

Institut de Formation en Soins Infirmiers  
Centre Hospitalier de Salon de Provence

UE 3.4 S6 « *Initiation à la démarche de recherche* »  
UE 5.6 S6 « *Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et  
professionnelles* »

Mémoire de fin d'études

# L'ENCADREMENT PAR L'APPRENTISSAGE EN STAGE DE L'ETUDIANT INFIRMIER DANS LE NOUVEAU PROGRAMME

Perrodet Maxime

Promotion 2009/2012

Sous la guidance de Mme Gineyt Christine

Institut de Formation en Soins Infirmiers  
Centre Hospitalier de Salon de Provence

UE 3.4 S6 « *Initiation à la démarche de recherche* »  
UE 5.6 S6 « *Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et  
professionnelles* »

Mémoire de fin d'études

# L'ENCADREMENT PAR L'APPRENTISSAGE EN STAGE DE L'ETUDIANT INFIRMIER DANS LE NOUVEAU PROGRAMME

Perrodet Maxime

Promotion 2009/2012

Sous la guidance de Mme Gineyt Christine

*« Les connaissances ne sont pas transmises par quelqu'un qui « sait » vers quelqu'un qui « ne sait pas », (...) elles sont construites par l'individu par l'intermédiaire des actions qu'il accomplit sur les « objets ». »*

**Jean PIAGET (1896 - 1980)**

Note aux lecteurs :

« Il s'agit d'un travail personnel effectué dans le cadre d'une scolarité à l'IFSI du Centre Hospitalier de Salon de Provence. Il ne peut fait l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur et de l'IFSI ».

## **REMERCIEMENTS**

Je remercie toute l'équipe pédagogique de l'IFSI de Salon de Provence qui a su, avec le mieux qu'elle a pu, mettre en place ce nouveau programme.

Je remercie toutes les équipes soignantes qui ont su, malgré leur charge de travail, m'accorder un peu de leur temps pour participer à ce mémoire.

Je remercie mes amis et ma famille qui m'ont conseillé, encouragé et surtout supporté durant ces trois années.

Je remercie ma guidante, Mme Gineyt, qui m'a aiguillé dans l'élaboration de ce mémoire de fin d'étude.

Enfin, je remercie tous mes collègues de promotion avec qui j'ai partagé des moments inoubliables durant ces trois années d'étude.

# SOMMAIRE

<b>1. INTRODUCTION</b>	<b>1</b>
1.1. La situation interpellante	2
1.2. Mon questionnement	2
1.3. La question de départ provisoire	2
<b>2. LA PHASE EXPLORATOIRE</b>	<b>3</b>
2.1. L'infirmier	3
2.1.1. Définition et le cadre législatif	3
2.1.1.1. Le rôle propre	3
2.1.1.2. Le rôle prescrit	3
2.2. La réformes des études en soins infirmiers	3
2.2.1. Présentation	3
2.2.2. Ce qui n'a pas changé	4
2.2.3. Ce qui a changé	4
2.3. La compétence	6
2.3.1. Définition	6
2.3.2. Le cadre législatif	6
2.3.3. Construction d'une compétence	7
2.4. L'encadrement de l'étudiant en stage	7
2.4.1. Définitions et cadre législatif	7
2.4.2. Le terrain de stage	8
2.4.3. Les acteurs de l'encadrement en stage	8
2.4.2.1. L'étudiant	8
2.4.2.2. Le maître de stage	8
2.4.2.3. Le tuteur de stage	9
2.4.2.4. Le professionnel de proximité	9
2.4.2.5. Le cadre de santé formateur référent du stage	9
2.5. Le choix des entretiens	9
2.6. L'analyse des entretiens	9
2.6.1. La réforme des études	10
2.6.2. L'encadrement de l'étudiant	10
2.6.3. La compétence	10
2.6.4. La formation, l'information	10
2.6.5. Conclusion	11
2.7. La question de départ définitive	11
<b>3. LA PHASE CONCEPTUELLE</b>	<b>11</b>
3.1. La formation de l'infirmier sur le nouveau programme	11
3.1.1. L'information en amont du début du nouveau programme	11
3.1.2. Les outils d'information	12
3.1.3. La formation au tutorat	13
3.1.3.1. Définitions	13
3.1.3.2. Cinq domaines d'activités	13
3.1.3.3. Les compétences nécessaires	14

3.1.3.4. Le programme de formation par l'ANFH	15
<b>3.2. L'encadrement de l'étudiant selon le modèle socioconstructiviste</b>	<b>15</b>
3.2.1. Le vocabulaire de la pédagogie	15
3.2.2. Les théories de l'apprentissages	16
3.2.2.1. La théorie béhavioriste	16
3.2.2.2. La théorie constructiviste	16
3.2.2.3. La théorie socioconstructiviste ou sociocognitive	17
3.2.3. Le rôle de la situation d'apprentissage	18
<b>3.3. L'objet de recherche</b>	<b>19</b>
<b>4. LA PHASE DE RECHERCHE</b>	<b>19</b>
4.1. La méthode de recherche	19
4.2. L'outil d'enquête	19
4.3. La population ciblée	20
4.4. Les modalités de mise en œuvre de l'enquête	20
<b>5. CONCLUSION</b>	<b>21</b>
<b>6. LA BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>22</b>
<b>7. LES ANNEXES</b>	<b>23</b>
7.1. Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier	I
7.2. Programme des études en soins infirmiers - Année 2008/2009	III
7.3. Référentiel d'activités de la profession d'infirmier diplômé d'État	IV
7.4. Document d'évaluation en stage de l'ancien programme des études	VI
7.5. Guide des entretiens exploratoires	VIII
7.6. Retranscription de l'entretien avec un infirmier de chirurgie	IX
7.7. Retranscription de l'entretien avec un infirmier d'un EHPAD	XII
7.8. Retranscription de l'entretien avec un infirmier de psychiatrie	XIV
7.9. Programme d'une formation de tuteurs de stage des étudiants	XVIII

# 1. INTRODUCTION

Face à l'augmentation de la demande de soins, du vieillissement de la population et de la recrudescence des maladies chroniques, le besoin d'infirmier en France n'a jamais été autant grandissant. Beaucoup d'infirmiers partiront d'ici cinq ans à la retraite, notre formation est alors plus que nécessaire pour essayer de pallier ce départ.

En tant que futur infirmier, et surtout futur encadrant, voire tuteur de stage, j'ai choisi de m'intéresser au rôle de l'infirmier destiné à l'encadrement de l'étudiant. Il s'inscrit dans le rôle propre.

Depuis la rentrée de septembre 2009, un nouveau programme des études est mis en place. Il implique énormément de changements dans l'encadrement de l'étudiant tels que l'approche par compétences, l'encadrement par un tuteur ou la posture réflexive de l'étudiant. Beaucoup de notions étaient inconnues des équipes soignantes qui m'ont accueilli lors des différents stages.

J'introduis donc ce mémoire de fin d'étude par une situation interpellante qui m'a permis de développer un questionnement et notamment, une question de départ provisoire.

A partir de cette question, je présente dans une première phase dite « exploratoire » le contexte législatif de cette réforme dans lequel se déroule ma situation interpellante, et notamment, les grands changements. J'arrive ensuite à la création d'un guide d'entretien afin de confronter cette exploration à la réalité du terrain conduite par les infirmiers. Trois entretiens avec trois infirmiers différents sont analysés et m'amènent à une question plus générale et théorique, la question de départ définitive.

A la suite de cette question, la deuxième phase dite « conceptuelle » est développée. Un premier concept qui tourne autour de l'information sur la réforme des études et de la formation au tutorat des infirmiers, et un second concept qui concerne l'encadrement de l'étudiant par apprentissage, notamment par l'approche socioconstructiviste.

Une troisième et dernière phase est ensuite présentée. Cette phase de recherche s'articule autour de l'objet de recherche, qui lui, prend sa source dans la phase conceptuelle. L'objet de recherche se base sur une hypothèse que j'ai tenté de vérifier sur le terrain à l'aide d'une enquête sous forme d'un questionnaire distribué à un panel limité d'infirmiers.

Enfin, je conclus ce mémoire en résumant mon cheminement et en transférant ma réflexion à mon futur métier.

## 1.1. La situation interpellante

C'est fait, je suis étudiant en soins infirmiers. Nouveau lieu d'étude, nouveaux amis, nouveaux formateurs... et nouveau programme. Au cours des différents stages de mes deux premières années d'études, j'ai fait face aux équipes soignantes qui étaient plus ou moins sceptiques concernant la mise en place des différentes modalités de formations de ce nouveau programme, notamment l'approche par compétences.

Au cours de ma 1<sup>ère</sup> année, j'effectue mon premier stage en foyer de vie spécialisé dans la prise en charge de patients cérébro-lésés. J'effectue, lors de celui-ci, l'apprentissage du soin de trachéotomie. Ma tutrice de stage m'explique le soin et me dit : « *Tu vois Maxime, ce soin, normalement, tu n'aurais pas du le voir. Tu vas le faire, mais tu ne sauras pas ce qu'il va falloir que tu surveilles. Tu as moins de stage, donc tu dois tout voir en moins de temps, c'est nul* ».

Lors de mon 2<sup>ème</sup> stage en unité de chirurgie, ma tutrice me demande comment se déroulent les études dans ce nouveau programme. Je lui explique que je n'aurai qu'un seul et même stage en chirurgie lors de mes trois années d'études. Elle s'exclame : « *Un seul ???! C'est vraiment nul, tu vas apprendre des choses et tu vas les oublier. Vous allez être des infirmiers qui ne sauront rien faire* ».

Je suis en stage dans un cabinet libéral lors de ma 2<sup>ème</sup> année d'étude durant dix semaines. Trois infirmières composent le cabinet. Plusieurs fois durant le stage, les différentes infirmières reprochaient au nouveau programme d'avoir supprimé les mises en situations professionnelles (MSP) en me disant : « *Vous n'avez pas assez de pression sur les épaules, vous ne vous demandez pas si votre soin est bon parce que vous n'êtes plus évalué par un cadre formateur... déjà qu'il y avait des abus avec l'ancien programme, alors là, ça va être pire* ».

## 1.2. Mon questionnement

Ces différentes situations qui se sont répétées à chaque stage de ma formation m'ont questionné :

Pourquoi ce nouveau programme est-il accueilli ainsi par les soignants ?

Qu'est-ce qu'ils les dérangent dans ce nouveau programme ?

Les soignants ont-ils peur de s'impliquer dans ce nouveau programme ?

Les soignants sont-ils perturbés par le fait de changer de programme ?

Les soignants se sont-ils assez informés sur ce nouveau programme ?

Les soignants ont-ils besoin d'une formation pour ce nouveau programme ?

Ont-ils envie de se former ? Si non, pourquoi ?

Est-il difficile pour un soignant d'encadrer un étudiant suivant le nouveau programme ? Si oui, en quoi ?

Qu'implique la mise en place du nouveau programme dans le travail du soignant ?

## 1.3. La question de départ provisoire

J'ai choisi d'émettre une question de départ provisoire :

**Qu'est-ce que la réforme des études infirmières et son approche par compétences a changé pour les infirmiers dans leur façon d'encadrer les étudiants ?**

## 2. LA PHASE EXPLORATOIRE

### 2.1. L'infirmier

#### 2.1.1. Définition et le cadre législatif

L'infirmier(e) est une personne « *habilitée à évaluer l'état de santé d'une personne et analyser les situations de soins ; concevoir et définir des projets de soins personnalisés ; planifier des soins, les prodiguer et les évaluer ; mettre en œuvre des traitements. Les infirmiers dispensent des soins de nature préventive, curative ou palliative, visant à promouvoir, maintenir et restaurer la santé, ils contribuent à l'éducation à la santé et à l'accompagnement des personnes ou des groupes dans leurs parcours de soins en lien avec leur projet de vie. Les infirmiers interviennent dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire, dans des structures et à domicile, de manière autonome et en collaboration.* »<sup>1</sup>

**Article L4311-1 :** « *Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu.* »

**Article R4311-1 :** « *L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation des soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de préventions, de dépistage, de formation ou d'éducation à la santé.* »

##### 2.1.1.1. Le rôle propre

**Article R4311-3 :** « *Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personne.* »

##### 2.1.1.2. Le rôle prescrit

Rôle collaborant avec un médecin. L'infirmier met en application la prescription qui doit-être écrite, qualitative, quantitative, datée et signée.<sup>2</sup> Il doit s'il en voit l'utilité, contester cette prescription et revoir avec le médecin prescripteur les modifications à apporter.<sup>3</sup>

## 2.2. La réforme des études en soins infirmiers

### 2.2.1. Présentation

La réforme des études en soins infirmiers a été établie le 31 juillet 2009, effective à la rentrée de septembre 2009. Cette modification des études fait partie d'un grand projet d'universitarisation des professions paramédicales. La formation rentre dans le système

---

<sup>1</sup> Référentiel d'activité – Annexe I de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier

<sup>2</sup> Article R4311-7 du Code de la santé publique

<sup>3</sup> Article R4312-29 du Code de la Santé Publique.

universitaire européen LMD (Licence – Master – Doctorat) et permettra aux infirmiers diplômés d’avoir, en plus de leur diplôme d’État, un grade licence. Ils auront accès, par la suite, à des masters de pratiques avancées ou de spécialisations en cours de création.

### 2.2.2. Ce qui n’a pas changé

L’accès à la formation reste le même. Il est soumis à l’admissibilité d’un concours de sélection organisé par chaque institut de formation. Les épreuves sont au nombre de trois : deux épreuves écrites et une épreuve orale devant un jury.

### 2.2.3. Ce qui a changé

J’ai choisi de présenter les différents changements sous forme d’un tableau en comparant la nouvelle formation avec l’ancienne.<sup>4</sup>

	<b>Formation selon l’arrêté du 28 septembre 2001<sup>5</sup></b>		<b>Formation selon l’arrêté du 31 juillet 2009<sup>6</sup></b>	
<b>Durée de formation</b>	4760 heures 38 mois		4200 heures 6 semestres de 20 semaines chacun	
<b>Durée de la partie théorique</b>	2380 heures		2100 heures	
<b>Durée de la partie clinique</b>	2380 heures		2100 heures	
<b>Durée des stages selon les spécialités</b>	<b>Spécialités</b>	<b>Nombres de semaines</b>	<b>Spécialités</b>	<b>Nombres de semaines</b>
	Médecine	2 stages de 4 semaines chacun	Stage d’observation du semestre 1	1 stage de 5 semaines
	Chirurgie	2 stages de 4 semaines chacun	Soins de courte durée	2 stages de 10 semaines chacun
	Santé mentale	2 stages de 4 semaines chacun	Soins en psychiatrie et santé mentale	1 stage de 10 semaines
	Pédiatrie	1 stage de 4 semaines		
	Santé publique	2 stages de 4 semaines chacun	Soins sur les lieux de vie	1 stage de 10 semaines
	Gériatrie	2 stages de 4	Soins de	1 stage de 10

<sup>4</sup> Arrêté du 28 septembre 2001 modifiant l’arrêté du 23 mars 1992 modifié relatif au programme des études conduisant au diplôme d’État d’infirmier.

<sup>5</sup> Projet pédagogique de l’IFSI de Salon de Provence Année 2008/2009

<sup>6</sup> Voir annexe 7.1. : Recueil d’article de l’arrêté du 31 juillet 2009 relatif au nouveau programme des études en soins infirmiers.

		semaines chacun	longue durée	semaines
	Réanimation Urgences Soins intensifs Bloc opératoire	1 stage de 4 semaines dans une spécialité		
	Stages aux choix	20 semaines : - 4 semaines en 2 <sup>ème</sup> année - 4 semaines en 3 <sup>ème</sup> année - 8 semaines de pré-pro - 4 semaines pour le DE <sup>7</sup>	Stage projet professionnel	5 semaines en 3 <sup>ème</sup> année

	<b>Formation selon l'arrêté du 28 septembre 2001</b>	<b>Formation selon l'arrêté du 31 juillet 2009</b>
<b>Mode d'apprentissage théorique</b>	26 modules par spécialité répartis sur les 3 années <sup>8</sup>	59 unités d'enseignement réparties en 6 grandes parties <sup>9</sup>
<b>Mode d'évaluation théorique</b>	Validation de chaque module par une épreuve écrite sur table (note supérieure à 10/20)	- Validation de chaque UE <sup>10</sup> à la fin de chaque semestre selon les modalités de validation (travail écrit, oral, évaluation écrite de connaissance, épreuve pratique...), note supérieure à 10/20. - Chaque UE rapporte à l'étudiant un nombre de ECTS. <sup>11</sup>
<b>Mode d'apprentissage en stage</b>	7 capacités <sup>12</sup>	10 compétences Actes et techniques de soins
<b>Mode d'évaluation en stage</b>	- Evaluation des capacités de l'étudiant (allant « d'insuffisant » à « très bien ») - Note sur 20 points du stage	- Evaluation de l'acquisition des compétences tout au long de la formation. - Evaluation de l'acquisition des actes et techniques de

<sup>7</sup> DE : lire partout Diplôme d'État

<sup>8</sup> Voir annexe 7.2. : Programme des études en soins infirmiers année 2008/2009

<sup>9</sup> Voir annexe 7.3. : Référentiel d'activité

<sup>10</sup> UE : lire partout Unité d'Enseignement

<sup>11</sup> ECTS : lire partout European Credits Transfert System

<sup>12</sup> Voir annexe 7.4. : « Feuille d'appréciation de stage » du programme des études 2008/2009

	- Mises en situations professionnelles (MSP) notées sur 20 points	soins tout au long de la formation en stage et à l'institut.
<b>Mode d'obtention du DE</b>	- Moyenne des notes des modules supérieure à 10/20 - Moyenne des notes des MSP supérieure à 10/20 - Moyenne de la note du TFE <sup>13</sup> et de la note de la MSP finale supérieure à 10/20	L'étudiant ayant validé toutes les UE durant ses 3 ans de formation, les 10 compétences et les actes et techniques de soins en stage, il obtient 180 ECTS qui lui permettent d'obtenir son diplôme d'État d'infirmier.

**Le portfolio :** C'est un outil qui résume le déroulement de l'apprentissage de l'étudiant tout au long des trois années de formation. Il permet d'observer l'acquisition des compétences, des actes et techniques de soins, des analyses de la pratique de l'étudiant qu'il réalise après chaque stage. Cet outil, consultable par tous, est tenu par l'étudiant lui-même et permet de lier la théorie suivie à l'IFSI à l'apprentissage pratique réalisé en stage. Il permet de guider le maître de stage, le tuteur, les professionnels de proximité, le cadre de santé formateur et l'étudiant dans son évaluation après chaque stage, et à chaque fin de semestre de faire un point sur l'avancée dans le processus de professionnalisation.

**La posture réflexive de l'étudiant :** Elle est au centre de ce nouveau programme. Elle permet à l'étudiant de lier les savoirs qu'il obtient lors de l'apprentissage théorique aux actions qu'il va mettre en place au regard de chaque situation de soins qu'il va rencontrer. Face à une situation, l'étudiant va mobiliser ses connaissances, expliquer pourquoi il les utilise et justifier celles qui lui manquent. Il pourra ensuite, transférer cette posture qu'il vient de mettre en place à d'autre situation.

## 2.3. La compétence

### 2.3.1. Définition

Selon Charles Hadji, professeur des universités en science de l'éducation à l'université Pierre Mendès France de Grenoble, les compétences, « *on peut les définir (...) comme des savoir-faire, organisés dans un domaine spécifique. Elles permettent d'associer correctement des outils qu'on maîtrise et qu'on repère comme tels, à des situations qu'on comprend, et qu'on repère par leur structure* ». <sup>14</sup>

### 2.3.2. Le cadre législatif

**Annexe II de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier**  
« *Les référentiels d'activités et de compétences du métier d'infirmier diplômé d'Etat ne se substituent pas au cadre réglementaire. En effet, un référentiel n'a pas vocation à déterminer les responsabilités. Il s'agit de décrire les activités du métier, puis les*

<sup>13</sup> TFE : Lire partout Travail de fin d'étude

<sup>14</sup> HADJI Charles – « L'évaluation des actions éducatives », PUF, Paris, 1992, p. 145.

compétences. Celles-ci sont rédigées en termes de capacités devant être maîtrisées par les professionnels et attestées par l'obtention du diplôme d'Etat. Cette description s'inscrit dans la réglementation figurant au code de la santé publique (CSP).

Les dix compétences :

- 1 – Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier ;
- 2 – Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers ;
- 3 – Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens ;
- 4 – Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique ;
- 5 – Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs ;
- 6 – Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins ;
- 7 – Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle ;
- 8 – Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques ;
- 9 – Organiser et coordonner des interventions soignantes ;
- 10 – Informer et former des professionnels et des personnes en formation. »

### 2.3.3. Construction d'une compétence

Une compétence se construit sur la longueur, « *c'est un parcours d'étapes* »<sup>15</sup>. On part « *d'une situation simple pour aller dans la complexité des connaissances et des savoir-faire et savoir-être, nécessités par une situation.* »<sup>16</sup>

Selon Guy Le Boterf, docteur en lettres, en sciences humaines et en sociologie, l'infirmier doit développer ses compétences à l'aide de situation professionnelle. Il fait appel à des ressources personnelles (connaissances techniques, scientifiques, organisationnelles, contextuelles sur le patient). Il va utiliser ces ressources afin de réaliser des activités-clés (activité de soins curatifs, éducatifs et préventifs, générer et organiser les soins) pour obtenir des résultats attendus (« *le patient retrouve son équilibre bio-psycho-social* » en faisant face à ses possibles dépendances).<sup>17</sup> La formation par compétence se réalise selon moi, toute la vie. Chaque situation rencontrée va contribuer au développement des compétences de l'infirmier.

## 2.4. L'encadrement de l'étudiant en stage

### 2.4.1. Définitions et cadre législatif

Le terme « d'encadrement », est défini par le dictionnaire français Larousse® comme « *l'action d'encadrer un objet, un groupe ; ensemble des personnes qui ont la responsabilité d'un groupe.* » L'infirmier qui va encadrer l'étudiant est responsable de lui et des actes qu'il entreprend. Mais il va également mettre en place un cadre autour de lui. Ce cadre, c'est le tuteur qui va le mettre en place afin de guider l'étudiant. Il va lui

---

<sup>15</sup> DURAND Charline, cadre de santé formatrice – « De la capacité à la compétence : un apprentissage par étapes et dans l'alternance »  
<http://cadredesante.com/spip/spip.php?article414>.

<sup>16</sup> *Id.*

<sup>17</sup> LE BOTERF Guy – « Construire les compétences individuelles et collectives » - Edition d'Organisation, Paris, 2006, 271 pages.

présenter les différents rôles de chacun et guider l'étudiant à se positionner en tant qu'apprenant au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

**Article R4311-15 :** « Selon le secteur d'activité où il exerce, y compris dans le cadre de réseaux de soins, et en fonction des besoins de santé identifiés, l'infirmier ou l'infirmière propose des actions, les organise ou y participe dans les domaines suivants :

- formation initiale et formation continue du personnel infirmier, des personnels qui l'assistent et éventuellement d'autres personnels de santé ;
- encadrement des stagiaires en formation ;
- formation, éducation, prévention et dépistage, notamment dans le domaine des soins de santé primaires et communautaires. »

**Article R4312-31 :** « L'infirmier ou l'infirmière chargé d'un rôle de coordination et d'encadrement veille à la bonne exécution des actes accomplis par les infirmiers ou infirmières, aides-soignants, auxiliaires de puériculture et par les étudiants infirmiers placés sous sa responsabilité. »

#### 2.4.2. Le terrain de stage

Les stages sont au cœur de ce nouveau programme. Ils sont moins nombreux et plus longs car leur durée de dix semaines permet à l'étudiant de développer ses compétences face aux différentes situations de soins qu'il va rencontrer. Chaque terrain de stage est acteur de l'encadrement de l'étudiant.

Dans le livret d'accueil consultable par l'étudiant, il est présenté l'organisation générale du service, sa situation au sein de l'institution, les membres de l'équipe soignante et les différentes situations professionnalisantes prévalentes que pourra utiliser, dans un premier temps, l'étudiant pour élaborer ses objectifs de stage, puis s'entraîner au raisonnement clinique afin de mobiliser des savoirs, de développer des nouvelles connaissances et ainsi construire ses compétences.

#### 2.4.3. Les acteurs de l'encadrement en stage

##### 2.4.2.1. L'étudiant

L'étudiant est une personne admise en formation pour développer des compétences au service du métier d'infirmier. Il est acteur de sa formation : il va accéder à des savoirs qu'il va mobiliser pour devenir un soignant responsable de ses actes. Il va développer en début de formation, une posture d'apprenant qui va évoluer vers une posture de professionnel en fin de formation. Il est accompagné et soutenu par l'équipe pédagogique qui va contribuer à la mobilisation de ses savoirs, savoir-être, savoir-agir au bénéfice de la validation des dix compétences énoncées précédemment.

##### 2.4.2.2. Le maître de stage

Le maître de stage est souvent le cadre de santé de l'unité de soins où est en stage l'étudiant. Il est chargé de l'organisation du stage (présentation du service, planification hebdomadaire, nomination du tuteur), de l'intégration de l'étudiant et s'assure de la qualité de l'encadrement.

#### 2.4.2.3. Le tuteur de stage

Le tuteur de stage est un infirmier formé au tutorat. Il est chargé de guider et d'évaluer les compétences acquises de l'étudiant. Il accueille l'étudiant, lui présente le service, son organisation, le rôle de chaque soignant et négocie ses objectifs de stage.

Durant mes différents stages des deux premières années d'étude, je n'ai pas rencontré d'infirmier formé au tutorat. Dans ces cas-là, ce rôle était tenu par le cadre de santé, seule personne formée à la pédagogie et à l'évaluation. Cette situation s'est rencontrée dans tous mes stages.

#### 2.4.2.4. Le professionnel de proximité

Le professionnel de proximité est un infirmier diplômé d'État. Il est à côté de l'étudiant au quotidien dans les activités de soins et lui indique les bonnes ou mauvaises pratiques et l'aide dans la validation de ses compétences.

#### 2.4.2.5. Le cadre de santé formateur référent du stage

L'IFSI du centre hospitalier de Salon de Provence a choisi de lier chaque terrain de stage à un cadre de santé formateur. Plusieurs rôles lui sont dévolus :

- un rôle de communication entre terrain de stage et IFSI : il est en lien avec les différents participants à l'encadrement (maître de stage, tuteur, professionnel de proximité, étudiant) afin de suivre le processus de professionnalisation et de répondre aux éventuelles interrogations.
- un rôle d'information : il peut informer les équipes soignantes sur le projet pédagogique, sur d'éventuelles interrogations sur les pratiques professionnelles.
- il garantit la qualification du stage : il aide à la réalisation de protocoles d'accueil ou d'encadrement, de livrets d'accueil, il s'assure de la présence d'un tuteur, d'un secteur de patient, d'un bilan de mi-stage.

### 2.5. Le choix des entretiens<sup>18</sup>

Pour me confronter à la réalité du terrain, j'ai décidé de m'entretenir avec trois infirmiers exerçant dans des unités de soins différentes. J'ai choisi avant tout des infirmiers qui ont été amenés à encadrer des étudiants infirmiers dès la première année de mise en place du nouveau programme des études pour avoir le plus de recul possible. Les spécialités de soins que j'ai choisies sont la chirurgie, l'unité de soins de longue durée et la psychiatrie.

Par conséquent, il m'est apparu impossible de m'entretenir avec des infirmiers exerçant dans des unités de réanimation, d'urgence, d'hospitalisation de jour ou de soins palliatifs qui n'ont accueilli des étudiants du nouveau programme qu'à partir de la 2<sup>ème</sup> ou de la 3<sup>ème</sup> année. Le manque de recul n'aurait pas été bénéfique pour l'exploitation des entretiens.

### 2.6. L'analyse des entretiens

---

<sup>18</sup> Voir Annexe 7.5., Guide d'entretien

Afin d'analyser ces trois entretiens, j'ai décidé de regrouper les trois mots clés de ma question de départ provisoire et d'observer ce que les professionnels me disent sur ces sujets. La retranscription des entretiens se trouvent aux annexes 7.6, 7.7, 7.8.

#### 2.6.1. La réforme des études

Dans l'entretien n°1, l'infirmier me fait part de la dimension transversale de ce nouveau programme l'obligeant à « *remobiliser ses connaissances* » (l. 101-102) afin d'expliquer les différentes pathologies prévalantes à l'étudiant qu'il n'aurait pas encore étudié. Cette dimension se retrouve dans l'entretien n°2 où l'infirmier me dit que ce programme est « *illogique* » (l.10) et « *déstructuré* » (l.7).

L'infirmier n°1 me fait part également du changement de programme. Selon lui, « *le changement fait peur* » (l.103).

L'infirmier n°3 trouve injuste la diminution du nombre d'heures théoriques concernant la psychiatrie (l.19-20). Selon lui, ce n'est pas équitable pour les étudiants intéressés par ce domaine.

#### 2.6.2. L'encadrement de l'étudiant

Les infirmiers n°1 et n°2 demandent à l'étudiant de travailler personnellement. Pour l'infirmier n°2, il est important de faire « *parler sur le soin* » (l.64) l'étudiant afin de voir « *s'il comprend pourquoi il fait* » (l.65-65). L'infirmier n°1, quant à lui, demande à l'étudiant de « *s'auto-évaluer* » (l.57), l'encadrement est plus « *pertinent* » (l.58) autant pour lui que pour l'étudiant. On peut voir derrière le discours des deux infirmiers, la posture réflexive de l'étudiant. Posture qui est inconnu par l'infirmier n°3 sous cette appellation mais plutôt par le « *travail personnel* » (l.92) de l'étudiant, comme un « *autodidacte* » (l.93).

Pour l'infirmier n°3, l'encadrement de l'étudiant est avant tout le moyen « *d'échanger* » et d'interagir avec celui-ci. En effet, le terme « échange » revient à trois reprises dans son discours (l.59, l.72, l.95). Pour lui, l'encadrement est également synonyme d'« *accueillir* », de « *guider* » (l.57), de « *transmettre les savoirs, les pratiques* » (l.58). Il assimile cet échange à une sorte de « *compagnonnage* » (l.78) où le plus expérimenté transmet ses savoirs et sa pratique à celui qui l'est moins en généralisant à d'autres domaines d'activités comme la maçonnerie.

#### 2.6.3. La compétence

Pour l'infirmier n°3, la formation par compétence est « *la meilleure* » (l.129). Selon lui, l'encadrement est plus objectif et clair. « *La note, ça renvoi à l'école, c'est très scolaire* » (l.130-131). « *La note était subjective* » (l.123-124). Selon lui, la disparition de la note est bénéfique à l'encadrement de l'étudiant, il insiste par ailleurs sur le rôle de l'appréciation, importante pour l'étudiant (l.126).

#### 2.6.4. La formation, l'information

Les trois infirmiers se rejoignent sur le fait qu'ils ne sont pas assez formés sur cette réforme et les changements qu'elle engendre. L'infirmier n°3 me dit que peu d'infirmiers

« savent que la loi a changé, que le cursus a changé » (1.7). Il fait remonter le fait que l'institution ne les a pas assez informés sur les différents changements.

L'infirmier n°2 a un manque de formation sur l'organisation de la formation théorique (1.88-89). Cela est probablement dû au fait qu'il ne s'est pas assez informé.

L'infirmier n°1, quant à lui, manque de formation sur le portfolio et l'évaluation des compétences (1.5-6). L'infirmier est face, en quelque sorte, à une impasse. Il lui est demandé d'évaluer des compétences alors qu'il n'a aucune formation dans l'évaluation car dans la formation initiale d'infirmier, ce concept n'est pas abordé. Ces notions manquantes pourraient être apportées par une formation au tutorat.

### 2.6.5. Conclusion

Plusieurs concepts peuvent ressortir de ces entretiens. Concernant l'échange entre l'infirmier et l'étudiant. L'encadrant doit prendre en compte l'altérité de l'étudiant. L'étudiant arrive en stage avec ses émotions, ses peurs, ses angoisses face à celle de l'infirmier et c'est lors de cet échange, qu'ils vont évoquer ces émotions. Le rôle de l'encadrant doit être reconnaissant de l'autre (l'étudiant) dans sa différence.

On peut également se demander si les infirmiers ont envie, d'une manière générale, de s'impliquer dans ce changement de programme. L'implication face à un changement dans son travail peut faire peur, parce que tout changement provoque de l'anxiété car il impose un inconnu.

Enfin, on peut remarquer que le concept de formation ressort également. Plusieurs changements surviennent, les infirmiers doivent y faire face. L'ancien programme est encore dans leur tête et ils sont habitués à celui-ci. Ils ont besoin d'un minimum de formation et d'information afin de garantir un encadrement de qualité de l'étudiant en rapport avec les exigences de la réforme, notamment en ce qui concerne la formation au tutorat, la mobilisation des savoirs et la posture réflexive de l'étudiant.

## 2.7. La question de départ définitive

Suite à mes lectures et à l'analyse de ces trois entretiens, j'ai choisi comme question de départ définitive :

**En quoi la formation de l'infirmier sur le nouveau programme des études influe-t-elle sur l'encadrement qu'il met en place auprès de l'étudiant en stage ?**

## 3. LA PHASE CONCEPTUELLE

### 3.1. La formation de l'infirmier sur le nouveau programme

#### 3.1.1. L'information en amont du début du nouveau programme

Avant de parler de formation, il faut d'abord parler d'information. L'infirmier, face à l'arrivée de ce nouveau programme, est dans l'inconnu total. Il reçoit des étudiants qu'il doit encadrer. Pour cela, il faut d'abord qu'il prenne connaissance de son programme d'étude et notamment les rôles de chacun en stage :

- Qui encadre l'étudiant ? Qui le guide ? Qui l'accompagne ? Qui organise son parcours de stage ?

- Qu'est-ce qui est enseigné à l'étudiant ?
- Comment lui est-il enseigné ?
- Pourquoi lui est-il enseigné ?

Durant l'été de l'année 2009, deux réunions se sont tenues au sein de l'IFSI de Salon de Provence. En effet, l'équipe pédagogique, qui a pris connaissance des nouvelles modalités de ce nouveau programme, a invité les cadres de santé des unités de soins du Centre Hospitalier de Salon de Provence pour les informer des différents changements. Lors de ces réunions, il a été précisé l'organisation de l'enseignement théorique en institut, l'organisation de l'encadrement pratique en stage, les différents rôles de chaque participant à l'encadrement en stage, la présentation du portfolio, le référentiel des compétences et les documents de leur évaluation, etc.

Ces réunions, fort du partenariat terrain de stage/IFSI, sont nécessaires pour assurer une prise en charge de l'encadrement de l'étudiant de façon optimale.

### 3.1.2. Les outils d'information

Lors de l'arrivée des premiers étudiants sur les terrains de stage, il faut que les infirmiers prennent connaissance du nouveau programme si leur cadre de santé ne les a pas informés. Comment peuvent-ils le faire ?

Les infirmiers peuvent d'abord consulter le portfolio de l'étudiant. A l'intérieur de celui-ci, ils peuvent y trouver :

- les objectifs du portfolio, à quoi sert-il ?
- le rappel du dispositif de formation : comment est organisée la formation ?
- qu'est-ce que le métier d'infirmier ?
- dans quels champs peut-il intervenir ?
- le référentiel des compétences
- le rôle de chaque participant à l'encadrement de l'étudiant en stage
- le parcours des stages de l'étudiant
- les apports théoriques suivis en amont du stage
- les points forts acquis en formation par l'étudiant
- les objectifs de stages de l'étudiant
- les différentes analyses de la pratique réalisées par l'étudiant lors des précédents stages.

Ils peuvent également utiliser le recueil des principaux textes relatifs à la profession d'infirmier accessible soit auprès de l'IFSI, soit auprès de l'étudiant lui-même. Ce référentiel distribué à chaque étudiant en début de formation est présenté en trois parties.

La première partie, la plus importante pour les infirmiers voulant s'informer sur le nouveau programme, traite de la formation de l'étudiant. Elle présente les modalités d'accès à la formation, l'organisation des études, les conditions de délivrance du grade licence, le référentiel d'activité, le référentiel de compétences, le référentiel de formation et le contenu des unités d'enseignement.

La deuxième partie présente le fonctionnement d'un institut de formation en soins infirmiers. Elle précise les compétences respectives de l'État et de la région dans la formation en soins infirmiers, l'organisation au sein d'un IFSI (les membres du conseil

pédagogique et ses missions, les membres du conseil de discipline et ses missions et le règlement intérieur).

La dernière partie présente quelques extraits du code de la santé publique régissant la profession d'infirmier au niveau législatif et au niveau réglementaire.

Enfin, les infirmiers peuvent faire appel aux compétences du cadre de santé formateur référent de l'unité de soins dont j'ai présenté le rôle précédemment afin de répondre à leurs éventuelles questions.

Les infirmiers peuvent avoir accès, s'il le souhaite, à la formation au tutorat. Le tuteur, comme je l'ai présenté, est au centre de l'encadrement de l'étudiant dans le nouveau programme.

### 3.1.3. La formation au tutorat

#### 3.1.3.1. Définitions

Le Petit Larousse® illustré donne trois définitions. Etymologiquement, le mot « tuteur » vient du latin *tutor*, de *tueri*, protéger.

La première définition est : « *personne chargée de surveiller les intérêts d'un mineur non émancipé ou d'un incapable majeur placé sous le régime de la tutelle* ».

La deuxième définition est : « *membre du personnel d'une entreprise chargé de transmettre ses connaissances professionnelles à un stagiaire* ».

La troisième définition est : « *perche, armature qui soutient une jeune plante* ».

On peut regrouper les deux dernières définitions sur la notion de soutien, de guide. La première, quant à elle, impose plus la notion de pouvoir impliquant une connotation péjorative.

Un guide est « *celui, celle qui conduit une personne, et l'accompagnant, lui montre le chemin* ».

#### 3.1.3.2. Cinq domaines d'activités<sup>19</sup>

##### **Accueillir**

Le tuteur prépare l'accueil de l'étudiant. Il lui présente le service à l'aide du livret d'accueil, les autres membres de l'équipe soignante, l'organisation du service, lui fait visiter les locaux. Il se met d'accord avec l'étudiant sur l'organisation de son stage en planifiant plusieurs rencontres pour faire un point avec lui.

##### **Organiser une progression dans l'apprentissage**

L'organisation part de la mise en place d'objectifs de stage. L'étudiant va lui présenter ses objectifs réalisés en amont. Le tuteur va le guider pour que ses objectifs soient accomplis. Ensuite, il organise un parcours de stage en prenant en compte les attendus de l'institut de formation et en mettant en place une complexité croissante des situations rencontrées. Il sait donc comment construire une situation professionnalisante.

##### **Former sur le poste de travail**

---

<sup>19</sup> SAVARY Emile – « Former et accompagner les tuteurs », Edition Foucher, Paris, 1995, p. 29/30.

Afin de mieux former l'étudiant, le tuteur devra lui indiquer telles ou telles situations qui peuvent aider l'étudiant à développer ses compétences et mobiliser ses savoirs. Face à cette situation, le tuteur devra lui, réfléchir aux consignes qu'il va donner à l'étudiant, le suivre dans la réalisation des soins. Ce rôle peut-être tenu par le professionnel de proximité. Il rapportera ensuite l'apprentissage au tuteur. A l'issue de chaque acte de soin réalisé, le tuteur fait parler l'étudiant sur sa pratique, l'incite à l'autoévaluation et à l'identification des points forts et des axes d'amélioration.

### **Apprécier les progrès et évaluer les acquis**

Le tuteur régule le processus de professionnalisation avec l'étudiant. Il identifie les points acquis et les points à améliorer afin de mieux former l'étudiant d'une façon objective. Pour cela, il prévoit une rencontre afin d'évaluer l'étudiant, de faire un bilan du stage sur ce qu'il a apporté ou non à l'étudiant. Le tuteur est donc formé sur les méthodes d'évaluation. Dans ce temps-là, est prévu également, le renseignement des feuilles d'évaluation fournies par l'IFSI. Il peut également demander à l'étudiant si sa méthode d'encadrement est conforme, s'il y a des améliorations afin d'évaluer sa pratique de tuteur.

### **Participer à la concertation avec l'institut de formation**

Le tuteur reste en contact permanent avec le cadre de santé formateur référent du stage. En cas de problème, il l'informe, lui demande conseil afin d'essayer de trouver une ou plusieurs solutions au problème. Le cadre de santé formateur peut faire appel au tuteur lors d'une régulation sur le lieu du stage avec l'étudiant, ou lors de réunions d'informations organisées par l'IFSI.

#### 3.1.3.3. Les compétences nécessaires<sup>20</sup>

##### **Des compétences relationnelles**

Le tuteur et l'étudiant sont liés par une relation. Le tuteur met en place cette relation qui doit rester objective. Il est capable de s'adapter aux personnalités des étudiants qu'il reçoit : les étudiants sont souvent jeunes, avec ou peu d'expérience du monde du travail et surtout du soin infirmier, ils arrivent dans un lieu qu'il leur est inconnu et qui peut-être déstabilisant pour eux. Le tuteur doit s'adapter à ce public visé. Il est là pour répondre à toutes les interrogations de l'étudiant. Il doit être compétent dans la construction d'un entretien qui peut être un entretien d'aide lorsque l'étudiant est en difficulté. Il doit alors utiliser les outils tels que l'écoute, le questionnement et la reformulation.

##### **Des compétences pédagogiques**

Le tuteur doit savoir « *prendre une vue globale de son métier* »<sup>21</sup>. Il doit être capable de présenter et d'enseigner les pratiques du métier à un étudiant novice tout en essayant plusieurs modes d'apprentissage comme l'explication quand l'étudiant ne comprend pas ou montrer une technique de soin. Il est formé à la pédagogie. Il doit pouvoir indiquer à l'étudiant les différents membres de l'équipe pluridisciplinaire dont il fait partie. Il doit pouvoir demander de l'aide à ses collègues quand il ou l'étudiant est en

---

<sup>20</sup> SAVARY Emile – « Former et accompagner les tuteurs », Edition Foucher, Paris, 1995, p. 32.

<sup>21</sup> *Id.*

difficulté. Enfin, il doit pouvoir analyser sa pratique de tuteur en observant les résultats d'apprentissage de l'étudiant et la congruence du processus d'encadrement qu'il a mis en place.

### **Des compétences managériales**

Le tuteur doit intégrer l'étudiant au sein de l'équipe pluridisciplinaire. Il doit parfois négocier avec les différents membres afin d'organiser le parcours d'apprentissage de l'étudiant. Par exemple, pour un stage en soins de courte durée au sein d'une unité de chirurgie, il peut faire appel au cadre de santé du bloc opératoire afin que l'étudiant assiste à l'intervention chirurgicale d'un de ses patients. Afin d'aider l'étudiant à remplir ses objectifs de stage, il peut monter une stratégie d'encadrement en mettant en place à son tour des objectifs liés à sa fonction de tuteur.

#### 3.1.3.4. Le programme de formation par l'ANFH

Une formation est disponible pour les infirmiers le désirant. Cette formation, organisée par l'Association Nationale pour la Formation Permanente du Personnel Hospitalier, dure 4 jours. Le programme de cette formation est en Annexe 7.9.. Il faut savoir que la formation coûte cher. Un seul infirmier exerçant au centre hospitalier de Salon a suivi cette formation cette année.

Je viens de vous présenter la fonction du tuteur dans l'encadrement de l'étudiant. Centrons-nous maintenant sur ce qu'est réellement cet encadrement. Comme je l'ai défini, l'encadrement est lorsqu'un cadre est posé. Ce cadre est défini par des acteurs qui vont mettre en place des techniques pédagogiques liées à plusieurs théories de l'apprentissage.

## 3.2. L'encadrement de l'étudiant selon le modèle socioconstructiviste

### 3.2.1. Le vocabulaire de la pédagogie

Avant de présenter les différentes théories d'apprentissage utilisé dans ce nouveau programme, je définis quelques termes importants.

**Apprendre :** « *traiter l'information de manière à pouvoir la mémoriser et la réutiliser ultérieurement lorsque le besoin s'en fera sentir dans des situations* »<sup>22</sup> proches ou relativement éloignées.

**Théories de l'apprentissage :** « *théories qui tentent d'expliquer la manière dont les individus apprennent.* »<sup>23</sup>

**La connaissance :** « *ensemble des « savoirs, savoir-faire, savoir-être » acquis par un individu et mobilisables par lui en cas de besoin* ».<sup>24</sup>

**Enseigner :** « *c'est organiser une situation qui conduira l'élève à se poser des questions, à émettre des hypothèses, à se heurter à des contradictions, donc à construire des réponses pour répondre à ses interrogations* ».<sup>25</sup>

---

<sup>22</sup> RAYNAL Françoise & RIEUNIER Alain – « Pédagogie, dictionnaire des concepts clés », Edition ESF, Issy-les-Moulineaux, 2009, p. 34.

<sup>23</sup> *Ibid.*, p. 50.

<sup>24</sup> *Ibid.*, p. 121

**Le savoir** : peut être défini comme un ensemble d'aptitudes objectives acquises par l'apprentissage et facilement reproductibles. Selon Philippe Jonnaert, le savoir est « codifié ». « C'est le contenu des programmes scolaires organisés pour être appris par tous ». <sup>26</sup> Dans l'UE 2.8 S3 « Processus obstructifs », les mécanismes physiopathologiques de l'infarctus du myocarde peuvent en être un exemple.

### 3.2.2. Les théories de l'apprentissages

Il existe trois grandes théories de l'apprentissage : le béhaviorisme, le constructivisme et le socioconstructivisme.

#### 3.2.2.1. La théorie béhavioriste<sup>27</sup>

Le béhaviorisme vient de l'américain *behavior*, comportement. Il est développé principalement par John Watson (1878-1958), qui le présente comme l'étude du comportement de l'étudiant lorsqu'il maîtrise une connaissance. L'enseignement est moins centré sur le processus de construction de la connaissance mais plutôt sur les comportements observables qui se présenteront une fois les objectifs atteints. Pour les béhavioristes, le contenu du cerveau de chaque individu n'est pas accessible. Ils se contentent de ce qui peut être perçu à l'extérieur.

Prenons exemple d'un étudiant que j'appelle David. Il est en 1<sup>ère</sup> année, en stage en unité de chirurgie. A la fin de son stage, il doit être capable de réaliser un pansement avec dextérité, d'un patient ayant eu une laparotomie. Lors de ce soin, le tuteur de stage va évaluer le comportement de l'étudiant. Il va contrôler que l'étudiant réalise l'acte sans faire de faute d'asepsie, en respectant la prescription et la personne soignée. Selon la théorie behavioriste, le tuteur se concentre sur les aptitudes observables de l'étudiant qu'il a utilisé lors du soin. Il écarte le processus d'apprentissage interne de l'étudiant non visible de l'extérieur.

#### 3.2.2.2. La théorie constructiviste<sup>28</sup>

Le constructivisme, développé par Jean Piaget (1896-1980) est basé sur la construction des connaissances par celui qui est en apprentissage. Comment l'étudiant va-t-il construire ses connaissances ? A l'institut, le cadre de santé formateur accompagne l'étudiant dans la construction de ses connaissances et organise la transmission des savoirs. Alors qu'en stage, le tuteur guide l'étudiant dans la construction des connaissances en l'aidant à mobiliser ses savoirs.

Pour Jean Piaget, le sujet en apprentissage détient une capacité d'adaptation basée sur l'assimilation, l'accommodation et l'équilibration. L'assimilation est lorsque l'étudiant intègre les données d'une situation problème et les fait interagir avec les connaissances qu'il a déjà. Il résout ce problème en ramenant les nouvelles connaissances inconnues à lui,

---

<sup>25</sup> *Ibid.*, p. 177

<sup>26</sup> JONNAERT Philippe – « Compétences et socioconstructivisme », Edition De Boeck, Bruxelles, 2009, p. 69.

<sup>27</sup> BARNIER Gérard – « Théories de l'apprentissage et pratiques d'enseignement », [http://www.aix-mrs.iufm.fr/formations/fit/doc/apprent/Theories\\_apprentissage.pdf](http://www.aix-mrs.iufm.fr/formations/fit/doc/apprent/Theories_apprentissage.pdf).

<sup>28</sup> *Ibid.*

vers ses connaissances déjà connues. L'accommodation est le fait pour l'étudiant de s'adapter constamment à de nouvelles situations et ainsi modifier son activité cognitive face à chacune d'elle. Il est obligé de réorganiser ses connaissances afin d'en assimiler des nouvelles. Enfin l'équilibration, défini par Jean Piaget comme l'autorégulation, est le fait pour l'étudiant d'équilibrer l'assimilation et l'accommodation face à chaque situation.

Continuons avec l'étudiant David. Il est désormais en stage en unité de médecine interne. Durant ce stage, il prend en soins une patiente avec une anémie à 8 grammes d'hémoglobine par décilitre de sang. La structure cognitive de David est déséquilibrée par cette donnée. David sait que le taux d'hémoglobine doit être supérieur à 12g/dl pour une femme. Il va alors rechercher quelles peuvent être les causes d'une anémie. Il va rechercher les différents traitements qui peuvent être mis en place pour pallier à une anémie. Ces recherches, il va les assimiler et s'accommoder à celles-ci. Une fois ces deux étapes faites, David rééquilibre sa structure cognitive à un niveau supérieur.

### 3.2.2.3. La théorie socioconstructiviste ou sociocognitive

Enfin, le socioconstructivisme, développé par Lev Vygotski (1896-1934), se base sur la construction des connaissances à travers l'échange social et non pas de façon héréditaire.

Lev Vygotski émet un premier principe : l'être humain fonctionne grâce à son activité sociale. Pour lui, les grandes fonctions psychiques de l'être humain se développent grâce aux échanges sociaux et culturels qu'il a au cours de sa vie. L'institut de formation et surtout le terrain de stage, sont des éléments qui contribuent à la socialisation de l'étudiant et servent à construire ses connaissances. La socialisation est une période de la vie d'un individu au cours de laquelle il va apprendre et intérioriser différentes normes et différentes valeurs au sein de la société afin de devenir un être social.

Un deuxième principe est également important pour Lev Vygotski. En effet, en plus d'acquérir de nouvelles connaissances et de réorganiser les connaissances déjà présentes, l'étudiant doit mettre en place des techniques afin d'apprendre à apprendre, à comprendre et à analyser chaque situation. Le concept d'apprendre à apprendre revient à développer la notion d'auto-direction. L'étudiant est acteur de sa formation. Il définit ses objectifs de formation, s'auto-évalue, réajuste dans son apprentissage tout en utilisant le principe de la métacognition. Étymologiquement, le préfixe « *méta* » en grec signifie « *sur, à propos* ». Ce principe correspond à l'analyse pour l'étudiant de son propre fonctionnement intellectuel.

Pour illustrer ce principe, je continue avec l'exemple de David, l'étudiant qui est maintenant en 3<sup>ème</sup> année en stage dans une unité de soins intensifs cardiologiques. Il doit réaliser une analyse de pratique sur la préparation d'un pousse-seringue électrique de Cordarone® (Amiodarone, Anti-arythmiques) pour Mme A., patiente âgée de 53 ans, hospitalisée à la suite d'un trouble du rythme cardiaque. Il va se demander quelles connaissances a-t-il utilisées pour réaliser cette seringue : des connaissances d'anatomie-physiologie pour les causes du trouble du rythme, des connaissances de pharmacologie, d'infectiologie et d'hygiène pour la préparation et la pose de la seringue. Cette analyse lui permet de revenir, de réguler sa pratique, d'observer ses acquis et de voir quelles connaissances il lui reste à acquérir. Il va ensuite transposer cette analyse à d'autres situations.

### 3.2.3. Le rôle de la situation d'apprentissage

Une situation d'apprentissage est une « *situation conçue par un enseignant dans le but de faire apprendre, en privilégiant des stratégies basées sur la logique de l'apprentissage, plutôt que des stratégies basées sur la logique de l'enseignement ou sur la logique du contenu* ». <sup>29</sup> Dans le cadre du soin infirmier, ces situations sont choisies par le tuteur de stage afin que l'étudiant crée de nouvelles connaissances.

Lorsque l'étudiant est en stage dans une unité de soins, il prend en soins un secteur de patient selon son année d'étude (2 patients en 1<sup>ère</sup> année, 4 à 6 en 2<sup>ème</sup> année, 6 à 8 en 3<sup>ème</sup> année). Chaque patient sera pour lui une situation d'apprentissage. Une situation d'apprentissage en stage est une situation de soin qui peut être prévalante ou non.

David, qui est en stage dans une unité de chirurgie maxillo-faciale, a pour objectif de valider deux compétences :

- la compétence 1 : « Évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier ».
- la compétence 6 : « Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soin ».

Face à cet objectif, il va alors regarder quelle situation prévalante dans l'unité de chirurgie il va pouvoir utiliser pour valider ces deux compétences. Imaginons qu'il choisisse l'accueil d'un patient pour une intervention chirurgicale programmée. Sans même avoir rencontré les différents patients, il va mobiliser ses savoirs face à la situation et va se poser inconsciemment plusieurs questions :

- qu'est-ce qu'une intervention chirurgicale ?
- que doit-il surveiller en phase préopératoire ?
- de quelles informations a-t-il besoin pour prendre en soins le patient ?
- comment peut-il obtenir ces informations ?
- le patient ou sa famille peuvent-ils lui donner ces informations ?
- le patient ou sa famille sont-ils anxieux face à cette intervention chirurgicale ?
- quels sont les signes de l'anxiété ?
- pourquoi une intervention chirurgicale peut-elle être anxiogène ?
- quels outils peut-il utiliser pour le/les rassurer ?

Il va pouvoir trouver les réponses à ces questions dans les savoirs qu'il a déjà acquis. Dans le cas où il ne peut pas répondre à certaines questions, il peut soit aller faire des recherches, soit demander de l'aide au professionnel de proximité ou à son tuteur.

Dans cette situation, il va pouvoir valider les deux compétences mais aussi, des actes ou techniques de soins comme l'entretien d'accueil et d'orientation, l'examen clinique du patient, dont la mesure de ses paramètres vitaux (lié à la surveillance préopératoire), le prélèvement capillaire (si le patient est diabétique), le prélèvement veineux (si le patient n'est pas venu avec son bilan sanguin préopératoire) ou encore la technique d'apaisement (si le patient est anxieux).

---

<sup>29</sup> JONNAERT Philippe – « Compétences et socioconstructivisme », Edition De Boeck, Bruxelles, 2009, p. 46.

Pour résumer, la situation d'apprentissage est une situation de soin dans laquelle l'étudiant va mobiliser ses savoirs, construire ses connaissances et développer des compétences.

### 3.3. L'objet de recherche

Après le développement de cette phase conceptuelle, j'ai décidé de me recentrer plus précisément sur la formation au tutorat, tant importante dans ce nouveau programme. J'émetts donc une hypothèse de recherche afin de réaliser une enquête sur l'avis des infirmiers sur cette formation.

L'hypothèse de recherche est la suivante :

**La formation au tutorat des infirmiers leur serait nécessaire pour encadrer un étudiant en stage.**

## 4. LA PHASE DE RECHERCHE

*« Les visées de la recherche sont de développer de nouvelles connaissances, de produire de la régulation théorique. »<sup>30</sup>*

### 4.1. La méthode de recherche

Pour cette recherche, je choisis la méthode de recherche expérimentale. Cette méthode est basée sur l'explication de la relation de cause à effet entre deux variables. Le but de cette méthode de recherche est d'expliquer un phénomène.

La première variable de mon objet de recherche est la formation au tutorat de l'infirmier. La seconde variable est l'encadrement de l'étudiant. La relation de cause à effet est la notion de nécessité entre la première et la seconde variable.

J'ai choisi cette méthode de recherche afin d'obtenir l'avis des infirmiers déjà diplômés sur l'importance qu'a le rôle du tuteur dans l'encadrement d'un étudiant. Se basant sur un raisonnement hypothético-déductif, elle me semble la plus appropriée pour mon objet de recherche.

### 4.2. L'outil d'enquête

Afin de comparer mon hypothèse de recherche à la réalité du terrain, je choisis l'outil du questionnaire. Selon Madeleine Grawitz, professeur en sciences sociales à l'Université de Paris, le questionnaire *« est un moyen de communication essentiel entre l'enquêteur et l'enquêté. Le questionnaire comporte une série de questions concernant les problèmes sur lesquels on attend de l'enquêteur une information. »<sup>31</sup>*

---

<sup>30</sup> EYMARD Chantal, VIAL Michel, THUILIER Odile – « Le travail de fin d'étude : s'initier à la recherche en soins et santé ? », [http://www.michelvial.com/boite\\_01\\_05/2004-Travail\\_fin\\_etude.pdf](http://www.michelvial.com/boite_01_05/2004-Travail_fin_etude.pdf), 2007.

<sup>31</sup> GRAWITZ Madeleine - « Lexique des sciences sociales », Paris, Dalloz, 1986, p. 728.

Il sera composé de plusieurs questions ouvertes, fermées ou à choix multiples afin de recueillir plusieurs types de réponses telles que une opinion, une remarque, un témoignage ou un ressenti.

Il sera anonyme.

#### 4.3. La population ciblée

J'ai choisi de distribuer mon questionnaire à six infirmiers diplômés d'État exerçant dans différentes unités de soins. Ces infirmiers ont encadré des étudiants de la nouvelle réforme dès la première année de mise en place.

Parmi ces infirmiers, un infirmier a récemment suivi la formation de tuteur de stage des étudiants dans le cadre de la réforme LMD que j'ai présenté en annexe 7.9. Il répondra à un questionnaire qui sera à la fois similaire et différent sur certains points.

#### 4.4. Les modalités de mise en œuvre de l'enquête

Dans un premier temps, je vais élaborer le questionnaire. J'ai choisi ensuite, de distribuer mon questionnaire dans six unités de soins du Centre Hospitalier de Salon de Provence. Ces six unités ont accueilli des étudiants dès la première année de mise en place de cette réforme. Ces unités de soins sont les suivantes :

- Unité de soins de longue durée
- Unité de chirurgie orthopédique
- Unité de chirurgie viscérale
- Unité de médecine orientation diabétologie
- Unité de pneumologie
- Unité de soins de suite indifférenciés

J'ai pris contact auprès du directeur des soins du centre hospitalier de Salon pour obtenir sa bienveillance afin de distribuer mon questionnaire d'enquête et ainsi contacter les différents cadres de santé des unités de soins.

Une fois ces questions réglementaires résolues, je distribuerai le questionnaire à un personnel infirmier ayant assez d'expérience pour pouvoir encadrer un étudiant. Une fois le questionnaire rempli, je demanderai à l'infirmier si des questions lui semblaient difficile, pertinente ou pas du tout afin d'analyser mon outil de recherche.

## 5. CONCLUSION

Ces trois années d'études en soins infirmiers dont la fin est symbolisée par ce mémoire, m'ont apporté énormément de connaissances, de savoirs, de savoir-faire et de savoir-être que je vais pouvoir, une fois diplômé, transmettre à d'autres personnes. Le fait d'avoir inauguré ce nouveau programme m'a sensibilisé sur la question de l'encadrement de l'étudiant infirmier.

Je pars naïvement d'une situation qui m'interpelle, qui me questionne. De fil en aiguille, je m'aperçois en réalité que la mise en place de ce programme a été peut-être faite trop rapidement, sans prendre le temps de consulter les infirmiers diplômés, qui tiennent un rôle majeur. Beaucoup de projets sont à continuer afin de poursuivre cette mise en place du nouveau référentiel, notamment un partenariat IFSI/terrain de stage renforcé et axé sur l'information des modalités de formation, sur l'organisation des études ou encore sur l'enchaînement des unités d'enseignements auprès des infirmiers.

Plus encore, le rôle de tuteur de stage est à développer massivement afin de garantir une utilité des techniques pédagogiques la plus optimale et une maîtrise du concept d'évaluation conforme à la nouvelle réforme. Ce concept n'apparaît que très peu dans ce mémoire de fin d'étude, car j'ai pris conscience en constituant ma phase exploratoire, qu'il était très complexe et difficile à développer, à mon niveau d'étude.

En tant que futur professionnel de soins, j'intégrerai prochainement une équipe pluridisciplinaire. Je suis issu de la première promotion de ce nouveau programme. Comment vais-je être accueilli par mes futurs collègues formés sous l'ancien programme ? Comment pourrais-je à mon tour transmettre mon savoir à de nouveaux étudiants ? Dans plusieurs années, comment vais-je pouvoir passer d'une posture d'apprenant à une posture de professionnel encadrant un autre apprenant ?

Une fois diplômé, je participerai moi aussi à l'encadrement d'un étudiant. Je vais donc poursuivre ce nouveau programme, en essayant de former l'étudiant en suscitant chez lui une posture réflexive, en mobilisant ses savoirs, en le guidant dans sa pratique de soignant afin qu'il devienne un professionnel de santé compétent dans la spécialité de soin qu'il aura choisi.

## 6. LA BIBLIOGRAPHIE

### Références textes législatifs et réglementaires

- Code de la santé publique français
- Projet pédagogique de l'IFSI de Salon de Provence, Année d'étude 2008/2009
- Projet pédagogique de l'IFSI de Salon de Provence, Année d'étude 2011/2012
- Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'État et à l'exercice de la profession d'infirmier
- Portfolio de l'étudiant infirmier

### Références des livres, ouvrages, articles de périodiques

- Dictionnaire de la langue française Le Petit Larousse illustré.
- Dictionnaire Anglais/Français Harrap's Shorter
- LE BOTERF Guy – « Construire les compétences individuelles et collectives », Edition d'Organisation, Paris, 2006, 271 pages.
- GRAWITZ Madeleine – « Lexique des sciences sociales », Paris, Dalloz, 1986, p. 728.
- JONNAERT Philippe – « Compétences et socioconstructivisme », Edition De Boeck, Bruxelles, 2009, 97 pages.
- RAYNAL Françoise & RIEUNIER Alain – « Pédagogie, dictionnaire des concepts clés », Edition ESF, Issy-les-Moulineaux, 2009, 508 pages.
- SAVARY Émile – « Former et accompagner les tuteurs », Edition Foucher, Paris, 1995, 155 pages.

### Références Internet

- BARNIER Gérard, formateur à l'IUFM d'Aix-Marseille – « Théories de l'apprentissage et pratiques d'enseignement », [http://www.aix-mrs.iufm.fr/formations/fit/doc/apprent/Theories\\_apprentissage.pdf](http://www.aix-mrs.iufm.fr/formations/fit/doc/apprent/Theories_apprentissage.pdf), 2009.
- Code de la santé publique – <http://www.legifrance.gouv.fr/>
- Dictionnaire de la langue française Larousse® – <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais-monolingue>.
- DURAND Charline, cadre de santé formatrice – « L'évaluation des apprentissages professionnels en stage dans une approche par compétences : Ce qui change », <http://cadredesante.com/spip/spip.php?article426>, 2012.
- DURAND Charline, cadre de santé formatrice – « De la capacité à la compétence : un apprentissage par étapes et dans l'alternance », <http://cadredesante.com/spip/spip.php?article414>, 2010.
- EYMARD Chantal, VIAL Michel, THUILIER Odile – « Le travail de fin d'étude : s'initier à la recherche en soins et santé ? », [http://www.michelvial.com/boite\\_01\\_05/2004-Travail\\_fin\\_etude.pdf](http://www.michelvial.com/boite_01_05/2004-Travail_fin_etude.pdf), 2007.
- Traducteur Anglais/Français – <http://translate.google.fr/>.

## 7. LES ANNEXES

### SOMMAIRE

<b>7.1. Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier</b>	<b>I</b>
<b>7.2. Programme des études en soins infirmiers - Année 2008/2009</b>	<b>III</b>
<b>7.3. Référentiel d'activités de la profession d'infirmier diplômé d'État</b>	<b>IV</b>
<b>7.4. Document d'évaluation en stage de l'ancien programme des études</b>	<b>VI</b>
<b>7.5. Guide des entretiens exploratoires</b>	<b>VIII</b>
<b>7.6. Retranscription de l'entretien avec un infirmier de chirurgie</b>	<b>IX</b>
<b>7.7. Retranscription de l'entretien avec un infirmier d'un EHPAD</b>	<b>XII</b>
<b>7.8. Retranscription de l'entretien avec un infirmier de psychiatrie</b>	<b>XIV</b>
<b>7.9. Programme d'une formation de tuteurs de stage des étudiants</b>	<b>XVIII</b>

## 7.1. Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier

**Article 39 :** La durée de la formation est de trois années, soit six semestres de vingt semaines chacun, équivalant à 4 200 heures.

La répartition des enseignements est la suivante :

- 1° La formation théorique de 2 100 heures, sous la forme de cours magistraux (750 heures), travaux dirigés (1 050 heures) et travail personnel guidé (300 heures) ;
- 2° La formation clinique de 2 100 heures. Le travail personnel complémentaire est estimé à 900 heures environ, soit 300 heures par an. L'ensemble, soit 5 100 heures, constitue la charge de travail de l'étudiant.

**Article 42 :** Le diplôme d'Etat d'infirmier s'obtient par l'obtention des 180 crédits européens correspondant à l'acquisition des dix compétences du référentiel défini à l'annexe II :

- 1° 120 crédits européens pour les unités d'enseignement, dont les unités d'intégration ;
- 2° 60 crédits européens pour la formation clinique en stage.

**Article 43 :** Chaque compétence s'obtient de façon cumulée :

- 1° Par la validation de la totalité des unités d'enseignement en relation avec la compétence ;
- 2° Par l'acquisition de l'ensemble des éléments de la compétence évalués lors des stages ;
- 3° Par la validation des actes, activités et techniques de soins évalués soit en stage, soit en institut de formation.

**Article 44 :** L'évaluation des connaissances et des compétences est réalisée soit par un contrôle continu et régulier, soit par un examen terminal, soit par ces deux modes de contrôle combinés.

**Article 55 :** L'acquisition des compétences en situation et l'acquisition des actes, activités et techniques de soins se font progressivement au cours de la formation.

La progression de l'étudiant en stage est appréciée à partir du portfolio dont le modèle figure à l'annexe VI. Le portfolio comporte des éléments inscrits par l'étudiant et par les personnes responsables de l'encadrement en stage, tuteur ou maître de stage. A l'issue de chaque stage, les responsables de l'encadrement évaluent les acquisitions des éléments de chacune des compétences sur la base des critères et indicateurs notifiés dans le portfolio.

Le formateur de l'institut de formation, référent du suivi pédagogique de l'étudiant, prend connaissance des indications apportées sur le portfolio et propose à la commission d'attribution des crédits de formation définie à l'article 59 la validation du stage. En cas de difficulté, un entretien entre le tuteur ou le maître de stage, le formateur de l'institut de formation et l'étudiant est préconisé. Son contenu est rapporté aux membres de la commission d'attribution des crédits de formation.

**Article 56 :** Les crédits européens correspondant au stage sont attribués dès lors que l'étudiant remplit les conditions suivantes :

- 1° Avoir réalisé la totalité du stage, la présence sur chaque stage ne peut être inférieure à 80 % du temps prévu, dans la limite de la franchise autorisée par la réglementation ;
- 2° Avoir analysé en cours de stage des situations et activités rencontrées et en avoir inscrit les éléments sur le portfolio ;

3° Avoir mis en œuvre et validé les éléments des compétences requises dans une ou plusieurs situations ;

4° Avoir validé la capacité technique de réalisation des actes ou activités liés au stage effectué.

L'évaluation prend en compte la progression de l'étudiant dans son parcours de professionnalisation au niveau de la qualité de l'analyse des situations rencontrées, des compétences développées et de l'acquisition des actes, activités et techniques de soins.

**Article 57 :** En fin de formation, l'ensemble des éléments des compétences ainsi que l'ensemble des actes, activités et techniques de soins doivent être acquis.

L'évaluation des actes, activités et techniques de soins est faite au cours du parcours de stage, ou en institut de formation, le cas échéant.

**Article 59 :** Les crédits de formation sont attribués par une commission d'attribution des crédits. Elle est mise en place dans les instituts de formation en soins infirmiers, sous la responsabilité du directeur de l'institut, qui la préside. Elle est composée des formateurs référents des étudiants infirmiers, d'un ou plusieurs représentants de l'enseignement universitaire, et d'un ou plusieurs représentants des tuteurs de stage. Chaque semestre, excepté le dernier, le formateur responsable du suivi pédagogique présente à la commission d'attribution des crédits les résultats des étudiants afin que celle-ci se prononce sur l'attribution des crédits européens et sur la poursuite du parcours de l'étudiant. Lors du dernier semestre, les résultats sont présentés devant le jury d'attribution du diplôme.

**Article 60 :** Les étudiants ayant validé les cinq premiers semestres de formation soit 150 crédits et ayant effectué la totalité des épreuves et des stages prévus pour la validation du semestre 6 sont autorisés à se présenter devant le jury régional d'attribution du diplôme d'Etat d'infirmier.

Les étudiants ne remplissant pas les conditions pour être autorisés à se présenter devant le jury régional du diplôme d'Etat et ayant obtenu au moins 120 crédits sont autorisés à redoubler par le directeur de l'institut de formation.

Les étudiants autorisés à redoubler conservent le bénéfice des crédits acquis.

Les étudiants autorisés à redoubler en ayant validé les crédits correspondants aux stages effectuent un stage complémentaire dont les modalités sont présentées au conseil pédagogique.

## 7.2. Programme des études en soins infirmiers - Année 2008/2009<sup>32</sup>

### 1<sup>ère</sup> année :

- Modules de soins :
  - Module Cardio-vasculaire
  - Module Pneumologie
  - Module Orthopédie-Traumatologie
  - Module Psychiatrie 1
  - Module Personne âgée
- Module transversal :
  - Anatomie-physiologie-pharmacie

### 2<sup>ème</sup> année :

- Module de soins :
  - Module Infectieux-SIDA
  - Modules Psychiatrie 2-3
  - Module Pédiatrie-Pédopsychiatrie
  - Module Endocrinologie
  - Module Urologie-néphrologie
  - Module Maternité-Gynécologie
  - Module optionnel

### 3<sup>ème</sup> année :

- Module de soins :
  - Module Psychiatrie 4
  - Module Digestif
  - Module Neurologie
  - Module Hématologie-Cancérologie
  - Module Urgence-Réanimation-Transfusion sanguine
  - Module Oto-rhino-laryngologie-stomatologie-dermatologie
  - Module optionnel

### Modules transversaux communs aux trois années :

- Sciences humaines
- Législation, éthique et déontologie, responsabilité et organisation du travail
- Santé publique
- Soins infirmiers
- Hygiène

---

<sup>32</sup> Projet pédagogique de l'IFSI de Salon de Provence, année 2008/2009.

### 7.3. Référentiel d'activités de la profession d'infirmier diplômé d'État<sup>33</sup>

#### **Définition du métier**

Evaluer l'état de santé d'une personne et analyser les situations de soins ; concevoir et définir des projets de soins personnalisés ; planifier des soins, les prodiguer et les évaluer ; mettre en œuvre des traitements.

Les infirmiers dispensent des soins de nature préventive, curative ou palliative, visant à promouvoir, maintenir et restaurer la santé, ils contribuent à l'éducation à la santé et à l'accompagnement des personnes ou des groupes dans leur parcours de soins en lien avec leur projet de vie. Les infirmiers interviennent dans le cadre d'une équipe pluri professionnelle, dans des structures et à domicile, de manière autonome et en collaboration.

#### **Activités**

1. Observation et recueil de données cliniques ;
2. Soins de confort et de bien-être ;
3. Information et éducation de la personne, de son entourage et d'un groupe de personnes ;
4. Surveillance de l'évolution de l'état de santé des personnes ;
5. Soins et activités à visée diagnostique ou thérapeutique ;
6. Coordination et organisation des activités et des soins ;
7. Contrôle et gestion de matériels, dispositifs médicaux et produits ;
8. Formation et information de nouveaux personnels et de stagiaires ;
9. Veille professionnelle et recherche.

#### **8. Formation et information des nouveaux personnels et des stagiaires**

Accueil de stagiaire ou de nouveau personnel :

- accueil de stagiaire ou de nouveau personnel ;
- délivrance d'information et de conseil aux stagiaires ou au nouveau personnel ;
- élaboration de documents de présentation du service ou d'accueil ;
- contrôle du niveau de connaissance, des acquis professionnels et du projet professionnel ;
- élaboration en équipe du projet ou du protocole d'encadrement.

Conseil et formation dans l'équipe de travail :

- conseils et informations aux membres de l'équipe de soins et de l'équipe pluridisciplinaire ;
- réajustement d'activités réalisées par des stagiaires ou des nouveaux personnels en vue d'apprentissage ;
- explications sur les modalités du soin, et accompagnement afin de transmettre les valeurs soignantes, l'expertise nécessaire, et l'organisation du travail ;
- encadrement de l'équipe travaillant en collaboration avec l'infirmier.

Réalisation de prestation de formation :

- intervention en institut de formation ;
- réalisation de cours ou intervention sur la pratique professionnelle ;
- démonstration de soins réalisés dans un but pédagogique ;
- information, conseil et formation en santé publique (tutorat...).

---

<sup>33</sup> Ministère de la santé et des sports

Contrôle des prestations des stagiaires de diverses origines :

- contrôle au quotidien dans l'ensemble des situations professionnelles ;
- renseignement des documents de suivi ;
- réalisation des feuilles d'évaluation des stagiaires ;
- contrôle de prestations au cours des mises en situation professionnelle.

## 7.4. Document d'évaluation en stage de l'ancien programme des études

### Appréciation du stage de

(1)

\* Année

#### Aptitudes générales à la fonction

Eu égard aux objectifs de formation déterminés par l'équipe enseignante de l'institut de formation en soins infirmiers et au niveau de compétences qui doit être acquis par l'étudiant, cette fiche d'appréciation doit être remplie avant la fin du stage par la personne responsable de celui-ci et l'équipe ayant effectivement assuré l'encadrement.

Cette appréciation doit être portée à la connaissance de l'étudiant au cours d'un entretien avec la personne responsable de la notation (arrêté du 6 septembre 2001 modifié relatif à l'évaluation continue des connaissances et des aptitudes acquises au cours des études conduisant au diplôme d'État d'infirmier).

Capacités personnelles <sup>(2)</sup>	Insuffisant	Passable	A.B.	B.	T.B.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fait preuve :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- de respect vis à vis des personnes et des lieux</li> <li>- de discrétion professionnelle</li> <li>- de curiosité intellectuelle</li> </ul> </li> <li>• Prend des initiatives</li> <li>• S'inscrit dans un processus d'autoévaluation</li> </ul>					

Capacités méthodologiques <sup>(2)</sup>	Insuffisant	Passable	A.B.	B.	T.B.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recueille des informations utilisables</li> <li>• Analyse la situation</li> <li>• Identifie le ou les problèmes posés</li> <li>• Détermine les objectifs de soins</li> <li>• Prévoit ses actions en fonction des ressources de la personne et du service</li> <li>• Organise des actes de soins avec méthode</li> <li>• Assure des transmissions précises à l'ensemble des personnes concernées</li> <li>• Évalue l'atteinte des objectifs</li> </ul>					

Capacités techniques <sup>(2)</sup>	Insuffisant	Passable	A.B.	B.	T.B.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acquiert et utilise les connaissances théoriques et cliniques correspondant aux soins dispensés en fonction du niveau de formation auquel l'étudiant est parvenu</li> <li>• Réalise les actes de soins avec dextérité</li> <li>• Applique les règles d'hygiène et d'asepsie nécessaires à la sécurité des personnes</li> </ul>					

Capacités d'adaptation <sup>(2)</sup>	Insuffisant	Passable	A.B.	B.	T.B.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• S'adapte à l'organisation du travail du lieu de stage</li> <li>• Fait preuve de rigueur dans ses horaires</li> <li>• Collabore avec les différentes catégories de personnel</li> </ul>					

\* Indiquer 1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> année. (1) Préciser le secteur (hospitalier, extra-hospitalier). (2) Mettre une croix dans la case correspondante.

Feuillet recto

Capacités relationnelles <sup>(1)</sup>	Insuffisant	Passable	A.B.	B.	T.B.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifie les différents comportements et en évalue les conséquences</li> <li>• Applique les différentes techniques relationnelles en fonction des personnes et en apprécie les limites</li> <li>• Établit une communication adaptée :               <ul style="list-style-type: none"> <li>– aux personnes soignées</li> <li>– aux situations</li> <li>– à l'équipe de travail</li> </ul> </li> <li>• Contrôle ses réactions affectives</li> </ul>					

Capacités éducatives et pédagogiques <sup>(1)</sup>	Insuffisant	Passable	A.B.	B.	T.B.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Donne, en fonction des besoins de la personne ou des groupes de personnes, des conseils ou des réponses adaptés</li> <li>• Participe à l'information et à la formation d'autres stagiaires</li> </ul>					

Capacités d'organisation <sup>(1)</sup>	Insuffisant	Passable	A.B.	B.	T.B.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organise et planifie son travail</li> <li>• Tient compte des priorités</li> <li>• S'adapte aux situations d'urgence</li> <li>• Évalue les actions</li> </ul>					

(1) Mettre une croix dans la case correspondante.

Sur quels points l'étudiant devrait-il faire un effort particulier ?

---



---



---



---



---

Insuffisant 0-8	Passable 9-11	Assez bien 12-14	Note attribuée : <hr/>
Bien 15-17		Très bien 18-20	

Argumentation de la note attribuée en fonction de l'évaluation réalisée :

---



---



---



---

Date :

Cachet du lieu de stage

Noms et signatures :

Étudiant :

Responsable de l'encadrement :

## 7.5. Guide des entretiens exploratoires

### ➤ **Type d'entretien choisi :**

Semi-directif.

### ➤ **Professionnels choisis :**

J'ai choisi d'interroger trois infirmiers travaillant dans différents services de santé qui ont accueilli des étudiants du nouveau programme dès sa mise en place depuis 2009. Cela leur permettra de me présenter, avec recul, leurs impressions sur l'encadrement des étudiants dans ce nouveau cursus. J'ai par conséquent, décidé d'exclure les services d'urgences, de réanimation, de pédiatrie, de soins palliatifs et d'hôpital de jour, qui n'ont, à mon avis, pas assez de recul dans la formation des étudiants du nouveau programme étant donné qu'ils n'accueillent que des étudiants de 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> année.

### ➤ **Je vais donc prendre contact avec les cadres :**

D'un service de chirurgie ;

D'un service de psychiatrie ;

D'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

### ➤ **Question d'ouverture :**

Parlez-moi de ce nouveau programme des études en soins infirmiers. Qu'en pensez-vous ?

### ➤ **Thèmes de relance :**

Comment encadrez-vous généralement les étudiants avant l'arrivée du nouveau programme ?

Que mettez-vous en place lors de l'apprentissage d'un soin par exemple ?

En quoi votre expérience professionnelle a modifié votre façon d'encadrer un étudiant ?

En quoi votre façon d'encadrer a-t-elle évolué ?

Parlez-moi du portfolio. Qu'en pensez-vous ? Le connaissez-vous ?

En quoi la réforme des études a changé votre encadrement de l'étudiant ?

## 7.6. Retranscription de l'entretien avec un infirmier de chirurgie

- 3 - « **Parlez moi un peu du nouveau programme en soins infirmiers, qu'en pensez-**  
4 **vous ?** »
- 5 - « Pour ma part, quand on m'en a parlé, je partais en congé maternité. Depuis que je  
6 suis revenue, je ne sais pas trop encore comment ça se passe par rapport au cahier des  
7 compétences (portfolio) et l'évaluation des compétences. C'est un peu dommage par  
8 rapport à la validation des compétences. Cela peut être acquis dans un service et non  
9 acquis dans un autre service selon sa spécialité, voilà. Et les étudiants ne nous le  
10 présentent pas systématiquement c'est-à-dire que c'est à nous à chaque fois d'aller leur  
11 dire « Ca c'est acquis, ou c'est en cours ». Enfin pour moi, ça a été difficile parce que  
12 j'ai été arrêté un an mais ça n'a pas été un frein... comment dire... ça va pas  
13 différencier la façon d'évaluer et d'encadrer un étudiant. »
- 14 - « **Il n'y a pas eu de grands changements... pour l'instant ?** »
- 15 - « Il n'y a pas eu de grands bouleversements. Je pense que c'est au niveau de l'étudiant  
16 qui doit se prendre en charge. Nous on doit s'adapter au niveau de l'équipe. C'est  
17 différent mais ça change en rien... »
- 18 - « **Par rapport, par exemple à l'apprentissage d'un soin, avez-vous changé la**  
19 **méthode d'apprentissage ?** »
- 20 - « Pour ma part non, par contre s'il y a des nouveautés, je pense que c'est à l'étudiant à  
21 nous dire « nous on fait de cette façon » et dans ce cas là, c'est à nous à nous adapter à  
22 l'étudiant. Moi je le vois comme ça. Du coup, c'est ce qu'on disait avec notre  
23 surveillante, ça serait plus judicieux que l'étudiant ait pour référent un soignant et le  
24 problème c'est qu'on ne le fait pas parce qu'au niveau du planning, c'est pas possible.  
25 Mais ça n'empêchera pas que mes collègues prennent le relais. Par exemple, si moi, je  
26 suis référente d'un étudiant, mes collègues prendraient le relai les jours où je ne suis pas  
27 là. On essaie de travailler comme ça et c'est ce qu'il se passe en ce moment. On est plus  
28 en difficulté par rapport à l'outil que par l'encadrement. Peut-être on va être un peu plus  
29 vigilant entre nous. Il faudrait peut-être qu'on communique plus parce que du coup, il y  
30 a un peu plus de laisser-aller. »
- 31 - « **Au niveau du portfolio, qu'en pensez-vous ? En avez-vous pris connaissance ?** »
- 32 - « Je l'ai vu, je l'ai légèrement feuilleté. De ce que j'en ai retenu avec mes collègues,  
33 c'est que c'est assez compliqué. Tout à l'heure on parlait des compétences, par  
34 exemple, ici, elles sont pas du tout acquises, que ce soit en terme de nursing ou de soins  
35 plus techniques. Et ce qui est dommage c'est que l'étudiant ne nous le présente pas, ne  
36 nous le fait pas plus utiliser et l'impose en tant qu'outil de travail autant pour nous que  
37 pour lui. C'est dommage. Maintenant, on devrait également leur dire, « et ton  
38 portfolio... », en fait, c'est la surveillante qu'il l'a et nous demande si ça c'est acquis...  
39 qui fait un peu le point avec nous mais pas au quotidien. C'est un peu dommage. En  
40 fait, l'idéal ça serait que l'étudiant l'ait tout le temps avec lui, et faire le point de temps  
41 en temps sur ce qui est acquis et en cours d'acquisition. Il devrait être tous les jours  
42 dans le poste infirmier. »
- 43 - « **Alors, après, il y a des bilans de mi-stage qui sont faits. Mais est-ce qu'un seul**  
44 **bilan de mi-stage sur un stage de 10 semaines suffit ?** »
- 45 - « Alors nous, ce qu'on fait depuis des années, la première période des 10 premiers  
46 jours, les étudiants infirmiers suivent les aides-soignants. Donc ils voient les soins de  
47 nursing, les préparations pré-op, les post-op, les réalimentations, c'est les aides-  
48 soignants qui gèrent, et au moins, ils découvrent le service. Après, ils prennent en

- 49 charge un secteur et il y a un infirmier qui les suit dans leur secteur, on faisait un bilan  
50 de stage avant, maintenant qu'ils sont plus long, on en fait plusieurs. On voit s'il y a des  
51 choses qui ne vont pas, on en parle entre nous et la surveillante réajuste avec l'étudiant.  
52 Par contre, ce qu'on fait plus, ce sont les évaluations pratiques sur le terrain, les MSP.  
53 Ca pourrait justifier l'utilisation du portfolio. »
- 54 - « **Est-ce que concrètement, lors de l'encadrement d'un étudiant pour un pansement,**  
55 **une fois le soin terminé, vous réajustez avec l'étudiant ?** »
- 56 - « Pour ma part, je réajuste en temps et en heure. Après, une fois que l'étudiant se  
57 réajuste et se réévalue, je réajuste à distance. J'essaye de faire s'auto-évaluer l'étudiant.  
58 C'est plus pertinent. Et puis c'est valorisant également s'il y a des choses qui ont été  
59 faite de façon positive autant pour eux que pour nous. Et ensuite on va à l'amélioration  
60 en général, on essaye de changer l'encadrant pour être un plus objectif. Et ensuite, on  
61 fait un vrai bilan de mi-stage et on voit un peu les opinions de tout le monde. En fait, on  
62 essaye de réajuster le plus tôt possible pour que ça soit le mieux pour l'étudiant. On voit  
63 le matériel, la dextérité de l'étudiant. »
- 64 - « **Par rapport à un soins, vous demandez à l'étudiant « pourquoi tu vas le faire,... »**  
65 - « Dans un premier temps, on lui demande s'il a déjà fait le soin. On revoit le côté  
66 physio-pathologie etc, et puis s'il a bien compris le but du soin. Et après, il  
67 « manipule ». Au début, on le guide, un certain temps, et puis après on le laisse faire  
68 tout seul et on fait le point, qu'est-ce qui va, qu'est-ce qui va pas. »
- 69 - « **Je vous ai pas demandé votre parcours professionnel.** »
- 70 - « Alors, moi je suis diplômée depuis 4 ans, ça fait 4 ans que je suis dans ce service.  
71 J'ai demandé ce service parce que j'étais en stage en 1<sup>ère</sup> année, et en fait je voulais  
72 surtout travailler en collaboration avec un aide-soignant et ce qui est pour moi, l'idéal  
73 pour un soin. Avant, on n'était pas sectorisé, donc il y avait des fuites dans les  
74 informations, maintenant on est sectorisé et c'est que mieux, on a un infirmier et un  
75 aide-soignant pour 12-13 patients. Cela améliore et la qualité de la prise en charge et la  
76 qualité des soins. Je voulais faire de la chirurgie. »
- 77 - « **Par rapport au début de votre carrière, jusqu'à aujourd'hui, avez-vous fait des**  
78 **modifications dans votre façon d'encadrer un étudiant ?** »
- 79 - « En début de carrière, c'est vrai que les étudiants, je ne les avais pas en charge. Je  
80 pouvais encadrer lors d'un soin, mais je n'étais pas référente parce que l'expérience  
81 faisant que, on était un peu limité. Par contre, j'encadrerais sur certains soins  
82 ponctuellement et momentanément quand les collègues étaient absents. J'ai vraiment  
83 encadré la 2<sup>ème</sup> année. C'est important parce que déjà, dès le début, on ne s'en sent pas  
84 capable. La responsabilité qu'on a dès qu'on sort du diplôme, ça n'a rien à voir de celle  
85 qu'on a quand on est étudiante. Et encadrer un étudiant, j'avoue que des fois, c'est  
86 lourd, c'est pesant mais c'est pour ça aussi qu'on a un turn over, c'est pas toujours les  
87 mêmes qui encadrent. J'ai travaillé à temps plein avant d'avoir un enfant, et à temps  
88 plein, on a l'impression de vivre à l'hôpital et on est souvent sollicité pour encadrer les  
89 étudiants. C'est pas par manque de volonté, mais à un moment, il y a un burn out parce  
90 qu'on est tellement pris à travailler ici, c'est un service qui est lourd, plus la rigueur  
91 qu'on essaye de mettre dans l'encadrement des étudiants, à un moment donné, ça fait  
92 trop. Ce qui est dommage également, c'est quand on s'investit pour eux et qu'il n'y a  
93 pas de retour, ça démoralise encore plus. Dans certains cas, il y a un 1<sup>ère</sup> année, un 2<sup>ème</sup>  
94 année, un 3<sup>ème</sup> année en même temps, du coup c'était très lourd à gérer, ça plus le  
95 service avec beaucoup de patient à gérer. C'est assez difficile. »
- 96 - « **Par rapport à l'ancien programme, vous trouvez que c'est plus dur d'encadrer ?** »

97 - « Tout est transversal donc du coup, pour nous c'était chaque système  
98 physiopathologique, là on travaille différemment. C'est peut-être pas plus mal, mais  
99 nous ça nous perturbe (l'équipe soignante) car les étudiants arrivent sans connaître  
100 l'anat-physio, du coup, on repart de zéro mais ça nous fait du bien de revenir sur le b-a-  
101 b-a, surtout par rapport à l'explication des pathologies, ça nous oblige à nous  
102 remémorer nos connaissances. Disons que ce nouveau programme, il est difficile parce  
103 que se qu'il nous fait peur, c'est le changement. Ça nous remet en question. C'est  
104 troublant, ça dérange. Ça nous casse les habitudes que nous avons prises avec l'ancien  
105 programme. Là, vous faites parti du nouveau programme, donc vous essayez les plâtres  
106 donc du coup, quand vous serez diplômés, vous verrez peut-être qu'il y aura des choses  
107 qui auront changé. On est beaucoup lié avec l'école, notre surveillante a beaucoup de  
108 contact avec l'ifsi, on a une collègue qui s'occupe des aides-soignants également, donc  
109 c'est vrai que ça nous permet d'améliorer l'encadrement. J'avoue que c'est très difficile,  
110 parce que nous, on nous demande de plus en plus de chose et on ne peut pas tout tout  
111 gérer. Là c'est le plus difficile en ce moment pour moi. On fait comme on peut, j'espère  
112 qu'on fait du mieux qu'on peut en tout cas. Après l'étudiant, c'est aussi à lui, à  
113 s'investir et à nous solliciter. S'il reste en retrait et ne s'investit pas, il va être frustré et  
114 c'est dommage pour lui.  
115 Cette transversalité peut être intéressante pour nous aussi, du fait que ça rentre dans le  
116 cursus universitaire, ça peut nous ouvrir des portes à d'autres diplômes. Moi, je suis  
117 diplômée, j'ai une licence de sociologie de la santé au départ, ça rejoint un peu vos  
118 études. Il y a un plus, c'est valorisant, dans votre diplôme, il y a plein de spécialité qui  
119 s'ouvre. »  
120 - « **Très bien, nous avons fait le tour, je vous remercie beaucoup pour cet entretien.** »  
121 - « Merci beaucoup, je trouve que ton sujet est très intéressant. »

## 7.7. Retranscription de l'entretien avec un infirmier d'un EHPAD

- 3 - « **Parlez moi un peu de ce nouveau programme, qu'en pensez-vous ?** »  
4 - « Ce que j'en pense sincèrement, je pense pas tout, parce que je l'ai pas complètement  
5 regardé, mais j'ai encadré pas mal d'élève dessus. Par rapport à ce que j'ai connu, car je  
6 suis une vieille infirmière, nos études se déroulaient en module, c'était logique. Là je  
7 trouve qu'il y a moins de logique. Des fois, il y a B avant A voilà. Je ne me suis encore  
8 concentré sur tous les cours qu'on faisait nous comme la législation, l'anatomie, la  
9 physiologique, la psychologie, la pharmacologie. En encadrant, je me suis rendu compte  
10 qu'il y avait des choses un peu illogiques. C'est ce que j'en pense. Ca c'est le  
11 programme en lui-même. »
- 12 - « **Par exemple, il y avait des éléments qui n'étaient pas encore vus...** »  
13 - « Oui, oui. Moi j'ai eu l'exemple d'une élève qui arrivait, toute neuve, 1ère année, 1er  
14 stage qui voulait déjà faire des soins techniques pour lesquels il faut une base qu'il faut  
15 au moins 6 mois pour acquérir. Ce n'est pas possible pour moi. Et on leur permet de le  
16 faire, il y a quelque chose qui ne va pas dans ce programme. »
- 17 - « **Avant justement l'arrivée de ce nouveau programme, pouvez-vous me décrire**  
18 **comment vous encadriez les étudiants ?** »  
19 - « Je les encadrais en fait comme je l'ai toujours fait. Jusqu'à il y a 3 ans, il y avait une  
20 logique dans le programme. Il y a une progression logique. C'est-à-dire qu'avant de  
21 faire un soin, on a vu l'hygiène, on a vu des tas de choses qui conditionnent la qualité  
22 d'un bon soin. Alors que maintenant, c'est plus le cas, par exemple. Je savais où j'en  
23 étais. Je pouvais les encadrer de manière structurée. C'était simple, si elles en étaient à  
24 un point, c'est qu'en principe, ce qui avait été vu avant était maîtrisé. Je savais où  
25 normalement l'élève devait en être. Maintenant, on leur demande ce qu'ils ont fait. Ils  
26 nous répondent : « Non ça on l'a pas vu. Et ça ? Oui ça on l'a vu. Ah bon ? » Alors que  
27 c'est quelque chose qu'on aurait pu repousser à 6 mois, voir plus tard. C'est plus  
28 difficile d'encadrer aujourd'hui. Je trouve que c'est plus difficile parce qu'il faut déjà,  
29 savoir où l'élève en est. Apprécier sur des critères qui sont pas forcément logiques. Je  
30 trouve que c'est plus compliqué. »
- 31 - « **Faut-il accorder plus de temps aux étudiants de ce nouveau programme plutôt**  
32 **qu'à l'ancien ?** »  
33 - « Oui, oui il faut plus de temps parce qu'il faut qu'on ait une appréciation qui est  
34 difficile à obtenir. Dans l'évaluation, ça c'est pas forcément un mal, mais ça prend plus  
35 de temps, l'évaluation. Ce n'est pas plus mal. L'accompagnement au début,  
36 l'encadrement, et l'évaluation, ça prend plus de temps oui. »
- 37 - « **Sur l'encadrement d'un soin comme un pansement simple, que mettiez-vous en**  
38 **place pour encadrer l'étudiant avant que ce nouveau programme arrive, et l'avez-**  
39 **vous changé avec le nouveau programme.** »  
40 - « Ah, sur un pansement simple on va dire. Je n'ai pas changé la façon d'encadrer.  
41 C'est toujours la même chose, ça n'a pas changé donc, je ne change pas ma méthode  
42 d'encadrement non. Les infirmiers d'aujourd'hui doivent arriver au même point que  
43 nous à la fin de nos études. Je m'adapte bien sur aux nouvelles pratiques, mais ça n'a  
44 rien à voir avec le fait qu'il y est un nouveau programme ou pas. Le nouveau  
45 programme ne change rien dans ma façon d'encadrer un étudiant... au contraire, je vais  
46 accorder plus de rigueur maintenant car je pense que, enfin il me semble, que c'est plus  
47 flou au départ. En tant qu'élève, vous n'avez pas vécu avant alors. Enfin, moi j'ai vécu  
48 tous les programmes, puisque ça fait 30 ans que j'ai mon diplôme. J'ai vécu beaucoup

49 de changement qui finalement, sur le fond, n'ont rien changé. C'est qu'au niveau de  
50 l'organisation que ça a changé. La manière dont c'était organisé avant, je trouvais  
51 mieux plus logique. Après, on n'a peut-être pas assez de recul sur les 3 ans. C'est moins  
52 structurant surtout au départ, surtout sur la 1<sup>ère</sup> année, je trouve. Ils ont du mal à se  
53 situer. C'est à dire que quelqu'un qui est structuré et qui est logique, il va avoir besoin  
54 d'être moins accompagné que quelqu'un qui n'est pas structuré et a du mal à se mettre  
55 dedans. Il va avoir besoin d'être plus accompagné parce que le programme ne l'aide  
56 pas. Il va falloir beaucoup plus l'aiguiller. »

57 - « **Votre expérience professionnelle a-t-elle changé quelque chose dans votre façon**  
58 **d'encadrer les étudiants ?** »

59 - « Au début du diplôme, on encadre pas. Il faut 3 ou 4 ans pour être bien et encadrer.  
60 Sinon ma façon d'encadrer a évolué dans la mesure où les techniques et le métier ont  
61 évolué. Dans le fond, concrètement, la manière d'enseigner non, je ne pense pas. »

62 - « **Quand vous réalisez un soin, vous lui demandez l'anatomie, la raison de ce soin,**  
63 **comment cela se passe ?** »

64 - « Quand je commence un soin avec l'étudiant, je le fait d'abord parler sur le soin. Pour  
65 voir un peu s'il sait le pourquoi, le comment, la situation face au patient, s'il comprend  
66 pourquoi il fait. Je suis là pour l'aider s'il ne sait pas, mais je veux que ce soit lui qui  
67 fasse le boulot. »

68 - « **Que pensez-vous du portfolio ?** »

69 - « C'est bien parce que c'est une peu un livret scolaire de A à Z de l'étudiant. Donc ça  
70 c'est bien. Après, c'est un petit peu trop complexe, trop long. Il y a des répétitions, les  
71 10 compétences, il y a un peu trop de répétition. C'est un gros travail, c'est lourd. C'est  
72 redondant. C'est bien dans la pratique, ça détaille. 1h30 de travail pour bien faire  
73 l'évaluation de l'étudiant. Ça permet de fouiller, de voir point par point, de questionner  
74 l'étudiant. Il y a des items, ça se regroupent, ce n'est pas toujours très clair. »

75 - « **Est-ce que personnellement, le nouveau programme vous oblige-t-il plus à**  
76 **remobiliser vos connaissances ?** »

77 - « Ben peut-être plus dans le nouveau oui. Car ils font plus de soins qui ne  
78 correspondent pas forcément là où ils en sont à l'ifsi. Avant, on avait des points de  
79 repère et une progression plus logique. On essayait de faire le stage de cardio/pneumo  
80 en 1<sup>ère</sup> année car on faisait le module en 1<sup>ère</sup> année. Il y avait quelque chose de super  
81 logique quand on tombait dans des stages en même que le module de même spécialité.  
82 La théorie qui collait à la pratique. Effectivement, on est obligé de se rappeler de  
83 certaines choses. On est plus obligé d'en parler, car en principe, on sait, mais il faut s'en  
84 rappeler. On explique plus car il y a des lacunes. Il y a des choses qui se voient plus de  
85 la même manière. Je suis un peu étonnée des fois sur les choses qui sont vues de  
86 manière très rapide. Je ne sais pas trop, je ne le connais pas par cœur ce programme. »

87 - « **Vous avez eu des informations sur le nouveau programme par l'ifsi ?** »

88 - « Non, la 1<sup>ère</sup> année, j'ai eu des élèves. La 2<sup>ème</sup> année, j'ai pas eu d'élève. Et là, cette  
89 année, j'ai toutes les années. C'était vraiment décousu. C'était Z avant A. Il a fallu que  
90 je mette des objectifs adaptés à l'année d'étude. Pour faire plus simple. On ne peut pas  
91 tout voir sur le 1<sup>er</sup> stage de 1<sup>ère</sup> année. En 1<sup>ère</sup> année, on ne fait pas de sondage urinaire.  
92 J'estime qu'en 1<sup>ère</sup> année, on commence par la base et après on évolue. Je pense que  
93 c'est la faille du système. Je pense que l'acte technique est trop mis avant au profit de la  
94 prise en charge globale du patient. Les étudiants veulent surtout faire des soins, alors  
95 qu'on leur demande de s'occuper d'un patient de A à Z. »

## 7.8. Retranscription de l'entretien avec un infirmier de psychiatrie

- 3 - « **Parlez-moi un peu de ce nouveau programme des études d'infirmier.** »
- 4 - « Alors ce nouveau programme est maintenant un programme universitaire qui a été  
5 mis en place il y a 2 ans et demi. On parle plus d'élève infirmier mais d'étudiant  
6 infirmier. Voilà, ça c'est les informations que quelques infirmiers ont mais très peu. Il y  
7 en a très peu qui savent que la loi a changé, que le cursus a changé. Bien qu'il y ait un  
8 document qui a circulé dans l'hôpital à l'initiative des ifsi et du syndicat hospitalier. »
- 9 - « **Comment expliquez-vous le fait que tous les infirmiers ne soient pas au courant de  
10 ce changement ?** »
- 11 - « Paradoxalement, il me semble que c'est les plus anciens qui sont plus au courant que  
12 les jeunes que le système d'étude a changé. Je pense que c'est dû à un manque  
13 d'information sur l'hôpital. Je pense que ce n'est pas que le travail de l'ifsi et du  
14 syndicat. C'est le travail de l'hôpital qui ne diffuse pas assez les informations. Car c'est  
15 quand même les infirmiers qui constituent le plus gros de la troupe. L'information doit  
16 se faire au niveau de l'ifsi. Que l'ifsi vienne à la rencontre des infirmiers, autour d'une  
17 réunion pour expliquer le programme. »
- 18 - « **Et justement, que pensez-vous de ce programme ?** »
- 19 - « Alors moi, ce que j'en ai vu, en secteur psychiatrique c'est que le nombre d'heure de  
20 stage et de cours théoriques avaient réduit comme peau de chagrin, et c'est ce que je  
21 déplore. Il y a eu pendant des années la spécificité en secteur psychiatrique DE, après il  
22 y a eu le diplôme tronc commun qui a nécessité un réajustement avec une consolidation  
23 des savoirs et une formation continue pour ceux qui ont entrepris une carrière en secteur  
24 psychiatrique. C'est regrettable que dans le nouveau programme, le champ de la  
25 psychiatrie se soit restreint. J'estime que tout étudiant doit avoir des études complètes et  
26 après libre à lui de se diriger dans un secteur selon son choix. Privé, public, psychiatrie,  
27 soins généraux. Je trouve qu'il y a eu une discrimination concernant la psychiatrie au  
28 niveau ministériel, et notamment dans ce nouveau programme. »
- 29 - « **Un stage de 10 semaines, vous trouvez que ce n'est pas assez ?** »
- 30 - « C'est peu. Les étudiants font 3 ans maintenant. 10 semaines, ça fait 2 mois et demi,  
31 en tenant compte des 10 premiers jours pour se repérer, en tout et pour tout, ça fait 2  
32 mois de stage. Au niveau des cours, je sais plus combien d'heure. »
- 33 - « **Alors, je ne sais plus exactement, mais on en fait en 1ère année où on étudie tout ce  
34 qui est névrose et en 3ème année où on étudie tout ce qui est psychopathologie.** »
- 35 - « C'est en général. Peut-être qu'on va me dire, in fine, que le numerus clausus est  
36 important et qu'à la fin des 3 ans des études, 80% des étudiants vont partir dans d'autres  
37 secteurs et 20% en psychiatrie. Je trouve que c'est dommage de ne pas donner les outils  
38 d'apprentissage des savoirs aux étudiants. C'est bien le reflet de la médecine française  
39 de maintenant, qui est déjà une médecine à deux vitesses, entre riches et pauvres, c'est  
40 clair de plus en plus. Il y a plus de considération en service de soins généraux. On est  
41 les parents pauvres des services de soins, la psychiatrie. »
- 42 - « **Plus concrètement, comment accueillez-vous, encadrez-vous un étudiant arrivant  
43 dans votre service ?** »
- 44 - « On est prévenu, en principe par les moniteurs d'ifsi qui nous adressent un courrier  
45 reçu par le cadre nous précisant qui vient. Quelle est son année ? Quand on l'accueille,  
46 on voit avec lui ses objectifs de stage. Après, il y a une cellule sur l'hôpital qui accueille  
47 les élèves et après les dispatche dans les unités. Après, ce qui nous concerne, dans les  
48 unités, il y a un système de référent. Un ou deux infirmiers vont être référents des

49 étudiants. Tout le monde encadre, ça c'est clair. Il y a ensuite des personnes qui ont  
50 suivis des formations sur le tutorat. Par exemple, je suis tuteur concernant les étudiants,  
51 mais aussi concernant les nouveaux diplômés. On les encadre, s'il y a un problème  
52 particulier, on voit ensemble. »

53 - « **Qu'entendez-vous justement par le fait d'encadrer un étudiant ?** »

54 - « Encadrer, il faut le prendre au sens large du terme. C'est-à-dire s'occuper plus  
55 particulièrement d'eux, de l'étudiant. Encadrer, c'est avoir un cadre, un contenant tout  
56 autour de l'étudiant. C'est pas la fonction cadre, management. Ça n'a rien à voir. C'est  
57 le référent, le tuteur de stage. C'est la personne qui va accueillir, qui va guider  
58 l'étudiant. Qui va prendre, qui va transmettre les savoirs, les pratiques, et qui va  
59 échanger surtout au niveau relationnel avec l'étudiant. »

60 - « **En quoi votre expérience professionnelle a modifié votre façon d'encadrer ?** »

61 - « On encadre toujours différemment par rapport au début de notre carrière. Ça dépend  
62 d'où on en est dans notre carrière. Quand on est jeune diplômé, on aime bien accueillir  
63 les étudiants parce qu'on est fraîchement diplômé, on sait comment cela se passe, on est  
64 plus au courant. On s'identifie plus et donc on a tendance à vouloir le guider. Après, on  
65 mûrit, on a de l'expérience dans la profession. On transmet d'autres savoirs. Moi ça fait  
66 30 ans que je travaille en psychiatrie, il y a un gros travail de transmission de savoirs.  
67 C'est très très important. La théorie c'est une chose, même sur un acte technique, après  
68 il y a le côté relationnel. Mais après, il y a la pratique. On te montre, tu apprends, tu le  
69 visualises, tu le fais 1 fois, 2 fois, 10 fois. C'est quelque chose de répétitif, ça rentre.  
70 C'est pareil sur le côté relationnel. Si tu vois comment on fait un entretien, comment on  
71 prend en charge les chambres d'isolement etc, c'est comme ça qu'on acquiert, et qu'on  
72 échange, qu'on parle, que ce soit interactif. Tu as une formation, tu as des études. Et  
73 après il y a le terrain, et c'est là, où tu vas consolider merveilleusement tes savoirs et  
74 que tu vas mettre en pratique ce qu'on t'a appris où ce qu'on ne t'as pas appris. Vu le  
75 peu d'heure de cours que vous avez, c'est sur le terrain que tu apprends et notamment  
76 au niveau théorique, avec des champs de pensée différents. C'est pour ça qu'on  
77 progresse, mais ça c'est dans tous les métiers. Un maçon a ce devoir de transmission  
78 des savoirs également. C'est un peu du compagnonnage. L'ainé accompagne, entoure le  
79 plus jeune et lui transmet son savoir. Le jour ou une culture, une société ne transmet  
80 plus ses savoirs, c'est une société qui meurt et qui nie l'expérience et qui ne souhaite  
81 pas se renouveler. La transmission, le savoir serait bloqué. C'est du totalitarisme. »

82 - « **Est-ce que ce nouveau programme a changé la façon dont vous transmettez vos  
83 savoirs ?** »

84 - « Non pas du tout. »

85 - « **Avez-vous entendu parler de ce qu'on appelle la posture réflexive de l'étudiant ?** »

86 - « Non pas du tout. »

87 - « **En fait, cette posture va être mise en place par l'étudiant lui même face à chaque  
88 situation de soin qu'il va rencontrer. Il va rechercher à comprendre ce qu'il va  
89 devoir faire comme actes, comment il va les faire, pourquoi il va les faire pour  
90 maîtriser la situation qu'il a devant lui et ainsi valider les compétences en rapport  
91 avec cette situation.** »

92 - « En fait, il va réaliser un travail personnel. Il va progresser de façon personnelle, un  
93 peu un autodidacte si on veut. C'est une posture courante que nous rencontrons dans  
94 notre métier. L'étudiant qu'on encadre partage beaucoup de chose avec nous. Mais on  
95 lui laisse de l'autonomie, son questionnement qu'il peut nous faire part, on échange  
96 alors sur ça. Ça fait partie du travail personnel. Il y a des choses qu'on ne peut pas faire

97 à la place de l'étudiant. On peut encadrer, un peu transmettre, mais on ne peut pas faire  
98 le travail à sa place. C'est à lui à faire des recherches dans des informations directes ou  
99 indirectes, grâce aux dossiers, aux patients lors d'un entretien. Par contre, on peut le  
100 guider. Par exemple lors d'un entretien, on va le guider pour ne pas qu'il se mette en  
101 danger. Avant de laisser quelqu'un en autonomie, on va vérifier si c'est acquis. Ce qui  
102 prime dans notre métier, c'est d'être au risque zéro. »

103 - « **Et justement lors d'un soin, comment encadrez-vous l'étudiant ?** »

104 - « Tu sais que le soin en psychiatrie est à prendre au sens large. En psychiatrie on peut  
105 faire un pansement, on peut mettre des points, enlever des points, on peut faire un  
106 entretien, on peut faire une sortie thérapeutique, on peut monter un atelier, faire de la  
107 peinture... le soin est le plus large possible en psychiatrie. On essaye donc au départ, de  
108 faire ensemble avec l'étudiant. Quand il nous semble que c'est acquis, qu'il n'est plus  
109 en difficulté, l'étudiant va le faire seul. On va surveiller de loin. Par exemple, pour  
110 mener un entretien, s'il nous semble que la maturité est acquise, je vais le laisser faire.  
111 Je vais lui conseiller tel ou tel patient. Celui-ci tu évites de le prendre etc. On sait que ce  
112 patient peut le mettre en difficulté, donc, on essaye de le favoriser avec ce qui est  
113 facile. »

114 - « **Connaissez-vous le portfolio ?** »

115 - « C'est un sacré bordel. Tous les items sont compliqués. Ils sont redondants. Ils ne  
116 sont pas adaptés à la psychiatrie. Concernant les étudiants qui font leur premier stage en  
117 psychiatrie, on aurait tendance à mettre non acquis. C'est difficile d'évaluer l'étudiant  
118 dans cette condition là. Je préférerais les anciennes feuilles, que je trouvais plus adaptées  
119 à la psychiatrie. Ce n'est pas très accessible. Même les étudiants quand on leur  
120 demande, mais ça, ça veut dire quoi, ils ne savent pas trop quoi répondre. On a manqué  
121 de modestie et de simplicité dans les termes, dans les expressions. Il y a à l'affiner et à  
122 faire un dépoussiérage. Il y a en contrepartie, une traçabilité sur 3 ans. C'est compliqué.  
123 Quand on doit remplir le portfolio, on se réunit tous en équipe et on le fait en équipe.  
124 Bon par contre, il y a plus de système de note, ça c'est bien. La note était subjective.  
125 Dans le cas présent, c'est des acquisitions, une appréciation, et c'est très important. Ça  
126 permet au jury final de voir comment se sont passées les études de l'étudiant. Les  
127 étudiants sont très sensibles à l'appréciation. »

128 - « **Comment trouvez-vous le fait que la formation soit par évaluation de**  
129 **compétence ?** »

130 - « La validation des compétences c'est la meilleure. Quand tu as acquis quelque chose,  
131 tu es sensé savoir le faire, c'est acquis. C'est pour ça que la note, ça renvoi à l'école,  
132 c'est très scolaire. C'est carré, acquis, pas acquis. C'est mieux moi je trouve. C'est pas  
133 la note qui va prouver que l'étudiant va devenir un bon professionnel. C'est  
134 l'expérience et l'acquisition sur le terrain, c'est la mise en pratique des savoirs appris  
135 lors des études, des recherches effectuées. Par exemple, un jeune autiste va arriver dans  
136 le service, tu ne connais rien de l'autisme, moi je vais te briffer de façon théorique, sur  
137 la relation, sur comment a pu s'installer cette pathologie etc. Je vais faire des recherches  
138 sur internet, je vais te parler de tel auteur, te conseiller un livre pour te guider. »

139 - « **Justement, le fait de réaliser des recherches pour encadrer l'étudiant arrive plus**  
140 **fréquemment avec le nouveau programme qu'avec l'ancien ?** »

141 - « Non, ça se faisait avant aussi. La curiosité intellectuelle n'est pas l'apanage d'un  
142 programme d'étude. Je pense qu'on fait ce métier par passion, on a envie de transmettre.  
143 Ça fait partie de la culture, de la curiosité pour permettre à l'étudiant d'avoir des études  
144 complètes et ainsi choisir ce qu'il veut faire. »

- 145 - « **Cette mise en place du nouveau programme a-t-elle été bien faite ?** »  
146 - « Non sûrement pas. Les nouveaux programmes sont très rarement faits en rapport  
147 avec les desiderata des personnes concernées. C'est-à-dire les étudiants eux-mêmes, et  
148 les professionnels de santé. Donc il y a un gros lobbying auprès du gouvernement. On a  
149 manqué énormément d'infirmière en France parce qu'ils avaient décidé qu'il y en avait  
150 trop. On a réduit le numerus clausus, on a fait venir des infirmières roumaines,  
151 espagnoles etc, cela a été une catastrophe, on a recruté à tour de bras, on a rouvert les  
152 quotas dans les ifsi. C'est dommage qu'on ait pas tenu compte de la pertinence de nos  
153 observations, nous qui sommes sur le terrain. Moi je suis toujours pour qu'il y ait un  
154 tronc commun pendant tant d'année et qu'après, l'étudiant puisse déterminer où il veut  
155 aller. »
- 156 - « **Est-ce que le fait de changer de programme peut-il déranger ?** »  
157 - « Non. Je ne pense pas. Tu sais, la psychanalyse le montre bien. Tout nouveau  
158 changement est anxiogène. Mais pas là. Ce n'est pas quelque chose qui déstabilise.  
159 Notre activité est axée sur autre chose. Les étudiants sont accueillis, sont encadrés. On  
160 fait toujours la même chose. La pratique infirmière n'a pas évolué. »

## 7.9. Programme d'une formation de tuteurs de stage des étudiants

Formation d'adaptation à l'évolution de l'environnement

### FORMATION DES TUTEURS DE STAGE DES ETUDIANTS IDE DANS LE CADRE DE LA REFORME LMD



#### Objectifs

- Comprendre les changements induits par la réforme, les nouvelles dispositions du référentiel de formation, en particulier l'approche par compétences ;
- Identifier le rôle et la place des différents acteurs ;
- Evaluer les compétences des stagiaires ;
- Connaître les outils d'évaluation et de suivi des stagiaires.
- Mettre en place une situation professionnalisante

#### Public

Personnels encadrant les IDE en stage.

#### Durée

4 jours : 3 jours + 1 jour.

#### Programme :

##### 1er jour

Comprendre le « pourquoi » du nouveau référentiel formation  
Evolution globale des besoins et de l'offre de santé ;  
Impact sur les compétences infirmières requises ;  
Réforme des études universitaires, Accord de Bologne ;

Les changements amenés par le nouveau référentiel de formation  
La nouvelle logique de formation ;  
L'approche pédagogique par compétence ;  
Les outils pédagogiques ;  
Le rôle des différents acteurs.

##### 2e jour

Comprendre le rôle professionnalisant des stages  
les stages, le livret d'accueil, les situations de soins prévalentes, le portfolio.  
Connaître le rôle du tuteur de stage  
Le concept du tutorat, sa place dans l'équipe de soins et son rôle pédagogique.

##### 3e jour

L'évaluation des acquis en stage  
Les différents types d'évaluation ;  
L'évaluation des compétences : aide à l'analyse et remplissage des critères et indicateurs.  
L'auto évaluation des compétences sur le portfolio : réflexion sur la mesure des écarts.

##### 4e jour

La pratique réflexive et les situations professionnelles apprenantes  
Retour d'expériences et mise en commun des outils de progression travaillés ;  
Analyse de cas concrets et exercices pratiques afin d'ancrer les compétences à partir de situation de tutorat.

#### Dates & Lieux :

23 au 25 janvier & 13 février 2012  
Délégation Régionale ANFH PACA

#### Date limite d'inscription

15 décembre 2012

#### Organisme formateur

INFIPP

## **RESUME**

La réforme des études en soins infirmiers, installée depuis 2009 a engendré beaucoup de changements. L'approche par compétences, le tutorat en stage, la pédagogie par les sciences cognitives sont désormais au coeur des études. Ces changements impliquent que les infirmiers suivent le pas en se formant au tutorat afin de garantir un encadrement de qualité. Les nouveaux professionnels que nous seront, pourront continuer à répondre d'une part, à la demande de soins croissante de notre pays et d'autre part aux maladies chroniques de plus en plus nombreuses.

## **MOTS CLÉS**

Réforme des études en soins infirmiers  
Compétences  
Encadrement de l'étudiant infirmier  
Tuteur de stage  
Théories de l'apprentissage

## **ABSTRACT**

The 2009 reform concerning nursing studies has generated a lot of changes. The skills-based approach, the tutoring during internship and the teaching methods by cognitive sciences are now at the core of the study programme. These changes imply that nurses follow the trend, training themselves in tutoring in order to ensure a good quality of supervision. The new professionals that we'll be, could go on answering on the one hand at the growing demands of health-care in our country and on the other hand at more and more chronic diseases.

## **KEYWORDS**

Reform concerning nursing studies  
Skills  
Supervision of the student nurse  
Internship supervisor  
Teaching methods