



HAL
open science

Une ingénierie inventive au service de l'individualisation des parcours de formation. Le cas des étudiants en soins infirmiers

Guillaume Steux

► To cite this version:

Guillaume Steux. Une ingénierie inventive au service de l'individualisation des parcours de formation. Le cas des étudiants en soins infirmiers. Education. 2014. dumas-01061240

HAL Id: dumas-01061240

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01061240>

Submitted on 5 Sep 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Lille 1
CUEEP
Département des sciences de l'éducation et formation des adultes

Sciences Humaines et Sociales
Mention Sciences et Métiers de l'Enseignement, de l'Education et de la Formation

Master 2 Option Ingénierie de formation

**Une ingénierie inventive au service de l'individualisation
des parcours de formation**

Le cas des étudiants en soins infirmiers

Mémoire présenté par Guillaume STEUX

Sous la direction de Malik MEBARKI
Maître de conférences, CUEEP – Université de Lille 1

Jury :

Véronique CABARET, Tuteur professionnel, Cadre Supérieur de Santé, Formateur
à l'IFCS du CHRU de Lille, Docteur en Sciences de l'Education

Malik MEBARKI, Tuteur universitaire, Maître de conférences, CUEEP –
Université de Lille 1

Thérèse-Marie PREDHOMME, Professionnel expert, Cadre de Santé Formateur,
IFSI, Dunkerque

Juin 2014

Université de Lille 1
CUEEP
Département des sciences de l'éducation et formation des adultes

Sciences Humaines et Sociales
Mention Sciences et Métiers de l'Enseignement, de l'Education et de la Formation

Master 2 Option Ingénierie de formation

**Une ingénierie inventive au service de l'individualisation
des parcours de formation**

Le cas des étudiants en soins infirmiers

Mémoire présenté par Guillaume STEUX

Sous la direction de Malik MEBARKI
Maître de conférences, CUEEP – Université de Lille 1

Jury :

Véronique CABARET, Tuteur professionnel, Cadre Supérieur de Santé, Formateur à l'IFCS du CHRU de Lille, Docteur en Sciences de l'Education

Malik MEBARKI, Tuteur universitaire, Maître de conférences, CUEEP – Université de Lille 1

Thérèse-Marie PREDHOMME, Professionnel expert, Cadre de Santé Formateur, IFSI, Dunkerque

« L'université de Lille 1 n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans le mémoire, ces opinions doivent être considérées comme propres à l'auteur. »

Juin 2014

REMERCIEMENTS

J'adresse mes remerciements à toutes les personnes qui m'ont encouragé, soutenu au cours de ces dix mois de formation et qui ont contribué à l'écriture de ce mémoire.

Je tiens à remercier plus particulièrement :

- Mme Cabaret Véronique pour sa disponibilité, son écoute, ses conseils et pour son « *accompagnement raisonnable* ».
- Mr Mebarki Malik pour son écoute, ses encouragements et ses critiques constructives.
- L'ensemble des personnes interviewées pour leur disponibilité, la richesse et la qualité des échanges lors des entretiens.
- Mme Turzynski Laurence et Mr Demol Jean-Noël pour leur accompagnement chaque mardi matin et pour leurs précieux conseils.
- Mme Bidon Mireille pour son accompagnement et son soutien.
- L'ensemble des collègues de la promotion et tout particulièrement Laetitia, Sabine et Nicolas pour leur soutien, leurs conseils, pour avoir pris le temps de m'écouter, de me lire, de me rassurer tout au long de ces dix mois et pour nos moments de détente si précieux.
- Mes amis pour leur compréhension de mon manque de disponibilité et leur soutien « à distance ».
- Et enfin, mes parents et ma famille pour leurs encouragements, leur patience, le temps qu'ils m'ont consacré et pour tout ce qu'ils ont mis en œuvre pour faciliter mon parcours de formation.

« Le programme n'est qu'un cadre, il reste à peindre le tableau. »

Yves Chevallard

SOMMAIRE

Remerciements

Introduction générale	1
------------------------------------	----------

Première partie : Regard historique sur la profession et sur la formation infirmière aboutissant à des réflexions et à l'émergence d'un questionnement

Chapitre 1 : Le contexte	7
--------------------------------	---

Chapitre 2 : Réflexions et émergence du questionnement : le constat.....	13
--	----

Deuxième partie : A la rencontre des acteurs.....

Chapitre 1 : Entretiens exploratoires.....	18
--	----

Chapitre 2 : Poursuite de l'enquête : Des entretiens à usage principal	36
--	----

Chapitre 3 : Analyse croisée des entretiens	63
---	----

Chapitre 4 : Conclusion provisoire et évolution de la question de départ.....	65
---	----

Troisième partie : Regards portés par les auteurs.....

Chapitre 1 : Cadre conceptuel.....	68
------------------------------------	----

Chapitre 2 : Conclusion provisoire, problématique et hypothèses.....	91
--	----

Quatrième partie : Regard distancié sur ma pratique et perspectives professionnelles

Chapitre 1 : Un nécessaire regard distancié sur ma pratique	95
--	----

Chapitre 2 : ...aboutissant à des perspectives professionnelles et une projection dans une mission d'ingénierie de formation	97
--	----

Conclusion générale	109
----------------------------------	------------

Glossaire	113
------------------------	------------

Bibliographie	114
----------------------------	------------

Table des matières.....	119
--------------------------------	------------

INTRODUCTION GENERALE

Infirmier diplômé d'Etat depuis 2005, j'ai d'abord exercé dans un service d'accueil d'urgences pédiatriques. Ce choix était orienté car, à l'issue de la formation initiale, je me questionnais sur la possibilité de poursuivre mes études afin de devenir puériculteur. Pour cela je souhaitais avoir une expérience professionnelle auprès d'enfants afin de conforter ce choix.

Après trois années dans cette unité, j'ai, dans le cadre d'un rapprochement familial, quitté la pédiatrie, en prenant une disponibilité, pour travailler dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Ce changement de département, d'établissement, le passage du secteur public au secteur privé, les spécificités de prises en charge de personnes âgées m'ont amené à me questionner sur mon choix d'évolution professionnelle.

Après une année, j'ai eu l'opportunité de rejoindre la fonction publique hospitalière et d'intégrer un Centre Hospitalier où j'ai exercé dans l'unité de soins intensifs de cardiologie, puis en qualité de faisant fonction de cadre de santé de proximité en unité de soins de longue durée pour ensuite intégrer l'institut de formation en soins infirmiers.

Depuis ma première prise de poste, j'ai toujours porté un grand intérêt à l'encadrement des étudiants et à leur accompagnement durant leur stage sous plusieurs formes : référent de stage, membre d'un groupe de travail d'encadrement des stagiaires, participation à l'élaboration d'un livret d'accueil, participation à des mises en situations professionnelles en qualité de co-jury....

Lors de ma prise de poste, en septembre 2009, en qualité de faisant fonction de cadre de santé de proximité, j'ai également eu la responsabilité d'appliquer la nouvelle réforme de la formation initiale des infirmier(e)s en unité de soins et de prendre conscience de toutes les interrogations que ce nouveau programme suscitait.

Interrogations, que j'ai également retrouvées lors de ma prise de poste à l'institut de formation en 2011 auprès de formateurs responsables de la 2^{ème} année de formation, qui « inauguraient » la mise en place de ce nouveau programme de formation.

Ces expériences professionnelles, dans différents secteurs d'activités et établissements m'ont permis d'acquérir des compétences, de m'adapter aux changements et de m'enrichir grâce aux rencontres et aux échanges fructueux avec de nombreux professionnels.

De plus, cela m'a également permis de réorienter mon projet professionnel, à savoir exercer le métier de cadre de santé.

Fin 2011, lors de mon entretien individuel d'évaluation, la question de mon départ en formation cadre de santé est abordée. Je décide, avec l'accord de ma hiérarchie de me présenter, en candidat libre, au concours d'entrée en mars 2012 au Centre Hospitalier

Régional Universitaire de Lille. Mon projet professionnel se concrétise avec l'obtention du concours d'entrée. Faute de financement, un report d'un an m'est accordé.

J'intègre donc l'institut de formation des cadres de santé en septembre 2013 et l'université de Lille 1 dans le cadre d'un master 2 « Ingénierie de formation ».

Cette année de formation, de par sa richesse et le double cursus, va me permettre :

- D'approfondir mes connaissances relatives à l'organisation, l'encadrement d'une équipe grâce à l'étude de modèles théoriques et aux analyses réalisées en stage.
- D'acquérir de nouvelles méthodes, d'améliorer mes pratiques, d'enrichir et de développer mes savoirs en pédagogie.
- D'effectuer l'analyse de mes pratiques professionnelles et ainsi de favoriser une démarche réflexive.
- D'améliorer ma pratique d'accompagnement des élèves et étudiants dans leur parcours de formation.
- D'acquérir une méthodologie de recherche scientifique.
- D'approfondir ce qu'est l'ingénierie de formation et l'intégrer dans ma pratique.
- De mieux appréhender le lien entre compétences et formation.
- De développer mes connaissances dans le cadre de la formation initiale et continue.
- De développer des capacités d'observation, d'analyse et de réflexion dans la participation à l'élaboration des projets de formation.

Très vite, il nous est demandé de réfléchir à un thème relatif à notre vécu professionnel sur lequel nous souhaiterions effectuer un travail de recherche. Les « accompagnements mémoire » réalisés à l'institut et à la faculté m'ont permis de clarifier mon choix en ayant à l'esprit cette phrase « votre mémoire vous servira au quotidien, il sera un outil de travail ».

Retournant à l'institut de formation en soins infirmiers à l'issue de la formation cadre, je souhaitais m'orienter vers un thème relatif à la formation initiale infirmière.

C'est pourquoi, j'ai fait le choix de porter mon questionnement sur les changements qu'avait engendré la mise en application du référentiel de formation en soins infirmiers en septembre 2009 notamment en lien avec la mise en place de parcours de formation individualisés pour les étudiants.

Ce questionnement m'a amené à poser la question de départ suivante : en quoi et comment le cadre de santé formateur peut-il faciliter la mise en place d'un parcours de

formation individualisé pour l'étudiant en soins infirmiers en partenariat avec les maîtres de stage ?

Au fil des écrits, cette question initiale s'est progressivement transformée pour aboutir à la problématique suivante : comment le cadre de santé formateur, en partenariat avec l'apprenant et les professionnels des terrains de stage, peut-il instaurer une ingénierie inventive dans l'objectif de faciliter l'individualisation du parcours de formation de l'étudiant en soins infirmiers ?

Ce travail qui s'inscrit essentiellement dans le courant de pensée des sciences de l'éducation est composé de différentes parties qui permettent d'identifier la place de l'individualisation des parcours en formation initiale infirmière et, en quoi et comment cette individualisation peut-elle être pensée et facilitée par un ensemble d'acteurs.

Une première partie intitulée « Regard historique sur la profession et sur la formation infirmière aboutissant à des réflexions et à l'émergence du questionnement » permet de situer la formation initiale actuelle dans son contexte et de mieux appréhender la lecture du mémoire. Elle aboutit à l'écriture d'un constat qui retrace mon exercice en qualité de faisant fonction de cadre de santé formateur en institut de formation en soins infirmiers et qui précise mes réflexions et mon questionnement en lien avec le thème choisi.

Dans une deuxième partie nommée « A la rencontres des acteurs », le thème est exploré auprès de professionnels de la formation sous forme d'entretiens. Ces échanges avec les acteurs de la formation, d'une très grande richesse, permettent d'élargir le regard porté sur l'individualisation des parcours de formation et se concluent, suite à leur analyse, par un réajustement de la question de départ en question de départ repensée. De plus, cette partie précise les concepts et notions à développer.

Dans une troisième partie qui a pour titre « Regards portés par les auteurs », les concepts d'individualisation et d'alternance sont étudiés. Ces apports théoriques, en lien avec le constat et les entretiens viennent éclairer la question de départ repensée. A l'issue de cette partie, la problématique ainsi qu'une hypothèse principale et une hypothèse secondaire sont proposées.

Enfin, la quatrième partie consiste en une prise de recul par rapport à ces 10 mois de formation, à l'ensemble des apports, des échanges et à l'écriture du mémoire et me permet de me projeter de manière pragmatique dans ma future fonction de cadre de santé formateur et de m'inscrire dans une mission d'ingénierie de formation.

Il est à noter que l'organisation du mémoire peut sembler déséquilibrée au profit de la deuxième partie mais j'ai fait le choix de privilégier les propos des acteurs de la formation. La richesse des propos recueillis lors des interviews permet de mettre en lumière l'ensemble des regards posés sur l'individualisation des parcours de formation, les réflexions qu'elle suscite et son opérationnalisation dans des lieux d'exercice variés.

PREMIERE PARTIE : REGARD HISTORIQUE
SUR LA PROFESSION ET SUR LA FORMATION
INFIRMIERE ABOUTISSANT A DES
REFLEXIONS ET A L'EMERGENCE D'UN
QUESTIONNEMENT

CHAPITRE 1 : LE CONTEXTE

Afin de mieux appréhender la lecture de ce travail, il me semble important d'apporter des précisions sur le contexte dans lequel la formation initiale des infirmier(e)s se situe.

Ce chapitre permet de mettre en évidence toute l'évolution, au fil de l'histoire, de la profession et de la formation des infirmier(e)s pour arriver à l'élaboration d'un constat.

1. HISTORIQUE DE LA PROFESSION ET DE LA FORMATION

1.1 Des origines jusqu'au XIX^{ème} siècle

La profession d'infirmier(e) est étroitement liée au concept de soin ; soins qui existent depuis toujours dans la mesure où « *dès que la vie apparait, les soins existent car il faut « prendre soin » de la vie pour qu'elle puisse demeurer* ». (M-F. Collière, 2004, p. 23) Deux origines sont identifiées à l'action de soigner : l'une est « *d'assurer la continuité de la vie et de l'espèce* » (*Ibid.*, p. 24) qui regroupe les actes quotidiens, soins aux enfants... réalisés par les femmes, l'autre est d'assurer les soins nécessitant l'utilisation d'outils d'incision ou de suture, de la force physique et sont réalisés par les hommes.

Historiquement, les soins de confort, de qualité de vie sont confiés « *aux ordres religieux féminins qui œuvrent et qui sont hébergés dans des lieux ouverts aux nécessiteux* » (C. Duboys Fresney, G. Perrin, 2011, p. 8) nommés Hôtel Dieu.

En 1398, le terme « *enfermier* » apparait et désigne la religieuse qui est chargée de soigner ses consœurs malades.

Face au constat que l'acte de charité ne suffit plus et que les soins requièrent des compétences et une forme d'organisation, Saint-Vincent de Paul en 1633 crée un ordre non religieux, les Filles de la charité. Il est à l'initiative d'une ébauche de formation professionnelle.

La révolution française de 1789 va modifier le statut des hôpitaux qui deviennent laïcs. Les religieuses tiennent toujours une place importante même si des infirmières laïques, recrutées principalement dans les catégories sociales défavorisées, font leur apparition.

Par la suite, le Dr Désiré Magloire Bourneville va se fixer comme objectif de « *relever le niveau de recrutement du personnel laïc appelé à remplacer les religieuses dans*

les hôpitaux » (*Ibid.*, p. 14) et, les 1^{er} avril et 20 mai 1878 vont s'ouvrir deux écoles à Paris ayant pour principe un apprentissage théorique et pratique.

Parallèlement, la Croix-Rouge française, créée le 25 mai 1864, va faire évoluer la formation avec un enseignement assuré par les hôpitaux. De plus, l'Union des femmes, une des trois sociétés qui composent la Croix Rouge va s'orienter vers la formation et publier un manuel d'instruction des infirmières.

1.2 Le XX^{ème} siècle : une succession de programmes d'études et une profession qui évolue

La circulaire du 28 octobre 1902, relative à l'application de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite et la création d'écoles d'infirmières va être à l'initiative de nombreuses évolutions.

En France, L. Chaptal, suite à la rédaction d'un rapport, va être à l'initiative de la création d'un diplôme « brevet de capacité professionnelle », relatif à la profession d'infirmier(e), officialisé par le décret du 27 juin 1922 et d'une uniformisation de la formation avec la mise en place d'un programme d'enseignement, principalement orienté sur la pratique, d'une durée de 22 mois officialisé par l'arrêté du 24 juin 1924.

Cette évolution fait suite aux observations menées par L. Chaptal dans cette période d'après guerre. « *Elle juge l'enseignement du Dr Bourneville insuffisant et propose un programme plus en rapport avec les besoins de santé de la population française* » (*Ibid.*, p. 18).

Ce programme forme deux types d'infirmières : « les hospitalières » et les « visiteuses d'hygiène sociale, de la tuberculose et de l'enfance ».

Ce n'est qu'en 1946, qu'est donnée une définition de la profession d'infirmière, dans la loi du 8 avril du Code de la Santé Publique, livre IV, titre II, article L 473 : « *Est considérée comme exerçant la profession d'infirmier ou d'infirmière toute personne qui donne habituellement soit à domicile, soit dans les services publics ou privés d'hospitalisation ou de consultation, des soins prescrits ou conseillés par le médecin* ».

En 1951, un programme des études, d'une durée de 2 ans, voit le jour. La première année est commune pour les élèves infirmières, les assistantes sociales et les sages-femmes. L'enseignement est clinique le matin lors des stages et l'après-midi, à l'école, est consacré à l'enseignement théorique principalement dispensé par des médecins et des pharmaciens. Les monitrices assurent le contrôle des élèves et l'explicitation des cours, développent le rôle infirmier et enseignent les gestes relatifs aux techniques de soins.

Dix années plus tard, en 1961, un nouveau programme est instauré. Il a la particularité d'être spécifique à la formation infirmière.

En 1972, la formation évolue de nouveau avec un allongement de la durée des études, passant de 24 à 28 mois. Le niveau demandé pour l'entrée à l'école d'infirmière est le brevet d'études du 1^{er} cycle.

En 1978, la loi n°78-615 du 31 mai du code de la santé publique relative à la profession d'infirmier et d'infirmière modifie l'article L473 et montre l'évolution de la pratique en instaurant une autonomie et davantage de responsabilité : *« est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier, toute personne qui, en fonction des **diplômes** qui l'y habilitent, donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou bien en application du **rôle propre qui lui est dévolu**. En outre, l'infirmière participe à différentes actions de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement »*.

La pratique infirmière a donc fortement évolué en passant d'une organisation *« autour de différentes tâches prescrites par le médecin pour investiguer, traiter, surveiller la maladie »* (M-F. Collière, 2004, p.128) soit un rôle d'auxiliaire du médecin ou d'exécutant à un professionnel de santé possédant une qualification et exerçant sur rôle propre ou sur prescription médicale.

En 1979, les études passent à 33 mois. L'introduction des sciences humaines dans la formation permet de faire évoluer la conception du malade qui n'est plus uniquement vu au travers d'une pathologie mais comme une personne bio-psycho-sociale. Le niveau scolaire d'accès aux études augmente car à partir de 1987, il est nécessaire de posséder le baccalauréat.

Le programme des études de 1992 marque un tournant dans la formation initiale.

Une nouvelle terminologie vient appuyer ce changement. Le mot « élève » est remplacé par le mot « étudiant » et les mots « école d'infirmiers » sont remplacés par les mots « centre de formation en soins infirmiers »¹ qui deviendront « institut de formation en soins infirmiers » en juin 1992. Les monitrices deviennent formatrices.

La formation est allongée de 33 à 37,5 mois, toujours en alternance, et aboutit à la délivrance d'un diplôme commun, alors qu'auparavant, il existait une distinction entre infirmier de soins généraux et infirmier psychiatrique.

La formation est organisée en modules répondant principalement à un « découpage par disciplines médicales » : module pneumologie, pédiatrie, cardiologie...

¹ Article 4 du décret no 92-264 du 23 mars 1992 modifiant le décret no 81-306 du 2 avril 1981 modifié relatif aux études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier et d'infirmière.

La durée de la formation est ainsi passée de 22 mois à 37,5 mois en 70 ans.

1.3 2009 : une réforme, un référentiel de formation

Dans un contexte en mutation avec une évolution des besoins et de l'offre en santé (le vieillissement de la population, le développement de techniques pointues, des exigences d'efficacité liées à des contraintes économiques...) et d'universitarisation de la formation dans le cadre des accords de Bologne, la formation infirmière se voit modifiée et vient s'inscrire dans le processus LMD (Licence-Master-Doctorat) le 31 juillet 2009 par arrêté.

Les objectifs, lors de la création de ce « nouveau » diplôme, sont d'ailleurs repris par M-A. Coudray et C. Gay dans leur ouvrage (2009, p. 39) :

- « *La construction du diplôme doit permettre de mieux préparer à l'exercice du métier et de développer chez l'étudiant des savoirs, des savoir-faire et une pratique réflexive qui lui permettent d'agir dans des situations professionnelles nouvelles* ».
- « *Offrir la possibilité de poursuivre un cursus universitaire* ». Le diplôme d'Etat est associé à un grade licence lui conférant une reconnaissance et un niveau universitaire.

La formation est organisée sur 3 années réparties en 6 semestres de 20 semaines chacun. Elle repose sur la base de l'alternance avec la répartition d'heures suivantes :

- 2100 heures de formation théorique,
- 2100 heures de formation clinique en stage,
- 900 heures estimées de travail personnel.

2. LA CONSTRUCTION DU « NOUVEAU DIPLOME » : UNE INGENIERIE DE FORMATION

Bien qu'il existait un « décret d'actes » datant de 1984 remplacé aujourd'hui par les articles R.4311-1 à R4311-15 du code de la santé (Quatrième partie, Livre III, Titre Ier, Chapitre Ier, Section 1 : Actes professionnels) qui constituent le cadre réglementaire de la profession, ceux-ci ne détaillent pas l'ensemble des activités réalisées au quotidien par les infirmier(e)s.

La construction du « nouveau diplôme », a donc nécessité, dans un premier temps, la réalisation d'un référentiel d'activités (annexe 1 de l'arrêté du 31 juillet 2009 modifié relatif au diplôme d'Etat d'infirmier) qui consiste à décrire et lister les activités relatives au métier.

Neuf activités principales ont été identifiées :

- Observations et recueil de données cliniques,
- Soins de confort et de bien être,
- Information et éducation de la personne, de son entourage et d'un groupe de personnes,
- Surveillance de l'évolution de l'état de santé des personnes,
- Soins et activités à visée diagnostique et thérapeutique,
- Coordination et organisation des activités et des soins,
- Contrôle de la gestion de matériels, dispositifs médicaux et produits,
- Formation et information de nouveaux personnels et de stagiaires,
- Veille professionnelle et recherche.

Chacune est déclinée en activités détaillées.

Dans un deuxième temps, suite à la constitution de ce listing d'activités, un référentiel de compétences (annexe 2 de l'arrêté du 31 juillet 2009 modifié relatif au diplôme d'Etat d'infirmier) fut élaboré.

M-A. Coudray et C. Gay (2009, p. 56) énoncent la méthodologie employée :

« *L'élaboration, réalisée en groupe de travail, a été effectuée en deux phases :*

- ***Une phase analytique**, au cours de laquelle ont été identifiées l'ensemble des compétences nécessaires à la conduite des activités, avec un souci d'exhaustivité ;*
- ***Une phase synthétique**, au cours de laquelle ont été identifiés les domaines de compétences constitutifs du diplôme, en fonction des compétences ciblées pour l'exercice du métier par un professionnel débutant. »*

A l'issue de ce travail, dix compétences ont été identifiées :

5 compétences « cœur de métier » :

- Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier.
- Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers.
- Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens.
- Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique.
- Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs.

5 compétences transverses :

- Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins.
- Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle.
- Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques.

- Organiser et coordonner des interventions soignantes.
- Informer et former des professionnels et des personnes en formation.

Pour chaque compétence, des critères d'évaluation complétés par des indicateurs permettent de définir le niveau d'exigence pour la validation.

Enfin, dans un 3^{ème} temps, le référentiel de formation (annexe 3 de l'arrêté du 31 juillet 2009 modifié relatif au diplôme d'Etat d'infirmier) fut élaboré à partir de la méthodologie suivante :

- « Identifier les situations professionnelles clés en relation avec chaque compétence ;
- Identifier les savoirs nécessaires à la mise en œuvre de ces compétences dans les situations clés ;
- Identifier et organiser les unités d'enseignement ;
- Détailler chaque unité d'enseignement ;
- Organiser et mettre en cohérence l'ensemble des unités d'enseignement et des ECTS² par semestre. » (M-A. Coudray et C. Gay, 2009, p. 65-68)

Ce référentiel décline les finalités et la durée de la formation, les principes pédagogiques, les modalités d'attribution des ECTS, les détails de la formation théorique et de la formation clinique en stage.

² European Credits Transfer System : le référentiel donne lieu à l'attribution de crédits conformément au système européen de transfert de crédit. L'attribution de 30 crédits correspond à la validation d'un semestre de formation. Le diplôme d'Etat d'infirmier est attribué à l'étudiant qui a obtenu les 180 crédits répartis sur les 6 semestres de la formation suivant la répartition suivante : 120 ECTS pour les enseignements en institut de formation et 60 ECTS pour l'enseignement clinique (stage).

La CAC : commission d'attribution des crédits qui se réunit à la fin des 5 premiers semestres de la formation attribue les ECTS au regard des résultats présentés par les formateurs. Sont présents à cette commission le directeur de l'institut, des formateurs, des tuteurs de stage et un universitaire.

La délivrance du diplôme et la validation des 30 ECTS correspondants au 6^{ème} semestre de la formation sont discutés lors d'un jury final régional.

CHAPITRE 2 : REFLEXIONS ET EMERGENCE DU QUESTIONNEMENT : LE CONSTAT

C'est donc dans ce contexte, qu'en janvier 2011, j'ai obtenu un poste de faisant fonction de Cadre de Santé Formateur, défini comme le professionnel qui : « *forme des professionnels paramédicaux, conçoit et organise les conditions de leurs apprentissages en formation initiale, en veillant à l'efficacité et la qualité des prestations. Il organise et réalise des actions de formation continue dans des domaines liés aux soins, à la santé, à la pédagogie et au management* » (référentiel d'activités et de compétences, DGOS³, document de travail du 18 décembre 2012), dans un Institut de Formation en Soins Infirmiers. J'ai alors participé à l'accompagnement de groupes d'apprenants jusqu'en août 2013, date de mon départ en formation Cadre.

Cette prise de poste en Institut de Formation, bien que répondant à mon projet professionnel, a suscité, chez moi, un grand nombre d'interrogations lors de mon arrivée.

- Comment mettre en œuvre ce nouveau référentiel au quotidien ?
- Quelle posture de formateur adopter ?
- Comment décliner le projet de formation et le projet pédagogique au quotidien en sachant que je n'avais pas participé à leur élaboration, arrivant en cours d'année ?
- Vais-je réussir à transmettre mon expérience au service du développement des compétences des étudiants ?
- Comment accompagner au mieux les étudiants dans leurs apprentissages ?

J'ai dû m'approprier le nouveau référentiel de formation appliqué depuis la rentrée de septembre 2009 se basant sur une approche par compétences ainsi que les différents projets de l'institut.

La participation à différentes réunions, la construction d'unités d'enseignement, la réalisation et l'évaluation de séquences pédagogiques ainsi qu'un tutorat par un Cadre de Santé expérimenté m'ont permis, en partie, de répondre à ce questionnement et de développer des compétences.

De plus, au cours de ces 2 années ½ d'exercice professionnel à l'IFSI⁴, j'ai pris conscience de la complexité du métier de formateur et de l'impact qu'a eu l'arrivée du

³ Direction Générale de l'Offre de Soins

⁴ Institut de Formation en Soins Infirmiers

nouveau référentiel de formation au sein de l'institut mais également auprès des professionnels de santé.

Ce référentiel a désormais pour « *objet de professionnaliser le parcours de l'étudiant, lequel construit progressivement les éléments de sa compétence à travers l'acquisition de savoirs et savoir-faire, attitudes et comportements.* » (Arrêté du 31 juillet 2009 modifié relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, Annexe 3, p. 71)

Ce nouveau référentiel basé sur la professionnalisation⁵ de l'étudiant a nécessité de la part des formateurs une modification de leurs pratiques professionnelles en pédagogie avec une posture pédagogique spécifique. « *Les modalités pédagogiques sont orientées vers la construction de savoirs par l'étudiant. Elles relèvent de pédagogie différenciée⁶.* » (Ibid., p. 72)

De plus, cette formation s'effectuant en alternance, les équipes, composées de professionnels accueillant les étudiants en stage, ont aussi dû s'adapter à cette réingénierie. De nouvelles dénominations sont apparues et le référentiel de formation a défini le rôle et les responsabilités de chaque acteur :

- **Le maître de stage** qui « *représente la fonction organisationnelle et institutionnelle du stage. Il s'agit le plus souvent du cadre de santé. Il exerce des fonctions de management et de responsabilités sur l'ensemble du stage... Il assure le suivi des relations avec l'institut de formation pour l'ensemble des stagiaires...* »,

⁵ Afin de clarifier cette notion de professionnalisation, je m'appuie sur la définition de R. Wittorski (2005, p. 28). « *La professionnalisation revêt trois sens différents :*

- *La professionnalisation des activités, voire des métiers, au sens de l'organisation sociale d'un ensemble d'activités (création de règles d'exercice de ces activités, reconnaissance sociale de leur utilité, construction de programmes de formation à ces activités,...) ;*
- ***La professionnalisation des acteurs, au sens à la fois de la transmission de savoirs et de compétences (considérées comme nécessaires pour exercer la profession) et de la construction d'une identité de professionnel ;***
- *La professionnalisation des organisations, au sens de la formalisation d'un système d'expertise par et dans l'organisation. »*

Dans ce cas, le deuxième sens est en prendre en considération et « la professionnalisation est donc [...] un processus de formation d'individus aux contenus d'une profession existante ».

⁶ La pédagogie différenciée représente : « *la démarche qui cherche à mettre en œuvre un ensemble diversifié de moyens et de procédures d'enseignement et d'apprentissage, afin de permettre à des élèves [apprenants] d'âges, d'aptitudes, de comportements, de savoir faire hétérogènes, mais regroupés dans une même division, d'atteindre par des voies différentes des objectifs communs, ou en partie communs.* » Cette définition est issue de l'ouvrage 700 mots clefs pour l'éducation.

- **Le tuteur** qui « *représente la fonction pédagogique du stage... Il assure un accompagnement des étudiants et évalue leur progression lors d'entretiens réguliers* »,
- **Les professionnels de proximité** qui « *représentent la fonction d'encadrement pédagogique au quotidien... Ils accompagnent l'étudiant dans sa réflexion et facilitent l'explicitation des situations et du vécu de stage, ils l'encouragent dans ses recherches et sa progression.* » (Ibid., p. 80-81)

Ainsi, cadres de santé formateurs et professionnels de terrain travaillent de concert afin d'élaborer « *un parcours de formation qui tient compte de **chaque** étudiant dans sa manière d'acquérir les compétences.* » (Ibid., p. 72)

Ce nouveau référentiel insiste donc sur le fait que chaque étudiant est singulier. Dans une promotion d'étudiants infirmiers, chacun a une histoire, un vécu, des connaissances, parfois un parcours professionnel antérieur et toute la complexité réside dans le fait que chacun va se construire professionnellement de manière différente.

D'un point de vue opérationnel, cette individualisation de parcours de formation pour l'étudiant se constate de différentes manières telles que le suivi pédagogique individuel à l'IFSI et en stage, les parcours de stage différenciés, l'attribution d'un tuteur en stage...

Cependant, cette approche de la formation basée sur le fait que l'étudiant construit ses propres savoirs et ses compétences peut rencontrer des limites dans la mise en œuvre. Dans le cadre des mes fonctions à l'institut de formation et au travers de différentes rencontres de professionnels, j'ai régulièrement eu l'occasion d'échanger autour de ce thème. Le nombre d'étudiants accueillis simultanément en stage, l'implication de ceux-ci dans la construction de leurs savoirs en stage et à l'institut, le temps que nécessite l'accompagnement individualisé, la standardisation des procédés d'encadrement définie selon H. Mintzberg (2012, p. 21) lorsque « *le contenu du travail est spécifié ou programmé* » semblent autant de freins à la mise en place de ce parcours.

Ce constat m'amène donc à me poser les questions suivantes :

- Quels sont les enjeux d'un parcours de formation orienté vers l'acquisition par l'étudiant de ses propres savoirs et compétences ?
- Quels sont les avantages de l'individualisation du parcours de l'étudiant ?
- Quels freins peuvent rencontrer les cadres de santé formateurs et les équipes dans la mise en place d'un parcours de formation individualisé ?

- Quelle est la place du cadre de santé dans l'opérationnalisation du parcours individualisé de formation de l'étudiant en soins infirmiers (à l'IFSI et auprès des professionnels exerçant dans les terrains de stage) ?

Ce questionnement m'amène donc à poser la question de départ suivante :

En quoi et comment le cadre de santé formateur peut-il faciliter la mise en place d'un parcours de formation individualisé pour l'étudiant en soins infirmiers en partenariat avec les maîtres de stage ?

DEUXIEME PARTIE : A LA RENCONTRE DES
ACTEURS

Après avoir éclairé le contexte dans lequel se situe ce travail et expliqué mon questionnement, je développe, au sein de cette partie, la réponse au comment s'est effectué le choix de la méthode de recherche, des outils d'enquête utilisés ainsi que de la méthode employée pour l'analyse des entretiens réalisés.

Cette partie permet de partir à la rencontre des acteurs de la formation grâce à la réalisation de huit entretiens.

Après avoir effectué deux entretiens exploratoires auprès d'un cadre de santé exerçant en unité de soins et d'un cadre de santé formateur en institut de formation en soins infirmiers, six autres entretiens à usage principal sont menés auprès de maîtres de stage, formateurs et tuteurs et viennent les compléter.

Avant de réaliser l'analyse de ceux-ci, chaque interviewée est présentée, son contexte de réalisation est détaillé et mon ressenti est exprimé.

Enfin, comme il est notifié dans l'introduction, j'ai fait le choix, au regard de la richesse des réponses des acteurs et des éclairages apportés, de citer longuement leurs propos.

CHAPITRE 1 : ENTRETIENS EXPLORATOIRES

1. LE CHOIX DE LA METHODE

Dans le cadre de la réalisation de ce mémoire, deux méthodes de construction sont proposées : la méthode inductive et la méthode hypothético-déductive.

Au regard de mon questionnement initial et après accord de mon directeur de mémoire, j'ai choisi la méthode inductive.

Cette méthode s'inspire de l'empirisme, dans lequel « *l'origine de la connaissance se trouve dans l'expérience* » (M. Grawitz, 2001, p. 16).

Après avoir identifié une question de départ, il s'agit d'aller effectuer un recueil d'informations auprès de populations ciblées.

Je souhaitais, en effet, rencontrer des professionnels cadres de santé formateurs et maîtres de stage, afin qu'ils puissent me faire part de leurs vécus et de leurs expériences en lien avec le thème de mon mémoire dans le cadre d'un entretien.

2. LE CHOIX DE L'OUTIL D'ENQUETE : LES PREMICES DE LA RECHERCHE

Aux prémices de cette recherche, j'ai choisi de réaliser des entretiens exploratoires auprès de cadres de santé. Selon A. Blanchet et A. Gotman (2012, p. 39) : « *Les entretiens exploratoires ont pour fonction de compléter les pistes de travail suggérées par les lectures préalables et de mettre en lumière les aspects du phénomène auxquels le chercheur ne peut penser spontanément. L'entretien exploratoire visant à faire émerger au maximum les univers mentaux et symboliques à partir desquels les pratiques se structurent...* »

Afin de laisser la parole, la plus libre possible aux interviewées et ne pas trop orienter le discours, j'ai choisi d'effectuer des entretiens non directifs qui visent selon A. Blanchet (1985, p. 8) : « *la production par un interviewé d'un discours continu et structuré sur un thème donné* ».

Lors de cette première vague d'entretiens, après avoir demandé de me présenter leurs parcours professionnels en guise d'introduction, j'ai posé une question identique aux deux interviewés :

J'aimerais que vous me disiez comment vous envisagez la mise en place d'un parcours de formation individualisé pour les étudiants en soins infirmiers

Cette question correspond à la consigne initiale ; consigne définie par A. Blanchet et A. Gotman (2012, p. 78) comme : « *une intervention visant à définir le thème d'un discours de l'interviewé.* »

Cette consigne coïncide avec ce qu'écrivent A. Blanchet et A. Gotman (2012, p. 78-79) : « *Tout entretien de recherche débute par une consigne inaugurale ; celle-ci doit être claire, non contradictoire avec le contrat initial et plus précise que ce dernier quant à l'objet de la demande. La consigne donne à l'interviewé le contexte thématique et logique de l'entretien.* »

Comme ces deux entretiens exploratoires s'adressaient à deux cadres de santé exerçant dans des lieux différents, la consigne était formulée de manière volontairement large afin que « *[...] tous les interviewés puissent y inscrire leur propre discours* » (A. Blanchet et A. Gotman, 2012, p. 79).

Ces entretiens avaient pour but d'être à l'écoute des acteurs présents lors de la formation initiale des étudiants infirmiers, d'analyser si les professionnels portaient un intérêt à mon thème de recherche et surtout s'ils allaient venir compléter des pistes de travail.

3. CHOIX DES INTERVIEWES

Le choix des interviewés, pour cette première vague d'entretien, s'est fait en lien avec ma question de départ. Deux acteurs y figurent : le cadre de santé formateur et le maître de stage.

C'est pourquoi j'ai choisi de réaliser ces entretiens auprès :

- D'un cadre de santé formateur exerçant dans un institut de formation en soins infirmiers ayant la particularité d'être également coordinateur des stages,
- D'un cadre de santé de proximité dans un centre hospitalier général, occupant la fonction de maître de stage.

Je souhaitais interviewer des professionnels dans des secteurs d'activités différents et dans des établissements différents, dans le but d'analyser s'il existait des points de vue communs ou divergents.

Ce choix a été également orienté dans la mesure où je savais que le cadre de santé formateur, en qualité de coordinateur des stages, avait des contacts fréquents avec ses collègues des autres instituts de la région. J'espérais que, lors de l'entretien, il me fasse également part des échanges qu'il aurait pu avoir avec d'autres professionnels autour de ce thème.

Concernant le cadre de santé de proximité, j'ai réalisé l'entretien lors du stage relatif au module 4 « Fonction d'encadrement ». Ce terrain de stage accueille des étudiants en soins infirmiers en provenance de différents instituts de formation de la région. Cette caractéristique induit que le maître de stage est confronté aux spécificités de chaque institut de formation en termes d'accompagnement et de mise en place de parcours de formation. J'espérais ainsi avoir une plus grande richesse dans le discours et, pourquoi pas, un comparatif entre instituts en termes de points positifs et d'axes d'amélioration.

4. LA PREPARATION DES ENTRETIENS

Dans un premier temps, après avoir identifié les personnes que je souhaitais interviewer, j'ai pris contact avec ces deux professionnels.

Pour le cadre de santé de proximité – maître de stage, ma présence dans l'unité de soins a été un facteur facilitant. Je lui ai fait part de la réalisation de mon travail de recherche en ne lui divulguant pas ma question de départ pour ne pas orienter ses réponses et pour garder une spontanéité dans les réponses apportées.

Je lui ai donc demandé si elle souhaitait être interviewée et sa réponse fut immédiatement positive. Une date et une heure furent programmées.

Pour le cadre de santé formateur, j'ai pris contact avec elle par téléphone. Je lui ai exposé les raisons de mon appel, à savoir la réalisation d'un entretien exploratoire dans le cadre de mon travail de recherche. Elle m'a demandé sur quel thème portait ce travail, je lui ai alors répondu : la formation des étudiants en soins infirmiers. Cette réponse est relativement vaste toujours dans l'optique que l'interviewée ne puisse préparer à l'avance son discours. Sa réponse fut également positive et un rendez-vous à l'institut fut programmé.

Il est à noter que pour ces deux entretiens, les rendez-vous ont dû être décalés en raison d'imprévus professionnels pour le cadre de santé de proximité et personnels pour le cadre de santé formateur.

Ces décalages ont été un facteur « stressant » supplémentaire mais bénéfique au final car les professionnels ont été plus disponibles. Cela rejoint ce que A. Blanchard et A. Gotman (2012, p. 68) nomment « *la programmation temporelle* ». Elle « *définit la tranche horaire de l'entretien et notamment la façon dont il s'inscrit dans la séquence des actions quotidiennes des interviewés. L'influence de ce moment d'insertion temporelle de l'entretien dans la quotidienneté s'exerce à travers la contamination du discours par les représentations et actions précédentes ... La date et heure doivent être choisies pour maximiser la disponibilité de l'interviewé* ».

5. LA METHODE D'ANALYSE

Afin d'expliquer le cheminement que j'ai employé pour analyser ces deux entretiens, je me propose de décliner les différentes étapes suivies :

Tout d'abord, chaque entretien a fait l'objet d'un enregistrement avec un dictaphone après accord de l'interviewé. Cela m'a permis de garder une trace fidèle des propos tenus en complément des notes prises lors des entretiens.

Pour chaque entretien, j'ai précisé aux interviewés que leur analyse se ferait de manière anonyme afin d'instaurer, ce que A. Blanchet et A. Gotman appelle (2012, p. 73) « *un cadre*

contractuel initial » avec la précision suivante : « *l'interviewer doit [...] garantir la confidentialité de l'entretien* ».

Juste après l'entretien, j'ai consigné sur un document mon ressenti immédiat afin de pouvoir l'inclure dans l'analyse effectuée à distance.

Ensuite, après avoir réalisé les deux entretiens, je les ai retranscrits, le même jour, par écrit (sous format Word). Ce choix de retranscrire, en un temps, les deux entretiens m'a permis d'identifier plus aisément les thèmes principaux.

Tout ce travail initial m'a permis de réaliser par la suite une analyse de contenu. « *Analyser le contenu (d'un document ou d'une communication), c'est, par des méthodes sûres dont nous aurons à faire l'inventaire, rechercher les informations qui s'y trouvent, dégager le sens ou les sens de ce qui y est présenté, formuler et classer tout ce que « contient » ce document ou cette communication* » (R. Mucchielli, 1998, p. 23).

Après une première lecture « flottante », j'ai effectué plusieurs autres lectures en ayant pour objectif de réaliser une analyse qualitative définie selon P. Paille et A. Mucchielli (2008, p. 6) comme : « *une activité de l'esprit humain tentant de faire du sens face à un monde qu'il souhaite comprendre et interpréter, voire transformer* ».

Lors de cette étape, j'ai respecté la méthodologie suivante : souligner les mots, les idées, les thèmes récurrents et chercher à les regrouper afin d'arriver à une catégorisation définie par P. Paille et A. Mucchielli (2008, p. 233) comme : « *une production textuelle se présentant sous la forme d'une brève expression et permettant de dénommer un phénomène perceptible à travers une lecture conceptuelle d'un matériau de recherche* ».

Pour chaque entretien, je propose une présentation rapide de l'interviewée, la description du contexte dans lequel il s'est déroulé, l'analyse de mon ressenti pour aboutir à l'analyse qualitative.

6. LA REALISATION DES ENTRETIENS EXPLORATOIRES

6.1 Entretien exploratoire n°1

6.1.1 Présentation de l'interviewée

L'interviewée, que je nommerai CS 1 dans le cadre de ce travail, est infirmière de formation initiale diplômée depuis 1982. Elle a travaillé dans différents établissements de santé en qualité d'infirmière puis en tant que faisant fonction de cadre de santé jusqu'à son départ en institut de formation cadre de santé en 1999. Depuis 2000, elle exerce dans un centre hospitalier gériatrique où elle a occupé un poste de cadre de santé. Elle exerce actuellement dans une unité de médecine gériatrique, de psychogériatrie et en hôpital de jour. Depuis la mise en place de la réforme de 2009, elle assure la fonction de maître de stage.

6.1.2 Contexte de réalisation de l'entretien

Comme je l'ai précisé, l'entretien a dû être une première fois reporté de deux heures en raison d'une réunion programmée qui a duré plus longtemps que prévu. Lors du retour de la cadre dans l'unité, nous nous sommes installés dans son bureau où nous étions assis face à face. Cela correspond à ce que A. Blanchet et A. Gotman nomment (2012, p. 68) « *la scène* » qui est « *caractérisée par la définition des lieux (le décor et ses significations) et la configuration des places (les positions occupées par les partenaires de l'entretien)* ». « *Dans son bureau, l'interviewé s'inscrit davantage dans un rôle professionnel qui facilite la production d'un discours soutenu et maîtrisé sur des thèmes opératoires* ».

Nous avons été dérangés à deux reprises : une première fois par la famille d'un patient qui cherchait un numéro de chambre, une seconde fois par l'infirmière qui venait annoncer à la cadre de santé que l'infirmière d'après-midi ne pourrait prendre son poste prévu quinze minutes plus tard.

Ayant commencé l'entretien depuis moins de dix minutes et n'ayant pas encore introduit la consigne initiale (CS 1 était en train de me présenter son parcours professionnel), nous avons convenu de reconduire l'entretien au lendemain matin afin qu'elle puisse gérer l'absence non programmée.

Le lendemain matin, j'ai introduit l'entretien par une reformulation à partir de la dernière phrase prononcée la veille. Seul un très court appel téléphonique est venu perturber l'entretien.

Durant celui-ci, j'ai utilisé quelques relances qui « *prennent pour objet le dire antérieur de l'interviewé* » (A. Blanchet et A. Gotman, 2012, p. 79) mais le discours était relativement fluide. Je faisais preuve d'écoute active et utilisais principalement un langage non verbal avec, par exemple, des hochements de tête.

En cumulé sur les deux jours, l'entretien a duré 26 minutes.

6.1.3 Ressenti

L'entretien s'est déroulé de façon courtoise. Le fait d'avoir réalisé cet entretien la troisième semaine de mon stage a, je pense, facilité les échanges.

Les interruptions, notamment l'annonce de l'absence de l'infirmière, furent déstabilisantes aussi bien pour la cadre de santé que pour moi.

Pour un premier entretien, le fait de devoir l'interrompre et le reporter au lendemain a été un facteur de stress supplémentaire.

Mis à part cela, l'entretien s'est bien déroulé et les réponses apportées ont été riches.

6.1.4 Analyse

Les principaux thèmes abordés dans l'entretien sont les suivants :

Une nécessaire préparation avant l'arrivée de l'étudiant en stage

Durant cet entretien, l'interviewée met en lumière le travail effectué, en amont, au sein de l'unité, afin d'accueillir au mieux les étudiants infirmiers en formation.

- Elle évoque l'élaboration d'un livret d'encadrement, dont la composition est déclinée dans le référentiel de formation (Annexe 3 de l'Arrêté du 31 juillet 2009 modifié relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, p. 83), afin que « *les étudiants qui souhaitent venir en stage aient déjà quelques informations concernant l'unité* ». Elle précise : « *Ce document sera à disposition des étudiants, des stagiaires au sein de l'unité et j'en enverrai un exemplaire à chaque IFSI* ». Elle souligne aussi l'importance du travail réalisé « *Ça représente un travail assez conséquent* ».

- La mise en confiance de l'étudiant avant l'arrivée en stage : à cet effet, la cadre de santé précise : « *La préparation du stage est, pour moi, fondamentale avec la mise en confiance* ». Cette préparation consiste en un rendez-vous qui a lieu avant l'arrivée en stage : « *je dirais que cet entretien pré-stage permet aussi de mettre l'étudiant en confiance, ce qui est important pour l'arrivée en stage car ça lui permettra d'être à l'aise, de poser les questions, d'aller voir les professionnels et du coup, de pouvoir évoluer* ». Elle explique : « *ça me permet d'expliquer les missions du service, les personnes rencontrées, les pathologies rencontrées [...], enfin d'avoir cadré les choses avant la venue de l'étudiant* ».
- La formation des professionnels d'encadrement semble aussi être un élément important à l'instauration du parcours de formation individualisé, avec le rôle que joue la cadre dans sa mise en place, dans la mesure où CS 1 déclare que : « *moi en tant que cadre, mon objectif, aussi, c'est que chaque aide-soignant et chaque infirmier aient reçu la formation encadrement des stagiaires qui est dispensée à l'IFSI de C.* »

Cette formation « *permet à l'équipe de changer son regard sur l'encadrement des étudiants, c'est-à-dire ne pas porter de jugement de valeurs, en disant, oui, elle ne sait pas faire ci ou ça, mais plutôt d'apprendre à repérer les difficultés et d'apprendre aussi à l'étudiant à évoluer* ».

Afin de compléter ses propos, CS1 déclare : « *par exemple, un 2^{ème} année qui devrait normalement faire ça, mais il est vrai qu'avec la nouvelle réforme, tout dépend du type de stage que l'étudiant a effectué avant de se rendre dans notre unité...* ».

Ici, l'interviewée effectue un comparatif entre le programme de formation de 1992 et le référentiel de 2009. Les modalités de réalisation des stages ont évolué avec désormais quatre types de stages représentatifs de « familles de situation » où l'étudiant doit obligatoirement passer durant sa formation : soins de courte durée, soins en santé mentale et en psychiatrie, soins de longue durée et soins de suite et de réadaptation et enfin soins individuels ou collectifs sur des lieux de vie.

En fonction du parcours de stage des étudiants, qui est pour chacun spécifique, tous n'auront pas la même progression en termes d'acquisitions.

Un étudiant en formation : un accompagnement, un parcours

Avant de poursuivre l'analyse, il m'est important de définir ces deux termes. Pour cela, je m'appuie sur les définitions proposées par N. Roekens dans l'ouvrage TransFormations n°2/2009.

Celle-ci précise (2009, p. 23) « *qu'il n'y a pas un accompagnement mais des « accompagnements » qui correspondent à des types de situations, de contextes et des individus (accompagnateurs et accompagnés) mais également à des visées spécifiques. [...] Mais dans tous les cas, l'accompagnement travaille en faveur du projet de l'accompagné qui est toujours le destinataire de l'accompagnement* ».

Le parcours, quant à lui, « *est une combinatoire de diverses étapes possibles, un cheminement vers un but nécessitant un bilan diagnostique, formation, évaluation, validation, reformulations* » (Ibid., p. 26).

Ces deux définitions viennent appuyer les propos tenus par l'interviewée.

- Des bilans avec l'étudiant sont nécessaires, c'est l'une des premières phrases énoncée après avoir donné la consigne initiale. « *bon déjà, durant le stage, il y a un bilan de compétences qui est fait à l'arrivée. Pour connaître les acquis, et les, je veux dire, ce qu'il y a encore à améliorer pour pouvoir aider à avoir un encadrement performant* ». Puis, elle complète plus tard dans l'entretien : « *c'est pour ça que le bilan de compétences, il est quand même important à l'arrivée en stage pour pouvoir justement faire évoluer l'étudiant, permettre à l'étudiant de profiter au maximum de son stage et de repartir, vraiment, avec des acquis.* »

La réalisation de bilans de mi-stage permet également « *d'évaluer l'étudiant et aide aussi à stimuler l'étudiant* ».

Enfin, « *l'évaluation finale [qui correspond à un temps de rencontre entre tuteur et étudiant afin de faire le bilan des acquisitions lors du stage] est toujours réalisée en équipe, en concertation avec l'étudiant qui va avoir réalisé son auto-évaluation auparavant* ».

- La cadre de santé insiste également sur le nécessaire travail d'équipe et un partenariat entre terrain de stage et formateurs d'IFSI : « *pour moi, c'est un travail d'équipe* ».

L'interviewée me donne sa définition de la formation : « *la formation de l'étudiant [...], ça va être un travail en partenariat entre l'IFSI et le terrain de stage, [...] l'ensemble fera une osmose qui permettra à l'étudiant d'évoluer et d'avancer dans sa formation* ».

L'évolution de l'étudiant dans sa formation semble donc être en lien avec le partenariat entre IFSI et terrain de stage. Cela se justifie pleinement, dans la mesure où la formation se déroule en alternance.

Dans la suite de l'entretien, la cadre de santé met en avant l'intérêt des déplacements de formateurs sur le terrain de stage : *« c'est une rencontre qui est très riche », « c'est quelque chose que j'apprécie beaucoup, parce qu'il y a un suivi très poussé », « cela permet de développer les relations entre terrain de stage et cadre formateur », « il y a de bons échanges qui se créent ».*

Parallèlement, elle évoque que tous les IFSI n'effectuent pas de déplacement à chaque stage pour tous les étudiants et cela semble être une limite : *« quand les formateurs ne viennent pas voir l'étudiant, pour moi, c'est déroutant parce que, je trouve que la formation c'est un partenariat entre IFSI et terrain de stage. C'est vrai qu'un manque de communication est un frein ».*

Parcours étudiant : parcours patient

Dans le cadre des relations avec les différents IFSI, la cadre de santé évoque des freins dans l'organisation des parcours de stages. En effet, en fonction des instituts, certains étudiants ont la possibilité d'avoir un stage « coupé » et d'autres non.

« Ce que j'aime bien avec certains IFSI, c'est que les stages de 10 semaines sont scindés en deux. Je trouve ça très bien parce que moi, franchement quelqu'un qui va en hôpital de jour, pour 10 semaines, c'est une perte de temps. J'ai déjà essayé au sein des autres IFSI de faire bouger mais, comme ce n'est pas les mêmes familles, ils ne veulent pas et ça, c'est ennuyeux ».

L'interviewée met alors en évidence l'intérêt pédagogique de ce « découpage » : *« je préférerais que l'étudiant tourne dans le pôle, en hôpital de jour, on est au début de la pathologie et en psychogériatrie, à un stade plus avancé [...] et là, du coup, on est plus cohérent, plus logique, c'est plus riche pour l'étudiant. »*

Cette spécificité de parcours se retrouve au sein du référentiel de formation (p. 82 et 83) où il est précisé que *« les étudiants peuvent effectuer leur stage dans une unité, un pôle dont les activités sont de même nature [...] selon l'organisation et le choix du stage »* et *« pour des raisons pédagogiques, les 10 semaines d'un même semestre peuvent s'effectuer sur deux lieux de stage différents ».* De plus, *« pour mieux comprendre le parcours des personnes soignées et insérer le stage dans un contexte environnemental, les étudiants peuvent se rendre quelques jours sur d'autres lieux... ».*

Les activités du maître de stage

Au cours de cet entretien, la cadre de santé a mis en évidence les activités du maître de stage. Il me semble important, en lien avec mon questionnement, de les décliner.

- Elaboration avec l'équipe du livret d'encadrement mis à disposition des étudiants et IFSI.
- Suivi du plan de formation des agents : formation encadrement des stagiaires.
- Rendez-vous pré-stage et accueil de l'étudiant le premier jour.
- Elaboration du planning de l'étudiant, affectation du tuteur.
- Aide du tuteur : « *en cas de difficultés, il m'arrive d'aider le tuteur, d'encadrer certains étudiants* ».
- Activité de contrôle : « *j'aime bien voir les feuilles [feuille de stage, à compléter en fin de stage, reprenant l'acquisition des compétences, actes et activités et commentaires] avant la fin du stage, pour être sûre que tous les critères sont bien compris et renseignés correctement* ».
- Relation avec les formateurs des IFSI.

Je termine cette analyse par une phrase citée par l'interviewée qui met en exergue la place que doit occuper l'étudiant dans sa formation : « *On essaie de créer les conditions favorables, après à l'étudiant d'être acteur de sa formation* ».

6.2 Entretien exploratoire n°2

6.2.1 Présentation de l'interviewée

L'interviewée, que je nommerai CS 2 dans le cadre de ce travail, a exercé la profession d'aide soignante durant 3 ans avant de débiter une formation infirmière en 1987. Après avoir exercé en qualité d'infirmière puis en tant que faisant fonction de cadre de santé dans un institut de formation en soins infirmiers, elle a réalisé sa formation cadre de santé en 2003.

A son retour de formation, elle a réintégré l'institut de formation où elle a accompagné des étudiants infirmiers en 1^{ère}, 2^{ème} et 3^{ème} années.

A partir de 2009, elle exerce également la mission de coordinatrice des stages en plus de ses activités de formation. Depuis septembre 2013, elle est détachée à temps plein sur la coordination des stages.

6.2.2 Contexte de réalisation de l'entretien

Comme je l'ai précisé, l'entretien a dû être également décalé. Lors de la prise de rendez-vous, j'avais laissé à l'interviewée mon numéro de téléphone au cas où elle souhaiterait me recontacter avant l'entretien.

J'ai reçu un appel la veille du rendez-vous me demandant de bien vouloir, en fonction de mes possibilités, avancer l'entretien d'une heure. Etant en stage, j'ai dû attendre le jour même de l'entretien pour demander l'autorisation de partir une heure plus tôt. Autorisation qui me fut accordée.

A mon arrivée à l'institut de formation, nous nous sommes installés dans le bureau de la cadre de santé et je me suis assis en face d'elle.

Après avoir réalisé une brève présentation du but de ma venue, l'entretien s'est déroulé sans dérangement. La cadre de santé avait au préalable pris le soin de déposer une affiche sur sa porte « entretien en cours » et mis son téléphone en mode silencieux.

Cet entretien, d'une durée de 45 minutes, fut très riche. J'ai effectué uniquement quelques relances mais la très grande majorité de l'entretien a consisté en une écoute active de ma part.

6.2.3 Ressenti

Dès sa présentation, la cadre de santé a utilisé les termes « *parcours de stage, parcours qualifiant* ». J'appréhendais donc la suite de l'entretien lorsque j'allais énoncer la consigne dans la mesure où elle m'apportait déjà grand nombre de réponses.

Lorsque j'ai précisé cette consigne, sa réponse fut « *je l'ai déjà un peu évoqué il me semble* » mais, après un temps de réflexion, l'entretien s'est poursuivi pendant environ 25 minutes.

De plus, le débit de parole de la cadre de santé étant très soutenu durant tout l'entretien, il m'a semblé difficile d'en extraire les idées principales.

6.2.4 Analyse

Les principaux thèmes abordés dans l'entretien sont les suivants :

La nécessité d'un parcours de stage qualifiant

Durant les premières minutes de l'entretien, le terme de parcours est utilisé, à plusieurs reprises, par la cadre de santé. Elle insiste sur la nécessité d'un parcours qualifiant pour l'étudiant : « *chacun obtient des stages pour un parcours qualifiant de l'étudiant* », « *je tiens compte des désirs des étudiants et surtout du parcours qualifiant* ». Elle me précise que « *le coordinateur des stages, c'est lui, qui bâtit le parcours sous la responsabilité de la directrice* ».

Pour construire ce parcours, elle décline durant l'entretien la méthodologie employée.

- Une analyse du parcours antérieur et des acquisitions est nécessaire. En effet, CS2 déclare : « *pour établir le parcours, je me réfère au logiciel Logifsi⁷ et je vais voir les portfolios⁸. Je vais voir l'acquisition des actes, activités et des compétences* ».

En fonction du parcours établi précédemment, le choix de la discipline de stage sera orienté : « *quelqu'un qui a fait du lieu de vie en première année va d'emblée aller en soins de courte durée, pour moi, par rapport à l'acquisition des compétences, actes et activités* ».

- Des temps d'échanges entre coordinateur des stages et étudiants permettent également d'individualiser le parcours à leur demande. Cela est valable principalement pour les étudiants de 3^{ème} année qui ont, selon l'interviewée, « *beaucoup plus de latitude* ».

Elle rencontre l'ensemble des étudiants en 2^{ème} année en vue des demandes de stages pour leur 3^{ème} année de formation : « *je rencontre tous les étudiants et on discute pour savoir s'ils ont déjà un projet professionnel par exemple, travailler chez l'enfant, en psychiatrie* ». « *C'est-à-dire que là, ils peuvent émettre un vœu. Je cadre, parce que sinon, ça crée trop de..., comment dire, c'est d'un point de vue équité ; que chacun ait au moins ce qu'il veut une fois. Je suis sûre qu'ils aient au moins un stage choisi* ».

⁷ Logiciel informatique utilisé dans l'institut qui permet le suivi de l'étudiant durant sa formation : relevé de notes, parcours de stage, acquisitions des compétences, des actes et activités de soins, validation des analyses de pratiques, appréciations d'année.

⁸ Le portfolio est défini dans le référentiel de formation comme « *un outil qui sert à mesurer la progression de l'étudiant en stage. Il est centré sur l'acquisition des compétences, des activités et des actes infirmiers.* »

- La possibilité d'un ajustement mutuel entre étudiants est également possible : « *il y a des possibilités d'inversions lors de la présentation [des stages]* », « *là ce n'est pas fermé.* »

Les étudiants en soins infirmiers ont donc la possibilité de choisir un lieu de stage, en dehors de la 3^{ème} année selon certaines conditions.

- Tenir compte des offres spécifiques proposées par les terrains de stages : certaines unités accueillant des étudiants en stage ont mis en place des parcours au sein de leur pôle. CS2 l'évoque lors de notre entretien : « *je ne t'ai pas parlé des parcours en ambulatoire. Le cadre a mis en place un parcours. Par exemple, les étudiants font trois semaines d'ambulatoire, quinze jours en consultations chirurgie, 15 jours de consultations ORL. C'est un parcours construit dans le pôle mais malheureusement ce n'est pas possible partout.*

Mais, j'essaye que les étudiants aient la possibilité d'aller dans ce genre de stages, au moins une fois dans leur parcours ».

La coordination des stages : une activité complexe du formateur

Tout au long de l'entretien, la cadre de santé interviewée a énuméré tout un ensemble de freins rendant complexe la gestion des stages et l'individualisation des parcours.

- Des freins liés à l'organisation départementale : l'institut dans lequel j'ai effectué cet entretien est situé dans un département composé de 5 IFSI ce qui représente un nombre important d'étudiants (plus de 1000 en formation infirmière). CS2 précise que « *depuis 2003, a été mise en place une organisation départementale* ». Celle-ci a été instaurée afin qu'il y ait « *harmonisation, pour que, justement, ce ne soit pas le premier qui demande [des places de stages pour les étudiants] qui soit le premier servi* ». Cependant, l'interviewée met en évidence que cela nécessite « *beaucoup de négociations* ». et que « *depuis la réforme de 2009, on a quand même beaucoup moins de latitude [pour éviter les chevauchements et qu'un grand nombre d'étudiants soient en stage simultanément] puisqu'on travaille en semestre et que bouger 10 semaines de stages sur 20 semaines de cours, on n'a pas beaucoup de latitude*⁹ ».

Il est ainsi possible de constater que l'organisation en semestres depuis 2009 a rendu complexe la mise en place des parcours de stage.

⁹ Comparativement au programme de 1992 où le fonctionnement se faisait par année (de septembre à septembre) et que la majorité des stages étaient d'une durée de 4 semaines.

- Des freins liés aux ressources matérielles de l'institut : CS2 déclare que « *la planification des stages* » doit tenir compte « *des contraintes de l'institut* » dans la mesure où « *il faut que toutes les promotions ne soient pas en cours en même temps car il y a énormément de travaux de groupe et que les travaux de groupe nécessitent des salles et que d'un point de vue locaux, on est quand même assez restreint* ».
- Des freins liés aux ressources matérielles et financières des étudiants : en complément des acquisitions de l'étudiant, de son parcours antérieur, de ses choix, le coordinateur des stages doit aussi tenir compte des ressources matérielles et financières des étudiants. La cadre de santé l'évoque lorsqu'elle énonce qu' « *il faut aussi tenir compte de l'adresse, il faut tenir compte de voiture ou pas voiture [...] car les étudiants ont quand même beaucoup de difficultés financières* » et cela malgré le fait « *que les étudiants bénéficient de frais de déplacement* ».
- Des freins liés au manque de terrains de stage dans la région, hors région et à l'obligation pour être présentable au diplôme d'Etat d'avoir réalisé des stages dans les quatre disciplines. La cadre de santé m'en fait part lorsqu'elle évoque la spécificité de la psychiatrie : « *je fais très attention aussi, par rapport à la santé mentale, puisqu'on dépend de P. [établissement public de santé mentale situé dans le département] et par exemple, si je demande 18 places et que j'en ai que 12, il faut que j'anticipe pour que l'étudiant ait pu effectuer ses quatre disciplines* ». De plus, pour les étudiants de 3^{ème} année, souhaitant réaliser un stage hors lieux habituels, des procédures nouvelles sont instaurées telles que la mise en place de « *commissions de stage* » avec « *étude de dossier : curriculum vitae et lettre de motivation* ».
- Des freins liés aux spécificités des unités : « *sachant que les unités spécialisées ne veulent pas accueillir de 1^{ères} années, tout ce qui est réanimation, urgences... Déjà là les portes sont fermées* ». De plus, les places dans les unités spécialisées, telle que la chirurgie, semblent plus réduites car l'interviewée déclare : « *je n'ai pas assez de place, il n'y a pas plus de chirurgie à H. [Hôpital local du département], il y a un turn over, les lits sont réduits donc tout le monde ne peut pas faire de chirurgie* ».
- Des freins liés à des problèmes d'encadrement sur les terrains : « *alors là, on a pas mal de problèmes d'encadrement sur les terrains. Les collègues me remontent ça mais moi j'y vais sur des œufs parce que ce sont des stages avec des spécialités et si*

on se ferme les portes... Silence ». Cette réponse renforce l'idée qu'il est difficile pour le formateur coordinateur de trouver des places de stage aux étudiants et de rendre leur parcours qualifiant.

La collaboration entre formateurs, coordinateur des stages et terrains de stage : un travail d'équipe au profit de l'étudiant

Lors de cet entretien, l'interviewée a insisté sur le travail d'équipe réalisé au quotidien au sein de l'institut et avec les terrains de stage.

- Tout d'abord, une collaboration entre formateurs paraît indispensable dans la réalisation et le réajustement du parcours de stage de l'étudiant. CS2 évoque « *les formateurs référents du suivi pédagogique* », qui selon l'annexe 3 du référentiel de formation (p. 84) : « *fait le bilan des acquisitions avec celui-ci [l'étudiant]. Il conseille l'étudiant et le guide pour la suite de son parcours. Il peut être amené à modifier le parcours de stage au vu des éléments contenus dans le portfolio* ». CS2 confirme cette relation en précisant que « *quand un étudiant n'a pas validé, du tout, de compétences, déjà, les formateurs référents du suivi pédagogique viennent me le dire* ».

Cependant, CS2 précise que « *certaines des formateurs ne comprennent pas toujours, je pense qu'il faudrait que je représente ce que je fais parce qu'ils ne sont pas toujours au courant de ce que j'entreprends* ». Une limite dans cette collaboration est mise en évidence.

- Ensuite, la cadre de santé évoque un autre type de collaboration entre formateur référent de stage dont les activités sont définies dans l'annexe 3 du référentiel de formation (p. 81) : « *les IFSI désignent un formateur référent pour chacun des stages [...] Le formateur référent est en lien avec le maître de stage en ce qui concerne l'organisation générale des stages dans son unité ou sa structure. Il est également en liaison régulière avec le tuteur de stage afin de suivre le parcours des étudiants et régler au fur et à mesure les questions pédagogiques qui peuvent se poser* » et les professionnels des terrains de stage.

Elle déclare : « *donc là, par exemple, je me suis déplacée sur un EHPAD¹⁰ et j'ai revu l'utilisation du portfolio avec les équipes car on entend encore, c'est bien, mais*

¹⁰ Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

comme tu es en 1^{ère} année, je te coche pas acquis. Et comme, ils [les étudiants] ne retournent pas forcément dans la spécialité, c'est embêtant ».

Cet exemple met en évidence l'importance de l'accompagnement des équipes dans la mise en place de cette nouvelle réforme et dans l'évaluation des compétences des étudiants notamment avec les tuteurs car selon CS 2 : « le rôle du tuteur, c'est le rôle de formation de terrain. Parce que normalement c'est lui qui doit articuler les apprentissages de l'étudiant sur le terrain [...], moi je vois plus le tuteur par rapport à l'apprentissage, c'est avec le tuteur que l'étudiant doit remplir le portfolio et se questionner par rapport à ses apprentissages ».

6.3 Analyse croisée des entretiens n°1 et n°2

Après avoir analysé ces deux entretiens de manière individuelle, il me semble intéressant de réaliser une analyse croisée en identifiant les points communs et les spécificités.

6.3.1 Les points communs

- Un travail d'équipe et une collaboration entre formateurs, maîtres de stage et tuteurs sont nécessaires.
- Afin d'individualiser le parcours et de rendre le stage qualifiant, un bilan des compétences, actes et activités de soins acquis antérieurement doit être réalisé.
- Des temps d'échanges entre les étudiants et les professionnels sont indispensables.
- La création de parcours de stage est un atout au cours de la formation et présente un intérêt pédagogique.
- Les activités du cadre de santé formateur et du cadre de santé de proximité, relatives à l'accompagnement de l'étudiant et des équipes, sont complexes.

6.3.2 Les spécificités

- L'individualisation du parcours de stage, à la demande de l'étudiant, semble réalisable en fonction de l'année de formation.
- Au sein de l'institut, la collaboration entre formateurs est nécessaire.
- De nombreux freins rendent complexes la gestion des stages et l'individualisation des parcours au sein des instituts de formation.

- La formation des professionnels des terrains de stage semble indispensable notamment depuis la mise en place de la réforme en 2009.

6.4 Réajustements pour les vagues d'entretiens suivantes

La réalisation des entretiens exploratoires a permis de confirmer l'intérêt professionnel du sujet et d'élargir mes pistes de réflexion, notamment sur la mise en place de parcours individualisés de stage et de la place occupée par les différents acteurs. Cependant, le choix des interviewées a probablement induit cette orientation dans la mesure où les cadres de santé ont toutes les deux un rapport direct avec l'organisation et le déroulement du stage.

Afin d'explorer les deux versants indissociables de l'alternance « institut » et « stage », il me semble important, dans la poursuite des entretiens, d'avoir une approche élargie du parcours de formation individualisé.

C'est pourquoi, après échanges avec mon directeur de mémoire, j'ai pris la décision de poursuivre mes investigations auprès de formateurs en instituts de formations, maîtres de stage et tuteurs sous la forme de trois séries d'entretiens semi directifs que j'argumente dans la partie suivante.

CHAPITRE 2 : POURSUITE DE L'ENQUETE : DES ENTRETIENS A USAGE PRINCIPAL

1. LE CHOIX DE L'OUTIL D'ENQUETE

Toujours dans le cadre d'une méthode inductive et avec la volonté d'obtenir des réponses relatives au vécu et à l'expérience des interviewées, je me dirige vers la réalisation d'entretiens à usage principal définis par A. Blanchet et A. Gotman (2012, p. 41) comme des « *enquêtes dont l'entretien constitue le mode de collecte principal de l'information* ».

Pour cela, je m'oriente vers la réalisation d'entretiens semi-directifs qui supposent que l'intervieweur selon R. Quivy, L. Van Campenhoudt, (2006, p. 174) « *s'efforcera simplement de recentrer l'entretien sur les objectifs chaque fois qu'il (l'interviewé) s'en écarte et de poser les questions auxquelles l'interviewé ne vient pas par lui même, au moment le plus approprié et de manière aussi naturelle que possible.* »

Cette enquête s'oriente sur les représentations et les pratiques des interviewés car elle « *vis* la connaissance d'un système pratique (les pratiques elles-mêmes et ce qui les relie) [et] nécessite la production de discours modaux [qui tendent à traduire l'état psychologique du locuteur] et référentiels [qui décrit l'état des choses], obtenue à partir d'entretiens centrés d'une part sur les conceptions des acteurs et d'autre part sur les descriptions des pratiques » (A. Blanchet, et A. Gotman, 2012, p. 30).

Ainsi, les entretiens sont plus structurés que les précédents et « *supposent [...] la formulation d'une consigne, la constitution d'un guide thématique formalisé et l'anticipation des stratégies d'écoute et d'intervention* » (Ibid., p. 60).

2. CHOIX DE LA CONSIGNE INITIALE ET DES THEMES

Ce choix orienté, fait suite à l'analyse des entretiens exploratoires dans la mesure où je souhaitais développer le thème principal du travail : l'individualisation du parcours de formation tout en tenant compte de son opérationnalité à l'institut et sur les lieux de stage ainsi que des interactions entre les différents acteurs.

La consigne principale est sensiblement identique à celle donnée lors des entretiens exploratoires :

Que pensez-vous de l'individualisation des parcours de formation des étudiants en soins infirmiers ?

Le guide thématique construit me permettra d'explorer, au cours de l'entretien, les différents thèmes choisis et je pourrai m'appuyer, si besoin, sur des questions de relances établies au préalable et validées par mon directeur de mémoire, à savoir :

- Quel est votre rôle dans l'individualisation du parcours de formation ?
- Comment y participez-vous ?
- Comment envisagez-vous les interactions entre les différents acteurs (étudiants, formateur, maître de stage, tuteur, professionnels de proximité) dans une logique d'individualisation du parcours de formation ?

3. CHOIX DES INTERVIEWES

Il est également en lien avec l'analyse des entretiens exploratoires. Les deux interviewées ont chacune mis en évidence les différents acteurs qui gravitent autour de l'étudiant dans le cadre de son parcours et il me semble judicieux d'aller à leur rencontre.

De plus, afin d'avoir une vision « élargie », j'ai fait le choix d'interviewer ces professionnels dans une région différente de celle où j'ai réalisé les premiers entretiens.

Mon choix s'est porté sur :

- Deux cadres de santé formateurs exerçant en institut de formation en soins infirmiers sans mission de coordinateur de stage ;
- Deux cadres de santé de proximité « maître de stage » ;
- Deux tuteurs

4. LA PREPARATION DES ENTRETIENS

Pour l'ensemble des entretiens à usage principal, après avoir identifié les personnes que je souhaitais interviewer, j'ai pris contact avec les professionnels par téléphone.

Pour les tuteurs, j'ai d'abord appelé le cadre de santé de l'unité, dans laquelle exerçait le professionnel, afin d'obtenir son autorisation. Après accord, le cadre de santé m'a communiqué les horaires de travail des tuteurs afin que je puisse les recontacter dans un second temps.

J'ai alors présenté les raisons de mon appel, à savoir la réalisation d'entretiens dans le cadre de mon travail de recherche.

Toujours dans l'objectif que l'interviewée ne puisse préparer son discours à l'avance, j'ai volontairement donné un thème très général à savoir : la formation des étudiants en soins infirmiers.

Pour chaque appel, la réponse fut positive et un rendez-vous fut programmé à distance.

5. LA METHODE D'ANALYSE

Au regard du déroulement des entretiens, de la consigne principale et du guide thématique, il me semble pertinent d'employer une méthode d'analyse identique à celle utilisée lors des entretiens exploratoires.

Cependant, interviewant, à chaque reprise, deux professionnels exerçant des fonctions identiques, mais dans des lieux différents, j'effectue directement une analyse croisée pour :

- les deux formateurs,
- les deux maîtres de stage,
- les deux tuteurs,

pour terminer par une analyse croisée de l'ensemble des entretiens.

6. LA REALISATION DES ENTRETIENS A USAGE PRINCIPAL

6.1 Entretiens avec les cadres de santé formateurs

6.1.1 Présentation des interviewées

L'interviewée n°1, que je nommerais CSF1 dans le cadre de ce travail, est infirmière de formation initiale depuis 1990. Elle a travaillé dans différentes unités de soins avant son arrivée dans l'institut de formation en soins infirmiers en 1999 en tant que faisant fonction de cadre de santé formatrice. Diplômée cadre de santé en juin 2002, elle a réintégré l'institut de formation dans lequel elle exerçait.

Dans le cadre de ses activités de formatrice, elle a accompagné l'ensemble des promotions infirmières (en 1^{ère}, 2^{ème} et 3^{ème} années de formation) ainsi que la promotion aide-soignante pendant 3 années. Actuellement, elle est coordinatrice de la promotion de 1^{ère} année.

L'interviewée n°2, que je nommerais CSF2 dans le cadre de ce travail, est infirmière de formation initiale diplômée en 1982. Après avoir exercé pendant 3 années dans des unités

de médecine et de chirurgie, elle a intégré, en juillet 1985, l'institut de formation dans lequel elle exerce toujours actuellement.

Cadre de santé depuis 1987, elle a également accompagné l'ensemble des promotions infirmières ainsi que la promotion aide-soignante. Dans le cadre de ses activités à l'institut, elle a connu la mise en place de la réforme des études infirmières en 1992 et en 2009 ainsi que la mise en place de la réforme des études aide-soignante en 1994 et 2005.

Actuellement, elle est formatrice auprès de la promotion de 2^{ème} année.

6.1.2 Organisation du travail dans les instituts de formation des interviewées

Afin de mieux appréhender la lecture des éléments fournis pendant les entretiens, il me semble important de préciser comment est organisé l'accompagnement des étudiants au sein de ces instituts, organisation qui est spécifique à chaque lieu.

L'IFSI dans lequel exerce CSF1 dispose de coordinateurs de promotion. Les cadres de santé formateurs exerçant ces fonctions coordonnent la programmation des unités d'intégration¹¹, des analyses de pratiques réalisées à l'oral en groupe et les rendez-vous de suivi pédagogique¹². Ensuite chaque formateur est référent d'unité d'enseignement en transversal c'est-à-dire qu'il peut être responsable d'unités positionnées sur les 6 semestres de formation voire même réaliser des interventions auprès de la promotion aide-soignante. Chaque formateur est également référent de suivi pédagogique d'un groupe d'étudiants qu'il accompagnera durant leurs 3 années de formation voire davantage en cas de redoublement.

L'IFSI dans lequel exerce CSF2 dispose d'une organisation différente. Les cadres de santé formateurs sont tous affectés à une promotion.

Au sein de cette promotion, les formateurs sont référents de plusieurs unités d'enseignement correspondant à l'année de formation en cours. Cela signifie que lorsque le formateur change

¹¹ Unité d'intégration définie par le référentiel de formation (p. 75) comme « *des unités d'enseignement qui portent sur l'étude des situations de soins. [...] Dans chaque semestre est placée une unité d'intégration dont les savoirs et savoir-faire ont été acquis lors du semestre en cours ou ceux antérieurs.* » Ces unités sont donc positionnées en fin de semestre et permettent aux étudiants de remobiliser leurs connaissances au travers de l'étude de cas concret.

¹² Dans cet institut, le suivi pédagogique correspond à une rencontre formalisée entre le formateur référent de l'étudiant et celui-ci. Deux rendez-vous sont planifiés par an et sont obligatoires. D'autres rendez-vous peuvent être programmés de manière facultative à la demande de l'étudiant ou du formateur.

d'affectation d'année, par exemple, passage de 2^{ème} à 1^{ère} année de formation, il se positionne sur d'autres unités d'enseignement.

Concernant le suivi pédagogique¹³, l'ensemble des étudiants est réparti entre les formateurs d'année. Chaque année, les étudiants ont, de fait, un autre formateur référent de suivi pédagogique. En cas de redoublement, même si l'équipe de formateurs reste identique à l'année précédente, l'étudiant sera suivi par un autre formateur de l'équipe d'année.

6.1.3 Contexte de réalisation des entretiens

Les deux entretiens ont eu lieu dans le bureau des cadres de santé formateurs où je me suis installé, chaque fois, en face des interviewées.

Après avoir réalisé une brève présentation du but de ma venue et assuré l'anonymat des entretiens, ceux-ci se sont déroulés sans dérangement.

Les interviewées avaient toutes les deux pris le soin de fermer la porte de leur bureau et d'éteindre leur téléphone.

Le premier entretien a duré 35 minutes et le second 43 minutes et ont été tous deux très riches de par leur contenu.

Durant ceux-ci, j'ai principalement fait preuve d'écoute active et uniquement réalisé quelques relances afin que les interviewées évoquent tous les thèmes choisis.

6.1.4 Ressenti

Les interviewées m'ont reçu après leur journée de travail et je craignais que la fatigue de la journée viennent écourter les entretiens. Toutes deux ont montré un réel intérêt à mes questions et ont pris le temps nécessaire pour me répondre.

Une autre appréhension de ma part venait également du fait que je ne connaissais pas l'organisation au sein des instituts. Comme évoqué dans une partie précédente, chaque IFSI possède sa propre organisation et parfois, dans un court temps d'échange, il est difficile de saisir toutes les subtilités. Pour cela, après avoir demandé aux personnes de me présenter leur parcours professionnel, j'ai posé une question supplémentaire relative au fonctionnement de l'institut. De plus, lorsque l'interviewée faisait référence à un domaine particulier, je

¹³ Dans cet institut, le suivi pédagogique est de deux types : suivi pédagogique individuel lors de rendez-vous, entre le formateur et l'étudiant, planifié deux fois par an de manière obligatoire avec possibilités d'augmentation à la demande de l'étudiant ou du formateur et suivi pédagogique collectif, planifié plusieurs fois par an, et correspondant à un rassemblement entre l'ensemble des étudiants du groupe et le formateur référent. Dans ce cadre, peuvent être travaillées des analyses de pratiques par exemple.

demandais systématiquement des précisions. Ce fut le cas notamment lorsqu'elles ont évoqué le suivi pédagogique.

Ces demandes de précisions ont facilité l'analyse des entretiens dans la mesure où je me représentais concrètement ce à quoi elles faisaient référence.

6.1.5 Analyse

Les principaux thèmes abordés dans les entretiens sont les suivants :

Un étudiant en formation : un parcours antérieur et une histoire de vie à prendre en considération

Au cours de deux entretiens, les interviewées font toutes deux référence aux parcours scolaire, professionnel et de vie, vécus par l'étudiant en amont de son entrée en formation, parcours à prendre en compte.

- Des profils variés au sein des promotions... : à cet effet, CSF1 précise : « nous, à l'IFSI, on a des étudiants qui viennent de divers horizons. On a les étudiants qui sortent du bac, on a ceux en reconversion professionnelle [...] et après on a toutes les promotions professionnelles, les aides-soignants qui veulent devenir infirmiers. » CSF2, quant à elle, évoque également les aides-soignants : « quand tu as quelqu'un dans la promotion qui est aide-soignant » et « les personnes qui ont déjà un parcours professionnel avant [leur entrée en formation] ou qui viennent d'autres filières. »
- ... impactant le parcours de formation : dans la mesure où le cadre de santé formateur va avoir un rôle dans l'individualisation du parcours de formation et que les étudiants, acteurs de leur formation, seront amenés à faire des choix.
 - Pour le cadre de santé formateur, CSF1 évoque la situation des aides-soignantes entrées en formation dans le cadre d'une promotion professionnelle. La connaissance de leur parcours professionnel antérieur est indispensable car cela va avoir un impact sur les affectations de stage. En effet, l'interviewée signale que « pour ceux qui sortent d'un établissement comme aide-soignant, on ne les met pas dans le même établissement. On essaie de les mettre ailleurs ».CSF2, durant l'entretien, me fait part de la situation d'une étudiante en situation de non validation de stage dans un secteur de psychiatrie spécialisé

dans la prise en charge de patients alcooliques alors qu'un autre en stage en psychiatrie s'était très bien déroulé. Après échanges entre étudiante et formateur, il est apparu que *« la gamine a un père qui est alcoolique [...] cela lui a renvoyé toute son histoire personnelle en pleine face et elle a eu beaucoup de mal à supporter. »* A la suite de cet entretien, le cadre de santé formateur interviewé a *« opté pour la mettre dans un autre secteur de psychiatrie [...] et là c'est vraiment de l'individualisation, je pense que la remettre dans une unité où elle retrouvera les mêmes difficultés qui sont d'ordre personnel ne lui amènera rien dans son apprentissage. »*

Donc, connaissance de l'étudiant et individualisation de parcours semblent étroitement liées.

- Pour l'étudiant : CSF2 insiste à plusieurs reprises durant l'entretien sur *« la grande part de responsabilité et je dirais d'autonomie »* des étudiants dans leur parcours de formation quand ils sont amenés à prendre des décisions individuelles en fonction de leur parcours antérieur. En effet, l'interviewée précise que *« quelqu'un qui est aide-soignant [...] va peut être passer plus vite sur certains aspects [...] pour se concentrer sur des choses qui sont peut être un peu plus difficiles dans l'apprentissage. »* Elle évoque la *« négociation entre l'étudiant et sa formation »* et que, selon elle, *« quelque chose se passe en fonction de leurs besoins [...] ils repèrent leurs besoins de formation. »* Cette remarque est davantage valable *« pour les personnes qui ont déjà eu un parcours professionnel avant ou qui viennent d'autres filières. Ils ont des acquis [...] donc je pense qu'ils font des choix où ils laissent plus de choses de côté »*.

Toutefois le formateur doit être vigilant et *« repérer où ils [les étudiants] en sont dans leurs apprentissages et quelquefois les mettre en garde parce qu'ils pensent que c'est de l'acquis [...] alors que ce n'est pas forcément bien stabilisé. »*

Un accompagnement individualisé dans un parcours de formation basé sur l'alternance

Les deux interviewées ont chacune abordé dans le cadre de l'entretien la place qu'occupe le formateur dans l'accompagnement des étudiants dans leur parcours de formation, accompagnement à l'institut et accompagnement en milieu clinique.

- Le suivi pédagogique : est défini par CSP2 comme le lieu « où on découvre l'étudiant et puis c'est vraiment le lieu où vous pouvez faire le bilan de ses acquisitions, de ses apprentissages et voir comment l'étudiant parle de son stage. »

CSP1 ajoute : « je prends en compte le vécu de l'étudiant, son ressenti, là où il en est, ce qu'il espère de sa formation ».

Le suivi pédagogique représente ainsi un moment d'échange entre le formateur et l'étudiant et les deux interviewées mettent en corrélation suivi et individualisation : pour CSP1 « l'individualisation, on la prend en compte en terme de suivi pédagogique » et pour CSP2 « je pense que c'est vraiment le lieu et l'outil incontournables dans le processus d'individualisation. »

Cependant, l'interviewée n°1 met en évidence des limites à ce suivi : « à ma grande peine, il est dommage qu'il n'y ait pas plus de suivi pédagogique [...] c'est un peu à l'abattage parce que parfois on a 7-8 étudiants sur une matinée avec peu de temps à leur consacrer. » Le manque de temps et le nombre d'étudiants à « suivre » semblent donc être des freins pour les formateurs.

- Une impossible individualisation des enseignements... : les interviewées identifient les limites de l'individualisation de la formation au cours des entretiens. CSP1 déclare : « ayant déjà une formation avec des unités d'enseignement bien balisées, on ne peut pas individualiser les cours. » et CSP2 complète en précisant que « l'individualisation dans l'enseignement théorique, ça me paraît plus difficile voire impossible. »

Elles font ici référence aux prescriptions du référentiel de formation qui déclinent pour chaque unité d'enseignement un nombre d'heures et des modalités pédagogiques¹⁴ à respecter.

- ...mais des leviers envisagés pour individualiser les parcours : dans la mesure où les cadres de santé formateur mettent en place des dispositifs particuliers. Les interviewées me donnent plusieurs exemples :
 - L'organisation de l'IFSI dans lequel exerce CSF1 « laisse [les étudiants] choisir leur groupe, on ne leur impose pas les groupes ce qui peut leur

¹⁴ Le référentiel de formation précise (p. 75) que « les enseignements sont réalisés sous la forme de cours magistraux, travaux dirigés. » Une définition de ces deux modalités est d'ailleurs proposée :

- « **Les cours magistraux (CM)** sont des cours dont le contenu est plutôt « théorique », donnés par un enseignant dans des salles de type amphithéâtre devant un public généralement nombreux. »
- « **Les travaux dirigés (TD)** sont des temps d'enseignement obligatoire réunissant maximum 25 étudiants. »

permettre éventuellement de se rapprocher pour certains en fonction de leurs vécus, cela peut les aider. »

- Une identification des étudiants en difficultés notamment pour les unités d'enseignements évaluées en pratique simulée¹⁵. A chaque étudiant sont proposées des séances de révisions en groupe restreint. CSF2 déclare : *« on a mis en place un dispositif particulier pour ces gens là [...] On est reparti de leur questionnement, de ce qui restait incompris pour répondre au mieux à leurs besoins. »* Ce dispositif existe dans le second institut car CSF1 précise que *« quand les étudiants sont en difficulté, [...] dans l'individualisation on propose à ces étudiants de leur ouvrir une salle de travaux pratiques [...] on les laisse autonomes, c'est-à-dire qu'on les laisse seuls mais s'ils ont besoin d'un formateur, ils viennent nous chercher. »*
- Des rencontres individuelles complémentaires au suivi pédagogique prescrit sont proposées aux étudiants en difficultés. CSF1 relate : *« je leur demande s'ils souhaitent que je les rencontre pour les aider si je vois qu'ils sont en difficulté »*. CSF2 complète : *« les étudiants qui avaient une vraie difficulté avec un domaine particulier, [...] on peut les voir en individuel, voir avec eux comment ils s'y prennent. Là, l'entretien réflexif prend toute sa place. »* Cependant, les deux interviewées mettent en évidence que cette aide proposée est facultative, que cela relève du choix de l'étudiant et que la demande doit venir de l'étudiant.
CSF2 développe la méthode employée pour amener l'étudiant à accepter l'aide individuelle proposée : *« ça dépend de la façon dont vous présentez les choses, [...] si vous amenez l'étudiant à faire verbaliser ses difficultés, [...] si vous arrivez à ce qu'il prenne lui-même conscience de ses propres difficultés [...] la proposition d'aide paraît presque naturelle et est acceptée. »*
- Variation des méthodes pédagogiques : CSF2 insiste beaucoup sur ce fait lors de l'entretien. Elle précise qu' : *« on a tous des systèmes d'apprentissage différents et qu'il en faut pour tous les goûts. »* Le cadre de santé formateur doit alors *« proposer des dispositifs et outils pédagogiques suffisamment variés pour [...] favoriser les apprentissages de chacun »*. Elle me cite également un exemple où l'équipe pédagogique d'année a réfléchi à modifier les méthodes pédagogiques prévues en fonction des demandes de la

¹⁵ Chaque année, les étudiants sont évalués individuellement dans le cadre d'une unité d'enseignement « 4.4 Thérapeutiques et contribution au diagnostic médical » sur la réalisation d'un soin en pratique simulée.

promotion : « *Là, ils [les étudiants] en ont ras le bol des travaux de groupe [...] donc ce qui était prévu être au départ des études de cas en groupe, on va transformer et varier, [...], on va donc adapter les méthodes aux demandes du groupe.* »

- Des choix laissés aux étudiants dans la construction de leur parcours de stage : l'organisation au sein des instituts de formation permet aux étudiants de construire leur parcours de stage en fonction de leurs attentes et leurs besoins. L'institut dans lequel exerce CSF1 laisse la possibilité aux étudiants, à partir de la deuxième année de formation, de « *choisir leur stage* » sur une liste reprenant l'ensemble des places de stage disponibles et le formateur référent pédagogique de l'étudiant s'assure de « *la concordance [entre le choix de l'étudiant et] le programme.* »

CSF2 évoque le choix pris par l'institut dans la division des stages de 10 ou 15 semaines en deux périodes. Cela permet « *un renforcement dans certaines disciplines, un choix en fonction de leur projet professionnel ou de leur orientation ou de leurs goûts* » et « *des parcours qui sont vraiment adaptés au profil de l'étudiant* ». L'affectation de l'étudiant sur un terrain de stage fait suite, selon CSF2, à « *ce qu'il me dit, de là où il en est dans ses compétences, dans l'acquisition des actes et activités.* » La notion de parcours de stage qualifiant évoquée lors des entretiens exploratoires apparaît à nouveau. Le choix est laissé à l'étudiant mais le formateur s'appuie sur le parcours de stage antérieur et sur la progression de l'étudiant pour l'affectation définitive.

CSF1 et CSF2 s'accordent toutes deux à dire que ce dispositif est valable à partir de la deuxième année de formation. CFS2 renforce cette idée car elle précise « *que la première année, bon, ils arrivent, ils découvrent, [...] ils ont tout à connaître [...] donc je pense qu'il faut avoir des parcours moins marqués.* »

- Un suivi de l'étudiant par le formateur pendant le stage : durant son parcours de formation, l'étudiant sera amené à être accompagné individuellement à l'IFSI dans le cadre de suivi pédagogique et en stage dans le cadre de regroupements¹⁶. CSF1 décline lors de l'entretien son déroulement : « *à chaque stage [...] on va voir l'étudiant avec le tuteur ou un professionnel de proximité.* »

En complément de la réalisation d'analyses de la pratique professionnelle « prescrite », le cadre de santé formateur « *voit les objectifs de l'étudiant, où il en est*

¹⁶ Le référentiel de formation précise (p. 83) que « *pendant la durée des stages, le formateur de l'IFSI référent du stage organise, en lien avec l'équipe pédagogique, le tuteur et le maître de stage, soit sur les lieux de stage, soit à l'IFSI, des regroupements des étudiants d'un ou de quelques jours. Ces regroupements [...] permettent de réaliser des analyses de la pratique professionnelle.* »

[...] dans sa progression. » La réalisation de ces bilans intermédiaires va également permettre à l'étudiant d' « enrichir sa réflexion », de « mesurer sa progression » et de « reposer des objectifs jusqu'à la fin de son stage ».

Interactions entre les différents acteurs : regard des formateurs

Les deux interviewées s'accordent à dire que des interactions entre les acteurs qui gravitent autour de l'étudiant sont nécessaires dans le cadre d'une individualisation du parcours de formation.

- Une collaboration nécessaire entre formateurs et professionnels des terrains de stage... : CSF1 fait référence « au partenariat développé avec les établissements rattachés à notre institut ». Elle me donne plusieurs exemples au cours de l'entretien telle que la mise en place de la formation des tuteurs réalisée par des formateurs ; formateurs qui accompagnent les formés « sur le terrain pour voir ce qu'ils avaient construit comme objectifs pédagogiques, comment cela se passait, etc. », des réflexions menées « comme on se rend à chaque stage sur les terrains, on essaye de voir avec eux [maître de stage et tuteurs] comment ils peuvent individualiser le parcours de formation ».

CSF 2 précise, à l'évocation des interactions, que « cela doit vraiment se passer dans la collaboration » et « qu'il y a un gros travail d'articulation entre tout ce monde là ». La présence du formateur est selon l'interviewée nécessaire « à certains moments pour répondre à des questions ou si l'étudiant ou le tuteur a des difficultés, [...] au moins faire un bilan ». Elle me donne un autre exemple « là, j'ai revu un maître de stage pour l'orienter dans la réalisation d'un livret d'accueil ».

- ...mais des limites identifiées :
 - La disponibilité des personnes et un turn-over important dans les équipes : CSF2 met en évidence les difficultés à trouver des temps de rencontres entre formateurs et professionnels des terrains de stage notamment les tuteurs : « il y a une grosse difficulté, c'est la disponibilité des uns et des autres, [...] les tuteurs font les 3-8, ils ne peuvent pas forcément se détacher ». Elle évoque également comme frein la mobilité des tuteurs « les tuteurs sont là quelques temps et après, hop, ils s'en vont. Donc, le travail que vous avez commencé avec un, il faut redémarrer à zéro avec un autre ».

Pour CSF2, « *la stabilité au milieu de tout ça, c'est le maître de stage. C'est la personne la plus accessible et qui a la connaissance, la maîtrise du terrain* ».

- Une « standardisation » de l'encadrement en lien avec l'ancien programme de formation : CSF1 signale que, dans certains lieux de stage, les équipes « *cantonnent les étudiants de 1^{ère} année qu'aux toilettes et aux soins de nursing sans leur laisser la possibilité de réaliser des soins plus techniques* ». A l'inverse, « *certains tuteurs ne tiennent pas forcément compte du parcours antérieur de l'étudiant* » et « *ne comprennent pas qu'un fin de 2^{ème} année n'ait jamais fait de prise de sang* ». Pour CSF1 « *ils [les professionnels en stage] sont encore dans l'ancienne réforme.* »

L'interviewée met, ainsi, en lumière l'impact de cette standardisation sur l'individualisation des parcours : « *c'est quelquefois problématique, les étudiants reviennent frustrés car ils ont été cantonnés à faire des soins qu'ils maîtrisaient déjà [...] donc ils n'avancent pas au rythme auquel ils auraient aimé avancer.* »

- Individualisation des parcours : un équilibre entre objectifs et parcours antérieur de l'étudiant, parcours de stage et paliers d'apprentissage.

Les interviewées font part, en évoquant l'individualisation de parcours des stages, du fait que les professionnels doivent prendre en considération le parcours de stage antérieur de l'étudiant et ses objectifs personnels pour l'accompagner en stage. CSF2 précise « *il faut voir en fonction de l'étudiant, de ses objectifs de stage, de ce qu'il a déjà fait, validé, de ses objectifs de stage* ». En fonction de sa progression « *peut lui être proposé des choses plus complexes ou diversifiées* ».

Cependant, l'interviewée précise « *je pense qu'il y a socle minimum [...] des attendus en fonction des semestres que ce soit dans la pratique et pour les connaissances.* ».

Pour CSF2 « *il faut respecter des paliers d'apprentissages* » que les professionnels de terrain doivent définir en fonction de leur offre de formation : « *l'équipe avait commencé à poser les bases, [...] des choses en lien avec la spécificité du service* ».

CSF1, quant à elle, précise : « *on a essayé d'initier des parcours de stages dans chaque unité* » afin que les étudiants « *puissent voir toutes les facettes du secteur dans lequel ils évoluent* ». L'élaboration et la mise en place de ces parcours « *pensés et réfléchis dans l'unité* » sont de « *vrais plus pour l'étudiant* ».

Une individualisation de fait

Enfin, pour terminer l'analyse des entretiens réalisés auprès de cadres de santé formateurs, je cite une phrase de l'interviewée CSF1 qui met en évidence une individualisation de fait : « *chaque être étant déjà à la base différent, chaque parcours va être différent mais pour arriver à une finalité identique : avoir un professionnel, comme c'est noté dans le référentiel, autonome, responsable et réflexif* ».

6.2 Entretiens avec les cadres de santé maîtres de stage

6.2.1 Présentation des interviewées

L'interviewée n°1 que je nommerais MDS1 dans le cadre de ce travail, est infirmière de formation initiale depuis 1998. Après avoir exercé dans le secteur privé pendant 2 ans dans différentes unités de soins, elle a intégré un centre hospitalier public dans lequel elle exerce toujours actuellement.

D'abord infirmière dans des unités de médecine, elle a occupé un poste de faisant fonction de cadre de santé de proximité dans l'unité de pédiatrie.

Diplômée cadre en 2010, elle a réintégré quelques mois l'unité de pédiatrie puis a exercé 18 mois dans l'unité de surveillance continue pour enfin occuper le poste de cadre de santé dans le service de réanimation.

L'interviewée n°2 que je nommerais MDS2 dans le cadre de ce travail est également infirmière de formation initiale diplômée en 1981. Elle a toujours exercé dans le même centre hospitalier public.

Infirmière depuis cette date dans une unité de médecine générale puis spécialisée en gastro-entérologie, elle a occupé un poste de faisant fonction de cadre de santé à partir de 2001 dans cette même unité avant son départ à l'institut de formation des cadres de santé en 2004.

A son retour en juin 2005, elle a intégré l'unité de soins de suite et de réadaptation dans laquelle elle exerce toujours.

Depuis la mise en place de la nouvelle réforme en 2009, elles assurent, toutes deux, la fonction de maître de stage.

6.2.2 Contexte de réalisation des entretiens

Les deux entretiens ont eu lieu dans le bureau des cadres de santé où je me suis installé, chaque fois en face des interviewées.

Après m'être présenté, exposé le but de ma venue, demandé l'autorisation d'enregistrement de l'entretien et assuré son anonymat, les interviews se sont déroulées sans dérangement.

Les deux cadres de santé avaient demandé à l'équipe en poste de ne pas être dérangées, avaient fermé la porte de leur bureau et avaient coupé leur téléphone.

Le premier entretien a duré 40 minutes et le second 30 minutes.

6.2.3 Ressenti

Les deux interviewées ont fait part d'une grande disponibilité à mon arrivée. Ne connaissant pas les unités de soins, elles m'ont toutes deux proposé de visiter le service et m'ont présenté à l'équipe présente avant de débiter les entretiens.

La qualité de ces accueils m'a, je pense, permis de me sentir plus à l'aise pour les interviews. Durant l'entretien, les différents thèmes choisis ont été abordés grâce aux questions de relances.

6.2.4 Analyse

Les principaux thèmes abordés dans les entretiens sont les suivants :

L'existence de « moments-clés » au cours du stage qui permettent d'individualiser le parcours de l'étudiant

Les deux interviewées évoquent, lors des entretiens, différents temps qui permettent, selon elles, de favoriser l'individualisation du parcours.

- L'accueil de l'étudiant en stage représente une étape importante. Les étudiants sont accueillis le premier jour par les maîtres de stage dans les deux unités.
Pour MDS1 : « *dans l'individualisation, il faut prendre le temps de faire le point avec l'étudiant quand il arrive pour voir quel a été son parcours parce que si on ne commence pas par là, je ne vois pas comment on peut s'adapter par la suite* ». MDS2, quant à elle, après avoir fait visiter l'unité « *présente l'étudiant au petit déjeuner de l'équipe. Il se présente et on fait un débrief sur là où il en est, ses compétences, les actes et activités et dans quels services il est passé* ».
- Le bilan du parcours antérieur et des acquisitions : les interviewées s'accordent à dire que la prise en considération du parcours antérieur est indispensable. En effet, pour MDS1 « *ce n'est pas parce qu'un étudiant est en semestre 5 qu'il a acquis les*

mêmes compétences, les mêmes connaissances, la même technique qu'un autre collègue lui aussi en semestre 5 ». Ainsi, il est important pour elle « *qu'on s'adapte aussi au niveau de l'étudiant et qu'on lui détermine des objectifs en fonction de son parcours précédent et, pour moi, il n'y a pas un seul modèle* ». Cela semble, toujours pour MDS1, « *d'autant plus flagrant depuis 2009 comme les stages sont longs* ». MDS 2 complète en évoquant « *des choses n'ont pas forcément été vues [par l'étudiant], tout dépend du parcours surtout avec les stages plus longs maintenant [...] donc attention au parcours de stage antérieur.* »

De plus, tout comme dans les entretiens précédents, MDS1 précise qu'il faut tenir compte du niveau de chacun : « *un aide-soignant qui fait sa formation d'infirmier, il n'a pas le même niveau qu'un étudiant qui sort du lycée, qui a fait un bac littéraire et qui n'a jamais eu aucune expérience dans le domaine médical* ».

- L'élaboration des objectifs de stage par l'étudiant : lorsque j'évoque lors des entretiens l'individualisation du parcours de formation, les deux interviewées font le lien avec les objectifs de stage de l'étudiant. MDS1 précise « *j'attends des objectifs précis, adaptés au service et aux attentes de l'étudiant* ». Pour cela, il est important que l'étudiant puisse dans un premier temps découvrir les spécificités du service avant de les écrire : « *je dis aux étudiants, je ne veux pas voir vos objectifs tout de suite, je les veux à la fin de la semaine, car souvent quand ils arrivent le premier jour, ils ont écrit des objectifs « bateau »* ». Pour MDS2, l'étudiant doit « *adapter ses objectifs en fonction de ce qu'il recherche [...], je demande aux étudiants de les afficher dans le bureau infirmier pour que l'équipe puisse en prendre connaissance [...] cela permet aussi d'individualiser* ».
- La réalisation de bilans en cours de stage : MDS1 m'explique qu' « *à la fin de chaque semaine, il [l'étudiant] doit voir avec son tuteur ce qui est acquis, si des objectifs sont atteints et s'ils ne sont pas atteints, pourquoi ?* » Cela permet « *de s'adapter à l'étudiant, à son parcours, à ce qu'il a acquis, on fait un point avec le portfolio* ». MDS2 précise, quant à l'individualisation du parcours, qu'« *il y a le bilan de mi-stage* » réalisé avec « *l'ensemble de l'équipe* ».
- Le bilan de fin de stage : réalisé généralement le dernier jour de stage, il permet de faire la synthèse des acquisitions de l'étudiant à partir de son auto-évaluation. Dans l'unité où exerce MDS1, il est réalisé « *avec moi [maître de stage], le tuteur et l'étudiant* » et a un objectif complémentaire « *je demande également à l'étudiant ce qui a été bien et moins bien dans le service pour pouvoir, nous aussi, réajuster pour*

les futurs étudiants ». Dans l'unité où exerce MDS2, ce bilan est également réalisé en présence du maître de stage « *souvent, je les entraîne au projet de soins donc je les évalue sur les compétences 1 et 2 et le tuteur fait le bilan avec l'étudiant, en ma présence, sur le reste* ».

Des conditions nécessaires pour individualiser le parcours de formation

- Un étudiant acteur de sa formation : au cours de l'entretien, MDS2 évoque à plusieurs reprises le fait que pour une individualisation de parcours, « *il faut que l'étudiant soit acteur de sa formation* ». Selon elle, « *depuis la mise en place de la nouvelle réforme, ça me semble très difficile pour les étudiants d'être acteurs de leur formation [...], je trouve que je suis toujours dans la guidance* ». MDS2 argumente en me fournissant plusieurs exemples : « *parfois, l'étudiant, quand il arrive, il n'a pas son portfolio, [...] le jour de l'évaluation, il l'a oublié, [...] il doit remplir des feuilles de validation de techniques par deux soignants pour nous aider à faire le bilan mais il faut sans cesse, sans cesse leur rappeler* ». De plus, elle précise également que « *le livret d'accueil de l'unité est disponible à l'IFSI et qu'il [l'étudiant] devrait, lui, le jour d'arrivée me dire, bah voilà, j'arrive dans votre unité, il me semblerait que je dois voir ça, ça et ça car je l'ai vu dans le livret d'accueil [...]* mais bon pour l'instant, c'est dans l'autre sens que cela fonctionne ».
- Un investissement de l'étudiant : pour MDS1, il faut que « *l'étudiant ait aussi envie [...] ici il y a des étudiants qui, je leur présente leur livret de suivi à l'arrivée et je les retrouve à la paillasse en train d'attendre, de lire des dossiers donc on individualise mais à condition que l'étudiant se donne les moyens, qu'il se prenne en charge* ».
- Du temps : les deux interviewées s'accordent à dire que : « *l'individualisation, c'est très important mais il faut avoir le temps de le faire* » pour MDS1 et pour MDS2 « *soyons clair, cela prend du temps* ».

La place occupée par le maître de stage dans l'individualisation du parcours

Lors des entretiens, les maîtres de stage précisent le rôle qu'elles occupent, au sein de l'unité, dans la mise en place de parcours de formation individualisé.

- Elaboration d'un livret d'accueil avec l'équipe qui représente pour MDS1 « *un véritable outil et un atout pour le déroulement de leur stage dans le service* ». Il est pour MDS2 « *un outil qui permet aux étudiants de disposer d'informations variées sur les spécificités du service* ». Il décline l'offre de formation proposée aux étudiants.
- Accueil de l'étudiant lors de son arrivée en stage et la réalisation avec le tuteur de la fiche synthèse des acquisitions en fin de stage.
- Elaboration du planning de l'étudiant et affectation du tuteur avec notification du nom de celui-ci sur le planning.
- Elaboration d'outils internes au service avec l'équipe qui permettent le suivi du parcours de l'étudiant durant son stage : MDS2 évoque « *une feuille de validation de techniques de soins* » et MDS1 « *un livret de suivi spécifique à la réanimation avec la déclinaison d'objectifs [institutionnels] que l'étudiant doit atteindre au bout d'une semaine, deux semaines, etc.* ».
- Identification avec l'équipe d'un socle minimum de connaissances à acquérir durant le stage : MDS1 précise qu'il existe dans l'unité une « *check-list* » qui recense « *les points essentiels que l'étudiant doit maîtriser en quittant l'unité* ». MDS2 signale que « *quelque soit le niveau de formation, il n'est pas possible de quitter l'unité sans au moins me reconnaître une rougeur persistante, non persistante¹⁷ [...] il y a des choses sur lesquelles je ne passe pas* ».
- Adapter l'offre de formation en fonction des demandes et du contexte : des changements au sein de l'unité semblent être des freins à l'instauration d'un parcours de formation individualisé. Le maître de stage est garant de la qualité d'encadrement du stagiaire en formation et doit, en fonction d'un contexte évolutif, s'adapter et mettre en place des mesures.
Ainsi, MDS1 évoque des difficultés rencontrées lors de sa prise de poste : « *quand je suis arrivée, je me suis retrouvée avec plus d'étudiants que de soignants et que de patients* » et « *il y avait eu l'arrivée de trois nouveaux infirmiers qui étaient nouveaux et qui étaient aussi à encadrer* ». MDS1 me précise qu' « *en accord avec le cadre supérieur de santé, nous avons décidé de diminuer la capacité d'accueil* ».

¹⁷ L'interviewée fait ici référence à l'identification d'un risque ou de la présence d'une escarre chez le patient pris en charge.

des étudiants ». Cependant « *le directeur des soins a refusé cette demande et on a dû s'adapter [...] ce n'était pas une situation facile pour tout le monde* ».

- Suivi du plan de formation des agents : MDS1 avait « *demandé* [suite aux difficultés exposées dans le point précédent] *à ce qu'il y ait plus de tuteurs de formés* ». Elle explique « *je vois la différence entre ceux formés et les autres, c'est beaucoup plus clair pour eux [...] parce qu'ici la plupart des infirmiers ont fait l'ancien cursus*¹⁸ ». MDS2 complète « *vous savez quand vous avez qu'une tutrice formée dans une unité de huit infirmières, bon...* ». Ainsi, la formation au tutorat semble être un élément important pour l'individualisation du parcours de formation.
D'ailleurs, cette formation semble nécessaire au cadre de santé car MDS1 me signale : « *j'ai demandé à être formée cette année [...] moi qui n'ai pas eu cette formation, il y a encore des choses que je ne comprends pas bien* ».
- Aide apportée aux équipes encadrantes et aux tuteurs : MDS2 évoque « *l'aide* » qu'elle apporte aux équipes face aux difficultés présentées « *elles* [les infirmières et aides-soignantes qui encadrent l'étudiant] *n'ont pas encore suffisamment justement intégré tout ce processus et toutes les difficultés du parcours individualisé [...] donc même si elles font attention, c'est moi qui leur dis, attention au parcours de stage antérieur, voilà où il en est en gros et voilà de où il part* ». Elle précise les difficultés en faisant également le lien avec la compréhension des intitulés des compétences « *je trouve que les items ne sont pas à la portée de tout le monde [...], utilisons des mots simples, [...] c'est très compliqué pour le cadre donc ça l'est d'autant plus pour les équipes.* ». Ainsi, le maître de stage est amené à compléter la feuille synthèse des acquisitions : « *parfois, elles me les laissent parce qu'elles ne comprennent pas* ».
- Identifier les collaborateurs désirant s'investir dans l'encadrement : pour MDS1 : « *en tant que cadre, il faut aussi tenir compte des désirs de l'équipe* ». Elle évoque qu'à son arrivée, elle a remis à jour la liste des référents¹⁹ car son prédécesseur n'avait pas laissé le choix de l'inscription dans un thème aux membres de l'équipe. Elle complète au cours de l'interview : « *si vous êtes référent sur quelque chose qui vous plaît, votre investissement ne sera pas le même* ».

¹⁸ L'interviewée évoque ici l'ancien programme de formation datant de 1992.

¹⁹ Les membres de l'équipe paramédicale sont sollicités pour devenir référent dans un domaine particulier en fonction de leur préférence : encadrement des étudiants, hygiène...

- Contact téléphonique avec le formateur référent de stage en cas de difficultés présentées par l'étudiant.

Interactions entre les différents acteurs : regard des maîtres de stage

- Une collaboration nécessaire entre les acteurs de l'unité : lors des deux entretiens, les cadres de santé mettent en évidence la collaboration existante entre les différents acteurs de l'unité qui gravitent autour de l'étudiant dans le cadre d'une individualisation du parcours de formation : maître de stage, tuteur et professionnels de proximité. Les nombreux exemples détaillés dans les points précédents viennent conforter cette idée.

- Une collaboration nécessaire entre les acteurs du pôle : les deux interviewées évoquent la création de parcours de stage pour l'étudiant qui nécessite une collaboration entre les acteurs du pôle.

Dans l'unité où exerce MDS1, les parcours de stage sont envisagés sur un modèle « *parcours patient* » : « *on a envisagé avec les cadres de pôle de faire des parcours de stage, [...] comme les périodes de stage étaient longues, [...] cela pourra permettre aux étudiants de grouper certaines spécificités* ». Cependant la mise en œuvre n'a pas été réalisée dans la mesure où « *il y a eu pas mal de mouvements dans l'encadrement* ».

Dans l'unité où exerce MDS2, le parcours est effectif : « *quand ils [les étudiants] arrivent, je leur donne les grandes orientations du parcours* ». Celui-ci est construit afin que « *l'étudiant puisse avoir une idée de la prise en charge pluridisciplinaire et individualisée de la personne âgée* ».

Ainsi, au-delà des réflexions menées dans l'unité dans laquelle l'étudiant réalise son stage, le cadre de santé maître de stage collabore avec les professionnels exerçant dans le pôle pour leur donner la possibilité de disposer de parcours de stage.

- Une collaboration nécessaire mais limitée entre acteurs des terrains de stage et instituts de formation : les interviewées mettent en exergue « *une communication, un partage qui se font de moins en moins avec l'IFSI* » pour MDS1 et des rencontres insuffisantes pour MDS2 : « *on ne se rencontre pas suffisamment, [...] on ne se voit pas assez avec l'IFSI* ».

- Des écarts entre IFSI et terrain de stage... sont également évoqués lors des deux interviews. Pour MDS2, il existe « *un écart entre la théorie à l'IFSI et la pratique sur le terrain* » et « *il y a vraiment la scission entre nous* ».

MDS1 complète : « *entre ce qui peut être fait à l'IFSI et sur le terrain, il y a parfois une marge* ».

- ...qui se creusent et peuvent aboutir à des situations conflictuelles : MDS2 évoque des « *déplacements [du formateur référent en unité] si problème* » et MDS1 depuis sa prise de poste en réanimation il y a 1 an ½ a rencontré « *une formatrice de l'IFSI, à ma demande, car je voulais arrêter le stage d'une étudiante* ». Cette absence de suivi en stage semble être commune à l'ensemble des unités du centre hospitalier et générer des conflits dans la mesure où MDS1 me fait part d'un échange de mails qu'il y a eu entre les cadres de santé des unités et l'institut de formation. Les cadres de santé des unités se sont positionnés face à une demande de disponibilités pour réaliser des entretiens à l'institut de formation : « *pas de disponibilité pour ces entretiens puisque pas de disponibilités des formateurs pour venir sur le terrain* » (extrait d'un mail lu par l'interviewée).
- Des pistes sont à envisager pour MDS2. Pour l'interviewée, il faudrait « *des débriefs beaucoup plus réguliers entre le référent IFSI des unités et l'équipe* » ainsi que des « *explications sur le nouveau référentiel, les unités d'enseignements car la plupart du temps, on ne sait pas ce qu'ils ont réellement vu à l'école.* » Pour ce maître de stage : « *on fait de notre mieux pour individualiser de notre côté mais réfléchir à deux, ce serait beaucoup mieux* ».

6.3 Entretiens avec les tuteurs

6.3.1 Présentation des interviewées

L'interviewée n°1, que je nommerai T1 dans le cadre de ce travail, est infirmière depuis 2002. Elle a toujours exercé dans le même centre hospitalier public au sein de l'unité de neurologie jusqu'en juillet 2007, date à laquelle elle a intégré le service des urgences. Occasionnellement, elle effectue des remplacements au SMUR²⁰.

Elle exerce la fonction de tutrice depuis 2011 après avoir suivi une formation institutionnelle relative au tutorat à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers.

L'interviewée n°2, que je nommerai T2 dans le cadre de ce travail, est infirmière depuis 1989. Elle a toujours exercé dans le même centre hospitalier public de proximité.

²⁰ Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

Après avoir occupé un poste dans une unité de chirurgie pendant 6 mois puis 9 ans dans le service de soins à domicile rattaché à l'établissement, elle est depuis affectée dans l'unité de médecine générale.

Elle exerce la fonction de tutrice depuis la mise en place du référentiel de formation infirmier en 2009 mais n'a pas suivi de formation tutorale.

6.3.2 Contexte de réalisation des entretiens

Les deux entretiens ont eu lieu dans une pièce calme au sein des unités dans lesquelles exercent les interviewées. Les rendez-vous ont été pris après le poste de travail des tutrices afin de ne pas les déranger dans leurs activités et pour une plus grande disponibilité.

Après m'être présenté, exposé le but de ma venue, demandé l'autorisation d'enregistrement de l'entretien et assuré son anonymat, les interviews se sont déroulées sans dérangement.

Le premier entretien a duré 40 minutes et le second 30 minutes.

6.3.3 Ressenti

A mon arrivée dans les unités, les tutrices attendaient ma venue. T1 m'a précisé qu'elle avait déjà été interviewée l'année précédente par une étudiante cadre de santé dès le début de l'entretien. Son discours était fluide et les réponses apportées à mes questions ont été riches.

T2, avant même que l'entretien ne débute, m'a fait part de son interrogation quant aux réponses qu'elle allait pouvoir m'apporter dans le cadre d'un travail de recherche cadre de santé alors qu'elle est infirmière. J'ai alors pris un temps supplémentaire pour exposer plus précisément mes attentes, pour préciser que son avis était important pour mon travail et qu'en qualité de tutrice, elle allait pouvoir m'apporter des réponses utiles.

Après ce temps, l'entretien s'est correctement déroulé et les questions de relances posées ont permis à T2 de développer l'ensemble des thèmes.

6.3.4 Analyse

Les principaux thèmes abordés dans les entretiens sont les suivants :

Un étudiant en stage : un accompagnement individualisé prenant en considération le parcours de formation antérieur

Au cours des entretiens, T1 et T2 évoquent que l'individualisation du parcours de formation passe nécessairement par la connaissance de l'étudiant, de son parcours de formation antérieur et la réalisation de bilans.

- Une individualisation de fait est soulignée par les deux interviewées dans la mesure où elles déclarent que : « *chaque étudiant est unique, il a une histoire un vécu et il n'apprend pas de la même manière donc il n'est pas accompagné de la même manière* » (T1) et que « *l'individualisation, je pense que c'est essentiel parce que chacun apprend différemment* » (T2).

La prise en compte de la singularité de l'étudiant dans ses apprentissages va nécessiter chez le tuteur des capacités d'adaptation car, selon T1 : « *on doit donc à chaque fois adapter sa transmission de savoirs à l'étudiant et à sa façon d'apprendre* ».

- L'accueil de l'étudiant en stage : un moment déterminant : les interviewées s'accordent à dire que le bilan réalisé à l'arrivée de l'étudiant dans l'unité va conditionner l'individualisation de son parcours. En effet, pour T1 : « *à chaque début de stage, je rencontre les étudiants pour connaître leur parcours, leurs attentes, leurs objectifs, et en fonction de ça mettre l'accent sur certains points de travail* ». T2 complète en précisant que « *quand ils [les étudiants] arrivent, je fais un bilan avec eux, savoir où ils en sont. Je reprends leurs anciens lieux de stage, ce qu'ils ont déjà acquis et on voit aussi en fonction de leur objectifs* ».

Pour T1, ce bilan à l'arrivée est « *d'autant plus important depuis le programme 2009 car on retrouve des lacunes chez certains étudiants, même quelquefois au semestre 6, car ils ont fait dans leur parcours que des stages où il y avait très peu de soins techniques* ».

- La connaissance de l'étudiant semble être également étroitement liée au parcours individualisé de formation et impacter la détermination des objectifs de stage car T1 déclare : « *il faut prendre le temps de connaître l'étudiant, son parcours, ses*

capacités car c'est vraiment étudiant-dépendant. A partir de ça, on va fixer ensemble des objectifs plus ou moins hauts ». T2 complète en précisant « d'où aussi, le fait de bien connaître l'étudiant, de bien discuter avec lui et de voir ce qu'il sait faire et ne sait pas faire. On repart toujours de lui, [...] de ses objectifs afin de pouvoir coller entre ce qu'on leur propose et ce qu'ils attendent ». L'un des rôles du tuteur est alors de mettre en corrélation demande de formation et offre de formation.

- La réalisation de bilans en cours de stage : lors des deux entretiens, chaque interviewée a précisé qu'elle effectuait en cours de stage un ou des bilan(s) avec l'étudiant et a défini leur intérêt. Pour T1, le bilan « sert à mettre en avant les côtés positifs, essayer de faire que les choses aillent mais est aussi là pour pointer les défauts où j'aimerais qu'il [l'étudiant] s'améliore sur la fin de stage ». Pour T2, le bilan « permet de voir où l'étudiant en est, ce qu'il a compris et ce qu'il faut faire pour encore avancer ». C'est à partir de celui-ci « qu'on refixe souvent des objectifs ».

Cependant, le nombre de bilans peut varier et semble proportionnel au degré d'évolution de l'étudiant en stage. En effet, les deux interviewées s'accordent à dire « qu'au moins un bilan est réalisé au cours du stage » mais qu'en cas de difficultés le nombre augmente. T1 précise « pour certains étudiants qui ont beaucoup de difficultés dans l'apprentissage, [...] je fais un bilan à chaque fin de semaine » et T2 complète en évoquant « cela va dépendre de l'étudiant, celui qui a des difficultés, il en aura plus ».

Le tuteur et l'individualisation du parcours : rôle et qualités requises

Lors des entretiens, les tutrices précisent le rôle qu'elles occupent, au sein de l'unité, et les qualités requises pour la mise en place de parcours de formation individualisé.

- Réaliser des bilans avec l'étudiant : bilan à son arrivée en stage, bilans au cours de stage expliqués dans le thème précédent et réalisation de la fiche synthèse des acquisitions lors d'un bilan de fin de stage.
- Identifier avec l'équipe un socle minimum de connaissances et de compétences à acquérir au cours du stage : T1 précise que les étudiants sont accueillis dans l'unité à partir du semestre 3 et signale que « on demandera aux étudiants d'être à l'aise sur ce qui est soins d'hygiène et de confort, la compétence 3, et de réaliser des prises en charge globales de patients quelque soit le niveau de formation ». T2 déclare : « on a travaillé avec les collègues sur des objectifs généraux, de grandes lignes comme

connaître les missions du service, les différentes personnes qui y travaillent, les protocoles d'hygiène, etc. ».

- Favoriser l'autonomie et la prise de responsabilités chez l'étudiant : pour T2 le fait de « confier » aux étudiants la prise en soins de patients *« permet de les motiver car ils voient leur future profession et cela les met plus dans la réalité. Nous, [l'équipe soignante] on les laisse gérer c'est-à-dire qu'ils doivent connaître le motif d'entrée, savoir faire une entrée, les soins, les transmissions »*. La nuance émise par la tutrice est que *« bien sûr, on tient compte de leur niveau »*.
- Collaborer avec l'ensemble des acteurs qui gravitent autour de l'étudiant pendant le stage.
- Etre impliqué : pour T2 l'implication du tuteur semble indispensable car elle signale lors de l'entretien que *« j'ai des collègues qui sont moins impliquées, [...] elles arrivent à faire des bilans en 10 minutes chrono, [...] si on veut faire les choses bien, il faut prendre du temps, c'est sérieux, il ne faut pas faire ça par-dessus la jambe et se positionner »*.

T1 évoque également le « sérieux » que nécessite la fonction de tuteur. Elle réalise un parallèle avec le programme de formation de 1992 où les stages étaient notés : *« je repense aux feuilles de l'ancienne réforme [...] il y avait certains stages qui ne se mouillaient pas, [...] c'était simple, 2^{ème} année, on met tout le temps 16, 3^{ème} année, on met ça et on met 18 »*. Pour T2, ce mode de fonctionnement existerait encore dans certains stages actuellement : *« j'ai l'impression que certains stages fonctionnent de la même manière puisque justement on trouve des élèves catastrophiques qui ont réussi à valider leurs actes et activités »*.

De plus, T1 complète les propos de T2 au sujet de la notion de temps car elle déclare : *« l'encadrement, cela prend du temps, c'est énorme, [...] j'accorde du temps mais souvent sur mon temps personnel »*.

- Etre formé au tutorat : les deux interviewées précisent au cours des entretiens que la formation *« a permis de mieux appréhender ce nouveau référentiel qui m'était complètement inconnu avant »* pour T1 et *« sera un vrai plus car je disposerai d'informations complémentaires pour avoir une meilleure prise en charge des étudiants »* pour T2.

Interactions entre les différents acteurs : regard des tuteurs

- Une collaboration nécessaire entre les acteurs de l'unité : lors des deux entretiens, les tuteurs mettent en évidence la collaboration existante entre les différents acteurs qui gravitent autour de l'étudiant dans le cadre d'une individualisation de formation.
 - Tuteur et maître de stage : pour T1 : « *le maître de stage va faire une sorte de parcours inter urgences²¹ et s'arranger pour que l'étudiant puisse suivre plusieurs encadrants* ». « *Il fait les horaires et inscrit sur un planning sur quel poste va tourner l'étudiant et avec quel professionnel de proximité* ». Pour T2, la collaboration avec le maître de stage a principalement lieu en cas de difficultés avec un étudiant : « *quand on a un souci, on se réfère beaucoup à la cadre* ».
 - Tuteur et professionnels de proximité : T1 et T2 s'accordent à dire que l'ensemble de l'équipe accompagne l'étudiant pendant le stage. En effet T1 déclare : « *j'ai toujours transcrit à mes collègues que tous les intervenants sont encadrants : aides-soignants, infirmiers, agents de services hospitaliers, [...] et peuvent apprendre à l'étudiant* ». T2 ajoute : « *c'est l'équipe complète qui accompagne. Je trouve important qu'il [l'étudiant] travaille avec plusieurs personnes, qu'il voit plusieurs manières de faire et d'expliquer. Je me suis déjà rendu compte que parfois, il suffit de mettre l'étudiant avec quelqu'un d'autre pour expliquer le soin et ça se passe mieux* ».

Le tuteur est celui, pour T1, qui « *fait le relais* » entre les encadrants, qui « *reprend toutes les informations auprès des encadrants pour savoir comment il évolue* ». T2 complète en précisant : « *quand je fais le bilan, je fais le tour de tous mes collègues pour avoir leur avis* ».
- Une collaboration nécessaire avec les acteurs d'autres unités afin que l'étudiant s'inscrive dans un parcours patient : ce point est abordé par T1 au cours de l'entretien. Elle évoque la collaboration avec les tuteurs de radiologie, de neurologie du SAMU²² et du SMUR afin que l'étudiant puisse appréhender les différentes étapes de la prise en charge du patient : « *On s'est mis d'accord avec les tuteurs*

²¹ L'interviewée explique au cours de l'entretien que le service des urgences est divisé en quatre secteurs de soins : l'accueil, la salle de déchoquage, la zone boxée et les soins externes. L'étudiant, au cours de son stage, sera affecté systématiquement sur les quatre secteurs suivant un planning établi par le maître de stage.

²² Service d'aide médicale urgente

manipulateurs radio qui sont sur le même principe que nous²³ donc les étudiants peuvent suivre le patient au scanner, en échographie, etc. ». De plus, dans le cadre de « l'alerte thrombolyse devant une suspicion d'AVC²⁴, l'étudiant va suivre le patient en radiologie et dans le service de neurologie ». Enfin, « j'arrive à m'arranger avec le SAMU pour leur faire découvrir la régulation et les faire suivre une équipe SMUR sur une journée ».

Cependant, des conditions sont nécessaires selon T1 pour bénéficier de ce parcours : « *c'est si l'étudiant est à l'aise, s'il est motivé et s'il a un désir d'apprendre* ». De plus, l'interviewée précise que ce parcours : « *c'est moi qui l'ai mis en place avec l'accord de ma cadre mais cela reste une initiative personnelle* ».

Pour T1, ce parcours est « *à petite échelle* » et pour créer « *un réel parcours de stage, je pense que cela serait plus à un cadre de poser les limites* ».

- Une collaboration nécessaire mais limitée avec les cadres de santé formateurs : les deux interviewées mettent en exergue le peu de contact qui existe entre terrains de stage et institut de formation et cela semble être un frein à l'individualisation du parcours. T1 expose : « *j'appelle la formatrice de l'école quand vraiment j'ai des difficultés avec un élève mais j'ai toujours beaucoup de mal à trouver une date pour la faire venir, [...] sinon je n'ai aucun contact* ». Une limite est également argumentée par T1 : « *quand on est confronté à un problème dans le parcours, c'est loin d'être évident à gérer seule, sans soutien de l'IFSI* ».

Dans l'unité où exerce T2 : « *on voit le formateur une fois pendant le stage pour faire un bilan sur les points faibles, les points forts et ce qu'il y a à améliorer afin de valider le stage* ». Cependant T2 stipule qu'« *il [le formateur] n'est pas là souvent et ça manque* » et met en évidence l'absence d'accompagnement lors de l'arrivée du nouveau programme : « *quand il y a eu le nouveau programme, on n'en a pas entendu parler. On a vu arriver les étudiants avec leur portfolio et débrouille toi* ». Ceci a donc pour T2 « *mis les étudiants en difficulté car on n'a pas forcément compris qu'une fin de 2^{ème} année n'ait pas encore fait de soins techniques par exemple* ».

Une autre limite à l'individualisation est identifiée par T2 : « *je pense qu'il manque aussi des liens avec l'école par exemple sur ce qu'ils ont vu en cours. Comme ce ne*

²³ La formation des manipulateurs d'électroradiologie médicale s'est vue modifier et est venue s'inscrire, tout comme la formation infirmière, dans le processus LMD le 14 juin 2012 par arrêté. Cet arrêté, relatif au diplôme d'Etat de manipulateur d'électroradiologie médicale, décrit dans ses annexes les référentiels d'activités, de compétences et de formation qui sont les bases de la nouvelle formation.

²⁴ Accident vasculaire cérébral

sont plus des modules, ils [les étudiants] nous écrivent une série de chiffres sur leur portfolio²⁵ mais on ne sait pas toujours à quoi ça correspond, [...] donc pour individualiser, si on ne sait pas réellement ce qu'ils ont fait, ce n'est pas facile et là le formateur pourrait nous aider ».

²⁵ T2 fait ici référence à une page à compléter par l'étudiant avant son départ en stage incluse dans le portfolio sur laquelle est notifié l'ensemble des unités d'enseignements suivies par l'étudiant. Le passage d'un système modulaire (programme 1992) à une approche processus (référentiel 2009) a, en effet, engendré une refonte totale des contenus des enseignements.

CHAPITRE 3 : ANALYSE CROISEE DES ENTRETIENS

Au terme de la réalisation et de l'analyse de l'ensemble des entretiens, il me semble pertinent de les confronter et de procéder à une analyse croisée.

Le choix de prendre en considération les huit entretiens réalisés ; ceux à usage exploratoire et ceux à usage principal, vient du fait que chaque interviewée a apporté des réponses pertinentes et d'une très grande richesse. De plus, la mission spécifique de coordinateur des stages de l'interviewée nommée CS2 a permis d'apporter un éclairage supplémentaire au sujet et de mettre en lumière des éléments qui me semblent indispensables à relier avec les propos des autres interviewées.

Les principaux axes développés au cours de l'ensemble des entretiens sont :

- Un **travail d'équipe** et une **collaboration entre acteurs** gravitant autour de l'étudiant sont nécessaires pour favoriser l'individualisation du parcours de formation. Il est mis en évidence que formateurs, coordinateur des stages, maîtres de stage, tuteurs et professionnels de proximité sont tous partie prenante dans l'élaboration de ce parcours au regard de leurs activités complexes et variées. Cependant, si les échanges au sein même des structures semblent présents, la **collaboration** entre acteurs des terrains de stage et acteurs des instituts de formation **reste limitée** et correspond le plus souvent à des résolutions de problèmes en cas de difficultés présentées par l'étudiant en stage. De plus, de nombreux freins semblent venir également impacter cette collaboration : manque de disponibilité des formateurs, un turn-over important dans les équipes...
- L'individualisation du parcours de formation nécessite la **prise en considération du parcours antérieur** de l'étudiant et la **réalisation de bilans** à l'institut de formation et en stage. En effet, depuis la réingénierie de la formation, l'allongement de la durée des stages peut engendrer un écart important dans l'acquisition des compétences, actes et activités à niveau de formation équivalent. Ainsi, les professionnels interviewés insistent sur la nécessaire connaissance de l'étudiant, sur l'indispensable prise en compte de ses objectifs et de son projet de formation afin d'individualiser son parcours, tout en tenant compte des limites identifiées par les acteurs.

- L'individualisation du parcours passe également par une **absence de standardisation** des procédés d'accompagnement, d'encadrement et d'évaluation tout en maintenant la présence de **paliers d'apprentissage** et d'un **socle minimum de connaissances** attendues.

L'absence de standardisation s'argumente par une **individualisation de fait** mise en évidence au cours des interviews : chaque étudiant est unique et va évoluer, apprendre différemment et selon un rythme qui lui est propre. Cependant, les acteurs identifient des minima requis, souvent déclinés dans les livrets d'accueil, que l'étudiant doit maîtriser quelque soit son parcours antérieur.

- A l'institut de formation, l'**individualisation des enseignements** paraît **impossible**. Toutefois, des **leviers pour individualiser le parcours** de formation sont envisagés : identification des étudiants en difficulté avec la mise en place de dispositifs pédagogiques particuliers, variété des méthodes pédagogiques envisagées. Ils correspondent, aussi, aux choix que laissent les acteurs aux étudiants dans un but de responsabilisation et d'autonomisation.
- L'individualisation du parcours de formation nécessite un **investissement des différents protagonistes** et du **temps**. Le rôle de chaque acteur va ainsi être déterminant car, sans un étudiant acteur de sa formation et des professionnels volontaires pour individualiser le parcours, cette dernière ne pourra pas être réellement envisagée. De plus, cette individualisation nécessite du temps : avoir du temps et prendre le temps.
- La **conception** et la **mise en œuvre de parcours de stage** semblent être également en faveur d'une individualisation des parcours de formation. En fonction des demandes de formation, des objectifs et de l'investissement de l'étudiant, les professionnels construisent des parcours au sein des lieux de stage afin de leur fournir une offre de formation plus complète et individualisée.

CHAPITRE 4 : CONCLUSION PROVISOIRE ET EVOLUTION DE LA QUESTION DE DEPART

A l'issue de cette deuxième partie, enrichie par la qualité et la teneur des échanges et l'expérience des acteurs, j'ai pris conscience que la question de départ posée était trop ciblée dans la mesure où je limitais la mise en place d'un parcours individualisé de formation à un partenariat entre le cadre de santé formateur et le maître de stage.

J'ai d'ailleurs fait le choix d'orienter les entretiens à usage principal dans ce sens.

Les entretiens ont bien mis en évidence que tous les acteurs qui gravitent autour de l'étudiant en formation initiale contribuent à la mise en place d'un parcours de formation individualisé et travaillent en collaboration ; collaboration plus ou moins effective selon les établissements.

- Le maître de stage, de par ses activités, occupe une place prépondérante dans l'ingénierie de ce parcours.
- Le tuteur qui travaille en étroite collaboration avec les professionnels de proximité est l'acteur qui va mettre principalement en œuvre ce parcours en lien avec l'accompagnement qu'il réalise.
- Le cadre de santé formateur, de par ses activités, est amené à être ingénieur et à assurer l'accompagnement des étudiants en formation.

Au-delà des acteurs qui gravitent autour de l'étudiant, les entretiens renvoient également au fait que celui-ci est un membre actif dans la construction de son propre parcours de formation.

Ainsi, cette réflexion m'amène à poser la question de départ repensée suivante :

En quoi et comment le cadre de santé formateur peut-il faciliter la mise en place d'un parcours de formation individualisé pour et avec l'étudiant en soins infirmiers en partenariat avec les professionnels des terrains de stage?

Afin de répondre à cette question, il s'agit dans une troisième partie de se tourner vers les auteurs afin d'apporter un éclairage théorique à ce travail. Le courant de pensée auquel je me réfère est essentiellement celui des sciences de l'éducation dans la mesure où il illustre au mieux les concepts évoqués dans cette deuxième partie.

TROISIEME PARTIE : REGARDS PORTES PAR
LES AUTEURS

Au regard des « prescriptions » du référentiel de formation, du discours des interviewées et de l'analyse croisée des entretiens, il est possible de noter que chaque étudiant est unique dans sa manière de vivre sa formation en alternance, de construire ses compétences, de se professionnaliser.

Ainsi, son parcours de formation lui est propre et renvoie à la notion d'individualisation.

Etudiant, cadre de santé formateur, maître de stage, tuteur, professionnels de proximité travaillent de concert. Chaque acteur, à différents moments de la formation, contribue à faire vivre cette individualisation de parcours.

Afin de clarifier les conceptions présentes dans ma question de départ repensée et, évoquées par les acteurs de la formation lors de la partie précédente, il s'agit de réaliser une étude approfondie de celles-ci dans une partie théorique et de se tourner vers les auteurs.

J'ai fait le choix de développer deux concepts centraux qui me sont apparus comme fondamentaux.

Il s'agit :

- Du concept d'**individualisation**, thème central de mon travail en m'attachant, plus particulièrement, à éclairer la conception du parcours de formation individualisé.
- Du concept d'**alternance** dans la mesure où la formation en soins infirmiers s'articule entre formation théorique à l'institut et formation clinique en stage. L'étudiant est amené durant l'ensemble de son parcours à « vivre » l'alternance. De plus, évoquant le partenariat entre formateur et professionnels des terrains de stage, il me semble indispensable d'identifier chez les auteurs l'existence ou non d'un lien entre l'alternance, le rôle de chaque acteur et le parcours de formation individualisé.

D'autres concepts périphériques viennent se greffer aux concepts principaux développés comme celui de l'accompagnement. J'ai fait le choix de ne pas distinguer ce concept et de ne pas lui consacrer une partie distincte car il s'inscrit étroitement dans les deux concepts principaux. Ainsi, d'autres conceptions dont celle de l'accompagnement se retrouvent tout au long de cette partie théorique.

CHAPITRE 1 : CADRE CONCEPTUEL

1. CONCEPT D'INDIVIDUALISATION

Le concept d'individualisation représente le fil conducteur de ce travail de recherche. Il s'agit alors de l'éclairer à partir des écrits des auteurs.

1.1 Approche historique de l'individualisation

D'un point de vue historique, l'individualisation de l'enseignement et de la formation s'observe dès la Grèce Antique dans l'école des sophistes et dans la maïeutique de Socrate où « *chaque homme doit découvrir le Vrai pour son propre compte, par une ascension toute intérieure vers les idées, guidé en cela par le Maître qui facilite cette ascension spirituelle par l'art du questionnaire ou maïeutique* » (J. Palméro, 1958, cité par F. Haeuw, 2005, p. 1-2).

Ainsi, l'élève, guidé par le Maître qui occupe un rôle de facilitateur, est acteur de son propre apprentissage.

Plus tard, avec J-J. Rousseau, cette individualisation est également retrouvée dans la mesure où il met en évidence que dans l'accompagnement des apprenants, il est préférable de privilégier « *la voie individuelle d'accès à la connaissance à l'emploi d'une méthode universelle* » (F. Haeuw, 2005, p. 2).

Au XXème siècle, des praticiens-chercheurs développent l'individualisation notamment à l'école maternelle et élémentaire comme C. Freinet qui place l'enfant au cœur du dispositif d'enseignement. Ainsi, il existe « *la nécessité d'individualiser l'enseignement, d'offrir des possibilités diverses qui respectent les désirs et les rythmes de chacun, d'où l'éclatement du « la même chose pour tous au même moment »* » (J. Houssaye, 1988, cité par F. Haeuw, 2005, p. 2).

Dans le champ de la formation continue, le concept d'individualisation a émergé principalement dans les années 1980. Cette individualisation concerne le marché des formations en entreprises en lien avec une évolution des besoins de qualification et de compétences (fin de la taylorisation massive et développement de nouvelles technologies) mais également celui des formations destinées aux demandeurs d'emploi et aux jeunes en lien avec la prise de conscience de l'augmentation du chômage.

Dans le champ de la formation infirmière, la réingénierie de la formation en 2009 a semble-t-il marqué un tournant notamment dans la construction d'un parcours de formation individualisé. C. Cattiaux (2009, p. 5), directrice des soins, évoque qu' « *au travers d'un parcours individualisé, l'enjeu de la réforme consiste à accompagner la construction du parcours professionnel de l'étudiant* ».

L'individualisation est donc, de fait, une conception ancienne qui perdure dans le temps et qu'il s'agit de définir.

1.2 A la recherche du sens

Selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, l'individualisation correspond à l'« *action d'individualiser, de différencier par des caractères individuels ou action de rendre individuel quelque chose, de l'adapter à un individu* ».

Selon l'AFNOR (1996, cité par D. Possoz, 2009, p. 71), l'individualisation de la formation se définit comme : « *un mode d'organisation de la formation visant la mise en œuvre d'une démarche personnalisée de formation. Elle met à la disposition de l'apprenant l'ensemble des ressources et des moyens pédagogiques nécessaires à son parcours de formation et à ses situations d'apprentissage. Elle prend en compte ses acquis, ses objectifs, son rythme.* »

Selon D. Possoz (1998, cité par N. Rockens, 2009, p. 25), le concept d'individualisation comporterait deux approches distinctes :

- « *La première serait une approche managériale conduisant à appréhender l'individualisation de la formation comme une technologie visant à assurer l'optimisation des coûts et l'amélioration de l'efficacité des formations.*
- *La seconde serait une approche psychopédagogique qui situerait, l'individualisation de la formation comme **attitude centrée sur le sujet** à qui il s'agit de donner les moyens de passer de l'état de consommateur d'une offre construite à priori à l'**autonomie dans la conduite de sa formation**, fondée sur des situations d'apprentissages appuyées sur les recherches menées en termes de « développement cognitif » de chaque personne. »*

Cette seconde conception s'apparente davantage au thème de ce travail de recherche dans la mesure où, toujours selon N. Rockens (2009, p. 25) : « *la démarche et les méthodes d'individualisation viseraient à donner à l'individu en formation les moyens de **s'approprier et de maîtriser l'évolution de son itinéraire** – adapté à son projet – de ses apprentissages,*

et, d'évaluer des compétences acquises, aux fins de transfert efficace en situation de vie professionnelle et sociale ».

Ceci n'exclut en rien qu'il faille, dans un contexte actuel de réduction des coûts et d'efficacité, prendre en considération ces éléments. Par exemple, les affectations en stage des étudiants sont impactées par l'aspect financier. Lors de la formation, est prise en considération la distance entre le lieu de domicile de l'étudiant et le lieu de stage. Plus la distance est éloignée, plus les remboursements kilométriques seront importants d'où l'attention particulière demandée aux formateurs afin de ne pas générer trop de frais.

Au-delà de l'historique et de l'éclairage conceptuel de l'individualisation, il est question, dans ce travail, de la mise en place de parcours de formation individualisé.

Au sein de la partie empirique, les interviewées, notamment les cadres de santé formateurs ont mis en évidence que le référentiel de formation, tel qu'il est conçu, ne permet pas une individualisation des enseignements. Cependant, le parcours que suit l'étudiant pendant ses trois années de formation peut être individualisé.

A cette étape de la recherche, définir le parcours de formation me semble alors indispensable.

2. LE PARCOURS DE FORMATION INDIVIDUALISÉ

2.1 Définitions

P. Perrenoud (2010, p. 50-51) insiste sur cette différence qui existe entre individualisation des enseignements et individualisation des parcours de formation.

Une confusion entre ces deux notions est selon lui relative aux représentations sociales des individus qui voient dans le mot « individualisation » une action pédagogique tournée vers l'individu. Celle-ci se rapproche du tutorat et fait référence à l'individualisation de l'enseignement.

L'auteur propose de changer de perspective et de se placer du point de vue de l'apprenant. Il évoque le curriculum de formation de l'apprenant et le définit « *comme suite d'expériences de vie qui ont contribué à forger sa personnalité, son capital de connaissances, ses compétences, son rapport au savoir, son identité* » (Ibid., p. 50).

Ce parcours de formation est alors individualisé de principe car chaque apprenant va vivre ces expériences de manière singulière. Il argumente ses propos en prenant l'exemple de vrais jumeaux élevés et scolarisés ensemble qui auront chacun un parcours de formation différent.

N. Rockens, (2010, p. 272) apporte un éclairage supplémentaire à l'individualisation des parcours de formation et donne la définition suivante en se basant sur une approche juridique : *« processus opérant à l'intérieur d'un système organisé juridiquement, conçu et régi collectivement, permettant l'accès du salarié à la formation. Ce processus est centré sur le sujet-apprenant, sujet de droits, qui est acteur de son projet, de son parcours pensé à partir de la singularité de sa personne. Le sujet-apprenant en constitue même la clé de structuration sans en être pour autant l'unique acteur ».*

Cette définition met en évidence l'approche systémique du parcours de formation et précise que l'apprenant en est l'acteur principal. Cependant, il n'est pas le seul et, sans une ingénierie élaborée par de nombreux autres acteurs, le processus ne pourrait s'opérer.

P. Perrenoud complète cette idée en précisant que l'individualisation des parcours ne doit pas s'inventer car elle existe de fait mais qu'au contraire, elle doit se maîtriser. Pour lui, cette maîtrise passe par la mise en œuvre de dispositifs de suivi et de régulation qui représentent un enjeu pour les instituts de formation.

Cet enjeu va au-delà de l'IFSI dans la formation infirmière et renvoie à l'approche systémique évoquée par N. Rockens car de nombreux acteurs jouent un rôle important : maître de stage, tuteurs, professionnels de proximité, directeurs de soins, conseil régional financeur des instituts, DRJSCS²⁶... Chacun intervient à un moment du parcours et aura un impact sur celui-ci.

M. Beauvais (2004, p. 107) effectue d'ailleurs un lien entre l'évolution de l'étudiant, *« sujet autonome, responsable et projectif »*, dans son parcours de formation et l'accompagnement proposé : *« accompagner l'autre en tant que « sujet » revient alors à l'appréhender en tant que personne singulière, personne qui se construit, qui se « projette », qui agit et s'assume dans un environnement donné. Et c'est seulement dans cet environnement que ses choix et ses actes prennent sens. Dès lors, on comprendra que toute pratique d'accompagnement se doit d'être pensée et agie au regard des singularités contextuelles propres à l'accompagné ».*

²⁶ Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale

Ainsi le parcours de formation de l'étudiant en soins infirmiers pourrait se définir comme une suite de situations singulières mais complémentaires²⁷ vécues par un apprenant acteur de sa formation et placé au cœur du système entre deux moments clés : l'entrée en formation et l'obtention du diplôme d'Etat.

2.2 Un parcours prescrit : des parcours réels

2.2.1 Le référentiel de formation : un parcours prescrit

En se basant sur l'existence d'un référentiel de formation, il est possible d'imaginer que tout apprenant va suivre durant ses trois années de formation un cursus identique. Selon P. Perrenoud (2010, p. 89) le cursus est défini comme « *la succession de paliers qu'il [l'apprenant] parcourt, chacun étant caractérisé, sur le papier, par un programme standard et un niveau d'exigence homogène. L'institution définit le cursus « normal » censé être suivi par la majorité des élèves* ».

Le référentiel de formation en soins infirmiers en est l'exemple même. L'étudiant progresse au cours de six semestres de formation en suivant un nombre d'unités d'enseignement défini et un nombre de stages prescrits dans l'objectif d'atteindre la finalité de la formation.

Cependant, dès lors que l'on s'intéresse au parcours de formation individualisé, il s'agit d'observer le parcours réel suivi par les étudiants ou plus exactement des parcours singuliers suivis par des étudiants singuliers.

2.2.2 Un étudiant en formation et son parcours réel

Le parcours de formation de l'étudiant semble être influencé par différents facteurs qui viennent générer des écarts entre le réel et le prescrit.

2.2.2.1 Les expériences vécues par l'étudiant

Tout d'abord, au sein d'une même promotion, tous les étudiants ne vivent pas la même expérience. Selon P. Perrenoud (2010, p. 90) : « *elle diffère selon leur place, leur*

²⁷ Situations complémentaires car le référentiel de formation s'inscrit dans une approche par compétences. Selon J. Tardif (2013), l'approche par compétence inscrit la formation dans une « *logique vidéographique* » où les situations sont dans « *une logique de continuité et de complémentarité* » au sein d'un parcours de formation. Il oppose cette approche par compétence à une approche « *morcelée ou par discipline* » qui renvoie davantage au programme de formation de 1992. Pour J. Tardif, cette approche s'inscrit alors dans une « *logique photographique* ».

niveau, leur disponibilité, leur rapport au professeur²⁸ et au savoir. Nul n'apprend tout seul mais son histoire de formation est singulière, parce que deux personnes n'abordent jamais les mêmes situations avec les mêmes attentes, les mêmes atouts, les mêmes limites ». Cela dépendrait pour l'auteur de ce qui est appelé en sciences humaines et sociales « *la part de construction subjective de la réalité et de l'expérience* » (ibid., p. 92).

Ces attentes, atouts et limites évoqués peuvent être mis en lien avec le parcours suivi par l'apprenant avant son entrée en formation. Un étudiant venant d'avoir un baccalauréat scientifique, un étudiant en promotion professionnelle exerçant le métier d'aide-soignant depuis 15 ans, un étudiant ayant vécu ou vivant une situation de vie proche d'un cours dispensé ou d'une situation rencontrée en stage aura autant de manières différentes d'appréhender une situation de formation. Ainsi pour P. Perrenoud (2010, p. 90-91), le « *véritable parcours de formation [est] le cheminement par lequel on se construit progressivement, tout au long de l'existence* ».

2.2.2.2 L'appropriation du référentiel de formation par une équipe dans un institut et un lieu de stage

Au sein des instituts de formation et des terrains de stage, les regards portés sur le référentiel de formation infirmiers varient. En effet, chaque acteur va interpréter le texte, ses prescriptions, ses recommandations et va se les approprier. Cela explique une diversité des pratiques en faveur d'une variété de parcours de formation.

P. Perrenoud l'évoque dans son ouvrage (2010, p. 91) : « *le curriculum réel résulte en effet d'interprétations personnelles des textes, des choix différents en matière de transposition didactique, de négociations locales avec les usagers et les collègues, de l'adaptation aux conditions de travail, aux attentes et aux niveaux des étudiants, de ce qui se noue dans un groupe de formation* ».

Cette diversité se constate dans la formation infirmière et les nombreux exemples fournis par les interviewées dans la partie précédente viennent l'argumenter : choix de méthodes pédagogiques, collaboration entre institut et terrains de stage, adaptation aux contraintes matérielles, budgétaires...

Au-delà des exemples fournis, les instituts de formation déclinent au sein d'un projet de formation et/ou pédagogique le sens donné aux actions qui sont menées dans le cadre de la formation. Sont généralement déclinés les conceptions de l'équipe, les valeurs, les

²⁸ Ici le mot professeur peut être remplacé dans le cadre de la formation infirmière par les mots formateur, intervenant extérieur, maître de stage, tuteur, professionnel de proximité soit toute personne qui aura à un moment donné, dans le parcours de formation, un lien avec l'étudiant.

principes, stratégies et méthodes pédagogiques qui vont venir influencer le déroulement de la formation.

Dans les unités de soins ou lieux d'accueil des étudiants en stage, les équipes s'approprient également le référentiel de formation. La conception des livrets d'accueil où sont déclinés l'offre de formation, l'accompagnement proposé et la mise en place de parcours de stage sont autant de choix pris par les professionnels qui font que le parcours de l'étudiant est diversifié.

Ainsi, pour conclure ce paragraphe, « *si ces situations sont différentes, au moins en partie, les parcours seront individualisés de facto. Leur individualisation n'est alors que la résultante de choix successifs portant sur des situations, des activités, des tâches, donc aussi l'attribution des élèves à des dispositifs et à des groupes de travail différents. Certains de ces choix sont faits par les enseignants, d'autres, par les élèves eux-mêmes, en quête d'une tâche optimale* » (P. Perrenoud, 2001, p. 2)

2.3 Des conditions nécessaires pour favoriser sa mise en place

2.3.1 Une souplesse du dispositif

La formation en soins infirmiers vient s'ancrer dans un dispositif de formation réfléchi par une multitude d'acteurs.

Le dispositif, centré sur l'apprenant va contribuer à l'individualisation ou au contraire à la standardisation des parcours de formation dans la mesure où, en fonction des choix pris par les acteurs, des possibilités seront offertes ou non aux étudiants.

P. Perrenoud (2001, p. 2) précise à ce sujet que le parcours de formation « *prend consistance pas à pas* » et qu'il ne correspond pas à un parcours prescrit et obligatoire. Pour l'auteur : « *l'individualisation des parcours de formation n'est pas entendue dans le sens d'une personnalisation ex ante des parcours prescrits ou conseillés, mais comme une diversification ex post des itinéraires effectivement suivis* ».

Cependant, une nuance est apportée car le parcours individualisé de l'étudiant ne correspond pas à du hasard ou à une succession de décisions prises au coup par coup sans avoir anticipé ou mis en œuvre des stratégies.

Cette réflexion renvoie à ce que J. Tardif (1992, cité par P. Perrenoud, 2001, p. 3) appelle un enseignement stratégique. Pour l'auteur, il s'agit : « *tout en gardant le cap sur les objectifs finaux, d'infléchir la stratégie et de redessiner le chemin et les étapes qui y conduisent, cela chaque fois que l'état de la progression, les obstacles rencontrés et le temps qui reste l'exigent.* »

Ainsi, le dispositif doit maintenir une certaine souplesse afin que l'ensemble des acteurs puissent « réaménager » les parcours de formation, puissent disposer d'une latitude même si l'absence d'un dispositif construit intégralement en amont peut parfois renvoyer à une image de « non fini », de travail inachevé.

Sans cette souplesse, la standardisation des parcours, la rigidité du dispositif pourrait conduire à une rupture avec la volonté d'améliorer les situations de formations et à confronter les étudiants à des situations d'apprentissage peu à pas adéquates.

2.3.2 Un étudiant acteur de sa formation

Les conclusions de la partie empirique ainsi que la définition proposée par N. Rockens renvoient toutes deux au fait que l'étudiant « doit » être acteur de sa formation. Il s'agit d'ailleurs d'une phrase que les étudiants entendent régulièrement durant leur parcours de formation. Les professionnels attendent de l'apprenant qu'il soit acteur, qu'il prenne en charge sa formation et qu'il se donne les moyens de construire ses compétences.

Ainsi la motivation de celui-ci à l'égard de sa formation et du parcours qu'il va suivre semble à approfondir.

R. Viau (1997, cité par A. Jézégou, 2013, p. 54) précise que la motivation trouve « ses origines dans les perceptions²⁹ que la personne a d'elle-même et de son environnement et qui l'incite à choisir une activité, à s'y engager et à persévérer afin d'atteindre un but ». L'approche systémique de la formation est à nouveau mise en évidence dans cette définition dans la mesure où « la motivation [...] est un état dynamique qui se construit dans l'interaction continue entre la personne et son environnement » (A. Jézégou, 2013, p. 54).

A. Jézégou (2013, p. 54 à 64) identifie trois principales perceptions qui sont à l'origine de la motivation en formation :

- La perception d'efficacité personnelle dans l'acte de se former correspond au jugement que porte l'apprenant sur ses propres compétences à réaliser une action au regard de ce qu'il croit être capable de faire. Il s'agit d'une perception qui lui est propre et qui n'est pas obligatoirement en corrélation avec ses capacités réelles.

La perception d'efficacité personnelle provient selon A. Bandura (2003, cité par A. Jézégou, 2013, p. 56) « plus particulièrement des performances antérieures ». Ainsi,

²⁹ L'auteur précise que par « perception », il faut comprendre « l'interprétation subjective qu'elle [la personne] se fait de son environnement, d'une action à mener, des ses comportements, de ses caractéristiques personnelles, etc. » (A., Jézégou, 2013, p. 54).

la connaissance de l'étudiant, de son parcours antérieur semble alors nécessaire pour appréhender cette motivation et l'individualisation du parcours de formation.

- La perception du futur en lien avec les buts que l'étudiant poursuit au travers de sa formation renvoie selon J. Nuttin à la notion de projet. Le projet met en évidence les représentations de l'étudiant sur son propre avenir et tient compte de son histoire personnelle, de sa perception de l'avenir et des buts à atteindre. L'implication de l'étudiant dans ce projet sera influencée par la conviction que cet engagement lui apportera des bénéfices.

Alors, plus l'activité permet de contribuer à l'atteinte des buts poursuivis, plus l'apprenant lui accordera de la valeur.

- La perception de libre choix à l'égard de sa formation avec l'existence de deux grandes orientations motivationnelles : la motivation intrinsèque qui s'observe par des comportements intentionnels et autodéterminés orientés vers le plaisir (plaisir de se sentir compétent, plaisir d'apprendre quelque chose de nouveau...) et la motivation extrinsèque qui renvoie à des comportements plus ou moins contrôlés par des éléments extérieurs et qui ont un impact sur l'autodétermination.

En lieu et place de réfléchir, de concevoir, de mettre en œuvre un parcours de formation prédéfini pour l'étudiant et de standardiser le dispositif de formation, l'encadrement, l'accompagnement, l'individualisation des parcours nécessitent une action sur les leviers motivationnels, motivation qui est propre à chaque individu, et l'environnement de l'apprenant composé des cadres de santé, tuteurs... a un rôle important à jouer.

2.3.3 Penser et maîtriser l'individualisation

Il a été mis en évidence que pour P. Perrenoud, les parcours de formation sont individualisés de fait. Cette individualisation existe selon lui à l'état « sauvage » et pour qu'elle puisse être favorisée, il est nécessaire de la penser et de la maîtriser.

Dans son ouvrage, l'auteur s'intéresse principalement au milieu scolaire (école primaire, collège et lycée). Cependant, à la lecture, il est tout à fait possible de transposer ses propos au « monde » de la formation en soins infirmiers.

Il distingue trois niveaux d'organisation auxquels peut se jouer l'individualisation des parcours de formation (P. Perrenoud, 2010, p. 92 à 100) :

- Niveau 1 : l'organisation pédagogique globale du plan de formation
- Niveau 2 : les unités de formations
- Niveau 3 : les pratiques de différenciations à l'intérieur d'un groupe de formation.

2.3.3.1 L'individualisation du plan de formation

Ce niveau correspond à la mise en place de cursus différenciés qui prennent en considération le niveau de complexité et la singularité des processus d'apprentissage et de formation.

Tout d'abord, pour l'auteur, l'idéal consisterait en la réalisation de bilans de compétences tout au long de la formation qui viendrait personnaliser le projet de formation. Un parallèle peut être fait avec la réalisation des bilans par, et avec les étudiants en soins infirmiers évoqués par les interviewées dans la partie précédente.

Ensuite, la création de dispositifs de suivi personnalisé des étudiants comme le conseil, le tutorat, les groupes d'analyses serait également un moyen de favoriser cette individualisation. De plus, afin de permettre à l'étudiant de mieux cerner ce dont il a besoin, de décider de son orientation et de préciser son projet, P. Perrenoud propose la création d'unités d'intégration³⁰.

Enfin, il serait judicieux de créer des unités dont le rôle serait d'approfondir certains contenus en fonction des besoins des étudiants et de leur projet. Le contenu de ces unités n'est pas programmé d'avance et se négocie chaque année avec les apprenants.

Néanmoins, il semble nécessaire de déterminer dans le plan de formation ces temps et de les « protéger » car le risque de les voir diminuer ou supprimer est majeur. En effet, au sein de l'équipe, il y a souvent, pour l'auteur, une personne qui convoite ce temps et qui argumente en précisant qu'elle doit en disposer pour réaliser un prolongement indispensable de son propre enseignement.

2.3.3.2 Les unités de formation

Le terme employé par l'auteur peut être mis en corrélation avec la formation en soins infirmiers. Dans le référentiel, les unités d'enseignement représentent les unités de formation décrites par P. Perrenoud. Ces unités sont relatives à la formation théorique réalisée en institut et à la formation clinique réalisée en stage dans la mesure où les stages sur les 6 semestres de formations sont considérés unité d'enseignement 5.8 « stage professionnel ».

L'auteur renvoie une nouvelle fois à la nécessaire souplesse du dispositif et invite à considérer « *qu'une unité de formation n'est définie que par ses objectifs, en laissant ouvertes les modalités de travail, notamment sous l'angle de la contribution à l'individualisation des parcours de formation* ». (*Ibid.*, p. 95)

³⁰ Unités d'intégration qui existent dans le référentiel de formation infirmier et qui sont détaillées dans la partie précédente.

Ainsi, le formateur ou toute personne qui représente une fonction pédagogique se doit de questionner sa pratique. Il ne s'agit pas d'appliquer un dispositif unique mais de penser à des dispositifs qu'il serait judicieux de mettre en place et de faire évoluer pour favoriser les apprentissages et l'individualisation des parcours de formations tels que des dispositifs :

- D'autoformation et de travail autonome ;
- De formation mutuelle ;
- De fonctionnement en groupes de besoins, de projets, de niveaux ;
- D'aide méthodologique et d'analyse de pratiques ;
- D'orientation et de suivi des apprenants ;
- De mobilisation de ressources externes (intervenants et technologies multimédia) ;
- De régulation et d'évaluation des progressions.

La variété ou une simple juxtaposition de ces dispositifs ne suffit toutefois pas. Le formateur en qualité d'accompagnateur « *contribue à des choix efficaces [chez les apprenants], fondé sur une autoévaluation réaliste et une stratégie cohérente de formation* ». (*Ibid.*, p.96)

2.3.3.3 Les pratiques de différenciations à l'intérieur d'un groupe de formation

L'approfondissement de ce troisième niveau d'organisation me semble indispensable car la particularité du référentiel de formation en soins infirmiers réside dans le fait qu'il existe une augmentation importante du nombre d'heures de travaux dirigés donc de travaux de groupe³¹. De plus, devant le manque flagrant de places de stage pour les étudiants et l'augmentation de la durée des stages, les équipes en unité accueillent désormais très fréquemment plusieurs étudiants, parfois d'instituts de formation différents, sur une même période de l'année. Les étudiants dans l'unité constituent alors un groupe et les professionnels de terrains cliniques peuvent être amenés à réunir les étudiants pour un accompagnement collectif.

P. Perrenoud (*Ibid.*, p. 98) met en lumière un dilemme dans l'individualisation. Il s'agit, selon lui de trouver un juste milieu entre un formateur qui s'intéresse trop aux personnes au risque de faire perdre au groupe son climat et sa dynamique et un formateur qui se focalise sur les phénomènes de groupe et la construction d'une identité collective au risque de voir les personnes se fondre dans un ensemble et ne pas y trouver leur compte. Il identifie alors trois fonctions d'un groupe en formation et définit la place qu'occupe le formateur avec des effets positifs et des effets pervers.

³¹ Sur les six semestres de formation, 750 heures sont consacrées aux cours magistraux et 1050 aux travaux dirigés.

- Le groupe comme cadre d'interactions duales : le formateur se place comme une personne-ressource pour chaque membre du groupe. Pendant que le formateur s'occupe d'un étudiant, les autres sont livrés à eux-mêmes et ne disposent pas toujours de moyens pour réaliser du travail utile. Cela renvoie donc aux notions d'autonomie, de responsabilité et de conscience de travailler pour son propre intérêt pour les autres membres du groupe.
- Le groupe comme marché : le marché correspond à « un lieu où se rencontrent des offres et des demandes de formations mutuelles » (*Ibid.*, p. 99). Le formateur se place comme régulateur de ce marché, apporte soutien et conseils et n'est pas la principale source du savoir.
- Le groupe comme espace de parole et de travail collectif : le formateur a ici un rôle d'animateur, il structure les échanges. Chaque étudiant existe comme sujet et apprend ce qui lui importe en fonction de ses projets et de ses besoins.
D'ailleurs, l'approche socioconstructiviste voulue par le nouveau référentiel de formation oriente les travaux de groupe en ce sens.

A la lecture de ces différents éléments, l'individualisation des parcours « ne consiste donc pas à isoler les étudiants, à les couper les uns des autres » (*Ibid.*, p. 99) mais bien à favoriser une ingénierie qui va faciliter la mise en place de parcours de formation individualisés.

Au cœur de cette ingénierie, l'étudiant, acteur de sa formation, est amené à faire des choix ; choix qui favorisent son autonomisation et sa responsabilisation.

2.4 Autonomie, responsabilité et parcours de formation individualisé

D'un point de vue philosophique, Kant (cité par X., Moléna, 2010, p. 32) s'appuie sur l'étymologie de l'autonomie (auto : soi et nomie : règle, norme) pour en donner une définition : « l'autonomie consiste dans le fait d'agir selon la loi que l'on s'est donnée. »

M. Beauvais (2003, p. 104), quant à elle, reprend dans son ouvrage les idées de Paul Ricœur et définit l'homme « plutôt » autonome comme « un homme qui possède le libre arbitre, qui est apte à agir de manière volontaire, intentionnelle sur les relations qu'il entretient avec son environnement ».

Alors, il est important de souligner que l'environnement dans lequel va évoluer l'étudiant durant son parcours de formation, la variété des situations auxquelles il est confronté, la multiplicité des choix, vont permettre de faciliter le développement de son autonomie. D'ailleurs M. Beauvais appuie cette réflexion dans son ouvrage (2003, p. 105) : « En ce qui concerne l'autonomie de l'apprenant, ceci implique que plus l'apprenant

dispose d'options dans une situation donnée plus (et mieux) il est apte à agir face à cette situation et plus il acquiert d'autonomie. »

L'autonomie développée par l'étudiant en formation est à mettre en parallèle avec la notion de responsabilité qui, dans le domaine de la formation met en exergue la responsabilité des politiques (Code de la Santé Publique...), des instituts de formation (projet de formation...), des accompagnants et aussi des apprenants.

Pour M. Beauvais (2006, p. 182) l'accompagnant dans sa posture ne doit pas « *surveiller si l'autre assume ses choix... Il s'agit de veiller à ce que sa responsabilité puisse s'épanouir et s'affirmer* ».

Il faut cependant avoir à l'idée que cette prise de responsabilité peut entraîner chez l'étudiant un sentiment de peur, cependant il doit avoir conscience que la peur fait partie de la responsabilité, qu'elle doit être perçue comme une force et l'inviter à agir.

Il semble important que l'apprenant soit libre de faire des choix tout au long de son parcours de formation. Il est alors un acteur responsable et dispose d'une liberté d'initiatives quant à l'individualisation de son parcours.

Il s'agit alors pour les professionnels de placer l'étudiant dans un contexte pédagogique « *complexe où l'approche systémique est prioritaire* » et ainsi permettre l'autonomisation (A. Marchal, et T. Psiuk, 2010, p. 117). L'étudiant sera amené à faire des choix, à se positionner et à entrer dans un processus d'autonomisation tout en ayant conscience des responsabilités inhérentes à la profession et aux décisions prises quant à son parcours de formation.

En complément du concept d'individualisation, l'étude des parcours de formation individualisés ne peut se réaliser sans s'intéresser à l'alternance. En effet, la formation en soins infirmiers est composée d'une formation théorique en institut mais également d'une formation clinique en stage qui représente la moitié du temps de la formation. Ainsi, cadres de santé formateurs en institut et professionnels de santé exerçant sur les terrains cliniques s'inscrivent dans le parcours suivi par l'étudiant et peuvent contribuer à son individualisation.

3. L'ALTERNANCE

3.1 Alternance et formation par alternance

Au regard du nombre important de définitions existantes, l'alternance est un terme polysémique.

Dans le cadre de la formation, de nombreuses définitions sont proposées par les auteurs :

Selon H. Pentecouteau (2012, p. 4) : « *stricto sensu, l'alternance ne désigne qu'un va et vient entre différents lieux et différents moments de la formation professionnelle* ».

Selon P. Carré, J. Clenet, C. Halluin et D. Poisson, (cités par H. Menaut, 2013, p. 54) l'alternance peut être conçue selon deux orientations :

- « *Celles qui tendent à concevoir l'alternance comme un moyen pédagogique de compléter une formation de type scolaire par la pratique de stage sur le terrain* ».
- « *Celles qui tendent à concevoir l'alternance comme l'optimisation des rapports entre construction de compétences, transmissions de savoirs, évolution de fonction et/ou professionnalisation* ».

G. Le Boterf (2005, p. 194) conçoit également l'alternance comme une modalité au service de la construction des compétences chez l'apprenant : « *la formation par alternance constitue une modalité de formation particulière adaptée pour entraîner la capacité à combiner des ressources (connaissances, savoir-faire...) pour agir avec compétence. Cela suppose que l'alternance ne soit pas conçue comme une simple succession de moments théoriques et de moments pratiques, mais que ces deux moments interagissent l'un sur l'autre et s'alimentent mutuellement. Ces deux moments sont indispensables et indissociables pour la construction des compétences. Le savoir combinatoire suppose une variété de ressources. Celles-ci doivent être combinées et mobilisées en situation de travail pour s'actualiser en compétences.* »

A la lecture de ces définitions, il est possible de constater que l'alternance peut prendre différentes formes. Celles-ci varient, selon H. Pentecouteau (2012, p. 2) « *en fonction de la manière dont est organisée cette articulation entre théorie et pratique dans l'élaboration de la formation* ». Au-delà de l'organisation citée par l'auteur, je compléterai par la manière dont est également pensée cette articulation.

3.2 Une ou des alternance(s) ?

Pour distinguer les types d'alternance évoqués par les auteurs dans leurs définitions, je m'appuie sur les écrits de G. Bourgeon (1979, cité par H. Menaut, 2013, p. 60).

Cet auteur identifie trois types d'alternance :

- **L'alternance juxtapositive** appelée par G. Malglaive (1990, cité par H. Pentecouteau, 2012, p. 4) **fausse alternance** : les deux lieux de formation sont juxtaposés et l'étudiant effectue des allers-retours entre l'institut et les lieux de stage sans qu'aucun lien ne soit fait dans les apprentissages. Les échanges entre professionnels sont absents ou très limités et l'étudiant représente la seule personne qui fait les liens entre les deux institutions.
- **L'alternance associative** : cette association entre institut et lieu de stage renvoie non plus à une juxtaposition mais à une addition de deux logiques qui se centre sur un objectif commun. Le terrain est reconnu comme lieu d'apprentissage et un partenariat est recherché. Cependant, ce type d'alternance pose la question de la réelle implication de l'apprenant, le projet étant avant tout institutionnel.
- **L'alternance copulative ou intégrative** : de réels liens existent entre les deux lieux de formations. Les expériences mutuelles sont utilisées au service de la formation. Un partenariat existe et chaque acteur est reconnu partie prenante.

Selon P. Bachelard (1994, p. 50), ce type d'alternance « *implique réellement l'apprenant [...] en liant l'action et la réflexion sur le pourquoi et le comment* ».

Pour H. Pentecouteau (2012, p. 5), « *l'ingénierie ainsi formalisée permet un décloisonnement idéal entre savoirs théoriques et savoirs pratiques pour accéder à un savoir professionnel, que l'apprenant s'approprie, construit et transforme, dans l'observation, la compréhension et l'expérimentation des pratiques professionnelles, en compétences professionnelles* ».

L'alternance intégrative est alors au service de la construction de compétences par l'apprenant, logique du nouveau référentiel de formation. C'est donc vers ce type d'alternance que la formation devrait tendre.

Les constatations faites par les interviewées lors des entretiens que j'ai pu mener mettent en évidence que, bien que souhaitée, l'alternance intégrative n'est, à l'heure actuelle, pas formalisée entre certains instituts de formation et terrains de stage.

3.3 Quatre dimensions et six propositions

Au-delà des différents types d'alternance, A. Geay (1998, cité par H. Menaut, 2013, p. 58-59) a identifié quatre dimensions de l'alternance qui constituent un système d'interface entre un système travail représenté par le lieu de stage et un système école représenté par l'institut de formation.

Ces dimensions ont un lien direct avec l'individualisation des parcours de formation dans la mesure où l'étudiant est placé au cœur de ce système. En fonction de l'appropriation de ces différentes dimensions par les acteurs de l'alternance et les choix opérés, le parcours est impacté.

- **La dimension institutionnelle** qui concerne la mise en lien des logiques des deux lieux de formation. Cette dimension nécessite la définition du rôle et des engagements de chaque acteur et insiste sur leur complémentarité. L'aspect partenarial en fait également parti et doit tendre « *vers une co-responsabilité entre l'apprenant, l'école et le stage* » (R. Fonteneau, 1993, cité par H. Menaut, 2013, p. 59).
- **La dimension didactique** qui recherche une articulation entre la formation théorique et la formation clinique. Elle se focalise sur les stratégies pédagogiques instaurées. Pour l'auteur, il est important de ne pas chercher à « *gommer les différences mais à profiter du conflit cognitif qu'elles engendrent dans l'expérience du stagiaire* ».
- **La dimension personnelle** est centrée sur l'étudiant. Elle vise son autonomisation en cherchant à développer sa prise de position en tant qu'acteur et auteur de sa formation.
- **La dimension pédagogique** qui nécessite un accompagnement dans la construction des savoirs en vue de transformer l'expérience en connaissances.

J. Clénet (1998, p. 38-39) complète cette vision et voit en l'alternance une possibilité pour l'apprenant de « *développer la capacité [...] à construire son monde à partir des mondes « école » et « situation socioprofessionnelle »* » à condition que celui-ci rencontre un système de formation qui développe une ingénierie fondée sur une pédagogie plus complexe que celle fondée sur une simple transmission de savoirs.

Il émet six propositions qui renvoient à l'individualisation des parcours de formation :

- Une pédagogie centrée sur le projet personnel, professionnel et social de l'apprenant ;
- Une pédagogie autorisant les apprentissages singuliers et contextualités ;

- Une pédagogie capable de prendre en compte les expériences et les savoirs d'autre nature que scolaire et leur reconnaître symboliquement et institutionnellement de la valeur ;
- Une pédagogie capable de gérer des changements liés à des évolutions socioculturelles importantes ;
- Une pédagogie qui accepte de dynamiser des compétences multiples autour de situations d'apprentissages et renvoie aux conceptions partenariales des formations alternées ;
- Une pédagogie qui permet aux acteurs de générer de nouvelles fonctions où l'apprenant produit et construit des savoirs singuliers et où les formateurs accompagnent les apprenants pour les aider à gagner en autonomie.

Au terme de cette approche conceptuelle de l'alternance, les auteurs s'accordent à dire que l'alternance intégrative, vers laquelle il est judicieux de tendre, ne prend sens qu'au travers d'une ingénierie commune entre les différents acteurs, étudiant y compris et évoquent un nécessaire partenariat.

D'ailleurs, une définition de l'alternance intégrative donnée lors de la conférence des responsables locaux de filières à Lausanne en 2005 insiste sur la notion de partenariat et de progression de l'étudiant dans sa formation. Elle précise que « *cette confrontation au milieu professionnel, évolutive en fonction de la progression de l'étudiant dans sa formation, est [...] soutenue dans un partenariat tripartite entre le site, le terrain de formation pratique et l'étudiant en tant qu'acteur de sa formation* ».

3.4 Alternance et partenariat

Selon G. Pelletier, (1997, p. 4) le partenariat se définit comme « *une relation privilégiée basée sur un projet partagé entre deux ou plusieurs organisations et se manifestant par l'échange formalisé de personnes, d'information ou de ressources* ».

J. Clenet et C. Gérard (1994, p. 53-54) quant à eux éclairent ce terme en fournissant une définition élaborée par des formateurs en alternance : « *il s'agit d'un réseau de personnes qui imaginent, composent, réalisent ensemble des actions* ». Des conditions sont nécessaires au fonctionnement de ce réseau et reposent sur une reconnaissance mutuelle avec l'idée maîtresse d'une réciprocité, une communication, une confiance, un respect mutuel et la mise en œuvre d'un projet commun qui tient compte de la variété des attentes.

Ces définitions renvoient à l'aspect systémique de l'organisation du parcours de formation où l'ensemble des partenaires doit travailler de concert dans un but commun. Ainsi, les instituts de formation ne doivent pas être considérés comme des lieux où exercent des formateurs uniquement responsables d'unités d'enseignement, les centres hospitaliers, structures médico-sociales... comme des structures pourvoyeuses de stages et les étudiants comme des apprenants passifs consommateurs de savoirs, chacun travaillant de « son côté » sans relation.

Au contraire, le partenariat doit reposer sur des relations privilégiées entre acteurs et pour G. Pelletier (1997, p. 4) « *non hiérarchiques, où les liaisons horizontales devraient être dominantes* ». Cependant, il nuance son propos en précisant que « *toute relation est porteuse de situations de pouvoirs qui nécessitent [...] d'être reconnues et clarifiées afin de préserver l'autonomie de chaque partenaire* » (*Ibid.*, p. 4).

A ce propos, Christine Boudier, docteur en sociologie et cadre supérieure de santé ayant exercé en qualité de formatrice en IFSI et IFCS³², amène une dimension supplémentaire dans cette notion d'alternance en étudiant les relations entre les partenaires (2012, p. 170-177).

Elle insiste notamment sur le fait que le cadre de santé formateur, lors de ses déplacements sur les terrains de stage, est vu par certains membres de l'équipe comme un « *intrus* » ne partageant pas au quotidien la vie de l'équipe, créatrice de liens, et qu'il doit, de fait, « *gagner la confiance de l'équipe* ».

Le formateur, étranger au service, doit, pour faire disparaître le rapport tendu qui peut exister, mettre en œuvre des stratégies de négociation et faire preuve de diplomatie.

Christine Boudier évoque la fidélisation des relations comme levier pour atténuer cette tension. Selon elle, des rencontres, le respect des protocoles, l'entretien d'échanges cordiaux avec les personnels s'inscrivant dans le temps sont nécessaires pour « *établir de vraies relations saines et ouvertes* » entre acteurs.

L'existence de formateur référent de stage permet de fidéliser ces relations dans la mesure où une seule personne de l'institut est l'interlocuteur du lieu de stage que ce soit lors des rencontres avec les étudiants en stage ou pour toute question d'ordre pédagogique.

L'existence du partenariat implique donc chaque acteur et nécessite de leur part une connaissance du référentiel de formation, de ses objectifs, de sa finalité. Cela fait référence au projet partagé ou projet commun retrouvé dans les deux définitions.

³² Lire Institut de Formation des Cadres de Santé

Cela correspond également à ce que dit H. Pentecouteau (2012, p. 2) : « *d'un point de vue institutionnel, il y a une contractualisation³³, dans une responsabilité partagée par rapport aux objectifs de formation, qui se fait entre trois types d'acteurs : les formés, les tuteurs professionnels et les formateurs* ».

Dans le cadre de cette contractualisation, le partenariat se construit autour d'un projet commun. Comme tout projet, différentes étapes sont identifiées et sont déclinées par G. Pelletier (1997, p. 5) :

- Dans un premier temps, il s'agit d'identifier les besoins et le type de partenariat que l'on veut établir.
- Ensuite l'action est à planifier avec une définition des partenaires, des rôles, des fonctions et des stratégies au regard des objectifs attendus. Le référentiel de formation est assez prescriptif pour ces deux premières étapes et pose les grands principes : établissement d'une convention de stage tripartite entre l'établissement d'enseignement, l'établissement d'accueil et l'étudiant, établissement d'une charte d'encadrement qui formalise les engagements des deux parties dans l'encadrement des étudiants, établissement d'un livret d'accueil et d'encadrement.
Les rôles de chaque acteur sont également définis.
- Dans un troisième temps, le partenariat se réalise. Le plan d'action convenu est exécuté avec parfois des adaptations qui sont nécessaires.
- Enfin, le partenariat est évalué au travers de l'analyse des résultats obtenus en fonction des objectifs poursuivis.

Cette déclinaison du partenariat induit un travail constant entre partenaires et ne peut se réaliser sans une étroite collaboration dans une perspective de cohésion dans le parcours de formation des étudiants.

3.5 Le contrat d'apprentissage

Le partenariat repose donc sur la notion de contrat, notion reprise par L. Villeneuve et N. Levasseur (2013, p. 187 à 221). Elles mettent en exergue les bénéfices d'un contrat d'apprentissage qui précisent l'orientation donnée aux apprentissages et à la formation. Elles l'introduisent par « *un vieil adage [qui] nous enseigne que « si quelqu'un ne sait pas où il va, il lui sera bien difficile d'arriver quelque part* » » (Ibid., p. 187). Cette vision du parcours est également source de motivation pour l'étudiant dans la mesure où il part de ses intentions et

³³ Apparaît ici la notion de contrat qui renvoie davantage au partenariat qu'au réseau (terme employé dans la seconde définition). Le partenariat s'apparente davantage à un accord officiel passé entre des parties alors que le réseau s'entend davantage à un réseau de relation qui fait rencontrer des personnes qui éprouvent le plaisir de travailler ensemble.

il le renvoie à la perception du futur en lien avec les buts qu'il poursuit au travers de sa formation.

Toutefois, cette conception est à nuancer dans la mesure où le contrat, permet en effet d'avoir une vision du futur mais sans définir à l'avance un parcours prescrit et obligatoire. En référence à P. Perrenoud qui précise que le parcours de formation « *prend consistance pas à pas* », le contrat doit pouvoir être amené à évoluer et va de fait être dynamique.

En s'appuyant sur plusieurs auteurs, L. Villeneuve et N. Levasseur proposent la définition suivante du contrat : « *il spécifie clairement les objectifs poursuivis, les moyens que l'apprenant adopte pour les atteindre dans un temps déterminé et son évaluation porte sur les atteintes [...] il sert surtout à préciser la direction que l'apprenant donne à ses apprentissages* » (*Ibid.*, p. 189). Les objectifs poursuivis peuvent reposer sur les objectifs personnels de l'étudiant mais également sur les « minimums attendus » définis par les interviewées dans la partie empirique.

Un engagement de chaque partie est alors nécessaire. Le contrat construit permet, en effet, de déterminer la co-responsabilité de chaque acteur à savoir la responsabilité de l'étudiant dans l'acquisition de ses apprentissages et la construction de ses compétences et la responsabilité pour les formateurs et professionnels des milieux cliniques de fournir à celui-ci les occasions d'apprendre.

D'ailleurs, L. Villeneuve et N. Levasseur exposent le rôle occupé par l'étudiant et l'accompagnant au sein de ce contrat ainsi que les responsabilités de chacun.

- L'accompagnant est présent au côté de l'étudiant à toutes les étapes du contrat : de sa conception jusqu'à son évaluation. Il occupe alors trois principaux rôles : celui de facilitateur en « *reconnaissant l'individualité de l'apprenant [...] favorise un climat d'ouverture, de respect et de soutien* », celui de guide qui doit faire preuve de souplesse et qui prend en considération « *le style d'apprentissage, la capacité d'adaptation de l'étudiant* », ce guide « *a parfois à poser certaines limites à l'égard d'étudiants trop idéalistes, ambitieux ou craintifs* ». Enfin, le rôle d'évaluateur des apprentissages en encourageant « *l'apprenant à assumer des responsabilités et à considérer que l'évaluation est une étape aussi formative que la rédaction et la réalisation* » (*Ibid.*, p. 193-194).
- L'étudiant doit de son côté déterminer « *ce qu'il a le goût d'apprendre en tenant compte des objectifs* ». Pour les auteurs, l'étudiant « *a tout intérêt à personnaliser ses apprentissages puisque, de cette façon, il donne une orientation, et il démarque ainsi ses champs d'intérêts au regard de sa formation* » (*Ibid.*, p. 195).

Pour Dumas, (cité L. Villeneuve et N. Levasseur, 2013, p. 195) la rédaction et la réalisation du contrat est bénéfique pour l'étudiant car il s'habitue, au cours de sa formation à fixer des objectifs et à déterminer les moyens pour les réaliser. Cela participe à sa responsabilisation, son autonomisation et à « *l'affirmation de ses besoins, l'organisation de sa démarche d'apprentissage, la réflexion critique en s'autoévaluant et, dans certains cas, la capacité de négocier ledit contrat* ».

Le contrat permet également de prévenir des difficultés en cours de parcours comme un étudiant qui ne s'investit pas pour atteindre ses objectifs ou des professionnels qui ne peuvent tenir leurs engagements vis-à-vis de l'apprenant, de l'institut ou des terrains de stage. Il devient alors une base pour des négociations. La communication est donc au cœur de ce contrat et celui-ci nécessite d'être évalué régulièrement.

L'évaluation porte sur l'atteinte des objectifs mais tient aussi compte de circonstances ou d'aléas qui impliquent sa révision. Pour les auteurs, « *le contrat n'est pas immuable* » (2013, p. 210) et il renvoie, une fois de plus, à une nécessaire souplesse.

Ainsi, l'établissement de contrat serait un levier à l'individualisation des parcours de formation.

En conclusion de cette partie théorique et en ouverture de la partie pragmatique, je me suis appuyé sur un article, écrit par un directeur des soins en institut de formation, qui apportait en mai 2009 une vision prospective de la mise en place du référentiel de formation en soins infirmiers.

4. UNE APPROCHE PRAGMATIQUE DU PARCOURS INDIVIDUALISÉ DE FORMATION

C. Cattiaux, directeur de soins en institut de formation, propose au sein d'un article une approche pragmatique du parcours de formation individualisé de l'étudiant en soins infirmiers et effectue un focus sur ce parcours au sein d'une alternance intégrative (2009, p. 4 à 7).

Plusieurs points sont abordés et viennent s'ancrer sur les conceptions décrites en amont.

Tout d'abord, elle insiste sur le fait que la réforme de la formation privilégie le concept d'alternance intégrative et note un changement de paradigme entre le programme de

formation de 1992 et le référentiel de 2009 : « *l'alternance intégrative n'est plus uniquement un projet visé mais devient alors un projet construit* » (Ibid., p, 5).

Ce changement nécessite alors de « *revisiter la posture de chaque acteur* » dans la mesure où il existe un passage « *d'une construction fondée sur la complémentarité à une co-construction du projet pédagogique* » (Ibid., p.5). Cette co-construction renvoie au projet commun évoqué dans le partenariat.

Le schéma suivant, proposé par l'auteur, permet d'avoir une vision globale du parcours de formation individualisé de l'étudiant :

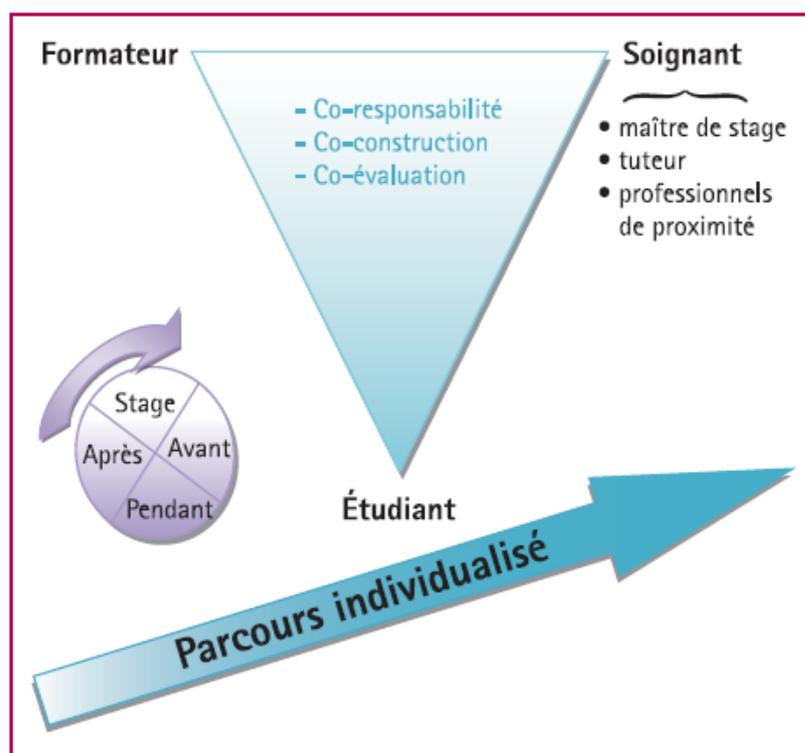


Figure 1 : Vers une dynamique à inventer. Extrait du triangle de Houssaye et de la roue de la qualité de Deming.

Les trois principaux acteurs identifiés (formateur, soignant et étudiant) « *interagissent en permanence dans une dynamique constructiviste* » (Ibid., p. 5). Au sein de cette collaboration, chacun a une part de responsabilité, de construction et d'évaluation. Cette collaboration ne peut se faire sans échanges et moments de concertation où chacun doit « *conserver un espace d'autonomie, riche pour chacun en créativité* » (Ibid., p.6). L'auteur réalise notamment un parallèle avec la construction de parcours de stage évoquée dans la partie empirique de ce travail.

Une autonomie laissée à l'étudiant dans le choix des stages est également voulue et place celui-ci dans une posture d'acteur mais également d'auteur de son parcours de

formation. Les formateurs ont un rôle d'accompagnement personnalisé et restent garants du parcours de formation. Les acteurs de terrains cliniques ont un rôle dans la construction des stages en se basant sur l'évolution individuelle de l'étudiant et en se référant à des situations cliniques clés identifiées dans les lieux d'accueil.

Néanmoins, l'augmentation de la durée des stages et les demandes de stages bien souvent supérieures aux offres nécessitent de réfléchir, selon l'auteur, à l'élaboration de parcours de stage « *autour des différentes activités d'un pôle ou en lien avec le parcours patient* » (Ibid., p. 6) dans une optique d'équilibration des calendriers de stage et de diversité de situations rencontrées par l'étudiant. Cette démarche repose sur l'acquisition des compétences par l'étudiant dans un processus de professionnalisation.

Le regard porté sur l'évaluation change également en stage. Celle-ci devient tripartite et se déroule en plusieurs temps. Ces temps sont identiques à ceux évoqués par les interviewées lors des entretiens sous le terme bilan.

Le premier temps correspond à l'évaluation initiale à l'arrivée de l'étudiant en stage et permet de faire un bilan de son parcours antérieur, de ses représentations et de ses acquisitions.

Le deuxième temps correspond à un temps d'évaluation formative réalisé en présence de l'étudiant, du tuteur et du formateur. Il s'intéresse à la progression individuelle de l'étudiant.

Le troisième temps correspond à l'évaluation normative qui se déroule en fin de stage et qui permet de valider l'acquisition des compétences et des actes et activités au cours du stage.

Cependant, l'auteur insiste bien sur le fait qu'il ne faut pas se limiter à une vision linéaire des différents temps de formation : avant, pendant et après stage mais qu'au contraire la vision doit être circulaire : « *chaque étape alimente la suivante, sans pour cela répondre à un seul sens immuable. Tout est alors boucles de régulation* » (Ibid., p. 6).

Cet article, paru en mai 2009, soit avant l'application du référentiel de formation reflète bien tous les enjeux relatifs à l'individualisation des parcours. Force est de constater, suite à l'analyse des entretiens, qu'il existe toujours aujourd'hui un écart entre le réel et le voulu. J'emploie volontairement le terme « voulu » dans la mesure où je m'appuie sur une réflexion d'un auteur et qu'elle n'est en rien prescriptive. Cet écrit peut toutefois être source d'inspiration tout en gardant à l'esprit que l'autonomie de chaque acteur est primordiale dans l'ingénierie.

CHAPITRE 2 : CONCLUSION PROVISOIRE, PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES

Aux prémices de ce travail de recherche, mon interrogation portait sur les changements qu'avait engendrée la mise en application du référentiel de formation en soins infirmiers notamment dans la mise en place de parcours de formation individualisé pour les étudiants. La question posée était « en quoi et comment le cadre de santé formateur peut-il faciliter la mise en place d'un parcours de formation individualisé pour l'étudiant en soins infirmiers en partenariat avec les maîtres de stage ? ».

Les interviews réalisées auprès des professionnels exerçant en instituts et sur les lieux de stage venaient confirmer l'intérêt de ce questionnement et permettaient d'identifier les bénéfices, les limites et les nécessités relatives à l'individualisation des parcours de formation.

Au terme de l'analyse de ces apports venant du « terrain » et en me basant sur l'expérience des interviewées, j'ai modifié ma question de départ en apportant une vision plus globale au partenariat. La question repensée était : « en quoi et comment le cadre de santé formateur peut-il faciliter la mise en place d'un parcours de formation individualisé pour et avec l'étudiant en soins infirmiers en partenariat avec les professionnels des terrains de stage? »

La « rencontre » avec les auteurs a permis d'apporter un éclairage théorique au travail de recherche et d'enrichir les propos tenus par les interviewées recueillis dans la partie empirique.

Les écrits de P. Perrenoud et de N. Rockens ont permis de faire la distinction entre individualisation de l'enseignement et individualisation des parcours de formation, parcours qui sont individualisés de fait mais qui nécessitent d'être pensés et maîtrisés tout en laissant aux acteurs et auteurs de ce parcours une autonomie.

La souplesse au sein de la formation semble être une condition nécessaire à l'individualisation tout comme la motivation de l'étudiant.

L'approfondissement du concept d'alternance est venu, quant à lui, mettre en lumière le type d'alternance souhaitable au sein de ce parcours : l'alternance intégrative. Au regard des entretiens réalisés, force est de constater qu'un écart entre l'alternance voulue, réelle et perçue par les acteurs est bien présent.

Le concept d'alternance a également permis de développer la notion de partenariat. Cette contractualisation tripartite (entre l'institut, le terrain de stage et l'étudiant) a conduit à l'étude du contrat d'apprentissage. Contrairement à mes représentations, le contrat semble être un levier à l'individualisation des parcours, à la responsabilisation et à l'autonomisation de l'étudiant. Il n'est donc pas « enfermant » à condition de le rendre évolutif et dynamique en fonction des situations.

Enfin, l'approche pragmatique développée dans la dernière partie renvoie, une fois de plus à une nécessaire co-construction, co-responsabilité et co-évaluation dans le cadre d'une alternance intégrative à condition que chaque acteur conserve un espace d'autonomie. La souplesse semble donc être le maître mot dans l'individualisation des parcours de formation. Plus un dispositif est « enfermant », plus le risque de standardisation des parcours est grand.

Pour conclure cette partie et afin d'expliquer le choix des termes de la problématique, je m'appuie sur les écrits de J. Clénet (2003, p. 63 à 74) en lien avec l'ingénierie en formation qu'il inscrit dans la complexité. Pour l'auteur « *dans le domaine des formations en alternance et des formations professionnelles, la variété des finalités éducatives, la diversité des modes d'enseignement et d'apprentissage, les rapports aux différentes formes de savoirs et les singularités contextuelles nous conduisent à penser autrement la conception et les modes d'intervention, c'est-à-dire les ingénieries et leurs modélisations, vers une prise en compte plus ferme des singularités, et en cela, de la complexité* » (Ibid., p. 64).

Il invite alors à « *repenser l'ingénierie* » non pas comme l'application de standards mais comme « *la conception d'un espace émergent pour l'inventivité* » nommé par G-B. Vico (1710, cité par J. Clénet, 2003, p. 65) « *l'ingenium* », les sciences du génie. Pour l'auteur, cette ingénierie inventive doit faire preuve d'ouverture et de souplesse tout en s'inscrivant au cœur du système dans la mesure où « *concevoir la formation ne se limite pas seulement à penser la nature ou l'ordre du contenu [...]. Il convient également de comprendre les organisations de formations – leur(s) conceptions et les modes d'interventions associés – sans ignorer les lois et les cadres nécessaires dans lesquels elles s'inscrivent* » (2003, p. 73).

Cette réflexion me permet de poser la problématique suivante :

Comment le cadre de santé formateur, en partenariat avec l'apprenant et les professionnels des terrains de stage, peut-il instaurer une ingénierie inventive dans l'objectif de faciliter l'individualisation du parcours de formation de l'étudiant en soins infirmiers ?

Au regard de la richesse des propos de l'ensemble des interviewées et des différents concepts développés, je propose l'hypothèse principale et l'hypothèse secondaire suivantes :

Hypothèse principale :

L'instauration d'un partenariat effectif entre acteurs de l'alternance faciliterait l'individualisation du parcours de formation de l'étudiant.

Hypothèse secondaire :

L'autonomie laissée à chaque acteur et prise par chaque acteur dans la co-construction du parcours de formation favoriserait son individualisation.

QUATRIEME PARTIE : REGARD DISTANCIE
SUR MA PRATIQUE ET PERSPECTIVES
PROFESSIONNELLES

Au regard de l'ensemble du travail réalisé en amont, la dernière partie de ce mémoire vient s'appuyer sur les propos des acteurs interviewés, sur l'étude des différents auteurs, sur les conclusions apportées à ce travail mais aussi sur mon propre cheminement personnel et professionnel.

Cette année de formation a enrichi mes connaissances grâce à l'alternance entre l'Institut de Formation des Cadres de Santé, l'université, les terrains de stage, l'écriture du mémoire et les dix mois passés hors de mon contexte habituel de travail. J'ai donc été amené à prendre du recul vis-à-vis de mon exercice quotidien et cela m'a permis de poser un autre regard sur mes pratiques antérieures et d'envisager autrement celles à venir.

Ainsi, dans un premier temps, ce regard distancié sur ma pratique sera expliqué avant d'aborder, dans un second temps, mes perspectives professionnelles et ma projection dans une mission d'ingénierie de formation.

CHAPITRE 1 : UN NECESSAIRE REGARD DISTANCIE SUR MA PRATIQUE ...

A mon arrivée en institut de formation en janvier 2011, je m'interrogeais sur la mise en œuvre de la réforme des études en soins infirmiers et à mon arrivée en institut de formation cadre de santé plus spécifiquement sur l'individualisation des parcours de formation dans la mesure où le référentiel précise que le parcours doit prendre en considération chaque étudiant dans sa manière d'acquérir ses compétences.

Ce choix de sujet faisait également suite au fait que, depuis l'obtention de mon diplôme d'Etat d'infirmier, je me suis toujours attaché à essayer d'accompagner chaque étudiant en tenant compte de ses objectifs, de ses attentes et de son évolution dans son parcours de formation.

Cette prise en considération est probablement à mettre en lien avec les valeurs que j'ai toujours défendues en tant qu'infirmier dans la prise en soins de patients. L'étude des conceptions lors de ma formation initiale résonnent toujours en moi et notamment celle de l'Homme comme être unique de par son hérédité, sa culture, ses valeurs, ses croyances, ses expériences de vie et ses appartenances.

J'ai toujours défendu le fait que chaque patient est unique et que le projet de soins doit être travaillé avec ce patient et donc être individualisé.

Même si le contexte d'exercice est différent, je pense toutefois que les valeurs et conceptions défendues en unité de soins le sont également en institut de formation.

Au cours de cette année de formation, la prise de distance par rapport à ma pratique de formateur, les échanges lors des interviews et les lectures ont confirmé le fait que je tenais compte de chaque apprenant, avec toutefois, une nuance à apporter.

J'évoque très régulièrement, dans cet écrit, la nécessaire souplesse du dispositif, sa non standardisation, les espaces d'autonomie porteurs de créativité laissés et pris par chacun, « *l'ingénierie inventive* » défendue par J. Clénet (2003, p. 73). Cependant, en analysant mes pratiques professionnelles, je m'aperçois que je n'ai pas toujours été dans cette optique.

En effet, lors de la prise de mes fonctions à l'institut, je me suis vu confier la responsabilité de conception, de mise en œuvre et d'évaluation d'unités d'enseignement, le suivi pédagogique d'étudiants, des terrains de stage comme référent... A ce jour, le regard porté sur mes activités me permet de mettre en évidence que pour, je pense être rassuré, j'anticipais et je standardisais régulièrement mes pratiques. J'avais besoin de savoir « où j'allais », de définir les contenus, les modalités pédagogiques à l'avance en laissant peu de place à l'imprévu, source d'anxiété.

Je m'aperçois maintenant que je pouvais faire preuve de contradiction entre le discours que je défendais et les pratiques que je menais.

Ainsi, ce travail de recherche a été pour moi une opportunité de « partir » à la rencontre d'acteurs et d'auteurs et ainsi prendre le temps de les interroger, de les écouter, de les lire et de les comprendre.

Grâce aux travaux de groupe, aux accompagnements mémoire, aux nombreux et riches échanges avec les professionnels de santé à l'institut, en stage et lors des entretiens, avec les enseignants universitaires et les collègues de promotion, j'ai appris à préciser ma pensée, à théoriser mes pratiques. En effet, tout au long de la rédaction de ce mémoire, les lectures, les discussions, les interviews ont suscité chez moi de nombreuses réflexions, questionnements et remises en question. Bien qu'ayant accompagné des étudiants en stage lorsque j'exerçais en unité de soins et assuré la formation de trois promotions d'étudiants en soins infirmiers à l'IFSI, je constate que cette année de formation permet de poser un autre regard, plus distancié, sur sa pratique et d'amener un enrichissement professionnel important.

Au terme de ce travail et de cette année de formation, j'ai pris conscience de la nécessaire prise de recul quant à mes activités professionnelles. Des temps sont donc nécessaires pour continuer à co-construire et actualiser mes connaissances avec les collègues et les étudiants, à analyser mes pratiques et à lire.

De plus, au fil des pages, je me suis attaché à me centrer sur l'étudiant en soins infirmiers en formation initiale, étudiant placé au cœur d'un système complexe où les acteurs : apprenants, professionnels des instituts et des terrains de stage, occupent des places différentes : concepteur, acteur, auteur, accompagnateur, évaluateur.

Une limite de ce travail est d'ailleurs de ne pas avoir pu interroger les étudiants en formation. Malgré cela, l'évolution de ce mémoire montre bien que l'apprenant a toute sa place dans la mise en œuvre de son parcours de formation individualisé.

CHAPITRE 2 : ...ABOUTISSANT A DES PERSPECTIVES PROFESSIONNELLES ET UNE PROJECTION DANS UNE MISSION D'INGENIERIE DE FORMATION

Les conclusions apportées à cette recherche me permettent aujourd'hui d'envisager des perspectives professionnelles au regard de la fonction cadre de santé et de me projeter dans une mission d'ingénierie de formation.

Retournant exercer en qualité de cadre de santé formateur dans l'institut de formation en soins infirmiers que j'ai quitté il y a 10 mois, les perspectives et préconisations viennent s'ancrer dans ce lieu d'exercice.

1. PERSPECTIVES PROFESSIONNELLES

L'écriture de ce mémoire m'a permis de faire évoluer mes représentations sur la fonction de formateur en institut de formation et d'identifier différentes perspectives dans lesquelles je souhaite m'inscrire.

Je propose au sein de cette partie de les décliner.

1.1 Des rencontres et temps d'échanges entre acteurs

Durant mon exercice à l'institut, les différentes réunions pédagogiques, réunions en équipe d'année et les rencontres sur les terrains de stage auxquelles j'ai participé permettaient le plus souvent d'échanger sur l'organisation des semestres, de soulever des problèmes en lien avec des difficultés rencontrées par les étudiants, d'apporter des réponses aux équipes des unités de soins relatives au référentiel de formation, à l'évaluation des compétences...

Ces rencontres permettaient de porter un regard opérationnel sur des situations au cœur des parcours de formation des étudiants. La résolution de problèmes ponctuels est d'ailleurs régulièrement abordée lors des entretiens par les différents acteurs.

Bien que ces temps soient indispensables, les rencontres et temps d'échanges dans un objectif de réflexion et de conception entre les acteurs de la formation me semblent aujourd'hui indispensables en vue d'aboutir à une ingénierie inventive.

La richesse du métier de cadre de santé formateur réside justement dans cette possibilité d'être en contact avec un grand nombre d'acteurs : promotion d'étudiants, directeur et collègues de l'institut, directeurs et collègues des autres instituts de la région et hors région, maîtres de stage, tuteurs et professionnels de proximité exerçant dans des lieux très variés.

Le système, bien que complexe, au regard de la quantité des interactions, dispose de multiples compétences détenues par chaque individu au service de la qualité de la formation. Ainsi, selon l'hypothèse formulée, instaurer un partenariat effectif entre tous ces acteurs, développant des compétences, faciliterait l'individualisation du parcours de formation.

Ces compétences, dont dispose chaque acteur, se sont développées et se développent grâce à leur expérience professionnelle, des situations vécues, des formations suivies, des échanges, des rencontres, des parcours personnels ou professionnels antérieurs et gagnent à être au service du collectif. A ce sujet, N. Le Calvé précise (2014, p. 122) : « *plutôt que d'additionner les compétences de chacun des acteurs de la formation, il semble que travailler à leur complémentarité soit plus performant* ».

Cette réflexion mérite d'interroger le « vous » employé dans une phrase citée en introduction : « *votre mémoire vous servira au quotidien, il sera un outil de travail* ». Est-ce un « vous » individuel ou un « vous » collectif ?

Au regard des approches empirique et théorique, je placerai ce « vous » au niveau collectif. Un travail de recherche ne doit pas rester un travail individuel, rédigé à un instant de son parcours professionnel, mais bien un écrit au service des professionnels mais aussi des étudiants. Il constitue un véritable outil.

C'est pourquoi, à mon retour de formation, je souhaite que ce travail de recherche soit partagé et fasse l'objet de critiques constructives.

Il serait également souhaitable qu'il soit complété par différents travaux déjà réalisés ou en cours de réalisation par d'autres professionnels. Je pense notamment à un travail élaboré par une collègue formatrice, dans le cadre d'un master, sur les parcours de stage des étudiants qu'elle a mis en lien avec les parcours patients, parcours longuement évoqués par les acteurs dans la partie empirique.

Le fait de présenter ce travail de recherche aux étudiants en formation serait également profitable pour pallier la limite identifiée en amont. En qualité d'acteurs de leur parcours de formation, le regard que porteraient les apprenants sur ce travail pourrait être un moyen de leur faire prendre conscience des problématiques rencontrées, des préconisations envisagées et d'ouvrir d'autres pistes de réflexions.

Ce mémoire pourrait constituer un point de départ à une réflexion engagée dans le cadre du partenariat et ainsi être au service de l'individualisation des parcours de formation.

1.2 Posture réflexive et temps consacrés à l'analyse des pratiques professionnelles entre acteurs

Au-delà de ces temps d'échanges, ce travail a également mis en évidence que les moments consacrés à l'analyse des pratiques professionnelles et à un retour réflexif sont favorables.

Les entretiens réalisés dans la première partie de ce mémoire et l'ensemble des réflexions menées en groupe m'ont fait prendre conscience que le fait de « se poser », de questionner sa pratique, de mettre des mots sur ses actes, de verbaliser ses doutes, ses incertitudes faciliteraient cette prise de recul.

Les lectures d'auteurs permettent quant à elles de croiser sa pratique à des théories et viennent éclairer les réflexions et les actions.

Afin de rester dans cette dynamique et de ne pas se focaliser sur une approche purement opérationnelle de la formation, une communication entre acteurs autour de leurs pratiques serait intéressante à développer.

En lieu et place de se centrer sur des résolutions de problèmes, de chercher à élaborer des réponses « toutes faites » et à les appliquer quels que soient le lieu et le contexte, il serait préférable d'identifier les problématiques et de mener des réflexions communes non pas pour standardiser et unifier les pratiques mais pour faciliter, dans le cadre du partenariat, l'individualisation des parcours.

D'ailleurs cette individualisation constitue un bon exemple dans la mesure où les acteurs amènent de nombreuses réflexions quant à leurs pratiques en institut ou en unité de soins et que de nombreux auteurs ont déjà travaillé sur ce thème.

De plus, cette volonté de développer la communication entre les acteurs fait également suite aux questions posées par les interviewées à la suite des entretiens au sujet de ma conception de l'individualisation des parcours de formation et sur celles des autres professionnels. En effet, une remarque est fréquemment revenue : *« je serais curieuse de savoir ce que pensent les formateurs – les tuteurs – les maîtres de stage à ce sujet »*.

Dans cette optique, C. Guillaumin, dans un article intitulé, « *Emergences ingénieuses en formation. La formation initiale et continue des soignants et des cadres hospitaliers* », évoque une stratégie pédagogique qu'elle a développée et qui consiste en l'introduction d'une diversité qui fait « *en cela vaciller la certitude de pouvoir avoir La méthode. L'ambition du dispositif de formation portant sur la réflexivité ne fut pas de délivrer une boîte à outils permettant des analyses de pratiques mais plutôt de montrer la diversité et la pluralité de celles-ci.* » (2011, p. 130). Pour l'auteur, qui s'appuie sur les propos de J. Clénet (*Ibid.*, p. 130) : « *les acteurs comprennent la nécessité de renoncer à « appliquer » et ont commencé à s'ingénier à concevoir « des dispositifs en situations perçues comme complexes et ayant des fins multiples »* ».

Ainsi, cette communication entre pairs qui favorise les interactions peut être source d'apprentissage. En effet, les différents acteurs ont chacun des connaissances, des compétences, des expériences, des lieux d'exercice différents, des parcours professionnels et de formation singuliers. L'analyse des entretiens réalisés dans ce travail de recherche met d'ailleurs en évidence des points communs mais également des spécificités en lien avec l'individualisation des parcours de formation.

Alors, le fait de confronter des points de vue divergents, de faire émerger des désaccords peut susciter au sein du groupe des conflits sociocognitifs et amener un développement cognitif.

2. CADRE DE SANTE FORMATEUR ET INGENIERIE DE FORMATION : DES PRECONISATIONS

La multitude d'éléments apportés par les acteurs de la formation et les auteurs rend difficile le choix des préconisations. En effet, bien que chacun soit sensible à l'individualisation des parcours de formation, la mise en évidence de nombreux leviers et freins sont autant d'axes de travail à développer.

L'ingénierie de formation proposée vient s'appuyer sur les écrits de J. Clénet à savoir l'instauration d'une ingénierie inventive faisant preuve d'ouverture et de souplesse.

En qualité de cadre de santé formateur en institut de formation en soins infirmiers, les préconisations que je développe dans cette partie sont opérationnelles mais volontairement non enfermantes, non standardisées. Cette souplesse est alors propice à l'autonomie de chaque acteur.

2.1 Une réflexion commune au sein des projets

En complément du référentiel de formation qui décline la finalité de la formation, le contenu des semestres, des unités d'enseignement, les différents stages à réaliser, la place occupée par chaque acteur durant les trois années de formation..., d'autres documents complémentaires, élaborés au sein même des instituts, permettent de préciser les grandes orientations prises dans la manière de penser et de mettre en œuvre le référentiel et la formation. Il s'agit du projet de formation et/ou du projet pédagogique.

Au sein de l'institut dans lequel j'exerce, le projet de formation est défini comme « *un outil dynamique tenant compte de l'évolution des sciences, des techniques, de la pédagogie et de la pratique professionnelle qui énonce les valeurs et conceptions sur lesquelles s'appuie l'équipe pédagogique* ». Il est élaboré en équipe (directrice de l'institut et équipe de formateurs) pour une période de 3 ans.

Le projet pédagogique, quant à lui « *précise, par année de formation, les modalités organisationnelles de mise en œuvre du projet de formation* ». Il est élaboré chaque année par l'équipe de formateurs responsable de l'année de formation³⁴ et, après validation par la directrice de l'institut, est présenté en réunion pédagogique à l'équipe complète.

Quant aux étudiants, le projet de formation leur est présenté en début de première année de formation et le projet pédagogique leur est exposé chaque année de formation le jour de la rentrée. Equipe pédagogique et étudiants disposent chacun d'un exemplaire papier. Ces projets prennent également en considération le bilan pédagogique de fin d'année qui comprend deux axes :

- Une approche « étudiants »³⁵,
- Une approche « formateurs »³⁶.

L'individualisation des parcours de formation peut prendre toute sa place au sein de ces projets. En effet, en déclinant les valeurs, les conceptions, les modalités pédagogiques..., l'équipe a la possibilité de mener une réflexion commune quant à la place laissée à chaque acteur dans l'instauration d'une ingénierie inventive.

³⁴ Au sein de l'institut dans lequel j'exerce, les formateurs sont affectés chaque année à une promotion. L'ensemble des unités d'enseignement des deux semestres de l'année est réparti entre formateurs ainsi que les suivis pédagogiques des étudiants.

³⁵ A l'issue de chaque semestre, les étudiants de chaque année, lors d'un travail de groupe, élaborent un bilan qui repose sur une évaluation du projet en termes de points positifs et d'axes d'amélioration.

³⁶ Parallèlement à l'évaluation réalisée par les étudiants, l'équipe de formateurs responsable de l'année de formation réalise également une évaluation sur les mêmes axes.

Cependant, dans le cadre d'une formation basée sur l'alternance, s'inscrivant au cœur d'un système complexe, où les apprenants effectuent un nombre d'heures identiques en formation théorique et en formation clinique, chaque acteur a à réfléchir au sens donné à la formation.

Le fonctionnement décliné ci-dessus permet de mettre en évidence que, malgré la co-construction, co-responsabilité et co-évaluation impulsées par le référentiel de 2009, la réflexion et la rédaction de ces projets sont principalement menées par l'équipe de formateurs.

Les maîtres de stage, tuteurs, professionnels de proximité, qui ont la connaissance de leur unité, de leur établissement, des formations continues proposées relatives au tutorat, à l'encadrement des étudiants, des groupes de travail instaurés dans l'établissement ou dans l'unité... sont peu ou pas consultés. D'ailleurs, les projets de formation et pédagogiques ne sont, jusqu'à présent, pas communiqués aux structures accueillant les étudiants en stage.

Sans prise en considération de tout ce savoir, l'ingénierie de formation proposée est de fait limitée à la vision du formateur et parfois non applicable sur les lieux de stage. Cette constatation se retrouve d'ailleurs au sein des entretiens réalisés dans la mesure où les interviewées mettent en évidence des écarts entre institut et lieu de stage, un manque de communication, une méconnaissance de ce qui est réalisé à l'institut ou proposé sur les terrains de stage.

Une réelle co-construction des projets de formation et pédagogiques pourrait être un levier pour gérer ces écarts et aborder avec l'ensemble des acteurs les moyens qui faciliteraient l'individualisation des parcours de formation.

D'ailleurs, au sein de la revue *TransFormation* n°5 intitulée « L'ingénierie de formation », plusieurs auteurs mettent en évidence une nécessaire co-réflexion, co-construction entre les différents acteurs au service de l'ingénierie et viennent appuyer cette préconisation.

J. Biarnès et L. Bonnafous précisent, dans leur article qui fait retour sur la conception d'une ingénierie de parcours, que le fait de s'inscrire dans « *une démarche participative permet de recueillir des données auprès des acteurs du terrain, de repérer les potentiels existants pour les mobiliser* ». (2011, p. 75)

De plus, leur intention dans le cadre de leur travail était de « *s'appuyer sur leur potentiel créatif [des acteurs de la formation] pour faire émerger des solutions innovantes* » (*Ibid.*, p. 75). Le terme « solutions » employé par les auteurs est toutefois à nuancer dans la mesure où les buts de ces échanges sont principalement de susciter des réflexions, d'élaborer des projets, et non pas de trouver des solutions dans le cadre d'une résolution de problèmes.

C. Guillaumin évoque, quant à elle, la coopération entre acteurs. Pour elle, « *la coopération vise la production d'une œuvre commune, une production collective par coopération des acteurs, à partir d'une question partagée* ». (2011, p. 124)

De plus, une communication autour des dispositifs déjà instaurés dans certaines structures peut être source d'idées pour les autres.

Ainsi, prendre en considération les remarques, les attentes, les besoins et s'appuyer sur les compétences développées par chacun permettrait d'instaurer un réel partenariat dans le cadre d'une alternance intégrative.

J. Biarnès et L. Bonnafous étaient également dans cette intention (2011, p. 77) : « *l'intention visée en engageant avec les opérateurs un processus d'apprentissage par le « faire ensemble », par lequel ils pourraient être en mesure d'étudier leurs expériences et leurs actions dans le domaine de l'ingénierie des parcours d'insertion [dans le cadre de ce travail, dans le domaine de l'ingénierie de l'individualisation des parcours de formation] pour en améliorer collectivement la conception, la mise en œuvre et l'évaluation.* »

Toutefois, cette préconisation doit tenir compte de plusieurs freins qui sont le nombre de structures accueillant les étudiants en stage, le nombre important d'acteurs concernés et l'impossible travail en équipe plénière.

Ainsi, cette co-construction / élaboration des projets pourrait se réaliser au sein de groupe de travail composé d'un échantillon représentatif des différents acteurs et idéalement de professionnels exerçant dans les quatre types de stage : soins de courte durée, soins en santé mentale et en psychiatrie, soins de longue durée et soins de suite et de réadaptation, soins individuels ou collectifs sur des lieux de vie.

Les principaux objectifs du groupe de travail seraient :

- De favoriser l'implication de l'ensemble des acteurs.
- De faciliter les échanges entre les membres.
- De mener une réflexion commune afin de définir les valeurs partagées par le groupe.
- De définir les conceptions relatives à la formation notamment en termes d'accompagnement, d'encadrement, d'évaluation et d'individualisation des parcours.
- De produire un travail porteur de sens pour l'ensemble des acteurs sur lequel ils pourraient s'appuyer dans leur exercice quotidien.
- De gérer les écarts constatés entre institut de formation et unités accueillant des étudiants en stage.

Un travail préparatoire pourrait se réaliser en amont au sein de l'institut. Ce projet serait alors présenté à la directrice, à l'ensemble de l'équipe pédagogique en y incluant la documentaliste et l'informaticien, tous deux étant amenés à accompagner les étudiants durant leur formation, et soumis à validation.

Un appel à la constitution du groupe de travail serait à l'initiative de l'institut de formation et pourrait se faire par courrier ou par le biais des formateurs référents des lieux de stages. Dans les unités de soins, le maître de stage serait l'interlocuteur et diffuserait l'information à l'ensemble de l'équipe.

Au regard des questions posées par les interviewées lors des entretiens, la volonté de l'ensemble des acteurs à communiquer plus efficacement semble être un facteur qui argumente cette préconisation.

Le groupe de travail constitué se réunirait et élaborerait en commun les projets à partir de l'ensemble des échanges lors de plusieurs réunions.

Toujours, dans une volonté de partage d'expériences et d'analyse de pratiques professionnelles, les comptes-rendus des différentes réunions du groupe de travail seraient envoyés, au fur à mesure de leur avancée, à l'ensemble des partenaires ou mis à disposition sur une plateforme coopérative via internet.

A l'issue de ce travail, des réunions plénières de restitution seraient organisées. Plusieurs dates pourraient être proposées afin qu'un maximum de personnes puissent y participer. L'ensemble de l'équipe de l'institut, les professionnels des terrains de stage et les étudiants seraient conviés et leur seraient présentés les projets constitués par le groupe de travail. Pour les personnes n'ayant pas pu se déplacer, l'envoi par courrier des projets à l'ensemble des lieux accueillant des étudiants en stage serait réalisé. Cependant, l'envoi d'un document écrit sans complément d'informations peut avoir des limites. Le partenariat, à mon sens, ne peut s'arrêter à cette étape dans ces phases de co-construction et de diffusion des documents.

En lien avec le référentiel de formation, le formateur de l'institut référent de stage a toute sa place. En effet, il « *est en lien avec le maître de stage en ce qui concerne l'organisation générale des stages [...] et il est également en liaison régulière avec le tuteur de stage afin de suivre le parcours des étudiants et régler au fur à et mesure les questions pédagogiques qui peuvent se poser* ». (Arrêté du 31 juillet 2009 modifié relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, annexe 3, p. 79)

Ainsi, l'élaboration des projets pédagogiques et de formation ne constitue qu'une étape en termes d'ingénierie. G. Liiceanu (1994, p. 10) évoque la « *prise en projet* » et un lien peut être réalisé avec la « *prise en projet* » de ces projets par l'ensemble des acteurs.

Cela suscite alors un nouveau questionnement :

- Comment les acteurs effectuent-ils cette prise en projet ?
- Comment les acteurs « prennent » - ils cette autonomie laissée dans la co-construction des parcours de formation afin de faciliter leur individualisation ?
- Que font-ils de cette autonomie laissée et prise ?
- Comment « faire vivre » ces projets au quotidien afin de faciliter l'individualisation des parcours de formation ?

En effet, les projets étant écrits, il s'agit désormais de s'interroger sur la vie de ceux-ci, sur leur mise en mouvement au quotidien. C'est pourquoi, dans le cadre d'un partenariat effectif visé, des préconisations peuvent être envisagées.

2.2 Des projets à faire vivre

Dans le cadre de ce travail de recherche, acteurs et auteurs s'accordent à dire que l'individualisation des parcours de formation existe de fait. Pour reprendre les écrits de P. Perrenoud qui invite à penser cette individualisation et à la maîtriser, les acteurs de la formation, sont invités à mener une réflexion commune afin d'élaborer les projets de formation et pédagogique et deviennent, de ce fait, co-auteurs.

Le terme « maîtrise » employé par P. Perrenoud peut toutefois laisser à penser que la volonté est de standardiser cette individualisation. C'est pourquoi, je préfère employer le terme de « faire vivre » cette individualisation et ces projets qui renvoie davantage à un processus dynamique, évolutif en fonction des personnes, des contextes et en lien avec la complexité du système déjà évoquée.

D'ailleurs, au sein de ce travail, cette complexité peut être appréhendée de deux manières : soit comme un frein, soit comme un levier. Je prends le parti d'appréhender cette complexité comme un levier, une force au service de l'individualisation des parcours de formation.

La richesse vient en effet de la diversité des personnes, toutes singulières avec une histoire, des expériences, des compétences, des représentations, des points de vue, des lieux d'exercices variés pour les professionnels des terrains de stage..., du nombre d'interactions qui existe entre elles et dont il faut tenir compte.

Ainsi, les préconisations envisagées viennent s'ancrer dans ces propos.

2.2.1 Des temps de rencontres entre acteurs

Au regard de la richesse des expériences présentées par les professionnelles interviewées, des axes d'améliorations envisagés, de leurs regards multiples sur l'individualisation des parcours de formation, la réalisation de rencontres composées de l'ensemble des acteurs de la formation serait un moyen de faciliter les échanges, les réflexions et de faire vivre ces projets.

Ces rencontres permettraient, aux professionnels de l'institut, des terrains de stage et aux étudiants, de présenter, sous la forme de retour d'expériences, des projets envisagés ou instaurés en lien avec l'encadrement, l'accompagnement, l'individualisation des parcours qui sont étroitement liés, des outils mis en place, la constitution de parcours de stage, des réflexions menées en équipe, en groupe....

Ces présentations auraient plusieurs objectifs :

- Partager des expériences d'ingénierie de formation en lien avec l'individualisation des parcours de formation,
- Prendre connaissance de ce qui est réalisé dans d'autres lieux et éventuellement s'en inspirer,
- Débattre autour de situations contextualisées,
- Faciliter une posture réflexive chez les participants,
- Analyser des pratiques professionnelles.

Ces temps permettraient également de faciliter les échanges entre acteurs afin, par exemple, d'évoquer des axes d'amélioration à envisager dans le cadre du partenariat, de faire part de problématiques rencontrées et des attentes de chaque partie. En effet, est souvent revenu dans les entretiens avec les professionnelles que la collaboration avec l'institut se fait principalement lorsque l'étudiant présente une ou des difficulté(s). Ces rencontres seraient alors un levier pour amener les acteurs à échanger sur leurs pratiques, à mieux se connaître et à faciliter les contacts.

A ce propos, N. Le Calvé (2014, p. 122) précise que « *la circulation de l'information, l'échange, sont alors autant d'atouts au service d'une co-construction de l'ingénierie de formation. [...] Pour cela, il est nécessaire d'instituer des temps de rencontre formalisés entre acteurs de la formation* ». Néanmoins, selon l'auteure « *ce travail ensemble n'est toutefois permis qu'à la seule condition de la reconnaissance de chaque acteur, au travers de sa spécificité* ».

Enfin, ce type de rencontres ferait que l'ensemble des acteurs serait partie prenante au sein de ces projets et pourrait les évaluer alors qu'aujourd'hui, seuls les étudiants et formateurs l'effectuent.

D'un point de vue organisationnel, l'institut de formation, disposant de locaux adaptés à ce type de rencontres, pourrait être à l'initiative de celles-ci en les programmant deux fois par an, soit chaque semestre.

Le fait de les planifier de la sorte permettrait à un plus grand nombre de professionnels d'y participer. En effet, il ne faut pas occulter une des limites, identifiée par les interviewées, à savoir la difficulté de trouver des plages horaires communes afin de fixer des rendez-vous. Dans une volonté de partage, les supports présentés lors de ces rencontres ainsi que les comptes-rendus des échanges seraient diffusés à l'ensemble des acteurs.

De plus, toujours dans l'optique de « penser » et de « faire vivre » cette individualisation des parcours de formation dans le cadre d'une ingénierie inventive, une unité d'enseignement spécifique à l'encadrement des professionnels et plus généralement à la formation pourrait amener les étudiants à une réflexion et à des échanges en lien avec ce thème.

2.2.2 L'apport d'une unité d'enseignement

A l'institut de formation, au cours de la deuxième année de formation, l'unité d'enseignement 3.5 réalisée au semestre 4 : « encadrement des professionnels de soins » s'intéresse plus spécifiquement à la formation des stagiaires et des professionnels.

Reliée à la compétence 10 déclinée dans le référentiel : « informer, former des professionnels et des personnes en formation », cette unité d'enseignement permet de mener une réflexion sur l'encadrement et de développer des savoirs chez les étudiants.

Ils abordent alors les théories et processus de l'apprentissage, les concepts d'accompagnement, de tutorat, d'apprentissage, d'évaluation, ... déclinés au sein des projets. De plus, l'étude de la sémantique vient éclairer le sens donné aux mots employés.

Cette unité permet également à l'étudiant de porter un regard distancié sur les pratiques d'encadrement et de formation auxquelles il a été confronté antérieurement. De plus, en qualité de futurs professionnels de proximité, tuteurs, amenés à encadrer des étudiants et/ou élèves, le fait d'aborder les notions de partenariat, de co-construction, de co-évaluation... dès la formation initiale est, selon moi, un véritable atout.

Ainsi, au cours de cette unité d'enseignement seraient abordés avec les étudiants le cadre fixé par le référentiel de formation, la co-construction des projets de formation et pédagogiques et leur prise en projet par l'ensemble des acteurs. Les étudiants porteraient alors un regard critique sur ces projets, les parcours de formation et leur individualisation. Ces apports viendraient s'inscrire dans les recommandations pédagogiques : « *l'étudiant devra comprendre son rôle et le cadre de celui-ci tant du point de vue de la pédagogie et de la progression des personnes encadrées, que du point de vue de ses responsabilités et de la réglementation en vigueur* » (Arrêté du 31 juillet 2009 modifié relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, annexe 5, p. 121).

Dans le cadre des travaux dirigés relatifs à cette unité d'enseignement, les projets de formation et pédagogique seraient étudiés de manière plus approfondie en termes de conception, de rédaction, de mise en œuvre et d'évaluation. Cette étude faciliterait la mise en liens avec les pratiques d'accompagnement et d'individualisation des parcours de formation. De plus, il serait souhaitable de co-construire et co-animer ces temps de travail avec les professionnels des terrains de stage afin de s'inscrire dans une réelle alternance intégrative.

Enfin, la diversité des stages déjà réalisés par les étudiants, leurs expériences antérieures, leur vécu et ressenti quant à l'individualisation de leur parcours de formation seraient autant d'éléments qui pourraient être abordés dans le cadre de cette unité et qui viendraient enrichir les échanges déjà menés.

3. CONCLUSION PROVISOIRE

Pour conclure, il est possible de mettre en évidence que le partage, les échanges, la confrontation d'idées, les apprentissages, un partenariat effectif au service d'une ingénierie inventive, elle-même au service d'une individualisation des parcours de formation facilitée, sont au cœur de cette partie.

L'écriture de celle-ci a permis de mettre en évidence l'évolution de mes représentations quant à l'exercice du métier de cadre de santé formateur et plus généralement de ma vision de la formation et de son ingénierie.

Ainsi, cette prise de recul et cette projection en tant que cadre de santé reflètent tout le parcours accompli en 10 mois.

CONCLUSION GENERALE

La mise en place du référentiel de formation en soins infirmiers, il y a maintenant cinq ans suscite encore aujourd'hui de nombreux questionnements, aussi bien au sein des instituts de formations auprès des formateurs et des étudiants, qu'au sein des lieux de stage auprès des professionnels de santé.

En effet, les changements induits par ce référentiel : tant par l'approche par compétences, la disparition des mises en situations professionnelles, l'allongement de la durée des stages, le passage de modules à unités d'enseignement que par le rôle confié aux acteurs avec l'apparition d'une nouvelle terminologie - maître de stage - tuteur, professionnels de proximité - ont nécessité de repenser la formation initiale, le partenariat et l'accompagnement à instaurer au sein d'un système complexe.

La réalisation de ce mémoire a permis de questionner le parcours de formation de l'étudiant en soins infirmiers et de s'intéresser plus spécifiquement à son individualisation. Les acteurs de la formation interviewés et les auteurs ont confirmé l'intérêt de ce questionnement et m'ont permis de progresser dans mes réflexions.

L'individualisation des parcours de formation existe de fait. Chaque apprenant est unique. Il arrive en formation avec une histoire, un parcours scolaire, voire professionnel antérieur, des savoirs, des besoins, des doutes... et il va suivre un chemin qui lui est propre au sein d'un groupe.

La facilité consisterait à penser pour l'étudiant, à lui définir des objectifs d'apprentissage précis en fonction des semestres de formation, à élaborer son parcours, à lui appliquer des standards, à planifier bien en amont des méthodes pédagogiques reproduites d'années en années, à encadrer et accompagner l'ensemble des étudiants de 1^{ère}, 2^{ème}, 3^{ème} années de façon identique. Mais, qu'en est-il de la singularité de l'étudiant, de l'individualisation de son parcours ?

Ce parcours sera effectivement individualisé car l'étudiant X n'effectuera pas le même stage que l'étudiant Y ; il ne fera pas partie du même groupe de travail et n'aura pas acquis les mêmes compétences au même moment. Mais est-ce réellement cela l'individualisation d'un parcours ? Est-ce suffisant ? Est-ce bénéfique ? sont autant de questions qu'il faut se poser.

Au-delà de ces réflexions, un autre élément est également à prendre en considération : à savoir, le contexte. Comment prend-on en compte la spécificité des contextes ? Ce qui est applicable dans une unité l'est-il dans une autre, même au sein d'un même établissement ?

L'individualisation des parcours nécessite alors d'être pensée conjointement par un ensemble d'acteurs : cadres de santé formateurs et maîtres de stage, coordinateurs des stages, tuteurs, professionnels de proximité et étudiants afin de la faire « vivre » au quotidien et de faciliter sa mise en œuvre.

Au regard des échanges avec les professionnels, chacun s'accorde à dire qu'elle est nécessaire et bénéfique. Néanmoins, elle est prise en considération à divers degrés en étant souvent réfléchie de manière solitaire, soit par une personne, soit au sein d'une équipe mais rarement au-delà.

Ainsi, l'instauration d'une ingénierie inventive faisant preuve d'ouverture et de souplesse, dans le cadre d'un partenariat effectif avec l'ensemble des acteurs de la formation, où une autonomie est laissée et prise par chacun, serait de nature à faciliter l'individualisation des parcours de formation.

Cette ouverture et cette souplesse sont d'ailleurs évoquées par V. Kaczmarek-Cabaret qui précise que (2012, p. 350) : « *Dans un contexte où les cadres détaillés sur un mode analytique sont prégnants, la proposition de cadres souples et synthétiques peut s'avérer imprécise et manquer de sérieux. Néanmoins, il faut prendre en compte ces cadres rigides mais y résister, les assouplir, les interpréter, afin de ne pas instrumentaliser la personne qui se forme et ainsi, la déposséder de ses propres finalités* ».

L'écriture de ce mémoire a été constituée de rencontres, d'échanges, de lectures, d'accompagnements réalisés par des professionnels, d'essais, qui ont permis de me faire évoluer.

Une limite apparaît néanmoins. La réalisation d'entretiens auprès d'étudiants aurait permis de compléter l'approche des acteurs quant à l'individualisation des parcours de formation. Une place centrale leur est toutefois réservée dans l'écriture de ce mémoire.

Par ailleurs, même si la formation s'achève, la dynamique de travail instaurée cette année reste à poursuivre et cette limite laisse entrevoir une recherche ultérieure possible.

De plus, l'écriture de cette conclusion générale, suscite un nouveau questionnement. La formation initiale des étudiants en soins infirmiers, étudiée dans ce travail, dispose elle-même d'une fin qui marque une étape importante dans la vie de tout professionnel infirmier : la remise du diplôme d'Etat. A cette occasion, tous les acteurs de la formation sont réunis.

Même si cette étape constitue alors la « fin » du parcours de formation initiale, chaque professionnel s'engage alors dans un « nouveau » parcours constitué d'autres

parcours de formation continue, réalise de nouvelles rencontres, s'inscrit dans d'autres contextes et continue à construire de nouvelles compétences.

Cette réflexion amène alors à se questionner sur l'individualisation des parcours professionnels et le rôle du cadre de santé dans le management d'une équipe composée de collaborateurs ayant chacun leur singularité et leur parcours antérieur unique.

GLOSSAIRE

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DRJSCS : Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale

ECTS : European Credits Transfer System

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

IFCS : Institut de Formation des Cadres de Santé

LMD : Licence – Master – Doctorat

BIBLIOGRAPHIE

- Bachelard, P., 1994, *Apprentissage et pratiques d'alternance*, Paris, L'Harmattan
- Blanchet, A., et alli, 1985, *L'entretien dans les sciences sociales*, Paris, Dunod
- Beauvais, M., 2003, *Savoirs enseignés : Question(s) de légitimité(s)*, Paris, L'Harmattan
- Beauvais, M., 2004, « *Des principes éthiques pour une philosophie de l'accompagnement* », In *Savoirs – revue internationale de recherche en éducation et formation des adultes*, 2004-6
- Beauvais, M., 2006, « *L'accompagnement au prisme de la responsabilité* », p. 173-189, In Beauvais, M., Gérard, C., Gillier, J-P, (coord.), *Pour une éthique de l'intervention*, Paris, L'Harmattan
- Biarnès, J., Bonnafous, L., 2011, « *Une ingénierie de parcours dans le champ de l'insertion par l'activité économique* », p. 69-84, In Ardouin, T., Clénet, J., (coord.), *TransFormations N°5, Recherches en éducation des adultes, L'ingénierie de formation : Questions et transformations*, Université Lille 1, CUEEP, CIREL-TRIGONE
- Blanchet, A., Gotman, A., 2012, *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*, Paris, Armand Colin, 2^{ème} édition refondue
- Boudier, C., 2012, *Les formations en soins infirmiers, Des cadres mis au défi*, Paris, Seli Arslam, 2^{ème} édition révisée
- Cattiaux, C., 2009, « *Le stage, une coopération revisitée pour une dynamique d'apprentissage réinventée* », p. 4-7, In *Soins cadres*, supplément au n°70
- Chevallard, Y., 1986, *Les programmes et la transposition didactique – Illusions, contraintes et possibles*, texte paru dans le Bulletin de l'APMEP n°352, P. 32-50, http://yves.chevallard.free.fr/spip/spip/IMG/pdf/Les_programmes_et_la_transposition_didactique.pdf
- Clénet, J., 1998, *Représentations, formations et alternance, Etre formé et/ou se former*, Paris, L'Harmattan
- Clénet, J., 2002, *L'ingénierie des formations en alternance : « Pour comprendre, c'est-à-dire faire... »*, Paris, L'Harmattan
- Clénet, J., 2003, « *L'ingénierie en formation(s) : appliquer et/ou concevoir ?* », p. 63-75, In *Où en est l'ingénierie de formation ?*, Education permanente, n°157
- Clénet, J., Gérard, C., 1994, *Partenariat et alternance en éducation : Des pratiques à construire...*, Paris, L'Harmattan
- Collière, M-F, 2004, *Promouvoir la vie*, Paris, InterEditions/Masson

- Coudray, M-A., Gay, C., 2009, *Le défi des compétences : Comprendre et mettre en œuvre la réforme des études infirmières*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson
- Danvers, F., 1992, *700 mots-clefs pour l'éducation : 500 ouvrages recensés (1981-1991)*, Lille, Presses Universitaires de Lille.
- Duboys Fresney, C., Perrin, G., 2011, *Le métier d'infirmière en France*, Paris, PUF, 6^{ème} édition
- Formarier, M., et Jovic, L., 2009, *Les concepts en sciences infirmières*, Paris, Mallet conseil
- Guillaumin, C., 2011, « *Emergences ingénieuses en formation. La formation initiale et continue des soignants et des cadres hospitaliers* », p. 121-132, In Ardouin, T., Clénet, J., *TransFormations N°5, Recherches en éducation des adultes, L'ingénierie de formation : Questions et transformations*, Université Lille 1, CUEEP, CIREL-TRIGONE
- Grawitz, M., 2001, *Méthodes des sciences sociales*, Paris, Dalloz
- Haeuw, F., 2005, *Individualisation et nouvelles modalités de formation : quelles articulations, quel avenir ?*, article paru dans *Actualité de la Formation Permanente* n°196 mai/juin 2005 p. 51-57, http://data.over-blog-kiwi.com/0/85/70/51/ob_236467_individualisation.pdf
- Jézégou, A., 2013, « *Diriger, par soi-même, sa formation et ses apprentissages* », p. 53-85, In Raucant, B., Verzat, C., Villeneuve, L. (dir.), *Accompagner des étudiants : Quels rôles pour l'enseignant ? Quels dispositifs ? Quelles mises en œuvre ?*, Bruxelles, De Boeck, 2^{ème} tirage
- Kaczmarek-Cabaret, V., 2012, *L'accompagnement en formation : tensions – émergences – postures, Le cas de trois formations de cadres*, Université des Sciences et Technologies de Lille 1, Laboratoire CIREL, Equipe TRIGONE-CIREL
- Le Bouëdec, G., et Alli, 2001, *L'accompagnement en éducation et formation : un projet impossible ?*, Paris, L'Harmattan
- Le Boterf, G., 2005, *Ingénierie et évaluation des compétences*, Paris, Editions d'Organisation, 4^{ème} édition
- Le Calvé, N., 2014, « *Réforme des études d'infirmières : entre risque et opportunité* », p. 107-123, In Demol, J-N., Guillaumin, C., (dir.), *Former et prendre soin*, Paris, L'Harmattan
- Levasseur, N., Villeneuve, L., 2013, « *Le contrat d'apprentissage* », p. 187-221, In Raucant, B., Verzat, C., Villeneuve, L. (dir.), *Accompagner des étudiants : Quels rôles pour l'enseignant ? Quels dispositifs ? Quelles mises en œuvre ?*, Bruxelles, De Boeck, 2^{ème} tirage

- Liiceanu, G., 1994, *De la limite : petit traité à l'usage des orgueilleux*, Paris, Michalon
- Marchal, A., Psiuk, T., 2010, *La démarche clinique de l'infirmière*, Paris, Seli Arslam, 2^{ème} édition
- Menaut, H., 2013, *Tutorat et formation paramédicales, penser l'accompagnement tutoral*, Bruxelles, De Boeck
- Mintzberg, H., 2012, *Structure et dynamique des organisations*, Paris, Editions d'Organisation, 23^{ème} tirage
- Moléna, X., 2010, « *De l'idéal à la norme* », p. 30-36, In *L'autonomie, Nouvelle utopie ?*, Revue Sciences Humaines, n°220
- Mucchielli, R., 1998, *L'analyse de contenu : des documents et des communications*, Paris, ESF
- Paille, A., Mucchielli, A., 2008, *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, Paris, Armand Colin, 2^{ème} édition
- Pelletier, G., 1997, *Le partenariat : du discours à l'action*, article paru initialement dans La revue des Echanges, volume 14, n°3, dossier « Education et partenariat », http://www.unige.ch/fapse/life/textes/Pelletier_A1997_01.html
- Pentecouteau, H., 2012, *L'alternance dans une formation professionnelle universitaire. De l'idéal épistémologique aux contradictions pédagogiques*, article paru dans la Revue internationale de pédagogie de l'enseignement supérieur [en ligne] 28-1 / 2012, <http://ripes.revues.org/605>
- Perrenoud, P., 1993, *Organiser l'individualisation des parcours de formation : peurs à dépasser et maîtrise à construire*, http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_1993/1993_15.html
- Perrenoud, P., 2001, *Individualisation des parcours et différenciation des prises en charge*, article paru initialement dans Educateur n°11, octobre 2001, p. 26-31, http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_2001/2001_27.html
- Perrenoud, P., 2010, *Pédagogie différenciée : Des intentions à l'action*, Issy-les-Moulineaux, ESF, 5^{ème} édition
- Possoz, D., 2009, p.71, In Masson, C., Trollat, A-F, *La formation individualisée : Conférence de consensus, Collectif de Gilly-lès-Cîteaux*, Dijon, Educagri
- Quivy R., Van Campenhoudt L., 2006, *Manuel de Recherche en Sciences Sociales*, Paris, Dunod, 3^{ème} édition

- Roekens, N., 2009, « *Accompagnement et individualisation des parcours de formation professionnelle : pour en finir avec les idées reçues...* », p. 17-35, In Beauvais, M., et Demol, J.-N., (coord.), *TransFormations n°2, Accompagnements et éducation en formation : regards singuliers et pratiques plurielles*, Université Lille 1, CUEEP, TRIGONE-CIREL
- Roekens, N., 2010, *De l'individualisation à la singularisation des parcours de formation d'adultes : l'adulte en formation, un sujet à la croisée de mondes... un sujet croiseur de mondes...*, Université des Sciences et Technologies de Lille 1, Laboratoire Trigone – CIREL
- Tardif, J., 20/02/2013, *L'approche par compétences : un changement de paradigme*, IUT Lyon 1.
- Wittorski, R., 2005, *Formation, travail et professionnalisation*, Paris, L'Harmattan

Références législatives :

Ouvrage spécifique à la profession infirmière

- Formations des professionnels de santé : Profession infirmier, juillet 2013, Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession, SEDI

Textes réglementaires

- Code de la Santé Publique, Quatrième partie, Livre III, Titre Ier, Chapitre Ier, Section 1 : Actes professionnels, articles R.4311-1 à R4311-15
- Loi du 8 avril 1946 relative à l'exercice des professions d'assistantes ou d'auxiliaires de service social et d'infirmières ou d'infirmiers, article 13
- Loi n°78-615 du 31 mai 1978 tendant à la modification des articles L. 473 à L. 477 du code de la santé publique relatifs à la profession d'infirmier ou d'infirmière
- Décret du 27 juin 1922 portant institution du brevet de capacité d'infirmières professionnelles
- Décret no 92-264 du 23 mars 1992 modifiant le décret no 81-306 du 2 avril 1981 modifié relatif aux études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier et d'infirmière, article 4.
- Arrêté du 24 juin 1924 instituant en annexe un programme type des écoles de l'Etat français
- Arrêté du 31 juillet 2009 modifié relatif au diplôme d'Etat d'infirmier et ses annexes

- Arrêté du 14 juin 2012 relatif au diplôme d'Etat de manipulateur d'électroradiologie médicale
- Circulaire n° 7043 du 28 octobre 1902 relative à l'application de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite et la création d'écoles d'infirmières

TABLE DES MATIERES

Remerciements

Sommaire

Introduction générale 1

Première partie : Regard historique sur la profession et sur la formation infirmière aboutissant à des réflexions et à l'émergence d'un questionnement 6

Chapitre 1 : Le contexte 7

1. Historique de la profession et de la formation 7

1.1 Des origines jusqu'au XIXème siècle 7

1.2 Le XXème siècle : une succession de programmes d'études et une profession qui évolue..... 8

1.3 2009 : une réforme, un référentiel de formation 10

2. La construction du « nouveau diplôme » : une ingénierie de formation..... 10

Chapitre 2 : Réflexions et émergence du questionnement : le constat..... 13

Deuxième partie : A la rencontre des acteurs..... 17

Chapitre 1 : Entretiens exploratoires..... 18

1. Le choix de la méthode 18

2. Le choix de l'outil d'enquête : les prémices de la recherche 19

3. Choix des interviewés 20

4. La préparation des entretiens 20

5. La méthode d'analyse 21

6. La réalisation des entretiens exploratoires 23

6.1 Entretien exploratoire n°1 23

6.1.1 Présentation de l'interviewée 23

6.1.2 Contexte de réalisation de l'entretien..... 23

6.1.3 Ressenti 24

6.1.4 Analyse 24

6.2 Entretien exploratoire n°2 28

6.2.1 Présentation de l'interviewée 28

6.2.2	Contexte de réalisation de l'entretien.....	29
6.2.3	Ressenti	29
6.2.4	Analyse	30
6.3	Analyse croisée des entretiens n°1 et n°2	34
6.3.1	Les points communs.....	34
6.3.2	Les spécificités.....	34
6.4	Réajustements pour les vagues d'entretiens suivantes.....	35
Chapitre 2 : Poursuite de l'enquête : Des entretiens à usage principal		36
1.	Le choix de l'outil d'enquête	36
2.	Choix de la consigne initiale et des thèmes	36
3.	Choix des interviewés	37
4.	La préparation des entretiens	37
5.	La méthode d'analyse	38
6.	La réalisation des entretiens à usage principal.....	38
6.1	Entretiens avec les cadres de santé formateurs	38
6.1.1	Présentation des interviewées	38
6.1.2	Organisation du travail dans les instituts de formation des interviewées... ..	39
6.1.3	Contexte de réalisation des entretiens	40
6.1.4	Ressenti	40
6.1.5	Analyse	41
6.2	Entretiens avec les cadres de santé maîtres de stage.....	48
6.2.1	Présentation des interviewées	48
6.2.2	Contexte de réalisation des entretiens	48
6.2.3	Ressenti	49
6.2.4	Analyse	49
6.3	Entretiens avec les tuteurs.....	55
6.3.1	Présentation des interviewées	55
6.3.2	Contexte de réalisation des entretiens	56
6.3.3	Ressenti	56
6.3.4	Analyse	57
Chapitre 3 : Analyse croisée des entretiens		63
Chapitre 4 : Conclusion provisoire et évolution de la question de départ.....		65
Troisième partie : Regards portés par les auteurs.....		66
Chapitre 1 : Cadre conceptuel.....		68
1.	Concept d'individualisation	68

1.1	Approche historique de l'individualisation.....	68
1.2	A la recherche du sens	69
2.	Le parcours de formation individualisé.....	70
2.1	Définitions.....	70
2.2	Un parcours prescrit : des parcours réels	72
2.2.1	Le référentiel de formation : un parcours prescrit.....	72
2.2.2	Un étudiant en formation et son parcours réel	72
2.2.2.1	Les expériences vécues par l'étudiant.....	72
2.2.2.2	L'appropriation du référentiel de formation par une équipe dans un institut et un lieu de stage.....	73
2.3	Des conditions nécessaires pour favoriser sa mise en place	74
2.3.1	Une souplesse du dispositif.....	74
2.3.2	Un étudiant acteur de sa formation	75
2.3.3	Penser et maîtriser l'individualisation.....	76
2.3.3.1	L'individualisation du plan de formation.....	77
2.3.3.2	Les unités de formation.....	77
2.3.3.3	Les pratiques de différenciations à l'intérieur d'un groupe de formation	78
2.4	Autonomie, responsabilité et parcours de formation individualisé.....	79
3.	L'alternance	81
3.1	Alternance et formation par alternance	81
3.2	Une ou des alternance(s) ?	82
3.3	Quatre dimensions et six propositions	83
3.4	Alternance et partenariat	84
3.5	Le contrat d'apprentissage	86
4.	Une approche pragmatique du parcours individualisé de formation.....	88
Chapitre 2 : Conclusion provisoire, problématique et hypothèses.....		91

Quatrième partie : Regard distancié sur ma pratique et perspectives professionnelles 94

Chapitre 1 : Un nécessaire regard distancié sur ma pratique ...	95
---	----

Chapitre 2 : ...aboutissant à des perspectives professionnelles et une projection dans une mission d'ingénierie de formation	97
--	----

1. Perspectives professionnelles.....	97
1.1 Des rencontres et temps d'échanges entre acteurs	97
1.2 Posture réflexive et temps consacrés à l'analyse des pratiques professionnelles entre acteurs	99
2. Cadre de santé formateur et ingénierie de formation : des préconisations.....	100

2.1	Une réflexion commune au sein des projets	101
2.2	Des projets à faire vivre	105
2.2.1	Des temps de rencontres entre acteurs	106
2.2.2	L'apport d'une unité d'enseignement	107
3.	Conclusion provisoire	108
Conclusion générale		109
Glossaire		113
Bibliographie		114
Table des matières.....		119