyse des pratiques auprès des étudiants, auprès des soignants, l'écart entre ce qui est préconisé dans le portfolio et la réalité du terrain, chercher si les soignants proposent de réelles analyses de pratiques aux étudiants et s'ils savent les conduire. Chercher d'autre part si les étudiants utilisent l'analyse de pratiques selon le référentiel de formation et s'ils en voient l'utilité. Selon les résultats, envisager pour le Cadre, d'utiliser l'analyse de pratique comme activité fédératrice pour les protagonistes.
- **Enjeux professionnels : posture réflexive** : l'objectif poursuivi étant de mesurer l'intérêt de la posture réflexive auprès des soignants et des étudiants, qui conduit à la professionnalisation. Le but étant aussi d'aller explorer si elle

est véritablement comprise et mise en œuvre et si, pour les différents acteurs, elle semble adaptée aux études d'infirmier. Il s'agissait aussi de savoir si, d'après les acteurs, elle modifiera la pratique professionnelle. Envisager, selon les résultats, d'approfondir la notion, par le biais de formations ou de rencontres avec les formateurs en IFSI.

- **Rôle du Cadre dans la politique d'encadrement** et notamment dans la mise en œuvre de la posture réflexive. L'objectif est ici, en lien avec la finalité du travail : quel rôle tient, actuellement, le cadre auprès des équipes soignantes et des étudiants concernant l'encadrement et quelles sont les attentes des acteurs à son niveau ? Selon les réponses, des axes d'amélioration et des propositions d'actions pourraient alors être envisagés, là encore par le biais de formations ou tout du moins dans un premier temps, d'informations, ou autres pistes à découvrir.

Autour de ces grands thèmes, j'ai donc posé huit questions à chacune des étudiantes infirmières, des infirmières et de la Cadre supérieure de Santé. Les réponses ont été très intéressantes à analyser, et parfois surprenantes. Mais avant de les approfondir, il convient d'en exposer les contenus.

4) **LES RESULTATS ET LEUR ANALYSE**

4.1 **Synthèse des résultats**

J'ai choisi de présenter les résultats sous forme de tableaux, de façon synthétique, en reprenant pour les deux populations retenues (étudiants et soignants) et pour chaque question posée, les mots clés attendus et définis dans la grille d'entretiens (Cf. annexe 1), et ceux obtenus.

Néanmoins, les entretiens ayant été extrêmement riches, j'en ai retranscrit de nombreux extraits en annexe IV, ce qui m'a permis de m'appropriier les réponses des différents acteurs et de synthétiser dans un deuxième temps leurs réponses sous forme de tableaux, plus lisibles.

4.1.1 Les représentations de la politique d'encadrement

- ✓ **question numéro un** : « Quelle représentation vous faisiez-vous de l'encadrement (des étudiants du programme 2009) avant votre (leur) arrivée sur le premier terrain de stage ? »

Réponses Acteurs	Mots clés attendus	Mots clés obtenus
Etudiants	Aide, guide, accompagnement questionnement, échanges, encouragements, progression, analyse	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A l'écoute, guide ▪ Encadrés, ▪ Montrer les chemins, ▪ Faire les liens, ▪ Explications
Soignants	Peu d'information, plus de MSP	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aucune représentation dans un premier temps, car pas informée, ▪ Très compliqué, aberrant, ▪ Inquiétude de voir comment les étudiants et les soignants allaient s'en sortir, ▪ Beaucoup d'interpellation et d'interrogations sur l'ensemble du programme, ▪ Peur voire panique, ▪ Lourdeur de la prise en charge, beaucoup de responsabilités

- ✓ **Question numéro deux :** « *Que pouvez-vous dire à ce jour sur l'encadrement dont vous bénéficiez durant vos stages (que vous leur dispensez), correspond-il à ce que vous aviez imaginé ?* »

Réponses Acteurs	Mots clés attendus	Mots clés obtenus
Etudiants	Déception, charge pour les soignants, non connaissance du contenu de formation, sentiment de non reconnaissance	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mieux reçus qu'au début (2009), ▪ Professionnels un peu plus habitués à la réforme, ▪ Mieux impliqués, plus au courant qu'en 2009, ▪ Correspond mieux à la représentation du début
Soignants	Pas du tout, concept d'apprentissage par compétences encore obscur, Portfolio trop long à remplir	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Encadrement inchangé, base identique sauf la posture réflexive et « être acteurs » de leur formation, ▪ Plus de recherches de leur part, ▪ Aussi pire qu'imaginé, ▪ Enormément de temps, beaucoup plus que pour l'ancien programme, <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tentative de mise en œuvre de ce qui était organisé, mais renoncement : trop de temps ▪ Etudiants : impérativement besoin d'être encore plus accompagnés

4.1.2 Les enjeux professionnels : l'analyse des pratiques

✓ **Question numéro trois** : « Que signifie analyse des pratiques pour vous ? »

Réponses Acteurs	Mots clés attendus	Mots clés obtenus
Etudiants	Situations de soin, identification des bonnes pratiques, sens à ses actions, améliorer sa pratique, questionnements, nouveaux savoirs cliniques, implication personnelle et limites, portfolio, auto évaluation travail prescrit, travail réel	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Situation par écrit et recul, distance, analyse ▪ Comble les lacunes, ▪ Remise en question pour réfléchir aux actions, aux actes de soins faits et aux potentiels axes d'amélioration, ▪ Voir où en est pour chaque soin (autoévaluation)
Soignants	Comprendre ce que l'on fait et pourquoi on fait comme ça, recherche du sens	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluer, corriger, réajuster une façon de faire, d'agir, de travailler, ▪ Appréhender une situation, avoir une méthode de travail, ▪ Se questionner sur ce que l'on fait, comment on le fait et pourquoi on le fait. ▪ Pour améliorer sa pratique avec le temps et se donner les moyens de mieux travailler auprès des patients ▪ Grande question, très globale

- ✓ **Question numéro quatre** : « L'encadrement vous permet-il de questionner vos pratiques, de confronter vos opinions, vos manières de faire, à celles des professionnels (à celle des étudiants) ? Comment ? »

Réponses Acteurs	Mots clés attendus	Mots clés obtenus
Etudiants	Encadrement trop directif, les soignants ne savent pas vraiment analyser leurs propres pratiques, ils « montrent comment faire » (mimétisme), pas de questionnement, pas de sens, automatismes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Agace les professionnels, ▪ Différent selon les stages, ▪ Mal pris, remise en question de leurs pratiques, ▪ Peur d'une répercussion sur la feuille de stage, ▪ Permet d'échanger avec les professionnels
Soignants	<p>Parfois/rarement/ Pas vraiment.</p> <p>Remet en question ses propres pratiques par le questionnement des étudiants, et difficile pour eux, n'en n'ont pas envie.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ oui, sur la façon d'apprendre à l'étudiant, ▪ montrer, faire faire, corriger, ▪ Non, jamais fait, à cause de la situation générale des études trop difficile, ▪ Les étudiants : pas la capacité à faire les liens nécessaires pour bénéficier de ce type d'enseignement, ▪ Les étudiants ne savent plus ce qu'est le soin infirmier. ▪ Bien évidemment, intéressant d'avoir des étudiants, ▪ Echange, mutualisation des connaissances, anciens et étudiants, mais préexistants à la réforme

4.1.1 Les enjeux professionnels : la posture réflexive

✓ **Question numéro cinq** : « Pourriez-vous dire que l'encadrement en stage vous permet (permet aux étudiants) d'adopter une posture réflexive ? »

Réponses Acteurs	Mots clés attendus	Mots clés obtenus
Etudiants	Modélisation pratico-pratique, pas de démarche réflexive par rapport aux situations complexes rencontrées	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plutôt après l'action, sans les professionnels ▪ Les professionnels ne peuvent pas justifier en tant que tel si c'est la bonne pratique ou pas, ▪ Automatismes des professionnels, ▪ Difficile de s'adapter à chacun et d'y voir clair, ▪ Reprendre une méthode, « tu fais comme ci et comme ça », ▪ Pas d'explication, donc pas d'assimilation ▪ Hésitation des étudiants à questionner les professionnels, ▪ Posture réflexive : pas encore dans les mentalités des professionnels
Soignants	Pas assez de temps pour les encadrer correctement, pour les aider à se questionner, pour revenir avec eux sur des situations de soins.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Difficile car pas assez ou peu d'exploitation des connaissances, ▪ Non, ne parviennent pas à regrouper les informations, ne font pas les liens, ▪ Plus de MSP, donc certaine nonchalance et aucun progrès, études

Soignants		<p>trop intellectualisées,</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Autant que possible, mais mentalité de l'étudiant : freine la réflexivité, ▪ Pas de notion de globalité dans la prise en charge, les liens ne sont pas faits
------------------	--	--

✓ **Question numéro six** : « *Estimez-vous que la posture réflexive préconisée soit une forme d'apprentissage adaptée aux études d'infirmier ?* »

Réponses Acteurs	Mots clés attendus	Mots clés obtenus
Etudiants	Oui, travail dans « l'humain », donc forcément situations toutes différentes qui nécessite de réfléchir à ses pratiques et d'amener à la professionnalisation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bien de se remettre en question assez souvent, ▪ Adapté, adapté quand ça fonctionne à tous les niveaux, ▪ Comprendre pourquoi on fait quelque chose, surtout quand ça concerne une personne
Soignants	C'est normal de se questionner sur ses pratiques mais métier d'action, dimension « pratico-pratique », nouveau programme = intellectualisation, forme de passivité	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Envisageable en troisième année, avant : pas de bases, ▪ Etudiants : perdus, noyés, pas structurés, pas curieux par rapport à la technique ▪ Non, pas adapté, étudiants en difficulté, ne comprennent pas bien et pas le temps de reprendre tout avec eux, ▪ Pas du tout, pas de liens, pas de prise en

Soignants		charge globale, ▪ Dans le contexte socio-générationnel actuel : réforme mise en œuvre au mauvais moment
------------------	--	--

- ✓ **Question numéro sept** : « Pensez-vous que la démarche réflexive modifiera votre (la) pratique professionnelle (des étudiants) ? »

Réponses Acteurs	Mots clés attendus	Mots clés obtenus
Etudiants	Meilleure adaptabilité aux situations de soins complexes, variées Meilleure prise en charge du patient, Expertise infirmière	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Démarche intégrée, même fonctionnement dans le travail, ▪ Analyses de pratiques pendant trois ans : « mécanique » pour les futurs professionnels ▪ Amélioration des pratiques ▪ Meilleure prise en charge des étudiants à encadrer, ▪ Par la position réflexive : implication dans le soin, réflexion sur l'action, adaptation à la situation, meilleure solution ou manière de faire un soin à un patient. ▪ <u>Mais</u> : encore des blocages pour les équipes.
Soignants	Auront beaucoup moins de compétences techniques, pas prêts à être des professionnels, moins réactifs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si pas de lacunes : peut-être, mais pas de logique de l'expérience, ▪ N'auront pas forcément les compétences réelles puisque pas de bases,

Soignants		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Certain nombre d'étudiants ne savent pas où ils vont, ▪ Oui et pas en mieux, ne savent rien faire, profession bradée, ▪ Pas forcément une démarche professionnalisante, ▪ Inquiétude pour la prise en charge globale du patient
------------------	--	--

4.1.2 Le rôle du cadre, politique d'encadrement

- ✓ **Question numéro huit :** « Estimez-vous que le (votre) Cadre contribue à mettre en œuvre la posture préconisée dans le nouveau programme? »

Réponses	Mots clés attendus	Mots clés obtenus
Acteurs		
Etudiants	<p>Garant de la qualité de l'encadrement, responsable de la mise en place de moyens adaptés, mais : variable, parfois peu organisé, pas forcément de Maître de stage en tant que tel ni de Tuteur de stage, Professionnels de proximité peu informés</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cadres impliqués ou pas, réticence des cadres vis à vis des étudiants « nouveau programme », ▪ Selon l'implication du Cadre : bon ou mauvais stage, progression ou non, ▪ Implication des équipes en fonction de celle du Cadre, ▪ Ne pas mettre d'étudiants avec des professionnels qui n'aiment pas encadrer ou justifier leurs pratiques ou se mettre en danger par rapport au questionnement, ▪ Le Cadre connaît bien

Etudiants		<p>ses équipes, c'est lui qui décide.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pour motiver les professionnels : volontaires ? rémunération ?
soignants	<p>Pas toujours, flou aussi pour lui</p> <p>Diffuser les informations concernant le positionnement pédagogique, expliquer comment encadrer les étudiants, organiser l'encadrement, proposer des formations au tutorat, à la pédagogie réflexive</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oui, elle fait évoluer dans le bon sens, permet la remise en question, aidante car suivi des étudiants, bien impliquée dans l'encadrement, suit les objectifs, ▪ Nécessité d'une formation, ▪ Non pas vraiment aidante, veut absolument faire des bilans de mi stage sans l'encadrement de proximité, ▪ Toute seule avec la formation, trop lourd, ▪ Charge de travail trop importante pour les infirmières pour un tutorat de qualité, ▪ équipes pas stables, donc limitation du nombre d'étudiants.

Ces tableaux permettent déjà visuellement de confronter les réponses des étudiants et des soignants et de mesurer l'écart entre leurs réponses. Il convient désormais de les analyser en reprenant chaque grand thème.

4.2 Analyse des résultats

Les résultats, à première vue, semblent confirmer que les acteurs concernés par la réforme des études traversent des difficultés à plusieurs niveaux. Lorsqu'on rapproche les mots obtenus des étudiants et des soignants, on peut voir rapidement qu'ils sont souvent antinomiques.

Je reprendrai, ci-après, chaque grand thème de recherche et les rapprocherai des hypothèses de départ pour tenter de répondre, ensuite, à la question de recherche posée.

4.2.1 Les représentations de la politique d'encadrement

Pour les étudiants, à la rentrée de septembre 2009, on peut constater, sans surprise, qu'ils sont arrivés sur leur premier terrain de stage en s'attendant à être très encadrés, guidés, aidés. Les mots clés attendus et ceux obtenus dans la première question se rejoignent.

Au lieu de quoi ils ont eu à faire à des professionnels dubitatifs, inquiets, même paniqués face aux lourdes responsabilités qui allaient leur incomber désormais. Comme je l'avais pressenti, certains ont même découvert par les étudiants eux-mêmes qu'une réforme des études était mise en place, sans aucune informations au préalable. Mais, à l'époque, n'ayant eu moi-même que peu, voire pas d'informations, je n'avais pas imaginé qu'en amont de la mise en œuvre de la réforme, un tel climat d'inquiétude s'était installé chez les professionnels plus informés. Néanmoins cette inquiétude témoigne de la place importante que réservent les soignants à l'encadrement des étudiants, ce qui, somme toute est plutôt rassurant. On peut d'ores et déjà mesurer l'écart entre les représentations de chacun et imaginer le contexte particulier de l'arrivée en stage pour la première promotion concernée par la réforme. C'est donc dans un climat très tendu qu'a eu lieu la rentrée des étudiants en septembre 2009 : d'un côté des étudiants ayant besoin d'être rassurés et guidés et de l'autre des soignants qui auraient eu besoin, eux aussi, d'être rassurés et surtout formés.

D'autre part, l'encadrement semble désormais poser moins de problèmes aux soignants, qui donnent l'impression de s'être « habitués » à la réforme, d'être mieux impliqués, plus au courant. Mais qu'en est-il des notions d'écoute, de guide, auxquels s'attendaient les étudiants avant le début de leur formation ? Aucun d'entre eux ne m'en a parlé, ce qui pourrait supposer que les soignants assurent leur rôle d'encadrants a minima, en étant plutôt focalisés sur les contenus de la réforme en elle-même que sur un tutorat de qualité auprès des étudiants. Les réponses des étudiants témoignent d'ailleurs de premiers pas dans la profession marqués par ce contexte agité, difficile pour les soignants.

Ces soignants, contrairement à ce que j'avais imaginé, n'ont pas évoqué un concept d'apprentissage par compétences « obscur », puisqu'aucun d'entre eux ne l'a même évoqué. Ce qui ressort des entretiens, et qui était prévisible, c'est surtout un encadrement chronophage. Mais ce qui m'a le plus interpellée, c'est l'animosité palpable des soignants à l'évocation de leurs nouvelles responsabilités. Tous ont une vision négative, et j'ai ressenti dès le début des entretiens cette animosité dirigée vers les étudiants eux-mêmes, comme s'ils étaient « responsables » du malaise ambiant.

4.2.2 Les enjeux professionnels : l'analyse des pratiques

Concernant l'analyse des pratiques, sa signification semble claire pour les différents acteurs. Chacun a évoqué une « situation » de soins où, pour les étudiants, il a été question « d'améliorer ses pratiques », de « distance », d'« analyse » et d'« autoévaluation » (Cf. annexe IV), réponses conformes à ce qui était attendu en amont des entretiens. Pour les soignants, la recherche de sens donné aux actions a été signifiée selon les mots clés attendus. Ce concept semble donc clair pour les deux populations interrogées et plutôt rassurant en terme d'enjeux professionnels puisqu'il évoque pour les différents protagonistes une amélioration des pratiques.

Ce point s'avérant éclairci pour les uns et les autres, j'ai alors été étonnée des réponses à la question suivante : l'utilisation de ces analyses de pratique dans l'encadrement des étudiants.

J'avais en effet supposé en construisant ma grille d'entretiens, que les étudiants auraient rencontré des difficultés à pratiquer ce type d'analyses sur leur terrain de stage parce que les professionnels fonctionnaient encore plutôt sur le mode du mimétisme. Ceci a été évoqué plus loin, lors d'une question suivante. Mais je ne pensais pas obtenir ce qui suit comme réponses : non seulement les étudiants éprouvent des difficultés à questionner leurs pratiques, à confronter leurs opinions, leurs manières de faire à celles des professionnels mais ils ont aussi le sentiment d'agacer les soignants et de renvoyer l'image d'étudiants mettant leurs savoirs en avant avec trop d'assurance. Une des étudiantes a même « appris à se taire » (Cf. annexe IV, question numéro quatre, étudiante « E3 »). Plus surprenant encore, la validation des stages semble mise en jeu au regard de ce type de pratiques et apparaître comme une contrainte conditionnant leur façon d'être en stage, autrement dit : ne pas agacer les soignants au risque de ne pas valider leur stage... « *Ou se mettre en danger si on pose des questions, ou si ils ne*

peuvent pas justifier leurs pratiques » (Cf. annexe III, question numéro quatre, étudiante « E3 »)

Quant aux soignants, les réponses sont hétérogènes. Contrairement à ce que j'avais imaginé, ils n'évoquent pas de difficultés particulières concernant une remise en question de leurs pratiques, mais mettent en avant l'incapacité des étudiants à faire des liens, ce qui ne leur permettrait pas, de ce fait, d'utiliser l'analyse de pratiques comme mode d'enseignement. Une soignante interrogée explique même que « *les étudiants ne savent plus ce qu'est le soin infirmier* » (Cf. annexe IV, question numéro quatre, Soignant « I2 »), donc l'analyse de pratiques n'est même pas envisageable. A noter que cette infirmière travaille avec une cadre de santé qui ne s'implique pas dans l'encadrement des étudiants. En revanche, l'infirmière qui bénéficie de l'implication de sa cadre évoque un réel échange avec les étudiants, ou la discussion et des confrontations de pratiques, d'opinions semblent avoir cours dans l'encadrement qu'elle adopte envers les étudiants. (Cf. annexe IV, question numéro quatre, Soignant « I1 »). La Cadre Supérieure de Santé préconise, quant à elle, ce type d'encadrement, qui permettrait de mutualiser les connaissances des étudiants et des soignants expérimentés, dans un but d'amélioration des pratiques. Mais selon elle, ce n'est pas la réforme des études de 2009 qui aurait introduit ce mode de fonctionnement, il existait déjà et était déjà pratiqué auparavant.

4.2.3 *Les enjeux professionnels, la posture réflexive*

A la question « *pourriez-vous dire que l'encadrement en stage vous permet (permet aux étudiants) d'adopter une posture réflexive ?*, j'ai été moins étonnée par les résultats obtenus qu'à la question précédente. Les étudiants en effet, mettent en avant la difficulté des professionnels à justifier telle ou telle pratique et à revenir sur leurs actions, ce qui était prévisible au regard des échanges avec eux en février 2012. Les explications des soignants semblent ne pas satisfaire les étudiants qui attendent plus d'eux. Une des étudiantes rapporte que l'assimilation d'une pratique s'en trouve du coup moins facilitée, voire impossible (Cf. annexe IV, question numéro cinq, étudiante « E2 »). Les trois étudiantes s'accordent pour dire que les professionnels fonctionnent encore par automatismes et par modélisation pratico pratique « *reprenre une méthode, tu fais comme ci ou comme ça* » (Cf. annexe IV, question numéro cinq, étudiante « E2 ») ce qui était attendu comme réponse. La dernière étudiante interrogée conclue sur la question en disant que « *ce n'est pas encore franchement dans les mœurs, si je puis dire, cette posture réflexive* » (Cf. Annexe III, question numéro cinq, étudiante « E3 »).

Les professionnelles quant à elles là encore, n'évoquent pas de difficultés particulières leur incombant par rapport à cette posture réflexive. Leurs réponses ont été d'emblée dirigées vers les étudiants, ce qui laisserait supposer qu'elles n'éprouvent pas d'« embarras » majeur à adopter elles-mêmes cette posture réflexive. Mais les actions de « *réfléchir, analyser pour apprendre sur son métier et apprendre à se connaître*⁸⁴ » n'ont néanmoins pas été mentionnées. La notion d'activité chronophage a été évoquée comme je le pensais, mais les soignants s'accordent plutôt pour évoquer des difficultés de plusieurs ordres, là encore, au niveau des étudiants.

Ceux-ci ne pourraient pas adopter la posture préconisée car ils exploitent peu leurs connaissances, et ne font pas de liens entre leurs connaissances et la pratique. D'autre part, la disparition des MSP ne les obligerait plus à rechercher des informations pertinentes, ce qui a entraîné une certaine nonchalance. On peut constater que la notion de réflexivité renvoie plutôt pour les soignants à une notion de réflexion, d'intellectualisation. Ceci semble être confirmé par la question suivante, où il était demandé aux acteurs s'ils estimaient que la posture réflexive était une forme d'apprentissage adaptée aux études d'infirmier. Les étudiantes ont, comme prévu, abondé toute les trois dans le même sens : oui, cette forme d'apprentissage est adaptée aux études d'infirmier parce qu'elle permet de revenir sur ses propres actions et de comprendre pourquoi l'on fait les choses de telle ou telle façon. A fortiori en travaillant auprès de personnes, donc dans un domaine où l'humain est au cœur du métier. Mais l'une d'entre elle a souligné qu'il fallait que « *ça fonctionne à tous les niveaux (...) surtout pour les professionnels* » (Cf. Annexe IV, question numéro cinq, étudiante « E3 »). Elle suggérait ainsi qu'une telle posture n'avait de raison d'être ou ne pouvait être efficace que si elle était adoptée par chacun des acteurs concernés par l'encadrement des étudiants. Ce qui n'est visiblement pas le cas.

Mais les professionnelles, quant à elles, ont plutôt évoqué un problème de compréhension de la part des étudiants, un manque de bases théoriques et pratiques incompatible avec la réflexivité, de défaut de liens fait en rapport avec leurs prérequis. Les étudiants, pour l'une d'entre elles, n'apparaissent « *pas structurés* » et « *pas curieux par rapport à la technique* » (Cf. annexe IV, question numéro six, soignant « I1 »). Ce qui laisse entendre que, dans l'esprit de certains soignants, la posture réflexive freinerait l'acquisition de compétences techniques et ne serait pas une forme d'apprentissage adaptée aux études d'infirmiers. La dimension pratico-pratique reste prépondérante et l'acquisition de gestes techniques semble remise en question par la posture réflexive. Une formation professionnalisante serait donc axée essentiellement sur la maîtrise de

⁸⁴ *Se reporter supra, note 70 p.26*

pratiques. Les bénéfices de la réflexivité ne paraissent pas identifiés, et la notion reste confuse, ce qui semble confirmer l'hypothèse de départ à ce sujet.

Les réponses à la question suivante semblent aller également dans ce sens. La question était de savoir si la démarche réflexive modifierait la pratique professionnelle des futurs étudiants. J'avais estimé, en amont des entretiens, que les étudiantes interrogées y verraient une meilleure prise en charge du patient, une meilleure adaptabilité, et c'est ce qu'elles ont mis en avant toutes les trois. Elles ont expliqué que cette démarche était devenue quasi « *mécanique* », qu'elle était intégrée et qu'elle leur permettait une meilleure implication dans le soin. De surcroît, l'une d'entre elle a fait remarquer que cette démarche leur permettrait de mieux encadrer les futurs étudiants.

Mais les professionnels de leur côté, et c'est là que j'ai vraiment mesuré le décalage entre les deux acteurs, font part de leur vive inquiétude quant aux compétences des étudiants à exercer leur fonction. Comme je l'avais plus ou moins considéré, ils estiment que la démarche réflexive desservira la profession et ne serait pas adaptée pour devenir un « vrai » professionnel. Il a été question de « *manque de compétences* », de « *lacunes* » de « *profession bradée* », de « *manque de logique* », l'une des soignantes a parlé d'eux en termes de « *ils ne savent rien faire, ne savent pas où ils vont* » (Cf. Annexe IV, question numéro sept aux soignants), faisant là encore référence à la dimension pratico-pratique du métier. La Cadre Supérieure de Santé s'inquiète, quant à elle, au sujet de la prise en charge globale du patient qui semble remise en question par cette démarche.

J'avais déjà pressenti le doute des professionnels face aux futures compétences des étudiants infirmiers, mais je ne pensais obtenir des réponses aussi tranchées et percevoir, encore une fois, l'animosité palpable des soignants envers les étudiants. De surcroît, les notions de tutorat, d'aide, de guide, de confrontations des pratiques n'ont jamais été évoquées. Les étudiants de leur côté, semblent « s'accommoder » de la situation mais rapportent que peu de soignants adoptent la posture réflexive pour eux-mêmes et sont en difficulté pour la mettre en application auprès des étudiants. Pourtant ces étudiants ne font qu'appliquer ce qui est préconisé dans leurs IFSI et le nouveau référentiel de formation...

4.2.4 Le rôle du cadre, politique d'encadrement

Cette dernière question m'apparaissait primordiale car directement en lien avec mes futures fonctions. Je n'ai pas été étonnée que les étudiantes aient constaté que la

mise en place de moyens adaptés variait d'un stage à l'autre. Globalement, toutes ont fait le lien entre l'implication du Cadre dans l'encadrement des étudiants et la qualité du stage. Mais j'ai été surprise de sentir une forme d'incompréhension des étudiantes vis-à-vis du Cadre : elles ont le sentiment que cette dernière semble parfois se désintéresser de l'encadrement, ou bien exprimer des a priori vis-à-vis du « nouveau programme » dès leur arrivée. La dernière étudiante interrogée évoque la difficulté d'être en stage avec des professionnels qui ne semblent pas en adéquation avec le nouveau programme et notamment la démarche réflexive. Elle relie directement cette difficulté à la responsabilité de la Cadre et estime qu'il faudrait éviter de mettre des étudiants en formation auprès de ces professionnels non formés. Curieusement, elle n'a pas envisagé que la Cadre en question puisse sensibiliser ses équipes ou organiser un partenariat efficace avec les formateurs référents de stage, comme si aucun axe d'amélioration ne pouvait être envisagé. Les étudiants éprouveraient-ils, surtout en fin de formation, une sorte de renoncement ou de lassitude face à des professionnels en « décalage pédagogique » ?

Les soignants, eux, sont partagés dans leurs réponses. L'infirmière dont la Cadre est très impliquée dans l'encadrement des étudiants, estime que cette dernière est réellement aidante car disponible, à l'écoute et surtout engagée dans la progression des étudiants, notamment par le suivi des objectifs. Néanmoins, l'infirmière fait état de la nécessité d'une formation en lien avec le nouveau programme. La professionnelle dont la Cadre semble peu impliquée dans l'encadrement des étudiants a répondu spontanément et avec vivacité à cette question : non, la Cadre ne l'aide pas et semble assurer sa fonction de Maître de stage de façon sporadique ou de manière inadaptée. La notion de tuteur de stage a ici été évoquée par son absence de désignation par la Cadre. Il convient cependant de prendre ces réponses avec précaution, car je n'ai pas pu rencontrer la Cadre en question, ce qui aurait été intéressant pour l'exploitation des réponses de l'infirmière évoquée. Néanmoins, il ressort des résultats que les problèmes rencontrés ne trouvent pas de solutions auprès de la Cadre.

La Cadre Supérieure de Santé enfin, évoque bien la notion de tutorat, je l'ai sentie très soucieuse de pouvoir faire bénéficier les étudiants d'une politique d'encadrement de qualité. Mais elle estime que le manque de temps, associé à une charge de travail conséquente pour ses équipes, ne lui permet de prendre que peu d'étudiants en stage. Elle a évoqué également le problème d'équipes très mouvantes, incompatibles selon elle, avec une réelle politique d'encadrement formalisée. Comment effectivement, mettre en place des tuteurs de stage efficaces alors que les effectifs sont instables ?

A ce stade du travail, des axes de réponses aux questions initiales se profilent, basées sur l'analyse des résultats.

4.2.5 Discussion des résultats, réponse à la question de recherche

Nous avons vu que les mauvaises conditions de la mise en œuvre de la réforme ont été peu propices à débiter une formation dans un climat constructeur et « apprenant ». Cette mise en œuvre débutait bien loin d'un concept de tutorat protecteur, aidant, auquel pouvaient s'attendre les étudiants.

Mais pour des soignants prenant leur rôle de formateur quasiment toujours avec sérieux, on peut imaginer la difficulté à laquelle ils ont été confrontés : le sentiment de ne plus maîtriser cette fonction et la nécessité d'autre part de former les étudiants, malgré tout. A ce sujet, j'assimilerai l'animosité que j'ai constatée de la part des soignants envers les étudiants à une réaction de défense face à l'inconnu. En cela, on se rapproche de la résistance au changement évoquée au début de ce travail et il s'agirait là plutôt d'une résistance « explicite ⁸⁵ », car elle est clairement exprimée, associée à une forme de contestation ou tout du moins d'animosité. Car le ressentiment que j'ai observé envers les étudiants me semble correspondre à une perte des repères et des habitudes d'encadrement. Les soignants ne maîtrisent plus leurs manières d'encadrer, elles sont devenues obsolètes, mais ils se doivent néanmoins de tenir leur rôle de formateur face aux étudiants. Perturbés, voire bouleversés par les nouvelles fonctions pédagogiques que la réforme leur a attribuées, les soignants n'auraient-ils pas besoin d'être tout d'abord rassurés sur la qualité de leurs propres pratiques ?

Ainsi, au travers des résultats des entretiens, il se dégage clairement un premier rôle que le Cadre de Santé pourrait jouer : une autre forme de tutorat peu évoquée, le tutorat Cadre de santé-professionnels. En s'appuyant sur leur expérience professionnelle, en veillant à la valoriser comme un vivier de connaissances exploitables pour décoder des situations apprenantes pour les étudiants, le Cadre de Santé pourrait aider les soignants à identifier le sens qu'ils mettent eux aussi à leurs pratiques, sans en avoir forcément conscience. Ceci pourrait représenter un « code de lecture » des situations de soins, transmissible aux étudiants. Même si l'exercice pourrait mettre à jour des

⁸⁵ VANDANGEON Isabelle, Maître de Conférences, I.A.E. Gustave Eiffel (UPEC). *Se reporter supra*, note 11 p.22

contradictions ou des automatismes sans fondement, « *l'arbitraire* », évoqué par Philippe PERRENOUD⁸⁶, le professionnel, préalablement valorisé et rassuré serait sans doute plus ouvert à une critique constructive et enrichissante.

En effet, les étudiants expriment leurs attentes vis-à-vis des soignants en termes de tutorat et ne demandent qu'à bénéficier de l'expérience des professionnels qui les encadrent. D'autre part, on se trouve là pleinement dans les champs d'action de ces derniers qui restent très investis dans leur rôle de formateurs et soucieux de pouvoir transmettre leurs savoirs aux professionnels de demain, en termes de qualité. Alors pourquoi ne pas simplement, dans un premier temps, réunir les acteurs autour d'un cadre commun : l'acquisition et la transmission des compétences nécessaires au métier d'infirmier ? Ceci semble aller de soi, mais dans ce climat tendu, il peut être utile de rappeler l'objectif initial et les motivations des uns par rapport à celles des autres et d'y mettre un peu de bienveillance réciproque. Avec diplomatie, empathie, pédagogie, le Cadre de Santé devrait, selon moi, aller dans ce sens. Aucun des acteurs concernés n'est en effet « responsable » de la mauvaise mise en œuvre de la réforme, et il peut être bon de le rappeler. En s'appuyant sur la motivation réelle et profondément ancrée des soignants à transmettre leurs pratiques professionnelles, sur celle des étudiants à apprendre auprès de leurs pairs, le Cadre de Santé devrait pouvoir amener les acteurs vers un objectif commun où la discussion serait facilitée, l'écoute active privilégiée, l'ouverture au point de vue de l'autre encouragée, la compréhension et la tolérance fortement privilégiées. D'autant plus que les étudiantes ont souligné l'impact positif de l'implication du Cadre de santé dans l'encadrement, source de réussite d'un stage en termes de progression. On se rapproche là d'une forme de médiation, en adéquation avec les exigences de la fonction de Cadre de Santé, et qui pourrait « retisser » des liens corporatifs mis à mal avec la réforme de 2009.

D'autre part, en lien avec les hypothèses de départ, il s'avère que la posture réflexive au niveau des soignants demeure mal comprise, mal intégrée, mal perçue, voire floue. La « réflexion sur soi-même », la « relecture de l'action passée » en « justifiant ses pratiques » n'a été évoquée qu'une fois dans les entretiens de recherche. Au travers des échanges exposés dans la première partie de ce travail, peu de soignants semblent concernés par la posture réflexive « réservée » a priori aux étudiants. Ce qui laisse déjà supposer qu'il y aurait bien soit un défaut d'information au niveau de cette notion de réflexivité, soit une confusion entre réflexion et réflexivité comme établi dans une de mes hypothèses.

⁸⁶ PERRENOUD Philippe, *Se reporter supra*, p.28

Philippe PERRENOUD, que nous avons évoqué plus haut, définit le praticien réflexif comme la personne qui « *réfléchit à sa propre manière d'agir, de façon à la fois critique et constructive* », de façon à pouvoir « *mettre à distance, objectiver, comprendre*⁸⁷ » le déroulé de l'action. Cette posture semble bien intégrée pour les étudiants, qui expliquent qu'ils « reviennent » sur leurs actions en y réfléchissant d'une manière critique dans le souci d'améliorer leurs pratiques. Ils parlent « *d'implication dans le soin* », d'« *adaptation à la situation* », de « *meilleure façon de faire un soin* » (Cf. annexe IV, question aux étudiantes, numéro sept) et estiment que la posture réflexive est une forme d'apprentissage adaptée aux études d'infirmier.

Mais ces étudiants semblent isolés dans leur pratique réflexive. Quand il s'agit de questionner les professionnels sur leurs propres pratiques, d'essayer de faire des liens avec leurs prérequis, de confronter leur manière de faire, les étudiants ont le sentiment d'« *agacer* » les professionnels. Ceux-ci donnent l'impression d'être alors en difficulté ou de « *se mettre en danger si on pose des questions, ou si ils ne peuvent pas justifier leurs pratiques* » (Cf. Annexe IV, question aux étudiantes, numéro huit). C'est sans doute là que les propos de Philippe PERRENOUD prennent toute leur dimension lorsqu'il disait lors de sa conférence du 30 juin 2011 à Clermont de l'Oise, « *la réflexivité dévoile l'arbitraire et l'inefficacité d'une partie des pratiques, des procédures. Elle questionne les routines, invite au changement, menace le confort, elle suscite donc des résistances et même des conflits.* ». Il se confirme donc que les étudiants remettraient, par leurs questionnements, les habitudes des soignants en question, car « *on ne sait plus comment on a fait pour apprendre. Il est aussi difficile de comprendre comment on a progressivement acquis de la connaissance*⁸⁸ ». Dans un contexte où l'on demande aux soignants non plus d'être efficaces mais d'être efficients on peut comprendre leur « agacement » face à des étudiants en quête de sens et de questionnements. Comment, en effet, ne pas être déstabilisés par la remise en question de routines, de gestes automatiques qu'il faudrait désormais décomposer, « *décortiquer* », justifier ? Par défense, les soignants semblent rejeter leur malaise sur les étudiants en mettant en avant la trop grande intellectualisation des études. La part trop grande laissée à la réflexion apparaît incompatible, pour eux, avec la notion d'efficacité qui reste prépondérante. Au-delà du facteur temps que cette activité représente, il semble encore difficile de sortir complètement de la modélisation pratique pratique, plus « efficace » en termes de résultats. Ce positionnement réflexif est difficile, nouveau, et ses caractéristiques ne sont pas ou peu identifiées.

⁸⁷ PERRENOUD PHILIPPE, *Se reporter supra* note 66 p.24

⁸⁸ PILLMANN Valérie, *Se reporter supra* note 69 p.25

Et c'est, selon moi, à ce niveau que réflexivité et réflexion sont confondues et posent problème. Les soignants, dans le « feu de l'action » réfléchissent à leur action, leur jugement professionnel leur permet de résoudre les problèmes, de prendre la bonne décision. La confusion réside sans doute dans le fait qu'ils ne réfléchissent pas forcément *sur* leur action, ce qui est le propre d'un praticien réflexif.

Ainsi, le Cadre de santé pourrait s'appuyer sur les revendications « historiques » de la profession à ne plus être de simples exécutantes et à, non plus simplement réfléchir, mais à réfléchir sur leurs actions, à « se retourner sur eux-mêmes ». René MAGNON en 2006, exprimait son regret de « *l'absence totale, malgré l'existence de nombreux programmes universitaires, d'une réflexion sur les soins infirmiers, de l'émergence de nouveaux courants de pensée*⁸⁹. Le premier Programme Hospitalier de Recherche Infirmière⁹⁰ (PHRI), sur trois ans, a été lancé en mai 2010 et s'inscrit donc « officiellement » dans l'évolution nécessaire des pratiques professionnelles infirmières. Prendre de la hauteur par rapport à la pratique, renforcer l'intérêt professionnel préexistant ne peuvent que contribuer à rendre des soignants plus motivés dans leurs fonctions. Ce PHRI constitue une nouvelle impulsion donnée à la discipline qu'il faut encourager, d'autant plus que la prise en charge du patient s'en trouvera améliorée. On retrouve là les enjeux professionnels soulignés par les acteurs. Le Cadre de Santé, à l'image d'un leader, devrait pouvoir fédérer ses équipes et les étudiants autour de cet objectif et créer une synergie « gagnante ».

Dans ce contexte de promotion de la recherche infirmière, les nouvelles fonctions pédagogiques attribuées aux soignants prennent une autre dimension. La réforme pourrait alors être envisagée sous un autre angle, comme une reconnaissance de leurs compétences sur lesquelles les étudiants doivent s'appuyer, et non plus comme une charge supplémentaire pour les professionnels. Le référentiel de formation y fait largement référence : le terrain de stage devra permettre à l'étudiant « *d'acquérir une posture réflexive, en questionnant la pratique avec l'aide des professionnels, (...) de confronter ses idées, ses opinions et ses manières de faire à celles de professionnels et d'autres étudiants*⁹¹. C'est donc une plus-value pour la profession et de nouvelles compétences qui se dessinent et qui vont bien au-delà de la modélisation pratico-pratique. La génération des jeunes étudiants ne s'en « contentera » d'ailleurs plus.

⁸⁹ MAGNON René, « *Les infirmières : identité, spécificité et soins infirmiers* », *op.cit.* p 60

⁹⁰ « *Le programme hospitalier de recherche infirmière* », <http://www.sante.gouv.fr/le-programme-hospitalier-de-recherche-infirmiere-phri-2010.html>, consulté le 10/05/2012

⁹¹ Référentiel de formation *op.cit.* p 280

Car au terme de cette analyse, il est un aspect sur lequel je souhaite revenir. J'avais le sentiment, avant de débiter cette recherche, que les problèmes se situaient plutôt au niveau d'un défaut de formation, d'informations concernant les soignants que d'un problème « intergénérationnel ». Pourtant, la Cadre Supérieure de santé interviewée y a fait référence au niveau de la prise en charge globale du patient. Il semblerait effectivement qu'il ne faille pas non plus minimiser cet axe qui aurait mérité une étude plus approfondie. J'ai évoqué au début de ce travail la génération « Y », relative aux jeunes étudiants, les « 18-30 ans⁹² ». A travers les rencontres et les entretiens de recherche avec les étudiants, j'ai rencontré des jeunes motivés, pertinents, loin de l'image d'indolence évoquée par les soignants. Ils apparaissent ouverts au changement, et « *déstabilisent bien des adultes et rendent perplexes les sociologues⁹³* ». « *On les disaient désenchantés, ils se sont réveillés indignés. On les disait indolents et blessés, ils ont imposé leur vigueur et leur passion sur la scène du monde... « Ils font valoir leurs droits, leurs envies, leurs colères. Ils prennent les commandes pour tracer leur route, piloter leur vie⁹⁴* ».

Les difficultés entre les soignants et les étudiants peuvent donc aussi s'expliquer à travers un conflit générationnel non négligeable. Mais les uns et les autres présentent finalement plus de points communs que de divergences. Le patient et sa prise en charge adaptée restent au cœur de leurs préoccupations. Le Cadre de santé devra, à mon sens, s'appuyer sur ce point de convergence pour dépasser un obstacle générationnel somme toute souvent incontournable dans une équipe de travail. Cependant, chacun devra prendre en compte une des caractéristiques de cette génération : « *On cherche à donner du sens à ce qu'on fait. D'où le terme génération « Why ? » car nous posons beaucoup de questions et nous cherchons à donner un sens et une légitimité à ce que nous faisons⁹⁵* ». Ceci s'inscrit tout à fait dans l'axe de recherche infirmière évoqué précédemment.

La mutualisation de l'expérience des uns et de la recherche de sens pour les autres peut être un formidable atout pour l'amélioration des pratiques professionnelles qui reste un enjeu majeur pour chacun.

⁹² Se reporter supra p.18

⁹³ Revue « Sciences Humaines », n°234, février 2012, p.46

⁹⁴ Ibid. p.28

⁹⁵ LEVAIN Myriam et TISSIER Julia, auteures de « *La génération Y par elle-même* », op.cit. <http://www.elle.fr/Societe/Interviews/Generation-Y-les-18-30-ans-reinventent-le-boulot-et-leur-vie-perso-1876606>, consulté le 05/05/2012

CONCLUSION

A l'issue de ce travail, il apparaît que le monde médical et paramédical devrait pouvoir être rassuré sur les compétences des futurs professionnels issus de la réforme des études d'infirmiers de 2009. La pratique réflexive, en donnant de la hauteur et une plus-value à la profession mérite d'être éclaircie, développée auprès des soignants qui ont besoin d'être accompagnés, guidés, rassurés et encouragés. Le questionnement sur les pratiques, en vue de les améliorer, ne peut donc être que plébiscité au regard du sens qu'il donne au soin. Les étudiants adhèrent déjà pleinement à ce concept, de par leur génération mais aussi par une motivation identique à celles des professionnels sur le fond, simplement différente dans sa forme. Veiller à prendre en charge le patient de manière optimale rapproche les différents acteurs et le Cadre de santé devrait pouvoir s'appuyer sur ces enjeux professionnels communs pour revaloriser les uns et les autres, et les uns par rapport aux autres.

Dans un contexte où l'hôpital d'aujourd'hui et de demain connaît et connaîtra des changements majeurs, la formation infirmière se devait d'évoluer. L'universitarisation des études officialise la recherche en soins infirmiers et ouvre une voie inédite à la profession, que le Cadre de santé saura encourager. Cette filière universitaire devrait attirer une génération d'étudiants en quête de sens et des professionnels soucieux d'améliorer leurs pratiques professionnelles. Dans ces dispositions, le Programme Hospitalier de Recherche Infirmière représente un moyen essentiel de développer des compétences nouvelles contribuant à l'amélioration des soins.

Enfin, derrière ces pratiques professionnelles, il est un acteur que j'ai peu cité dans ce travail : le patient. Pourtant c'est bien lui qui est au cœur du métier. Sans lui, pas de professionnels, pas d'étudiants ni de formation, pas de Cadre de santé. C'est autour de sa prise en charge que j'aimerais conclure ce travail, car c'est lui, au fil de mes recherches, qui m'a guidée et il n'a jamais quitté mon esprit. Gageons que l'avenir lui offrira, à travers une profession multi générationnelle et ouverte à la recherche, une prise en charge optimisée autour d'activités « cœur de métier » communes à tous.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

- ✓ MAGNON René, « *Les infirmières : identité, spécificité et soins infirmiers* », Paris : Ed Masson, 2006 -p. 47
- ✓ PERRENOUD Philippe : « *Construire des compétences dès l'école* », Paris : Ed ESF, 1999
- ✓ PERRENOUD PHILIPPE, « *Mettre la pratique réflexive au centre du projet de formation* », Cahiers Pédagogiques, janvier 2001, n° 390, pp. 42-45.
- ✓ LEVAIN Myriam et TISSIER Julia, « *La génération Y par elle-même* », Paris : François BOURIN éditeur. 2012, -202 p.
- ✓ STRAUSS William et HOWE Neil, „*Generations*”, William Morrow and Company Inc. 1991
- ✓ E. KNIEBIEHLER Yvonne, « *Cornettes et blouses blanches* », Paris : Ed Hachette, 1984
- ✓ K. LEWIN, “*Field theory in social science*”, New York harper, 1951
- ✓ M. CROZIER « *On ne change pas la société par décret* », Paris : Ed Fayard, 1979
- ✓ HESBEEN Walter, « *Prendre soin à l'hôpital : inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante* », Paris : Ed Masson, 2008- p. 132.

DICTIONNAIRE

- ✓ le Petit Larousse, édition de mai 2006

TEXTES LEGISLATIFS

- ✓ Arrêté du 24 juin 1924 instituant un programme type des écoles de l'Etat français
- ✓ Décret du 18 février 1938 instituant des diplômes simple et supérieur d'infirmière hospitalière
- ✓ Arrêté du 4 août 1954 relatif au programme de formation des écoles d'infirmières

- ✓ Arrêté du 17 juillet 1961 relatif aux études préparatoires et aux épreuves du diplôme d'état d'infirmier
- ✓ Comité OMS d'experts des soins infirmiers, Vème rapport, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 1966
- ✓ Accord Européen sur l'instruction et la formation des infirmières, 30 novembre 1967
- ✓ Arrêté du 5 septembre 1972 relatif au programme d'enseignement et à l'organisation des stages en vue de la préparation au diplôme d'infirmier
- ✓ Arrêté du 23 mars 1992 relatif au programme des études conduisant au diplôme d'infirmier
- ✓ Décret n°93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier
- ✓ Circulaire ministérielle n°22 du 6 mai 1995
- ✓ Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996, dite « Juppé » relative à la création de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES)
- ✓ Décret 2002-194 du 11 février 2002
- ✓ Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients hospitalisés
- ✓ Décret 2004-802 du 29 juillet 2004
- ✓ Rapport commun de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), de l'Inspection Générale de l'Administration (IGA), de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche (IGAENR) et de deux conseillers généraux des établissements de santé, octobre 2008
- ✓ Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'état d'infirmier, annexe III

ARTICLES

- ✓ « *L'évaluation des apprentissages professionnels en stage dans une approche par compétences : ce qui change* » DURAND Charline,
<http://www.cadredesante.com/spip/spip.php?article426>, consulté le 04/03/2012

- ✓ « *Transférer ou mobiliser ses connaissances ?* » PERRENOUD PHILIPPE, http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_1999/1999_28.html#Heading3, consulté le 01/03/2012
- ✓ « *Qu'est-ce que la didactique ?* » G. VERGNAUD 1992, éducation permanente. Revue « SOINS CADRES » N°79, Août 2011.
- ✓ « *Newsletter 10478* », <http://www.actusoins.com>, consulté le 30/01/2012
- ✓ « *La CNI en action* » <http://www.coordination-nationale-infirmiere.org/index.php/200910311059/Actualites/Salon-Infirmier-2009-la-CNI-Coordination-Nationale-Infirmiere-en-action.html>, consulté le 18/02/2012
- ✓ « *Et si on parlait de la formation des professionnels qui encadrent ?* », PILLMANN Valérie, <http://www.cadredesante.com/spip/spip.php?article413>, consulté le 01/03/2012
- ✓ « *Les résistances à la réforme* » <http://www.infirmiers.com/forum/les-resistances-a-la-reforme-t118168-15.html#p2404947>, consulté le 03/03/2012
- ✓ « *L'encadrement des ESI, pas si simple* » <http://www.infirmiers.com/forum/l-encadrement-d-esi-pas-simple-t109416-30.html?hilit=ENCADREMENT%20ETUDIANT#p2251038>, consulté les 3 et 5/03/2012
- ✓ « *Génération Y : les 18-30 ans réinventent le boulot et leur vie perso* » <http://www.elle.fr/Societe/Interviews/Generation-Y-les-18-30-ans-reinventent-le-boulot-et-leur-vie-perso-1876606>, consulté le 05/05/2012
- ✓ « *Le programme hospitalier de recherche infirmière (PHRI) 2010* » <http://www.sante.gouv.fr/le-programme-hospitalier-de-recherche-infirmiere-phri-2010.html>, consulté le 10/05/2012

SITES INTERNET

- ✓ <http://fr.wikipedia.org>, consulté le 29/10/2011
- ✓ <http://www.actusoins.com>, consulté le 30/01/2012
- ✓ <http://www.legifrance.gouv.fr/>, consulté février, mars 2012
- ✓ <http://www.coordination-nationale-infirmiere.org>, consulté le 18/02/2012
- ✓ <http://www.educpros.fr>, consulté le 29/02/2012

- ✓ www.cadredesante.com, consulté les 01 et 04/03/2012
- ✓ <http://www.infirmiers.com>, consulté les 04 et 05/03/2012
- ✓ <http://infirmier.peewai.fr>, consulté les 03 et 05/03/2012
- ✓ <http://www.sante.gouv.fr>, consulté les 03, 07,08/01/12 et 10/05/2012

COURS IFCS/ESM

- ✓ VANDANGEON Isabelle, Maître de Conférences, I.A.E. Gustave Eiffel (UPEC))
Cours Master 1 « management et santé », U.E.3.4, 18/01/2012

REVUES

- ✓ Revue « Soins », n°733, mars 2009
- ✓ Revue «Sciences Humaines », n°234, février 2012, p46
- ✓ Revue « Soins cadres » n°79, août 2011,
- ✓ Revue L'infirmière magazine, n°162, p.38.

TABLE DES ANNEXES

ANNEXE I : discours de Madame BACHELOT (extraits), salon infirmier octobre 2009

ANNEXE II : support d'entretiens

ANNEXE III : retranscription intégrale d'un entretien avec une étudiante infirmière

ANNEXE IV : retranscription des entretiens (extraits) par population, par thème et par question.

ANNEXE I

DISCOURS DE MADAME ROSELYNE BACHELOT-NARQUIN, MINISTRE DE LA SANTE ET DES SPORTS, AU SALON INFIRMIER 2009, LE MARDI 13 OCTOBRE 2009 (PORTE DE VERSAILLES)

(Extraits)

« Le salon infirmier appartient à ces rendez-vous que je me plais à honorer, comme en atteste ma fidélité depuis trois années.

J'y vois l'occasion privilégiée de vous exprimer, à vous qui exercez un métier qui est aussi une passion, l'intérêt que je porte à une profession pour laquelle j'ai une réelle admiration.

Cette année, je me réjouis tout particulièrement de vous rencontrer. L'an dernier, en effet, je vous avais dit que 2009 serait l'année des infirmières. J'ai tenu mes engagements et, si vous me le permettez, je voudrais revenir avec vous sur le chemin parcouru.

Premier chantier : je vous avais dit que nous mettrions en place le LMD. Nous y sommes.

La promotion d'élèves infirmiers qui a fait sa rentrée il y a un mois sortira en 2012 avec un diplôme d'Etat reconnu au grade de licence.

J'en ai conscience, ce calendrier était ambitieux et certains, je le sais, auraient préféré que nous attendions un an pour mettre en place cette réforme d'envergure.

Je crois que cette attente ne nous aurait pas été bénéfique. C'est la raison pour laquelle, avec le pragmatisme qui est le mien, j'ai voulu profiter de l'envie et de l'enthousiasme suscités, ainsi que du travail que nous avons mené.

Le nouveau référentiel a été validé et reconnu par l'université. Cette étape majeure réalisée, il nous fallait la concrétiser sur le terrain.

A cet égard, je tiens à nouveau à remercier les instituts de formation en soins infirmiers, directions et équipes pédagogiques qui se sont dépensées sans compter pour que le nouveau programme soit mis en place dans les meilleurs délais. Je veux également féliciter les infirmiers et les cadres des services qui vont être demain tuteurs, maîtres de stage, référents. Ainsi, ils vont perpétuer ce compagnonnage qui fait toute la richesse de la formation infirmière et que le monde universitaire a reconnu à sa juste valeur.

Je vous annonce d'ailleurs que le comité de suivi du LMD se réunira, pour la première fois, le 6 novembre, sous l'égide du ministère de la santé, avec vos représentants, professionnels et étudiants, et avec l'ensemble de nos partenaires : ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, régions, universités.

C'est donc bien l'ensemble de la filière infirmière qui va contribuer au succès de cette réforme. En la matière, comme toujours, je sais que je peux compter sur vous.

Parce que l'expérience est une richesse que nous devons valoriser, les infirmières qui n'auront pas suivi le nouveau cursus, c'est-à-dire les diplômées de

2011 et toutes celles qui les précèdent, pourront suivre plus facilement qu'aujourd'hui, un cursus universitaire en master et en doctorat, pour celles qui le souhaitent.

Les conventions que les IFSI regroupés vont signer avec les universités permettront une meilleure connaissance réciproque des atouts des uns et des autres. Les universités vont pouvoir mesurer l'étendue de la formation délivrée par les IFSI aux infirmières et ceux-ci vont pouvoir approfondir les partenariats avec l'université.

Ensemble, nous allons définir les besoins de demain en pratiques avancées, et les universités proposeront, je le souhaite, les offres de masters correspondantes.

Ainsi, les liens tissés entre le monde infirmier et le monde universitaire bénéficieront à toutes les infirmières. Je m'en réjouis.

De fait, les infirmières spécialisées vont travailler, dans les prochaines semaines, en lien étroit avec mes services, à l'enrichissement de leur exercice afin que rapidement, nous ayons des infirmières anesthésistes, de bloc ou de puériculture de pratiques avancées, dont la pratique, les compétences et la formation auront été étendues. Ce n'est qu'un début, bien sûr, car nous devons explorer d'autres champs au travers des coopérations entre professionnels de santé.

Entendons-nous bien : il ne s'agit pas de multiplier les spécialités et de dévoyer les pratiques avancées.

Il s'agit, au contraire, de mieux répondre aux besoins de santé de la population. Et le champ est vaste.

De la même façon, j'ai chargé mes services de réfléchir aux moyens de mieux accompagner les infirmières qui souhaitent se lancer dans un doctorat, pendant leurs années de thèse et après. Car cette recherche infirmière qui aspire à se développer doit être nourrie et encouragée. C'est là tout le sens du programme hospitalier de recherche infirmière que j'ai lancé en septembre.

J'ai nommé Monique ROTHAN, infirmière, professeur, titulaire de la chaire de recherche infirmière AP-HP EHESP, directeur du département de sciences infirmières et paramédicales à l'EHESP, comme présidente du comité de sélection de ce programme.

J'invite les équipes qui ont des projets de recherche et toutes celles et ceux qui militent depuis des années pour son développement à proposer leurs dossiers.

De la faculté à vous mobiliser, de la qualité de ces dossiers, dépendra en effet la pérennité de ce dispositif, et plus largement, l'essor d'une discipline.

La balle est, si j'ose dire, dans votre camp. A travers ces actions, je souhaite que nous disposions demain d'infirmières docteurs capables de créer la filière de soins infirmiers que j'appelle de mes vœux.

Cela passe par la recherche hospitalière, cela passe par des thèses dans des écoles doctorales existantes, qui sont exigeantes, prônent l'excellence, et se sont construites progressivement, comme la santé publique. Pour tout cela, j'ai besoin de vous, de candidats motivés et de très haut niveau, afin de convertir de manière fructueuse l'intérêt bienveillant des universités en intérêt à agir et à créer, à terme, une filière de soins infirmiers.

(...)

Vous le voyez, comme je m'y étais engagée, l'année 2009 est celle de la mise en œuvre des grands chantiers, qui feront l'avenir de votre profession.

C'est dans cette voie que nous allons poursuivre, pour une meilleure reconnaissance de votre métier, qui doit faire votre honneur et votre fierté.

Je vous remercie.»

ANNEXE II

SUPPORT D'ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS/ ETUDIANTS ET SOIGNANTS

➤ **ECHANTILLON / ETUDIANTS:**

3 étudiants de 3^{ème} année de 3 IFSI différents. RDV le 15 mars prochain. Durée prévue de l'entretien : ¾ d'heure par étudiant.

<u>GRILLE D'ENTRETIENS ETUDIANTS</u>			
<u>Thèmes</u>	<u>Objectifs</u>	<u>Questions</u>	<u>Mots clés attendus</u>
Représentation politique d'encadrement	Ecart entre représentation encadrement et réalité ?	Quelle représentation vous faisiez-vous de l'encadrement avant votre arrivée sur le premier terrain de stage ? Que pouvez-vous dire à ce jour sur l'encadrement dont vous bénéficiez durant vos stages, correspond-il à ce que vous aviez imaginé ?	aide, guide, accompagnement questionnement, échanges, encouragements, progression, analyse déception, charge pour les soignants, non connaissance du contenu de formation, sentiment de non reconnaissance

(Thèmes)	(Objectifs)	(Questions)	(Mots-clés attendus)
<p>Enjeux professionnels/ Analyse des pratiques</p>	<p>Mise en œuvre réelle de l'analyse des pratiques en stage ?</p> <p>Ecart entre l'analyse des pratiques telle que prescrite dans le portfolio et la réalité du terrain (stage)</p> <p>Les soignants ne proposent pas d'analyses de pratiques aux étudiants</p>	<p>Que signifie « analyse des pratiques » pour vous ?</p> <p>L'encadrement vous permet-il de questionner vos pratiques, de confronter vos opinions, vos manières de faire à celles des professionnels ? Comment ?</p>	<p>Situations de soin, identification des bonnes pratiques, sens à ses actions, améliorer sa pratique,</p> <p>questionnements, nouveaux savoirs cliniques, implication personnelle et limites, portfolio, auto évaluation travail prescrit, travail réel</p> <p>Encadrement trop directif, les soignants ne savent pas vraiment analyser leurs propres pratiques, ils « montrent comment faire » (mimétisme),</p> <p>pas de questionnement, pas de sens, automatismes</p>

<u>(Thèmes)</u>	<u>(Objectifs)</u>	<u>(Questions)</u>	<u>(Mots-clés attendus)</u>
<p>Enjeux professionnels/ Posture réflexive</p>	<p>La démarche réflexive conduit à la professionnalisation</p>	<p>Pourriez-vous dire que l'encadrement vous permet d'adopter une posture réflexive lors de vos stages ?</p> <p>Estimez-vous que la posture réflexive préconisée soit une forme d'apprentissage adaptée aux études d'infirmier ?</p> <p>Pensez-vous que la démarche réflexive modifiera votre pratique professionnelle ?</p>	<p>Modélisation pratico-pratique, pas de démarche réflexive par rapport aux situations complexes rencontrées</p> <p>Oui, travail dans « l'humain », donc forcément situations toutes différentes qui nécessitent de réfléchir à ses pratiques et d'amener à la professionnalisation</p> <p>Meilleure adaptabilité aux situations de soins complexes, variée</p> <p>Meilleure prise en charge du patient, Expertise infirmière</p>

<i>(Thèmes)</i>	<i>(Objectifs)</i>	<i>(Questions)</i>	<i>(Mots-clés attendus)</i>
Rôle du cadre/ politique d'encadrement ?	Le Cadre participe à la politique d'encadrement des étudiants dans une unité	Estimez-vous que le Cadre contribue à mettre en place un encadrement de qualité ?	<p>Garant de la qualité de l'encadrement, responsable de la mise en place de moyens adaptés, mais : variable,</p> <p>Parfois peu organisé, pas forcément de Maître de stage en tant que tel ni de Tuteur de stage, Professionnels de proximité peu informés</p>

- **ECHANTILLON/ SOIGNANTS : 2 IDE, 1 Cadre de santé, RDV à définir**

Durée prévue de l'entretien : ¾ d'heure par soignant.

<u>GRILLE D'ENTRETIENS SOIGNANTS</u>			
<u>Thèmes</u>	<u>Objectifs</u>	<u>Questions</u>	<u>Mots clés attendus</u>
Représentation politique d'encadrement	Ecart entre représentation encadrement et réalité ?	<p>Quelle représentation vous faisiez-vous de l'encadrement des étudiants du programme 2009 avant leur arrivée en stage ?</p> <p>L'encadrement que vous leur dispensez correspond-il à ce que vous aviez imaginé ?</p>	<p>Peu d'information, plus de MSP</p> <p>Pas du tout, concept d'apprentissage par compétences encore obscur,</p> <p>Portfolio trop long à remplir.</p>

<i>(Thèmes)</i>	<i>(Objectifs)</i>	<i>(Questions)</i>	<i>(Mots-clés attendus)</i>
<p>Enjeux professionnels/ Analyse des pratiques</p>	<p>Intérêt de l'analyse des pratiques pas compris</p> <p>Les soignants savent faire mais ne savent pas forcément expliquer comment ils font</p>	<p>Que signifie « analyse de pratique pour vous ? »</p> <p>L'encadrement vous permet-il de questionner vos pratiques, de confronter vos opinions, à celles des étudiants ? Comment ?</p> <p>Pourriez-vous dire que</p>	<p>Comprendre ce que l'on fait et pourquoi on fait comme ça, recherche du sens</p> <p>Parfois/rarement/ Pas vraiment.</p> <p>Remet en question ses propres pratiques par le questionnement</p> <p>Pas assez de temps pour les encadrer correctement, pour les aider à se questionner, pour revenir avec eux sur des situations de soins.</p>
<p>Enjeux professionnels/ Posture réflexive</p>	<p>La notion de praticien réflexif est floue.</p> <p>Confusion « réflexivité » et « réflexion »</p> <p>Adaptation déjà effective des pratiques à chaque situation de soins</p>	<p>l'encadrement permet aux étudiants d'adopter une posture réflexive en stage ?</p> <p>Estimez-vous que la posture réflexive préconisée soit une forme d'apprentissage adaptée aux études d'infirmier ?</p>	<p>C'est normal de se questionner sur ses pratiques mais métier d'action, dimension « pratico-pratique », nouveau programme = intellectualisation/passivité</p>

<i>(Thèmes)</i>	<i>(Objectifs)</i>	<i>(Questions)</i>	<i>(Mots-clés attendus)</i>
<p>Enjeux professionnels/ Posture réflexive</p>		<p>Pensez-vous que la démarche réflexive modifiera la pratique professionnelle des étudiants ?</p>	<p>Auront beaucoup moins de compétences techniques, pas prêts à être des professionnels, moins réactifs</p>
<p>Rôle du cadre/politique d'encadrement ?</p>	<p>Nécessité d'un accompagnement du Cadre dans l'encadrement des étudiants, investissement indispensable</p>	<p>Estimez-vous que votre Cadre contribue à mettre en œuvre la posture préconisée dans le nouveau programme ?</p>	<p>Non, floue aussi pour lui, Diffuser les informations concernant le positionnement pédagogique, expliquer comment encadrer les étudiants, organiser l'encadrement, proposer des formations au tutorat, à la pédagogie réflexive</p>

ANNEXE III

RETRANSCRIPTION INTEGRALE/ ENTRETIEN ETUDIANTE 3^{EME} ANNEE, Semestre 6, IFSI Paris.

Le 15 mars 2012

1) « Quelle représentation vous faisiez vous de l'encadrement avant votre arrivée sur le premier terrain de stage ? »

- *« Je m'attendais à ce qu'on soit plus à l'écoute, qu'on considère le fait que c'était mon premier stage et que je n'avais pas d'autre expérience, il y a aussi le fait qu'avec la nouvelle réforme, et le côté « basé » plus médical, on avait du mal à faire les liens avec la clinique, avec les pathologies, les médicaments et c'était difficile d'arriver en stage, juste après la rentrée ; on avait eu juste le temps de voir les TD pour la toilette, la réfection des lits. Et moi je m'attendais à être beaucoup plus encadrée, à ce qu'on ait prévu pour moi une évolution dans le stage, en gros qu'il ait eu aussi des objectifs de fixés pour moi, comme moi j'en avais prévu. Donc c'était pas du tout ce que j'avais imaginé, on ne me faisait pas confiance et surtout on me laissait avec les aides-soignantes, donc tout ce qui était organisation du service, planification des soins, les autres soins que le nursing, je n'ai rien vu, et ça été comme ça pendant tout le stage. »*

2) « Que pouvez- vous dire à ce jour sur l'encadrement dont vous bénéficiez en stage, correspond-il à ce que vous aviez imaginé ? »

L'étudiante sourie.

- *En gros « ils » (les professionnels) se sont améliorés, ils commencent un peu à s'habituer à la réforme, on est mieux accueillis, enfin, ça dépend des endroits en fait, et ça commencerait à ressembler un peu plus à ce que j'avais imaginé au début. Mais en général ça se passe comme ça : ils ont le réflexe de nous demander nos objectifs, on est en observation la première semaine, et puis après on est un peu « lâchés », les bilans de mi- stage ne sont pas faits, il faut qu'on demande parce que sinon à la fin on peut avoir des surprises. Le portfolio ça leur fait un peu moins peur, parce qu'au début on s'entendait dire :*

« oh lala qu'est-ce que c'est que ça, on m'a dit que c'était horrible, que ça prenait 3 heures, etc... » et c'est vrai que comme c'est un peu fastidieux et si on ne l'a pas regardé un peu avant la fin, ça devient vite comme un questionnaire du genre « oui/non » pour les éléments de compétences, sur certains stages ils bâclent un peu quoi, et puis en général ça ne leur plait toujours pas de faire ça. En fait, on ne sait jamais en stage si on va tomber sur des professionnels qui aiment bien encadrer ou pas, donc, avec quelqu'un qui aime bien, ça va, mais si on tombe sur quelqu'un qui a des méthodes qui ne nous correspondent pas, là, c'est « galère ».

Question de relance : « vous pouvez préciser « des méthodes qui ne nous correspondent pas » ?

- *« En fait, nous on aime bien, et puis de toutes façons on doit le faire, questionner les professionnels, surtout ceux qui ont de l'expérience, mais des fois, on n'ose pas trop parce qu'ils ont trop de travail et on n'a pas envie de leur en rajouter avec nos questions... Des fois, on sent bien, carrément, qu'il ne vaut mieux pas leur en poser !! Et en fait c'est plutôt : « tiens, je te montre, il faut faire comme ci et comme ça, et tu refais pareil et je te regarde », enfin, j'exagère un peu, mais c'est vrai que moi je l'ai vu sur deux de mes stages, ça. Alors mes questions je les ai gardées pour moi. Par contre, une fois je suis tombée sur une infirmière vraiment bien, elle m'expliquait tout, enfin surtout pourquoi elle faisait comme ci et comme ça, on a discuté et j'ai beaucoup appris et progressé avec elle, mais c'était qu'une fois, comme ça, si « parfait » ! »*

3) « Que signifie analyse des pratiques pour vous ? »

- *« On raconte une situation qu'on a vécue et on prend du recul dessus, sur les choses qui se sont bien passées pour nous ou mal passées, sur le manque de connaissances éventuel à ce moment-là, on fait référence à tout ce qu'on a vu dans l'enseignement, on fait des liens, des ponts pour améliorer la prise en charge du patient, et puis aussi pour nous, pour améliorer nos pratiques et après être « apte » face à la situation, en fait pour être professionnel, quoi. C'est une remise en question pour réfléchir aux actions, aux actes de soins qu'on a faits et aux potentiels axes d'amélioration, les choses à ne pas refaire, où les choses pour lesquelles on est satisfait. Ça nous permet aussi de voir où en est pour chaque soin. C'est intéressant et formateur. »*

4) « L'encadrement vous permet-il de questionner vos pratiques, de confronter vos opinions, vos manières de faire, à celles des professionnels ? Comment ? »

L'étudiante lève les yeux et adopte une moue désabusée :

- « Alors là, il y a beaucoup à dire ! En fait il y a plusieurs choses : d'abord ça dépend aussi un peu de la posture de l'étudiant, il faut avoir envie de le faire, moi j'ai des gens dans ma promo qui sont un peu trop mous à mon avis, et qui se laissent un peu vivre, et du coup ils disent tout le temps qu'on les a « snobés » pendant leur stage. On nous dit assez qu'il faut être « acteur » de notre formation ! Donc moi je vais questionner les professionnels, je leur demande de venir me voir sur un soin pour qu'on en rediscute après et là, ça dépend vraiment des stages ... (Air dubitatif).

J'ai fait un stage aux urgences, à l'hôpital X (Grand hôpital public, Paris) les infirmières m'ont très bien encadrée, je pouvais leur poser toutes les questions, elles me regardaient faire aussi et puis elles me disaient après ce qui allait ou pas, du coup je leur demandais pourquoi, etc... C'était bien, elles me posaient plein de questions aussi pour faire des liens, pourtant il y avait vraiment de l'activité aux urgences, mais ah oui, c'était vraiment un bon stage !

Ici, ça va, c'est bien (stage semestre 6, MCO), les infirmières nous encadrent bien, on peut discuter, on nous fait confiance, on apprend. Mais finalement dans les autres stages, ce n'était pas ça ! Et moi ce que j'ai remarqué, c'est que si on fait notre questionnement avec eux (les professionnels), ça peut...euh... être mal pris, dans le sens où, en tant qu'étudiants si on leur présente une analyse de pratique, par exemple, où notre questionnement apparait, on remet en fait un peu leur pratique en question, puisqu'on dit par exemple « eh bien moi, là, le pansement je l'aurais fait comme ça puisque dans l'UE untel, on a vu que... » « L'infirmière dit que..., pourtant dans le cours X, on a vu que, etc... » Et nous on a peur que ça se répercute sur la feuille de stage et qu'on ne valide pas le stage. Donc, dans ces cas-là, le questionnement on se le fait tout seul...

Ce qui serait bien, c'est que les formateurs viennent nous voir dans ces cas-là pour débloquer des situations difficiles. Mais d'un autre côté, on a l'impression que les infirmières n'aiment pas beaucoup les formateurs, non ? Il y a quand même un enjeu avec la validation du stage, et nous en tant

qu'étudiants, excusez-moi l'expression, mais on a appris à fermer notre g....., quoi.

Nous on veut apprendre, on arrive avec des envies, des idées, et le regard est vraiment pas toujours euh... aidant, on va dire. Pourtant c'est écrit dans le décret de compétences que l'infirmière doit former ses pairs, mais ce n'est pas toujours le cas, ce n'est pas vraiment réceptif...! »

Question de relance : « Vous dites « nous », est-ce que cela signifie que vous en discutez entre étudiants et que vous pensez majoritairement la même chose ? »

- *« Mais oui ! On pense tous la même chose !*

Le ton de l'étudiante monte, et elle parle avec ses mains :

- *« Moi je crois qu'ils (les professionnels) ont peur qu'on les bouscule, au niveau de leur expérience, de leur vécu, je ne veux pas dire qu'ils se sentent supérieurs, mais dans le sens où ils ont de l'expérience, des connaissances, de la pratique, et nous on est en train d'apprendre, on est des apprentis, et le fait de les emmener dans des réflexions, des questions, ça peut créer un quiproquo et le questionnement est difficile, enfin, dans le sens professionnel-futur professionnel, oui, mais dans l'autre sens, non, on nous fait comprendre en gros, euh.... bon j'exagère, mais.... comment dire, que le fait d'être en apprentissage, on ne peut pas dire par exemple, « et pourquoi tu fais comme ça, tu ne pourrais pas faire plutôt comme ça ? ».*

C'est mal pris, on nous fait comprendre qu'il ne faudrait pas qu'on « se la pète un peu trop quoi ! » Que nous, on n'a pas encore suffisamment de connaissances pour se permettre d'avancer des idées qui en fait, sont juste des liens qu'on fait avec nos cours. Ils considèrent qu'on veut mettre notre savoir en avant, en fait, alors que ce n'est pas du tout ça, nous on nous dit tout le temps à l'IFSI qu'il faut faire des liens, et normalement, c'est eux (les professionnels) qui devraient nous aider à les faire.

L'étudiante reprend le ton du début, plus posé, et reprend :

- *« Finalement, c'est dommage, tout ça, ça pourrait être vraiment bien, mais bon, c'est comme si on les vexait un peu, en fait. Alors que nous ils ont tout à nous apprendre, ça pourrait être un échange, mais ce n'est pas vraiment ça... » (Air désabusé) « Du coup, il y a eu des stages, où j'avais tellement*

l'impression d'être indésirable que je n'ai pas appris grand-chose, il n'y avait pas d'échanges, elles (les infirmières) ne me montraient rien, elles ne faisaient que de râler avec mon portfolio à remplir, j'avoue, ça m'a découragée sur le moment... »

5) « Pourriez-vous dire que l'encadrement vous permet d'adopter une posture réflexive lors de vos stages ? »

- *« Ah ... ! Pour répondre à cette question, je vais prendre le stage où ça c'est vraiment bien passé, aux urgences. Parce que sinon, la réponse est dans tout ce que je viens de dire à la question d'avant... Donc, certains professionnels nous poussent vraiment à réfléchir, sur notre manière de mettre des gants stériles, de réaliser un pansement, de prendre un patient en charge dans sa globalité etc... Et quand on est étudiant, on a tendance à vouloir faire beaucoup de soins techniques, mais au fil des mois, on se rend compte que l'important ce n'est pas d'en faire beaucoup mais plutôt d'en faire deux, trois et de les réussir. Et les professionnels sont là pour nous guider, parce que si nous-mêmes on ne se remet pas en question sur nos pratiques, on n'avance pas. Je pense que dans ces cas-là, oui, on peut dire que l'encadrement nous permet d'adopter une posture réflexive, et ça va peut-être finir par se généraliser à tous les stages ! » (Sourire).*

« Parce que ma promo, comme tous les autres étudiants de 2009, on est quand même les premiers, et les professionnels, ça les a quand même apparemment vraiment bousculés cette réforme...Enfin, en tous cas, ils en parlent tout le temps quand ils nous voient... peut être un peu moins depuis cette année, en fait, ça s'améliore quand même. Parce que certains nous poussent à nous interroger sur nos pratiques, à faire des liens. Mais en fait, quand j'y repense, l'infirmière dont je parlais tout à l'heure, qui était vraiment bien, elle avait fait une formation sur la nouvelle réforme, elle. C'est peut être juste ça le problème, il faudrait qu'ils aient une formation quand même les professionnels, c'est vrai, quoi !

Pour revenir à la question, les professionnels s'ils se questionnent eux-mêmes, en tous cas, ils ne le font pas devant nous...Et du coup, nous, on n'ose pas trop, c'est pas encore franchement dans les mœurs, si je puis dire, cette posture réflexive. »

6) « Estimez-vous que la posture réflexive préconisée soit une forme d'apprentissage adaptée aux études d'infirmier ? »

- *« Je pense que c'est adapté quand ça fonctionne à tous les niveaux : aussi bien pour nous les étudiants, les formateurs mais aussi pour les professionnels, je dirais surtout pour les professionnels. Ça peut être un plus pour les études et donc pour les étudiants si c'est pris en compte par tout le monde : dans la manière de prendre en charge le patient, avec les professionnels, même dans la manière d'aller en stage le matin, c'est motivant quand on apprend. Réfléchir, se questionner, pas « bêtement » reproduire un soin, moi il faut que je comprenne pourquoi je fais quelque chose de toutes façons, surtout quand ça concerne une personne ! Et en même temps avoir la chance de faire ce qu'on aime, s'occuper d'un patient, ça c'est complètement adapté, oui. Mais le problème, c'est que c'est rare, c'est très rare. Et comme on est souvent déçus quand on arrive en stage, du coup ça démotive, quoi. Alors on discute avec les patients, c'est déjà ça. Eux ils nous font réfléchir pour le coup. »*

7) « Pensez-vous que la démarche réflexive modifiera votre pratique professionnelle ? »

L'étudiante réfléchit avant de répondre :

- *« Je pense. Parce que par la position réflexive, on est impliqué dans le soin, on réfléchit à ce qu'on fait, et je pense que ce sera une « mécanique » pour nous professionnels, on cherchera toujours à s'adapter à la situation, à trouver la meilleure solution ou manière de faire un soin à un patient selon qu'il est comme ci ou comme ça. On fera tout de suite les liens avec une autre pathologie si, par exemple le patient est à la fois diabétique, hypertendu, âgé.
D'avoir un autre regard, c'est bien aussi, on a beaucoup d'UE où on peut discuter avec les intervenants et moi j'aimerais bien pouvoir échanger comme ça avec mes futurs collègues, quand moi-même je serai diplômée »*

8) « Estimez-vous que le maître de stage contribue à mettre en place un encadrement de qualité ?

- *« Selon l'implication du cadre, je pense, le stage peut se passer plus ou moins bien, dans le sens où s'il (le Cadre) pose les choses dès le début avec ses équipes, présente l'étudiant, etc... Comme ce stage, où pour la première fois*

la Cadre m'a demandé mes objectifs, de faire un échancier, d'écrire mon parcours professionnel depuis la première année, j'ai eu le sentiment qu'elle était vraiment intéressée par ce que je faisais, et ça m'a permis d'avoir un bon stage, dès le début l'équipe savait où elle allait avec moi, ce que j'avais acquis, ce que j'avais à améliorer, ce que j'avais à acquérir. Ça a permis de dérouler mon stage, d'avancer, et les dix semaines se sont bien passées, j'ai pris conscience de plein de choses, pris en compte toutes les remarques et j'ai vraiment progressé. La Cadre s'est vraiment impliquée, elle me demandait si ça se passait bien, on faisait des bilans régulièrement, ça se voyait que ça l'intéressait, elle était toujours disponible, et surtout l'accueil était vraiment agréable, c'est important l'accueil parce qu'on est toujours anxieux quand on commence un stage. En fait elle était vraiment impliquée et ça entraînait les équipes, c'est sûr.

Au début de ma formation, je pensais que le contact c'était plutôt avec les équipes, je me disais que Le Cadre avait plutôt un contact « hiérarchique » avec les « hautes instances » et que les infirmières, plutôt « corps de métier », donc comme nous, étaient forcément plus proches de nous. Mais si on prend en compte qu'il (le Cadre) peut nous apporter beaucoup, par son expérience, si on peut échanger avec lui, ça prouve qu'il est impliqué dans la nouvelle réforme, dans le référentiel, et qu'il veut que les choses changent, c'est pris en considération.

Par exemple, ça se sentait que la Cadre du stage aux urgences, là où ça s'est vraiment bien passé, était investie dans l'encadrement parce qu'elle avait fait faire une formation aux équipes dès le début de la réforme, j'ai vraiment vu la différence. Le portfolio ils (les professionnels) savaient le remplir, il y a même des professionnels qui l'ont feuilleté, ils nous posaient des questions. Donc j'espère que par le mouvement des cadres, les choses vont changer et qu'ils vont s'impliquer dans cette réforme pour les autres futurs étudiants infirmiers.

« Avez-vous autre chose à rajouter, ou pouvons-nous conclure l'entretien ? »

- *« Non, c'était bien de s'intéresser à nous, parce que qu'on a quand même été les premiers étudiants avec cette réforme et ce n'était pas toujours facile... »*

« Merci pour votre disponibilité. »

ANNEXE IV

RETRANSCRIPTION DES ENTRETIENS (EXTRAITS) PAR POPULATION, PAR THEMES ET PAR QUESTION

Pour identifier les acteurs, chacun d'entre eux est désigné par la lettre « E » pour « étudiante », assortie d'un numéro (correspondant simplement à la chronologie des entretiens, soit « E1 », « E2 », « E3 »), et par la lettre « I » pour « infirmière » (selon le même principe, « I1 », « I2 ») et « CDS » pour la Cadre Supérieure de Santé.

Les étudiantes : questions/réponses

a) La représentation de la politique d'encadrement

- ✓ **Question numéro un** : *« Quelle représentation vous faisiez-vous de l'encadrement avant votre arrivée sur le premier terrain de stage ? »*
 - « E1 » (20 ans) : *« Me montrer les chemins pour faire les liens »*
 - « E2 » (22 ans) : *« Je m'attendais à trouver des professionnels très présents, qui allaient m'aider, me guider, m'expliquer plein de choses, mais je suis tombée de haut »*
 - « E3 » (23 ans) : *« A l'écoute avec moi, qu'on considère que c'était mon premier terrain de stage, quelque chose de plus encadré »*

- ✓ **Question numéro deux** : *que pouvez-vous dire à ce jour sur l'encadrement dont vous bénéficiez durant vos stages, correspond-il à ce que vous aviez imaginé ?*
 - « E1 » : *« Disons que tout paraît plus facile maintenant, arrivée en 3^{ème} année... Ca dépend des professionnels, s'ils ont ouverts à l'encadrement ou pas, on est quand même mieux reçus quand on arrive en stage, qu'en début de 1^{ère} année où ils avaient l'air complètement perdus, moi je ne comprenais pas trop. Maintenant, le fait que les formateurs se soient impliqués, se soient*

déplacés sur les terrains de stage a joué sur le fait que les professionnels soient eux aussi mieux impliqués, aient même suivi des formations ».

- « **E2** » : « Ils (les professionnels) se sont quand même un peu habitués à la réforme, au portfolio, ils ont l'air plus au courant qu'en 2009, mais on ne sait jamais si on va tomber sur des professionnels qui aiment encadrer ou pas, ça dépend des stages, sinon, il faut se débrouiller, et surtout poser des questions, il y a des endroits où on pourrait rester assise toute la journée, personne ne vient nous chercher pour regarder un soin intéressant, par exemple. »
- « **E3** » : « En gros « ils » (les professionnels) se sont améliorés, ils commencent un peu à s'habituer à la réforme, on est mieux accueillis, enfin, ça dépend des endroits en fait, et ça commencerait à ressembler un peu plus à ce que j'avais imaginé au début... Le portfolio, ça leur fait moins peur qu'au début ».

b) Les enjeux professionnels, l'analyse des pratiques :

✓ **Question numéro trois** : « Que signifie pour vous analyse des pratiques ? »

- « **E1** » : « On raconte une situation par écrit et du coup on prend du recul, on comble les lacunes, par la même occasion, qu'on a pu avoir sur cette situation-là, on échange avec les professionnels ».
- « **E2** » : « Faire quelque chose et ensuite revenir dessus en mettant de la distance, en analysant la manière dont on a procédé ».
- « **E3** » : « C'est une remise en question pour réfléchir aux actions, aux actes de soins qu'on a faits et aux potentiels axes d'amélioration, les choses à ne pas refaire, où les choses pour lesquelles on est satisfait. Ça nous permet aussi de voir où en est pour chaque soin ».

✓ **Question numéro quatre** : « L'encadrement vous permet-il de questionner vos pratiques, de confronter vos opinions, vos manières de faire à celles des professionnels ? »

- « **E1** » : « Il y en a (des professionnels) qui expliquent leur raisonnement, par exemple pour l'utilisation des différentes Bétadine®, je n'ai pas eu trop de difficultés moi de ce côté-là, mais je sais qu'il y en a dans ma promo qui n'ont pas pu le faire parce que ça avait l'air d'agacer les professionnels ».
- « **E2** » : « Alors moi là-dessus je me positionne assez facilement pour tester mes connaissances, après c'est vrai qu'en fonction de ce qu'on a vu à l'IFSI, ça ne correspond pas toujours à ce qu'on va voir en stage, donc je pose des

questions, « pourquoi vous faites comme ça, nous on a vu qu'on pouvait faire comme ça... » c'est plutôt bien d'échanger avec les professionnels, enfin moi je le fais »

- « **E3** » : « Moi ce que j'ai remarqué, c'est que si on fait notre questionnaire avec eux (les professionnels), ça peut...euh.... être mal pris, dans le sens où, en tant qu'étudiants si on leur présente une analyse de pratique, par exemple, où notre questionnaire apparaît, on remet en fait un peu leur pratique en question... Ils ont peur qu'on les bouscule, au niveau de leur expérience, de leur vécu, je ne veux pas dire qu'ils se sentent supérieurs, mais dans le sens où ils ont de l'expérience, des connaissances, de la pratique, et nous on est en train d'apprendre, on est des apprentis, et le fait de les emmener dans des réflexions, des questions, ça peut créer un quiproquo. C'est mal pris, on nous fait comprendre qu'il ne faudrait pas qu'on « se la pète un peu trop quoi ! » qu'on n'a pas encore suffisamment de connaissances pour se permettre d'avancer des idées qui en fait, sont juste des liens qu'on fait avec nos cours. Ils considèrent qu'on veut mettre notre savoir en avant, en fait, alors que ce n'est pas du tout ça, nous on nous dit tout le temps à l'IFSI qu'il faut faire des liens, et normalement, c'est eux (les professionnels) qui devraient nous aider à les faire. Et nous on a peur que ça se répercute sur la feuille de stage et qu'on ne valide pas le stage. Donc, dans ces cas-là, le questionnaire on se le fait tout seul... Il y a quand même un enjeu avec la validation du stage, et nous en tant qu'étudiants, excusez-moi l'expression, mais on a appris à fermer notre g....., quoi »..

c) Les enjeux professionnels, la posture réflexive

- ✓ **Question numéro cinq** : « pourriez-vous dire que l'encadrement en stage vous permet d'adopter une posture réflexive lors de vos stages ? »
 - « **E1** » : « On ne l'a pas forcément sur le moment même, mais plutôt après, parfois dans le train je cogite, je réfléchis à ce que j'ai fait et après dès que ça me questionne un peu trop je le ressors le lendemain, soit avec d'autres étudiants, soit avec les professionnels, et ça se passe bien »
 - « **E2** » : « Ils ont leur méthode, quelque fois qui ne correspond pas à ce qu'on a vu à l'IFSI, ou ils nous disent « tu vois ce que je fais, tu ne le fais pas, moi j'ai pris l'habitude ». En fait ils ne peuvent pas justifier en tant que tel, si c'est la bonne pratique ou pas, ils ont des automatismes et le plus difficile c'est de s'adapter à chacun et d'y voir clair. Nous, en troisième année, on a acquis une certaine méthode de pratique, et quand on s'entend dire « tu reprends ma méthode, tu fais comme ci et comme ça, ici on fait comme ça » et qu'on ne

peut pas nous expliquer pourquoi..., où juste « tu risques de faire moins de faute comme ça », mais c'est tout. Moi je n'aime pas qu'on ne puisse pas me justifier pourquoi on fait les choses de telle manière, je ne vois pas pourquoi je le ferai, sinon. De toutes façons, dans ces cas-là, ça ne rentre pas dans la tête puisqu'il n'y a pas d'explication... En fait il faut qu'on s'adapte aux professionnels, et à leurs méthodes, alors que nous en troisième année, on est quasi des professionnels, surtout à ce semestre là (semestre 6)

- *« E3 » : « Pour répondre à cette question, je vais prendre le stage où ça c'est vraiment bien passé, aux urgences. Parce que sinon, la réponse est dans tout ce que je viens de dire à la question d'avant... Donc, certains professionnels nous poussent vraiment à réfléchir, sur notre manière de mettre des gants stériles, de réaliser un pansement, de prendre un patient en charge dans sa globalité etc... » « ... les professionnels s'ils se questionnent eux-mêmes, en tous cas, ils ne le font pas devant nous...Et du coup, nous, on n'ose pas trop, c'est pas encore franchement dans les mœurs, si je puis dire, cette posture réflexive. »*

✓ **Question numéro six** : *« Estimez-vous que la posture réflexive préconisée soit une forme d'apprentissage adaptée aux études d'infirmier ? »*

- *« E1 » : « Moi je trouve que c'est bien de se remettre en question assez souvent parce qu'il y a les pratiques qui changent, les nouvelles recommandations, après il faut savoir s'adapter à chaque patient, selon la situation de soin, comment réagit le patient, enfin il faut prendre tout en compte, ça permet une meilleure adaptabilité, en fait ».*
- *« E2 » : « Oui c'est adapté, les soins ce n'est pas quelque chose qu'on peut apprendre comme un cours d'anat. Physio par exemple, y a tellement de cas différents, les soins ne sont jamais les mêmes, au niveau des patients, du matériel, tout ça.. »*
- *« E3 » : « Je pense que c'est adapté quand ça fonctionne à tous les niveaux : aussi bien pour nous les étudiants, les formateurs mais aussi pour les professionnels, je dirais surtout pour les professionnels... Réfléchir, se questionner, pas « bêtement » reproduire un soin, moi il faut que je comprenne pourquoi je fais quelque chose de toutes façons, surtout quand ça concerne une personne ! »*

✓ **Question numéro sept** : *« Pensez-vous que la démarche réflexive modifiera votre pratique professionnelle ? »*

- « **E1** » : « *En fait, comme on a cette démarche pendant les études, pour moi c'est intégré et je fonctionnerai pareil dans mon travail, maintenant ce serait bien que ce soit la même chose dans les services, enfin partout, parce que souvent les gens (les professionnels) ne se remettent pas en question. Nous on fait des analyses de pratiques pendant trois ans et on voit que certaines équipes ne sont pas au top avec ça et il y a encore des blocages* ».
- « **E2** » : « *Oui, je pense que quand on a réfléchi pendant trois ans pourquoi on fait comme ça, et pourquoi on le fait, ça améliore forcément les pratiques après on saura mieux expliquer aussi aux étudiants, ça c'est sûr !* »
- « **E3** » : « *Je pense. Parce que par la position réflexive, on est impliqué dans le soin, on réfléchit à ce qu'on fait, et je pense que ce sera une « mécanique » pour nous professionnels, on cherchera toujours à s'adapter à la situation, à trouver la meilleure solution ou manière de faire un soin à un patient selon qu'il est comme ci ou comme ça* ».

d) Rôle du Cadre dans la politique d'encadrement

- ✓ **Question numéro 8** : « *Estimez-vous que le cadre contribue à mettre en place un encadrement de qualité ?* »
 - « **E1** » : « *Il y a des cadres qui nous suivent, nous orientent, nous font un parcours, d'autres qui sont plus réticents, et il y a encore des stages où les cadres ne savent même pas de quel IFSI on est, ou bien elles nous demandent juste si on est « ancien » ou « nouveau » programme. Et j'ai remarqué que quand on disait « nouveau », euh... elles avaient par l'air trop ravies* ».
 - « **E2** » : « *Je ne comprends pas pourquoi les cadres nous mettent avec des professionnels qui n'aiment clairement pas encadrer ou former, ou se mettre en danger si on pose des questions, ou si ils ne peuvent pas justifier leurs pratiques. Le Cadre connaît bien ses équipes, et il n'y a rien de pire qu'un stage où on est mal encadré, et ça c'est quand même le Cadre qui décide. Il faudrait que ce soit des volontaires, ou bien avec une rémunération, je ne sais pas, ça motiverait peut-être les professionnels.* »
 - « **E3** » : « *Selon l'implication du cadre, je pense, le stage peut se passer plus ou moins bien, dans le sens où s'il (le Cadre) pose les choses dès le début avec ses équipes, présente l'étudiant, etc... Comme ce stage, où pour la première fois la Cadre m'a demandé mes objectifs, de faire un échéancier, d'écrire mon parcours professionnel depuis la première année, j'ai eu le* »

sentiment qu'elle était vraiment intéressée par ce que je faisais, et ça m'a permis d'avoir un bon stage, dès le début l'équipe savait où elle allait avec moi, ce que j'avais acquis, ce que j'avais à améliorer, ce que j'avais à acquérir. Ça a permis de dérouler mon stage, d'avancer, et les dix semaines se sont bien passées, j'ai pris conscience de plein de choses, pris en compte toutes les remarques et j'ai vraiment progressé. La Cadre s'est vraiment impliquée ».

Les soignants : questions/réponses

L'infirmière « I1 » est la professionnelle diplômée en 1989, n'a pas reçu de formation au tutorat, mais sensibilisée au nouveau programme par la Cadre de Santé, l'infirmière « I2 » correspond à l'infirmière ayant reçu une formation au tutorat par un IFSI, mais dont la Cadre n'a que peu d'implication dans l'encadrement des étudiants, enfin la Cadre supérieure de Santé correspond à l'abréviation « CDS » et a beaucoup travaillé en lien avec les IFSI, avant la mise en œuvre de la réforme sur le nouveau programme.

a) La représentation de la politique d'encadrement

✓ **Question numéro un** : « *Quelle représentation vous faisiez-vous de l'encadrement des étudiants du programme 2009 avant leur arrivée en stage ?* »

- « **I1** » : « *Aucune représentation dans un premier temps, puisque nous avons été informés d'une réforme des études par les étudiants, qui nous ont expliqué que « ça avait changé » et que maintenant plusieurs critères étaient pris en compte et qu'ils n'étaient plus notés. Voilà. »*
- « **I2** » : « *Cela m'a paru très compliqué quand notre cadre et une formatrice nous ont présenté le portfolio. le changement de concept dans les études infirmières m'a paru aberrant... bref j'étais un peu inquiète de voir comment les étudiants allaient s'en sortir et comment nous allions nous en sortir avec eux!* »
- « **CDS** » : « *Beaucoup d'interpellation et d'interrogations sur l'ensemble du programme, un peu de panique quant à l'accompagnement des étudiants au niveau des équipes, compte tenu de la lourdeur de la prise en charge puisque beaucoup de responsabilités tant au niveau de la technique des soins que du programme en lui-même. Il a fallu que l'on travaille beaucoup, beaucoup, avec les formateurs, ça a demandé énormément de temps, et on a presque eu peur, quand même.*

✓ **Question numéro deux** : « l'encadrement que vous leur dispensez correspond-il à ce que vous aviez imaginé ? »

- « **I1** » : « J'encadre comme j'encadrerais avant, puisque je n'ai pas eu le temps de m'y préparer ! Parce qu'en plus, en approfondissant on se rend compte que le résultat doit être le même qu'avant, avec pour les étudiants d'autres critères, ils doivent être en posture réflexive, mais la base reste la même, l'approche du patient aussi, après à eux de chercher leur façon de se comporter, être acteur de leur formation, plus de recherches de leur part. »
- « **I2** » : « C'est à peu près aussi pire que ce que j'avais imaginé. cela demande énormément de temps, beaucoup plus que pour l'ancien programme où au moins, quand l'étudiant avait vu le module ortho, par exemple, et qu'il allait en stage en ortho, il était à peu près au clair, en tout cas cela lui parlait. Maintenant ils ne savent jamais rien, ou même s'ils l'ont vu, ils n'ont pas compris les cours dispensés à la base pour des étudiants en médecine ou des étudiants en pharmacologie...Et il faut qu'ils revoient les même cours en IFSI, que de temps perdu... Ils sont perdus, si en plus ils ont passé leur dix semaines de stage sur un terrain ou ils n'ont rien appris ? ils arrivent en deuxième année avec parfois une expérience quasi nulle.
- « **CDS** » : « Nous avons essayé de mettre en pratique ce que nous avons organisé, mais nous avons vite abandonné avec les 1ères années ... trop de temps... vous savez j'associe souvent notre profession à du compagnonnage, et on doit les accompagner (les étudiants) leur donner les ficelles, on donne des petites techniques, on explique pourquoi, on ne les lâche pas comme ça dans la nature et avec cette réforme nos étudiants ont impérativement besoin d'être encore plus accompagnés».

b) Les enjeux professionnels, l'analyse des pratiques

✓ **Question numéro trois** : « Que signifie analyse des pratiques pour vous ? »

- « **I1** » : « Evaluer, corriger, réajuster une façon de faire, d'agir, de travailler appréhender une situation, avoir une méthode de travail ».
- « **I2** » : « Se questionner sur ce que l'on fait, comment on le fait et pourquoi on le fait. Pour améliorer sa pratique avec le temps et se donner les moyens de mieux travailler auprès des patients »
- « **CDS** » : « Grande question, très globale, pour moi comme ça, je ne veux pas répondre à « que veut dire une analyse de pratiques », des questions plus précises peut être ?

✓ **Question numéro quatre** : « l'encadrement vous permet-il de questionner vos pratiques, de confronter vos opinions à celles des étudiants ? Comment ?

- « **I1** » : « *Sur la façon d'aborder ma façon d'apprendre à l'étudiant, parce qu'on s'aperçoit qu'il faut les amener à se poser des questions, c'est à eux de chercher. Ce que je fais : je leur demande comment ils pratiqueraient ce soin-là, je le fais une fois, je leur demande de le faire à leur tour, et après si ça ne concorde pas, on voit pourquoi ils l'ont fait dans ce sens-là et moi dans ce sens-là, c'est un échange.*
- « **I2** » : « *Pour l'instant non je ne l'ai jamais fait. les étudiants que j'ai encadrés essayaient juste de tenir le coup alors parler de leurs opinions...Je trouve que beaucoup n'ont pas la capacité à faire les liens nécessaires pour que ce type d'enseignement leur soit bénéfique. Ils ne savent plus ce qu'est le soin infirmier.*
J'avais même l'impression que ce type de cours n'existaient plus dans leurs études, et que c'était à nous de faire ce travail-là avec eux aussi!
- « **CDS** » : « *Bien évidemment, c'est pour ça aussi que c'est intéressant d'avoir des étudiants, ça permet un échange, ils s'apprennent mutuellement, les anciens et les étudiants, et ça ne date pas de la nouvelle formation, ça toujours été comme ça ».*

c) Les enjeux professionnels, la posture réflexive

- ✓ **Question numéro cinq** : « *Pourriez-vous dire que l'encadrement permet aux étudiants d'adopter une posture réflexive en stage ?* »
 - « **I1** » : « *Je dirais qu'actuellement les étudiants n'ont pas assez de connaissances pour avoir une posture réflexive sur ce qu'ils doivent faire, notamment les troisièmes années, qui ont certaines connaissances mais qui ne savent pas les exploiter, ils ne font pas les liens ».*
 - « **I2** » : « *Non, pour moi ils ont beaucoup de mal à le faire parce qu'ils ne parviennent pas à regrouper les informations... on a trop intellectualisé ces études. En plus l'absence de mise en situation professionnelle fait que certains étudiants se laissent aller, prennent leur temps, en plus ils sont là pour 10 semaines alors... et au trois quart du stage ils n'ont fait aucun progrès... la MSP était sans doute critiquable mais elle obligeait l'étudiant à fouiner dans les dossiers médicaux, poser pleins de questions, montrer ses démarches, s'entraîner pour être le plus au point possible, et je trouvais que c'était positif. »*
 - « **CDS** » : « *En tous cas, on essaie, maintenant, moi je parlerais beaucoup plus de l'état d'esprit, de la mentalité de l'étudiant, qui va freiner cette réflexivité, et là, la réforme y est pour beaucoup... On n'a pas la notion de*

globalité de la prise en charge, j'ai l'impression que ce sont plutôt des cases que l'on tire, certes bien remplies, mais les liens ne sont pas faits. »

✓ **Question numéro six** : *« Estimez-vous que la posture réflexive préconisée soit une forme d'apprentissage adaptée aux études d'infirmier ? »*

- *« I1 » : « S'ils avaient une bonne base, ils pourraient avoir cette posture-là, ils arrivent en stage, ils ne savent pas ce qu'ils vont trouver, ils sont perdus, ils sont noyés, pas structurés, ils ne sont pas curieux par rapport à la technique. Peut-être qu'en troisième année ça pourrait être envisagé. Ils ne peuvent pas se questionner parce qu'ils n'ont pas de bases ».*
- *« I2 » : « Non cela n'est pas adapté. ils sont en difficulté, nous aussi parce qu'on sent qu'ils ne comprennent pas bien et on n'a pas le temps de reprendre tout avec eux. je ne comprends pas cette démarche, de rendre les choses plus difficiles, ce que les instances qui ont mis ce nouveau programme en place ont voulu faire. Pensaient-ils que donner des cours sans que les étudiants aient les bases de physiologie ou de chimie allaient être plus adapté ? Pensaient-ils que surajouter du travail de formation auprès d'équipes paramédicales déjà en difficulté allait être une bonne chose? »*
- *« CDS » : « Pas du tout !! Il n'y a pas de liens, pas de prise en charge globale et un patient, ça se prend dans sa globalité. La réforme n'est pas entièrement responsable, mais dans le contexte socio-générationnel dans lequel nous sommes, elle est arrivée au mauvais moment. Surtout en Ile de France, les IDE de province ne sont pas encore polluées par cette offre que fait la région au plus cher, au plus offrant, elles ont le sens du patient, elles cherchent le côté intéressant du travail. »*

✓ **Question numéro sept** : *« Pensez-vous que la démarche réflexive modifiera la pratique professionnelle des étudiants ?*

- *« I1 » : « Ils vont automatiquement l'avoir s'ils n'ont pas de lacunes, ils vont se poser en professionnels. Mais ils n'auront pas la même façon de réagir par rapport à une prescription par exemple, comme « mais Monsieur si on essayait ça, ou pourquoi on ne fait pas ça ? », chose qu'on fait nous maintenant parce qu'on a de l'expérience, mais eux ils n'auront pas forcément la logique de l'expérience, ils auront une certaine assurance, mais pas forcément les compétences réelles puisqu'ils n'ont pas les bases. Je trouve qu'un certain nombre d'étudiants ne savent pas où ils vont ».*

- « **I2** » : « Oui cela modifiera la pratique et pas en mieux malheureusement... Ils ne parviennent pas à regrouper les informations. un exemple pour que cela soit plus clair : une étudiante que j'ai encadré m'expliquait qu'elle venait de passer ses partiels de pharmaco qu'elle avait validé. seulement quand elle m'a montré une démarche de soins qu'elle avait faite, elle était incapable de relier les effets secondaires des traitements avec une possible surveillance biologique ou des actions infirmiers de prévention de ces effets. Bref, c'est triste, j'ai l'impression qu'on a bradé ma profession... »

- « **CDS** » : « Tel que nous nous le souhaiterions, oui, mais il faudrait pouvoir suivre un étudiant sur trois ans, à la limite. Je ne suis pas sûre que ce soit acquis comme une démarche professionnalisante. Cette réforme est même inquiétante pour moi, la notion de globalité se perd, j'ai peur que les nouveaux professionnels n'y pensent simplement pas, et puis c'est une histoire de génération aussi... »

- ✓ **Question numéro huit** : « Estimez-vous que votre Cadre contribue à mettre en œuvre la posture préconisée dans le nouveau programme? »
 - « **I1** » : « Oui, elle fait évoluer dans le bon sens, elle nous permet de nous remettre en question, c'est grâce à elle que je me suis plongée dans le programme, elle nous aide parce qu'elle suit les étudiants, elle est bien impliquée dans l'encadrement, suit les objectifs. C'était flou pour nous au début. On peut lui faire part des difficultés rencontrées et elle est alors plus vigilante et va suivre l'étudiant et son parcours. Mais bon, on n'a pas eu de formation, ce serait quand même mieux qu'on ait été mis au courant et qu'avec ce nouveau programme certains professionnels soient envoyés en formation ».

 - « **I2** » : « Non pas vraiment. Personne n'est détaché pour former l'étudiant, et même si elle (la Cadre) ne participe pas à l'encadrement au quotidien et n'assiste plus aux évaluations qui ont disparu, elle veut absolument faire des bilans de mi stage parfois sans nous. Elle s'ingère aussi beaucoup dans l'évaluation finale alors qu'encore une fois elle n'a pas encadré l'étudiant. Non elle n'est pas vraiment aidante ».

 - « **CDS** » : « Je suis toute seule avec cette formation-là, et la charge de travail ne permet pas aux infirmières de prendre en charge des étudiants sous forme

de tutorat, enfin pas pour l'instant, je ne suis pas en mesure d'assurer un tutorat digne de ce nom. Il y a un tel turn-over au niveau des équipes, qui ne sont pas stables, que j'ai donc dû limiter mon nombre de stagiaires dans l'établissement. Parce que je suis dans l'incapacité d'assurer un stage de qualité tel que je le conçois ».



42 Bd Jourdan 75014 PARIS – Tel 01.56.61.68.60 Fax 01.56.61.68.59

DIPLOME DE CADRE DE SANTE

DCS@11-12

TITRE DU MEMOIRE

L'encadrement des étudiants infirmiers :

Le Cadre de Santé, un tuteur ? Un médiateur ? Un meneur ?

AUTEUR :

Céline PELLETIER

MOTS CLES

Nouveau référentiel infirmier,
terrain de stage, disponibilité,
compétences, réflexivité

KEY WORDS

New referential nursing education,
training experience, availability,
Skills, reflexivity

RESUME

Cette recherche tente d'explorer le positionnement du Cadre de Santé vis-à-vis de la réforme de la formation infirmière de 2009. En effet de réelles difficultés sont apparues pour les infirmiers(ères) et les étudiants, et pour la majorité, ils sont en décalage les uns vis-à-vis des autres. La formation en soins infirmiers a changé : maintenant, l'apprentissage est fait par compétences. L'acquisition des compétences est construite sur les connaissances et la pratique. Les professionnels doivent être disponibles pour échanger, expliquer leurs pratiques par la posture réflexive. Et c'est un réel problème, parce qu'ils n'ont pas été formés pour cela et que beaucoup d'entre eux estiment que les étudiants pensent trop et n'agissent pas assez. Le Cadre de Santé est directement impliqué car il est responsable de la supervision des stagiaires. Donc il doit gérer au mieux la conduite du changement pour les infirmiers(ères), pour les étudiants et par-dessus tout pour les patients. Peut-être par la médiation et autour d'un projet commun : soigner les patients.

ABSTRACT

This research tries to investigate the health manager's position as regard to the nurse training reform from 2009. Indeed, real difficulties appear for nurses and the students, and for a majority they are out of phase with each other. Nursing education has changed: now, the learning is made by skills. Acquisition of skills is built on knowledge and practice. Professionals have to be available to exchange, to explain their practices by reflexive position. And that is a real problem, because they were not trained to that way and many of them are thinking that students think too much and do not act enough. The health manager is directly involved because he/she is responsible of the supervision of trainees. So he/she must manage the best way of introducing change for nurses, for the student and above all for patients. This can maybe be done by mediation and around common goals: caring for patients.

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.