



**HAL**  
open science

## Du prescrit à l'agi partenarial. Le cas de la formation en soins infirmiers

Sabine Bellanger

► **To cite this version:**

Sabine Bellanger. Du prescrit à l'agi partenarial. Le cas de la formation en soins infirmiers. Education. 2014. dumas-01061262

**HAL Id: dumas-01061262**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01061262>**

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**

**Du prescrit à l'agi partenarial**

Le cas de la formation en soins infirmiers

Mémoire présenté par Sabine BELLANGER

Sous la direction Jean-Noël DEMOL  
Professeur associé 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

Jean-Noël Demol, Tuteur universitaire, Professeur associé, CUEEP - Université de Lille 1

Christine HUE, Professionnel expert, Cadre de Santé formateur, IFSI, Calais

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**

**Du prescrit à l'agi partenarial**

Le cas de la formation en soins infirmiers

Mémoire présenté par Sabine BELLANGER

Sous la direction Jean-Noël DEMOL  
Professeur associé 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

Jean-Noël Demol, Tuteur universitaire, Professeur associé, CUEEP - Université de Lille 1

Mme Christine HUE, Professionnel expert, Cadre de Santé formateur, IFSI, Calais

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

Juin 2014

## **REMERCIEMENTS**

Je souhaite remercier et témoigner ma gratitude à toutes les personnes qui m'ont accompagné et soutenue dans l'élaboration de ce mémoire de fin d'études. Je souhaite qu'elles soient toutes assurées de ma profonde reconnaissance et, je me permettrais de citer tout particulièrement :

Madame Véronique Cabaret, Directeur de Mémoire, Cadre Formateur à l'Institut de Formation des Cadres de Santé, qui, par son écoute, sa disponibilité, sa guidance et ses précieux conseils, m'a orienté efficacement dans ma démarche.

Monsieur Jean-Noël Demol, Directeur de Mémoire, Professeur Associé au CUEPP – Université de Lille 1, pour son aide notamment pour les références bibliographiques.

Madame Turzynski Laurence et Monsieur Malik Mébarki, pour leur accompagnement des mardis matin.

Madame Mireille Bidon, Cadre Formateur à l'Institut de Formation des Cadres de Santé, référente de formation, pour son accompagnement.

L'équipe pédagogique de l'institut de formation des Cadres de Santé du CHRU de Lille, et Anne Carrière.

Les Professionnels de Santé qui ont bien voulu m'accueillir, me faire partager leurs expériences.

Mes collègues de promotion avec lesquels, j'ai eu le plaisir de réaliser cette année. Et plus particulièrement à Guillaume, Laëtitia et Nicolas sans qui cette aventure aurait été bien différente.

Ma famille et mes amis pour leurs soutiens inestimables, leurs encouragements, leur patience.

« Se regrouper est un début.  
Rester ensemble est un progrès.  
Travailler ensemble est une réussite »

Michelle Lemaire

# SOMMAIRE

INTRODUCTION GENERALE .....	1
PREMIERE PARTIE : L'émergence d'un questionnement dans un contexte .....	3
Chapitre 1 : L'émergence d'un questionnement .....	4
Chapitre 2 : L'évolution de la profession et de la formation infirmière .....	8
DEUXIEME PARTIE : A la rencontre de l'expérience exprimée.....	13
Chapitre 3. La méthodologie de recherche .....	14
Chapitre 4. La première série d'entretiens auprès des tuteurs.....	19
Chapitre 5. La deuxième série d'entretiens auprès des cadres de santé formateurs.....	38
Chapitre 6. La troisième série d'entretiens auprès des maîtres de stage (cadre de santé)..	47
Chapitre 7. Synthèse croisée et évolution de la question de départ .....	57
TROISIEME PARTIE : A la rencontre des auteurs.....	60
Chapitre 8 : L'alternance .....	63
Chapitre 9 : Le partenariat .....	68
Chapitre 10 : L'accompagnement.....	74
Chapitre 11 : Problématique et hypothèse .....	83
QUATRIEME PARTIE : Décentration et orientations d'actions .....	85
Chapitre 12 : Une décentration nécessaire .....	86
Chapitre 13 : Le contexte de proposition d'action .....	89
Chapitre 14 : Un existant à consolider : la co construction des parcours de stage.....	91
Chapitre 15 : Une ingénierie inventive au service de l'amélioration du partenariat.....	99
CONCLUSION GENERALE.....	106
GLOSSAIRE.....	108
BIBLIOGRAPHIE .....	110
ANNEXES .....	116
TABLE DES SCHEMAS ET DES TABLEAUX .....	121
TABLE DES MATIERES .....	122

# **INTRODUCTION GENERALE**

J'ai exercé pendant huit ans ma profession d'infirmière, essentiellement en psychiatrie, avec beaucoup de satisfaction. Très rapidement je me suis investie dans l'encadrement des étudiants avec comme objectif d'intégrer, un jour, un institut de formation en soins infirmiers.

Avide de découvrir de nouveaux horizons, de développer des compétences et d'avoir plus de responsabilités, je me suis donc orientée vers un poste de faisant fonction cadre de santé de nuit afin de diversifier mes expériences et d'appréhender les missions transversales dévolues à ce poste, au sein de mon établissement. Puis très rapidement, j'ai saisi l'opportunité d'intégrer un institut de formation en soins infirmier comme formatrice en 2011.

Après deux années passées au sein de cet institut, j'intègre le cursus de formation des cadres de santé au CHRU<sup>1</sup> de Lille couplé au master 2 « ingénierie de formation » à l'université de Lille 1. Ces dix mois de formation m'ont permis de prendre de la distance sur mes pratiques professionnelles. Je souhaitais que ma réflexion pour ce mémoire, qui est le fil rouge de notre cursus de formation, prenne appui sur mes expériences professionnelles et qu'elle puisse être poursuivie lors de mon retour en institut de formation. J'ai donc choisi d'aborder le thème du tutorat en prenant comme porte d'entrée les difficultés que rencontraient les tuteurs dans l'évaluation des compétences des étudiants.

Dans une première partie, l'émergence de mon questionnement initial se fera au travers de mon évolution professionnelle et de l'évolution de la profession.

Une deuxième partie sera consacrée à l'étude empirique où je laisserai la parole aux acteurs afin d'approfondir ce sujet de recherche. Après avoir réalisé l'analyse des témoignages des tuteurs, des formateurs et des maîtres de stage, je réorienterai mon travail sur l'importance d'une réciprocité entre les formateurs et les professionnels des lieux de stage.

Puis dans une troisième partie, la place sera laissée aux auteurs qui viendront enrichir ma réflexion. Celle-ci se fera grâce à l'étude de concepts tels que l'alternance, le partenariat et l'accompagnement. Suite à cela, je formulerai la problématique suivante : en quoi un partenariat effectif entre les différents acteurs de la formation favorise les apprentissages des étudiants ?

Enfin, dans une quatrième partie, j'exposerai des ouvertures pragmatiques au service de la co construction partenariale comme vecteur d'apprentissage des étudiants.

---

<sup>1</sup> Centre Hospitalier Universitaire de Lille

**PREMIERE PARTIE :**

**L'émergence d'un  
questionnement dans un  
contexte**

# Chapitre 1 : L'émergence d'un questionnement

Dans ce chapitre, je souhaite expliquer, au travers de mon parcours professionnel, mon cheminement pour arriver à ce questionnement de départ que j'ai choisi d'exploiter.

Infirmière depuis 2002, j'ai exercé pendant 8 ans en psychiatrie. J'ai alors réellement pris conscience de l'importance d'une prise en charge holistique du patient.

Celui-ci a toujours été au centre de mes préoccupations mais j'ai réalisé qu'il ne suffisait pas uniquement de prodiguer des soins au patient mais aussi de prendre en compte tout son environnement. Après avoir travaillé 4 ans en intra-hospitalier dans un service de psychiatrie du bassin de la Sambre, j'ai eu l'opportunité d'exercer 3 ans en Centre-médico-psychologique dans le même secteur géographique, ce qui m'a permis d'être ainsi confronté directement à l'environnement du patient.

Pendant ces années, je me suis investie dans l'encadrement des étudiants. En effet, il me paraissait important de transmettre ma passion pour mon métier aux futurs professionnels. D'abord référente auprès de ceux-ci, je suis devenue tutrice de stage avec l'arrivée du nouveau référentiel en 2009. J'ai ainsi pu suivre, au détour de la formation professionnelle continue, la formation « tutorat infirmier » en novembre 2009. Celle-ci, d'une durée de 3 jours, avait été prestée par des formateurs de l'IFSI<sup>2</sup> rattaché à mon établissement. J'ai donc vécu en tant que tutrice ce passage à un nouveau référentiel basé désormais sur une approche par compétence<sup>3</sup>.

Le plus complexe à cette époque était pour moi de m'approprier les nouveaux outils tels que le portfolio, les feuilles de validation de compétences... Cette validation de compétences était compliquée car je ne savais pas réellement ce qu'était une compétence et encore moins comment pouvoir l'évaluer. Etant la seule tutrice du service, j'étais un peu déroutée et je ne savais pas vers qui me tourner. Certes, il y avait d'autres tuteurs dans les autres services mais ils étaient dans la même situation que moi. Les formateurs de l'IFSI essayaient eux-aussi de s'approprier le nouveau référentiel et le cadre de proximité, pour ma part, me laissait gérer ce passage au nouveau référentiel. En fait personne ne maîtrisait ce nouveau référentiel puisqu'il était nouveau pour chacun d'entre nous.

---

<sup>2</sup> Institut de Formation en Soins Infirmiers

<sup>3</sup> L'approche par compétence s'inscrit selon Jacques Tardif (2013), professeur à l'Université de Sherbrooke, 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* ».

Parallèlement à ces missions auprès des étudiants, je me suis impliquée dans la vie de l'établissement en participant à des missions transversales telles qu'un groupe de travail sur l'auto-évaluation pour la certification, la Commission de Soins Infirmiers, Rééducation et Médico-Technique. Ces actions ont ainsi été pour moi, l'opportunité d'apprécier la richesse des échanges pluri-professionnels, de me positionner en tant que personne ressource, relais de l'information et d'être sensibilisée au fonctionnement global d'un service au sein d'un pôle et plus largement d'un établissement.

Mon implication dans ces projets m'amène donc à postuler sur un poste de Faisant Fonction Cadre de Santé de nuit en juillet 2010, neuf mois seulement après la mise en place du nouveau référentiel infirmier.

Pendant un an, j'ai essentiellement eu des missions transversales au sein de l'établissement. J'ai ainsi pu développer des capacités d'autonomie, de prise de décision et d'organisation. Cependant le fait de ne plus pouvoir encadrer les étudiants au quotidien se faisait ressentir. Mon projet professionnel s'est donc tout naturellement orienté vers la formation des futurs professionnels de santé.

Lorsque l'opportunité d'un poste de formateur s'est présentée à moi, je l'ai saisie de suite. Facilement intégrée au sein de l'équipe, j'ai pu faire l'apprentissage de cette nouvelle fonction qui me permet de m'épanouir pleinement depuis deux ans.

Puis mon établissement me propose la formation « approche à la fonction cadre de santé » au Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille et mon projet professionnel se concrétise avec l'obtention du concours d'entrée cadre en mai 2013 et mon entrée dans cette formation en septembre 2013.

Parallèlement à la formation cadre de santé, il nous est donné l'opportunité d'effectuer un master 2 en « ingénierie de formation- parcours cadre de santé en formation », ce qui est parfaitement en adéquation avec mon projet professionnel puisque, dès la fin de la formation, je retournerai travailler à l'IFSI.

Cette année de formation conjuguant IFCS<sup>4</sup> et master 2 va me permettre :

- D'apprendre les différents modèles et théories en Sciences de l'Education, réactualiser et approfondir mes connaissances afin de questionner, investir et améliorer ma pratique de Cadre de Santé Formateur.
- D'acquérir une méthodologie de recherche scientifique.

---

<sup>4</sup> Institut de Formation des Cadres de Santé

- D'accompagner les professionnels de santé infirmiers en service de soins dans l'acquisition de nouvelles compétences permettant l'encadrement et le tutorat des étudiants infirmiers.
- De travailler en partenariat avec les services de soins afin d'identifier les tuteurs potentiels et d'organiser le tutorat.
- D'optimiser ma pratique d'accompagnement des étudiants infirmiers dans leur parcours de formation.
- D'intégrer l'ingénierie de formation à ma pratique professionnelle.
- De développer des plans de formation en fonction de l'analyse des besoins.

Lors de ce double cursus nous sommes amenés à réaliser un mémoire. Celui-ci tient compte de mon histoire, de mon trajet et de mon parcours professionnel.

Il a pour objectif d'être centré sur ma future fonction cadre de santé. Il va m'aider à prendre du recul sur mon expérience et ainsi participer à ma professionnalisation.

Retournant à l'IFSI après l'année de formation cadre de santé, je souhaitais donc orienter mon thème sur une problématique rencontrée lorsque j'étais infirmière et que j'ai retrouvée lorsque j'étais faisant fonction cadre formateur.

En effet, au détour des rencontres sur les lieux de stage entre l'étudiant-le tuteur-et moi-même, je m'aperçois en échangeant avec les tuteurs de stage de toute la difficulté pour eux de s'approprier, après quatre ans, le nouveau référentiel notamment au travers de la validation de compétences et je retrouve ainsi les mêmes difficultés que je rencontrais lorsque j'étais tutrice.

Je me pose ainsi les questions suivantes :

- Quelles sont les difficultés rencontrées par les tuteurs ?
- Comment remédier à ces difficultés ?
- Quel est le rôle du cadre formateur dans l'accompagnement des professionnels ?
- Quelle est la place de l'étudiant pendant le stage ?
- Quelle place occupe le cadre de santé de proximité dans la mise en place du nouveau référentiel ?
- En quoi l'accompagnement des équipes par le cadre sur le nouveau référentiel permet-elle aux étudiants en soins infirmiers de se professionnaliser ?
- En quoi la complémentarité cadre formateur/cadre de proximité pourrait être bénéfique dans l'accompagnement des professionnels et ainsi dans la professionnalisation des étudiants ?

Ce questionnement m'oriente donc vers un axe de recherche que je décide d'exploiter et d'approfondir grâce ma question de départ :

**En quoi résident les difficultés d'évaluation, en situation professionnelle, des étudiants en soins infirmiers par les tuteurs de stage ?**

Avant d'aller plus loin dans nos investigations, il me semble judicieux de poser le cadre contextuel de l'évolution de la profession infirmière et la mise en place du référentiel de 2009.

## **Chapitre 2 : L'évolution de la profession et de la formation infirmière**

L'histoire de la profession infirmière s'est faite au rythme de l'évolution des besoins et de la demande sociale.

### **1. L'évolution de la profession infirmière d'hier à aujourd'hui**

Jusqu'au XII<sup>ème</sup> siècle, les soins apportés aux malades par des non médecins relèvent en partie de la charité chrétienne et les savoir-faire dépendent de pratiques séculaires. Au XIII<sup>ème</sup> siècle apparaît le mot « enfermier ». « L'enfermerie » désigne à la fois l'état de malade mais aussi un lieu de refuge pour les plus démunis.

C'est en 1633 que Saint Vincent de Paul crée la compagnie de la charité. A partir de cette époque lesières formations apparaissent avec les nouvelles fonctions de conseil et d'éducation dévolues aux sœurs. Il faut attendre la laïcisation des hôpitaux, les travaux de Pasteur et les progrès de la chirurgie pour que les médecins délèguent des actes et qu'un besoin de formation se fasse ressentir.

En 1860, Florence Nightingale qui est infirmière, « *relève le défi d'organiser les soins infirmiers dans les hôpitaux militaires anglais* » (Duboys-Fresney C, Perrin, G, 2009, p. 33). C'est ainsi que les soins infirmiers s'élaborent. En France, c'est Léonie Chaptal qui développe la formation infirmière sur l'ensemble du territoire avec la participation des infirmières à la formation.

Les bases de la construction du savoir infirmier trouvent leur fondement dans les différents programmes d'enseignement. C'est en 1923 qu'un arrêté reconnaît administrativement les écoles d'infirmières et en 1924, un décret reconnaît à la profession le titre d'infirmière diplômée de l'Etat français.

La formation infirmière évolue et la profession infirmière se structure. Il existe un diplôme et une formation dont le programme est national. Différents programmes se succèdent faisant passer la durée de la formation de vingt-deux mois à trente-six mois en soixante-dix ans.

Le programme de 1961 forme l'infirmière à l'évolution des sciences et des techniques médicales. C'est avec l'arrêté de 1972, que les soins infirmiers sont identifiés en tant que tels et la formation passe à 4080 heures. Il y a plus d'apports sur la connaissance des symptômes et on parle d'approche globale du patient et de plan de soins infirmiers.

En 1973, le diplôme d'infirmier en secteur psychiatrique est créé. Puis en 1979, la formation passe à 4640 heures et elle est centrée sur la personne humaine ainsi que le concept de santé au niveau individuel et collectif.

Une autre révolution se profile avec le décret du 17 juillet 1984, dans lequel, la profession infirmière échappe au statut d'auxiliaire médical : elle a un rôle propre. Elle peut agir seule, et pour certains actes et gestes, selon son jugement clinique, sans l'accord médical.

Le programme de 1992 « *marque une étape importante dans la profession infirmière* » (Ibid, p. 70) en mettant un diplôme unique pour tous les secteurs d'activité (soins généraux et psychiatriques). Par ailleurs, la durée de formation est augmentée à 4760 heures en réponse à une évolution des pratiques infirmières consécutives aux besoins de soins de la société. Les écoles d'infirmières deviennent des Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) et les élèves des étudiants.

## **2. Le nouveau référentiel infirmier**

Le programme de 2009 s'inscrit dans un contexte environnemental en pleine évolution avec la réforme d'un grand nombre de professions paramédicales. Ce nouveau référentiel s'explique donc par différents paramètres :

- L'évolution des besoins de santé des personnes et de l'offre de soins
- L'évolution des métiers de santé (décloisonnement des professions paramédicales...)
- Les accords de Bologne (décret 2002-481 du 8 avril 2002) avec la création du système Licence –Master-Doctorat qui permet à une personne ayant obtenu son diplôme dans un pays de poursuivre son cursus d'étude dans un autre pays de l'Union Européenne.

Le référentiel de formation a pour objectif de professionnaliser le parcours de l'étudiant. Celui-ci va se construire progressivement des compétences. Ce référentiel basé sur une approche par compétence a nécessité l'élaboration de référentiel d'activités, de compétences et de formation et a donc entraîné une réingénierie de la formation avec l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'état d'infirmier.

## 2.1. Le référentiel d'activités

Il décrit les activités « *en termes de capacités devant être maîtrisées par les professionnels et attestées par l'obtention du diplôme d'Etat* » (Annexe I de l'arrêté du 31 juillet 2009, référentiel de formation, p. 21).

Neuf activités sont décrites et détaillées. Elles devront être pratiquées par l'étudiant au cours de sa formation.

## 2.2. Le référentiel de compétences

Ce référentiel décrit les dix compétences<sup>5</sup> que l'étudiant devra acquérir au cours de sa formation (Annexe II de l'arrêté du 31 juillet 2009).

5 compétences « coeur de métier » qui sont représentatives de la profession infirmière

- 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 qui sont communes à certaines professions paramédicales

- 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

---

<sup>5</sup> Pour Le Boterf (1997, p. 227) la compétence est la résultante de la combinaison de trois éléments :

- Le « savoir agir » qui regroupe les connaissances qui s'acquièrent par la formation et l'expérience
- Le « vouloir agir » qui relève de la motivation de l'individu et de la collectivité et suppose un contexte porteur de projet
- Le « pouvoir agir » qui relève de l'organisation et des modes de fonctionnement de l'entreprise.

L'étudiant va donc combiner ces trois éléments pour être compétent. Les compétences ne pouvant s'évaluer qu'en situation, ce sont les professionnels des services de soins qui valident les compétences des étudiants

### 2.3. Le référentiel de formation

Il est détaillé dans l'annexe III de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au Diplôme d'Etat Infirmier. La formation se déroule sur 3 ans, répartie en 6 semestres de 20 semaines chacun. La formation équivaut à une durée de 5100 heures et est répartie de la manière suivante :

- La formation théorique est composée de 2100 heures sous forme de cours magistraux (750h), de travaux dirigés (1050h) et de travail personnel guidé (300h). Les Unités d'Enseignement (UE) ont remplacé les modules. Il y en a 59 qui se répartissent sur les 6 semestres.
  
- La formation clinique, d'une durée de 2100h, se répartie sur des périodes de stage de 5 à 15 semestres. Ceux-ci s'effectuent dans 4 grandes disciplines (Soins en santé mentale et en psychiatrie, Soins de courte durée, soins de longue durée et soins de suite et de réadaptation, soins individuels ou collectifs sur des lieux de vie). Les stages sont ainsi moins nombreux mais plus long que dans le programme de 1992.  
*« Les lieux de stage sont choisis par les IFSI en fonction des ressources d'apprentissage qu'ils peuvent proposer aux étudiants »* (Adam, R., Bayle, I., 2013, p. 8). Un stage est dit qualifiant si le maître de stage se porte garant de la qualité de l'encadrement. Trois éléments sont indispensables pour qu'un stage soit reconnu qualifiant : la charte d'encadrement (c'est la formalisation de l'engagement entre l'IFSI et le lieu de stage), le livret d'accueil (il montre toutes les ressources proposées à l'étudiant) et la convention de stage (elle précise les différentes modalités pratiques et organisationnelles du lieu de stage).
  
- Le travail personnel complémentaire est estimé à 900h.

L'étudiant va ainsi se construire des compétences à travers l'acquisition de savoir, savoir-faire, attitudes et comportements. *« L'étudiant est amené à devenir un praticien autonome, responsable et réflexif »* selon l'annexe III de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier. Pour ce faire, cette formation est structurée autour de situations permettant de travailler les 3 paliers de l'apprentissage :

- *« comprendre », l'étudiant acquiert les savoirs et savoir-faire nécessaires à la compréhension des situations.*
- *« agir », l'étudiant mobilise les savoirs et acquiert la capacité d'agir et d'évaluer son action.*

- « transférer », l'étudiant conceptualise et acquiert la capacité de transposer ses acquis dans des situations nouvelles.

Pour devenir ce praticien « autonome, responsable et réflexif », l'étudiant va être encadré par des professionnels aux rôles bien spécifiques.

- l'étudiant : il va être placé sous la responsabilité d'un maître de stage, d'un tuteur de stage et de professionnels de proximité, afin de lui faire acquérir progressivement de plus en plus d'autonomie pour exercer son futur métier.
- les professionnels de stage :
  - « le maître de stage : il représente la fonction organisationnelle et institutionnelle du stage ». Il est garant de la qualité des soins et doit donner les moyens nécessaires à leur réalisation.
  - le tuteur de stage : c'est un professionnel expérimenté qui est volontaire, il représente la fonction pédagogique du stage. Il a la connaissance des référentiels des étudiants qu'il encadre.
  - le professionnel de proximité : représente la fonction pédagogique du stage.
  - le formateur : il est désigné comme référent d'un lieu de stage. Il est l'interlocuteur privilégié des professionnels de terrain. Il suit le parcours de l'étudiant et peut venir le voir sur le lieu de stage.

Une relation triangulaire étudiant/professionnels des services de soins/formateur est nécessaire à la co-construction de la formation.

Cette nouvelle organisation doit permettre un renforcement des liens et un meilleur partenariat entre l'IFSI et les lieux de soins et une plus grande intégration des étudiants dans les équipes soignantes.

Toutefois la réalité n'est pas si simple et les différents acteurs ont dû et doivent encore s'adapter aux bouleversements qu'a créés le référentiel. C'est donc dans ce contexte que nous avons intégré l'IFSI en septembre 2011. Nous nous proposons maintenant d'aborder les différents concepts liés à notre thème de mémoire.

**DEUXIEME PARTIE :**

**A la rencontre de  
l'expérience exprimée**

Dans cette première partie nous allons d'abord expliquer le choix de notre méthodologie de recherche avant de laisser la parole aux différents acteurs qui jalonnent le parcours de l'étudiant en soins infirmiers.

Suite aux divers entretiens avec mes directeurs de mémoire, et afin de prendre de la distance avec ce travail de recherche, j'ai fait le choix d'utiliser le « nous » à partir du prochain chapitre.

Au début de notre formation à l'IFCS, deux méthodes de recherche nous sont présentées. La première appelée démarche hypothético-déductive qui consiste de partir de raisonnement théorique pour aller vers l'empirisme, la deuxième démarche dite inductive qui part au contraire des expériences de terrain pour se diriger vers l'émergence de concepts et l'élaboration d'un cadre théorique. Quelle méthode allons-nous choisir ?

## **Chapitre 3. La méthodologie de recherche**

Dans ce chapitre, nous proposons d'expliquer comment s'est effectué le choix de notre démarche de recherche par rapport au mémoire, les outils d'enquête utilisés interviewées ainsi que la méthodologie d'analyse.

### **1. Choix de la méthode**

Suite à notre question de départ, il nous semblait important de poursuivre notre recherche sur le terrain, auprès de professionnels et à l'aide d'entretiens individuels. Nous avons donc souhaité rencontrer les professionnels des services de soins afin qu'ils nous parlent de leur vécu et de leurs expériences. Nos directeurs de mémoire de l'IFCS nous ayant laissé le choix de la méthodologie de recherche, nous avons choisi la démarche inductive. En effet, il nous semblait tout à fait légitime d'interroger les personnes concernées par notre sujet de recherche, de partir à la rencontre de nouvelles personnes ayant un vécu différent du notre, d'échanger et de partager différents points de vue.

Nous avons donc commencé par la partie empirique avec l'exploration du terrain. Nous avons ainsi fait le choix d'une consigne initiale, de présenter la personne interviewée, le contexte de déroulement des entretiens, l'analyse du ressenti, l'analyse des entretiens et l'explication d'une éventuelle réorientation pour les entretiens suivants. Ensuite nous avons élaboré un cadre théorique avec le développement de différents concepts en lien avec notre

problématique. Puis nous avons terminé par une partie pragmatique avec des orientations d'action.

Afin d'appréhender les difficultés rencontrées par les tuteurs, nous avons trouvé que cette méthode était tout à fait appropriée.

## **2. Les outils**

Voyons quels sont les outils à notre disposition pour mener à bien cette recherche. Selon L. Jovic (1994, p. 77) : « *l'entretien de recherche est une méthode de collecte qui vise à recueillir les données (informations, ressentis, sentiments, récits, témoignages)...* ». Différents outils sont indispensables à prendre en compte dans la méthodologie de recherche.

### **2.1. L'entretien non directif**

L'entretien non directif a été influencé par la méthode de psychothérapie non directive (centrée sur le client) élaborée par Carl Rogers<sup>6</sup>. La non directivité réside dans le fait de permettre à un individu la libre expression de sa communication dans l'entretien, sans l'influencer par des interrogations et sans en accentuer les contenus à l'aide de critères extérieurs. L'intervieweur va ainsi écouter son interlocuteur le mieux possible, le motiver pour qu'il s'exprime sur le sujet et veiller à accorder aux éléments du discours la même importance que le sujet lui-même leur accorde. Une attention particulière doit être portée aux perceptions et aux états affectifs de la personne interviewée.

L'objectif de ces entretiens est de recueillir un maximum d'informations sur un sujet, nous avons donc décidé d'utiliser cette méthode pour la première série d'entretiens.

### **2.2. L'entretien semi-directif**

C'est une technique qualitative de recueil d'information permettant de centrer le discours des personnes interrogées autour de thèmes définis préalablement et consignés dans un guide d'entretien. Il laisse la possibilité de développer et d'orienter son propos.

---

<sup>6</sup> Carl Rogers (1902-1987) : psychologue américain, professeur à l'université de Chicago, il a surtout œuvré dans le champ de la psychologie clinique. Son Approche Centrée sur la Personne (ACP) met l'accent sur la qualité de la relation entre le thérapeute et le patient (écoute, empathie, non jugement et congruence)

### 2.3. Le guide d'entretien

Le guide d'entretien est décrit par A. Blanchet et A. Gotman (2013, p. 58) « *C'est un travail de traduction des hypothèses de recherche en indicateurs concrets de reformulation des questions de recherche (pour soi) en questions d'enquête (pour les interviewés). Le degré de formalisation du guide est fonction de l'objet d'étude (multi-dimensionnalité), de l'usage de l'enquête (exploratoire, principale ou complémentaire) et du type d'analyse que l'on projette de faire* ».

Les hypothèses vont être ici remplacées par les thèmes qui ont émané des entretiens non-directifs. Nous avons fait le choix d'utiliser ces entretiens non directifs après la première série d'entretiens afin d'orienter nos recherches.

### 2.4. Les paramètres de la situation d'entretien

Certains paramètres vont influencer le déroulement des entretiens. A. Blanchet et A. Gotman les décrivent ainsi « [...] *trois niveaux hiérarchiques de contextes peuvent être déterminés : l'environnement matériel et social, le cadre contractuel de la communication et les interventions de l'interviewer* » (Ibid, p. 67).

Il est donc primordial que nous respections ces trois niveaux :

#### ➤ **l'environnement**

La programmation temporelle est un facteur important. Nous avons donc programmé les entretiens selon les disponibilités des interviewés. Ensuite nous avons pris en compte la « *scène (qui) est caractérisée par la définition des lieux (le décor et ses significations sociales) et la configuration des places (les positions occupées par les partenaires de l'entretien)* » (Ibid, p. 68). Les entretiens se sont passés pour la plupart dans des endroits calmes et toujours sur le lieu professionnel de l'interviewé. Ceci afin de faciliter la « *production d'un discours soutenu et maîtrisé sur des thèmes opératoires* » (Ibid, p. 68). Enfin la distribution des acteurs c'est-à-dire le choix des populations interviewées est important. Nous avons donc choisi trois populations différentes. Dans un premier temps, les tuteurs qui sont l'élément central de notre question de départ. Puis ces entretiens nous ont amené à repenser notre question initiale et ont mis en exergue le rôle des formateurs qui est devenu notre population cible pour la deuxième série d'entretiens. Enfin dans un troisième temps, nous avons trouvé judicieux d'interviewer les maîtres de stage sur les mêmes thèmes que les formateurs afin d'avoir un autre regard avec des points de convergence et de divergence.

### ➤ **le cadre contractuel de la communication**

Il est primordial de créer un climat de confiance avec l'interviewé, d'où l'importance du premier contact comme le souligne A. Blanchet et A. Gotman (*Ibid*, p. 73) « *Pour instaurer un cadre contractuel initial, l'interviewer doit annoncer à l'interviewé les motifs et l'objet de sa demande, et garantir la confidentialité de l'entretien* ». Ainsi pour tous nos entretiens, nous avons essayé de créer ce climat de confiance. Lorsque nous avons pris contact avec les futurs interviewés, nous leur avons expliqué l'objet de l'entretien et le fait que l'anonymat serait respecté. Avant le début de chaque entretien, nous avons rappelé ces préalables et nous avons essayé de trouver une consigne initiale compréhensible de tous pour ne pas que les interviewés se sentent désemparés et ne puissent pas exprimer leurs idées.

### ➤ **Les modes d'intervention**

Durant les entretiens, nous nous sommes servie de notre expérience notamment en psychiatrie. Nous avons ainsi eu une attitude empathique. Il fallait que nous soyons concentrée sur ce que nous disaient les interviewés afin de faire des reformulations et des relances si nécessaire.

## **3. La méthodologie d'analyse des entretiens**

Tout de suite après l'entretien, nous avons écrit notre ressenti sur celui-ci. Cette étape va nous être nécessaire pour réaliser notre analyse qualitative. Puis comme le souligne R. Mucchielli (1998, p. 9), l'analyse du contenu permet de « *classer, ordonner, quantifier et interpréter les réponses verbales et autres manifestations symboliques des individus* ». Nous avons donc utilisé un dictaphone et nous avons retranscrit les entretiens mots pour mots. Cette étape nous a ainsi permis de nous imprégner des propos de l'interviewé et ainsi débiter une réflexion.

Ensuite nous avons réalisé une analyse du texte, nous avons donc fait une première lecture générale que L. Bardin a qualifié de « *flottante* » (1998, p. 128). « *La première activité consiste à se mettre en contact avec les documents d'analyse, à faire connaissance en laissant venir à soi des impressions, des orientations. C'est ce qu'on peut appeler la phase lecture flottante [...] petit à petit la lecture devient plus précise...* ». C'est ainsi que lors d'une deuxième lecture nous avons souligné les mots et les idées qui étaient récurrents. Nous avons ainsi pu dégager des catégories et des thèmes qui nous ont permis de réorienter notre travail de recherche pour les autres séries d'entretiens. Selon L. Bardin (*Ibid*, p. 150),

*« Les catégories sont des rubriques ou classes qui rassemblent un groupe d'éléments (unités d'enregistrement dans le cas de l'analyse de contenu) sous un titre générique, rassemblement effectué en raison des caractères communs de ces éléments ».*

Enfin nous sommes passée à l'écriture de l'analyse. Nous avons décidé d'effectuer cette dernière entretien par entretien. A la fin de chacun d'entre eux, nous avons réalisé une synthèse et à la fin de chaque série nous avons réalisé un tableau récapitulatif. Puis dans la deuxième et troisième série d'entretiens nous avons fait le choix d'effectuer une analyse croisée. Dans le but, notamment, de rendre plus fluide la lecture du travail. Voyons maintenant l'analyse de la première série d'entretiens.

## Chapitre 4. La première série d'entretiens auprès des tuteurs

Nous avons donc fait le choix de faire des entretiens exploratoires auprès de tuteurs. En effet selon A. Blanchet et A. Gotman (2013, 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* ».

Pour cela, il existe trois types d'entretiens : directif, semi-directif, non-directif, que nous avons décrit précédemment.

Ces entretiens ont été menés sous le mode non directif. Ceci afin de laisser les personnes interviewées s'exprimer librement par rapport à la question. Nous avons ainsi recueilli des propos spontanés sur les thèmes qui leur venaient à l'esprit. Puisque selon A. Blanchet et A. Gotman (2013, p. 39) « *L'entretien exploratoire visant à faire émerger au maximum les univers mentaux et symboliques à partir desquels les pratiques se structurent...* ».

Nous avons posé la même question assez large, aux interviewés :

**En tant que tuteur (-trice), pouvez-vous me parler de l'évaluation de la progression de l'étudiant en soins infirmiers en stage ?**

Ces entretiens avaient pour but d'analyser si les difficultés que nous percevions dans l'évaluation des compétences et l'appropriation du nouveau référentiel étaient réelles et généralisables et surtout en quoi résidaient ces difficultés, et ainsi pouvoir repenser notre question de départ.

Notre question de départ portant sur les difficultés que rencontrent les tuteurs, nous avons donc fait le choix, dans un premier temps, d'interviewer cette population.

Notre choix s'est porté sur:

- 2 tuteurs d'un établissement public qui exerçaient dans des services différents (psychiatrie et cardiologie). Le choix de cet établissement s'est fait par facilité de déplacement.
- 2 tuteurs d'un autre établissement de la région avec un autre IFSI de rattachement (cardiologie et chirurgie) lieu de notre stage du module 4. Le fait d'avoir un autre

IFSI de rattachement pourrait éventuellement nous donner d'autres pistes de réflexion.

Nous souhaitons interviewer des tuteurs dans des secteurs d'activités différents et dans des établissements différents, dans le but d'évaluer l'existence de points de vue communs ou divergents.

## **1. Entretien exploratoire n°1**

### **1.1. Présentation de l'interviewé**

L'interviewée est IDE<sup>7</sup> depuis 18 ans et travaille en psychiatrie, dans un établissement public, depuis l'obtention de son diplôme. Elle était référente des étudiants et est devenue tutrice de stage depuis la nouvelle réforme. Elle a bénéficié d'une formation « tutorat infirmier » en 2009.

### **1.2. Contexte de réalisation de l'entretien**

Cet entretien s'est déroulé dans le service de psychiatrie, dans le bureau du psychologue qui était absent ce jour là. L'infirmière avait terminé son poste de travail et avait donc du temps à nous accorder. Nous n'avons pas été dérangées durant l'entretien. Nous connaissons cet IDE puisque nous avons travaillé dans le même établissement lorsque nous exerçons en psychiatrie. Ce premier choix n'était donc pas anodin puisqu'une relation de confiance était déjà établie.

L'entretien a commencé par une présentation sommaire (année de diplôme et service) puis nous avons annoncé la consigne : « **En tant que tutrice, peux-tu me parler de l'évaluation de la progression, de l'étudiant en soins infirmiers, en stage ?** »

Nous avons choisi de garder le tutoiement entre nous durant l'entretien pour rester naturelles. Celui-ci s'est donc déroulé sous la forme d'une conversation avec des échanges. Nous avons reformulé certaines idées que nous pensions intéressantes d'approfondir. Il n'y a pas eu de moments gênants peut-être était-ce dû au fait que nous nous connaissons. L'entretien a duré 26 minutes.

---

<sup>7</sup> Infirmière Diplômée d'Etat

### **1.3. Le ressenti**

Un entretien est souvent stressant car nous ne savons pas si la personne sera réellement disponible intellectuellement. En effet, l'IDE venait de finir son poste en psychiatrie, service qui demande une concentration soutenue et nous appréhendions le fait que l'IDE soit fatiguée ou peu réceptive à notre démarche.

La seule difficulté rencontrée a été dans la reformulation des idées sans influencer les réponses. En effet nous nous sommes servie tout d'abord de notre expérience en psychiatrie et des nombreux entretiens que nous avons déjà pu réaliser, puis nous nous sommes rapportée aux apports théoriques ainsi qu'aux travaux de groupe à l'IFCS sur notamment la reformulation de mots-clés ou de phrases. Cependant n'ayant pas de grille d'analyse puisque c'était des entretiens exploratoires, beaucoup de notions étaient évoquées et il nous a été difficile de repérer les différents thèmes lors de l'entretien.

Celui-ci fut également un test afin de savoir si nos questions étaient comprises et si elles étaient assez ouvertes pour permettre à nos interlocuteurs de laisser libre cours à leurs pensées.

### **1.4. L'analyse de l'entretien**

Après la phase de la lecture « flottante », nous avons regroupé les thèmes suivant les différents acteurs intervenant dans le parcours de formation de l'étudiant.

#### **Les professionnels des terrains de stage**

##### **1.4.1. Le tuteur**

L'IDE fait d'emblée la comparaison avec l'ancien programme et souligne les difficultés qu'elle rencontre.

*« Un bon moyen est de partir là-dessus, voir avec l'ancien diplôme justement. Mais le propos n'est pas de faire le procès du nouveau diplôme [...] » « [...] je trouve qu'il y a beaucoup de difficultés justement pour voir la progression des étudiants... »*

Nous l'avons laissée poursuivre afin de savoir en quoi elle rencontrait des difficultés et nous les avons classées par thèmes :

- **La responsabilité**

L'IDE parle d'une plus grande responsabilité avec ce référentiel car elle doit signer les feuilles de stage et, elle évoque un sentiment de solitude par rapport à ses collègues depuis qu'elle est reconnue comme tutrice. En effet « [...] maintenant on a plus de responsabilité. C'est bien parce qu'on est reconnu au sein de l'IFSI et pour ma part c'est assez valorisant par contre le fait de signer une feuille de stage est assez difficile, tu engages ta responsabilité [...] ».

- **Les compétences**

Ici l'IDE se pose la question d'un manque de compétences. « Et puis tu te remets en question, est-ce que moi aussi je suis compétente pour évaluer les étudiants... c'est vrai, quoi ! ». « Alors c'est pas simple et au final après 4 ans, ben je suis pas sûre de bien faire les choses. » Ici, le fait de se remettre en question montre aussi que l'infirmière est investie dans sa mission de tutrice.

- **Le temps**

La gestion du temps semble une difficulté pour la tutrice : « Et puis cela prend du temps, entre les bilans de mi-stage, les regroupements et remplir les feuilles d'évaluation finales. Enfin j'aime m'occuper des étudiants mais c'est devenu vraiment lourd. » La temporalité est un problème récurrent et souvent avancé par les professionnels.

#### **1.4.2. Les professionnels de proximité**

- **La cohésion d'équipe**

Dans un premier temps, la tutrice exprime un sentiment de solitude, un manque de solidarité dans l'équipe. « Et puis avant avec les référents, les agents se sentaient plus concernés par l'encadrement et l'évaluation, maintenant avec les tuteurs qui sont bien identifiés beaucoup de collègues se déchargent et me laisse m'occuper des étudiants »

Ensuite elle évoque la cohésion d'équipe qui semble importante dans ce processus d'évaluation et qui semble défaillant dans son service:

« [...] la cohésion d'équipe est très importante pour l'évaluation mais on n'en est pas encore là dans notre service. » « Quelquefois par exemple sur une IM certains leur montre avec

*leurs mauvaises habitudes, ils vont inculquer cela, les étudiants vont apprendre comme ça et répercuter ça, donc c'est super important la cohésion d'équipe ».*

### **1.4.3. Le cadre de santé**

- **Les tâches administratives et organisationnelles**

La tutrice décrit le cadre uniquement comme un élément organisationnel. *« Et le cadre s'occupe plus de la partie organisationnelle avec les horaires mais très peu de l'évolution dans le service. »* D'après ce que dit la tutrice, on pourrait envisager, un sentiment de solitude, un désinvestissement du cadre ?

### **1.4.4. Les formateurs de l'IFSI**

- **La collaboration**

Ceci semble un fait important puisque l'IDE revient à plusieurs reprises dessus :

Bien que les formateurs viennent à chaque stage voir les étudiants, l'IDE exprime un *« [...] manque du lien avec l'IFSI »* ; *« Je me dis que ce serait bien que de temps en temps à l'IFSI, ils refassent un petit brief sur ce qu'il y a de nouveau [...] . Cela nous permet de nous situer en tant que tuteur et le personnel de proximité peut se situer également et l'étudiant aussi ».* Cette demande ne serait-elle pas un moyen de renforcer les liens ?

Dans ses propos elle indique un manque d'outils qui pourraient ainsi être créés en collaboration avec l'IFSI et peut-être même l'étudiant. En effet *« créer ensemble des outils adaptés pour évaluer la progression. Peut-être même qu'il serait bien d'inclure les étudiants ? »*

### **1.4.5. L'étudiant**

- **L'autonomie**

L'IDE fait une injonction paradoxale lorsqu'elle évoque la place de l'étudiant tantôt comme autonome et acteur, puisqu'il doit se prendre en charge, *«... il faut que l'étudiant le fasse remplir car on n'est pas toujours derrière eux, il doit se prendre en charge »* mais aussi, en lui laissant très peu d'autonomie puisque *«... j'essaie de ne pas les lâcher en définitive, de les avoir sans arrêt coller à mes baskets ».*

Ce terme d'injonction paradoxale est à rapprocher de la double contrainte et a été décrite par Grégory Bateson<sup>8</sup>. Une injonction paradoxale est un ordre donné auquel l'autre ne peut obéir sans désobéir.

L'exemple type dans les écrits de Palo Alto est l'ordre : « *Sois spontané !* ». Car si l'on essaie d'y obéir, on ne peut plus être spontané, et si on refuse d'obéir non plus. Ce type d'ordre met la personne qui le reçoit dans une situation psychologiquement inconfortable et peut engendrer des névroses expérimentales, d'origine donc relationnelles.

Cela reflète aussi bien, l'écart qu'il peut y avoir dans les textes avec la volonté que les étudiants soient autonomes et réflexifs et la réalité de terrain avec quelquefois une marge d'autonomie assez restreinte suivant les tuteurs. Demander à quelqu'un d'être autonome est d'ailleurs une injonction paradoxale.

#### Synthèse de l'entretien n°1

Au cours de l'entretien, il a été évoqué plusieurs thèmes centrés principalement

**Les professionnels de stage** : une plus grande responsabilité pour les tuteurs et un désinvestissement des autres professionnels dans l'encadrement des étudiants avec également un manque de cohésion d'équipe.

**Les formateurs de l'IFSI** : un manque de collaboration est ressenti malgré la venue régulière des formateurs pour voir les étudiants.

**L'étudiant** : où l'on voit l'écart entre l'autonomie qu'il faut laisser et la réalité qui fait que très peu d'autonomie est laissée.

---

<sup>8</sup> **Gregory Bateson** (né le 9 mai 1904– mort le 4 juillet 1980) est un anthropologue, psychologue, épistémologue américain. Influencé par la cybernétique, la théorie des groupes et celle des types logiques, il s'est beaucoup intéressé à la communication (humaine et animale), mais aussi aux fondements de la connaissance des phénomènes humains. Il est à l'origine de l'école de Palo Alto.

## **2. Entretien exploratoire n°2**

### **2.1. Présentation de l'interviewé**

L'interviewé est un IDE, diplômé depuis 11 ans. Il travaille en cardiologie depuis l'obtention de son diplôme. Il était l'un des référents de l'encadrement des étudiants et est devenu tuteur de stage avec la nouvelle réforme de 2009. Il a suivi une formation « tutorat infirmier » en 2011.

### **2.2. Contexte de réalisation de l'entretien**

Cet entretien fait suite à un rendez-vous téléphonique pris 5 jours avant celui-ci. Le but de la démarche avait donc été expliqué. L'infirmier m'a donc donné rendez-vous après son poste de travail du matin. L'entretien s'est déroulé dans le service de cardiologie, dans le bureau du cadre de santé qui était absent. Nous n'avons pas été dérangés durant l'entretien.

L'entretien a commencé par une présentation sommaire (année de diplôme et service) puis nous avons annoncé la consigne : « En tant que tuteur, pouvez-vous me parler de l'évaluation de la progression, de l'étudiant en soins infirmiers, en stage ? »

Cet entretien de 31 minutes s'est donc déroulé sous la forme d'une conversation avec des échanges. Nous avons, comme dans le premier entretien, reformulé certaines idées que je pensais intéressantes d'approfondir.

### **2.3. Le ressenti**

Nous appréhendions un peu l'entretien du fait que je ne connaissais pas la personne. A mon arrivée, l'IDE nous a proposé un café ce qui a permis un moment de convivialité. Cet entretien fut riche avec une vision quelque peu différente de la première interviewée. Cependant l'entretien fut assez rapide. Avec du recul, nous nous sommes aperçue que l'infirmier devait être assez pressé.

Ses réponses étaient assez brèves et je n'ai probablement pas su reformuler suffisamment les idées pour approfondir certaines notions.

## 2.4. L'analyse de l'entretien

Lors de l'analyse de l'entretien, je me suis aperçue que les thèmes étaient quasiment identiques au premier entretien avec bien évidemment des nuances dans les réponses.

### Les professionnels des terrains de stage

#### 2.4.1. Le tuteur

- **La responsabilité**

L'IDE évoque rapidement une plus grande responsabilité des tuteurs dans la validation du stage : « *Et du coup en tant que tuteur on a la responsabilité de remplir les feuilles de stage* », « *Et puis, il faut pas se « rater » lorsqu'on les remplies (les feuilles de stage) car derrière ça peut valider un stage ou envoyer l'étudiant au rattrapage* ». On ressent ici une certaine crainte de faire une erreur, que ce soit à l'avantage ou au désavantage de l'étudiant.

- **La charge de travail/le facteur temps**

La notion d'une charge de travail importante est identifiée et donc le facteur temps est un aspect important pour l'IDE « *remplir les feuilles (de stage) c'est très lourd en terme de charge de travail, de temps* ». Sans oublier que la mission première des soignants reste le patient, comment concilier temps passé avec les patients et temps passé avec les étudiants ?

- **Les missions du tuteur**

« *[...] facilitateur, guide, soutien et évaluateur* » tels sont les termes employés pour évoquer le rôle du tuteur.

#### 2.4.2. Les professionnels de proximité

- **Le manque d'implication**

L'IDE explique qu'avec l'identification des tuteurs dans le nouveau référentiel, il existe un manque d'implication des professionnels. L'IDE relie ceci à une méthodologie différente et donc ceci se répercute par un manque d'encadrement des étudiants par les

professionnels. « [...] je trouve qu'ils ont du mal à s'impliquer. Leur ressenti par rapport à ce changement est très difficile. Ils restent en retrait et du coup j'ai parfois l'impression qu'il y a moins d'engagement des professionnels pour encadrer les étudiants et surtout qu'il existe toujours une incompréhension de ce nouveau référentiel pour beaucoup de professionnels ». Tout changement ne produit-il pas une déstabilisation des personnes et une certaine réticence ? D'où peut-être, ici, un manque d'implication des professionnels ressenti par la tutrice.

### **2.4.3. Le cadre de santé**

- **La fonction administrative**

« le cadre,[...], maintenant il a plus une fonction administrative, il fait les horaires et grosso modo voilà, après il nous laisse une totale autonomie ». Là encore, on perçoit bien le rôle administratif du maître de stage Mais n'est-ce pas un des critères qui le définit dans le référentiel de 2009<sup>9</sup> ?

### **2.4.4. Les formateurs de l'IFSI**

Le manque de contact avec l'IFSI est évoqué sans que cela ne présente un réel problème pour le tuteur. En effet, il reconnaît avoir des difficultés dans « *La lisibilité des feuilles en fait surtout pour les compétences [...]* » mais, « [...]c'est vrai que je ne pense pas à contacter l'IFSI quand je suis en difficultés ». L'IFSI est-il le détenteur de tous les savoirs et peut-il résoudre tous les problèmes ? Certes non mais son rôle n'est-il pas aussi d'accompagner les professionnels de terrain en difficulté dans la mise en place du nouveau référentiel ?

### **2.4.5. L'étudiant**

- **L'encadrement**

Ici, l'étudiant est positionné comme « *acteur* » avec une phase « *d'observation* », « *de découverte* » puis « *de progression* ». L'encadrement est « *individualisé* », « *On le laisse avancer à son rythme et de façon indépendante...* ».

---

<sup>9</sup> « Le maître de stage : il représente la fonction organisationnelle du stage ». Il est garant de la qualité des soins et doit donner les moyens nécessaires à leur réalisation (annexe III de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'état infirmier)

Toutefois un « questionnaire à leur arrivée », leur est donné « avec des bases à connaître en cardiologie ce qui nous permet de mettre l'accent sur les difficultés de base et ainsi personnaliser l'encadrement ».

- **L'investissement**

« Et puis aussi l'investissement des étudiants, il y en a certains qui sont super motivés, très en demande mais il y en a d'autres qui suivent le mouvement et qui restent souvent en retrait ». Ceci semble gêner le tuteur, pourtant chaque personne étant singulière, tout le monde ne peut pas être motivé. Ne serait-ce pas aussi, en partie, aux professionnels gravitant autour de l'étudiant de lui donner l'envie de se construire de nouvelles compétences ?

- **L'autonomie**

L'infirmier évoque le fait de laisser de l'autonomie aux étudiants.

« Il faut aussi leur laisser de l'autonomie, enfin avec un contrôle car on est responsable aussi, il ne faut pas l'oublier ». Mais, apparemment la réalité est tout autre...

« [...] c'est que depuis que le nouveau référentiel existe, j'ai remarqué que les étudiants étaient beaucoup moins autonomes et prenaient moins d'initiatives qu'avant » ce qui peut paraître paradoxal puisque d'après le nouveau référentiel, la formation souhaite amener les étudiants à être autonome et réflexif (annexe III de l'arrêté du 31 juillet 2009).

### **Synthèse de l'entretien n°2**

Tout comme dans le premier entretien les mêmes thèmes reviennent mais avec des nuances dans les réponses et des nouvelles notions sont apparues.

**Les professionnels de stage** : une plus grande responsabilité pour les tuteurs avec un manque d'implication de certains professionnels dans l'encadrement des étudiants sont évoqués. Une nouvelle notion comme une charge de travail importante fait son apparition, une des raisons évoquée est la difficulté de compréhension de la feuille d'évaluation des compétences. La notion de la fonction administrative est également citée.

**Les formateurs de l'IFSI** : un manque de lien est perçu sans que cela ne soit une difficulté pour le tuteur.

**L'étudiant** : une autonomie est laissée mais les étudiants semblent moins autonomes, cela peut éventuellement être relié à la notion d'investissement et d'accompagnement.

### **3. Entretien exploratoire n°3**

#### **3.1. Présentation de l'interviewé**

L'interviewée est une IDE d'un centre hospitalier de la région (différent des deux premiers entretiens), diplômée depuis 14 ans. Elle a travaillé en pneumologie dans le secteur privé avant d'intégrer depuis 6 ans, la cardiologie et le service public hospitalier.

#### **3.2. Contexte de réalisation de l'entretien**

Cet entretien fait suite à une première prise de contact durant mon stage d'encadrement du module 4. Le rendez-vous fut pris 2 jours avant. Le but de la démarche avait donc été expliqué. Faisant des horaires coupés ce jour-là, l'infirmière nous a donc donné rendez-vous durant sa pause du midi. Il s'est déroulé dans le service de cardiologie, dans le bureau du cadre de santé qui était absent. Nous n'avons pas été dérangées durant l'entretien.

L'entretien a commencé par une présentation sommaire (année de diplôme et service) puis nous avons annoncé la consigne : « En tant que tutrice, pouvez-vous me parler de l'évaluation de la progression, de l'étudiant en soins infirmiers, en stage ? »

Cet entretien s'est donc déroulé sous la forme d'une conversation avec des échanges. Nous avons reformulé certaines idées que je pensais intéressantes d'approfondir. L'entretien a duré 25 minutes.

#### **3.3. Le ressenti**

Nous appréhendions un peu l'entretien du fait que l'infirmière était toujours en poste de travail mais sur le temps de sa pause. Nous avons donc un peu peur qu'elle ne soit pas intellectuellement ou physiquement disponible. A notre arrivée, elle avait fini de déjeuner et elle nous a proposé un café. L'entretien fut riche et nous a permis d'avoir de nouveaux éléments afin de repenser notre question de départ. Cependant, l'infirmière avait un débit de paroles assez soutenu et il était parfois difficile de ressortir les idées les plus importantes.

#### **3.4. L'analyse de l'entretien**

Comme pour les deux précédents entretiens nous avons fait le choix de classer les réponses par thèmes. Cet entretien fut très intéressant puisque de nouvelles notions sont apparues.

## Les professionnels des terrains de stage

### 3.4.1. Le tuteur

- **La responsabilité**

L'IDE évoque une nouvelle fois cette responsabilité qui pèse sur les tuteurs ce qu'elle relie au fait que certains professionnels refusent d'être tuteur.

*« En fait rien que par le fait d'être reconnu légalement et d'être identifié comme tuteur et donc responsable, certains anciens référents n'ont pas souhaité être tuteur du fait de cette responsabilité que l'on a de remplir les feuilles et de les signer »*

Cependant pour la tutrice, cela n'est pas une difficulté mais elle le vit comme une reconnaissance *« ... on est reconnu légalement... »*.

- **Le temps**

La tutrice évoque également cette notion de temps passé auprès des étudiants et non auprès des patients.

*« [...] rien que pour avoir un encadrement correct ça prend énormément de temps ».*

*« [...] on nous a déjà fait remarquer que l'on prenait trop de temps avec les étudiants donc on passait moins de temps avec les patients ou on avait des heures supplémentaires ».*

Comment concilier pour les soignants ces deux logiques, d'un côté la logique soignante et de l'autre, la logique de formation des étudiants ?

- **Les compétences pédagogiques**

La tutrice se questionne ici sur ses compétences à évaluer les étudiants depuis le nouveau référentiel. *« [...] il faut le reconnaître aussi, je connais mon boulot, je sais encadrer des étudiants mais dans l'évaluation, les méthodes euh, peut-être pédagogiques à mettre en place, je ne suis pas forcément compétente »*. La tutrice soulève la question des compétences.

### 3.4.2. Les professionnels de proximité

#### ▪ La cohésion d'équipe

Elle évoque ensuite la « *cohésion d'équipe* » nécessaire pour elle à l'évaluation des étudiants. L'IDE évoque plusieurs points importants pour elle dans l'évaluation de la progression des étudiants notamment :

- L'importance de « *l'accueil* » à l'arrivée des étudiants
- Le fait que le service fixe des objectifs à l'étudiant et d'écouter les siens. On perçoit ici, l'importance de l'écoute qui est l'une des bases de la communication.
- L'importance d'être « *vigilant aux parcours de stage des étudiants* » afin de ne pas les mettre en difficultés s'ils n'ont pas fait de « *services techniques* » avant.
- La nécessité de bilans réguliers afin de faire le point sur la progression

L'IDE souligne le fait que des difficultés ont été rencontrées au début de la mise en place du nouveau référentiel notamment dans l'évaluation des compétences mais qu'avec « *l'expérience* » et le « *consensus d'équipe* », cela n'est plus un problème à l'heure actuelle.

### 3.4.3. Le cadre de santé

#### ▪ La gestion de problème avec les étudiants

D'après la tutrice le cadre a un rôle important dans la gestion de problème avec l'étudiant ainsi que dans la gestion des plannings des tuteurs pour qu'ils puissent être présents à des moments stratégiques. « *En fait c'est surtout quand ça se passe mal qu'il faut faire intervenir le cadre [...]* ». « *Il me permet d'être souvent de journée et donc de suivre plus facilement les étudiants, de les accueillir, de faire le point avec eux* ». Ici la mission du cadre s'élargit et n'est plus cantonné au seul aspect organisationnel.

### 3.4.4. Les formateurs de l'IFSI

#### ▪ Le manque de lien/ de collaboration

L'IDE évoque le peu de lien avec l'IFSI. Les formateurs viennent la plupart du temps voir les étudiants pour « évaluer des Unités d'Enseignements ». Elle déplore le peu de contact surtout au début de la mise en place du nouveau référentiel car il y avait beaucoup

« de zones d'ombres » « [...] il aurait été bien, je pense, que l'IFSI vienne dans les services pour nous expliquer un peu la nouvelle méthode, les nouveaux outils comme le portfolio ».

Néanmoins lorsque le service a des difficultés, ils appellent l'IFSI pour « [...] faire intervenir la formatrice ».

### 3.4.5. L'étudiant

#### ▪ L'autonomie

«... certains vont les laisser plus autonomes sur des soins que d'autres. Mais chacun est aussi conscient que les ESI sont sous notre responsabilité durant les postes de travail ». Rendre l'étudiant autonome est une des finalités du référentiel. La tutrice met ici en exergue le fait que les professionnels sont responsables des étudiants. Comment alors les professionnels vont amener l'étudiant à cette autonomisation ?

#### ▪ L'investissement

La tutrice explique que l'accompagnement « [...] dépend aussi de l'investissement [...] » des étudiants, la charge de travail étant importante dans le service, si ceux-ci ne montrent pas un certain intérêt l'équipe aura plus de difficultés à l'accompagner.

### Synthèse de l'entretien n°3

**Les professionnels du stage :** dans cet entretien, même si la tutrice se remet en question sur ses compétences dans l'évaluation des étudiants, on ne note pas de difficultés particulières. En effet, l'évaluation semble se faire naturellement, grâce notamment à une cohésion d'équipe, un encadrement bien structuré :

L'IDE évoque toutefois une charge de travail importante qui peut les amener à passer moins de temps au lit du patient ou avoir des heures supplémentaires. Le cadre du service est pour la première fois cité comme un facteur important dans la gestion des conflits avec les étudiants et dans la gestion des plannings des tuteurs afin qu'ils puissent être présents à des moments stratégiques.

**Les formateurs de l'IFSI** : dans ce service, les formateurs ne viennent que très peu voir les étudiants mais lorsqu'il y a un problème avec un étudiant, le stage n'hésite pas à faire appel à eux. Un manque de collaboration est évoqué.

**L'étudiant** : Une autonomie lui est laissée suivant son niveau mais toujours avec un contrôle car il est sous la responsabilité des IDE. L'investissement des étudiants est en corrélation avec celui de l'équipe.

## **4. Entretien exploratoire n°4**

### **4.1. Présentation de l'interviewé**

L'interviewée est une IDE d'un centre hospitalier de la région, diplômée depuis 7 ans. Elle a travaillé dans différents services avant d'être en chirurgie traumatologie depuis 6 ans. Elle est tutrice depuis 4 ans mais n'a pas suivi la formation sur le « tutorat infirmier ».

### **4.2. Contexte de réalisation de l'entretien**

Cet entretien fait suite à une première prise de contact durant notre stage d'encadrement du module 4. Le rendez-vous fut pris 3 jours avant sa réalisation. Le but de la démarche avait donc été expliqué. Revenant pour une réunion ce jour là, elle nous avait donné rendez-vous à 17h. Il s'est déroulé dans l'infirmierie, seul bureau disponible. Nous avons été dérangées à deux reprises. Ceci fut un peu déstabilisant aussi bien pour l'IDE que pour moi mais nous avons su nous concentrer à nouveau sur le thème de l'entretien.

Cet entretien s'est donc déroulé sous la forme d'une conversation avec des échanges. J'ai reformulé certaines idées que je pensais intéressantes d'approfondir. L'entretien a duré 22 minutes.

### **4.3. Le ressenti**

L'entretien s'est déroulé de façon courtoise. Elle nous a proposé un café ce qui a permis de prendre un peu de temps et ainsi faire connaissance.

Mis à part les deux interruptions où il est vrai, nous avons perdu le fil de notre pensée, l'entretien s'est bien déroulé. L'entretien fut assez court, l'infirmière revenant sur les mêmes thèmes, il fut difficile de trouver des questions afin d'élargir la pensée de l'interviewée.

## 4.4. L'analyse de l'entretien

### Les professionnels des terrains de stage

#### 4.4.1. Le tuteur

- **La responsabilité**

Une nouvelle fois la responsabilité est évoquée dans la validation des feuilles de stage. « *Enfin ce que je veux dire c'est toute cette responsabilité de ne pas se tromper car la feuille peut valider ou non* ». ».

- **Le temps**

Le facteur temps est identifié ; « *...ça nous prend beaucoup de temps, on revient beaucoup, euh, hors poste de travail parce qu'on trouve pas forcément le temps pendant notre travail pour le faire en fait* ». Ici la tutrice revient même sur son temps personnel. Les tuteurs doivent-ils poser des limites et lesquelles ?

#### 4.4.2. Les professionnels de proximité

- **La cohésion d'équipe**

L'importance de la cohésion d'équipe est abordée, « *[...] d'où l'importance aussi que toute l'équipe soit impliquée et cohérente dans l'encadrement...* ». Cette cohésion devrait permettre à l'étudiant de trouver du sens à ce qui est fait.

#### 4.4.3. Le cadre de santé

- **La gestion planning**

Le cadre est ici décrit comme un gestionnaire de planning des étudiants. Ses missions sont ici assez restreintes « *[...] c'est elle qui fait les horaires* ». ».

#### 4.4.4. Les formateurs de l'IFSI

- **La collaboration**

Le manque de collaboration, « [...] on a peu de lien » avec l'IFSI. C'est une nouvelle fois déplorée par les professionnels.

#### 4.4.5. L'étudiant

- **L'autonomie**

La tutrice remarque un manque d'autonomie de la part des étudiants et l'équipe essaie de les accompagner pour les rendre plus autonomes « *Donc on essaie de les faire lâcher un peu par rapport à nous et essayer de les rendre plus autonomes* ».

#### Synthèse de l'entretien n°4

**Les professionnels de stage :** la tutrice évoque le fait de prendre beaucoup de temps dans l'encadrement des étudiants ainsi qu'une responsabilité plus grande depuis le nouveau référentiel.

La cohésion d'équipe une notion importante puisqu'elle va permettre un meilleur encadrement. Le cadre est très peu décrit dans ses missions mis à part comme un gestionnaire de planning pour les étudiants.

**Les formateurs de l'IFSI :** un manque de collaboration est clairement exprimé.

**L'étudiant :** la tutrice évoque le manque de prise d'initiatives des étudiants et donc la nécessité pour les professionnels de les rendre plus autonomes.

#### L'analyse croisée des 4 entretiens

Voici un tableau qui résume les thèmes évoqués dans chaque entretien suivant les 3 protagonistes : les professionnels des services - l'étudiant - les formateurs d'IFSI. Les entretiens sont abrégés de la manière suivante : T1 pour l'entretien du tuteur n°1, T2 pour l'entretien du tuteur n°2...

Tableau n°1 : tableau récapitulatif des thèmes de la première série d'entretiens auprès des tuteurs de stage

Thèmes	T1	T2	T3	T4
<b>Tuteur</b>				
Responsabilité	X	X	X	X
Temps	X	X	X	X
Compétences	X		X	
Missions du tuteur		X		
<b>Professionnels de proximité</b>				
Cohésion d'équipe	X		X	X
Manque d'implication		X		
<b>Cadre de santé</b>				
Tâche administrative			X	X
Gestion de conflit			X	
<b>Etudiants</b>				
Autonomie	X	X	X	X
Accompagnement		X		
investissement		X	X	
<b>Formateur d'IFSI</b>				
Collaboration	X	X	X	X

Au final, les quatre tuteurs s'accordent à dire que des difficultés existent dans l'évaluation de la progression des étudiants. Les thèmes les plus fréquemment abordés dans cette série d'entretien sont :

**La responsabilité** ou ce sentiment de responsabilité, qui repose désormais sur les tuteurs, est défini d'après le dictionnaire de « vocabulaire technique et critique de la philosophie » (A. Lalande, 2010, p. 926), comme « *situation ou caractère de celui qui peut être appelé à « répondre » d'un fait* ». Différentes responsabilités existent telles que civile, pénale, morale. Cette dernière peut être définie comme la « *situation d'un agent conscient à l'égard des actes qu'il a réellement voulus...* ».

**Le temps** passé auprès des étudiants est un facteur important avec différentes conséquences : moins de temps pour les patients, risque d'épuisement des tuteurs. Une réorganisation de la charge de travail est un axe de travail à améliorer.

**La cohésion d'équipe, le travail en collaboration** et donc l'interdisciplinarité semblent être indispensables afin d'évaluer la progression des étudiants. La collaboration IFSI et services de soins est peu présente à l'heure actuelle pour les tuteurs interviewés.

L'**autonomie** des étudiants est dépendante de leur investissement pendant le stage mais aussi par la place que chaque professionnel lui donne. Cette autonomie, c'est-à-dire le fait d'être capable de prendre des décisions est une des finalités de la formation. Ceci peut se faire grâce à l'alternance et aux trois paliers de l'apprentissage (abordés dans le chapitre 2).

Les difficultés rencontrées par les professionnels font suite à la mise en place du nouveau référentiel en 2009 et à toutes les conséquences que cela a produit :

- La reconnaissance de différents professionnels, maître de stage, tuteurs, professionnels de proximité
- Les missions des tuteurs
- L'apparition de nouveaux outils (portfolio...)
- L'évolution de l'approche pédagogique : la formation est centrée sur un référentiel de compétences à acquérir, et non plus sur un programme et des contenus à dispenser.
- L'évolution de la conception de l'étudiant.

Les infirmiers diplômés depuis de juillet 2012 ont ainsi un grade licence. Cette réforme implique donc un partenariat entre les IFSI et l'université. Avec cette nouvelle réforme, il n'y a plus de mise en situations professionnelles et donc d'évaluations de prestations de soins. Désormais les tuteurs évaluent des compétences. Or, ceux-ci sont presque tous issus du programme de formation de 1992, ils ont donc été formés à l'encadrement des étudiants mais pas à la pédagogie à mettre en place. Comment ces professionnels peuvent évaluer les compétences des étudiants infirmiers ?

Au regard des différents thèmes abordés par les tuteurs lors des entretiens, de l'évolution du référentiel de formation infirmière et en tant que formatrice dans un IFSI nous nous posons la question suivante :

**En quoi et comment l'accompagnement des tuteurs professionnels par les formateurs au sujet de leurs compétences pédagogiques induirait le développement de l'apprentissage des étudiants ?**

Approfondissons ce questionnement dans la deuxième série d'entretien auprès des cadres de santé formateur.

## **Chapitre 5. La deuxième série d'entretiens auprès des cadres de santé formateurs**

Au terme de cette première série d'entretiens, il nous semble intéressant d'aller à la rencontre des cadres formateurs. Suite aux thèmes abordés dans la première série d'entretiens, nous souhaitons développer les notions suivantes : la collaboration, l'accompagnement et l'alternance.

### **1. Présentation du guide d'entretien**

Exerçant dans un IFSI, nous savions que les projets de formations sont différents selon les IFSI avec ainsi des organisations différentes. Nous avons donc commencé tous les entretiens en demandant aux formateurs de se présenter professionnellement. Nous souhaitions aussi comprendre au cours de l'entretien le fonctionnement général de chaque IFSI. Ensuite nous avons établi une liste de questions afin d'aborder les thèmes cités précédemment qui sont l'alternance, la collaboration et l'accompagnement. Il nous a semblé judicieux de nous appuyer sur les réponses des interviewés et donc les questions n'ont pas été posées dans le même ordre.

#### **Questions relatives à l'alternance**

- Quelles sont vos relations avec les professionnels des terrains de stage ?
- Depuis le référentiel de 2009, vos relations avec les professionnels des services de soins ont-elles changé ?
- Comment définiriez-vous votre rôle auprès des tuteurs ?

#### **Questions relatives à la collaboration**

- Qu'attendez-vous des tuteurs de stage ? (rôle, compétences...)
- D'après votre expérience, quelles sont les difficultés rencontrées par les tuteurs ?
- Quelles sont leurs ressources pour pallier ces difficultés ?

#### **Questions relatives à l'accompagnement**

- Comment sont organisées les formations pour les tuteurs de stage au sein de votre établissement ?
- Pensez-vous qu'elles soient suffisantes ?
- Quels seraient les autres moyens de les aider ?

Ce guide d'entretien avait pour but d'établir quelles étaient les relations pour les formateurs entre l'IFSI et les services de soins, leur rôle auprès des professionnels, dans le parcours en alternance. Il nous a semblé également intéressant d'aborder les expériences des formateurs sur l'accompagnement des tuteurs et ce qui pourraient être proposé et enfin leur perception du rôle de tuteur afin de voir s'il était en adéquation avec les réponses des tuteurs de la première série d'entretiens.

## **2. Choix et présentation des formateurs**

Nous avons fait le choix d'interviewer des formateurs de 3 IFSI différents dans 2 régions différentes afin d'obtenir une diversité de pratiques avec des points convergents voire divergents.

Le premier formateur, que l'on nommera F1 est issu d'un IFSI de l'Aisne. Diplômé infirmier depuis 13ans, il a exercé dans divers services en secteur public et privé. Il a exercé comme cadre de santé dans différents services et il a intégré l'IFSI en 1999. Il a en charge la coordination des 2èmes années avec d'autres cadres formateurs. Le fonctionnement de cet IFSI est tel que les formateurs coordonnent les UE de leur promotion de référence.

Le deuxième formateur, que l'on nommera F2, exerce dans un IFSI du Nord. IFSI dans lequel nous travaillons. Elle a travaillé comme infirmière dans différents services avant d'intégrer cet IFSI en 1998, comme infirmière enseignante. Elle est diplômée cadre de santé depuis 2002 et a été responsable de différentes promotions infirmières et aides-soignantes. Dans cet IFSI, contrairement au précédent, les formateurs coordonnent une promotion et des Unités d'Enseignements sur les 3 promotions.

Le troisième formateur, que l'on nommera F3 exerce dans un autre IFSI du Nord. Elle a travaillé comme infirmière dans différents services avant d'intégrer l'IFSI en 2003 comme faisant fonction cadre de santé pendant 2 ans puis cadre de santé formateur depuis 2005. Elle s'est occupée de différentes promotions. Comme l'IFSI précédent, les formateurs coordonnent une promotion et des Unités d'Enseignements sur les 3 promotions.

## **3. Déroulement et analyse du ressenti des entretiens**

Les entretiens ont eu lieu après accord des formateurs et des différents directeurs des instituts de formation. Les formateurs nous ont accueilli dans leur bureaux pour F1 et F2 et dans une salle réservée pour F3. Les 3 formateurs avaient décroché leur téléphone et avaient mis une pancarte « ne pas déranger » sur la porte. Ceci fut assez surprenant pour moi, et ils

m'ont tous expliqué qu'ils étaient passés par ce même cursus et qu'ils agissaient toujours de la même façon.

Exerçant dans un IFSI, nous étions à l'aise dans les différents entretiens sachant que nous connaissions 2 formateurs sur les 3. Au-delà de l'entretien dans le cadre du mémoire, il était pour nous aussi important d'échanger autour de pratiques et de connaître les différents fonctionnements des IFSI.

## 4. L'analyse des entretiens

L'analyse entretien par entretien dans la première série nous a permis de voir la singularité des réponses de chaque interviewé et cela nous semblait nécessaire pour des entretiens exploratoires. Dans les deux séries d'entretiens suivants nous avons fait le choix d'en faire une analyse croisée. Cela va nous permettre d'identifier les points convergents et divergents sans avoir un effet de redondance. Voici donc les résultats de l'analyse croisée des 3 entretiens de formateurs.

### 4.1. Le regard des formateurs sur les tuteurs

#### 4.1.1. De la fonction de tuteur...

La fonction du tuteur est définie par F1 comme une fonction pédagogique auprès de l'étudiant. F1 le place dans une fonction d'accompagnement avec *« l'exemple de la personne qui marche à côté d'eux (l'étudiant), pour les faire grandir [...], il est là pour l'épauler, pour le guider, pour faciliter son travail au quotidien... »*. Avec des rencontres pour *« faire des points d'étapes »*, *« échanger »*, *« aiguiller »* l'étudiant et évaluer.

F1 exprime aussi que le tuteur est une *« personne ressource »* pour les professionnels de proximité.

F2 décrit le tuteur comme un élément essentiel, *« pivot et vraiment référent pour l'étudiant »*. Il a cette fonction de *« facilitateur »* dans l'intégration des étudiants. Puis une fonction d'évaluateur en collaboration avec l'équipe soignante. *« C'est lui qui évalue, c'est lui qui est chargé de recevoir aussi l'appréciation de ses collègues qui l'ont (l'étudiant) évalué à des temps X, à des temps Y sur des actes [...] c'est lui qui balise le parcours de l'étudiant, [...], c'est l'interlocuteur privilégié de l'étudiant »*. Pour F1, le tuteur doit se remettre en question et parle de

réciprocité. « *Apprendre aussi de l'étudiant, c'est, enfin c'est à double sens, c'est dans la réciprocité aussi qu'on apprend, et pour l'étudiant et pour le tuteur* ». Ceci fait ainsi penser au socioconstructivisme. Selon H. Menaut (2013, p. 39) « *Le socioconstructivisme présente les interactions entre pairs<sup>10</sup> comme une des sources primordiales du développement cognitif* ».

F3 précise la fonction d'accompagnement avec l'importance de « *l'accueil* », d'effectuer « *un bilan de mi-stage, un bilan de fin de stage* ». Pour F3, le tuteur doit aussi posséder des qualités pour exercer cette fonction telle que « *la motivation* », « *la disponibilité* ».

#### **4.1.2. ...aux compétences attendues**

« *N'est pas tuteur qui veut* », voici les termes qu'emploie F2. En effet, le tuteur doit avoir des « *compétences relationnelles [...], des compétences professionnelles [...], pédagogiques et organisationnelles* ».

F2 explique la nécessité de :

- Compétences relationnelles afin de faire passer des informations, de compétences professionnelles
- Compétences professionnelles avec une certaine expérience. Dans cet IFSI, à la mise en place du référentiel de 2009, il a été demandé que les tuteurs, des services accueillant des étudiants, aient « *au moins deux ans de diplôme et plus de 6 mois d'ancienneté dans le service* ». Ceci dans le but d'avoir une certaine « *expérience dans son domaine d'activité pour pouvoir encadrer au mieux et tutorer au mieux un étudiant* ».
- Des compétences pédagogiques pour « *faire apprendre* »
- Des compétences organisationnelles pour « *construire le parcours de l'étudiant* ».

Quant à F3, elle parle surtout de compétences pédagogiques « *pour transmettre [...]* (et) *amener l'étudiant aussi à pouvoir s'auto-évaluer lui-même sur ce qu'il est amené à faire* ». F3 insiste plus sur le questionnement et la réflexion.

Néanmoins tout professionnel ne doit-il pas avoir acquis la compétence 10 « *Informier, former des professionnels et des personnes en formation* ».

---

<sup>10</sup> « *Le professionnel expérimenté qui accompagne l'étudiant ne peut pas être considéré comme un pair en tant que tel. Cependant, son potentiel à susciter un processus d'identification chez l'étudiant peut être le support à un apprentissage coopératif. Il est alors nécessaire que ce professionnel fasse l'effort de quitter son statut d'expert et laisse place à la parité de relation quand bien même il existe une disparité de statut et de rôle* » H. Menaut (2013, p. 39)

## **4.2. Le regard des formateurs sur les difficultés rencontrées par les tuteurs**

Au sujet des difficultés que peuvent rencontrer les tuteurs, voici l'essentiel de ce que les formateurs ont dit.

### **4.2.1. Les difficultés rencontrées**

Selon F1, certains tuteurs rencontreraient des difficultés du fait de la méconnaissance « *des missions des tuteurs, qui n'est plus sur un rôle d'encadrant du stagiaire au quotidien mais qui est plus, on va dire dans la réalisation d'actes et activités et qui ne prend pas en compte le réel développement des compétences des étudiants* » ; « *des manques dans la connaissance et dans l'application du nouveau référentiel, dans l'utilisation du portfolio, dans l'appropriation aussi des termes utilisés au niveau de l'évaluation des compétences* » ce qui peut entraîner parfois « *des discordances aussi qu'on peut avoir entre des appréciations et des évaluations de compétences* ».

Pour F2, il existe encore des difficultés dans certains services « *ils sont en peine d'effectifs* », d'où un manque de temps pour encadrer les étudiants. Le fait que « *l'évaluation de stage peut encore passer comme service rendu* », qu'ils aient « *des difficultés dans l'évaluation des compétences* » est mentionné mais « *ceci tant à s'atténuer* ».

Pour F3, c'est essentiellement une difficulté « *de pouvoir évaluer les étudiants au travers de la feuille de stage* ».

### **4.2.2. Les ressources existantes pour palier ces difficultés...**

Tous les formateurs F1 F2 F3 s'accordent sur la « *formation tuteur* » qui est « *une aide* », « *un outil* » proposée aux tuteurs. Cette formation est réalisée par F2 et F3 mais dans l'IFSI de F1, la formation est réalisée par un organisme extérieur et l'IFSI n'a pas été conviée à la construction du cahier des charges et donc F1 ne connaît pas le contenu délivré.

Pour F1, une autre ressource est le formateur. « *Les équipes de formateurs sont là et c'est leur rôle et leurs missions d'accompagner, euh, justement les équipes dans la mise en place de ce nouveau référentiel et dans les explications qui peuvent être données.* »

Pour F2 les ressources, des tuteurs pour pallier aux difficultés, sont désignées par les équipes, elles-mêmes et le partenariat avec l'IFSI. « *Ils ont leurs ressources en interne, dans leur équipe avec leur maître de stage et puis le partenariat qu'on peut avoir avec l'IFSI* ».

Selon F3, outre la formation, les formateurs et notamment le « référent de stage » serait une ressource. De plus F3 évoque « leur expérience (aux tuteurs) qui les aide aussi, il y a des échanges entre eux dans certains services, ils ont des réunions de tuteurs pour pouvoir faire avancer les choses ».

#### **4.2.3. ... aux solutions proposées**

Pour F1, ce serait baliser les rencontres FET<sup>11</sup> sur le terrain de stage « *Qu'est ce que l'on y fait réellement ?* » Ceci peut donner des points de repères aux tuteurs. Ce serait également renforcer les liens entre l'IFSI et les services de soins et donc renforcer « *le partenariat avec les services* ». Pour F1, le fait de se rencontrer fréquemment « *permet d'établir une relation de confiance* » et la communication se fera plus facilement en cas de difficultés.

Pour F2, les solutions proposées seraient « *un temps de « reformation », allez une injection de rappel [...] pour analyser leur pratique* », ainsi que de l'aide des formateurs dans « *l'élaboration d'outils* ».

### **4.3. La rencontre des étudiants par les tuteurs et les formateurs**

Tous les formateurs rencontrent les étudiants avec les tuteurs dans les services de soins.

#### **4.3.1. Plusieurs dénominations...**

Ces rencontres sont nommées « *FET : Formateur-Etudiant-Tuteur* » pour F1. Pour F2 ce sont des « *regroupements* », et pour F3, « *des accompagnements professionnalisant* ». Ces rencontres, qui ont lieu sur les lieux de stage ont ainsi des dénominations différentes selon les IFSI. Que fait-on lors de ces rencontres ?

#### **4.3.2. ...pour une rencontre aux objectifs variables**

Pour F1, les FET ont des objectifs différents suivant les semestres et n'ont pas lieu à chaque stage. C'est systématiquement au 1<sup>er</sup> stage « *où on reprend où en est l'étudiant par rapport à ses objectifs, où il est en est par rapport à l'écriture de ses analyses de pratiques* ». Puis au semestre 2, cette rencontre a pour but une évaluation, « *on va évaluer la 3.1 et la 3.2 S2 donc raisonnement clinique et projet de soins* ».

F2 fait systématiquement des regroupements. Ceux-ci sont « *formalisés, on y a travaillé pour que tout le monde s'y retrouve* ». Il est constitué de 4 temps, le 1<sup>er</sup> où « *on fait*

---

<sup>11</sup> Les rencontres FET désignent les rencontres Formateur-Etudiant-Tuteur

*le point sur les objectifs de stage* » puis une partie évolutive suivant les demandes des différents protagonistes, ensuite « *l'autoévaluation* » de l'étudiant » et enfin les nouveaux objectifs ou réajustements pour la fin de stage. Ces regroupements sont formalisés dans le projet pédagogique.

Pour F3, « *les accompagnements professionnalisant* » se font systématiquement, ils ont comme objectif « *une démarche d'accompagnement de l'étudiant à un moment donné sur son stage* » avec « *des échanges entre nous, le tuteur et l'étudiant* ». A la différence de l'IFSI précédent, ces accompagnements ne sont pas formalisés dans un document.

#### **4.4. L'importance d'une collaboration**

##### **4.4.1. L'importance du travail en équipe à l'IFSI et dans les services...**

F1 souligne l'importance du travail en équipe. «... *travailler en équipe* (pédagogique) *autour de l'accompagnement des tuteurs dans leurs fonctions, donc, au niveau de l'institut...* ». Pour F1, il semble essentiel qu'il y ait un travail d'équipe au sein des IFSI.

F2 souligne l'importance du travail en équipe par « *la formalisation des regroupements* », le contenu a été travaillé en équipe et le fait d'avoir conçu « *la formation tutorat* » en équipe. En effet, F1 explique que celle-ci a pu être réajustée suivant les attentes des tuteurs.

F3 explique que l'IFSI, suite à un travail d'équipe a conçu un « *un livret d'objectifs institutionnels* » qui a été donné aux étudiants et aux lieux de stage. Cet outil est une aide pour les équipes soignantes pour remplir la feuille de compétences de l'étudiant. « *On a réprécisé des éléments que l'on attendait et on a bien tenu compte aussi de la progression des étudiants* ».

De plus les 3 formateurs soulignent à leur façon l'importance du travail en équipe dans les services notamment dans l'évaluation de la progression de l'étudiant. Comme le tuteur n'est pas toujours présent, les professionnels de proximité ont toute leur importance puisqu'ils apportent « *une aide* » aux tuteurs afin « *d'avoir une évaluation la plus objective possible* ».

##### **4.4.2. ... au partenariat, à la réciprocité**

F1 exprime l'importance du partenariat entre IFSI et service de soins. « *Partenariat aussi bien avec les tuteurs qu'avec les maîtres de stage [...] parfois les professionnels de proximité qui sont présents au niveau de l'entretien [...] et puis que ça se fasse autour d'un*

*échange avec des questions sans forcément qu'on soit centré sur la pratique de l'étudiant mais plus sur l'encadrement en règle générale* ». Tous les professionnels des services sont inclus dans le partenariat. Celui-ci « *se construit au quotidien* », il peut toujours être développé et il « *est IFSI dépendant* ».

F2 décrit le partenariat comme un élément essentiel « *dans une formation en alternance pour que ça ne soit pas une alternance juxtaposée mais une alternance intégrative* ». « *Le partenariat, c'est un travail d'équipe dans lequel on est 3, où l'on essaie d'inclure au maximum l'étudiant, le tuteur, le formateur, chacun à son niveau* ».

Les 3 formateurs parlent tous « *d'aide mutuelle* » et de « *réciprocité* » entre IFSI et services de soins, étudiants et services de soins et entre IFSI et étudiants. Pour que l'on soit « *dans une aide mutuelle par rapport à l'encadrement des étudiants* », « *il y la notion de partage, on apprend mutuellement l'un de l'autre, formateur et tuteur* ».

#### **4.5. La modification des relations depuis le référentiel de 2009**

##### **4.5.1. Du renforcement des liens entre tuteur et formateur...**

Pour F1, F2 et F3, ce référentiel a permis « *plus de rencontre avec les équipes* » et a permis de cerner davantage les difficultés rencontrées par les équipes comme le « *manque de temps* » ou « *le manque de reconnaissance* ».

##### **4.5.2....à l'éloignement des relations entre maître de stage et formateur**

F1, F2 et F3 s'accordent sur le fait du rôle « *organisationnel* » du maître de stage, que les négociations pour les rencontres « *se font directement avec le tuteur* ». « *Que les contacts sont plus poussés avec lui quand on se rend compte que l'étudiant est en difficulté* ». Pour F3, elle n'a « *pas forcément de relation (avec le maître de stage), alors ça reste convivial mais ce n'est pas avec eux que je travaille, enfin avec qui je fais les accompagnements* ».

L'importance d'une collaboration dans les IFSI et dans les terrains de stage est importante pour les formateurs. Le partenariat et la réciprocité sont des termes essentiels pour eux. Mais d'après les 3 formateurs, le référentiel de 2009 a renforcé les liens entre les formateurs et les tuteurs mais les relations entre les formateurs et les maîtres de stage s'estompent et se cantonnent principalement à la gestion de difficultés avec certains étudiants. Comment le partenariat peut-il être efficace si les cadres des services de soins qui

sont pour la plupart maître de stage ont peu ou pas de contact avec les formateurs de l'IFSI ?  
Dans ce contexte, comment l'étudiant peut-il vivre sa formation ?

### **Synthèse de la deuxième série d'entretiens auprès des formateurs**

Les formateurs s'accordent tous sur la fonction du tuteur qui est nommée comme une fonction d'accompagnement pour l'étudiant avec des compétences relationnelles, professionnelles, pédagogiques et organisationnelles.

Ensuite les formateurs expliquent que les tuteurs rencontrent certaines difficultés dans l'évaluation des étudiants et le remplissage de la feuille de stage depuis le référentiel de 2009. Mais pour un formateur, ceci tend à diminuer. Cette diminution serait en partie due aux formations, à l'accompagnement des tuteurs, aux ressources qu'ils mobilisent et à leur expérience. Afin de pallier à ces difficultés, des solutions sont proposées comme la « formation tutorat » qui est désignée comme une aide. Ensuite des échanges sous forme d'analyse de pratique sont envisagés.

Les rencontres formateur-étudiant-tuteur existent dans les 3 IFSI avec des dénominations différents et des objectifs variables, formalisés ou non suivant les IFSI.

L'importance d'une collaboration au sein des équipes pédagogiques ou des équipes soignantes est essentielle afin d'avoir une cohérence et ainsi faire vivre l'alternance de manière efficiente. Des liens plus étroits se sont consolidés entre les formateurs et les tuteurs de stage alors qu'ils se sont effilés entre les formateurs et les maîtres de stage.

## **Chapitre 6. La troisième série d'entretiens auprès des maîtres de stage (cadre de santé)**

Après cette deuxième série d'entretiens, il nous a semblé tout à fait judicieux d'interviewer des cadres de santé qui sont maîtres de stage et d'aborder les mêmes thèmes que pour les formateurs afin d'avoir un autre regard avec des points de convergence et des points de divergence.

### **1. Présentation du guide d'entretien**

Nous avons commencé tous les entretiens par demander aux maîtres de stage de se présenter professionnellement afin de mettre en confiance la personne et voir si le parcours du maître de stage pourrait éventuellement avoir une influence sur les réponses données. Ensuite nous avons repris la même liste de questions (en les adaptant aux maîtres de stage) que pour les formateurs afin d'abord d'analyser ces réponses et ensuite de croiser avec les réponses des formateurs. Il nous a semblé judicieux de nous appuyer sur les réponses des interviewés et donc les questions n'ont pas été posées dans le même ordre.

#### **Questions relatives à l'alternance**

- Quelles sont vos relations avec l'IFSI?
- Depuis le référentiel de 2009, vos relations avec l'IFSI ont-elles changées ?
- Comment définiriez-vous votre rôle auprès des tuteurs ?

#### **Questions relatives à la collaboration**

- Qu'attendez-vous des tuteurs de stage ? (rôle, compétences...)
- D'après votre expérience, quelles sont les difficultés rencontrées par les tuteurs ?
- Quelles sont leurs ressources pour palier ces difficultés ?

#### **Questions relatives à l'accompagnement**

- Comment sont organisées les formations pour les tuteurs de stage au sein de votre établissement?
- Pensez-vous qu'elles soient suffisantes ?
- Quels seraient les autres moyens de les aider ?

Ce guide d'entretien avait ainsi pour but d'établir quelles étaient les relations pour les maîtres de stage entre l'IFSI et les services de soins, le regard des maîtres de stage sur l'alternance. Il nous a semblé également intéressant d'aborder le regard des maîtres de stage sur l'accompagnement des tuteurs et ce qui pourraient être proposé et enfin leur perception du rôle de tuteur afin de voir s'il était en adéquation avec les réponses des tuteurs de la première vague.

## **2. Choix et présentation des maîtres de stage**

Nous avons fait le choix d'interviewer des maîtres de stage de 3 établissements différents dans 2 régions différentes afin d'obtenir une diversité de pratiques avec des points convergents voire divergents. Il nous a semblé intéressant d'interviewer les maîtres de stage des services dans lesquels travaillent les tuteurs de la première série. Toutefois suite à des réorganisations d'établissement, deux des quatre cadres des services que nous avons choisi dans la première série d'entretiens n'étaient plus en poste. Nous avons donc réorienté notre choix.

Le premier maître de stage, que l'on nommera MdS1 est issu du même service de psychiatrie que T1. Diplômé infirmier depuis 9 ans, il a exercé en secteur public dans des services de chirurgie et de psychiatrie. Il est en poste comme cadre de santé et donc maître de stage en psychiatrie depuis 2012.

La deuxième maître de stage, que l'on nommera MdS2, exerce dans un établissement public du Nord, et est ainsi le cadre de santé de T3. Elle est diplômée infirmière et a travaillé dans divers services et est cadre de santé depuis 2005. Elle est maître de stage depuis 2011 et travaille dans le service de cardiologie depuis un an.

Le service de T2 ayant un nouveau maître de stage depuis deux semaines (au moment des entretiens) et celui-ci n'ayant jamais exercé cette fonction puisqu'il était infirmier en réanimation auparavant, il ne semblait pas pertinent de l'interviewer. De plus le maître de stage de T4 étant en arrêt maladie pour une durée indéterminée nous avons donc fait le choix d'interviewer un maître de stage d'un autre établissement avec une expérience de formateur. Ceci dans le but d'analyser si de nouveaux éléments pouvaient apparaître.

Ainsi le troisième maître de stage, que l'on nommera MdS3 exerce dans un autre établissement du Nord, dans une unité gériatrique Alzheimer depuis 2010. Il a travaillé comme infirmier dans différents services publics et privés avant d'intégrer l'IFSI en 1997 comme faisant fonction cadre de santé pendant 3 ans puis cadre de santé formateur pendant 8 ans.

### 3. Déroulement et analyse du ressenti des entretiens

Les entretiens ont eu lieu après accord des maîtres de stage et des directeurs des soins des différents établissements. Ces trois entretiens ont eu lieu lors de la semaine de recherches qui nous a été accordée fin janvier.

Les maîtres de stage nous ont accueillie dans leur bureaux pour MdS2 et MdS3 et dans une salle de réunion pour MdS1. Celui-ci avait décroché son téléphone afin de ne pas être dérangé.

La MdS2 faisait beaucoup la comparaison entre le programme de 1992 et le référentiel de 2009 et semblait peu investie dans ce référentiel. Loin de nous l'idée de porter un jugement sur cette personne mais cela reflète simplement le ressenti que nous avons eu. Etait-ce dû au fait qu'elle accueillait des étudiants infirmiers français et belges ? Etait-ce dû au fait que les tuteurs avaient une grande autonomie ? Les réponses étaient donc assez courtes avec de longs silences et cela nous a perturbé.

Lors de l'entretien avec le MdS3, nous avons été dérangées une fois par le téléphone mais cela n'a pas eu d'incidence sur la suite de celui-ci.

### 4. L'analyse des entretiens

#### 4.1. Le regard des maîtres de stage sur les tuteurs

##### 4.1.1. De la fonction de tuteur...

MdS1 décrit d'abord le tuteur comme un « *accompagnant* » dans une démarche réflexive. Il précise ainsi que le tuteur n'est pas là pour faire à la place de l'étudiant. Le tuteur est aussi qualifié par MdS1 de « *réfèrent* » pour les étudiants. Il souligne l'importance d' « *avoir une expérience professionnelle aussi dans la discipline [...] et c'est sûr que je ne vais pas mettre quelqu'un tuteur qui vient d'arriver dans le service qui est lui-même dans un cursus de tutorat par rapport à l'équipe* ». MdS1 insiste sur le renouvellement de 90% de son effectif depuis 2 ans et la difficulté de trouver des tuteurs. Pour MdS1, il est important que l'étudiant ne soit pas toujours avec le tuteur mais qu'il puisse travailler avec l'ensemble du personnel.

MdS2, quant à elle leur a « *laissé une totale autonomie* ». Pour elle, « *dans le cursus infirmier tout infirmier peut encadrer un étudiant. Après il y a des personnes qui sont plus à même d'encadrer* ». Elle souligne ainsi les qualités ou du moins les critères pour être tuteur.

Cela repose principalement sur l'aspect « *relationnel* », la volonté d'être tuteur, d'avoir le sens des responsabilités.

Pour MdS3, le tuteur a une fonction d'aide et d'accompagnement. Il dit donc « *pour moi, le tuteur c'est la personne qui va l'aider à atteindre ses objectifs, la personne qui va l'aider à construire et à asseoir ses savoirs, c'est la personne qui va l'aider à faire le lien théorie-pratique et qui va être le garant de ses acquisitions et la validation et les réajustements* ». On ressent ainsi cette fonction d'évaluation auprès des étudiants. Pour lui le tuteur est également un « *repère* ».

#### **4.1.2. ...aux compétences attendues**

Les 3 maîtres de stage s'accordent sur l'importance des compétences pédagogiques et relationnelles des tuteurs.

MdS1 pense qu' « *ils doivent avoir des compétences pédagogiques, il faut faire preuve d'analyse, d'observation ...* » « *... pour pouvoir apporter une aide adaptée à l'étudiant* ».

MdS2 souligne, comme F2, « *tout le monde ne peut pas être tuteur* », d'où l'importance pour le maître de stage de connaître son équipe et de nommer des tuteurs qui ont comme le demande le référentiel de formation la volonté d'exercer cette fonction mais qu'ils en aient aussi les capacités. D'ailleurs MdS1 profite des entretiens d'évaluation pour trouver des tuteurs potentiels.

MdS3 développe ce qu'il entend par compétences pédagogiques « *c'est être capable d'observer l'étudiant, être à l'écoute de l'étudiant* ». Ce maître de stage évoque l'importance pour le tuteur de se remettre en question afin de faire progresser le service, l'étudiant et lui-même.

#### **4.1.3. En passant par une divergence d'opinion sur le renforcement des liens formateurs/tuteurs**

MdS1 évoque le renforcement des liens entre tuteurs et formateurs notamment lors des « *regroupements* ». « *Depuis le référentiel de 2009, je trouve qu'il y a plus de relation entre les tuteurs et les formateurs* ».

Il en est de même pour MdS3 qui précise que ce référentiel valorise le rôle des tuteurs. « *Le dialogue est bien instauré avec l'IFSI [...] et les soignants ont plus l'impression de participer à la professionnalisation de l'étudiant dans ce contexte là* ». On voit ici

l'importance, pour l'équipe soignante, d'être reconnu dans un rôle d'accompagnant dans la professionnalisation des étudiants. Ce qui est tout à fait légitime puisque c'est à eux que revient l'évaluation des compétences en stage.

Mais pour MdS2, il n'y pas que « *très peu voire pas de relation* » avec l'IFSI. « *En effet l'IFSI ne se déplace que lorsqu'il y a problème* ». L'équipe se sent donc un peu délaissée surtout que le service accueille aussi des étudiants infirmiers belges. Dans leurs études, les formatrices viennent une fois par semaine. Alors ici, le référentiel est différent, avec des périodes de stages courtes (15 jours) et MdS2 fait quelques comparaisons entre les 2 pays. Ce qui peut aussi engendrer des difficultés supplémentaires car l'approche pédagogique est différente.

## **4.2. Le regard des maîtres de stage sur leur fonction**

### **4.2.1. D'une vision de leur mission...**

MdS1 décrit son rôle auprès des étudiants. Celui-ci comprend l'accueil des étudiants avec le tuteur si celui-ci est présent. Lors de cet entretien, il présente ses attentes en termes d'objectifs. « *Je ne leur demande pas leurs objectifs tout de suite. Je leur laisse 3 jours, je les revoie après ces 3 jours parce que pour moi arriver dans un service de psychiatrie c'est quand même un milieu spécifique avec des objectifs spécifiques et je ne veux pas moi d'objectifs généraux* ». MdS1 participe également aux bilans de mi-stage et de fin de stage, là encore avec le tuteur.

Ensuite il décrit un rôle organisationnel auprès de l'étudiant avec la présentation d'un parcours possible pour eux. Il développe aussi son rôle organisationnel auprès de l'équipe puisque « *avec près de 90% du personnel qui a changé [...], il faut essayer de trouver des ressources* ». « *Suite à des départs, [...] des candidats ont été ciblés lors des évaluations annuelles* ». Il a aussi un rôle d'« *écoute quand il y a des soucis au niveau des étudiants* ».

Enfin il évoque son rôle auprès de l'IFSI quand il existe des problèmes avec un étudiant. On perçoit donc ici l'importance du maître de stage dans le parcours de l'étudiant.

MdS2 est, quant à lui « *dans un rôle organisationnel. Après, je laisse une totale autonomie aux tuteurs mais quand il y a problème avec un étudiant, ils viennent me voir.* » Ici le maître de stage délègue beaucoup sur les tuteurs et le rôle qu'il se donne est assez limité.

Pour MdS3 « *c'est donner les objectifs institutionnels de l'IFSI [...] de vérifier si l'encadrement est bien mis en place [...] d'envoyer les infirmiers en formation tutorat, [...]*

*et surtout être une ressource en cas de question à la fois sur les programme, sur les objectifs et puis un peu l'interface avec l'IFSI en cas de besoin.* » Ceci corrobore les propos de MdS1 et souligne leur rôle indispensable dans le processus d'alternance des étudiants.

#### **4.2.2.... à un éloignement des relations entre IFSI et maître de stage**

MdS1 et MdS2 s'accordent sur le fait qu'il y ait moins de lien entre les formateurs et eux. « *On n'a pas forcément beaucoup de relations avec l'IFSI [...], on les (les formateurs) voit moins souvent. Ce sont principalement des échanges téléphoniques* » ; « *on n'a pas de réels moments d'échanges concernant les étudiants* ». Et MdS1 évoque même une scission entre les cadres formateurs et les maîtres de stage qui sont généralement des cadres de santé de services de soins. « *On a l'impression que c'est 2 mondes différents. Il y a le monde de la formation et le monde du soin et ça c'est un peu bête car c'est lié par les étudiants* ». On voit donc ici l'importance de renforcer les liens entre ces deux entités que sont l'IFSI et les services de soins.

La question se pose alors, comment les maîtres de stage les et formateurs peuvent travailler en partenariat si les relations entre les deux s'estompent voire deviennent quasi-inexistante ?

### **4.3. Le regard des maîtres de stage sur les difficultés rencontrées**

#### **4.3.1.Des difficultés rencontrées par les tuteurs...**

Les difficultés perçues par MdS1 sont d'abord centrées sur l'étudiant. « *La difficulté c'est vraiment quand l'étudiant ne rentre pas dans le stage* ». Ici est alors évoqué l'importance que l'étudiant soit intéressé, qu'il s'investisse dans le stage.

Puis MdS1 évoque le fait que 90% de l'équipe ait changé depuis 2 ans et que ceux-ci soient eux-mêmes tutorés. « *Il y en a qui ne sentent pas encore à l'aise pour encadrer* ». Il y a donc la difficulté pour le tuteur de se retrouver dans une équipe où certains ne sont pas en capacité d'encadrer.

Enfin MdS1 s'attarde sur « *les difficultés pour remplir la feuille de stage* » avec la compréhension des indicateurs de compétences qui peut être différentes d'une personne à une autre.

Pour MdS2 les difficultés rencontrées par les tuteurs résident dans l'évaluation de la progression de l'étudiant. « *Il faut qu'on suive l'étudiant au fur et à mesure des semaines pour voir sa progression, les problématiques qu'il peut rencontrer et réajuster* ». MdS2 sous entend aussi la plus grande responsabilité qui incombe aux tuteurs dans l'évaluation de stage. Il explique aussi que lors d'un problème, avec un étudiant sur son niveau de compétence en 3<sup>ème</sup> année, « *l'équipe ne s'est pas attardée sur le cursus de l'étudiant* ». En fait celui-ci n'avait fait que des stages en psychiatrie et long séjour et n'avait pas les compétences escomptées en début de 3<sup>ème</sup> année. Le MdS2 aborde donc l'importance de prendre en compte le parcours de l'étudiant car ceci n'est pas encore devenu un automatisme pour les tuteurs et les équipes. La prise en compte de la singularité de la personne et l'individualisation de son parcours montre toute son importance ici.

Une autre difficulté rencontrée par les tuteurs est que « *les formateurs ne viennent plus sur le terrain* » sauf s'il y a un problème avec l'étudiant. Il y a donc un sentiment d'être délaissé par l'IFSI.

MdS3 évoque, quant à lui, des difficultés pour les tuteurs dans « *toutes les modifications de technique pédagogique, [...] la difficulté de la tutrice c'est vraiment s'approprier l'esprit de ce qui est attendu* ». Donc c'est plus l'adaptation à cette approche par compétence qui est soulignée.

#### **4.3.2... aux difficultés des maîtres de stage**

MdS1 ne rencontre pas de réelles difficultés, cependant il éprouve une certaine amertume car il n'a « *pas été formé au nouveau référentiel, je pouvais donc mal me positionner* ». Pour lui, après des échanges avec le tuteur et le recul depuis 4ans, tout est clair, quant à son rôle, dans le programme de 2009. Ceci confirme la compréhension des missions qui lui sont dévolues.

MdS2 rencontre très peu de difficultés dans son rôle de maître de stage mis à part qu'il y ait « *moins de rencontres avec l'IFSI. On a moins d'échange entre cadres* ». Ce qui sous entend l'importance d'échanges entre cadres formateurs et maître de stage pour favoriser l'alternance et montrer aux étudiants l'importance d'un travail en collaboration.

MdS3, quant à lui ne rencontre pas de difficultés. « *il faut quand même se plonger dans le référentiel, travailler avec l'IFSI [...] tout est travail en collaboration dans le service et entre IFSI et service* ». Donc ici, le fait que MdS3 ne rencontre pas de difficulté est dû à la connaissance du référentiel et donc des missions des acteurs ainsi qu'à une collaboration effective entre les différents partenaires.

Paradoxalement, même si les maîtres de stage ont de nouvelles missions et qu'ils se sentent moins impliqués pour certains dans le parcours de l'étudiant, cela ne représente pas pour eux une difficulté.

### **4.3.3. En passant par des solutions proposées**

Pour MdS1 la formation tuteur ne suffit pas. « *Les tuteurs sont formés, voilà, ils sont formés mais il n'y a pas d'autres piqûres de rappel* », comme il peut y avoir pour la Formation aux Gestes et Soins d'Urgences. Où une séance de recyclage est proposée.

MdS1 propose également « *de pouvoir verbaliser comment ils (les tuteurs) fonctionnent [...] ça serait judicieux de créer des réunions pour les tuteurs [...] avec un animateur qui pourrait peut-être répondre aux questions* » Cette proposition mériterait d'être exploitée dans la partie pragmatique.

MdS3 « *les ressources des tuteurs c'est l'IFSI lui-même, moi en tant qu'intermédiaire et puis c'est les autres collègues peut-être qu'elle (la tutrice) rencontre* ». Donc, ici, plusieurs acteurs peuvent pallier les difficultés rencontrées. La combinaison des 3 est une force dans le sens où comme le dit E. Morin (2005, p. 29) « *La vertu systémique est [...] une unité complexe, un « tout » qui ne se réduit pas à la « somme » de ses parties constitutives* ». Il précise également (*Ibid.*, p. 114) que « *le tout est à la fois plus et à la fois moins que la somme des parties* ». C'est donc en agissant ensemble, dans le même sens que chacun pourra tirer partie de l'autre et grandir.

## **4.4. L'importance d'une collaboration ou d'une coopération ?**

### **4.4.1. Au sein de l'équipe**

MdS1 explique ses relations avec le tuteur, lors de l'accueil commun quand le tuteur est présent, lors de ses échanges au cours du stage de l'étudiant ainsi que lors de la participation commune au bilan final.

Puis il évoque la collaboration dans l'équipe. « *On essaie une fois par semaine d'avoir une feuille (d'évaluation) remplie par quelqu'un de l'équipe* » Ici, MdS1 insiste sur le fait que l'équipe encadre l'étudiant et laisse une trace de l'évaluation de celui-ci.

Enfin « *il y a un infirmier qui a travaillé avec des collègues sur un livret (d'accueil)* ». Ceci est un élément demandé par le référentiel de formation. C'est l'un des critères pour qu'un stage soit qualifiant (référentiel de formation, 2011, p. 55).

MdS2 explique que les tuteurs lui font remonter certains problèmes et c'est là que le maître de stage intervient. Puis « *l'évaluation (de l'étudiant) par différents regards est important et il est nécessaire d'avoir une bonne cohésion d'équipe* ».

MdS3, quant à lui évoque le lien entre lui et l'équipe, au niveau de l'accueil des étudiants. Puis il évoque la « *bonne cohésion, une bonne solidarité au sein de l'équipe, et ça c'est important cette cohérence* ». Là encore on voit l'importance d'une cohésion d'équipe afin de donner du sens à l'accompagnement de l'étudiant.

#### **4.4.2. Entre IFSI et services de soins**

MdS1 explique l'importance d'une cohérence entre l'IFSI et les services notamment au « *niveau de la démarche réflexive* ». Cependant il déplore le fait que notamment au niveau des réunions d'encadrement de l'établissement « *on parle très peu de l'IFSI et c'est quand même un peu dommage car c'est l'occasion de faire du lien avec l'IFSI* ». Il souligne ainsi une certaine scission des cadres formateurs et des cadres de services de soins. Le manque d'échanges peut ainsi avoir une répercussion sur l'étudiant.

MdS2 explique qu'à la mise en place du référentiel infirmier en 2009, l'IFSI avait élaboré un outil afin d'expliquer les indicateurs de compétences aux équipes soignantes. Par ailleurs, les formateurs de l'IFSI ont élaboré une formation « *tutorat* ». Ces éléments auraient pu être facilitant pour une compréhension du référentiel, cependant peu de professionnels ont été formés au tutorat et l'outil sur les compétences a été très peu expliqué aux équipes. D'où l'importance d'une communication efficace et d'un renforcement des liens IFSI-terrains de stage comme le préconise le référentiel de la profession infirmière (référentiel de formation, p. 48).

MdS3, quant à lui, explique « *que le rôle des formateurs est d'aider les équipes dans la mise en place, enfin plutôt les ajustements à mettre en place avec le référentiel [...] Sans l'accompagnement des formateurs en expliquant déjà le référentiel, les tenants et les aboutissants, leurs objectifs, les services n'y arriveraient pas. Et vice versa, c'est aussi ça l'objectif de l'alternance, que les uns et les autres soient en adéquation, que chacun comprenne bien les objectifs en jeu et qu'il y ait un travail d'équipe* ». MdS3 souligne l'importance d'une réciprocité, que chacun puisse tirer partie de l'autre dans un but de cohérence pour l'étudiant.

### **Synthèse de la 3<sup>ème</sup> série d'entretiens auprès des maîtres de stage**

Les maîtres de stage décrivent le tuteur comme un accompagnant pour l'étudiant. Pour eux le tuteur doit avoir des compétences pédagogiques ainsi que des capacités d'observation, d'écoute, d'expertise ou du moins une bonne connaissance du service. Et également la capacité de se remettre en question.

Deux maîtres de stage sur trois expriment le renforcement des liens IFSI/services de soins depuis le référentiel de 2009. Ceci pouvant être mis en parallèle avec la venue des formateurs dans les services de soins avec les rencontres Formateur/Étudiant/Tuteur. Pour le maître de stage qui exprime une diminution des relations, ceci peut être relié par le fait que l'IFSI ne se déplace dans les services de soins que lors d'un problème avec l'étudiant.

Les maîtres de stage décrivent tous leurs missions d'organisation. L'un d'eux précise sa mission de trouver des tuteurs et de leur permettre de se former.

Ensuite ils sont tous les trois unanimes sur le fait que les tuteurs rencontrent des difficultés notamment sur les modifications pédagogiques rencontrées et l'évaluation des compétences des étudiants. Ils proposent tous des solutions comme une cohésion d'équipe, des échanges entre tuteurs et entre tuteur/formateur.

Enfin ils s'accordent tous sur l'importance d'une collaboration IFSI/terrain de stage.

# Chapitre 7. Synthèse croisée et évolution de la question de départ

## 1. Synthèse croisée des trois séries d'entretiens

Le référentiel de 2009 a engendré des modifications dans les fonctions des différents professionnels intervenant dans l'apprentissage des étudiants.

Les tuteurs ont ce sentiment de responsabilité accrue avec l'évaluation des compétences de l'étudiant. Les formateurs et les maîtres de stage s'accordent tous sur la fonction pédagogique et d'accompagnement des étudiants.

Les tuteurs et les formateurs perçoivent le maître de stage comme un gestionnaire administratif. Seul un tuteur exprime son rôle dans la gestion des difficultés avec des étudiants. Leur aspect organisationnel est exprimé par les tuteurs et les formateurs, tout comme dans le référentiel de formation. Les maîtres de stage développent plus leur fonction dans le parcours de l'étudiant (accueil, collaboration avec le tuteur, gestion des difficultés...).

Le manque de collaboration dans l'équipe est évoqué par deux tuteurs (T1 et T2). Ceux-ci travaillent dans le même établissement. Par contre les formateurs et les maîtres de stage témoignent de l'importance d'une collaboration au sein de l'équipe. Aucun d'entre eux n'exprime un manque de collaboration. On s'aperçoit même d'une différence de point de vue entre T1 et MdS1 qui travaillent dans le même service. En effet pour T1 il y a un manque de cohésion et de collaboration dans l'équipe avec un sentiment de solitude. Par contre MdS1 décrit une collaboration dans l'équipe. Le tuteur intervient plus au niveau opérationnel par rapport à l'étudiant alors que le maître de stage se situe au niveau de l'ingénierie. Mais qu'est ce qui peut provoquer cette différence de perception ?

De plus en réalisant cette synthèse, nous remarquons une grande différence dans les propos de F3 et MdS2 et T3, qui sont rattachés au même établissement. En effet F3 parle « *d'accompagnement professionnalisant* » une fois par an et d'évaluations réalisées par les formateurs dans les services de soins depuis le référentiel de 2009. Tandis que MdS2 et T3 signalent le fait que le formateur ne vient jamais dans le service mis à part s'il est sollicité par le maître de stage pour des difficultés avec un étudiant. Qu'est ce qui peut conduire à des propos si divergents ?

Néanmoins l'importance d'une collaboration entre l'IFSI et les services de soin est fondamentale pour tous les acteurs, notamment afin de pallier aux difficultés évoquées par ces derniers sur l'évaluation des compétences des étudiants. Même si les formateurs et les maîtres de stage s'accordent sur un rapprochement des formateurs et des tuteurs, les attentes de chaque acteur sont une coopération plus grande entre les différents partenaires de l'apprentissage. Les tuteurs souhaitent tous pouvoir échanger, construire des outils en partenariat avec les formateurs. Les maîtres de stage et les formateurs abondent dans ce sens. Ceux-ci évoquent l'importance d'une réciprocité qui doit se créer entre IFSI et services de soins afin que chacun grandisse et permette à l'étudiant de se professionnaliser.

Suite à l'évocation des termes de coopération et de collaboration, nous souhaitons souligner que des auteurs, tels que notamment G. Le Boterf, P. Zarifian ou N. Alter, se sont penchés sur la mise en lumière de ces deux mots. Cependant notre objet de recherche n'étant pas centré sur ces termes, nous emploierons donc indifféremment ces deux expressions dans la suite de notre travail.

## **2. Evolution de la question de départ vers la problématique**

De notre questionnaire initial :

**En quoi résident les difficultés d'évaluation des étudiants en soins infirmiers par les tuteurs de stage ?**

Nous avons pu, au travers des différentes séries d'entretiens faire évoluer notre réflexion. En effet la première série d'entretiens auprès des tuteurs a fait émerger une question plus précise :

**En quoi et comment l'accompagnement des tuteurs professionnels par les formateurs au sujet de leurs compétences pédagogiques induirait le développement de l'apprentissage des étudiants ?**

Puis les séries d'entretiens auprès des formateurs et des maîtres de stage ont renforcé l'importance d'une coopération entre l'IFSI et les services de soins et ont soulevé la notion de réciprocité.

Avant de commencer la formation cadre de santé, nous savions que l'IFSI et le terrain étaient deux lieux complémentaires dans le parcours en alternance de l'étudiant mais pour nous le cadre formateur restait le « maître » à qui les professionnels des services de soins se référaient concernant l'étudiant. Après cette recherche empirique, nous avons pris conscience de l'importance de cette réciprocité entre les cadres formateurs et les services de

soins, comme nous l'ont souligné les formateurs et les maîtres de stage. C'est ainsi que notre réflexion a évolué pour aboutir à la question suivante :

**En quoi la réciprocité entre formateurs et professionnels des services de soins, dans une formation en alternance, est susceptible de favoriser l'apprentissage des étudiants ?**

**TROISIEME PARTIE :**  
**A la rencontre des**  
**auteurs**

Dans le cadre de la formation en soins infirmiers qui est basée sur une formation en alternance, « *des liens forts sont établis entre le terrain et l'institution de formation* » (référentiel de formation, p. 48), ceci dans le but de co-construire des dispositifs pédagogiques et d'encadrement.

Le terme co signifie d'après M. Beauvais (2006), « *le fait d'être en permanence en duo* » et par extension que la co-construction va favoriser la co-élucidation, la co-compréhension, la co-interprétation et la co-modélisation, par, et avec les acteurs eux-mêmes, ceux-ci étant impliqués et engagés dans un projet collectif.

Cette co construction doit donc amener à une coopération entre les cadres formateurs et les services de soins. « *Pour cela, des échanges en amont entre les responsables des deux lieux de formation, IFSI et terrain, doivent permettre de bien réfléchir aux rôles de chacun et de mettre au point une stratégie de rencontres futures pour le suivi de la mise en place des nouveaux outils et de l'encadrement des étudiants.* » (M-A Coudray et C. Gay, 2009, p. 90).

Dans la formation en soins infirmiers, la co-construction allie de ce fait trois éléments :

- Une pédagogie basée sur l'alternance
- Un partenariat instauré entre les acteurs des IFSI et les terrains de stage
- Un accompagnement de type tutoral

Au regard de ces éléments, et de notre question repensée qui est :

**En quoi la réciprocité entre formateurs et professionnels des services de soins, dans une formation en alternance, est susceptible de favoriser l'apprentissage des étudiants ?**

Nous avons donc fait le choix d'approfondir, dans les chapitres suivants, les concepts d'alternance, de partenariat et d'accompagnement. Pour ce faire nous avons réuni divers ouvrages et articles provenant d'auteurs principalement issus du champ des sciences de l'éducation.

Avant de nous pencher sur ces différents concepts, nous souhaitons, avant toute chose, mettre en lumière le terme de réciprocité.

D'après le dictionnaire encyclopédique de l'éducation et de la formation (1998, p. 225) « *l'hypothèse de la réciprocité n'est pas un a priori mais découle d'une pratique dans laquelle les différents partenaires de la relation éducative prennent conscience qu'ils apprennent les uns des autres* ». D'ailleurs ceci est repris dans les entretiens par plusieurs formateurs et maîtres de stage.

Pour nous la réciprocité tient compte de la singularité de chacun dans une relation asymétrique. Il est donc important de prendre en compte l'autre dans sa globalité et dans son contexte.

## Chapitre 8 : L'alternance

Le référentiel de formation infirmier est construit sur la base de l'alternance entre des temps de formation théorique à l'IFSI et des temps de formation clinique sur des lieux de stage où les étudiants réalisent des actes et des activités de soins qui leur permettent de construire des compétences. Les stages sont donc des lieux propices au questionnement et à la confrontation entre savoir théorique et savoir pratique.

Cependant A. Geay (1998, p. 37) parle de fausse opposition entre savoir théorique et savoir pratique. Pour lui, « *l'alternance est fondée sur la non séparation du savoir théorique et du savoir pratique dans la compétence professionnelle* ».

L'alternance semble être un système complexe où nous allons essayer d'apporter du sens.

### 1. L'alternance : un terme polysémique

Appuyons nous sur deux auteurs pour définir l'alternance. Selon P. Perrenoud (cité par C. Durand 2003) « *l'alternance désigne le va et vient d'un futur professionnel entre deux lieux de formation, d'une part un institut de formation initiale et d'autre part un ou plusieurs lieux de stage* ».

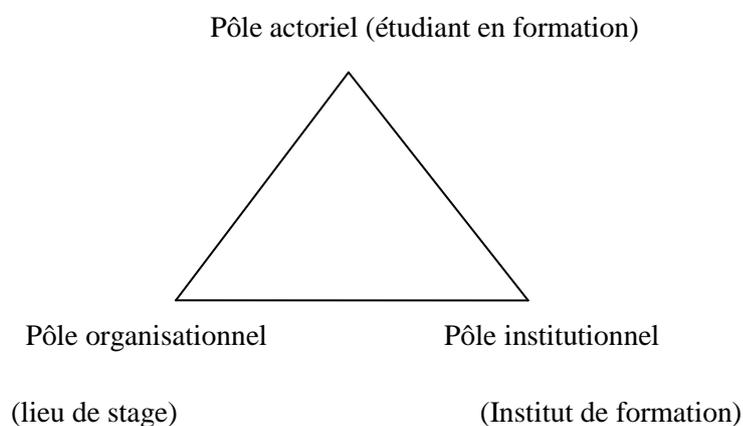
Pour rejoindre A. Geay, les différents lieux doivent interagir et s'alimenter mutuellement dans le but de permettre la construction de compétences.

J. Clénet et J.N. Demol (2002, p. 101-102) vont plus loin et appréhendent l'alternance comme « *un enchevêtrement d'action de natures diverses dans des environnements complexes, avec des acteurs multiples, des systèmes d'actions finalisés (missions, fonctions, valeurs) produisant des effets à différents niveaux (acteurs, institutions, organisations) et se transformant au fil du temps, tout en transformant leur environnement* ».

Cette définition de l'alternance comme système complexe en évolution correspond à l'alternance développée dans la formation en soins infirmiers. En effet, on retrouve les différents partenaires (institution et lieux de stage) avec des organisations, des logiques différents qui évoluent et dont les acteurs évoluent aussi.

D'ailleurs J. Clénet et J.N. Demol (2002, p. 102) distinguent trois pôles dans l'alternance :

Schéma n°1 : « *Représentation macroscopique de l'alternance* » (J. Clénet, J.N. Demol, 2002, p. 102)



- Le pôle institutionnel (macro-environnement) : Les deux institutions que sont l'institut de formation et les lieux de stage sont des lieux de formation avec des cultures, des finalités et des logiques différentes. Pourtant l'alternance suppose qu'ils travaillent ensemble malgré d'inévitables mises sous tension. Des référents de stage sont ainsi identifiés dans les IFSI afin d'améliorer la coopération.
- Le pôle organisationnel (méso environnement) : Les deux lieux de formation ne peuvent s'ignorer. Grâce à leur partenariat, les deux lieux de formation doivent définir ensemble les modalités de formation. « *Aussi, l'organisation de l'alternance en situation articule ce qui est de l'ordre des institutions, des acteurs, de la pédagogie et de la didactique. Cette organisation ne va pas de soi* » (*Ibid.*, p. 103).
- Le pôle actoriel (micro environnement) : l'étudiant va donc être partagé entre les deux systèmes que sont l'IFSI et les lieux de stage. Il va donc être nécessaire que l'étudiant s'adapte à ces deux lieux. En tant qu'acteur de sa formation, l'étudiant va faire un travail sur soi, construire son projet personnel, faire évoluer ses représentations et construire ses savoirs.

Ces trois pôles évoluent chacun selon leurs propres logiques mais ils travaillent ensemble pour favoriser les conditions d'apprentissage de l'étudiant. Ils sont donc dépendants les uns des autres. Les pôles vont se prendre en compte mutuellement pour évoluer ensemble.

Cela signifie que pour la formation infirmière les trois pôles vont co-agir et co-construire avec comme objectif central l'apprentissage des étudiants. Afin que l'alternance vive, elle « se doit de relier ce que l'histoire a séparé, à savoir les institutions, les hommes, les savoirs et les apprentissages, selon une logique du tiers inclus, où les frères ennemis se parlent » (A. Geay, J.C. Sallaberry, 1999). Prendre en considération l'autre, comprendre son fonctionnement et travailler de concert sont donc les maîtres mots d'une alternance réussie même si des ajustements sont toujours possible.

## 2. Les différents types d'alternance

Pour définir ces différents types d'alternance, nous allons nous appuyer sur les travaux de G. Malglaive qui en distingue trois (1993, p. 26-28) :

### - L'alternance juxtapositive ou inductive

L'étudiant partage son temps entre deux lieux de formation sans qu'il n'y ait de lien entre les différents acteurs. La difficulté pour l'étudiant est le fait qu'il soit fréquemment soumis à des ruptures lors des passages entre l'un et l'autre lieu d'apprentissage et qu'il est l'impression de vivre dans deux mondes décalés.

Ce type d'alternance est retrouvé dans le programme de 1972 où il n'y avait pas de liens entre théorie et pratique et où l'étudiant agissait par mimétisme.

### - L'alternance approchée ou déductive

Dans ce type d'alternance, les partenaires font en sorte que l'entreprise soit le lieu d'application des connaissances acquises à l'institut de formation. Toutefois la façon dont l'étudiant s'y prend pour apprendre et les liens qu'il peut faire entre les deux lieux de formation ne sont pas abordés entre les partenaires. On peut donc se poser la question de la réelle place laissée à l'étudiant.

### - L'alternance réelle ou intégrative

Elle est le contraire de l'alternance juxtapositive. Des liens sont établis entre les deux lieux de formation par notamment l'utilisation d'expériences mutuelles. Comme le souligne J. Clénet (1998, p. 34), « Un des principes de l'alternance est de permettre l'action en vraie grandeur, où le sujet pourra construire ses propres expériences ». L'étudiant s'approprie donc des savoirs théoriques et pratiques qu'il va transformer en compétences professionnelles. C'est ce type d'alternance qui est sous tendu dans le référentiel de 2009.

Les deux lieux de formations, qui sont régis par des logiques différentes (logique de production pour les lieux de stage et logique de formation pour les instituts), ont un intérêt commun : celui de favoriser l'apprentissage de l'étudiant par le développement de compétences.

La difficulté pour l'étudiant infirmier est de trouver sa place dans ce système complexe. L'enjeu pour lui est de devenir un professionnel compétent et autonome. Il va essayer de trouver du sens en s'interrogeant sur le pourquoi et le comment des actions menées. Pour cela des situations de soins sont exploitées en formation et inversement.

Les personnes interviewées lors des entretiens s'accordent sur cette nécessité, cependant un écart existe avec la réalité. En effet, les moments de rencontre entre les formateurs-étudiants-tuteurs sont disparates d'un IFSI à un autre. Les équipes pédagogiques de certains IFSI ont fait le choix de se déplacer à chaque stage alors que d'autres IFSI ont décidé de s'y rendre moins souvent. Comment l'étudiant peut-il faire le lien entre les 2 lieux de formation et ainsi développer des compétences sans ces rencontres ?

Pour Malglaive (1993, p. 26-28), « *la formation négociée, co-gérée par le centre de formation, les responsables des lieux d'exercice professionnel et les stagiaires, implique effectivement responsabilisation et conduite avec aménagement, d'un processus de formation articulant réellement savoirs scientifiques et techniques, savoirs pratiques et découverte progressive de la complexité des actions à mener par les membres du groupe et de la formation.* ». D'où la nécessité de renforcer la co-construction d'une pédagogie de l'alternance entre les deux lieux de formation dans une relation de réciprocité.

### **3. Vers une pédagogie de l'alternance**

Dans le référentiel en soins infirmiers, l'alternance est un système d'interface entre l'institut de formation et le terrain de stage s'articulant autour de quatre dimensions d'après A. Geay (1998, p. 56) s'inspirant de G. Lerbet.

#### **- Une dimension institutionnelle**

Dans ce cadre, la formation doit être organisée et inscrite dans une dynamique de partenariat. Les partenaires sont engagés dans un projet commun et doivent avoir des responsabilités conjointes.

- **Une dimension didactique**

Elle repose sur une logique d'apprentissage inversée. Les situations rencontrées sont exploitées afin de construire des savoirs interdisciplinaires au regard de la situation. Il y a volonté d'un rapprochement des deux lieux de formation.

- **Une dimension pédagogique**

Elle renvoie à la transformation de l'expérience en connaissances. Elle suppose une collaboration étroite entre formateur et tuteur afin de favoriser une co-construction des savoirs. Dans chacun des lieux l'étudiant va partager le savoir qu'il a acquis dans l'autre système. « *Le tutorat s'inscrit dans cette dimension en proposant une triangulation entre l'apprenant, le formateur et le tuteur* ». (H. Menaut, 2013, p. 59). Il y a donc nécessité d'une cohérence pédagogique.

- **Une dimension personnelle**

L'étudiant va construire son apprentissage. L'alternance va favoriser le développement de son autonomie dans sa professionnalisation et ainsi le rendre acteur et responsable de sa formation.

### **Conclusion partielle**

L'alternance est donc un élément incontournable des dispositifs de formation. Il permet de conduire l'étudiant à sa professionnalisation. L'alternance met en œuvre une succession de périodes de formations théoriques et pratiques où vont naître plusieurs types d'alternance. Juxtapositive dans le programme de 1972 par deux temps bien distincts de formation, elle tend à devenir intégrative avec le référentiel de 2009. En effet l'enchevêtrement des deux périodes de formation permet à l'étudiant de donner du sens à sa pratique et ainsi de faire des liens entre les différentes logiques d'apprentissage.

Dans les formations en alternance, cette dernière ne doit pas être seulement considérée comme un rapprochement théorie-pratique, mais elle doit aussi permettre la construction de partenariats entre les différents lieux de formation. D'ailleurs d'après M. L. Bougès (2011, p. 65) « Le caractère intégratif de l'alternance est attribué à l'organisation partenariale ». Le lien théorie-pratique doit ainsi se construire dans un rapport de collaboration et de réciprocité entre les deux lieux de formation. Comment construire un partenariat autour d'un projet commun avec des logiques contradictoires ?

## Chapitre 9 : Le partenariat

La pédagogie de l'alternance permet donc à deux mondes différents (les instituts de formations et les établissements hospitaliers) de se rencontrer et de construire des liens par l'intermédiaire d'un partenariat.

### 1. Le partenariat : à la recherche d'un but commun

D'après le dictionnaire encyclopédique de l'éducation et de la formation, le partenariat est mot récent, qui date de 1987, et auquel plusieurs significations sont données dont « *se mettre ensemble contre un adversaire* » et, pour le partenariat dans la formation « *se mettre ensemble pour quelque chose* ». Donc cette approche étymologique souligne l'ambivalence de la relation d'opposition par rapport à celle de coopération. La relation partenariale se trouve donc entre « travailler ensemble » et « agir l'un contre l'autre ».

Landry et Mazalon (1997, p. 37) définissent ainsi le partenariat : « *un mode de collaboration entre des organisations et leurs acteurs respectifs pour réaliser une activité commune* ».

J. Clénet et C. Gérard (1994, p. 15), vont plus loin et pour eux, « *Mettre en place un partenariat, c'est construire de nouveaux rapports entre les organisations (ou institutions) et entre les acteurs de ces organisations* ». La mise en place de l'action partenariale n'est pas si simple à réaliser.

### 2. Les niveaux de partenariat : du service à la réciprocité

Plusieurs niveaux de partenariat peuvent être définis. Appuyons-nous sur les travaux de Landry et Mazalon (1997, p 45-46) qui répertorient trois niveaux de partenariat école/entreprise en fonction de la durée de la relation, de la position des acteurs et du degré des acteurs engagés.

- *Un partenariat de service* où l'école est en position de demandeur vis-à-vis de l'entreprise. Un acteur de l'entreprise va s'impliquer à titre individuel afin d'aider les jeunes à trouver un emploi. « *L'école est à la merci de l'implication des acteurs de l'entreprise et adopte une relation de dépendance envers celle-ci* ». Ce type de partenariat favorise les relations interindividuelles et néglige les relations formelles entre les organisations.

- *Un partenariat négocié* où « l'entreprise joue le rôle de demandeur de main d'oeuvre et l'école celui de fournisseur » (Ibid., p. 45). Au-delà des relations interindividuelles se développe une collaboration et une confiance.
- *Un partenariat de réciprocité* dans lequel après quelques années de collaboration, les deux lieux de formation envisagent la relation sous l'angle de la réciprocité. Les compétences et la place de chacun sont reconnues par l'autre dans la formation.

Afin d'établir un partenariat, une condition est essentielle. Chaque partenaire doit disposer « *des pouvoirs et de la marge de manœuvre requis pour prendre des décisions en vue de réaliser le projet commun* » (Conseil Supérieur de l'Education, 1995, cité par Landry, C. et Mazalon, E., 1997, p. 47).

Pour développer un partenariat, il semble nécessaire qu'il y ait un partenariat horizontal (avec un consensus au niveau des décideurs et des acteurs) dans un but de respect mutuel et, un partenariat vertical (entre les décideurs et les acteurs des différents milieux) pour limiter les incompréhensions et les écarts entre le discours et l'action.

Si l'étudiant n'est pas pris en compte ici, il ne faut pas oublier qu'il est souvent à l'origine du partenariat et il semble donc indispensable de le compter comme acteur du partenariat.

### **3. L'action partenariale**

Faisons ici référence à C. Mérini (1999, p. 75-76) qui décrit 5 principes essentiels à l'action partenariale.

- « *le principe de besoin* » : le formateur est ainsi convaincu que l'action partenariale apporte un bénéfice à la formation.

-« *Le principe d'association* » : Les différents acteurs du partenariat doivent partager des valeurs, des objectifs et développer un but commun. Cependant chaque acteur peut néanmoins avoir des buts individuels non partagés.

-« *Le principe d'interacteur* » : chaque acteur rentre dans le système partenarial « *à des titres et des raisons différentes* ». D'où une complexification des interactions partenariales.

- « *Le principe de rupture* » : C'est sortir d'un système de formation en alternance opposant théorie et pratique et entrer dans un dispositif « pluriel » qui semble plus complexe à organiser mais néanmoins plus pertinent en terme de formation.

- « *Le principe de risque* » : Il est le résultat du principe précédent. C'est-à-dire qu'il repose sur l'altérité. Il convient donc de « *s'exposer au regard de l'autre, à l'incertitude de la situation* » pour ainsi s'interroger sur soi et accepter de se remettre en question.

Dans l'action partenariale, nous sommes ainsi dans une relation asymétrique. « *Le respect de l'asymétrie implique une pleine reconnaissance de la réciprocité ; c'est à partir de cette reconnaissance que se fonde une véritable alliance [...]* » (A. Aymard, 2006, p. 14). Ces principes nous interrogent sur la nécessité de nouveaux rapports entre les partenaires.

#### **4. La construction de nouveaux rapports**

C'est C. Maroy (1997, p. 30) qui reprend l'idée de C. Landry sur « *la nécessaire entente de départ, l'égalité des partenaires* » pour que l'on puisse parler de « *vrai partenariat* ». Le partenariat « *résulte d'une entente réciproque entre des parties qui, de façon volontaire et égalitaire, partagent un objectif commun et le réalisent en utilisant de façon convergente leur ressources respectives* ».

Toutefois d'autres auteurs nuancent leurs propos en mettant en lumière l'intérêt pour les partenaires d'avoir des « *divergences de valeurs* » (*Ibid*, p. 30). C'est Zay qui défend l'idée que chaque partenaire doit garder ses objectifs propres tout en ayant un objectif commun. D'où la nécessité d'une coopération mais qui peut être conflictuelle.

Néanmoins même s'il y a des nuances dans la conception du partenariat, force est de constater qu'un partenariat doit se construire « *surtout à partir de la base et avec l'appui et le soutien des institutions et organismes concernés* » (C. Landry, E. Mazalon, éducation permanente n°131, p. 47) D'ailleurs d'après les interviews de la partie empirique, nous avons constaté des différences entre les partenariats suivant les divers lieux de formation. Pour l'un, le partenariat était faible voire inexistant et pour un autre, un réel partenariat existait.

Pour construire un partenariat, il faut donc des échanges et des relations qui vont bien au-delà de la simple collaboration. Les acteurs vont s'organiser en réseau de personnes et inventer, concevoir et réaliser « *ensemble des actions (activités pédagogiques par exemple, outils...)* » (*Ibid.*, P. 53). Le fonctionnement de ce réseau repose sur quatre critères (*Ibid.*, p. 53-54) :

- « *Une reconnaissance mutuelle* » fondée sur l'idée de réciprocité. C'est d'ailleurs ce qu'ont exprimé la majorité des cadres de santé formateurs et de terrains interviewés. C'est-à-dire une reconnaissance mutuelle des compétences de l'autre ;

- « *Une communication* » avec des non-jugements, de l'écoute et un « regard positif sur le cheminement de l'autre » ;
- « *La confiance et le respect mutuels* » en acceptant les différences des uns et des autres ;
- « *La mise en œuvre d'un projet commun* » qui va ainsi coordonner les différentes logiques des acteurs.

La construction de ces rapports se fait dans un environnement complexe avec des logiques différentes (logique de formation, logique soignante, logique d'action) où chacun doit y retrouver son identité. Cette idée est renforcée par A. Geay (1998, p. 59) lorsqu'il dit que « *le partenariat est [...] un problème d'identité et de reconnaissance de l'identité de l'autre* ».

## 5. Les différents partenariats

Afin d'aborder les différents types de partenariats appuyons-nous sur les travaux de J. Clénet et C. Gérard (*Ibid*, p. 57) qui identifient cinq types de partenariats en s'inspirant de Havelock et de Huberman :

- « *La relation* » qui est qualifiée de proximité sans réelle identification de l'autre
- « *La connexion* » avec des échanges d'idées et des relations plus nombreuses
- « *La cohésion* » avec l'adhésion des acteurs à un projet commun ainsi qu'un sentiment d'appartenance
- « *La connexion dynamique* » avec une différenciation des rôles et la réalisation de tâches communes
- « *La cohésion dynamique* » avec résolution de problème et un sentiment d'appartenance à un système vivant complexe

D'après certains cadres interviewés, les partenariats ressentis entre les IFSI et les terrains de stage s'étendraient du partenariat relation pour MdS1 au partenariat connexion dynamique pour MdS3. Pourtant ces deux maîtres de stage coopèrent avec le même IFSI. Comment se fait-il que le partenariat soit vécu différemment ?

Les partenariats IFSI/terrains de stage sont une exigence de l'alternance et du nouveau référentiel. Chaque institution va créer ainsi de manière singulière ses partenariats avec les terrains de stage en utilisant des stratégies et des moyens différents.

## 6. La complexité de la relation

Von Bertalanffy (1972, p. 25) définit le système comme « *un ensemble formé d'éléments en interaction qui entretiennent des rapports réciproques avec l'environnement, ce qui occasionne des modifications internes.* » Ainsi l'approche systémique va s'intéresser aux interactions, aux relations entre le système et l'environnement et entre les éléments qui constituent le système.

Afin de mieux appréhender le système partenarial, J. Clénet et C. Gérard (Ibid, p. 65-66) identifient, d'après les travaux de J.L Le Moigne, trois sous systèmes qui sont dépendants l'un de l'autre:

- Le système d'opération qui constitue les actions de formation et les interactions entre les différents acteurs (étudiant-formateur-tuteur).
- Le système d'information qui est l'interface des deux autres systèmes. Il va permettre de prendre en compte les projets et les finalités des différents partenaires.
- Le système de pilotage qui est constitué dans notre cas par les acteurs des instituts et des établissements et que l'on peut assimiler à « *l'organe fondateur des relations partenariales* ».

E. Morin (2005) propose le paradigme de la complexité. Plus il y a d'éléments dans un système, plus il va y avoir de liaisons entre ces éléments et entre ceux-ci et l'environnement. C'est ce tissage qui va créer la complexité.

La relation qui va lier deux acteurs est « *une relation de communication* » selon J.L. Boutte. Il s'inspire des travaux d'Ardoino et précise que la communication est « *non seulement un échange d'informations entre émetteur et récepteur mais aussi un processus relationnel potentiellement habité de conflits, de négociations, d'interprétations réciproques, [...] de rétroactions et de boucles récursives* ». Dans une relation chacun devient émetteur et récepteur et devient donc actif, réactif et interactif.

Communiquer doit permettre de comprendre le sens. C'est-à-dire que dans les échanges il n'y a pas que du signifiant mais aussi du signifié. Ainsi les acteurs doivent donc se comprendre pour agir.

Pour cela, si l'on reprend la pensée Rogérienne (1972, p. 94), « *lorsque la personne s'accepte elle-même, elle est beaucoup plus libre d'entendre et de comprendre autrui et être proche de lui* ». Ainsi la première étape semble être l'acceptation de soi. Certaines qualités d'attitudes doivent exister telle que « *l'authenticité* » (ou « *congruence* »), la

*« considération positive inconditionnelle », et la « compréhension empathique », qualités que l'on attend du thérapeute, mais qui, dans la mesure où elles favorisent une relation dont l'objectif est d'aider à grandir, restent pertinentes dans le cadre des relations éducatives prises dans un sens large » (F. Lerbet-Séréni, 1994, p. 21).*

## **Conclusion partielle**

Pour être riche, une formation en alternance doit donc s'inscrire dans un partenariat entre les différents acteurs où il y aura un partage de pouvoir dans un respect mutuel et une reconnaissance du travail de l'autre. La construction de nouveaux rapports va donc se faire progressivement.

Dans une formation en alternance, le partenariat convient donc d'associer tous les acteurs, c'est-à-dire dans notre situation, les professionnels des instituts de formation, les professionnels des terrains de stage et l'élément qui nous semble indispensable l'étudiant. Mais la complexité des changements autour de l'alternance, des relations partenariales et des nouveaux paradigmes pédagogiques nécessiterait certes un accompagnement de l'étudiant dans les deux lieux de formation mais également un accompagnement des professionnels des différents lieux.

## Chapitre 10 : L'accompagnement

Nous nous proposons tout d'abord de découvrir l'étymologie et l'historique du concept. Ensuite nous définirons les trois modèles d'accompagnement ainsi que les différentes pratiques d'accompagnement décrits par M. Paul (2004). Puis nous terminerons, au travers de différents auteurs tels que G. Le Bouëdec, A. Du Crest ou J-P Boutinet sur le sens et la posture de l'accompagnement.

### 1. L'étymologie

Le verbe accompagner se découpe en trois parties : « ac » qui signifie le mouvement, vers ; « com » venant de cum, signifiant avec et « pagn » venant de panis qui veut dire pain et symbolisant le partage. Comme le souligne J.N. Demol (2009, p. 6), « *le compagnon, celui qui accompagne serait symboliquement celui qui partage le pain avec l'autre* ». L'idée de mouvement étant également présent, accompagner montre aussi le chemin que l'on peut faire ensemble.

### 2. L'historique de l'accompagnement

D'un point de vue historique, l'« accompagnement » dans le monde de l'éducation est une pratique qui se retrouve déjà dans l'Antiquité. A cette époque, il fait référence à l'esclave (désigné comme pédagogue) qui conduit les jeunes vers le savoir. Son rôle premier était un facilitateur.

Socrate (469-399 av JC), quant à lui, accompagnait l'esclave dans la construction des savoirs par un jeu de questions-réponses. Il procédait à « *l'art d'accoucher les esprits* » (J.N. Demol, 2009, p. 6) ou encore appelé la maïeutique. Socrate permettait ainsi à l'esclave d'accéder à la connaissance en suscitant chez lui le questionnement. Dans la formation infirmière actuelle, c'est ce qui pourrait être rattaché à la posture réflexive et au développement de compétences chez l'étudiant.

Puis au fil du temps, le terme « accompagnement » est employé dans de multiples domaines (G. Le Bouëdec, 2013, p. 23-24) :

- A l'époque de la « *cour royale* » où accompagner signifiait exprimer de la considération.

- Au XVème siècle, l'accompagnement rejoint le domaine musical et se traduit par « *faire harmonie* », « *mettre en valeur* ».
- Dans l'aéronautique, la « *mission d'accompagnement consiste [...] à escorter* ».
- Dans les chemins de fer, le personnel qui accompagne est celui qui veille au bon fonctionnement du matériel.

Puis l'évolution de la société depuis les années 70 avec notamment comme le souligne J.N. Demol (2009, p. 7-8) :

- « *La remise en question des intégrateurs sociaux comme la réussite scolaire facilitatrice d'intégration socioprofessionnelle* »
- « *La fragilité des repères de la famille* »
- « *Le choc pétrolier de 1975 qui entraîne une récession* » et un chômage multiplié par 6
- « *La chute du mur de Berlin* » en 1989 avec l'écroulement des idéologies et la montée de l'individualisme
- « *Des mutations économiques et techniques* » avec « *une crise d'autorité familiale et scolaire* » qui entraîne le développement de l'autonomie.

Avec tous ces bouleversements, ces changements, ce futur incertain, les personnes ont besoin d'être aidées, accompagnées. D'où, comme le souligne M. Paul (2004, p. 7-10), la prolifération de cette notion d'accompagnement depuis les années 90 et l'utilité de travailler sur le sens de ce mot et d'essayer d'en définir les contours. L'accompagnement a évolué avec les temps et on ne peut plus le penser comme il y a 20 ans (*Ibid*, p. 23).

On parle d'accompagnement de fin de vie, de projet... ; mais ces différents types d'accompagnement ont engendré différentes pratiques d'accompagnement (coach, tuteur, mentor, conseiller...). L'accompagnant va devoir combiner ces différentes postures en fonction des situations afin de guider l'accompagné dans la direction que ce dernier a choisi.

L'une des finalités du référentiel de formation en soins infirmiers de 2009 est d'amener l'étudiant à « *devenir un praticien autonome et réflexif* » (annexe III de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au Diplôme d'Etat Infirmier). Dans ce cas l'étudiant va effectuer des choix pour arriver à cet objectif. L'accompagnant va donc prendre différentes postures en fonction des choix qui auront été fait par l'étudiant.

### 3. Les trois modèles d'accompagnement

Afin de mieux comprendre ce qu'accompagner veut dire, appuyons-nous sur les trois modes traditionnels de l'accompagnement décrits par M. Paul (2004, p. 165-217)

#### 3.1. L'initiatique (Homère)

L'accompagnement va provoquer un changement, une transformation par le biais de rites de passages. L'initié va devenir un membre actif de sa communauté. Ce type d'accompagnement est très ancien, il est évoqué par Homère dans L'Iliade et L'Odyssée. Au terme de son voyage, l'initié va devenir à son tour initiateur. On peut dire que le compagnonnage est le successeur de ce modèle.

#### 3.2. La maïeutique (Socrate et Platon)

« *Connais-toi toi-même et tu connaîtras l'univers et les Dieux* », le but recherché est d'aider les hommes à « *accoucher d'eux-mêmes* ». L'accompagnement se fait au travers d'un dialogue où les deux personnes cherchent ensemble et se trouvent réciproquement. M. Paul (*Ibid.*, p. 196) l'illustre bien « *c'est avant tout deux hommes communiquant entre eux « qui cherchent et se cherchent » et se trouvent « à la fois différents et semblables »* ». Avec une prise de recul, l'accompagné va devoir mobiliser ainsi ses propres ressources.

#### 3.3. La thérapeutique (Hippocrate)

Le principe du serment d'Hippocrate est « *primum non nocere* » ce qui veut dire « *premièrement ne pas nuire* » (*Ibid.*, p. 213). Ici, il est primordial de chercher à mobiliser les ressources de la personne face à un dysfonctionnement. Il est important de la rendre actrice et ne pas se substituer à elle en lui apportant un remède.

Ces différentes formes d'accompagnement renvoient à différents concepts :

- L'intégration, la socialisation et l'autonomisation dans l'accompagnement initiatique
- L'autonomisation dans la maïeutique
- L'individualisation dans le thérapeutique puisque, à chaque malade va correspondre un remède

## 4. Les différentes pratiques d'accompagnement

M. Paul énonce et décrit différentes pratiques d'accompagnement (coaching, counselling, conseil, médiation, sponsoring...). Pour elle l'accompagnement réside dans la capacité à combiner ces pratiques afin de s'adapter à de nouvelles situations. Parmi les différentes pratiques d'accompagnement développées par M. Paul, nous avons fait le choix d'aborder le compagnonnage et le tutorat. En effet ces pratiques ont été ou sont encore d'actualité dans la formation infirmière.

### 4.1. Le compagnonnage

Il peut se définir par la réunion de personnes de même métier avec pour vocation la transmission de savoirs. Cette forme d'accompagnement « [...] consiste à stimuler en chacun ce qu'il a de meilleur, à le « tirer vers le haut » [...] » (Ibid. p49). L'accompagnement est fondé sur « la relation entre le maître et le novice sur le mode de la solidarité intergénérationnelle ». Le compagnon ainsi formé « [...] s'engage à son tour à « transmettre » » (Ibid., p. 49). Le compagnonnage suit les étapes d'un processus d'initiation et peut donc être attaché au modèle d'Homère cité précédemment. Cette forme d'accompagnement était plus présente dans la formation infirmière de 1992. L'infirmier référent transmet un savoir à l'apprenti et celui-ci fait de même après son diplôme.

### 4.2. Le tutorat

Attardons-nous ici sur ce terme qui est repris dans le référentiel de formation de 2009.

#### 4.2.1. Historique et définition

Le tutorat est apparu au début du 19<sup>ème</sup> siècle dans l'enseignement primaire. Désormais il a largement pénétré le milieu de l'enseignement supérieur et professionnel. Suite à la loi du 24 février 1984 portant sur la réforme de la formation professionnelle continue, le terme tutorat émerge au sein des entreprises. M. Paul (2004, p. 36-37) reprend les propos de Savary (1985) pour définir le tutorat dans une double dimension : « une relation d'aide entre deux personnes pour l'acquisition des savoir-faire et l'intégration dans le travail » et comme élément d'un dispositif visant à « rendre le travail formateur et l'organisation intégratrice ».

La conception du tutorat a évolué au fil du temps. Selon J.M Barbier (1996) cité par H. Menaut (2013, p. 67), le tutorat peut être défini comme « l'ensemble des activités mises en œuvre par des professionnels en situation de travail en vue de contribuer à la production

ou à la transformation de compétences professionnelles ». Le référentiel de formation en soins infirmiers de 2009 confère au tuteur une fonction de formateur et non plus d'encadrant.

#### **4.2.2. Le tuteur dans le référentiel de formation**

Dans le référentiel de 2009 (Berger-Levrault), le rôle du tuteur est instauré et défini :

- Il « *représente la fonction pédagogique* »
- C'est un professionnel expérimenté qui a développé des capacités ou des compétences spécifiques et qui a l'intérêt pour l'encadrement des étudiants
- « *Il connaît bien les référentiels d'activités, de compétences et de formation des étudiants qu'il encadre* »
- Il « *assure un accompagnement des étudiants et évalue leur progression lors d'entretiens réguliers* »
- Il « *a des relations régulières avec le formateur de l'IFSI, référent de stage* »
- Il « *évalue la progression de l'étudiant dans l'acquisition des compétences après avoir demandé l'avis des professionnels de proximité* ».

Face au changement de paradigme pédagogique, le tutorat ressemble plus à un accompagnement tutorial qu'à un encadrement de stage.

#### **4.2.3. L'accompagnement tutorial**

Dans le référentiel infirmier de 2009, « *L'approche par compétences ne prend sens que dans cette volonté de construction des savoirs et des compétences et par l'immersion dans les situations de soins* » (H. Menaut, 2013, p. 33). Néanmoins ceci doit s'accompagner d'un travail de retour sur l'expérience afin de permettre une conscientisation par l'étudiant de « *ses schèmes d'action* » (Ibid, p. 33). Les situations de travail vont devenir des situations d'apprentissage et de développement de compétences. Le tuteur passe d'une fonction de modèle à une fonction de facilitateur. Il apporte une aide psychologique et pédagogique en amenant l'accompagné à se questionner, à analyser et à comprendre la situation d'apprentissage dans laquelle il se trouve. Ce changement de paradigme pédagogique modifie le rôle des tuteurs. Sa mission première n'est plus de transmettre son expérience et ses connaissances mais c'est « *avec les autres acteurs de la formation, de faciliter la construction des compétences de l'étudiant par une mise en dialogue de l'expérience singulière de celui-ci* ». (H. Menaut, p. 33). Les tuteurs devenant ainsi des formateurs, il semble être nécessaire qu'ils développent des compétences à l'accompagnement tutorial.

Les tuteurs doivent mobiliser différentes compétences : « *relationnelles (accueillir, soutenir, suivre...), pédagogiques (former, transmettre, évaluer...), organisationnelles (négocier, organiser, coordonner...)*. Ainsi le tutorat exige t-il une constellation de savoir-faire, attitudes et connaissances, directement adaptés aux besoins des personnes qu'ils ont la charge d'accompagner. » (M. Paul, 2004, p. 39). Etre tuteur ne s'improvise donc pas comme l'ont souligné F2 et MdS3.

Les compétences des tuteurs se situent à deux niveaux (A. Geay, 1998 p 170). Le premier niveau est la « *transmission des savoirs professionnels* » où le tuteur va devoir être conscient de ses connaissances « *pour le(s) transmettre sous formes d'explicitations en situation de travail* ». Le deuxième niveau va être de rendre le travail formateur en mettant l'étudiant dans des situations « *riches et formatrices* ». C'est ainsi que l'étudiant va acquérir de l'expérience et ainsi développer des compétences.

D'après les entretiens réalisés dans la phase empirique, des écarts existent entre le réel et le prescrit. Nous aborderons dans la troisième partie, des pistes de réflexion afin de gérer cet écart.

## **5. Quid de l'accompagnement ?**

Comme nous l'avons vu, beaucoup de termes se rapportent à l'accompagnement, il est donc difficile d'en donner une définition. Toutefois dans le dictionnaire de la formation et du développement personnel (1996), l'accompagnement désigne « *une fonction qui, dans une équipe pédagogique, consiste à suivre un stagiaire et à cheminer avec lui durant une période plus ou moins brève afin d'échanger à propos de son action, d'y réfléchir ensemble et de l'évaluer* ».

Dans le référentiel de formation de 2009 (p. 52), le concept d'accompagnement est sous entendu dans la posture pédagogique et dans la description du rôle des acteurs de stage. Ainsi, le rôle du formateur est de développer « *des stratégies qui aident l'étudiant dans ses apprentissages [...]* », le tuteur « *assure un accompagnement des étudiants et évalue leur progression lors d'entretiens réguliers* » et le professionnel de proximité « *accompagne l'étudiant dans sa réflexion et facilite l'explication des situations et du vécu de stage [...]* »

L'accompagnement n'est plus ici une transmission de savoirs. Il va permettre à l'étudiant de tirer profit de ses expériences, en se questionnant, en mobilisant et développant ses ressources, dans le but d'élargir ses compétences. Ainsi comme le souligne G. Le Bouëdec (2013, p. 50) « *l'accompagnement ne consiste donc aucunement à transmettre un savoir, à donner des conseils, à faire de l'intervention. Il s'agit de permettre à l'autre de*

*signer ce qu'il vit, de l'endosser avec son style, son rythme, son profil psychologique, ses problèmes et ses interrogations ».*

D'après les différents auteurs cités auparavant, l'accompagnement serait plutôt considéré comme un art que l'on apprend en le pratiquant et en l'ajustant au fil de nos expériences. D'après M. Paul (2004, p. 59), l'accompagnement renvoie à quatre idées :

- « *une idée de secondarité* » où l'accompagnateur est un collaborateur, un assistant laissant l'accompagné devant.
- « *un effet d'ensemble* » : la relation entre les deux protagonistes forme une unité
- « *une idée de cheminer* » : pour progresser, il faut aller dans la même direction, au même rythme et franchir des étapes
- « *une idée de transition* » : où l'accompagnement va évoluer dans le temps suivant le cheminement de l'accompagné. Pour cela, l'accompagnement va occuper différentes postures.

L'étudiant est amené à devenir auteur de sa formation. Cela sera favorisé par un accompagnement tout au long de sa formation aussi bien à l'IFSI que sur les lieux de stage.

Le concept d'accompagnement évolue. Il est désormais important de tenir compte de la singularité de la personne pour l'accompagner. Quelle posture adoptée ?

## **6. La posture d'accompagnement**

L'accompagnement pourrait être résumé par une relation où l'accompagnant laisserait cheminer l'accompagné en le questionnant et en lui laissant un maximum de place. Toutefois la posture de l'accompagnement est beaucoup plus complexe que cela. C'est une activité singulière. L'accompagnant est à l'interface entre l'accompagné et l'institution.

Comme le souligne Le Bouëdec (2013), il est favorable que l'accompagnant soit volontaire ; il va donner du temps, se mettre en posture d'écoute, créer une alliance avec l'accompagné. Comme le résume S. Biémar (2012, p. 22) « [...] *la posture de l'accompagnateur se traduit par des attitudes de base qui lui permettent d'adopter une posture tierce auprès de l'accompagné : respecter une déontologie, accepter sa fragilité, être congruent, accepter l'incertitude, donner une place à l'accompagné, avoir le souci de le rendre autonome, faire confiance* ».

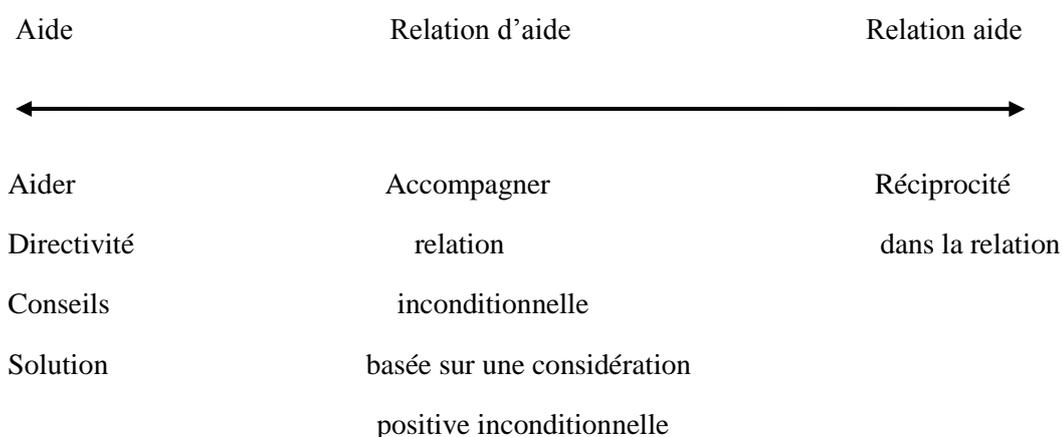
L'accompagnement n'est donc pas inné. Il faut le penser. D'ailleurs J.P. Boutinet (2008, p. 6) précise que « *penser l'accompagnement c'est donc penser la relation*

*d'accompagnement, cette relation faite d'une quasi horizontalité entre deux personnes au statut voisin* ». L'accompagnant et l'accompagné vont donc faire fi de leur statut. Comme le fait remarquer J.P. Boutinet (*Ibid.*, p. 7) : « *penser l'accompagnement, c'est faire fi d'une situation hiérarchique déclarée pour se situer dans une horizontalité plus informelle aux allures paradoxales, au sein de laquelle une égalité de surface entre les personnes impliquées masque un déséquilibre de fait entre le confort existentiel de l'une et celui plus problématique de l'autre* ». Il est donc essentiel de se centrer sur l'étudiant, cet être singulier, et oublier nos attentes.

Toutes ces attitudes vont être ajustées en fonction de l'accompagné et des situations dans laquelle il se trouve. Il est nécessaire que l'accompagnant puisse trouver une distance idéale pour que l'accompagné trouve sa place. Il est celui qui reste au second plan, il permet à l'accompagné de cheminer en le questionnant afin de favoriser son épanouissement et d'être auteur et acteur de son projet.

L'accompagnant va donc aider l'accompagné dans son cheminement. V. Kaczmarek-Cabaret (2012, p. 168) partage « *la conception de J. Limoges qui nuance l'aide apportée dans l'accompagnement et introduit la notion de réciprocité dans la relation (cf schéma n°1). Nous différencions ainsi la relation qui aide de la relation d'aide utilisée principalement dans un cadre thérapeutique, si l'on prend la référence de C. Rogers (1968). Dans l'accompagnement en formation le chemin se réalise « côte à côte » sans objectif préalablement défini ; l'accompagnant et l'accompagné s'enrichissent mutuellement de la relation* ».

Schéma n°2 : « *entre aider et accompagner* » (V. Kaczmarek-Cabaret, 2012, p.168)



Les bouleversements qu'ont créés le nouveau référentiel de formation 2009, notamment auprès des professionnels des services de soins, demandent un accompagnement des changements. D'après A. Du Crest (2013, p. 76) « *on ne peut former les accompagnateurs qu'en les accompagnant* ». Il semble donc primordial d'accompagner les professionnels des services de soins afin que ceux-ci puissent, à leur tour, favoriser l'accompagnement des étudiants en soins infirmiers.

Pour ce faire, il serait favorable que chaque professionnel conscientise sa propre conception de l'accompagnement, ce qui viserait « [...] *(le) partage de nos propres valeurs, (l') autonomisation et (la) responsabilisation [...]* » M. Beauvais (2009, p. 234).

### **Conclusion partielle**

Le terme accompagnement se retrouve dans de nombreux secteurs professionnels. Néanmoins, comme le souligne M. Paul (2004), il est très difficile d'en comprendre les contours.

En ce qui concerne le référentiel de 2009, nous retiendrons comme forme d'accompagnement le tutorat où le tuteur va ainsi développer des compétences relationnelles, pédagogiques et organisationnelles. L'accompagnement s'inscrit également dans le temps avec un début et une fin. Pour un accompagnement de qualité, la prise en compte de la singularité de l'accompagné est nécessaire.

Vu les exigences que cela demande, on peut dire qu'un accompagnement ne se bricole pas mais qu'il doit s'inscrire dans une réflexion en vue d'une construction. Enfin si l'on reprend les propos d'A. Du Crest (2013), l'accompagnement de l'accompagnant semble nécessaire afin que ce dernier puisse à son tour développer des qualités d'accompagnant.

## Chapitre 11 : Problématique et hypothèse

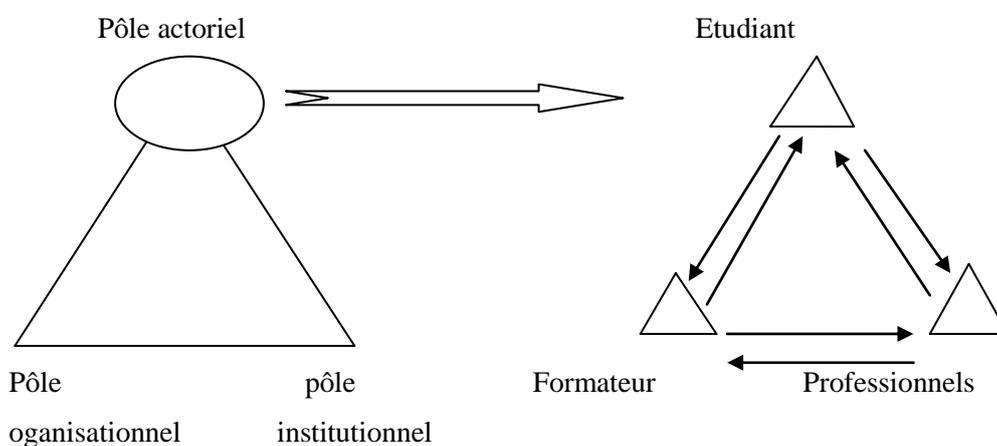
Au départ de ce travail, notre interpellation portait des difficultés que pouvaient rencontrer les tuteurs de stage lors de l'évaluation des compétences des étudiants. Nous avons pu découvrir au cours des entretiens que le référentiel de 2009 avait créé un bouleversement dans les IFSI et sur les lieux de stage. En effet avec l'arrivée d'une approche par compétences, le rôle des différents acteurs a été modifié et les tuteurs ont désormais la responsabilité, à juste titre selon nous, d'évaluer les compétences des étudiants.

Le référentiel de 2009 préconise un renforcement des liens entre IFSI et lieux de stage. Toutefois au travers des entretiens et des lectures nous avons constaté que cela n'était pas si facile à mettre en place.

Après l'étude du cadre contextuel et conceptuel, nous pouvons dire que l'alternance intégrative qui tend à se mettre en place joue un rôle primordial dans l'accompagnement des étudiants par les formateurs et les professionnels de terrain. En effet, c'est cette complémentarité entre les différents acteurs qui va donner du sens à la professionnalisation de l'étudiant. Pour ce faire un partenariat étroit doit s'établir entre les formateurs, les professionnels des lieux de stage et l'étudiant. Mais pour cela chacun doit garder sa propre identité.

En effet au terme de nos recherches nous pouvons reprendre le schéma n°1, de J. Clénet et J.N. Demol sur l'alternance tripolaire, en le complexifiant en faisant un zoom sur le pôle actoriel :

Schéma n°3 : Le pôle actoriel dans l'alternance tripolaire



Le système alternance est un système en tension. Chaque pôle contient d'autres systèmes eux-mêmes en tension. Nous ne pouvons pas prendre en compte uniquement le système de l'alternance, nous devons tenir compte des autres systèmes et de tous les jeux qui s'unissent au sein de ce système.

Nous pouvons ainsi poser la problématique suivante :

**En quoi un partenariat effectif entre les différents acteurs de la formation favorise les apprentissages de l'étudiant ?**

Grâce aux entretiens effectués et aux concepts développés, notre hypothèse au terme de ce travail de recherche est :

**Une co construction entre les différents acteurs de l'alternance est indispensable à l'apprentissage de l'étudiant**

Au regard du chemin parcouru depuis le début ce travail de recherche, nous souhaitons proposer dans la prochaine partie, quelques ouvertures pragmatiques. Pour cela, il nous semble important de faire preuve de distanciation sur ce mémoire avant de mener une réflexion sur ce qui pourrait être proposé afin d'améliorer le partenariat et ainsi gérer l'écart entre l'IFSI et les lieux de stage.

# **QUATRIEME PARTIE :**

## **Décentration et**

### **orientations d'actions**

## Chapitre 12 : Une décentration nécessaire

Ce mémoire est une étape importante dans notre cursus de formation. Il représente une réflexion de dix mois autour d'un thème qui a suscité notre intérêt. Le temps est désormais venu, dans une première partie de faire le point sur notre travail puis dans un second temps, de proposer des orientations d'actions. Celles-ci ne seront pas exhaustives, en effet l'objectif ici, n'est pas de réaliser un catalogue d'actions mais plutôt comment pourrions nous mener, développer des idées qui pourraient renforcer la co construction entre l'IFSI et les services de soins et ainsi consolider le partenariat.

Ce travail est un véritable cheminement dans notre parcours professionnel et personnel. Les différentes rencontres avec les professionnels gravitant autour de l'étudiant ainsi que les nombreuses lectures nous ont permis d'enrichir nos connaissances. Nous avons également réalisé une réflexion sur l'écart entre le réel et le prescrit notamment au niveau du partenariat entre l'IFSI et les lieux de stage.

### 1. Notre cheminement au détour du mémoire

Cinq ans après sa mise en application, les professionnels soignants ont encore des difficultés à s'approprier le référentiel infirmier de 2009. Même si des formations destinées aux tuteurs se sont développées et même si certains IFSI souhaitent que les formateurs continuent de se rendre sur les lieux de stage pour accompagner les étudiants, les professionnels interviewés déplorent le manque de liens entre les deux lieux de formation. Grâce à nos recherches, nous pouvons en déduire que le partenariat qui devait être renforcé par le référentiel de 2009 n'a pas eu l'effet escompté. L'alternance intégrative souhaitée dans la formation infirmière ne peut exister sans « *un pouvoir de former (qui) doit être partagé* » (J. Clénet, C. Gérard, 1994, p. 12).

Un partenariat étroit entre les deux lieux d'apprentissage est fondamental. Pour cela, il est nécessaire d'une reconnaissance mutuelle des acteurs. « *Le partenariat est plus fondamentalement un problème d'identité et de reconnaissance de l'identité de l'autre. C'est ce que veut signifier l'expression « à parité d'estime » quand chacun accepte l'autre tel qu'il est, sans suspicion a priori* » (A. Geay, 1998, p. 59). Chacun doit ainsi connaître son rôle et le rôle des autres acteurs.

Dans ce mémoire, qui est réalisé sur une durée assez courte, nous ne pouvions pas interviewer tous les acteurs de l'alternance et nous avons été contrainte de faire des choix.

## 2. Notre regret de ne pas avoir interviewé tous les acteurs de l'alternance

Durant nos entretiens nous avons fait le choix d'interviewer des tuteurs, des maîtres de stage et des formateurs. Notre regret fut de ne pas avoir pu aller à la rencontre des autres acteurs que sont les professionnels de proximité et bien sûr l'étudiant. La rencontre avec ces derniers nous aurait permis dans un premier temps de découvrir les attentes et les besoins des étudiants. Dans un deuxième temps, cela nous aurait aidé à comprendre comment ils vivent l'alternance ainsi que leur ressenti sur le partenariat entre l'IFSI et les lieux de stage. Et dans un troisième temps, nous aurions pu appréhender leur vécu sur l'accompagnement dont ils bénéficient par les différents acteurs de l'alternance.

Le fait de ne pas avoir interviewé tous les acteurs et de n'avoir pu interroger qu'un petit nombre de personnes (10) est pour nous une limite à notre travail de recherche. Cependant le fait de s'être dirigé vers des IFSI et des établissements différents, nous a permis d'élargir notre vision et d'appréhender une réalité plus large.

## 3. L'apport de la théorie

Au début de ce travail, nous ne soupçonnions pas l'intérêt que nous allions porter à la lecture de notions et de concepts. En effet aller à la rencontre des auteurs, nous a permis d'approfondir nos connaissances en matière d'alternance, de partenariat et d'accompagnement.

Cette démarche que nous n'avions pas l'habitude d'effectuer avant ce mémoire, nous a permis un véritable éclaircissement de certains termes que nous employons couramment sans en connaître la réelle signification. En effet, cela a favorisé une prise de recul sur nos pratiques et d'appréhender les lectures de manières différentes. Les références bibliographiques que nous avons désormais seront un atout notamment lors des accompagnements de travail de fin d'étude que nous effectuons.

## 4. Le devenir de ce travail

Retournant à l'IFSI à la fin du cursus de formation, nous souhaitons que ce travail de recherches ne s'achève pas au terme de ces pages et qu'il puisse prendre une autre dimension. En effet ces dix mois de réflexion, de remise en question, de prise de recul nous

ont confortée dans l'idée qu'il était important de partager ce travail avec nos collègues. Il nous semble important de leur expliquer le sens de ce travail.

Après cette décentration sur notre mémoire, nous nous proposons d'émettre des pistes de réflexion en vue d'améliorer le dispositif actuel ou en faisant preuve d'inventivité afin d'optimiser les actions entre les différents acteurs.

## Chapitre 13 : Le contexte de proposition d'action

Après avoir pris de la distance sur les trois premières parties de ce travail, nous souhaiterions nous projeter dans notre futur exercice professionnel et proposer des orientations d'actions. Avant cela nous voudrions nous appuyer sur les travaux de Thierry Ardouin (2010, p. 24) qui définit l'ingénierie de formation « *comme une démarche socioprofessionnelle où l'ingénieur de formation a, par des méthodologies appropriées, à analyser, concevoir, réaliser et évaluer des actions, dispositifs et/ou systèmes de formation en tenant compte de l'environnement et des acteurs professionnels. Ces actions, dispositifs ou systèmes sont mis en œuvre de manière optimale en vue du développement de l'organisation et des personnes. L'ingénierie de formation (niveau organisationnel) se trouve à l'interface de l'ingénierie des politiques (niveau stratégique et décisionnel) et de l'ingénierie pédagogique (niveau pédagogique)* ». Il semble donc incontournable de prendre en considération le contexte dans lequel nous évoluons. Il est important de tenir compte des ressources à notre disposition. En ce sens T. Ardouin (*Ibid.*, p. 25) affirme qu'il est nécessaire de « *se doter de moyens nécessaires et suffisants pour agir dans les meilleures conditions possibles compte tenu des contraintes de l'environnement* ». L'environnement professionnel dans lequel nous évoluons est donc un élément majeur du système que nous étudions. Pour notre part, nous exerçons dans un institut de formation qui est un IFSI/IFAS<sup>12</sup> qui accueille ainsi des promotions de 100 étudiants en soins infirmiers et 50 élèves aide-soignant. L'équipe pédagogique est constituée d'une directrice, de 19 formateurs et l'équipe administrative, de 4 secrétaires.

L'équipe pédagogique a comme objectif prioritaire de préserver et de développer sa cohésion et sa complémentarité. Pour cela, il existe une organisation transversale. C'est-à-dire que les formateurs ont diverses responsabilités sur l'ensemble du cursus de formation.

- 13 formateurs par groupe de 2, 3 ou 4 sont responsables d'une promotion. Ils sont ainsi chargés de la coordination générale des Unités d'Enseignements, de la construction des Unités Intégratives, de l'organisation des suivis pédagogique et des analyses de pratiques orales.
- Par binôme, tous les formateurs sont responsables de la coordination d'Unités d'Enseignements ou de module de formation aide-soignant
- 6 formateurs sont responsables de missions transversales institutionnelles telles que la gestion des stages, la politique de valorisation institutionnelle et la

---

<sup>12</sup> Institut de Formation Aide-Soignant

coordination des différentes unités d'enseignements et d'intégration afin de renforcer et d'harmoniser les pratiques, de créer du lien et ainsi d'éviter le cloisonnement.

- De plus chaque formateur est responsable du suivi pédagogique d'environ 15 étudiants sur leur parcours de formation, toute promotion confondue.
- Chaque formateur est également référent de différents lieux de stage. Cela permet ainsi à ces derniers, d'avoir un interlocuteur privilégié et ainsi renforcer le partenariat. Le projet de l'équipe pédagogique est d'organiser des regroupements (rencontre étudiant-tuteur-formateur) à chaque stage afin de favoriser les échanges entre les professionnels et ainsi créer une alternance réelle entre les deux lieux de formation.
- La formation continue est assurée par tous les formateurs.

Dans les orientations d'actions que nous souhaitons proposer, il nous semble important dans un premier temps de nous appuyer sur l'existant et de le consolider avant d'aborder dans un second temps une ingénierie de formation inventive (J. Clénet, 2003) au service de l'apprentissage de l'étudiant dans un objectif de co construction. Ces orientations d'actions ne sont que des propositions, elles ont pu être discutées avec certains collègues et il serait favorable, à notre retour à l'institut de formation, de présenter ce travail au cours d'une réunion pédagogique afin que des échanges enrichissent ce travail et qu'une réflexion d'équipe s'installe.

## Chapitre 14 : Un existant à consolider : la co construction des parcours de stage

Le bilan de l'existant sera réalisé en tenant compte des évolutions qui ont été apportées durant notre année de formation. Au-delà de sa valeur de référence, il permettra également de valoriser les axes d'amélioration.

La finalité de l'IFSI et de l'IFAS consiste « à former des jeunes adultes afin qu'ils deviennent des professionnels de santé réflexifs, compétents et responsables, capables de répondre aux besoins de la personne soignée et de sa famille et ainsi d'assurer une prise en soins globale »<sup>13</sup>. Il est favorable également, qu'ils puissent être capables de répondre aux attentes des employeurs en faisant preuve de capacité d'adaptation aux situations d'aujourd'hui et de demain. Le parcours d'apprentissage de l'étudiant va ainsi être jalonné d'apprentissages cliniques et d'apprentissages théoriques et c'est ce maillage qui va lui permettre de devenir un professionnel compétent. Pour cela des principes pédagogiques, que nous avons présentés dans le chapitre 2, existent. Ceux-ci s'articulent autour des trois paliers d'apprentissage que sont le comprendre, l'agir et le transférer (développé dans le chapitre 2).

Fort d'un partenariat efficace, dynamique, créé et entretenu depuis plusieurs années, notre institut de formation est inscrit dans une dynamique qui favorise l'alternance intégrative au sein du dispositif de formation. L'apprentissage clinique est optimisé grâce à une relation étroite entre les différents acteurs (les maîtres de stage, les tuteurs, les formateurs). La formation continue prestée par les formateurs de l'IFSI permet de former des tuteurs pertinents, réactifs, objectifs et réflexifs.

Le processus d'alternance intégrative reste malgré tout imparfait et des actions d'amélioration sont à envisager. Le parcours de stage de l'étudiant s'avère être un support de l'apprentissage clinique. En effet, son élaboration dépend de nombreux éléments tels que l'évaluation de la progression de l'étudiant, la construction des objectifs de stage, les niveaux d'exigence, la prise en compte des ressources et des moyens à disposition.

Pour ces raisons, il nous semble opportun de réaliser un focus sur cet élément du dispositif pédagogique c'est-à-dire la co construction de parcours de stage. Celui-ci est en réalité le parcours d'un stage, c'est-à-dire l'organisation des opportunités d'apprentissage tout au long d'un stage en tenant compte notamment du parcours patient, des différentes structures de prise en charge ainsi que des professionnels et matériels présents. La co

---

<sup>13</sup> Issu du projet de formation 2013-2014 de l'IFSI de Maubeuge

construction dépasse les simples notions d'organisation. Elle renvoie à des capacités pédagogiques, managériales et nécessite à ce moment du mémoire, une réflexion plus approfondie.

Réalisons d'abord un état des lieux avant d'aborder le parcours de stage comme axe d'amélioration.

## 1. L'état des lieux

Les stages des semestres 3-4-5 représentent chacun dix semaines et le stage 6A, huit semaines. Lors de ces périodes qui sont relativement longues comparées au référentiel de 1992, l'IFSI ainsi que certaines unités de soins avaient souhaité lors de la mise en place du programme de 2009, que des parcours de stage au sein des services soient initiés. Le but étant de répondre à des objectifs de découverte pour l'étudiant et/ou de compréhension des parcours patients. En effet pour que l'étudiant se professionnalise, le stage doit lui permettre un apprentissage en incluant des situations variées mais également des parcours individualisés (G. Le Boterf, 2008).

Afin que l'étudiant puisse se professionnaliser et développer des compétences, les différents partenaires de l'alternance ont ainsi mené une réflexion et conçu des parcours au sein de certains lieux de stage. Lors de la formation « tutorat infirmier » dispensée au sein de l'IFSI par les cadres formateurs, nous travaillons en collaboration avec les tuteurs à la mise en place de ces parcours. Ainsi une réflexion est engagée par les tuteurs et les formateurs sur les différents services et situations qui pourraient constituer des opportunités d'apprentissage pour l'étudiant afin que celui-ci ait une vision globale de la prise en soins des patients et de leurs parcours.

Par exemple en psychiatrie, le tuteur établit un parcours où l'étudiant pourra se rendre auprès des infirmières de liaison afin d'évaluer l'état du patient en phase aiguë, il pourra également se rendre à l'hôpital de jour psychiatrique pour cerner les actions menées dans un but de resocialisation. Puis il pourra aller en CMP<sup>14</sup> afin d'appréhender la prise en soins des patients dans leur environnement. Sur dix semaines de stage, environ trois semaines en fin de stage sur les semaines 6-7-8, sont ainsi proposées à l'étudiant pour répondre à des objectifs, et/ou d'approfondissement des structures sanitaires et/ou de parcours de soins.

---

<sup>14</sup> Centre Médico Psychologique

Les parcours s'élaborent notamment au travers des préparations de stage faites en promotion complète par les coordonnateurs de promotion et des fiches d'activités<sup>15</sup> (annexe 1 et 2). Les étudiants prennent connaissance des opportunités qui peuvent leur être proposées. Ils sont acteurs, auteurs de leur formation et élaborent des objectifs individuels en s'aidant de leur portfolio, témoin de leur progression dans leurs apprentissages. A ce jour, aucune contractualisation n'est réalisée avec les terrains de stage et le parcours de stage ne reste qu'une possibilité.

Certains lieux de stage n'en n'ont d'ailleurs pas l'utilité (par exemple : les lieux de vie, la médecine scolaire). Cependant il serait judicieux de réfléchir à des parcours de stage non pas géographiques mais situationnels (postes de travail différents, répartition des missions, évènement ponctuel). Dans un parcours de stage, les occasions d'apprentissage ne doivent pas uniquement être le fruit du hasard. Les opportunités viennent à l'étudiant mais l'étudiant doit venir aussi aux opportunités. D'ailleurs lors de nos entretiens, le MdS1 expliquait qu'il présentait les parcours de stage aux étudiants et que c'était à eux de se manifester vers leur troisième semaine de stage afin de pouvoir organiser le parcours vers la sixième semaine.

Les terrains de stage de façon progressive et lorsque les situations le permettent commencent à proposer des parcours de stage diversifiés et négociés. D'autres terrains de stage restent plus prudents ou même parfois opposés à cette démarche. Il semble opportun de se poser la question de cette non adhésion. Le tableau ci-dessous réalise une approche non exhaustive de l'étude des causes de non adhésion à la création de parcours de stage. Nous allons nous inspirer des travaux de G. Le Boterf sur la compétence. Ceux-ci vont nous permettre de catégoriser les causes en trois domaines : « *le vouloir agir* », « *le pouvoir agir* », « *le savoir agir* » qui s'inspire de G. Le Boterf (1993, p. 227). Ces termes ont été expliqués, dans le chapitre 2 certes, ils datent de vingt ans, mais ils nous semblent encore appropriés aujourd'hui.

---

<sup>15</sup> Les fiches d'activités sont des outils qui permettent à l'étudiant de découvrir les activités, les types de populations accueillies, du lieu dans lequel il va évoluer. Ces fiches avaient été initiées par l'IFSI à la mise en place du référentiel de 2009. Chaque service à collaborer et tous les lieux qui accueillent des étudiants en stage ont rempli ce document.

Tableau n°2 : Des principales causes de non-adhésion à la création de parcours de stage

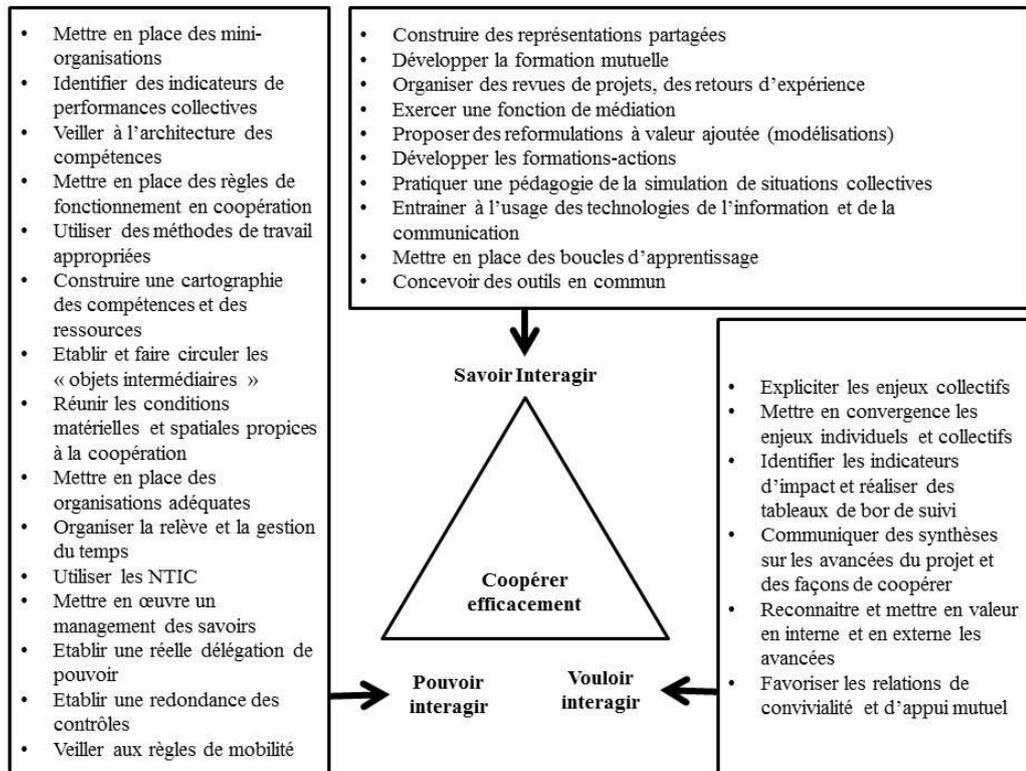
Acteurs	Vouloir agir	Pouvoir agir	Savoir agir
Les institutions (I)	Manque d'investissement (E)	Absence de tuteur (T)	Ne connait pas l'intérêt (T-PP-MdS)
Les étudiants (E)	Surcharge de travail (T-MdS)	Arrêt maladie (T-MdS-PP)	Défaut de formation (F-T-MdS)
Les tuteurs (T)	Manque d'implication (PP-MdS)	Pas le temps (T-PP)	Défaut de communication (F-T-MdS)
Les maîtres de stage (MdS)	Manque de cohésion (PP-T_MdS)	Lieu ne s'y prête pas	T-MdS)
Les professionnels de proximité (PP)	Conflit entre services (MdS)	Manque de ressources	
Les formateurs (F)	Intérêt pédagogique (MdS)	humaines (MdS)	
Partenariat dysfonctionnant			

L'étude des différentes causes met en évidence la complexité des situations et montre que la réussite de l'étudiant ne peut être obtenue que par le travail de tous et la synergie des acteurs. Pour cela, des interactions plus nombreuses ainsi qu'un renforcement de la qualité des relations vont être nécessaires. Ceci implique que les différents acteurs coopèrent ensemble.

Pour G. Le Boterf (2002, p. 177), le développement de la coopération est une responsabilité partagée entre le management, le dispositif de formation et les personnes elles-mêmes. Il identifie les différents leviers d'action autour de trois pôles qui permettraient une coopération efficace (*ibid.*, p 155-177): « savoir interagir », « pouvoir interagir » et « vouloir interagir ». Les voici représentés dans le schéma suivant.

Schéma n°4 : Les leviers d'action pour développer la coopération entre les compétences (G.

Le Boterf, 2002, p. 160)



Nos propositions tiennent compte des différentes dimensions et visent à fédérer, informer et formaliser les pratiques en partenariat avec tous les acteurs. Ces actions trouveront leur sens si chacun y trouve du sens, si chacun s'implique et en mesure la plus value. Nous ne souhaitons pas qu'il y ait de dimension hiérarchique lors de ces échanges. Le formateur reste un représentant de l'institution pédagogique, un catalyseur de l'alternance intégrative. Sa formation de cadre de santé et son expérience de terrain l'aident à comprendre les interrelations entre les acteurs, le contexte, les ressources et les attentes de l'institution, des soignants, des étudiants et des personnes soignées.

La dimension pédagogique au sein d'une unité est à considérer dans son interface avec les dimensions managériales, économiques, stratégiques et soignantes. Le cadre de santé formateur ne peut assurer avec pertinence ses fonctions s'il ne tient pas compte de tous ces éléments.

## 2. L'élaboration d'un parcours de stage comme piste d'amélioration

En tant que formateur dans un IFSI, nous allons nous axer sur le savoir agir et dans une dimension de coopération, sur le savoir interagir. Si les acteurs comprennent le sens et y trouvent de l'intérêt, cela pourrait être un levier de motivation pour vouloir et pouvoir agir.

Après la présentation de notre recherche, en réunion pédagogique, des échanges vont susciter une réflexion. Il serait ainsi important de réfléchir à la nécessité d'initier des parcours de stage dans les lieux accueillant des étudiants et d'accompagner les partenaires. Pour ce faire, différents temps seraient nécessaires à l'élaboration de ces parcours.

1<sup>er</sup> temps : Le recensement des besoins

Afin de mener à bien cette réflexion, il serait favorable que les cadres formateurs référent de stage recensent, auprès des tuteurs et des maîtres de stage, les parcours de stage existants ainsi que la faisabilité d'une co construction de parcours (à initier ou à enrichir suivant les lieux). L'important dans tout projet, c'est que les acteurs se sentent impliqués, c'est donc en au travers des échanges et du questionnement qui émergera que ceux-ci se sentiront impliqués. En parallèle il serait important également de rencontrer des étudiants qui sont allés en stage dans les différents lieux afin de recenser leurs ressentis sur les parcours en terme d'apprentissage. Ce bilan pourrait être réalisé durant les regroupements des stages des semestres 1, 3 et 5, c'est-à-dire de septembre à novembre. Puis une synthèse pourrait être faite en réunion pédagogique et le projet de développer des parcours serait soumis à validation.

2<sup>ème</sup> temps : une large communication

Il serait souhaitable que le bilan de l'existant ainsi que le projet soient présentés, durant le mois de décembre, à l'ensemble de l'encadrement lors notamment des réunions d'encadrement de chaque établissement. Cela se fera bien entendu avec l'accord des différentes directions des soins. Suite à cela, les maîtres de stage pourraient informer leurs équipes respectives et ainsi initier une réflexion avec la création d'un groupe de travail.

3<sup>ème</sup> temps : Les groupes de travail

Le groupe de travail pourrait être composé de professionnels de proximité, de tuteurs, du maître de stage et du formateur référent de stage. Il serait favorable que le pilotage du groupe se fasse par le maître de stage et le tuteur. Il serait important que le groupe puisse travailler en autonomie et le cadre formateur être un point d'ancrage, un

facilitateur. Ce ne sera pas à lui d'apporter les réponses. Les groupes de travail étant initiés, la première réunion rappellerait la finalité du groupe de travail sur l'élaboration de parcours de stage. De là des questions pourraient émerger suivant les lieux de stage :

- Quel sens donner au parcours ?
- Comment construire le parcours ? En parallèle du parcours patient ? (par exemple l'étudiant se trouvant en chirurgie traumatologique passera par le bloc, les consultations ? Ne serait-il pas favorable qu'il puisse découvrir le domaine de la rééducation avec les kinésithérapeutes ?)
- Le lieu de stage a-t-il les ressources nécessaires pour faire un parcours de stage géographique ?
- Peut-on imaginer des parcours situationnels et/ou des parcours géographiques ? (exemple : la stomathérapeute qui vient une fois par semaine ?)
- Des niveaux d'exigence peuvent-ils être demandés pour certains parcours ? (exemple : faire une sortie SMUR requiert-il un certain niveau de compétence ?)
- A quel moment faire le parcours ? Après le bilan de mi-stage ? Combien de temps ? Ce qui est proposé à l'heure actuelle dans certains lieux de stage, ce sont trois semaines de parcours, après le bilan de mi-stage.

Il serait souhaitable qu'une réflexion soit menée sur les pratiques d'évaluation, sur le retour des professionnels qui vont encadrer l'étudiant durant le parcours ? Création d'une fiche de liaison ? Une rencontre entre l'étudiant et le tuteur, à la fin du parcours, serait souhaitable.

Au terme des groupes de travail, le lieu de stage aura déterminé le/les parcours et /ou les situations qui pourront être proposées à l'étudiant. Il serait également judicieux qu'un outil d'évaluation des parcours soit réfléchi et conçu lors des groupes de travail, dans un but de réajustement et d'amélioration. Cette évaluation pourrait s'appuyer sur quelques items tels que la satisfaction des professionnels, des étudiants, la collaboration entre les différents lieux... Afin de laisser de la souplesse, le groupe de travail pourrait se réunir autant de fois qu'il le juge nécessaire, sur une période s'étalant de janvier à mai.

4<sup>ème</sup> temps : la collaboration avec les autres lieux de stage

Une réunion avec les différents lieux de stage déterminés dans les parcours permettrait des échanges, de négocier et de formaliser les parcours. Ces parcours et/ou les situations pourront être intégrés au livret d'accueil ainsi qu'aux fiches d'activités des lieux de stage. L'élaboration de ce travail et ce partenariat pourra être valorisé dans le projet pédagogique. Cette rencontre entre les différents lieux pourrait être réalisée en juin.

## 5ème temps : La mise en œuvre et l'évaluation

Suite à la conception des parcours, on pourrait imaginer une mise en place pour la rentrée universitaire 2015/2016. Toute mise en place d'un projet nécessite une évaluation dans un but d'amélioration. Pour évaluer les parcours de stage, l'outil créé par les groupes sera utilisé (ex : un questionnaire pourrait être donné aux étudiants en soins infirmiers ainsi qu'aux professionnels des lieux de stage (maîtres de stage, tuteurs)).

Après avoir mener une réflexion sur un des axes de consolidation de l'existant, voyons maintenant la co construction d'un outil au service de l'apprentissage de l'étudiant.

## Chapitre 15 : Une ingénierie inventive au service de l'amélioration du partenariat

Il nous semble opportun de présenter ici des ouvertures pragmatiques en s'appuyant sur ce que J. Clénet appelle « *l'ingénierie inventive* » (2003, p. 73). D'après ses propos « *chacun des apprenants pourrait ainsi y trouver et y construire, en relative autonomie, ses spécificités et ses savoirs propres.* » Tout cela se construisant avec souplesse. Nous nous proposons d'aborder ici ce que nous nommerons le contrat d'engagement tripartite qui sera un outil au service de cette ingénierie inventive.

La finalisation du parcours de stage est à considérer comme la face émergée de l'iceberg où le tuteur, le formateur et l'étudiant pourront s'engager au travers d'un contrat d'engagement tripartite. La partie immergée sera analysée et travaillée en partenariat avec le cadre de santé de proximité qui est un acteur déterminant notamment au travers de sa lecture des différents enjeux, des interrelations au sein de son unité et de son établissement.

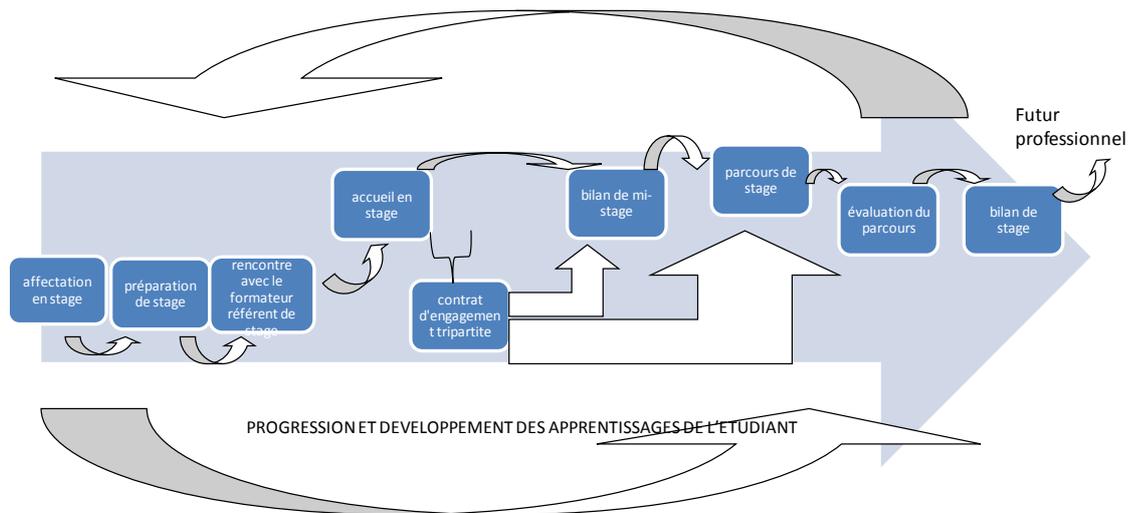
Le contrat d'engagement dont nous allons présenter les contours est donc un outil de la progression des apprentissages de l'étudiant. Mais avant cela, il nous semble intéressant d'expliquer notre conception des différentes étapes importantes d'un stage qui favoriserait la progression des apprentissages de l'étudiant.

### 1. Le stage : des balises pour favoriser la réussite

La partie empirique nous a montré que les tuteurs avaient des difficultés dans l'évaluation des compétences des étudiants en situation professionnelle ainsi que dans l'appropriation du référentiel de 2009. De plus notre expérience à l'IFSI nous permet de dire que lors des exploitations de stage, les étudiants nous exprimaient parfois une difficulté dans leur accompagnement par les professionnels de lieux de stage. Comment lors d'un stage, chaque acteur de l'alternance peut-il exprimer ses objectifs et ses attentes dans une démarche de reconnaissance mutuelle ? Nous avons donc mené une réflexion sur la co construction d'un outil qui permettrait d'être un des piliers de l'alternance. Avant de donner tout son sens à cet outil, il nous semble important d'appréhender au mieux notre conception d'un déroulement de stage. Nous nous proposons d'en réaliser une modélisation et d'en expliquer les différentes étapes. Pour cela nous allons nous appuyer sur un exemple concret en prenant le déroulement d'un stage dans une unité de psychiatrie.

Ainsi nous proposons d'illustrer notre pensée par un schéma qui représente les différents temps. Celui-ci s'inscrit dans une dynamique récursive qui est symbolisée par des flèches.

Schéma n°5 : La modélisation d'un stage en psychiatrie



### 1<sup>ère</sup> étape : l'affectation en stage

A partir de ce moment, l'étudiant va ainsi pouvoir chercher les informations qui lui paraissent nécessaires afin de se projeter dans ce stage. Grâce notamment aux fiches d'activités de stage, qui ont été abordées dans le point précédent, l'étudiant va amorcer une réflexion sur l'élaboration d'objectifs de stage. Il pourra échanger avec ses collègues de promotion, il pourra également exprimer ses craintes, ses espoirs, ses représentations sur le stage...

### 2<sup>ème</sup> étape : La préparation de stage

Elle est réalisée, actuellement, en promotion complète par les coordonnateurs de promotion qui vont amener de nouveaux éléments sur notamment les différents travaux attendus selon les UE. Un travail d'évaluation sur la préparation de stage pourrait être

discuté en équipe pédagogique. En effet, une réflexion sur un temps collectif et un temps en groupe pourrait être envisagée. Ainsi, les étudiants pourraient se regrouper par discipline et échanger sur leurs représentations et ensuite formuler des objectifs individuels en utilisant leur portfolio.

### 3<sup>ème</sup> étape : Rencontre formateur référent du stage et étudiant

Celle-ci aurait pour but de permettre à l'étudiant de présenter ses objectifs après avoir réalisé une auto évaluation sur ses apprentissages et sur les compétences, les actes et activités qu'il a acquis. Ce temps n'est actuellement pas formalisé et seuls quelques étudiants viennent rencontrer les formateurs référents de stage. Ces temps d'échanges pourraient permettre de créer ou de consolider la relation de confiance entre l'étudiant et le formateur.

### 4<sup>ème</sup> étape : L'accueil en stage

C'est un moment jugé important comme l'ont souligné les tuteurs, formateurs et maîtres de stage interviewés. En effet, l'accueil peut être un élément déterminant pour la suite du stage. C'est la possibilité pour les acteurs présents de mettre en place une relation de confiance. Cela permet aussi à l'étudiant de se sentir considéré, d'avoir une certaine importance. Ce sentiment d'être pris en considération, nous a déjà été exprimé au niveau des suivis pédagogiques comme un moment important pour l'étudiant. L'accueil ressenti comme « bon » ou « mauvais » pourrait avoir des répercussion sur le reste du stage.

### 5<sup>ème</sup> étape : le contrat d'engagement tripartite

Celui-ci sera l'objet d'un focus dans la deuxième partie du chapitre.

### 6<sup>ème</sup> étape : Le bilan de mi-stage

C'est un moment privilégié, considéré comme important par les différents acteurs. Il est initié dans les lieux de stage qui accueillent nos étudiants. Il permet notamment à l'étudiant de s'auto évaluer et d'appréhender sa progression en échangeant avec le tuteur.

### 7<sup>ème</sup> étape : Le parcours de stage

Celui-ci a été abordé dans le chapitre précédent.

### 8<sup>ème</sup> étape : L'évaluation du parcours de stage

Chaque lieu de stage d'un pôle ou d'un établissement aura créé un outil d'évaluation qui a également été abordé dans le chapitre précédent.

## 9<sup>ème</sup> étape : Le bilan de stage

Ce bilan final est d'ailleurs une exigence du référentiel de formation (annexe III du référentiel de formation, p. 52) où « *le tuteur évalue la progression des étudiants dans l'acquisition des compétences après avoir demandé l'avis des professionnels qui ont travaillé en proximité avec l'étudiant. Il formalise cette progression sur le portfolio lors des entretiens avec l'étudiant en cours et à la fin du stage* ». Le tuteur et l'étudiant vont pouvoir ainsi échanger sur l'ensemble du stage et remplir la feuille de stage avec la progression de l'étudiant.

Après avoir présenté notre conception du déroulement d'un stage, faisons un focus sur le contrat d'engagement tripartite.

## 2. Le contrat d'engagement tripartite : un outil au service de l'alternance

Cette réflexion autour de la création de cet outil est venue au détour de notre stage du module 5, effectué à Genève dans une école d'assistants en soins et santé communautaire (ASSC). En effet, l'application de l'ordonnance de formation dans le Canton de Genève précise qu'un contrat tripartite doit être signé en début de stage par l'étudiant, le formateur et le tuteur<sup>16</sup>. Mais qu'elle est la finalité de ce contrat ?

En fait nous ne souhaitons pas reproduire à l'identique ce système mais pouvoir l'adapter à notre dispositif de formation. Voici comment nous envisageons ce contrat d'engagement et sa mise en place.

Afin d'élaborer ce contrat d'engagement tripartite, nous avons choisi l'approche socioconstructiviste. En effet celui-ci va permettre une interaction, des échanges, une co construction et une co élaboration.

Le contrat d'engagement tripartite aurait pour finalité de permettre aux différents acteurs de l'alternance de prendre connaissance des objectifs et des attentes de chacun ce qui favorisera la démarche de reconnaissance mutuelle.

Le contrat d'engagement permettra également de renforcer le partenariat et favorisera les échanges entre les acteurs. Il semble indispensable de proposer un outil suffisamment souple pour prendre en compte la singularité de chacun. Nous pourrions envisager que ce contrat se fasse sur un support papier et que chaque acteur en ait une copie.

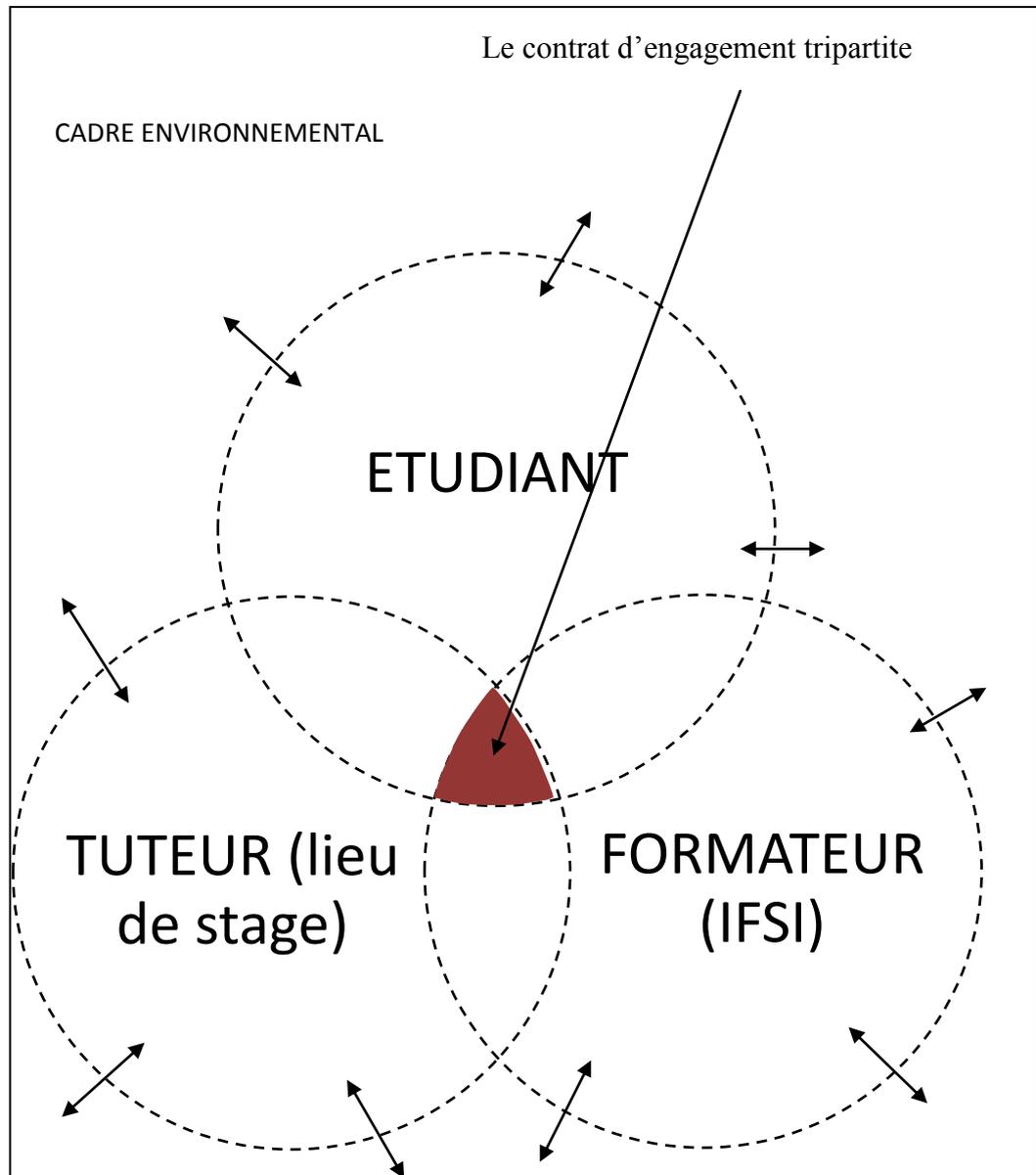
---

<sup>16</sup> Les études d'ASSC durent 3 ans. Les élèves bénéficient d'heures d'encadrement en stage par les enseignants. La première rencontre est appelé « tripartite de départ » et s'effectue la 1<sup>ère</sup> ou 2<sup>ème</sup> semaine de stage. Nous avons eu la possibilité d'assister à cette rencontre où les différents acteurs (élèves- professionnel soignant et enseignants) échangent autour des objectifs et demandes de chacun. Ce document sert de « référence » et permet entre autres d'évaluer la progression de l'étudiant

Dans ce document, chaque acteur pourrait exprimer ses objectifs, ses attentes et les moyens qui pourraient être donnés afin de répondre aux besoins. L'étudiant, après une auto-évaluation serait en capacité d'exprimer des objectifs et des demandes. Le tuteur pourrait avoir également des attentes, des exigences suivant le niveau de l'étudiant. Il pourrait lui proposer un parcours de stage. Suivant les objectifs et les demandes de l'étudiant, le tuteur pourrait être en capacité de dire s'il dispose des ressources adéquates pour que les objectifs de l'étudiant soient atteints. Le formateur pourrait éclaircir les demandes institutionnelles faites. Des questions seraient susceptibles d'apparaître et le fait de réunir ces trois acteurs serait un moment propice aux échanges, il serait envisageable que les dates de rencontres entre le tuteur et l'étudiant ainsi que la date de regroupement soit définies, ce qui permettrait de baliser le stage et de donner des repères aux différents acteurs.

Le lieu de stage semble être l'endroit idoine pour réaliser ce contrat. La première semaine de stage semble adaptée au niveau temporel. La réalisation se ferait en présence de l'étudiant, du tuteur et du formateur pour une durée approximative d'une heure.

Shéma n°6 : La modélisation du contrat d'engagement tripartite



Ce contrat d'engagement tripartite ne représente donc qu'un outil à un moment donné du stage.

On se rend compte à la lecture des différents éléments que le parcours de l'étudiant est lié à de nombreux facteurs, ce qui pourrait justifier l'intérêt de notre focus.

Le parcours de stage et le contrat d'engagement tripartite sont des outils du dispositif pédagogique de l'alternance intégrative et font appel notamment à la notion d'évaluation, de construction d'objectifs, de méthodes d'apprentissages...

Le projet de mise en place des outils dépasse donc largement la simple élaboration de procédures. Le partenariat renforce les outils et réciproquement. Il faut impérativement fixer des échéances et considérer ce travail comme un processus qui doit s'inscrire dans le temps et se montrer adaptatif et évolutif.

Le cadre de santé formateur contribue au maillage de l'alternance intégrative. Il facilite la collaboration entre les professionnels, participe à l'évaluation des dispositifs. Il est force de proposition et il aide à la mise en place effective du projet pédagogique. Il s'enrichit des échanges avec les différents acteurs et fait preuve d'humilité et de remise en question. Ses actions se font en cohérence avec les décisions prises en équipe pédagogique dans un souhait d'harmonisation des pratiques et de respect des orientations collectives pilotées par la directrice de l'institut de formation. Il est un acteur réflexif qui prend en compte les dimensions environnementales de son cadre de travail.

### **Conclusion provisoire**

C'est grâce à un partage, des échanges constructifs, des confrontations d'idées, des partenariats effectifs que des améliorations pourront être apportées dans le but de favoriser les apprentissages des étudiants. C'est en menant cette réflexion, sur les propositions d'actions qui pourraient être envisagées, que nous avons pris conscience de l'évolution de nos représentations à l'égard du métier de cadre de santé formateur et plus généralement de notre vision de l'ingénierie formation.

# **CONCLUSION GENERALE**

La démarche de ce mémoire était au départ, un travail de recherche quant aux difficultés rencontrées par les tuteurs lors des évaluations des étudiants en soins infirmiers en situations professionnelles.

La partie empirique nous amène, au travers des interviews des tuteurs, des formateurs et des maîtres de stage, à réorienter notre travail sur l'importance d'une réciprocité entre les professionnels des deux lieux de formation que sont l'IFSI et les terrains de stage. En effet, l'alternance intégrative souhaitée implicitement par le référentiel de formation et les professionnels serait une réponse au développement des apprentissages de l'étudiant.

Dans la partie théorique, l'étude des concepts d'alternance, de partenariat et d'accompagnement nous permettent de prendre de la hauteur et d'approfondir notre réflexion. Les auteurs nous apportent une vision complémentaire et place la co construction et le partenariat comme élément central de reconnaissance mutuelle. Cette prise en compte de l'autre avec ses forces, ses faiblesses, ses ressources, ses contraintes, son cadre environnemental n'étaient peut être pas si évident à prendre en compte avant ce travail de recherche.

La partie pragmatique nous a ainsi permis de développer des orientations d'actions en essayant de tenir compte de la complexité des paramètres et d'apporter des réponses aux questions qui nous préoccupaient. Cette issue nous offre quelques perspectives en vue de co construire des outils afin de favoriser les apprentissages des étudiants. Que ce soit la co construction des parcours lors d'un stage ou le contrat d'engagement tripartite, plus question désormais d'agir à la place de, mais il sera question d'agir avec, en construisant ensemble, que ce soit avec l'étudiant ou avec les partenaires où chacun aura une responsabilité.

Mais quid de la responsabilité des acteurs ? En effet cette notion de responsabilité qui a été exprimée majoritairement par les tuteurs serait un axe important à développer. Dans une formation qui a vécu une réingénierie de formation où les rôles des acteurs ont évolué, quelle est la responsabilité de ceux-ci et envers qui ?

Ce travail nous a permis de prendre conscience que renforcer, consolider aussi bien le partenariat interne, c'est-à-dire au sein de l'équipe pédagogique, que le partenariat externe, c'est-à-dire avec les établissements, sera dès à présent notre cheval de bataille.

# **GLOSSAIRE**

ASSC : Assistant en Soins et Santé Communautaire

CMP : Centre Médico Psychologique

CHRU : Centre Hospitalier Universitaire

F : Formateur

FET : Formateur – Tuteur – Etudiant

IDE : Infirmier Diplômé d’Etat

IFAS : Institut de Formation Aide-Soignant

IFCS : Institut de Formation des Cadres de Santé

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

MdS : Maître de Stage

T : Tuteur

UE : Unité d’Enseignement

# **BIBLIOGRAPHIE**

- Adam, R., Bayle, I., 2013, *le tutorat infirmier - accompagner l'étudiant en stage*, Paris, De Boeck Estem
- Ardouin, T., 2010, *Ingénierie de formation en entreprise*, Paris, Dunod
- Aymard, A., 2006, « de l'emprise à l'étayage, un site clinique », p. 11-28, In Cifali, M., Giust-Desprairies, F., *De la clinique-un engagement pour la formation et la recherche*, Buxelles, De Boeck
- Bellenger, L., Pigallet, P., 1996, *dictionnaire de la formation et du développement personnel*, Paris, ESF
- Bardin, L., 1998, *l'analyse de contenu*, Paris, PUF
- Beauvais, M., 2009, « Penser l'accompagnement et la formation à l'accompagnement » p221-236, In *accompagnement en éducation et en formation : regards singuliers et pratiques plurielles*, coord : Beauvais, M, Demol, J-N, Revue Transformations Recherche en Education des adultes, Lille :Université Lille1-CUEEP-TRIGONE-CIREL
- Biémar, S., 2012, « accompagner un groupe d'enseignants dans une école : une grille de compétences », p 19-34, In Charlier, E. sous la direction de Biémar, S., *accompagner un agir professionnel*, Bruxelles, De Boeck
- Blanchet, A., Gotman, A., 2013, *l'enquête et ses méthodes - l'entretien*, Paris, Editions Armand Colin
- Bougès, M.L., 2011, *A l'école de l'expérience : Autonomie et Alternance*, Paris, L'Harmattan
- Boutte, J.L., 2010, *Transmission de savoir –Faire. Réciprocité de la relation éducative Expert – Novice*, Paris, L'Harmattan
- Clénet, J., 1998, *Représentations, formations et alternance*, Paris, l'Harmattan
- Clénet J., Demol J.-N., 2002, « Recherches et pratiques d'alternance en France », p. 84-108, In Landry, C, *La formation en alternance – Etat des pratiques et des recherches*, Sainte Foy, Presse Universitaire du Québec
- Clénet J., Gérard Ch., 1994, *Partenariat et Alternance en éducation – des pratiques à construire*, 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

Coudray, M.-A., Gay, C., 2009, *Le défi des compétences – Comprendre et mettre en œuvre la réforme des études infirmières*, Issy-les-Moulineaux, Masson

Demol, J.-N., 2009, « introduction » p. 3-14, In *accompagnement en éducation et en formation : regards singuliers et pratiques plurielles*, coord : Beauvais, M, Demol, J.-N., Revue Transformations Recherche en Education des adultes, Lille :Université Lille1-CUEEP-TRIGONE-CIREL

Dictionnaire encyclopédique de l'éducation et de la formation, 1998, Paris, Nathan

Du Crest, A., 2013, « l'accompagnement en formation et en insertion » p. 71-95, In Le Bouëdec, G., et alli, *l'accompagnement en éducation et formation un projet impossible ?*, Paris, l'Harmattan

Dubois-Fresney, C., Perrin, G., 2009, *Le métier d'infirmière en France*, collection Que sais-je ?, Paris, PUF

Fabre, M., 1994, *Penser la formation*, Paris, PUF

Geay, A., 1998, *A l'école de l'alternance*, Paris, l'Harmattan

Jovic, L., 1994, *l'entretien de recherche*, Recherche en soins infirmiers, Paris, ARSI, numéro spécial méthodologie

Kaczmarek-Cabaret, V., 2012, Thèse : *L'accompagnement en formation : Tensions-Emergences-Postures. Le cas de trois formation de cadres*, Université des Sciences et Technologies de Lille 1-CUEEP-Trigone-CIREL

Lalande, A., 2010, « *vocabulaire technique et critique de la philosophie* », Paris, PUF

Landry, C., Mazalon, E., 1997, « les partenariats école/entreprise dans l'alternance au Québec : un état de recherches » p. 37-50, In *le partenariat : définitions, enjeux, pratiques*, Paris, Revue Education Permanente n°131

Le Boterf, G, 1997, *De la compétence à la navigation professionnelle*, Paris, Les Editions d'organisation

Le Boterf, G., 2008, *Construire les compétences individuelles et collectives*, Paris, Les Editions des Organisations

Le Bouëdec, G., 2013, « introduction les éclairages de l'étymologie et des usages anciens » p. 23-24, In Le Bouëdec, G., et alli, *l'accompagnement en éducation et formation un projet impossible ?*, Paris, l'Harmattan

- Le Bouëdec, G., 2013, « l'accompagnement des mourants » p. 45-50, In Le Bouëdec, G., et alli, *l'accompagnement en éducation et formation un projet impossible ?*, Paris, l'Harmattan
- Lemaire, M., 2005, *Du formateur à l'andragogue. Vers la réussite partagée Formateur – Apprenant*, Lyon, Chronique sociale collection pédagogie formation
- Lerbet-Séréni, F., 1994, *la relation duale - complexité, autonomie et développement*, Paris, l'Harmattan
- Malglaive, G., 1993, « Alternance et compétences », p. 26-28 In *Les Cahiers pédagogiques n°320*
- Maroy, Ch., 1997, « le partenariat : concept ou objet d'analyse ? », p. 29-36 In *le partenariat : définitions, enjeux, pratiques*, Paris, Revue Education Permanente n°131
- Menaut, H, 2013, *Tutorat et formations paramédicales*, Bruxelles, De Boeck
- Mérini, C. 1999, *Le partenariat en formation*, Paris, l'Harmattan
- Morin, E., 2005, *Introduction à la pensée complexe*, Paris, Editions du Seuil
- Mucchielli, R., 1998, *l'analyse de contenu, des documents et des communications*, Paris, Editions ESF
- Paul, M., 2004, *l'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*, Paris, l'Harmattan
- Perrenoud, P., 2001, « Articulation théorie-pratique et formation de praticiens réflexifs en alternance », p. 10-27, In Lhez, P., Millet, D. et Séguier, B., *Alternance et complexité en formation*, Paris, Editions Seli Arslan
- Raucent, B, 2010, « *Accompagner des étudiants* » « *quels rôles pour l'enseignant ? quels dispositifs, quelles mises en œuvre* », Bruxelles, De Boeck
- Référentiel de formation, *Profession Infirmier : Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession*, 2011, édition Berger-Levrault
- Rogers, C., 1972, *Liberté pour apprendre*, Paris, Dunod

Roussel-Gillet, I., Scoyez-Van Poppel, S., 2010, « accompagner un étudiant avec des partenaires professionnels », In Raacent, B. et Verzat, C, sous la direction de Villeneuve L., *Accompagner des étudiants – Quels rôles pour l’enseignant ? Quels dispositifs ? Quelles mises en œuvre ?*, Bruxelles, De Boeck

Tardif, J., 2013, Conférence : *L’approche par compétences : un changement de paradigme*, IUT Lyon 1

Vial, M., Caparros-Mencacci, N., 2011, *L’accompagnement professionnel*, Bruxelles, De Boeck

Von Bertalanffy, L., 1972, *Théorie générale des systèmes*, Paris Dunod

### **Sites internet**

<http://Pages.ininit.et/sdbmm/texte35.pdf> (consulté le 18 janvier 2014)

<http://www.relatio.com/lexique/injonction%20paradoxale.htm> (consulté le 16 février 2014)

[http://fr.wikipedia.org/wiki/Gregory\\_Bateson](http://fr.wikipedia.org/wiki/Gregory_Bateson) (consulté le 16 février 2014)

### **Textes réglementaires**

Loi n°84-130 du 24 Février 1984 dite Rigout portant réforme de la formation professionnelle continue et modification corrélative du code du travail.

Décret du 27 juin 1922 portant institution du brevet de capacité d’infirmières professionnelles

Décret du 18 juillet 1924 permettant de porter le titre d’Infirmière Diplômée d’Etat

Décret n°84-689 du 17 juillet 1984 relatif aux actes professionnels et à l’exercice de la profession d’infirmier

Décret n° 92-264 du 23 mars 1992 modifiant le décret n° 81-306 du 2 avril 1981 modifié relatif aux études conduisant au diplôme d’Etat d’infirmier et d’infirmière

Arrêté du 10 octobre 1923 portant une reconnaissance administrative aux écoles d’infirmières

Arrêté du 5 septembre 1972 relatif au programme d’enseignement et organisation des stages en vue de la préparation au diplôme d’Etat d’Infirmier

Arrêté du 16 février 1973 relatif à la formation professionnelle du personnel soignant de secteur psychiatrique

Arrêté du 31 juillet 2009 modifié relatif au diplôme d'Etat d'infirmier et ses annexes

# ANNEXES

**IDENTIFICATION ET DESCRIPTION DU SERVICE, UNITE, PÔLE ....****INTITULE :**

intitulé du service, de l'unité : SECTEUR 39A

Pôle : 5

Etablissement : CHSA

localisation dans l'établissement : Centre de Psychothérapie 2<sup>ème</sup> niveau**TYPOLOGIE DU STAGE :**soins : de courte durée  longue durée, de suite et de réadaptation santé mentale et psychiatrie  sur lieux de vie 

spécialités ou orientations : (précisez)

hospitalisation complète  ambulatoire  hospitalisation de semaine  hospitalisation de jour 

Autre : (précisez)

**CAPACITE D'ACCUEIL :**

lits : 20 + 1 isolement

places :

ORGANIGRAMME		
cadre supérieur de santé :	nom : Mr. X	téléphone : 03.27.69...
mail : x@ch-sa.com		
cadre de santé :	nom : MmeY	téléphone : Poste 49...
mail : Y@ch-sa.com		

MAITRE DE STAGE	TUTEUR (S) :	FORMATEUR (S)
nom :	nom (s) :	nom (s) :
Mme Y	Mme T	
F.F. Cadre de Santé	IDE	

**SITUATIONS ET/OU PATHOLOGIES PREVALENTES****Missions principales**

Soins à visée : éducative  préventive  diagnostique  curative  palliative

Précisez :

**Caractéristiques essentielles de la population accueillie :**

Age légal requis : Supérieur à 15 ans et 3 mois.

Hommes et femmes présentant une pathologie mentale

**Situation et/ou pathologies prévalentes :**

Psychoses, surtout schizophrénies et troubles bipolaires.

**Traitements, protocoles de soins, chemins cliniques, plans de soins guide... :**

- Neuroleptiques, anxiolytiques, antidépresseurs, hypnotiques, protocole chambre d'isolement, moyens de contention, autres protocoles en cours de rédaction

**Examens complémentaires :**

Somatiques (biologie, imagerie médicale, EEG, etc...)

**Actes et activités prévalent :**

- Entretiens : d'accueil, infirmiers, médicaux, familles, I.M., B.S.G., soins de confort, soins relationnels, activités sociothérapeutiques (sorties, sport, karaoké, etc...)

**Parcours de soins spécifique(s) :**

- CMP (Centre Médico Psychologique)
- CATTP (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel)
- Maison communautaire, familles d'accueil thérapeutique
- Hôpital de jour

Compétences plus spécifiques pouvant être développées :

- Soins relationnels
- Activités sociothérapeutiques

Documents et matériels spécifiques :

- Classeur de protocoles, PTI (Poste Travailleur Isolé), Chambres d'isolement et de contention, moyens de contention

## TABLE DES SCHEMAS ET DES TABLEAUX

(1) Tableau récapitulatif des thèmes de la 1 <sup>ère</sup> série d'entretiens auprès de tuteurs de stage .	36
(2) Représentation macroscopique de l'alternance (J. Clénet, J.N Demol, 2002, p. 102) .....	64
(3) Entre aider et accompagner (V. Kaczmarek-Cabaret, 2012, p. 168).....	81
(4) Le pôle actoriel dans l'alternance tripolaire .....	83
(5) Tableau des principales causes de non adhésion à la création de parcours de stage .....	94
(6) Les leviers d'action pour développer la coopération entre les compétences (G. Le Boterf, 2002, p. 160) .....	95
(7) La modélisation d'un stage en psychiatrie .....	100

## TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION GENERALE .....	1
PREMIERE PARTIE : L'émergence d'un questionnement dans un contexte .....	3
Chapitre 1 : L'émergence d'un questionnement .....	4
Chapitre 2 : L'évolution de la profession et de la formation infirmière .....	8
1. L'évolution de la profession infirmière d'hier à aujourd'hui.....	8
2. Le nouveau référentiel infirmier .....	9
2.1. Le référentiel d'activités .....	10
2.2. Le référentiel de compétences.....	10
2.3. Le référentiel de formation .....	11
DEUXIEME PARTIE : A la rencontre de l'expérience exprimée.....	13
Chapitre 3. La méthodologie de recherche .....	14
1. Choix de la méthode .....	14
2. Les outils.....	15
2.1. L'entretien non directif .....	15
2.2. L'entretien semi-directif .....	15
2.3. Le guide d'entretien .....	16
2.4. Les paramètres de la situation d'entretien.....	16
3. La méthodologie d'analyse des entretiens .....	17
Chapitre 4. La première série d'entretiens auprès des tuteurs.....	19
1. Entretien exploratoire n°1 .....	20
1.1. Présentation de l'interviewé.....	20
1.2. Contexte de réalisation de l'entretien.....	20
1.3. Le ressenti .....	21
1.4. L'analyse de l'entretien.....	21
1.4.1. Le tuteur .....	21
1.4.2. Les professionnels de proximité.....	22
1.4.3. Le cadre de santé.....	23
1.4.4. Les formateurs de l'IFSI .....	23
1.4.5. L'étudiant.....	23
2. Entretien exploratoire n°2 .....	25
2.1. Présentation de l'interviewé.....	25
2.2. Contexte de réalisation de l'entretien.....	25
2.3. Le ressenti .....	25

2.4.	L'analyse de l'entretien.....	26
2.4.1.	Le tuteur .....	26
2.4.2.	Les professionnels de proximité.....	26
2.4.3.	Le cadre de santé.....	27
2.4.4.	Les formateurs de l'IFSI .....	27
2.4.5.	L'étudiant.....	27
3.	Entretien exploratoire n°3 .....	29
3.1.	Présentation de l'interviewé.....	29
3.2.	Contexte de réalisation de l'entretien.....	29
3.3.	Le ressenti .....	29
3.4.	L'analyse de l'entretien.....	29
3.4.1.	Le tuteur .....	30
3.4.2.	Les professionnels de proximité.....	31
3.4.3.	Le cadre de santé.....	31
3.4.4.	Les formateurs de l'IFSI .....	31
3.4.5.	L'étudiant.....	32
4.	Entretien exploratoire n°4 .....	33
4.1.	Présentation de l'interviewé.....	33
4.2.	Contexte de réalisation de l'entretien.....	33
4.3.	Le ressenti .....	33
4.4.	L'analyse de l'entretien.....	34
4.4.1.	Le tuteur .....	34
4.4.2.	Les professionnels de proximité.....	34
4.4.3.	Le cadre de santé.....	34
4.4.4.	Les formateurs de l'IFSI .....	35
4.4.5.	L'étudiant.....	35
Chapitre 5. La deuxième série d'entretiens auprès des cadres de santé formateurs.....		38
1.	Présentation du guide d'entretien.....	38
2.	Choix et présentation des formateurs.....	39
3.	Déroulement et analyse du ressenti des entretiens.....	39
4.	L'analyse des entretiens.....	40
4.1.	Le regard des formateurs sur les tuteurs .....	40
4.1.1.	De la fonction de tuteur.....	40
4.1.2.	...aux compétences attendues .....	41
4.2.	Le regard des formateurs sur les difficultés rencontrées par les tuteurs .....	42
4.2.1.	Les difficultés rencontrées .....	42

4.2.2.	Les ressources existantes pour palier ces difficultés.....	42
4.2.3.	... aux solutions proposées .....	43
4.3.	La rencontre des étudiants par les tuteurs et les formateurs.....	43
4.3.1.	Plusieurs dénominations.....	43
4.3.2.	...pour une rencontre aux objectifs variables.....	43
4.4.	L'importance d'une collaboration.....	44
4.4.1.	L'importance du travail en équipe à l'IFSI et dans les services.....	44
4.4.2.	... au partenariat, à la réciprocité .....	44
4.5.	La modification des relations depuis le référentiel de 2009.....	45
4.5.1.	Du renforcement des liens entre tuteur et formateur.....	45
4.5.2.	...à l'éloignement des relations entre maître de stage et formateur .....	45
Chapitre 6. La troisième série d'entretiens auprès des maîtres de stage (cadre de santé)..		47
1.	Présentation du guide d'entretien.....	47
2.	Choix et présentation des maîtres de stage .....	48
3.	Déroulement et analyse du ressenti des entretiens .....	49
4.	L'analyse des entretiens .....	49
4.1.	Le regard des maîtres de stage sur les tuteurs .....	49
4.1.1.	De la fonction de tuteur.....	49
4.1.2.	...aux compétences attendues .....	50
4.1.3.	En passant par une divergence d'opinion sur le renforcement des liens formateurs/tuteurs .....	50
4.2.	Le regard des maîtres de stage sur leur fonction.....	51
4.2.1.	D'une vision de leur mission.....	51
4.2.2.	... à un éloignement des relations entre IFSI et maître de stage .....	52
4.3.	Le regard des maîtres de stage sur les difficultés rencontrées .....	52
4.3.1.	Des difficultés rencontrées par les tuteurs.....	52
4.3.2.	.. aux difficultés des maîtres de stage.....	53
4.3.3.	En passant par des solutions proposées.....	54
4.4.	L'importance d'une collaboration ou d'une coopération ? .....	54
4.4.1.	Au sein de l'équipe .....	54
4.4.2.	Entre IFSI et services de soins .....	55
Chapitre 7. Synthèse croisée et évolution de la question de départ .....		57
1.	Synthèse croisée des trois séries d'entretiens.....	57
2.	Evolution de la question de départ vers la problématique .....	58
TROISIEME PARTIE : A la rencontre des auteurs.....		60
Chapitre 8 : L'alternance .....		63

1.	L'alternance : un terme polysémique.....	63
2.	Les différents types d'alternance .....	65
3.	Vers une pédagogie de l'alternance .....	66
Chapitre 9 : Le partenariat .....		68
1.	Le partenariat : à la recherche d'un but commun.....	68
2.	Les niveaux de partenariat : du service à la réciprocité .....	68
3.	L'action partenariale .....	69
4.	La construction de nouveaux rapports .....	70
5.	Les différents partenariats .....	71
6.	La complexité de la relation.....	72
Chapitre 10 : L'accompagnement .....		74
1.	L'étymologie.....	74
2.	L'historique de l'accompagnement.....	74
3.	Les trois modèles d'accompagnement .....	76
3.1.	L'initiatique (Homère).....	76
3.2.	La maïeutique (Socrate et Platon).....	76
3.3.	La thérapeutique (Hippocrate) .....	76
4.	Les différentes pratiques d'accompagnement .....	77
4.1.	Le compagnonnage .....	77
4.2.	Le tutorat .....	77
4.2.1.	Historique et définition .....	77
4.2.2.	Le tuteur dans le référentiel de formation .....	78
4.2.3.	L'accompagnement tutoral.....	78
5.	Quid de l'accompagnement ?.....	79
6.	La posture d'accompagnement .....	80
Chapitre 11 : Problématique et hypothèse .....		83
QUATRIEME PARTIE : Décentration et orientations d'actions .....		85
Chapitre 12 : Une décentration nécessaire .....		86
1.	Notre cheminement au détour du mémoire.....	86
2.	Notre regret de ne pas avoir interviewé tous les acteurs de l'alternance .....	87
3.	L'apport de la théorie.....	87
4.	Le devenir de ce travail.....	87
Chapitre 13 : Le contexte de proposition d'action .....		89
Chapitre 14 : Un existant à consolider : la co construction des parcours de stage.....		91
1.	L'état des lieux.....	92
2.	L'élaboration d'un parcours de stage comme piste d'amélioration .....	96

Chapitre 15 : Une ingénierie inventive au service de l'amélioration du partenariat.....	99
1. Le stage : des balises pour favoriser la réussite .....	99
2. Le contrat d'engagement tripartite : un outil au service de l'alternance.....	102
CONCLUSION.....	106
GENERALE .....	106
GLOSSAIRE.....	108
BIBLIOGRAPHIE.....	110
ANNEXES.....	116
Annexe 1 .....	117
Annexe 2.....	119
TABLE DES SCHEMAS ET DES TABLEAUX .....	121
TABLE DES MATIERES .....	122