

IFIS
INSTITUT FRANCIEN
D'INGÉNIERIE DES SERVICES



Le rôle du cadre de santé, maître de stage et traducteur entre le lieu de stage et l'Ifsi

Sous la direction de : Evelyne BIANCHI

Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme de cadre de santé et du master (1ère année) « Management des établissements, services et organisations de santé

Vincent LANZA

Promotion M.MEAD

Année 2013-2014

Date de Jury : Juin 2014



IFIS
INSTITUT FRANCIEN
D'INGÉNIERIE DES SERVICES



Le rôle du cadre de santé, maître de stage et traducteur entre le lieu de stage et l'Ifsi

Sous la direction de : Evelyne BIANCHI

Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme de cadre de santé et du master (1ère année) « Management des établissements, services et organisations de santé »

Vincent LANZA
Promotion M.MEAD
Année 2013-2014
Date de Jury : Juin 2014

Remerciements

Nous remercions très sincèrement notre directrice de mémoire, Madame Evelyne BIANCHI, dont les conseils avisés nous ont accompagné dans notre démarche d'apprenti chercheur en sciences sociales.

La qualité des échanges au cours de nos longues séances de travail, ainsi que ses encouragements permanents tout au long de ces dix mois nous ont permis de produire ce mémoire.

Nous tenons également à remercier notre formatrice référente pédagogique, Madame Marie-Laurène Ménini, pour son écoute et son accompagnement dans ce projet de recherche.

Par ailleurs, nous adressons toute notre reconnaissance à l'équipe pédagogique de l'IFCS Sainte-Anne, pour l'accompagnement et les encouragements qui nous ont permis de progresser au cours de cette année de formation.

Pour finir, nous tenons tout particulièrement à remercier l'ensemble des professionnels que nous avons pu rencontrer au cours de nos enquêtes de terrain, pour l'accueil et la disponibilité dont ils ont su faire preuve à notre égard. Le temps qu'ils ont bien voulu nous consacrer, et la richesse de leurs témoignages nous ont permis de réaliser ce travail.

Nous n'oublions pas d'exprimer toute notre reconnaissance à l'ensemble des étudiants de la promotion MEAD. Nous garderons avec nous le souvenir d'échanges uniques et d'expériences de grandes valeurs.

Liste des sigles utilisés

AS :	Aide-Soignant
CAFIM :	Certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier moniteur
CAFIS :	Certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier surveillant
CCI :	Certificat Cadre Infirmier
CSI :	Centre de Sociologie de l'Innovation
DCS :	Diplôme Cadre de Santé
DGOS :	Direction Générale de l'Offre de Soins
IDE :	Infirmier Diplômé d'Etat
IFCS :	Institut de Formation des Cadres de Santé
IFSI :	Institut de formation en soins infirmiers
LMD :	Licence-Master-Doctorat
MSP :	Mise en Situation Professionnelle
PPO :	Point de Passage Obligé
UE :	Unité d'Enseignements

Table des matières

INTRODUCTION	5
1 L'OBJET DE RECHERCHE	9
1.1 La situation de départ	9
1.1.1 L'expérience professionnelle d'infirmier tuteur de stage	9
1.1.2 L'expérience professionnelle de faisant fonction de cadre de santé	11
1.1.3 Les acteurs en présence.....	13
1.1.4 Le rôle du cadre à travers ces deux expériences	14
1.2 Le questionnement	16
1.3 La question de recherche	18
2 LE CADRE DE REFERENCE	19
2.1 L'approche socio-historique de la profession	19
2.1.1 L'évolution de la profession d'infirmière	20
2.1.2 L'évolution de la profession de cadre	21
2.1.3 L'évolution de la profession de cadre de santé aujourd'hui	22
2.2 Le référentiel de formation de 2009	23
2.2.1 Le référentiel et ses innovations.....	24
2.2.2 La place et le cheminement des acteurs	25
2.3 Entre concept et contexte	26
2.3.1 L'alternance intégrative	26
2.3.2 Le partenariat lfsi / lieux de stage	28
2.3.3 Le tutorat de l'étudiant.....	30
2.3.1.1 Le tuteur	30
2.3.1.2 Les professionnels de proximité	31
2.3.1.3 Le maître de stage.....	32
3. LE CADRE CONCEPTUEL	34

3.1 L'hypothèse	34
3.2 Les concepts et théories porteurs	35
3.2.1 Le modèle de BOLTANSKI et THEVENOT : la théorie de l'économie des grandeurs	36
3.2.2 Le modèle de Michel CALLON et Bruno LATOUR : la théorie de la traduction.....	37
3.2.2.1 Les auteurs et les concepts majeurs.....	37
3.2.2.2 La traduction comme position.....	38
3.2.2.3 La traduction comme processus	40
4. LA METHODOLOGIE	43
4.1 Les choix méthodologiques	43
4.2 Les outils de l'enquête et l'échantillon retenu.....	43
4.3 Le choix du terrain	44
4.4 Les guides d'entretiens.....	45
4.5 La conduite des entretiens	46
4.6 La retranscription.....	49
4.7 Les limites de l'enquête	50
5. PRESENTATION DES RESULTATS	51
5.1 Situation n°1 : service Polyclinique médicale et consultation	51
5.1.1 Présentation des acteurs	52
5.1.2 Les interactions relatées dans la situation n°1	53
5.1.3 Analyse longitudinale des résultats de la situation n°1	55
5.2 Situation n°2 : service de médecine interne	59
5.2.1 Présentation des acteurs	59
5.2.2 Les interactions relatées dans la situation n°2	60
5.2.3 Analyse longitudinale de la situation 2.....	63
5.3 Situation n°3 : service des maladies infectieuses	66
5.3.1 Présentation des acteurs	66
5.3.2 Les interactions observées dans la situation n°3.....	68

5.3.3 Analyse longitudinale de la situation n°3	70
5.4 Analyse croisée des résultats	73
6. L'HYPOTHESE A L'EPREUVE DU TERRAIN	77
CONCLUSION.....	79
BIBLIOGRAPHIE	83
ANNEXE I : Sociogrammes des expériences professionnelles	I
ANNEXE II : Guides d'entretiens mené auprès des maîtres de stage	II
ANNEXE III : Guide d'entretien menée auprès d'infirmiers tuteur de stage	III
ANNEXE IV : Grille d'entretien menée auprès des formateurs en lfsi	IV
ANNEXE V : Présentation de l'échantillon de la situation 1, des acteurs et de leurs interactions	V
ANNEXE VI : Présentation de l'échantillon de la situation 2, des acteurs et de leurs interactions	VI
ANNEXE VII : Présentation de l'échantillon de la situation 3, des acteurs et de leurs interactions	VII
Annexe VIII : Grille de synthèse des entretiens menés auprès des cadres de santé.....	VIII
ANNEXE IX : Grille de synthèse des entretiens menés auprès des infirmiers	IX
ANNEXE X : Grille de synthèse des entretiens menés auprès des formateurs en lfsi	X
ANNEXE XI : Retranscription entretien menée auprès d'un maître de stage	XI

INTRODUCTION

Ce travail de recherche s'inscrit dans le cadre de nos études à l'Institut de Formation des Cadres de Santé (IFCS) du Centre Hospitalier Sainte-Anne, en vue de l'obtention du diplôme de cadre de santé et du Master 1 de management des établissements, services et organisations de santé. Il est le fruit d'une démarche réflexive, et résulte d'un cheminement personnel, qui s'est progressivement construit tout au long de ces dix mois de formation.

Le choix du thème de recherche s'est rapidement imposé. Il est en effet lié à la fois à notre expérience professionnelle, et à notre projet de cadre de santé en tant que métier. C'est aussi le fruit des questionnements que nous nous sommes posé tout au long de notre parcours, non seulement en tant qu'infirmier tuteur de stage, mais aussi en tant que faisant fonction de cadre de santé et maître de stage. Ce choix personnel a donné lieu à l'élaboration d'un cadre de recherche. La question de départ a émergé de cette problématique.

L'analyse de notre parcours et de nos expériences professionnelles, ainsi que les lectures de certains articles et ouvrages nous ont permis de définir le fil conducteur de notre recherche et de dégager l'angle d'approche.

Nous souhaitons travailler sur la mise en place de la mission de tuteur de stage dans les services hospitaliers, dans le cadre de l'application du référentiel de formation de 2009 conduisant au Diplôme d'État d'Infirmier.

Plus concrètement, notre objectif serait de comprendre comment le cadre de santé maître de stage peut aider les infirmiers à remplir leur mission de tuteur de stage au quotidien.

Cette réflexion s'inscrit dans le prolongement de notre expérience professionnelle et s'appuie sur notre participation à différents groupes de travail institutionnels sur l'encadrement des étudiants :

- expérience professionnelle de tuteur de stage depuis 2009 dans un service de médecine interne ;
- expérience de maître de stage en 2012 lors de notre prise de poste de faisant fonction de cadre de santé dans le service de gériatrie aiguë ;

- participation au groupe de travail en place dans le cadre du partenariat qui a réuni l'hôpital à son Institut de Formation en Soins Infirmiers, (Ifsi), de rattachement entre 2010 et 2013, dans le but d'approfondir les problématiques émergentes concernant l'application du référentiel de formation.

Dès lors la question de départ que notre travail de recherche nous amène à formuler est la suivante :

Comment le cadre de santé peut-il aider les infirmiers à remplir leur mission de tuteur de stage, auprès des étudiants en soins infirmiers qui sont accueillis dans le service ?

Nous allons tenter de démontrer comment le cadre peut insuffler une dynamique dans son équipe afin de devenir un des maillons du projet d'accueil des étudiants infirmiers en stage, et un vecteur du développement partenarial entre l'unité de soins et l'IFSI.

De fait, la fonction de cadre lui permet d'occuper une position stratégique d'acteur de liaison entre les soignants qu'il encadre et l'équipe pédagogique de l'IFSI.

Cette question de recherche concerne l'ensemble des responsables de l'encadrement des étudiants, sur le lieu du stage comme à l'institut de formation c'est-à-dire :

- les tuteurs de stage, professionnels de proximité et maîtres de stage cadres de santé ;
- les formateurs de l'IFSI et les coordinateurs de stage ;
- les étudiants en soins infirmiers.

Ainsi, le plan suivant se veut le reflet du déroulement de notre travail que nous avons organisé en six chapitres.

Dans la première partie nous allons présenter le déroulement de notre cheminement en expliquant nos différentes expériences professionnelles. Ce parcours nous a en effet permis d'évoluer depuis la question de départ, pour parvenir à l'élaboration de la question de recherche.

Dans la seconde partie, et pour préciser le cadre contextuel de notre recherche, nous sommes parti de l'approche socio-historique de la profession d'infirmière et de cadre de santé afin de comprendre le contexte qui a conduit à l'émergence du référentiel de formation de 2009 et des innovations apportées.

L'étude du cadre conceptuel va nous permettre d'approfondir les principaux concepts qui seront mobilisés : l'alternance intégrative, le tutorat, et le dispositif partenarial entre le terrain de stage et l'institut de formation. Le modèle de Luc BOLTANSKI et Laurent THEVENOT viendra nous éclairer sur la manière dont les acteurs issus de deux mondes différents se rencontrent pour finalement s'accorder.

Néanmoins, la théorie de la traduction, que nous aborderons à partir des travaux de Michel CALLON et Bruno LATOUR, sera le concept central de notre étude et nous aidera à éclairer notre hypothèse de départ concernant la posture de traducteur du cadre de santé.

La dernière partie qui permettra de valider ou non l'hypothèse s'articulera autour des trois derniers chapitres que sont la méthodologie de la recherche, la présentation des résultats, et la confrontation de l'hypothèse de départ à l'épreuve du terrain.

La conclusion de ce travail reviendra sur le rôle du cadre de santé et la mission de maître de stage. Nous présenterons les perspectives professionnelles apportées par ce travail de recherche, dans l'optique du cadre de santé que nous aspirons à devenir.

1 L'OBJET DE RECHERCHE

Ainsi, le retour sur notre propre cheminement à partir de l'expérience professionnelle, nous a conduit à préciser notre question de départ, et à distancer notre regard en adoptant une posture d'apprenti chercheur. Ce sera l'objet de ce premier chapitre.

1.1 La situation de départ

En premier lieu, nous allons présenter les expériences professionnelles d'infirmier tuteur de stage, puis de faisant fonction de cadre de santé, afin de comprendre le cheminement qui nous a conduit jusqu'à l'élaboration de la question de recherche.

1.1.1 L'expérience professionnelle d'infirmier tuteur de stage

Infirmier Diplômé d'État depuis 20 ans, nous avons acquis une expérience diversifiée et variée des situations de soins et d'accompagnement des étudiants infirmiers.

Ainsi l'encadrement et la formation des étudiants ont constitué le fil conducteur de notre parcours professionnel.

Au cours des cinq dernières années, nous nous sommes plus particulièrement investis dans l'encadrement des étudiants en stage.

Notre goût pour l'encadrement et la transmission des connaissances nous a tout naturellement conduit à suivre la formation à la fonction tutorale proposée dans le cadre de la mise en place du référentiel de formation de 2009.

C'est en tant que tuteur de stage formé que nous avons pu organiser au quotidien l'accueil, le planning et le suivi pédagogique d'un groupe de 6 étudiants dans un service de médecine interne.

Cette nouvelle mission nous a permis à la fois de mieux comprendre les difficultés émergentes du rôle de tuteur dans un environnement en pleine construction, mais aussi de situer les enjeux du référentiel de formation.

- Émergence du partenariat entre le terrain de stage et l'Ifsi

Dans un premier temps chaque service avait mis en place des groupes de travail, réunissant des Infirmiers Diplômés d'État (IDE) tuteurs de stages, ainsi que des IDE de proximité et des cadres de santé afin de repérer et d'échanger autour des difficultés rencontrées. Par la

suite, un cadre supérieur de la Direction des soins a été mandaté pour conduire cette mission transversale, et assistait à chacune de ces réunions, affichant ainsi une implication de l'institution dans la conduite et le développement de ce projet. De notre point de vue, cet engagement institutionnel est à mettre en lien avec la construction et le développement du partenariat, et a participé à légitimer l'engagement des équipes de soins et de l'Ifsi dans cette co-construction de projet.

Ces rencontres nous ont permis de situer les rôles et les missions de chacun des acteurs sur le terrain de stage.

Néanmoins il manquait dans nos échanges le point de vue des formateurs et la parole de l'Ifsi pour nous permettre de faire les liens avec les enseignements dispensés en instituts, et le contenu des Unités d'Enseignement (UE). Ainsi, à l'initiative de la Direction des Soins Infirmiers, un groupe de travail institutionnel s'est formé, associant la direction des soins, les soignants des services (tuteurs, cadres de santé maîtres de stage et professionnels de proximité), et les formateurs de l'Ifsi de rattachement. L'objectif de ce partenariat était organisé autour de 2 axes :

- Poursuivre la réflexion sur la mission de tuteur et les problématiques émergentes (l'évaluation des étudiants, l'utilisation des outils du portfolio, la gestion des situations pédagogiques complexes...)
- Permettre la formalisation de situations apprenantes pour les étudiants.

Cette dynamique a été à l'origine de la création d'un groupe de travail. Ce partenariat a donc très rapidement rapproché les différents acteurs ; il a offert un espace de travail visible afin de pouvoir :

- échanger et partager autour des difficultés respectives, à la recherche de solutions communes ;
- communiquer sur le partage d'expériences des différents partenaires ;
- formaliser l'accueil des étudiants (organisation du tutorat en lien avec les visites des formateurs sur le lieu du stage, en permettant d'inscrire les champs des acteurs dans une logique de continuité) ;
- repérer les spécificités des différentes unités de soins en vue de dégager des situations de soins prévalentes, pour construire des situations apprenantes.

1.1.2 L'expérience professionnelle de faisant fonction de cadre de santé

Par la suite, notre projet professionnel nous a amené à occuper un poste de faisant fonction de cadre de santé dans un service de gériatrie aiguë.

Avant toute chose, cette situation de départ s'inscrit bien dans une logique de changement de fonction.

Nous sommes donc devenu maître de stage, et responsable de l'organisation et de la coordination des stages dans le service pour un groupe de 9 étudiants du nouvel Ifsi de rattachement.

Plus concrètement nous sommes passé d'une « *fonction pédagogique* » de tuteur de stage à une « *fonction organisationnelle* », en liaison avec un nouvel Ifsi.

Ce projet représentait pour nous à la fois la possibilité de poursuivre la réflexion amorcée à propos de ce référentiel de formation, et aussi de nous inscrire dans une logique de continuité de pôle au sein du groupe hospitalier. En effet, les deux services appartenaient au même pôle d'ailleurs situé dans le même groupe hospitalier universitaire.

En revanche, les deux sites hospitaliers ont conservé leurs Ifsi respectives. Chaque institut a gardé son autonomie et son fonctionnement, notamment pour la gestion des lieux de stage des étudiants, ainsi que les modalités d'organisation du partenariat avec les terrains de stage.

Ainsi, le cadre de santé idéalement maître de stage, est situé à un niveau organisationnel entre l'Ifsi et le terrain de stage. Il représente l'interface entre les acteurs de l'équipe soignante et les formateurs de l'Ifsi. Pour cette raison, il est le premier interlocuteur idéalement situé entre les deux partenaires, et il assure une fonction de liaison entre les différents acteurs.

Notre prise de fonction s'est donc effectuée dans une équipe de 20 IDE, tous volontaires et désireux de se former à l'encadrement, afin d'acquérir les connaissances nécessaires pour accueillir les étudiants en stage.

Cette mutation s'est accompagnée d'un changement d'institut de formation de rattachement, avec deux modes différents d'organisation et de fonctionnement. Il s'agissait du passage d'un partenariat effectif et dynamique entre le terrain de stage et l'Ifsi, construit dans l'expérience de tuteur, vers un partenariat statique et uniquement limité à la communication des

affectations des étudiants adressés dans notre service, dans le cadre de l'expérience de maître de stage.

Dès notre arrivée dans le service, les soignants nous ont exprimé leur manque d'information et l'absence de formation relative à l'utilisation du référentiel de 2009. Ils ont regretté le manque d'accompagnement dans la mise en place de ce dispositif de formation.

Aucun signe de résistance au changement n'a été perceptible au sein de l'équipe. Une seule infirmière avait suivi la formation de tuteur de stage au cours de l'année précédente.

Le premier constat a mis en évidence un manque de connaissances à la fois du référentiel de formation, ainsi que le rôle et les missions de chacun des acteurs du stage. En effet les missions de tuteur de stage et de professionnel de proximité étaient floues, et la mission du maître de stage n'était pas connue.

Le rôle du formateur en stage dans le cadre de ce nouveau dispositif était imprécis. Il se limitait à venir faire travailler les étudiants ponctuellement au cours du stage. D'ailleurs ces visites s'organisaient la plupart du temps sans concertation concernant le choix des dates, et elles n'étaient que très rarement suivies d'échanges avec les soignants.

Or, pour l'ensemble de l'équipe soignante, l'évaluation des étudiants au cours du stage est véritablement ressentie comme une difficulté et reste une préoccupation constante.

L'utilisation des outils à disposition des soignants reste en effet difficile à utiliser au quotidien, avec notamment la gestion du portfolio de l'étudiant et des rosaces¹. Cela vient renforcer les difficultés rencontrées par l'équipe. C'est pourquoi nous avons mis en place un groupe de travail ouvert avec les infirmiers du service, comprenant notamment des réunions autour d'un ordre du jour construit, au rythme d'une réunion bimensuelle pour commencer. La première rencontre nous a ainsi permis de formaliser les besoins en formation de l'équipe, puis de les organiser sur la base du volontariat. Deux tuteurs et quatre professionnels de proximité ont été formés en priorité.

Progressivement les aides-soignants du service, également concernés par la problématique de l'encadrement, ont manifesté l'envie de se joindre au groupe de travail et sont venus enrichir la réflexion.

Dans cette dynamique de construction, nous avons ponctuellement invité les formateurs à participer à certaines de nos réunions, en fonction de l'ordre du jour des rencontres et des

¹ Les rosaces sont des documents d'évaluation intermédiaires utilisés en stage par les professionnels de proximité ou les tuteurs pour évaluer le niveau d'acquisition des compétences des étudiants.

difficultés évoquées par les soignants, comme par exemple l'évaluation des compétences des étudiants au cours du stage.

Incontestablement la présence des formateurs, permettait à chaque fois de clarifier les enjeux du référentiel à partir d'une posture pédagogique, dont la formation clinique s'organise en effet autour de l'acquisition par la compétence.

1.1.3 Les acteurs en présence

Nous allons maintenant essayer de comprendre et d'analyser ces deux situations professionnelles. Nous sommes en effet en présence de situations complexes, reposant à la fois sur le rôle et les fonctions des acteurs en présence.

Afin de mettre en évidence les relations qui existent entre les différents acteurs de ces situations, il nous a semblé intéressant d'utiliser le sociogramme pour en comprendre le contexte. D'ailleurs le passage par les schémas devrait nous permettre d'expliquer et de clarifier ces relations, dans le but de formaliser ce qui relève de l'implicite :

- Le sociogramme de l'expérience d'infirmier et tuteur de stage (Annexe I, page 1)
- Le sociogramme de l'expérience professionnelle de faisant fonction de cadre de santé et maître de stage (Annexe I, page 2).

Les schémas vont nous aider à identifier les acteurs et leurs relations. Ils vont également nous permettre de situer la place occupée par le partenariat dans chacune des expériences. Les diagrammes favorisent le passage d'un langage symbolique vers l'écriture, afin de mieux comprendre une situation complexe et ses enjeux.

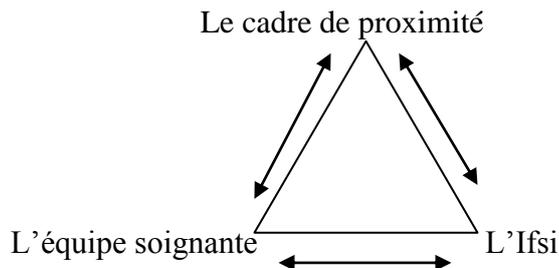
Le sociogramme a permis de situer la place occupée par le cadre dans ces deux expériences, et de travailler autour des liens et des relations qu'il entretient avec les soignants du lieu de stage, et avec le formateur référent pédagogique de l'Ifsi.

Cette étape a rendu possible l'analyse de nos pratiques professionnelles vécues à partir de ces deux expériences, ainsi que la compréhension du cheminement :

- un partenariat existant et formalisé, avec un dispositif d'alternance intégrative dans l'expérience de tuteur ;
- une autre forme de liaison existante, avec un dispositif d'alternance plutôt juxtaposable dans l'expérience de maître de stage.

1.1.4 Le rôle du cadre à travers ces deux expériences

La notion de dynamique qui se dégage nettement dans les deux expériences s'est distinguée en tant que mouvement. Le cadre de proximité de ces deux expériences apparaît comme un élément moteur dans une relation triangulaire qui vient relier les acteurs : le cadre, l'équipe soignante, l'Ifsi



Le cadre de santé entre son équipe et l'environnement.

Nous avons noté que l'efficacité d'une organisation passe par la capacité du manager à concentrer l'ensemble des collaborateurs vers un but commun, à l'aide d'objectifs clairement définis. Ainsi, l'évaluation des pratiques professionnelles et l'amélioration de la prise en charge des étudiants fait partie des axes de travail dans les deux expériences. Le cadre en est le moteur parmi un ensemble de différents rouages imbriqués les uns dans les autres. Le manager renforce l'organisation du service pour lui donner une direction, et va utiliser un management participatif en impliquant les équipes.

Henry MINTZBERG ² nous rappelle que « Le travail de tous les cadres, quels qu'ils soient, peut-être décrit à l'aide de 10 rôles observables : symbole, agent de liaison et leader (rôles interpersonnels), observateurs actifs, diffuseur et porte-parole (rôle lié à l'information) et entrepreneur, régulateur, répartiteur de ressources et négociateur (rôles liés à la décision)³ ».

Dans les deux expériences, le cadre de santé est un acteur essentiel du lien puisqu'il va faciliter l'alchimie partenariale entre le terrain de stage et l'IFSI.

² Henry MINTZBERG est professeur de management à l'université McGill de Montréal. Il est l'un des experts des organisations les plus réputés dans ce domaine.

³ MINTZBERG Henry. *Le manager au quotidien : les 10 rôles du cadre*. Paris. Éditions d'organisation 2010, p. 107.

L'approche symbolique des sociogrammes a rendu possible l'analyse du vécu des expériences professionnelles. En effet, à partir d'une entrée par **les acteurs**, cette analyse des sociogrammes nous a permis de cibler plus particulièrement **un acteur**, et donc d'identifier plus précisément le rôle du cadre de proximité. C'est pourquoi ce dernier nous est apparu comme étant un levier essentiel et sécurisant dans ce dispositif où le partenariat fait toute la différence. Le cadre est en effet le régulateur dans son équipe ainsi que le modulateur dans la mission de liaison entre les acteurs et leurs partenaires. Il en est même le rouage essentiel.

A travers nos expériences, l'animation du projet d'encadrement des étudiants au sein d'une équipe a nécessité au préalable que les personnes ressources et les partenaires associés aient été identifiés, afin de les impliquer à chacune des étapes. C'est l'objectif principal de l'animation d'un projet conduit par le cadre, dans une logique de management participatif, tel que nous avons tenté de le faire au cours de notre expérience de faisant fonction.

R. BLAKE et J. MOUTON⁴ évoquent « Un management qui est à mi-chemin entre une dimension portée vers la production (respect des procédures et des contraintes de l'entreprise) et une préoccupation tournée vers le respect des besoins de ses collaborateurs⁵ ».

Nous avons pu constater que le cadre de santé pose un cadre porteur de sécurité sur son équipe autorisant ainsi le groupe à s'exprimer librement et en toute sécurité. Ainsi rassurés, les membres de l'équipe se sentent portés et cadrés ce qui leur permet de donner libre cours à leur créativité. Le cadre de santé qui a fait le point et recentré le sujet, permet en toute sécurité au groupe de ne pas se disperser. De plus, il ajoute du lien entre les acteurs et les partenaires en apportant davantage de lisibilité dans le travail réalisé par l'ensemble de son équipe.

Nous sommes au cœur de pratiques multiples liées à la nature du rôle du cadre, qui sont d'ailleurs souvent ignorées, et constituent l'activité réelle du manager.

Ainsi, pour Jean-Pierre LE GOFF,⁶ « le management en entreprise n'est pas une activité purement organisationnelle et gestionnaire. Il donne lieu à des discours et des pratiques

⁴ BLAKE R (médecin) et MOUTON J. (psychologue) ont effectué des travaux de recherche sur le théorie du management à travers une grille de comportement du manager.

⁵ BLAKE R et MOUTON J. Les deux dimensions du management. PARIS. Edition d'organisation, 1969. Page 204.

⁶ Jean-Pierre Le GOFF, philosophe de formation, est sociologue au laboratoire Georges Friedman (Paris). Ses travaux ont porté sur les conditions d'un renouveau de la démocratie managériale dans les sociétés.

étendues qui tentent une implication et un encadrement des hommes au travail, allant au-delà des seules nécessités productives⁷ ».

Le travail d'explicitation de nos expériences professionnelles nous a donc permis de formaliser l'objet de notre recherche et de mieux l'explicitier.

Mais il nous restait à vérifier le rôle du cadre de santé dans l'accompagnement des équipes soignantes. Le chapitre suivant devrait nous permettre d'en faire le constat à partir d'une analyse croisée des expériences de tuteur et de maître de stage.

1.2 Le questionnement

L'accompagnement des équipes soignantes restait donc essentiel pour aider les infirmiers à remplir leur mission de tuteur de stage. Le cadre de santé, qui assure le lien entre l'équipe soignante et l'Ifsi a une place importante dans la mise en œuvre des moyens nécessaires.

Sur ces deux expériences les premiers leviers d'action sont comparables : information des équipes, organisation de la formation des acteurs de terrains pour devenir tuteurs de stage, et constitution d'un réseau de soutien.

Grâce à la formation, la professionnalisation de la posture de tuteur devait permettre le développement de compétences nécessaires à l'exercice de la mission, dans la logique des attendus du référentiel de 2009.

Nous avons pu observer au cours de notre expérience de maître de stage que la formation avait permis en effet aux tuteurs de prendre du recul sur leurs pratiques et d'acquérir une grille de lecture commune concernant la compréhension du référentiel. Cette formation leur a également permis de réfléchir à leur fonction avec leurs pairs afin d'en avoir une représentation commune, et de mieux en définir le périmètre qui désormais aller les différencier des IDE de proximité.

C'est pourquoi en l'espace de six mois nous avons organisé la formation de deux tuteurs supplémentaires dans l'équipe portant ainsi leur nombre à trois. Dans le même temps, nous avons formé trois autres IDE à la mission d'encadrement de proximité.

⁷ Le GOFF Jean-Pierre. *Les illusions du management : pour le retour du bon sens*. Paris : les éditions La Découverte, 2006, p. 35

Les tuteurs de stage se sont progressivement appropriés leur nouvelle mission en prenant en charge un groupe d'étudiants. Par la suite nous avons rencontré des difficultés pour l'utilisation des outils d'évaluation notamment pour la gestion du portfolio perçu comme un outil complexe et difficile à maîtriser.

De plus, l'introduction de la pratique réflexive pour accompagner les étudiants en situation d'apprentissage tout au long du stage nous a demandé de repenser nos pratiques. Il en est de même pour l'approche de la fonction d'encadrement des étudiants qui désormais doit s'opérer à partir de la compétence, et non plus à partir des seuls soins techniques.

Ce type d'approche pédagogique représente une difficulté souvent évoquée par les équipes : la majorité des interrogations formulées par les tuteurs de stage portent sur la façon d'évaluer les compétences des étudiants. Or, une grande majorité de soignants de l'équipe continuaient à se concentrer sur l'évaluation des capacités techniques des étudiants, et non pas sur les compétences requises pour la réalisation d'un soin technique.

Enfin, la gestion des situations pédagogiques complexes reste problématique. C'était le cas lorsque l'équipe a été confrontée à des étudiants en difficulté d'apprentissage et dont le niveau à l'arrivée dans le service était notoirement insuffisant, au regard de l'année d'étude où ils se trouvaient. Dans ce contexte, les objectifs intermédiaires fixés en début de stage sont difficiles à tenir, et doivent être reformulés afin de permettre aux étudiants de progresser. C'est précisément l'enjeu de cette difficulté évoqué par les soignants.

Face à ces difficultés émergentes, notre rôle de maître de stage a consisté à collaborer avec l'équipe afin de traiter les situations complexes, mais dans la limite de notre champ de compétences.

Le premier constat laisse clairement apparaître que la seule formation de tuteur de stage, qui permet aux IDE de comprendre les enjeux du référentiel de 2009 et de découvrir la mission de tuteur, n'a pas été suffisante.

Dans l'expérience de tuteur de stage, le partenariat avait permis d'instaurer une co-construction sur l'accompagnement des étudiants en stage en associant les professionnels du soin et les formateurs.

En revanche, dans celle de maître de stage, l'absence de partenariat avec l'Ifsi ne nous a pas aidé à comprendre les situations d'encadrement complexes, et a bloqué toute perspective d'amélioration des pratiques pédagogiques.

C'est la raison pour laquelle nous nous interrogeons sur la place du partenariat entre le terrain de stage et l'Ifsi, dans le cadre de la mise en place de la mission tutorale.

En quoi ce partenariat peut-il aider les infirmiers à mettre en place leur mission de tuteur de stage ?

Cette situation met en évidence les différences entre les politiques des institutions et les pratiques, au sein d'un même groupe hospitalier.

Les équipes soignantes éprouvent un sentiment d'isolement face à l'absence des formateurs sur les terrains de stage.

Quant aux formateurs, désormais dépossédés de leur fonction d'évaluation en stage, ils semblent avoir désinvestis les services cliniques. « *De toute façon, les formateurs On ne les voit plus* » s'est accordée à reconnaître Séverine, IDE de proximité, au cours de l'entretien que nous avons eu dans le cadre de notre recherche. D'ailleurs, nous verrons que ce point de vue est largement partagé par l'ensemble des professionnels des lieux de stage, infirmiers et cadre de santé.

Comment faire pour que chaque acteur des services de soins comme des Ifsi, retrouve ses repères dans le processus de formation des étudiants ? Á ce stade il est important de souligner que ce processus de formation a pourtant été construit autour d'un partenariat renforcé entre les structures de stage et les Ifsi. Nous verrons dans le chapitre consacré au cadre de référence, que c'est précisément tout l'esprit de ce référentiel de formation.

1.3 La question de recherche

Nous allons mettre en évidence les différentes étapes qui nous ont conduit à formuler la question de recherche.

Le rôle prescrit du cadre dans sa mission de maître de stage est uniquement organisationnel. Ainsi, ce qui nous intéresse dans cette recherche c'est de pouvoir explorer le travail réel de maître de stage, et donc de mettre en évidence la nature réelle de la mission qu'il exerce. En

effet, cette activité comprend d'autres missions qui vont bien au-delà de la seule dimension organisationnelle décrite.

Quelles sont les activités du maître de stage au quotidien ? C'est ici que la question du lien invisible de l'activité de maître de stage, et son rôle dans l'organisation d'un dispositif de collaboration entre son équipe et l'institut de formation apparaissent.

Nous avons d'un côté le travail prescrit, c'est-à-dire formalisé par le référentiel de 2009, et par ailleurs le travail réel que représentent les activités réalisées au-delà des règles et des attentes formelles, puis l'analyse des écarts entre les deux.

Nous en arrivons à la question de recherche suivante : **pourquoi le maître de stage ne peut-être qu'un cadre de santé ?**

Ainsi le cadre de santé de par sa fonction peut s'apparenter à un acteur de liaison entre le terrain de stage et l'institut de formation. En effet il se situe stratégiquement à l'interface entre les deux secteurs. Son statut de cadre le légitime dans l'exercice de cette mission, car il a développé des compétences en tant que manager.

Il est donc le seul acteur à pouvoir occuper cette mission de maître de stage en raison de son statut et des compétences qu'il a développées en tant que cadre.

2 LE CADRE DE REFERENCE

Avant toute chose, il nous a paru important de débiter ce chapitre contextuel par une brève approche socio-historique de la profession d'infirmière et de cadre de santé. Dans un second temps, nous présenterons le référentiel de formation de 2009 et ses enjeux.

2.1 L'approche socio-historique de la profession

Il nous a paru difficile d'évoquer les acteurs du soin et leurs enjeux, sans donner un sens à leurs origines et à leurs histoires. L'objectif du chapitre suivant sera de nous aider à situer

l'évolution des professions de santé à travers les grandes étapes qui ont accompagné ces changements, à partir des travaux de Christian CHEVANDIER⁸ et d'Yvonne KNIBIEHLER⁹.

2.1.1 L'évolution de la profession d'infirmière

La formation d'infirmière s'est toujours articulée à partir d'un enseignement théorique et pratique autour de l'alternance. Les infirmiers dans leur grande majorité tirent une grande fierté de cette logique de construction, formalisée par un partenariat entre l'école de formation et l'hôpital, et dans une alternance de type juxtapositive.

Les soignants ont toujours participé à la formation de leurs pairs.

Christian CHEVANDIER¹⁰ considère que « la profession d'infirmière est devenue le métier hospitalier de référence, avec une qualification qui s'est construite peu à peu autour de compétences devenues à la fois techniques et humaines ».

Il nous rappelle que c'est d'ailleurs le fondement même de la construction de notre identité professionnelle de soignant : « Le savoir détermine la carrière professionnelle des soignants, et la place qu'ils vont occuper dans le processus hospitalier. Dès lors, les lieux de la formation, les écoles, mais également les services hospitaliers, ceux d'un apprentissage largement clinique, deviennent centraux dans la formation du groupe social. »¹¹

Dans un passé pas si lointain le programme de formation de 1972 a clairement inscrit la collaboration entre les écoles d'infirmières et les lieux de stage. Dès lors il n'est plus question de réduire les enseignements à la seule connaissance des pathologies médicales, mais d'appréhender les connaissances théoriques en termes de soins infirmiers, considérant déjà le patient dans une approche plus globale.

La complémentarité se met en place, et le terrain de stage devient le lieu qui permet à l'élève infirmier de mettre en pratique ce qu'il a appris en stage.

Le programme de 1979 a allongé la durée des études à 33 mois de formation, pour permettre une harmonisation au plan européen. L'évaluation en stage des élèves infirmiers se fait en

⁸ Christian CHEVANDIER est professeur d'histoire contemporaine à l'université du Havre, et spécialiste d'histoire des politiques sociales, du travail et des identités professionnelles.

⁹ Yvonne KNIBIEHLER est professeur d'histoire à l'université d'AIX en provence, et spécialiste de l'histoire de la maternité.

¹⁰ CHEVANDIER Christian. *Infirmières parisiennes : 1900-1950. Émergence d'une profession*. Paris. Publication de la Sorbonne, 2011, p.210

¹¹ *Ibid.*, p.100.

binôme avec les monitrices de l'école d'infirmières, et les infirmières ou les surveillantes des services.

Enfin le décret de 1992, dont la particularité a été d'harmoniser les filières de psychiatrie et de soins généraux, avec un allongement des études porté à 37 mois, a constitué un tournant majeur. Sur le plan statutaire, les élèves infirmiers deviennent alors des étudiants.

Les écoles d'infirmières et les monitrices enseignantes vont laisser place aux Ifsi et aux formateurs.

2.1.2 L'évolution de la profession de cadre

Depuis le décret du 18 août 1995 qui institue le Diplôme Cadre de Santé (DCS), modifié par l'arrêté du 15 mars 2010, la profession de cadre de santé a connu une profonde mutation. Cette évolution nous a permis de passer d'une fonction de surveillant des services, à une fonction de manager de premier niveau.

La première École des cadres a été créée en 1951 à l'Assistance Publique, et proposait une formation en huit mois pour devenir surveillant. Puis, en 1958 se mettait en place le Certificat d'Aptitude à la Fonction d'Infirmier Surveillant (Cafis) et le Certificat d'Aptitude à la Fonction d'Infirmier Moniteur (Cafim).

Enfin, le décret du 4 octobre 1975 supprime le Cafis et le Cafim, et réunit les deux filières en instaurant le Certificat Cadre Infirmier (CCI) qui devient un diplôme unique délivré à l'issue d'une formation théorique et pratique de neuf mois.

Or, le CCI était un diplôme réservé aux seuls professionnels infirmiers. Ainsi, le décret actuel de 1995 crée le DCS en fédérant treize professions paramédicales sous la même appellation.

L'activité professionnelle actuelle des cadres de santé s'appuie certes sur les référentiels d'activités et de compétences des cadres de santé, définis et validés par la Direction Générale de l'Offre des Soins (DGOS).

La représentation du cadre de service a suivi elle aussi une évolution considérable en passant de la fonction de surveillante à celle de cadre de santé. Mais, dans les faits, les surveillantes ont toujours existé sous différentes appellations, même si leur rôle n'était pas toujours codifié. Pour Yvonne KNIBIEHLER¹², « Dès 1940, La surveillante est déjà considérée comme le pivot du service. Elle est le point de contact entre les différents partenaires de l'hôpital :

¹² KNIBIEHLER Yvonne. *Histoire des infirmières en France au XX e siècle*. Hachette littérature. Mars 2008, p. 341.

l'administration, le médecin, l'équipe d'infirmières et les différents personnels auxiliaires, les élèves infirmiers, le malade et sa famille. Elle est l'interlocutrice du médecin, et participe à la formation des élèves infirmiers en stage ».

Ainsi, le décret du 17 avril 1943¹³ qui précise la classification et les attributions du personnel hospitalier va officialiser la fonction de surveillante. Néanmoins, la première école des cadres sera créée à l'Assistance Publique en 1951 et proposera une formation en huit mois, qui deviendra diplômante en 1958.

Pour Christian CHEVANDIER, la surveillante apparaît dans les années cinquante comme un véritable cerbère, qui exerce avant toute chose une fonction de contrôle « En un demi-siècle, tandis que s'affirme leur fonction d'encadrement, les surveillantes ne cessent de tirer leur légitimité de leur qualification d'infirmière. Les attentes de l'administration se font plus précises : organisation et autorité. »¹⁴

En termes de conclusion, la profession poursuit sa mutation, avec une évolution qui se prépare, et une démarche de réingénierie de la formation cadre de santé en cours de finalisation.

2.1.3 L'évolution de la profession de cadre de santé aujourd'hui

Le cadre de santé est un professionnel qui a plusieurs *missions* avec des niveaux de responsabilités. Nous avons pu noter qu'au moins une de ses missions peut correspondre à l'une des quatre formes que prend le terme *formateur* décrit dans le référentiel de 2009. Il serait peut-être utile de présenter ce qu'est un cadre de santé et de mettre cette mission de formation en lien avec celle de manager.

Le référentiel d'activités nous propose une définition de la fonction de cadre, et nous présente les différentes activités professionnelles des cadres de santé, en rapport avec les compétences développées. Le cadre de santé organise l'activité paramédicale, anime l'équipe et coordonne les moyens d'un service de soins, médico-technique ou de rééducation, en veillant à l'efficacité et la qualité des prestations¹⁵.

¹³ Décret n°43-891 du 17 avril 1943 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices.

¹⁴ CHEVANDIER Christian. *Op.cit.*, p.130.

¹⁵ Référentiels métiers – Compétences de cadres. Document CEFIEC. Mise à jour juillet 2009.

Pour compléter cette définition, nous nous sommes reportés au Rapport de la mission cadres hospitaliers de Chantal de SINGLY ¹⁶ du 16 septembre 2009. En effet, dans ce rapport¹⁷, l'auteur donne une définition fonctionnelle du cadre de santé basée sur les missions qui lui sont attribuées. Elle précise que le cadre de santé se définit à partir des « quatre missions qui se dégagent de sa fonction :

- une mission de management d'équipe et d'organisation ;
- une mission transversale ou de responsabilité de projet ;
- une mission d'expertise ;
- une mission de formation initiale ou continue ».

L'intérêt de partir de cette définition, est de nous permettre de constater que le rapport pointe la difficulté à donner une définition statutaire du rôle de cadre de santé, au regard de la complexité de ses fonctions, et des différents lieux de son exercice. D'ailleurs, la conclusion du rapport précise « ¹⁸cette définition apparaît opportune à plusieurs titres : elle dépasse sans les ignorer les qualifications statutaires... ».

Ce rapide retour sur l'évolution des différents programmes de formation d'infirmière et de cadre de santé, va nous permettre de mieux comprendre le référentiel de formation de 2009 dans son contexte,

2.2 Le référentiel de formation de 2009

En ce qui concerne la profession d'infirmier, le référentiel s'inscrit dans un contexte d'évolution des besoins et de l'offre des soins, parmi d'autres sujets comme le vieillissement de la population, l'augmentation des pathologies chroniques et la place des usagers dans le système de soins.

Les accords de Bologne signés en 2002 visent à harmoniser les formations universitaires dans l'ensemble de l'Union Européenne.

¹⁶ Chantal De SINGLY est directrice de l'Institut de management, à l'École des Hautes Études de la Santé publique de Rennes. Elle s'est vue confier une mission exclusivement consacrée au rôle, aux missions et à la valorisation des cadres hospitaliers, dont le rapport a été rendu le 11 septembre 2009.

¹⁷ De SINGLY Chantal. Rapport de la mission cadres hospitaliers : rapport final, propositions. Ministère de la Santé et des Sports, 2009, p. 24.

¹⁸ *Ibid.*, p.24.

Les enjeux étaient de développer l'attractivité de la profession d'infirmière et de favoriser la mobilité des professionnels au sein de l'Europe. L'entrée de la formation dans le dispositif Licence-Master-Doctorat (LMD) a conduit à la mise en place du partenariat avec l'Université.

2.2.1 Le référentiel et ses innovations

Au cours des divers rencontres que nous avons menées auprès des professionnels pour les besoins de notre recherche, une constatation de leur part revenait souvent au premier plan : pour Murielle, IDE tutrice de stage « *Le référentiel s'est mis en place trop rapidement* » ou encore pour Marc, tuteur de stage « *Tout a été très vite...* ». Pour Eric, cadre de santé et maître de stage « *Mon problème est d'accompagner au mieux mon équipe dans ce changement...* » Ce même constat était partagé par Corinne, cadre de santé dans le service de maladies infectieuses.

A travers ces différentes réflexions, l'interrogation émergente des acteurs qui ont participé à nos entretiens de recherche, était de pouvoir s'interroger sur le travail de lien à mettre en place entre les professionnels du lieu de stage, et les formateurs référents de l'Ipsi, afin d'améliorer l'encadrement des étudiants.

Les innovations du référentiel

La réingénierie de la formation conduisant au diplôme d'infirmier a entraîné un changement important dans la formation des professionnels de santé, tant à l'Ipsi que dans les services hospitaliers.

L'entrée dans le système LMD a introduit un partenariat avec l'Université, autour d'un référentiel organisé en UE, et des années scolaires découpées en semestres.

Le parcours de stage de l'étudiant est professionnalisant avec une approche de l'apprentissage par la compétence.

L'étudiant est placé au cœur de la formation, et devient acteur du dispositif, en développant ses connaissances et ses compétences en situation professionnelle.

Le référentiel situe l'alternance intégrative entre l'Ifsi et le lieu de stage sur laquelle nous reviendrons dans le chapitre suivant, et prescrit un partenariat véritablement formalisé, avec des modalités d'encadrement réfléchies qui comprennent notamment un livret d'accueil des étudiants et une chartre d'encadrement, l'organisation d'un parcours de stage au sein du pôle, le repérage et la formalisation des situations apprenantes.

2.2.2 La place et le cheminement des acteurs

Ce changement dans l'organisation de la formation clinique des étudiants ne s'est pas fait sans appréhension pour les IDE. En effet le référentiel de formation a tout d'abord renforcé leur mission d'encadrement et de formation durant le stage. D'ailleurs cette fonction n'est pas une innovation et a toujours constitué une obligation prescrite par l'article R4312-31 du Code de la Santé Publique¹⁹.

En revanche, le référentiel a clairement défini les rôles et missions de chacun des acteurs sur le terrain de stage, laissant apparaître les appellations et fonctions de tuteur de stage, maître de stage et professionnel de proximité.

Pour les cadres formateurs, l'instauration du partenariat avec l'Université a induit de nombreuses craintes et interrogations : quelle place allaient-ils avoir dans l'organisation universitaire de la formation désormais répartie en UE, et dans l'enseignement des savoirs aux étudiants ? Mais surtout quelle nouvelle place pour le formateur dans la mission d'accompagnement des étudiants en stage ? C'était bien la question de la légitimité à retrouver sur le terrain, du fait de la disparition des Mises en Situations Professionnelles (MSP)²⁰.

¹⁹ L'article R4312-31 précise que l'infirmier ou l'infirmière chargé(e) d'un rôle de coordination et d'encadrement veille à la bonne exécution des actes accomplis par les infirmiers ou infirmières, aides-soignants, auxiliaires de puériculture et par les étudiants infirmiers placés sous sa responsabilité.

²⁰ Les Mises en Situations Professionnelles étaient des épreuves pratiques organisées dans le cadre de la scolarité conduisant au DE d'Infirmier dans le cadre du décret de formation de 1992. Cette épreuve pratique était organisée par l'IFSI et le cadre du service, et se déroulait sur le terrain de stage. L'évaluation de l'épreuve était assurée par un formateur de l'IFSI, et par un professionnel du terrain (le cadre du service ou un infirmier).

Ainsi depuis 2009 les équipes soignantes sur le terrain réfléchissent et cheminent avec ces interrogations.

Les équipes pédagogiques en Ifsi quant à elles évoluent également dans leur réflexion.

Le partenariat devrait sans doute décroïsonner les systèmes, et offrir un espace de réflexion collectif sur l'approche commune de la gestion du stage clinique notamment.

C'est également l'émergence de nouvelles missions pour les acteurs du terrain de stage, de l'institution hospitalière et de l'Ifsi, que nous allons décrire au cours du chapitre suivant.

2.3 Entre concept et contexte

Nous allons terminer ce cadre de référence, en présentant les outils de compréhension intermédiaires issus de l'analyse du cadre contextuel, et qui nous permettrons ensuite d'élaborer notre cadre conceptuel.

2.3.1 L'alternance intégrative

Nous avons vu à travers le chapitre socio-historique que la formation infirmière a toujours reposé sur l'alternance. Nous pourrions retenir la définition de Guy Le BOTERF²¹ : « La formation en alternance associe de manière linéaire et alternée, deux types d'activité : tout d'abord les enseignements et apprentissages généraux, professionnels et ou technologiques, dans des lieux choisis de formation pour l'acquisition de savoirs, et d'autre part l'exercice dans un milieu professionnel d'une activité en relation avec la formation reçue pour l'acquisition de savoir-faire, voire pour l'apprentissage même du contexte socio professionnel²² ».

Nous allons montrer comment nous sommes passés d'une alternance juxtapositive à une alternance intégrative.

Avant la mise en place du référentiel de formation de 2009, le dispositif de formation de 1992 reposait sur l'alternance juxtapositive. Il s'agissait alors d'une formation bien distincte qui comprenait des enseignements théoriques et des enseignements dirigés dispensés à l'Ifsi, et une formation pratique qui s'effectuait dans les services de soins. Les cours théoriques de

²¹ Guy Le BOTERF est docteur en sciences humaines et docteur en sociologie. Ses travaux se sont portés sur le développement des compétences et des parcours de professionnalisation.

²² Le BOTERF Guy. *L'ingénierie des compétences*. Édition d'organisation. Paris. Septembre 1998. P. 150-151.

l'Ifsi se juxtaposaient avec les acquisitions pratiques que l'étudiant expérimentait pendant le stage, sans qu'il y ait de lien entre les deux. Le projet pédagogique de l'Ifsi et le dispositif d'encadrement des étudiants dans les unités, avaient certes pour objectif commun de conduire l'apprentissage de l'étudiant, mais étaient construits sans véritable dispositif de liaison, qui de fait favorisait un peu moins la collaboration. Les échanges entre les formateurs de l'institut et les professionnels du terrain s'organisaient autour de l'évaluation des étudiants à travers les épreuves de la MSP évoquées au cours du chapitre précédent.

Pour Philippe PERRENOUD²³ « La présence de stages ne suffit pas, cependant, à garantir la qualité d'une formation. Tout dépend de leur articulation au reste du programme.²⁴ »

Le référentiel de 2009 prescrit une alternance intégrative qui pose le partenariat entre le lieu de stage et l'Ifsi, et participe à la collaboration des acteurs de l'institut et du lieu de stage. Dans ce dispositif, l'objectif commun aux deux lieux d'apprentissage est de favoriser la professionnalisation de l'étudiant.

De fait, l'alternance se situe entre deux terrains, mais mobilise trois acteurs : le formateur de l'Ifsi, les soignants du lieu de stage, et l'étudiant que le référentiel définit comme l'acteur principal du dispositif de formation.

À ce titre, une charte d'encadrement²⁵, qui formalise les engagements des deux parties dans ce processus d'encadrement, doit être établie entre le lieu de stage et l'Ifsi. Ce document est complété par un livret d'accueil des étudiants infirmiers en stage spécifique à chaque service, qui comprend les informations nécessaires à la présentation des unités de soins, de ses ressources et des activités proposées.

Les entretiens que nous avons menés feront ressortir les éléments suivants :

- dans le service de polyclinique médicale, le livret d'accueil est bien présent. Il a été élaboré lors d'un groupe de travail Tuteur /Cadre de santé, sans concertation avec l'Ifsi ;
- dans l'unité de médecine interne et des maladies infectieuses, les livrets d'accueil ne sont pas présents. Les cadres envisagent d'en élaborer une version actualisée, à partir

²³ Philippe PERRENOUD est docteur en sociologie. Ses travaux les inégalités et l'échec scolaire l'ont conduit à s'intéresser aux pratiques pédagogiques et à la formation.

²⁴ PERRENOUD Philippe. *La qualité d'une formation. La qualité d'une formation se joue d'abord sur sa conception*. Revue Pédagogique Collégiale. Volume 11, n°4. Mai 1998. P. 19.

²⁵ Profession infirmier. *Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'état et à l'exercice de la profession*. Paris : Berger-Levrault, 2011. P.83

d'un groupe de travail associant les professionnels du service, sans la présence de l'Ifsi ;

- aucun des acteurs que nous avons interrogés n'a évoqué durant les entretiens la présence d'une charte d'encadrement dans l'unité, ni même sa signification, alors que la majorité des acteurs professionnels de terrain ont été formés à l'encadrement des étudiants.

Ce travail de collaboration est la base de ce référentiel qui repose sur la complémentarité entre l'Ifsi et le lieu de stage, dans un esprit de continuité. Néanmoins, cette articulation qui demande un réel investissement des acteurs, reste chronophage pour des équipes contraintes par une charge de travail importante et un manque de personnel. Concernant l'élaboration du livret d'accueil, Marc, tuteur de stage se souvient : « ... *On a travaillé avec le cadre pendant six mois pour aboutir à la formation d'un livret d'accueil. Et surtout, on ne savait pas bien comment on allait s'en servir... c'était long...à la fin ça devenait épuisant...* ».

2.3.2 Le partenariat Ifsi / lieux de stage

Ainsi le référentiel de formation²⁶ envisage explicitement ce partenariat, avec une coopération revisitée autour de la co-construction d'un dispositif d'accueil des étudiants en stage, entre le lieu de stage et l'Ifsi, dans une dynamique évolutive.

Cette dynamique devrait s'afficher par une volonté commune de cohésion des projets de soins institutionnels des hôpitaux, et des projets pédagogiques des Ifsi, au regard des différentes logiques à articuler. Dans la formation des étudiants, ces logiques institutionnelles se situent en références au référentiel de formation de 2009, et s'organisent également autour de la conception du livret d'accueil des étudiants, de la charte d'encadrement des services, et de la formation des professionnels du lieu de stage. Les professionnels engagés dans cette responsabilité, personnels soignants ou formateurs, ont des compétences différentes qui s'inscrivent pourtant dans un lien de complémentarité.

Roland FONTENAU²⁷ relie le concept d'alternance à celui de partenariat. Selon lui, « Il n'y a pas d'alternance efficace sans une organisation partenariale pertinente »²⁸ Il nous précise que cette alternance partenariale s'organise autour de quatre caractéristiques :

²⁶ Profession infirmier. *Op.cit.*, pp.71-72

- **le projet** : le projet de partenariat s’inscrit dans le contexte du référentiel, et s’articule à partir des acteurs, dans un espace formalisé. « Il n’y a pas de partenariat efficace sans un projet reconnu par tous les partenaires ²⁹».
- **le temps** : la formation des étudiants s’organise dans un temps programmé par l’Ifsi et organisé par le lieu de stage.
- **L’espace** : entre l’Ifsi et le lieu de stage, chaque « espace » a ses propres règles d’organisation, de ressources, mais aussi de contraintes et de difficultés. Chaque espace apparaît comme un lieu d’apprentissage. Dans cette logique d’alternance partenariale, les partenaires doivent se rencontrer pour formaliser cette coopération.
- **Les acteurs** : le rôle des différents acteurs s’inscrit dans cette logique de construction du lien.

Dans ce dispositif, le rôle du cadre de santé est de veiller à entretenir les échanges entre les différents acteurs du lieu de stage et de l’Ifsi.

L’étudiant est au centre de ce dispositif partenarial, dans cette organisation alternante d’espace et de formation.

D’ailleurs, à travers nos expériences de tuteurs de stage, nous avons pu repérer les 2 éléments suivants :

- 1) **Facteurs de réussite dans la mise en place du partenariat :**
 - des choix de politique institutionnelle clairement affichés, qui se sont traduits par une forte implication de la direction des soins et de la direction de l’Ifsi pour impulser une dynamique dans la mise en place de ce projet;
 - une demande de la part des soignants pour comprendre les nouveaux enjeux de ce référentiel ;
 - une demande des formateurs pour partager et échanger autour de pratiques pédagogiques, et situer l’évolution de la place du formateur en stage.

²⁷ Roland FONTENAU est maître de conférences consultant à l’université de Tours.

²⁸ FONTENAU Rolland.L’alternance partenariale, in Revue d’Education permanente. N° 115, 1993 page 29-34.

²⁹ *Ibid.*, p.20

2) Les apports du partenariat :

- impulser une dynamique institutionnelle et impliquer les acteurs de terrain ;
- décloisonner les institutions et apporter davantage de visibilité sur les logiques de fonctionnement des services et de l'Ifsi;
- apporter une aide au sein de chaque service pour permettre aux tuteurs de remplir leur mission et de se construire une nouvelle identité ;
- poursuivre la question du partenariat dans une réflexion dynamique et collaborative, en vue d'améliorer la qualité du service rendu aux étudiants.

2.3.3 Le tutorat de l'étudiant

La fonction d'encadrement des étudiants en formation fait partie des missions infirmières. Elle est ainsi clairement identifiée dans les référentiels à travers le rôle des différents acteurs dans le dispositif tutoral. Ainsi, à travers l'encadrement des étudiants en stage, les rôles respectifs des soignants, mais aussi des formateurs vont évoluer. Pour conceptualiser le tutorat, il est nécessaire de le situer à travers un dispositif et passer à un système.

Pour Joël de Rosnay « Un système est un ensemble d'éléments en interaction dynamique, organisé en fonction d'un but ³⁰ ». D'après nous, cette définition met l'accent sur la finalité ou le but poursuivi par le système. Le concept de système trouve une application en management d'entreprise, et nous semble transférable dans notre expérience hospitalière.

2.3.1.1 Le tuteur

Les tuteurs étaient historiquement bien souvent les professionnels qui avaient le plus d'ancienneté dans un service, et une expérience de soignant confirmée. Nous ferons le constat qu'aujourd'hui les tuteurs se trouvent être parfois de jeunes professionnels peu expérimentés dans leur fonction.

Le référentiel de 2009 nomme précisément le tuteur en tant que tel, et l'inscrit dans le dispositif de formation. Il représente un pivot essentiel de l'alternance intégrative au centre de la relation entre le formateur de l'Ifsi, le maître de stage, et les professionnels de proximité. Cette notion, au départ très ancienne, peut être rapprochée de celle de mentorat ou de compagnonnage, ou plus récemment de celle de coach.

³⁰ Cité par Hélène MASSA. *Fondements de la pratique de l'approche systémique en travail social*. Les cahiers de l'actif. N°308-309.pp.9-27

Le tuteur est un professionnel volontaire et formé à sa nouvelle fonction. Il représente la fonction pédagogique du stage, et exerce sa mission sous la responsabilité du maître de stage. Par ailleurs, même si cette fonction est souvent vécue sur le terrain comme une fonction informelle souvent associée à une absence de reconnaissance du temps et de la charge de travail qu'elle représente, les soignants sont conscients des nouveaux enjeux identifiés à travers le référentiel.

Nous allons considérer le dispositif tutoral comme un système de formation dans le lieu de stage, qui permet au tuteur d'accompagner l'étudiant dans l'acquisition de nouvelles compétences.

Champ d'activité du tuteur

Il partage son champ pédagogique et son champ organisationnel avec le maître de stage. Le tuteur coordonne l'ensemble des professionnels qui interviennent dans l'apprentissage des étudiants.

L'évaluation en cours comme en fin de stage de la progression des étudiants dans l'acquisition des compétences, fait partie intégrante de sa nouvelle fonction.

En réalité, le référentiel place le tuteur de stage en position de responsable privilégié de l'évaluation des compétences de l'étudiant, ce qui suscite de nombreuses interrogations auprès de certains tuteurs.

Dans les situations d'évaluations difficiles, la concertation avec les professionnels de proximité et le maître de stage sont parfois insuffisantes. Nous aurons l'occasion de revenir sur ce point au cours de l'analyse de nos entretiens. Dans ce contexte, un partenariat formalisé, avec l'institution comme avec l'Ifsi est une aide pour les acteurs en difficulté.

2.3.1.2 Les professionnels de proximité

Ils représentent tous les professionnels de santé qui encadrent les étudiants au quotidien : les infirmières de l'équipe, mais aussi les aides-soignants.

Ils représentent la fonction d'encadrement au quotidien, en lien avec le tuteur de stage. Leur mission se situe au niveau de l'apprentissage des activités rencontrées dans les situations de soins. Ils sont en contact permanent avec les tuteurs de stage, et sont placés sous la responsabilité du maître de stage.

2.3.1.3 Le maître de stage

Le référentiel de 2009 identifie le maître de stage de la manière suivante ³¹ « Il s'agit le plus souvent du cadre de santé, ou toute autre personne exerçant une fonction d'encadrement ».

Il assure le suivi des relations avec l'Ifsi pour l'ensemble des étudiants en stage dans le service. Il assure également la liaison entre l'Ifsi, la Direction des soins et son équipe soignante (tuteurs et professionnels de proximité). « Il représente la fonction organisationnelle du stage »³².

Le tableau suivant³³ reprend les missions des acteurs de l'encadrement et précise le sens donné aux missions organisationnelles :

Acteur de l'encadrement	Missions
-Le maître de stage « désigne le plus souvent le cadre de santé, ou une personne exerçant une fonction de management »	-Est responsable de l'organisation du stage -Est garant de la qualité de l'encadrement -Veille à l'organisation de l'accueil de l'étudiant -Désigne le tuteur de stage -Veille à l'établissement du livret d'accueil et d'encadrement, et diffuse la charte d'encadrement -Assure les relations avec l'Ifsi -Règle les questions en cas de litiges

Missions des acteurs de l'encadrement

³¹ Référentiel de formation des infirmiers de 2009. DRASS Ile-de-France. Octobre 2009, p. 37.

³² *Ibid.*, page 37.

³³ ADAM Rémi et BAYLE Isabelle. *Le tutorat infirmier : accompagner l'étudiant en stage*. De Boeck février 2012, p. 9.

Par ailleurs, nous allons revenir sur le Rapport de la mission de Singly, et nous intéresser directement au point concernant la mission de formation initiale du cadre de santé, qu'elle soit initiale ou bien continue.

Cette dernière mission nous intéresse plus particulièrement. L'enjeu de la fonction de cadre de santé consiste également à organiser l'encadrement des étudiants et la mise en place du dispositif partenarial.

D'ailleurs, l'article R4311-15³⁴ nous précise que les professionnels de santé ont une mission de formation des étudiants. Le cadre de santé et les membres de l'équipe soignante qui accueillent l'étudiant en stage sont donc tenus à cette obligation. A ce titre, le référentiel définit le caractère qualifiant d'un stage de la manière suivante « Un stage est reconnu « qualifiant », lorsque le maître de stage se porte garant de la mise à disposition des ressources, notamment la présence de professionnels qualifiés, et des activités permettant un réel apprentissage³⁵ ».

Un stage « *qualifiant* » reprend les caractéristiques suivantes :

- l'établissement d'une chartre d'encadrement ;
- la présence de situations d'apprentissages variées ;
- la création d'un livret d'accueil des étudiants ;
- l'établissement d'une convention de stage ;
- un dispositif tutoral organisé, et un engagement clair des professionnels de proximité ;
- un partenariat avec l'Ifsi.

Nous voyons donc que les rôles du tuteur et du maître de stage ont considérablement évolué. Pour Marie-Ange COUDRAY « Sur le terrain, le tuteur et le maître de stage accompagnent l'étudiant et lui permettent de développer ses compétences. Les professionnels sont là pour l'encourager, reconnaître les points positifs et discerner les axes d'amélioration. Leur rôle est d'aider l'étudiant à décrire et analyser les situations rencontrées³⁶ ».

³⁴ Article R 4311-15 du code de la Santé publique de la République française, portant sur l'encadrement des étudiants en stage.

³⁵ Profession Infirmier. Recueil des principaux textes relatif à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession. SEDI-30700 UZES-Réf. Paris. Berger et Levraut. Juillet 2013. Page 83.

³⁶ COUDRAY Marie-Ange. *La formation infirmière renouvelée*. Revue soins n°735. Mai 2009. Pages 38-41.

- Le formateur de l'Ifsi référent du stage³⁷

« Les instituts désignent un formateur référent pour chaque stage. Celui-ci est en lien avec le maître de stage pour l'organisation générale des stages dans son unité ou sa structure. »

Il est également en liaison régulière avec le tuteur ou le maître de stage, pour suivre le parcours des étudiants et régler au fur et à mesure les questions pédagogiques qui peuvent se poser.

Il a accès aux lieux de stage et peut venir encadrer un étudiant sur sa propre demande, celle de l'étudiant, ou celle du tuteur.

En définitive, ce référentiel de formation est construit autour de l'acquisition de compétences, qui vont permettre à l'étudiant en stage d'agir en situation de soins. Ces compétences s'acquièrent tout au long de la formation dans un système d'alternance de type intégrative, entre des temps de formation à l'Ifsi et des temps de stage. Sur les lieux de stage, l'accompagnement des étudiants repose sur la mise en place d'un dispositif tutoral qui implique les acteurs du terrain et de l'Ifsi autour d'un partenariat. C'est dans ce dispositif de formation que s'est portée notre posture d'apprenti chercheur et de futur cadre de santé, à partir de nos observations recueillies auprès des professionnels de santé durant nos entretiens, sur les lieux de stage comme à l'Ifsi.

3. LE CADRE CONCEPTUEL

Ce chapitre va nous permettre d'éclairer les principaux concepts sur lesquels repose notre recherche.

3.1 L'hypothèse

³⁷ Formation conduisant au Diplôme d'État d'Infirmier. Les textes réglementaires, programme 2009, p.44.

Notre cheminement d'apprenti chercheur nous a conduit dans un premier temps à réfléchir à partir de nos expériences professionnelles, et ensuite à partir des références théoriques issues de la littérature afin d'éclairer notre problématique de départ.

Après avoir posé le cadre théorique et défini les concepts retenus pour préciser l'angle d'approche de la recherche, nous en arrivons à formuler l'hypothèse suivante :

« Pour exercer pleinement une mission de maître de stage, au-delà de la prescription du référentiel de formation de 2009, il est nécessaire que le cadre de santé développe une posture de traducteur, au sein du partenariat établi entre les deux mondes que sont l'Ifsi et le lieu de stage. »

Dans son rôle d'organisateur de l'encadrement prescrit par le référentiel de formation initiale de 2009, le cadre de santé, maître de stage des étudiants accueillis dans l'équipe qu'il encadre, développe en réalité une posture de traduction essentielle au bon fonctionnement d'un dispositif élargi au partenariat entre l'Ifsi et le lieu de stage.

Cette hypothèse est le résultat de notre cheminement en place depuis l'élaboration de notre question de départ, à travers plusieurs postulats :

- le maître de stage doit être un cadre de santé ;
- la mission de maître de stage comporte d'autres missions (travail réel), et ne se limite donc pas à une seule « fonction organisationnelle » (travail prescrit) ;
- le maître de stage évolue au sein d'un dispositif partenarial formalisé entre l'Ifsi et le terrain de stage, au travers une pluralité d'acteurs appartenant aux deux mondes : tuteur de stage, professionnels de proximité, formateurs et référents pédagogiques. Nous verrons au cours de notre étude, si le maître de stage occupe effectivement une posture de traducteur dans ce dispositif.

3.2 Les concepts et théories porteurs

Sur le plan théorique, nous avons pu constater en débutant notre recherche, que la littérature abonde de livres, d'articles et de mémoires de recherche sur le tutorat infirmier et la mission de tuteur de stage dans le cadre de la mise en œuvre du référentiel de formation de 2009.

En revanche, il n'existe aucune donnée théorique concernant la mission de maître de stage, du moins à notre connaissance. Les données empiriques sont peu documentées.

A ce sujet, comment définir les interactions entre le maître de stage et ses partenaires, et sur quelles notions repose cette fonction de rapprochement d'un monde à l'autre ? c'est à ces questions que nous tenterons de répondre au cours du chapitre suivant.

3.2.1 Le modèle de BOLTANSKI et THEVENOT : la théorie de l'économie des grandeurs

Nous allons nous intéresser aux travaux de Luc BOLTANSKI et Laurent THEVENOT, à travers leur livre, *De la justification - les économies de la grandeur*³⁸. Cet ouvrage porte sur la relation et les enjeux entre accords et discordes à travers des mondes différents.

Luc BOLTANSKI est sociologue, et disciple de Pierre BOURDIEU. Laurent Thévenot est économiste.

Les auteurs enseignent à l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences sociales. Ils ont co-écrit cet ouvrage. Le courant des économies de la grandeur analyse les organisations en termes de conventions et d'accords.

Les auteurs vont montrer qu'il existe six mondes bien distincts qui constituent des sortes de cités, et qui offrent des points de vue différents. Ils vont notamment nous expliquer comment se mettent en place les compromis issus de la rencontre des mondes, afin d'aboutir à des accords.

Dans leur théorie, la société est divisée en 6 mondes, avec des caractéristiques principales qui en font des ordres de justification. Nous retiendront 3 ordres (mondes) qui semblent plus particulièrement s'adapter à notre recherche, et dont les accords se construisent en mettant en équivalence les acteurs attachés à un principe supérieur commun, d'un monde vers l'autre :

- l'ordre industriel et scientifique, qui semble correspondre au monde médical et intéresse les médecins. Le principe supérieur commun est l'efficacité ;
- l'ordre civique, qui défend l'intérêt général, et qui correspond au registre de l'école et de la formation. Ici, le principe supérieur commun est la représentativité ;
- l'ordre domestique qui correspond aux soignants. Le bien commun est défini comme la tradition, et la justification s'appuiera sur des valeurs morales comme la fidélité ou la loyauté.

³⁸ BOLTANSKI Luc. THEVENOT Laurent. *De la justification, les économies de la grandeur*. Editions Gallimard. 1991.

La justification qui intervient lorsque les acteurs sont en désaccords, est également situationnelle et contextuelle.

Or, à travers notre hypothèse, nous tentons de comprendre la manière dont le cadre de santé maître de stage va permettre à des acteurs aux intérêts divergents, de trouver des accords.

Si nous mettons en lien cette hypothèse avec la perspective des travaux de BOLTANSKI et THEVENOT, le cadre serait en quelque sorte le chef symbolique de l'ordre domestique (les soignants) et occuperait probablement la fonction de gouvernant. D'ailleurs, d'un point de vue historique la gouvernante était nommée à cette fonction parce qu'elle était la plus compétente, donc la plus légitime pour exercer ce rôle. Dans cette optique, le cadre côtoie des mondes différents, et cette posture lui permet de rechercher les accords possibles entre les 2 mondes, que sont le terrain de stage (l'ordre domestique) et l'Ifsi (l'ordre civique). A mettre en lien avec les entretiens... avec le chef symbolique à la place de MINTZBERG, ou bien avec.

3.2.2 Le modèle de Michel CALLON et Bruno LATOUR : la théorie de la traduction

3.2.2.1 Les auteurs et les concepts majeurs

Nous avons retenu une approche sociologique, à partir du concept de la traduction, issue du registre de la nouvelle sociologie des organisations. La notion de traduction permet de comprendre comment des acteurs et des actants se connectent, se lient et s'intéressent les uns aux autres.

La sociologie de l'acteur réseau est désormais très largement mobilisée en sciences sociales. Elle a donné lieu à une littérature importante, essentiellement en langue anglaise. À ce premier stade de notre recherche, nous allons particulièrement nous intéresser aux travaux de deux chercheurs du Centre de Sociologie et de l'Innovation (CSI)³⁹, a priori influencés par le même courant : tous les deux sont en effet issus de l'École des Mines et du CSI :

³⁹ Centre de Sociologie et de l'Innovation : laboratoire de sociologie de l'École des Mines, créé en 1967 qui a joué un rôle indéniable dans la construction et le développement du champ STS (Science, Technique et Société). L'originalité du CSI est non seulement d'étudier l'impact des sciences et des techniques sur la société, mais de développer une théorie originale pour analyser les multiples façons dont la société et les sciences se mélangent.

- Michel CALLON est directeur de recherche et professeur à l'École des Mines à Paris. Il est entré comme chercheur au CSI qui venait d'être créé par Pierre LAFFITTE. Auteur majeur de la sociologie de la traduction et de l'acteur-réseau, ses travaux couvrent un large spectre d'intérêts autour des questions relatives aux interactions entre sciences, techniques et société : la sociologie de l'innovation, etc.
- Bruno LATOUR, qui a rejoint l'Institut d'Etudes Politiques de Paris en 2006, après avoir exercé comme professeur à l'École des Mines. Il est agrégé de philosophie et a rejoint le Centre de sociologie de l'innovation en 1982. Il s'est intéressé aux théories de l'acteur réseau.

Michel CALLON nous a semblé être un auteur majeur de la sociologie de l'acteur-réseau, également appelée sociologie de la traduction.

En effet, selon lui⁴⁰, « la théorie de la traduction montre toute l'importance des actions qui permettent à des acteurs venant d'horizons très différents de se coordonner et de coopérer afin de défendre leurs intérêts, ou bien de définir un projet exprimant des intérêts communs ».

Ainsi, ce concept ne doit pas être limité à la seule perspective de traduction linguistique, même s'il est bien entendu question de traduire des langages. En fait, il s'agit d'une mise en relation qui implique toujours une transformation, c'est à dire une opération de traduction. Celle-ci consiste à relier des éléments et des enjeux a priori éloignés. De ce point de vue, la traduction établit un lien entre des activités hétérogènes, et rend le réseau visible.

3.2.2.2 La traduction comme position

Au fil des années 80, un groupe des chercheurs de l'École des mines s'est penché sur un aspect du monde contemporain négligé par les sciences sociales : les sciences et les techniques, et la manière dont ils sont venus transformer la recherche. Ces travaux ont donné naissance à cette approche aujourd'hui largement reconnue qui est la sociologie de la traduction, qu'on appelle aussi la théorie de l'acteur-réseau, avec ses concepts clés dont la traduction fait partie.

⁴⁰ LHOMME Robert et FLEURY Jean. *Entretien avec Michel CALLON*. Recherche et formation n°31. 1999, p.121.

La théorie de l'acteur-réseau, également connue sous l'abréviation ANT (Actor-network Theory) ou sociologie de la traduction, est une approche sociologique développée à partir des années 1980 par Michel CALLON, Bruno LATOUR, Madeleine AKRICH et d'autres chercheurs du CSI de l'École des Mines.

Le Petit Larousse 2010 nous propose la définition suivante de la notion de réseau⁴¹ « Structure définie par des relations entre des individus. Il s'agit d'un ensemble de personnes qui sont en liaison, et qui travaillent ou fonctionnent ensemble ».

Au plan sociologique, le réseau est défini comme une organisation rassemblant des humains et des non-humains, qui agissent comme médiateurs, ou comme intermédiaires, les uns avec les autres. Cette notion permet de fédérer des catégories, des institutions et des organisations. Il s'agit bien de mettre en relation toutes les entités qui y participent.

Dans le cadre de notre étude, nous nous intéresserons prioritairement au concept de la traduction. En effet, la traduction entre deux mondes peut se faire à partir d'un acteur, mais pas seulement. Elle intervient bien à partir d'un traducteur, qui n'est pas n'importe quel acteur. En d'autres termes, pour qu'il y ait traduction, le traducteur doit être reconnu entre les deux mondes, afin d'être légitime et efficace.

À cet effet, Michel CALLON nous précise que « La notion de traduction permet ainsi d'expliquer la mise en relation d'acteurs et d'actants, qui autrement n'auraient aucune raison de se rencontrer, et des dispositifs qui permettent de cadrer cette interaction⁴² ».

Pour Bruno LATOUR⁴³ : « La notion d'actant désigne toute entité dotée de la capacité d'agir, c'est-à-dire de produire des différences au sein d'une situation donnée, et qui exerce cette capacité ».

Ainsi, le cadre de santé, acteur de proximité et de lien entre son équipe et l'Ifsi, nous semble être l'acteur tout désigné pour occuper cette posture de traducteur.

⁴¹ Dictionnaire Le Petit Larousse 2010. Édition Larousse 2009. Paris, p. 881.

⁴² FLEURY Jean, LHOMME Robert. *Op.cit.*, p. 122.

⁴³ AKRICH Madeleine ; CALLON Michel, LATOUR Bruno. Sociologie de la traduction : testes fondateurs. Editions Presses des Mines. Collection Sciences sociales. Octobre 2006. Page 242.

Or, nous avons vu que le maître de stage est le plus souvent un cadre de santé, qui exerce à la fois des fonctions de management et de responsabilité sur l'ensemble de l'organisation des stages pour les étudiants.

Il y a sans doute un lien à établir entre la fonction de cadre et le terme de « maître ». Jacqueline RUSS⁴⁴ définit le maître de la manière suivante : « Personne qualifiée pour exercer une fonction de direction et de responsabilité. Celui qui possède une chose, et en dispose. Il a un rôle capital et essentiel. Le maître à penser est une personnalité, ayant une importante influence idéologique ou spirituelle. »

Ce lien établi entre la fonction de cadre et la définition de maître, le positionne vraisemblablement dans ce statut de reconnaissance, ainsi légitimé par la fonction de cadre de proximité que n'aurait pas un acteur « non cadre ». Là encore, l'articulation avec la fonction de cadre de santé semble prendre tout son sens à travers l'analyse des sociogrammes que nous avons vus précédemment. L'analyse de ces schémas a fait émerger la place et le rôle du cadre de santé-maître de stage comme acteur de lien d'abord au sein de son équipe, mais aussi dans ce dispositif d'échanges entre les deux mondes constitués par le terrain de stage et l'Ifsi.

La théorie de la traduction que nous avons décrite se caractérise par la mise en relation d'acteurs appartenant à deux mondes différents.

Nous allons à présent tenter d'explorer ce que sont ces différents mondes auxquels nous faisons références, et comment cette forme de logique va nous permettre d'éclairer notre hypothèse.

3.2.2.3 La traduction comme processus

Dans cette perspective, Michel CALLON⁴⁵ nous propose la définition suivante de la traduction : « Par traduction, on entend l'ensemble des intrigues, des actes de persuasion, des calculs, des violences grâce à quoi un acteur ou une force, se permet ou se fait attribuer l'autorité de parler ou d'agir au nom d'un autre acteur ou d'une force... Dès qu'un acteur dit « nous » voici qu'il traduit d'autres acteurs en une seule volonté dont il devient l'âme ou le

⁴⁴ RUSS Jacqueline. *Philosophie : les auteurs, les œuvres*. Éditions Bordas. Paris. Janvier 2009, p. 169.

⁴⁵ CALLON Michel, FERRARY Michel. *Les réseaux sociaux à l'aune de la théorie de l'acteur-réseau*. Sociologies pratiques. 2006/2, n°13. Pages 37-44.

porte parole. Il se met à agir pour plusieurs, et non pour un seul. Il gagne de la force, il grandit. »

Par ailleurs, nos recherches nous ont conduits vers un article majeur⁴⁶ dans son travail, qui illustre parfaitement cette démonstration. Dans ce texte, son expérience d'observation porte sur la coquille Saint-Jacques en baie de Saint-Brieuc, et met en relations des marins-pêcheurs, et des scientifiques. Il va mettre en équation les quatre étapes nécessaires pour que la traduction s'opère :

- ✓ **la problématisation**, qui consiste à formuler un problème, et qui dans l'exemple met en scène trois acteurs, à la recherche d'accords à sceller entre deux mondes. La formalisation du problème permet aux protagonistes qui s'en emparent de délimiter les questions, et de se montrer indispensable à sa résolution, en devenant alors des Points de Passage Obligés (PPO).
- ✓ **l'intéressement, ou comment sceller des alliances**. Cette étape se caractérise par l'ensemble des actions par lesquels les acteurs se lient les uns aux autres dans le réseau, à partir d'un objectif commun aux trois protagonistes. L'accord se construit dans un processus d'intéressement, et prolonge la phase de problématisation précédente.
- ✓ **l'enrôlement a travers les dispositifs**, ou comment définir et coordonner les rôles : C'est une opération de définition et de stabilisation des rôles prescrits par la problématisation. Il consiste à fixer aux différents acteurs du réseau ce qu'ils doivent faire, pour être en phase avec la traduction qui s'opère. Ainsi, un enrôlement est un intéressement réussi, qui comprend l'ensemble des négociations qui permet au processus d'aboutir.
- ✓ **la mobilisation des alliés, et les porte-parole**, qui occupent la place des différents acteurs. Dans l'exemple de l'auteur, il s'agit de faire de l'intervention elle-même un porte-parole.

Nous venons de voir que ces étapes sont liées les unes aux autres, et que la traduction souligne des passages durant lesquels les acteurs peuvent changer de posture.

⁴⁶ CALLON Michel. La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc. L'année Sociologique. 1986, n°36. Page 169.

L'analyse de cette expérience fait ressortir le positionnement des acteurs de cette situation dans un contexte donné, ainsi que les négociations et les ajustements en tous genres qui les ont accompagnés, pour permettre aux porte-parole d'aboutir à la traduction.

D'ailleurs, cette méthodologie d'approche est parfaitement transférable à l'expérience hospitalière. En notre qualité d'apprenti chercheur, nous mobiliserons cette démarche d'approche pour l'analyse des résultats de nos enquêtes.

La notion de traduction permet ainsi d'expliquer la mise en relation d'acteurs qui ont des difficultés à se rencontrer, à partir d'un dispositif qui permet de cadrer cette interaction.

En insistant sur la dynamique des réseaux, cette approche met ainsi l'accent sur les relations qui sont construites autour de la notion de porte-parole. En mettant au centre de sa réflexion la traduction, elle insiste sur les processus qui permettent d'unir les actions réalisées, et de les rendre à la fois lisibles et compatibles.

Pour Robert LHOMME et Jean FLEURY⁴⁷ « La théorie de la traduction se propose de comprendre comment l'aléatoire devient nécessité, et comment le nouveau peut devenir incontournable, par le jeu de la transformation successive impliquant les choses et les hommes ».

L'hypothèse formulée, et l'élaboration du cadre conceptuel vont nous permettre de déboucher sur la construction d'une grille d'entretien, mais surtout d'une grille d'analyse des résultats qui met en visibilité les discours analysés à travers l'hypothèse et les concepts retenus :

- les caractéristiques des deux mondes ;
- les caractéristiques de la position de traduction ;
- les caractéristiques du processus de traduction

Le chapitre suivant nous permettra d'aborder le cadre méthodologique de l'enquête.

⁴⁷ Fleury Jean, LHOMME Robert. *Op.cit.* p. 126.

4. LA METHODOLOGIE

Au cours de ce chapitre, nous allons tout d'abord présenter les choix méthodologiques que nous avons retenus pour conduire ce travail. Nous évoquerons ensuite la manière dont nous avons choisi le terrain, et nous terminerons avec la conduite des entretiens et leur retranscription.

4.1 Les choix méthodologiques

Pour mener à bien cette recherche, nous allons utiliser l'entretien semi-directif comme technique d'enquête qualitative de terrain. Nous avons vu au cours des enseignements dirigés de sociologie, que l'entretien est une technique qui consiste à organiser une conversation entre un enquêteur et un enquêté.

Pour Alain BLANCHET et Anne GOTTMAN⁴⁸ « l'entretien comme technique d'enquête, est né de la nécessité d'établir un rapport suffisamment égalitaire entre l'enquêteur et l'enquêté, pour que ce dernier ne se sente pas comme dans un interrogatoire, contraint de donner des informations ».

Il s'agit bien d'un procédé d'investigation scientifique, qui utilise un processus de communication verbale, en vue de recueillir des informations en lien avec l'objectif de l'enquête.

Ainsi, ce choix va permettre d'aborder la recherche en donnant la parole aux acteurs du terrain, afin de mieux comprendre le sens qu'ils donnent à leurs pratiques, et à l'analyse qu'ils en font.

4.2 Les outils de l'enquête et l'échantillon retenu

Nous allons partir d'un cadre de santé dans une unité de soins, autour d'une situation problématique qu'il a rencontrée dans l'exercice de sa mission de maître de stage, et nous donnerons la parole aux interlocuteurs qu'il a sollicités pour traiter le problème.

⁴⁸ Blanchet Alain, GOTTMAN Anne. *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris : Armand Colin. Collection 128. Seconde édition 2012, p.7.

Cette approche nous semble cohérente avec l'orientation sociologique que nous avons voulu donner à notre recherche, et notre concept nous paraît être adapté à l'hypothèse. Ainsi, nous partirons d'une problématique évoquée par le maître de stage, afin d'observer à la loupe cette situation dans son contexte, puis nous interviewerons les interlocuteurs qu'il a mobilisés pour traiter cette situation.

Autrement dit, nous aborderons le discours d'un cadre de santé à partir d'une situation rapportée dans l'exercice de sa mission de maître de stage, et nous donnerons la parole aux acteurs autour de ce même cas concret.

Selon nous, cet abord devrait nous permettre de considérer une cellule organisée autour d'une situation difficile rencontrée par un cadre de santé dans l'exercice de sa mission de maître de stage. Ensuite nous la confronterons à la parole d'un interlocuteur du terrain représenté par le tuteur de stage ou l'infirmier de proximité, et enfin à la parole d'un interlocuteur de l'Ifsi représenté par le formateur.

Ces entretiens croisés vont nous permettre d'explorer le réel de l'activité du maître de stage, au-delà de la seule prescription organisationnelle, et d'observer sa posture de traducteur en dehors du rôle prescrit qu'il occupe entre le terrain de stage et l'Ifsi, dans la perspective de répondre à notre hypothèse de départ.

Une fois l'échantillon retenu, nous nous sommes intéressés aux lieux d'enquête.

4.3 Le choix du terrain

Le choix du terrain d'enquête était lié à notre hypothèse formulée, et a tenu compte d'un certain nombre de postulats de départ, afin de limiter les biais.

La sélection rigoureuse de l'échantillon devait également nous permettre d'éliminer un certain nombre de biais, et de donner plus de validité à notre enquête.

Il n'a pas été facile de trouver un terrain de recherche qui tienne compte des postulats de départ :

- un hôpital et son Ifsi de rattachement ;
- un cadre de santé qui exerce une mission de maître de stage avec conviction et implication, et dont le rôle va au-delà de la seule mission organisationnelle prescrite ;
- un dispositif tutoral identifiable dans le service ;

- un dispositif partenarial formalisé entre le terrain de stage et l’Ifsi, ou en cours de formalisation.

Notre échantillon est sans doute perfectible, et peut-être incomplet, mais la richesse des entretiens que nous avons réalisés nous a tout de même permis de recueillir un matériel particulièrement riche, dont nous ferons l’analyse au cours d’un prochain chapitre dédié.

Une fois notre population déterminée et nos lieux d’enquête ciblés, nous avons élaboré nos grilles d’entretien, au regard de notre question de recherche et de notre hypothèse.

4.4 Les guides d’entretiens

Comme nous avons défini un échantillon de trois catégories professionnelles, il nous a fallu construire trois grilles d’entretiens différentes qui se trouvent en annexe de notre travail⁴⁹. Ces guides débutent tous par une prise du talon identitaire, et la formulation d’une même consigne inaugurale qui vise à lancer l’enquête dans l’entretien. Elle va permettre à l’enquêté de libérer sa parole dans un premier temps autour du rôle du cadre de santé maître de stage. Il s’agissait donc du fil conducteur de l’ensemble de l’enquête.

Ensuite, chaque grille est suivie de trois thèmes différents qui sont globalement semblables sur le fond afin de pouvoir croiser les propos recueillis, et que nous présenterons dans le chapitre suivant réservé à l’analyse des données.

L’approche thématique est venue s’adapter à la catégorie professionnelle de notre interlocuteur :

- thème 1 : le rôle du maître de stage et ses dimensions a été proposé aux trois catégories ;
- thème 2 : l’organisation de la mission exercée de l’enquêté, selon qu’il soit cadre de santé, tuteur de stage ou formateur a été recherché, afin de mettre en évidence les difficultés rencontrées dans l’exercice de la mission, et de mettre en perspective le rôle du cadre dans la résolution de ces difficultés ;

Dans la grille destinée aux maîtres de stage, ce thème a également été organisé autour de la mission, mais avec la perspective d’identifier ses partenaires collaborateurs.

⁴⁹ Guide d’entretien cadre de santé maître de stage. Annexe II, pp. 1-2
Guide d’entretien infirmier. Annexe III, pp. 1-2
Guide d’entretien formateur Ifsi. Annexe IV, pp.1-2

- thème 3 : l'analyse d'une situation identifiée comme étant difficile, évoquée par le maître de stage.

Cette étape devait permettre au cadre de santé d'identifier et d'explicitier une situation identifiée comme étant difficile dans sa mission de maître de stage. À partir de cette situation, nous voulions mettre en avant les actions mises en place par le cadre afin de traiter cette situation, et la place occupée par les différents acteurs.

L'objectif visé à travers ce thème était d'explorer le travail réel du maître de stage pour cette résolution de problème dans champ organisationnel, et de faire le lien avec la posture de traducteur occupée dans cette recherche de compréhension que nous avons formulée dans notre hypothèse.

Pour compléter le thème n°3, nous avons demandé aux tuteurs et aux formateurs d'explicitier leur propre compréhension de cette situation, et de préciser les solutions proposées par le maître de stage pour traiter cette situation.

L'objectif visé était de préciser si le rôle du maître de stage s'est inscrit dans une posture de traducteur au cours cette collaboration, en lien avec le processus de la traduction proposé par Michel CALLON que nous avons présenté.

Pour finir, chaque guide d'entretien s'est achevé par une reformulation des thèmes abordés au cours de l'entretien. À cette étape, nous nous sommes assuré que l'enquêté ne souhaitait pas revenir sur un aspect qui n'aurait pas été abordé au cours de l'entretien, puis nous avons remercié très sincèrement notre interlocuteur pour sa participation à notre travail de recherche.

4.5 La conduite des entretiens

La réalisation des entretiens a été une étape importante de notre travail de recherche, qui a nécessité une préparation rigoureuse afin de ne pas perturber l'organisation des soins dans les services, ou l'organisation de la formation des étudiants à l'Ifsi. Ils nous ont permis de confronter nos représentations du thème de la recherche, avec celles des différents professionnels du terrain. Nous avons donc réalisé un total de neuf entretiens répartis de la manière suivante :

- six entretiens répartis dans trois services hospitaliers du même hôpital ;
- trois entretiens réalisés auprès de formateurs de l'Ifsi rattachés à l'hôpital.

Nos grilles d'entretien nous ont servi de support pour la préparation de la rencontre, et nous ont permis de mémoriser les trois thèmes, et les principales questions de support. En revanche, le contenu de la grille n'a pas été lu durant l'entretien, de telle sorte qu'aucune question du guide n'a été directement posée à nos interlocuteurs. Nous étions bien dans le cadre d'un entretien organisé à partir d'un guide préparé, et non pas dans une enquête réalisée à l'aide d'un questionnaire.

Nos entretiens ont duré en moyenne trente minutes, à l'exception du premier entretien réalisé auprès de Corinne (maître de stage dans la situation n°1) qui a duré cinquante-cinq minutes⁵⁰. D'ailleurs, cette durée approximative d'une demi-heure annoncée à l'ensemble des neuf interlocuteurs lors de la prise de rendez-vous, a été respectée pour les huit entretiens suivants.

Lors de nos rencontres, nous avons été reçus la plupart du temps dans un bureau, ou un local de détente qui nous a permis de nous isoler. Toutefois, malgré les portes fermées, nous avons été dérangés à une ou deux reprises ou cours de chaque entretien, ce qui a interrompu la dynamique de l'échange, et a parfois pu faire perdre le fil de la pensée à nos interlocuteurs. Néanmoins, chaque entretien a été propice à la réflexion et à l'échange.

Dans son texte intitulé « comprendre » Pierre BOURDIEU⁵¹ nous explique la chose suivante : « Essayer de savoir ce que l'on fait, lorsque l'on instaure une relation d'entretien, c'est d'abord tenter de connaître les effets que l'on peut produire sans le savoir par cette sorte d'intrusion toujours un peu arbitraire qui est au principe de l'échange... »

Lors des rencontres avec les professionnels, nous avons toujours gardé en tête cette phrase de Pierre Bourdieu, et porté une attention particulière à la manière dont nous nous présentions, pensant que ce premier contact était décisif pour la suite de l'échange. Afin de nous montrer rassurant, nous avons débuté chaque entretien en rappelant les règles de la rencontre :

- ce travail de recherche est réalisé dans le cadre de notre formation ;
- l'anonymat sera bien respecté : le nom de la personne ne sera pas communiqué, et son identification sera impossible. Il en va de même pour le nom de l'établissement hospitalier et de l'Ifsi ;

⁵⁰ Annexe N°XI, pp.1-19

⁵¹ BOURDIEU Pierre. Comprendre, in *la misère du monde*, Paris : Éditions du Seuil, 1998, p. 905.

- l'entretien est enregistré avec leur accord préalable, pour en faciliter la retranscription et l'analyse.

Nous avons opté comme matériel de support d'enregistrement pour l'utilisation d'un enregistreur numérique de type dictaphone. En venant le poser sur le côté dès le début de l'entretien, au lieu de le poser face à nous, il nous a semblé qu'il ne viendrait pas créer de barrière supplémentaire entre l'enquêté et nous, et que la personne interrogée serait peut-être plus à l'aise pour se confier. Cela dit, nous avons tout de même noté que le début des entretiens était parfois un peu difficile : Séverine, jeune IDE de proximité âgée de 24 ans s'est sentie un peu gênée au tout début de l'entretien, et me confiera une fois la rencontre terminée que les situations d'entretiens formels la stressent un peu. Nous avons dû créer un climat de confiance en faisant preuve d'une écoute active afin de libérer la parole et de favoriser la confiance. C'est en effet cette posture que le chercheur doit adopter.

D'ailleurs, une fois les entretiens débutés, nous avons pu remarquer que les enquêtés entraient dans la conversation, et développaient plus naturellement leurs réponses, en revenant parfois sur des points qu'ils avaient abordés au début de l'échange et qui leur avaient échappé, dans un mécanisme d'autorégulation.

Nous avons également respecté les temps de pauses et de silences observés à certains moments, qui ont permis à ces derniers de structurer leur pensée, et à l'enquêteur d'être attentif au déroulement de la pensée en cours de maturation.

À d'autres occasions, nous avons ressenti ces silences comme une hésitation à poursuivre le cours d'une idée, et nous avons encouragé notre interlocuteur à poursuivre par un sourire ou un hochement de tête. À titre d'exemple, Sylvie, cadre de santé et maître de stage dans la situation n°3, s'inquiétait de savoir si la situation qu'elle avait choisie de me relater était recevable. Le hochement de tête nous a semblé préférable à une réponse verbale, afin de ne pas l'interrompre dans ses explications.

Nous avons maintenu le contact visuel durant tous les entretiens. Par ailleurs, nous avons tenté d'aborder une posture d'apprenti chercheur, c'est-à-dire entendre et accepter ce que dit l'interviewé, en faisant preuve de neutralité sans mettre en avant notre posture d'expert.

Néanmoins, au cours de l'entretien avec Marc, IDE tuteur de stage dans la situation n°3 et en attente de prendre un poste de faisant fonction de formateur à l'IFCS, nous avons été placés dans une posture d'expert au cours de l'entretien, lorsqu'il nous a demandé de lui

expliquer « *les compétences requises pour se préparer aux épreuves du concours de cadre de santé* ». Nous lui avons proposé de reprendre ce point de la conversation une fois l'entretien terminé.

Nous avons pu constater qu'il était parfois difficile de garder toute neutralité, surtout lorsque l'enquêté sollicitait notre approbation sur un thème abordé : dans la situation n°1, Marielle (*tutrice de stage*) et Valérie (*formatrice à l'Ifsi*) tenteront de rechercher tout signe d'approbation concernant le manque d'expertise du cadre de santé dans sa fonction ou de reconnaissance au sein de l'équipe. Bien entendu, nous nous abstenons de tout commentaire.

À la fin de chaque entretien, nous avons remercié les enquêtés pour leur contribution à notre travail de recherche, et pour la richesse des échanges.

D'ailleurs, nous avons pu remarquer que la fin d'un entretien est souvent le moment que les enquêtés choisissent dans leur grande majorité, pour faire passer une sorte de dernier message. En effet, une fois le micro coupé, il n'était pas rare d'obtenir une information ou un point de vue qui aurait mérité de pouvoir être consigné dans notre recherche.

4.6 La retranscription

La retranscription est une étape certes chronophage, mais incontournable. La qualité du son des enregistrements était suffisamment audible pour nous permettre d'en comprendre l'intégralité. Nous avons pris conscience qu'effectuer cette étape facilite grandement le passage à l'analyse que nous aborderons au cours du chapitre suivant. Le fait de pouvoir réécouter les bandes en cas de besoin procure une certaine assurance, et nous offre la possibilité d'être pleinement attentif à notre interlocuteur durant l'entretien, sans la crainte de ne pas se souvenir de ce qui s'est dit. Par ailleurs, durant cette période d'audition des enregistrements, nous quittons la posture d'acteur en situation d'observation, pour celle de spectateur en position d'audition. C'est alors que se joue un travail réflexif de mise en lien, laissant de côté l'observation et l'énergie que réclame la conduite d'entretien. Dès lors, nous pouvons nous concentrer sur les mots, les intonations, les silences, et en comprendre le sens qui souvent nous avait échappé sur le moment.

Bien entendu, afin de respecter l'anonymat des professionnels qui ont participé à l'enquête, nous avons utilisé dans ce travail des prénoms totalement fictifs.

Un seul entretien a été retranscrit totalement et figure en annexe de ce travail, que nous avons choisi en raison de la richesse des échanges⁵².

Concernant les huit autres entretiens, il nous a semblé pertinent de retranscrire directement les verbatim dans les trois tableaux de synthèse d'entretiens, correspondants aux trois catégories professionnelles : un tableau de synthèse des entretiens de maître de stage, de tuteur de stage, puis de formateur. Ces tableaux figurent en annexe de ce travail⁵³.

4.7 Les limites de l'enquête

Comme pour toute recherche, nous avons rencontré des limites dans ce travail qu'il a fallu surmonter.

Nous avons dû nous adapter à la situation en nous organisant au mieux pour conduire cette enquête jusqu'à son terme.

La première difficulté a été de trouver l'établissement hospitalier et son Ifsi de rattachement, au regard des postulats posés. Puis, nous avons respecté les étapes de la procédure suivante :

- obtenir les autorisations nécessaires pour conduire les entretiens ;
- trouver les services et les interlocuteurs, à l'hôpital comme à l'Ifsi ;
- expliquer la démarche, la recherche et son objet, solliciter l'accord des participants : un seul refus nous a été signifié (IDE de proximité de nuit, dans le cadre de la situation n°1).

Les conditions de réalisation des entretiens et notre posture de chercheur débutant ont probablement introduit certains biais qui ont pu nous échapper, malgré la sélection rigoureuse du choix de l'établissement, et de l'échantillon pour limiter les biais.

L'entretien exploratoire avec Corinne a permis de tester le guide d'entretien, et de le réajuster pour les entretiens suivants, afin d'arriver plus rapidement au thème central en lien avec la question de départ.

Une démarche moins contrainte par le temps nous aurait sans doute permis d'avoir une meilleure argumentation en rapport avec notre hypothèse.

⁵² Annexe XI, pp.1-19

⁵³ Grille de synthèse des entretiens menés auprès des cadres. Annexe VIII, pp. 1-9

Grille de synthèse des entretiens menés auprès des IDE. Annexe IX, pp. 1-7

Grille de synthèse des entretiens menés auprès des formateurs d'Ifsi. Annexe X, pp.1-5

Enfin, l'analyse que nous avons réalisée a une portée limitée du fait du peu de temps imparti à notre recherche, et du petit nombre d'entretiens réalisés sur le lieu d'enquête.

5. PRESENTATION DES RESULTATS

Nous allons à présent analyser les données recueillies au cours de nos entretiens selon la méthode de traitement décrite dans le chapitre précédent. Afin d'en faciliter la compréhension, il nous a semblé pertinent là encore d'aborder cette analyse à partir des trois situations rencontrées successivement, et de considérer la même approche méthodologique de traitement des données : une situation rapportée par le maître de stage, le tuteur ou le professionnel de proximité du service et le formateur de l'Ifsi.

Les entretiens réalisés au travers de ces trois situations nous ont permis de récolter beaucoup d'informations, mais que nous ne pourrons pas utiliser dans leur totalité. En effet nous risquons de nous perdre dans les données. C'est la raison pour laquelle nous n'utiliserons que ce qui nous semble utile pour traiter notre problématique.

En d'autres termes, nous choisissons de n'éclairer que l'hypothèse, et de rester verrouiller à notre problématique concernant le rôle du maître de stage et sa posture de traducteur.

Dans un premier temps, nous vous proposerons une présentation par situation des acteurs que nous avons observé et de la situation relatée. Puis nous mettrons en évidence le rôle occupé par les différents acteurs concernés par cette situation. Enfin cette étape sera suivie d'une analyse verticale de chacune des trois situations et des éléments recueillis.

5.1 Situation n°1 : service Polyclinique médicale et consultation

La première situation que nous allons aborder se situe dans un service de polyclinique médicale, et sa présentation va suivre trois étapes successives : la présentation de l'échantillon, la place des acteurs et leurs interactions, et pour finir le premier niveau d'analyse longitudinale des résultats.

5.1.1 Présentation des acteurs

Pour les entretiens de cette situation n°1, nous avons enquêté auprès d'un cadre de proximité, à partir d'une situation vécue comme étant difficile ou complexe dans l'exercice de sa mission de maître de stage, qu'il a évoqué au cours de l'entretien. Ainsi, Nous nous sommes intéressés aux interlocuteurs qui ont participé au traitement de cette même situation : le maître de stage, l'infirmier tuteur de stage, et le cadre formateur de l'IFSI référent de stage

- ✓ Sylvie est cadre de santé et maître de stage : cadre de santé diplômée depuis 8 ans, elle est présente dans le service depuis 1 an. Elle a occupé un poste de faisant fonction de formatrice en Ifsi pendant 1 an ½, avant son admission à l'IFCS. Elle connaît le monde de l'Ifsi et la fonction de formateur.
- ✓ Marc est IDE et tuteur de stage : infirmier diplômé depuis 26 ans, il est tuteur de stage depuis 5 ans, et travaille dans le service depuis 4 ans. Il participe à des interventions à l'Ifsi, et projette de prendre un poste de faisant fonction de formateur en Ifsi.
- ✓ Pierre est cadre de santé formateur référent de stage à l'Ifsi : cadre de santé diplômé depuis 13 ans, il a d'abord occupé un poste de cadre de proximité durant 6 ans, avant de devenir formateur en Ifsi, ce qui lui donne une connaissance précise de la fonction de cadre de proximité et de l'organisation d'un terrain de stage.

Un tableau qui récapitule les principales caractéristiques des 3 acteurs est situé en annexe⁵⁴. L'étudiant est au centre de la problématique de la situation. Cependant, son stage s'était achevé 2 mois avant notre phase d'enquête. Il n'était donc pas présent lors de notre investigation.

La situation évoquée par le maître de stage était les difficultés majeures d'organisation des soins observées auprès d'un étudiant de 3^{ème} année en stage dans le service. Il s'agit d'une situation complexe et préoccupante pour l'équipe qui s'interroge sur le niveau de l'étudiant au regard de son parcours de formation. La formation de l'étudiant va s'achever dans 4 mois,

⁵⁴ Annexe V : Présentation de l'échantillon de la situation 1, des acteurs et de leurs interactions. Pp.1

et le tuteur s'interroge sur le manque de connaissance à la fois théorique et pratique de l'étudiant qui n'arrive pas à prendre en charge un groupe de patients consultants dont il s'occupe.

5.1.2 Les interactions liées dans la situation n°1

La polyclinique est un service de consultation comprenant de nombreuses spécialités médicales, et qui propose une activité importante de soins infirmiers en lien avec les spécialités proposées.

Pierre, cadre formateur à l'Ifsi nous a présenté le service en mettant en avant une activité intéressante au plan pédagogique « *il y a des actes de soins qui sont diversifiés, et le parcours de stage proposé est intéressant* ».

Marc, IDE tuteur de stage met en avant une charge de travail importante et un rythme soutenu liés au nombre élevé de passage de patients : « *Le service accueille un grand nombre de consultants. Le flux de passage est important. C'est très chargé, et ça va vite, il faut suivre.* »

Deux cadres sont présents dans le service et travaillent selon une répartition définie des missions et activités spécifiques. Seule Sylvie occupe la mission de maître de stage dans le service. Dans son parcours, elle a occupé un poste de faisant fonction de formatrice en Ifsi durant 1 an, avant d'entreprendre ses études à l'IFCS, ce qui lui permet d'avoir une parfaite connaissance des 2 mondes.

➤ Les acteurs et leurs interactions en situation

Le sociogramme nous permet d'identifier les acteurs de la situation, et de repérer les 2 mondes en présence, qui sont le lieu de stage et l'Ifsi⁵⁵.

L'équipe soignante est constituée d'IDE expérimentés, et présents dans l'unité depuis plus de cinq ans. Le taux de turn-over est très faible. Les acteurs connaissent le référentiel de formation de 2009. Le dispositif tuteur est clairement formalisé et identifié par les membres de l'équipe. En effet, les soignants ont été formés au tutorat ou à l'encadrement de proximité en fonction de leur projet, et ils connaissent les champs d'action de chaque professionnel.

⁵⁵ Annexe V, page 2.

Ainsi, Pierre nous donne son point de vue en tant que formateur « *L'équipe d'encadrement est formée au référentiel 2009. Ils ont bien compris comment ça fonctionne. Il y a des tuteurs et des professionnels de proximité* ».

Concernant les interactions notables, le sociogramme de cette situation nous a permis de formuler le constat suivant :

- les tuteurs ont de bonnes relations à l'intérieur de leur catégorie professionnelle. Les relations avec le cadre de santé sont fréquentes et de bonne qualité. Ils sont en relation avec l'étudiant dans le cadre de leur mission tutorale. Les relations avec le formateur de l'Ifsi sont peu fréquentes ;
- le cadre de santé entretient des relations fréquentes et de bonne qualité avec les tuteurs de stage, et l'étudiant . Elles sont ponctuelles avec le formateur et peuvent s'activer à la demande. Pour appuyer sa perception du rôle de coordination de Sylvie, Pierre précise : « *Elle assure la coordination des tuteurs et des professionnels de proximité de son service, et elle active le lien avec l'IFSI en cas de difficulté, de sa propre initiative ou à la demande de l'équipe* ».
- le formateur entretient des relations peu fréquentes avec les acteurs de la polyclinique, et intervient dans le service uniquement en cas de demande du terrain.
À ce propos, il ajoute : « *Nous intervenons en fonction des besoins exprimés par les équipes, ou de la situation rencontrée* ».
- L'étudiant est au centre de la problématique.

Le dispositif partenarial présent n'est pas formalisé, et repose sur un réseau informel avec l'Ifsi, créé à l'initiative du cadre de santé (Sylvie) lors de son arrivée dans le service, avec le formateur référent pédagogique de l'Ifsi (Pierre).

Le dispositif tutoral est repérable, avec des acteurs formés au tutorat ou à la mission d'encadrement de proximité.

Pour Sylvie (maître de stage) il est avant tout fonctionnel : « *L'Ifsi nous transmet les noms des étudiants en stage, et les dates... nous sommes en liaison avec le formateur référent pédagogique pour le suivi de l'absentéisme, et les justifications des absences.* » Elle évoque une collaboration ponctuelle avec l'Ifsi qu'elle amorce en fonction des difficultés rencontrées : « *Je sollicite un accompagnement ponctuel du formateur, à la demande de*

l'équipe, pour expliquer avec moi, par exemple les critères d'évaluation des compétences ».

L'espace d'échange devient ainsi situationnel.

Le point de vue du formateur va dans le même sens : *« Je pense que cela ne sert à rien de vouloir en faire trop, nous sommes déjà suffisamment occupés comme cela à l'Ifsi et à l'hôpital. »*

Cela dit, Marc (tuteur) regrette cette forme de collaboration ponctuelle : *« on voit de moins en moins les formateurs, et c'est un peu frustrant »*. Cette recherche de collaboration s'inscrit dans une conduite de changement, en lien avec son projet de prise de poste de faisant fonction de formateur et as préparation au concours d'entrée de l'IFCS.

Nous avons pu constater que nous sommes en présence d'une équipe soignante stable, et solide. Les soignants sont expérimentés dans leur fonction, et connaissent parfaitement le référentiel de formation. Les différents acteurs sont identifiés (connaissance des missions de tuteurs, de professionnels de proximité et de maître de stage) et ont été formés.

Le cadre de santé est diplômé depuis sept ans, et a acquis une expérience solide de la fonction d'encadrement, avec une légitimité reconnue.

Son expérience antérieure de faisant fonction de formatrice lui a permis d'avoir une connaissance du fonctionnement d'un Ifsi, et d'avoir un regard distancié sur les situations pédagogiques qu'elle transfère auprès de son équipe. De plus, elle connaît parfaitement le référentiel, tout comme la mission de maître de stage.

Pour le formateur *« Dans ce service, il y a la présence d'un maître de stage, qui est le cadre du service, et qui joue son rôle »*.

C'est Sylvie qui a évoqué la situation problématique à l'origine de la demande d'intervention de l'Ifsi concernant les difficultés majeures d'organisation des soins observés auprès d'un étudiant de 3^{ème} année en stage dans le service.

5.1.3 Analyse longitudinale des résultats de la situation n°1

Les tuteurs et le cadre de santé ont d'abord réfléchi ensemble à la nature du problème évoqué. Mais il leur manquait néanmoins la connaissance du parcours pédagogique de l'étudiant afin de mieux comprendre l'origine des difficultés rencontrées par le stagiaire. C'est pourquoi

dans un second temps ils ont sollicité l'Ifsi afin de poser un diagnostic pédagogique permettant de traiter ce problème.

Le cadre porteur de la situation, c'est-à-dire le contexte, est parfaitement stable et robuste : l'équipe soignante est solide, et connaît parfaitement le référentiel et ses enjeux. Ils sont autonomes à la fois dans leur fonction de soignant et dans leur mission de tuteur de stage.

Les relations entre les tuteurs sont fréquentes et de bonne qualité. Le climat dans le service est plutôt propice au travail, sans signe de tension rapportée.

Le maître de stage est le cadre de santé du service. Ses relations sont fréquentes et de bonne qualité avec son équipe. Elle favorise un climat sécurisant pour son équipe, qui est propice au bon fonctionnement d'une équipe. Les relations sont moins fréquentes, mais de bonne qualité avec l'Ifsi. Le maître de stage est reconnu à la fois dans sa fonction de cadre, et dans sa mission de maître de stage, ce qui lui donne toute légitimité dans un rôle d'interface entre son équipe et l'Ifsi, puisqu'il est reconnu à travers les deux mondes.

Cette reconnaissance va lui permettre d'adopter une posture de traducteur dans cette situation problème entre le tuteur du service et l'Ifsi. Dans cet exemple, nous constatons que c'est précisément le contexte situationnel qui appelle la traduction. Pour que cette dernière puisse s'opérer, il faut une situation d'appel.

Ainsi, nous avons noté à travers les travaux de Luc BOLTANSKI et Laurent THEVENOT, que la justification intervient lorsque les acteurs sont en désaccords, et qu'elle est à la fois situationnelle et contextuelle.

Pour Michel CALLON⁵⁶ « La problématisation est la première étape nécessaire de la traduction, et consiste à formuler un problème »

Le travail de traduction qui a consisté à transmettre les éléments rapportés par le tuteur vers le formateur, s'est joué à travers trois espaces.

Nous allons tenter de mettre en évidence cette posture de traducteur du cadre, à travers l'analyse croisée du discours des acteurs.

Pour le tuteur de stage, Marc nous dit « *On a décidé de demander un avis au formateur pour qu'il nous aide à faire le point sur les connaissances théoriques de l'étudiant... On a*

⁵⁶ CALLON Michel. La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc. L'année Sociologique. Op.cit., p. 181

demandé au cadre du service de prévenir l'Ifsi pour leur demander de passer nous voir... Le cadre était d'accord sur la démarche. »

Dans un premier temps, Sylvie a tenté d'analyser la situation, et son contexte.

Pour Henry MINTZBERG⁵⁷, « Le cadre doit organiser les activités de son service, et en assurer la stabilité, et corriger les déviations lorsqu'elles apparaissent ». Le but était une demande d'intervention afin de pouvoir poser un diagnostic pédagogique de la situation. Elle a donc mis en place pleinement cette demande de traduction.

Pierre (formateur) nous a fait part de son étonnement lors de l'appel de Sylvie. Il nous dit « ... j'ai été étonné d'être appelé. Habituellement dans ce service, tout roule avec eux... ».

Il a répondu favorablement à l'appel du service et a organisé dès le lendemain une visite de stage, afin de rencontrer l'étudiant et l'équipe : « *J'ai organisé une visite de stage pour évaluer et analyser la situation... Une rencontre avec l'équipe afin de faire le point ... à la recherche d'un plan de réajustement pour aider les tuteurs à formaliser des objectifs adaptés à la situation* ». D'ailleurs, il n'était pas totalement convaincu de la nécessité de devoir se déplacer, mais il a décidé de faire cette visite de stage, dans un souci d'apaisement. « *En fait, en d'autres circonstances je ne me serais peut-être pas déplacé. Dans cette demande, il y avait juste besoin de formaliser une demande de concertation et de réflexion à trois. Je suis surtout venu pour rassurer* ». La réponse du formateur face à la demande du terrain, nous montre qu'il a adopté une posture qui a fait preuve d'ouverture, en répondant favorablement à la demande de sa collègue du terrain, et plus largement du service.

De fait, son expérience de cadre de santé en secteur hospitalier lui permet de porter un regard plus pertinent de la fonction de cadre de proximité, de la réalité du management des équipes, et de l'organisation de l'encadrement des étudiants en stage.

A priori, cette connaissance de l'autre monde lui a permis de répondre favorablement à la demande de sa collègue de terrain, et plus largement du service.

La traduction part en effet de l'analyse du constat de la situation problématique rapportée par le tuteur. Autrement dit, la traduction repose sur une situation à devoir régler, et le contexte dans lequel elle prend forme. Elle est mise en place par le maître de stage, à la demande du tuteur. Sylvie ajoute : « *...dans le but de rassurer à la fois l'équipe, mais aussi l'étudiant, j'ai*

⁵⁷ MINTZBERG Henry. Devenir du travail du cadre. Le manager au quotidien : les 10 rôles du cadre. Paris. Editions d'Organisation. 1993. Page 106.

demandé au formateur référent pédagogique du stage de venir voir l'étudiant pour qu'il nous donne son avis sur les difficultés, et qu'il en parle avec le tuteur ».

Ainsi, elle a traduit la demande du tuteur qui exprimait une difficulté à établir un diagnostic pédagogique, vers le formateur de l'Ifsi, dans le but de lier les acteurs de deux mondes différents, qui habituellement ne sont pas amenés à se rencontrer, afin de trouver une solution harmonieuse.

En effet, nous avons vu dans notre cadre théorique que la traduction permet aux acteurs de s'allier sur un objectif commun.

Dans cette situation, le cadre a bien été le traducteur, et nous avons observé une cohérence en termes de signification du problème rapporté par le tuteur de stage au cadre de santé. Ce dernier en a fait la traduction au formateur de l'Ifsi pour expliquer l'objet de la demande, afin de rechercher un plan d'action à apporter.

Pour Lusin BAGLA⁵⁸ : « Un tel acteur qui se déplace et transforme les idées, les moyens, les objets, les rôles et leurs liens, et qui maintient les divers intérêts alignés, jusqu'à ce qu'une solution émerge, est nommé traducteur⁵⁹ ».

Dans cet exemple, le travail de traduction a permis **d'enrôler les acteurs** qui appartiennent à deux mondes différents à la recherche d'un accord. Accord au sens de démarche à mettre en place, c'est-à-dire de plan d'action. Cette opération mise en place par le cadre de santé maître de stage a été le **lieu de passage obligé** à la fois pour son équipe et ses partenaires.

Il a été traducteur dans la démarche tutorale, pour rechercher la solution d'un problème à travers un accord construit qui lie deux mondes, dans le but de comprendre l'origine des difficultés rencontrées par l'étudiant.

Donc, tant qu'on n'a pas traduit, et qu'on ne s'est pas mis d'accord sur le diagnostic du problème, on ne peut pas mettre de plan d'action en place. En d'autres termes, pour Michel CALLON⁶⁰ « La traduction est un processus, avant d'être un résultat ». Dans cette situation, Il s'agissait bien de trouver la démarche pédagogique adaptée pour aider l'étudiant.

⁵⁸Lusin BAGLA est maître de conférence de sociologie à l'université d'Orléans.

⁵⁹ BAGLA Lusin. *Sociologie des organisations*. Éditions La Découverte. Collection repères. Paris. 2003, p. 88.

⁶⁰ CALLON Michel. *La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc*. Op.cit. p. 205.

Cette première analyse des entretiens réalisée à partir de la situation n°1, nous a permis de mettre en évidence la posture de traducteur du cadre de santé maître de stage entre son équipe et l'Ifsi, dans un dispositif tutoral, afin de traiter une situation problématique.

La mission de maître de stage est exercée par le cadre de santé qui est reconnue dans sa fonction de cadre, et qui a donc toute légitimité à exercer sa mission de maître de stage

5.2 Situation n°2 : service de médecine interne

La seconde situation se situe dans un service de médecine interne composé de 44 lits, et sa présentation suivra les trois étapes identiques: la présentation de l'échantillon, l'exposé des interactions, et le premier niveau d'analyse longitudinale des résultats.

5.2.1 Présentation des acteurs

Pour les entretiens de cette situation n°2, nous avons enquêté auprès d'un cadre de proximité à partir d'une situation complexe rencontrée dans l'exercice de sa mission de maître de stage. Nous nous sommes également intéressés aux interlocuteurs qui ont participé au traitement de cette même situation : le maître de stage, l'infirmière de proximité, et la formatrice référente de l'Ifsi.

- ✓ Eric est cadre de santé et maître de stage : cadre de santé diplômé depuis 5 ans, et travaille dans le service depuis 3 mois. Dans son expérience d'infirmier, il a suivi une formation à l'encadrement des étudiants infirmiers en stage.
- ✓ Séverine est infirmière de proximité : infirmière diplômée depuis 1 an ½, elle met en avant son manque d'expérience dans sa fonction d'infirmière, mais son investissement dans sa mission d'encadrement des étudiants. Infirmière de proximité formée, depuis 1an, son projet professionnel vont l'amener à suivre la formation de tuteur de stage très prochainement.
- ✓ Isabelle est formatrice référente pédagogique de stage à l'Ifsi : cadre de santé diplômée depuis 6 ans. Elle est formatrice à l'Ifsi depuis cette date. Par ailleurs, elle a

occupé un poste de faisant fonction de cadre de proximité durant 3 ans, avant sa scolarité à l'IFCS.

Un tableau qui récapitule les principales caractéristiques des 3 acteurs est situé en annexe⁶¹.

Par ailleurs, l'étudiante que nous n'avons pas rencontrée, est au centre de la problématique de la situation.

La situation évoquée par le maître de stage était l'encadrement d'un étudiant en soins infirmier, médecin de formation dans un pays hors CE, en stage dans le service. Ce stage d'une durée de 10 semaines comprenant à la fois la découverte et l'apprentissage des soins infirmiers, doit lui permettre de se présenter à l'épreuve pratique du Diplôme d'Etat d'Infirmier. Il s'agit d'une situation complexe et difficile à traiter.

5.2.2 Les interactions relatées dans la situation n°2

Le sociogramme nous permet d'identifier les acteurs de la situation, et de repérer les 2 mondes en présence, qui sont le lieu de stage et l'Ifsi⁶².

L'équipe soignante de ce service est composée de jeunes IDE, assez peu expérimentés. En effet sur 22 IDE, 4 ont obtenu leur Diplôme d'État (DE) en juillet 2013, et 5 sont diplômés depuis moins de cinq ans. L'équipe doit faire face à un turn-over important.

En revanche, l'équipe soignante est très motivée, avec de nombreux projets de service en cours, dont un groupe de travail avec les IDE du service sur l'accompagnement des étudiants en stage qui sera piloté par le cadre de santé et devrait débiter rapidement. Nous sommes donc dans un contexte sécurisant, avec une dynamique de groupe qui se met en place.

Le dispositif tutoral est composé de tuteurs de stage volontaires, et de professionnels de proximité formés. Ainsi, nos entretiens nous ont amenés à rencontrer Séverine, jeune infirmière de 24 ans diplômée en juillet 2012, et qui exerce une mission d'infirmière de proximité depuis bientôt un an. Elle nous donne son point de vue et nous explique sa mission : *« Dans le service, nous sommes en majorité des jeunes IDE. J'ai été IDE de proximité au*

⁶¹ Annexe VI, p.1

⁶² Annexe VI, p.2

bout de trois mois d'ancienneté, je n'ai pas eu d'autre choix que d'accepter ce poste pour mieux me débrouiller avec les étudiants. J'étais un peu inquiète, car c'est pas évident quand on est jeune infirmière... mais j'étais contente de le faire... ».

Au cours de l'entretien, nous aurons l'occasion de découvrir son goût pour l'encadrement : *« Moi, j'aime l'encadrement, et j'envisage de faire la formation de tutrice l'année prochaine ».*

Nous sommes en présence d'une jeune professionnelle qui est fortement impliquée dans le processus d'encadrement des étudiants en stage. Elle a souhaité se former à l'encadrement de premier niveau pour devenir professionnelle de proximité. En outre, elle est prête à prendre davantage de responsabilité en demande à suivre la formation de tuteur de stage. Ce projet s'est mis en place en concertation avec Éric, cadre de santé et maître de stage du service.

D'ailleurs, ce dernier a parfaitement identifié la nature des difficultés pour organiser le dispositif tutoral de son unité : *« J'ai des difficultés à nommer les tuteurs et les infirmières de proximité, du fait que l'équipe est encore très jeune, et manque encore de recul et d'expérience dans la profession et dans l'encadrement... J'ai également repéré les compétences de certains agents qui sont des personnes ressources ».*

Éric est cadre de santé dans cette unité depuis seulement trois mois. Ainsi, en tant que cadre de proximité, il a d'ores et déjà parfaitement identifié les difficultés de son équipe concernant l'encadrement des étudiants, et analysé les besoins des acteurs en termes de formation. Il ajoute : *« Je connais mieux les points forts et les points faibles de l'équipe... je suis présent quoi qu'il arrive... pour les aider dans leur quotidien auprès des étudiants... je connais les difficultés qu'ils rencontrent en tant que tuteurs de stage. »*

Par ailleurs, il possède une expérience de cinq ans dans sa fonction d'encadrement. Il est donc en pleine capacité pour exercer la fonction de cadre.

Le sociogramme de cette situation nous permet de préciser la nature des relations entre les acteurs, que nous avons recueillie au cours des entretiens.

Les tuteurs ont de bons contacts dans leur catégorie. Ils ont des relations fréquentes et de bonne qualité avec le cadre de santé de l'unité, comme avec l'étudiante sont : selon Séverine *« ... on s'entend bien entre nous, c'est déjà ça... le cadre il nous aide à faire les bilans de mi-stage, et il nous donne des conseils pour les étudiants... ça se passe bien au niveau relationnel avec l'étudiante... ».*

En revanche, les professionnels de terrain déplorent l'absence de relations avec l'Ifsi et le formateur. Séverine ajoute : *« On est laissé à nous-mêmes par rapport à l'Ifsi... C'est une situation pas facile à vivre pour nous... On s'est senti un peu abandonné dans cette affaire par l'Ifsi... On a vraiment un manque d'information de l'Ifsi. »*

Le cadre de santé entretient des relations fréquentes et de bonne qualité avec son équipe soignante. Dans sa mission de maître de stage, il assiste son équipe et intervient en cas de besoin : *« Je reste l'interlocuteur de l'équipe en cas de difficultés rencontrées auprès des étudiants... Je les aide à régler des situations difficiles pour eux... Je les soutiens au quotidien. »*

Le travail de proximité repose sur la capacité du manager à établir un cadre de travail sécurisant, tant pour l'équipe soignante que pour l'encadrement. En effet, c'est cela qui va justement permettre à l'équipe manquant encore d'un peu de pratique, de se laisser porter par le cadre qui possède à la fois l'expérience du terrain et qui a une vue d'ensemble de la situation. L'analyse du rôle du cadre dans l'équipe que nous propose Henry MINTZBERG accompagne notre réflexion *« Il les motive, il les maintient en éveil en intervenant dans leur activité ⁶³ »*

De plus, son expérience de la fonction de cadre et de maître de stage lui donne la légitimité de manager de premier niveau, et la reconnaissance de son équipe.

En revanche, il déplore l'absence de relations avec l'Ifsi, dont les échanges semblent uniquement limités à la transmission du nom des étudiants attendus en stage : *« Je constate un manque de relation avec l'Ifsi, et un manque d'échange... Le partenariat se limite juste à nous communiquer la liste des étudiants »*. Selon lui, seules les équipes de terrain semblent intéressées pour mettre en place des échanges réguliers concernant les pratiques pédagogiques, et il note que les demandes s'organisent toujours dans le même sens : *« Je regrette que les demandes d'échanges aillent toujours du terrain vers l'Ifsi, et qu'il n'y ait pas d'autres échanges... Parfois, je me sens seul à exploiter des problèmes pédagogiques qui ne sont pas franchement de ma compétence de cadre... »*.

Nous sommes dans un modèle d'alternance de type plutôt juxtapositif entre le lieu de stage et l'Ifsi. Ainsi, il nous explique brièvement la valeur ajoutée d'une collaboration : *« ... on*

⁶³ Op cit page xx

pourrait être complémentaire aux yeux de l'équipe... faire face ensemble sur les situations difficiles... participer ensemble à la formation de nos agents ».

5.2.3 Analyse longitudinale de la situation 2

La nature du problème évoqué est la difficulté rencontrée dans l'encadrement d'un étudiant, médecin de formation dans un pays hors Communauté Européenne, en stage pour une durée de dix semaines dans le service. Cette problématique est habituellement assez peu rencontrée dans les services, et ce dispositif à diplômés étrangers était inconnu du cadre de santé comme des soignants du service.

Alerté du problème par l'équipe soignante, le cadre de l'unité a aussitôt réagi : *« Les infirmières sont venues m'alerter au bout de trois jours passés avec l'étudiante... on est confronté à un manque de connaissances et une barrière de compréhension de la langue ... j'ai rencontré chaque jour l'étudiante pour faire le point avec elle et l'infirmière référente. »*

De son point de vue, la situation était préoccupante : *« Les infirmières étaient inquiètes et venaient me voir régulièrement... ».*

Nous voyons à travers ces extraits d'entretiens que le niveau de communication entre l'équipe et le cadre est parfaitement posé, ce qui procure au manager l'assurance d'être directement tenu informé de ce qui se passe dans son service.

Nous sommes en présence d'un problème compliqué, mais dans un environnement rassurant, du fait de la présence d'un maître de stage cadre de santé qui est au centre de son équipe.

Le contexte porteur de la situation que nous avons pu identifier est sécurisant. Le manque d'expérience de l'équipe, et le turn-over important des soignants n'empêchent pas le groupe d'évoluer en toute sérénité, et de réfléchir en vue d'améliorer les pratiques professionnelles. D'ailleurs, un groupe de travail réunissant les infirmiers du service pour améliorer la prise en charge des étudiants est en cours de constitution. Le cadre de santé est à l'origine de ce projet qui trouve toute sa place dans la dynamique de groupe émergente de l'équipe.

Nous avons vu que le maître de stage arrivé en médecine récemment est bien le cadre du service. Nous avons aussi constaté qu'il joue pleinement son rôle de manager dans son équipe. Il est d'ailleurs reconnu dans sa fonction de cadre qui lui permet d'exercer une mission de maître de stage en toute légitimité.

En revanche, l'implication et l'investissement du maître de stage dans sa mission ne suffit pas à traiter certaines situations difficiles, telle que celle que nous avons pu voir, et ce malgré toute la légitimité et la reconnaissance dont il fait preuve.

Confronté à cette situation, Éric avait d'abord réuni son équipe pour analyser le contexte, et essayer ensuite de trouver une solution, en mobilisant les ressources internes à l'équipe, et avant de solliciter l'Ifsi.

Pour Mintzberg⁶⁴ « le cadre est perpétuellement à l'affût des problèmes et des opportunités. Il assure la conception d'une bonne partie des changements contrôlés dans son organisation. »

L'absence de partenariat clairement formalisé l'a ainsi conduit à devoir organiser un dispositif partenarial situationnel, en sollicitant le formateur référent pédagogique de l'Ifsi pour traiter le problème qui venait d'être rencontré.

C'est donc Éric qui a fait la traduction. Il entretient avec son équipe des relations fréquentes et de bonne qualité, tant sur le plan managérial concernant l'organisation générale du service, que sur le registre de l'organisation de l'accueil et de l'encadrement des étudiants en stage. La qualité de son réseau relationnel a facilité le travail de traduction.

Cette reconnaissance va également lui permettre d'adopter une posture de traducteur pour traiter cette situation à travers la demande de l'IDE de proximité, et du formateur de l'Ifsi. C'est bien le contexte situationnel de l'exemple qui appelle la traduction.

Pour ce travail de traduction, Éric a transmis les éléments du problème rapporté par Séverine. En effet, l'IDE de proximité nous précise : « ...on voulait demander à l'Ifsi de venir nous voir pour faire le point avec nous et nous aider à l'encadrer... ». La demande de traduction a été portée par Éric : « ... en fin de seconde semaine, alerté par les tuteurs et à leur demande, j'ai demandé à la formatrice d'intervenir en urgence... pour faire le point sur les objectifs à mobiliser... ».

Il s'agit de la phase de problématisation évoquée par Michel CALLON, qui formule la nature des accords à sceller et les acteurs mobilisés, puis définit les objectifs qu'ils ne peuvent atteindre par eux-mêmes « ... à la recherche d'une alliance pour faire foisonner les points de vue...⁶⁵ »

À travers cette traduction, nous retrouvons les trois niveaux de liaison suivants :

⁶⁴ *Ibid.*, p. 109.

⁶⁵ CALLON Michel. *Op.cit.*, p186

- une liaison avec l'équipe ;
- une liaison avec l'Ifsi ;
- une liaison avec la situation problème, en vue d'établir un plan d'action.

L'analyse croisée du discours des acteurs devrait nous permettre de mettre en évidence la posture de traducteur adoptée par Éric.

Si nous reprenons les 4 étapes de la traduction proposées par Michel CALLON, nous voyons que les phases de problématisation, d'intéressement et d'enrôlement sont liées les unes aux autres. Elles seront suivies par la phase de la mobilisation et de la question du porte-parole, dont la transaction va consister à porter le message d'un monde vers l'autre.

Pour Séverine : *« Cette étudiante nous a mis en difficulté... le cadre nous a aidés au début, mais ce n'était pas suffisant. On a demandé à l'IFSI de venir nous expliquer cette histoire et voir ce qu'on allait faire avec elle, comment on allait l'encadrer... vu qu'on part de loin et qu'elle n'est pas au niveau. C'est lui qui a négocié pour que la formatrice vienne nous voir et faire le point avec nous. »*

Isabelle (formatrice) confirme la demande d'intervention : *« En fait, la demande faite par le cadre était avant tout une demande de clarification concernant ce type de dispositif à diplôme étranger, et les objectifs de stage à apporter à cette étudiante en vue de lui permettre de se présenter au DE. »*

Néanmoins, Isabelle nous confie avoir été étonnée par la demande d'intervention : *« J'ai été contactée par le cadre du service pour m'alerter des difficultés rencontrées par l'équipe pour prendre en charge l'étudiante dans ce dispositif particulier...j'avoue avoir été un peu surprise de l'appel du cadre...c'est un terrain de stage qui habituellement gère parfaitement les étudiants, et qui est habitué à gérer des situations bien plus complexes. Je n'avais aucun doute sur les capacités du service à prendre en charge l'étudiante. »*

En fin de compte, au cours de la conversation elle nous confiera avoir compris la demande d'intervention du cadre : *« ...je comprends parfaitement sa demande qui est tout à fait légitime... C'est très compliqué pour les équipes à gérer, et ça méritait parfaitement un accompagnement de ma part ».*

Pourtant, Isabelle nous a confié avoir eu une expérience de faisant fonction de cadre de santé en service avant son admission à l'IFCS : ainsi, cette expérience de trois ans en service

hospitalier ne lui a pas permis de saisir les enjeux du problème de la situation rencontrée par son confrère.

Après réflexion elle a répondu favorablement à la demande de son collègue du terrain. Sur ce point précis, elle conclura de la manière suivante : *« L'équipe a manqué de repères, la demande d'intervention était parfaitement justifiée, j'aurais dû anticiper. »* Elle a effectué sa visite de stage, dans le but *« d'expliquer aux infirmières de l'équipe qu'on ne peut pas apprendre à devenir infirmière en dix semaines... nous avons redéfini des objectifs plus modestes et réalisables... pour favoriser la compréhension des situations de soins... »*.

Ainsi, le but de cette demande de traduction formulée par Éric, était de pouvoir poser un diagnostic pédagogique de la situation.

La traduction est partie de l'analyse du constat de la situation rapportée par Séverine, et repose sur ce contexte particulier dans lequel il évolue. Elle a été transmise par Éric.

Ainsi, pour Michel CALLON « Traduire, c'est également exprimer dans son propre langage ce que les autres disent et veulent, et s'ériger en porte-parole⁶⁶ ».

Le travail de traduction a donc permis aux acteurs du terrain et de l'Ifsi de trouver un accord construit qui a relié l'IDE de proximité et le formateur de l'Ifsi.

Le diagnostic pédagogique élaboré dans le cadre de cette concertation a permis de proposer un plan d'action adapté au contexte et à la situation, afin que l'équipe puisse poser des objectifs d'encadrement adaptés à l'étudiante.

5.3 Situation n°3 : service des maladies infectieuses

La troisième situation que nous allons aborder se situe dans le service des maladies infectieuses composé de 27 lits, et nous conserverons le même mode de présentation : la présentation de l'échantillon, la place des acteurs et leurs interactions, et pour finir le premier niveau d'analyse longitudinale des résultats.

5.3.1 Présentation des acteurs

⁶⁶ Ibid., p.204

Les entretiens de cette situation n°3 nous nous sommes intéressés aux interlocuteurs qui ont participé au traitement de cette même situation :

- Corinne est cadre de santé et maître de stage, dans le service depuis huit mois. Il s'agit de sa première expérience dans cette fonction. Par ailleurs, elle a exercé une mission d'infirmière tutrice de stage avant sa formation de cadre de santé.
- Murielle est l'IDE tutrice du service et travaille dans l'équipe de jour. Elle est reconnue dans sa mission, et clairement identifiée. L'équipe de nuit ne comprend pas de tuteur, mais Murielle entretient des liens avec les étudiants et les équipes de nuit : « ...pour s'assurer que tout va bien... ».
- L'infirmière de l'équipe de nuit qui n'a pas souhaité participer à notre recherche, était chargée de l'encadrement de l'étudiante en stage. Elle n'a pas reçue de formation à propos du référentiel de 2009 et la mission d'infirmière de proximité.
- Valérie est la formatrice de l'Ifsi référente de stage pour le service, et appartient au monde de l'Ifsi.

L'étudiante était là encore au centre des préoccupations de la situation, et initiatrice de la demande d'intervention. Encore affectée par les conséquences de la situation conflictuelle qui va suivre, nous avons décidé de ne pas la solliciter en entretien.

Le tableau de présentation des caractéristiques de l'échantillon et de la chaîne des acteurs mobilisés, est situé en annexe⁶⁷.

La situation évoquée par le maître de stage était les difficultés de communication rencontrées entre une étudiante de troisième année en stage de nuit, et l'infirmière de proximité responsable de son encadrement. La situation conflictuelle a abouti à une rupture totale de la communication entre l'étudiante et l'infirmière, qui a entraîné une tension palpable entre les acteurs de la situation. Corinne, Marielle et Valérie s'accordent à évoquer une situation préoccupante, qui revêt un caractère urgent à traiter. Il s'agit d'une situation complexe au départ, qui a eu des répercussions importantes sur l'étudiante et sur l'ensemble de l'équipe soignante.

⁶⁷ Annexe VII, p.1

5.3.2 Les interactions observées dans la situation n°3

Le sociogramme présenté dans la partie annexe du document, nous permet d'identifier les acteurs de la situation, et de repérer les 2 mondes en présence, qui sont le lieu de stage et l'Ifsi⁶⁸.

Dans cette situation, nous constatons que les relations entre Murielle (tutrice de l'équipe de jour) et sa collègue de l'équipe de nuit sont fréquentes et de bonne qualité. Murielle nous a précisé qu'une bonne entente existait à l'intérieur de chaque équipe, et entre les équipes de jour et de veille : « *...Heureusement qu'on s'entend bien entre nous, c'est déjà ça...* ». Ainsi, au-delà de cette situation, on ne relève pas de problème relationnel entre les équipes soignantes qui a priori s'entendent bien entre-elle.

En revanche, Corinne, maître de stage et cadre de santé du service, entretient des relations de mauvaise qualité avec les membres de son équipe à la fois dans cette situation, et plus largement dans les activités de l'unité. Elle ajoute : « *Il y a beaucoup de conflits dans l'équipe, et ce n'est pas toujours facile à gérer, surtout que la majorité de l'équipe est syndiquée... je ne me sens pas particulièrement aidée par ma hiérarchie...je suis un peu isolée...j'ai parfois du mal à trouver ma place... En fin de compte, je me demande s'il y a vraiment besoin d'un cadre dans ce service... mais je ne suis pas désespérée, on va y arriver* ».

Murielle ajoute : « *Il y a des problèmes de conflits et des tensions avec notre cadre... en plus, elle n'a pas vraiment d'autorité dans le service, elle a du mal à s'imposer auprès de l'équipe... Elle ne nous écoute pas* ».

Pour Valérie, formatrice à l'IFSI : « *Le cadre est en poste depuis l'été dernier et ça se passe mal avec son équipe... Elle me semble être en grande difficulté et n'arrive pas à manager son équipe. Ça part en vrille. Je crois qu'elle n'est pas non plus soutenue par sa hiérarchie...* ».

Par ailleurs, Valérie entretient des relations très peu fréquentes avec les acteurs du service, qui se limitent à des échanges strictement liés à la communication du nom des étudiants attendus : « *Je suis en contact avec le cadre du service... Nous prenons rendez-vous lorsque je viens en visite de stage. Dans ce cas, j'en profite pour rencontrer le tuteur de stage.* » Concernant les

⁶⁸ Annexe VII, p.2

visites de stage dans le service, elle ajoute : « Je ne peux pas aller voir tous les étudiants... je vois en priorité les étudiants en difficulté. » Elle évoque un partenariat occasionnel qui s'organise en fonction des situations rencontrées.

Concernant le dispositif partenarial, Murielle nous précise : « Nous ne sommes que deux tutrices de stage... Il n'y a pas de volontaires pour devenir tuteur, et peu d'IDE sont formés pour être encadrants de proximité... En tant que tutrices, on est un peu isolées... ». D'après elle, il n'y a pas de partenariat, et elle déplore le manque de participation de l'Ifsi : « On ne voit pratiquement plus les formateurs EN stage ... ils ne viennent plus nous voir dans le service, c'est dommage ».

Par ailleurs, elle évoque le manque de soutien du cadre dans l'organisation de l'encadrement des étudiants et du tutorat : « ... *elle ne nous aide pas vraiment...vu qu'elle a d'autres priorités (en référence aux difficultés rencontrées par Corinne dans son rôle de cadre)...* ».

Corinne ajoute avoir des difficultés pour trouver des IDE qui accepteraient de prendre en charge le tutorat des étudiants : « *Actuellement, j'ai deux tutrices formées, et c'est insuffisant. Beaucoup d'infirmiers du service veulent bien encadrer les étudiants, mais ne souhaitent pas prendre la responsabilité de devenir tuteurs* ».

Concernant le partenariat avec l'Ifsi, elle précise : « *Pour le moment je règle les problèmes au cas par cas. Je ne peux pas proposer de partenariat plus rapproché, j'ai d'autres priorités à régler dans le service... Un partenariat permettrait de cadrer et de formaliser les choses entre l'Ifsi et nous... Il y a un partenariat qui va se mettre en place.* » Elle réfléchit à un projet de partenariat pour le service qu'elle souhaiterait proposer à court terme.

➤ les éléments de contexte

Nous sommes en présence d'une équipe de jeunes soignants, avec peu d'expérience aussi bien dans la fonction de soignant que dans celle d'encadrement des étudiants. Nous notons un turnover important déjà amorcé depuis quelques mois, et qui va se poursuivre. Ainsi, Murielle évoque « *les nombreux départs annoncés* ». Les raisons de ces mouvements sont vraisemblablement multiples et ne seront pas traités dans ce chapitre. Néanmoins, il nous a semblé important de reprendre les éléments de contexte que Murielle a évoqué : « *le sous-*

effectif en IDE et en AS... une charge de travail importante..., le changement de cadre de santé l'été dernier..., les conflits avec le cadre. »

Pour Valérie, les difficultés du cadre et l'absence de projet d'encadrement clairement défini rendent le contexte mouvant.

La situation qui pose problème et qui est évoquée par Corinne durant l'entretien – à savoir les difficultés relationnelles entre une étudiante et l'infirmière encadrante – fait partie des situations compliquées que nous rencontrons fréquemment dans nos services.

Néanmoins, le contexte explosif du service, lié au sentiment d'insécurité caractérisé par des tensions importantes avec le cadre de l'unité, va transformer cette situation compliquée en une situation complexe.

Le contexte qui entoure cette situation est fragile et manque de repères, ce qui nous place devant un problème complexe de par sa nature, mais qui devient un problème compliqué de part son contexte.

Nous allons tenter de voir quels sont les liens entre les difficultés du cadre dans l'exercice de sa fonction, et la situation de tension qui règne chez les soignants, et plus largement dans le service des maladies infectieuses.

5.3.3 Analyse longitudinale de la situation n°3

Dans cette situation, nous avons tout d'abord constaté que l'étudiante est à l'origine de la demande d'aide. En effet, dans un premier temps elle fait part des difficultés rencontrées à Murielle. La tutrice tente de faire la médiation pour résoudre la situation entre l'étudiante et l'infirmière de nuit, mais n'y parvient pas. Elle va alors proposer à l'étudiante de contacter la formatrice de l'IFSI pour traiter directement le problème, sans passer par l'intermédiaire du cadre de service. Elle n'a pas sollicité son cadre, et ne l'a pas informée de la situation. Cela signifie que pour Murielle, le cadre de santé maître de stage de l'unité n'est pas considéré comme une personne ressource pour traiter cette situation. La place de Corinne n'apparaît pas comme celle d'un cadre référent apte à gérer les situations difficiles du service.

Paule BOURRET, docteur en sociologie et cadre de santé formatrice à l'IFCS de Montpellier, s'est interrogée sur la place des cadres de santé à l'hôpital et sur la reconnaissance du travail de lien invisible. Dans l'ouvrage que nous avons étudié, elle démontre comment les cadres de santé mettent de la cohérence entre des actions morcelées, en effectuant ce travail de lien invisible pour l'institution « *Les cadres de santé sont bien présents dans les unités de soins. D'où provient alors ce sentiment d'invisibilité de leur travail, voire d'invisibilité de leur présence ? Le cadre de santé se déplace partout dans le service et le personnel ne le voit nulle part.*⁶⁹ ».

En adressant la demande d'intervention à sa formatrice, l'étudiante a été la médiatrice de la traduction qui va suivre.

Vincent De BRIANT & Yves PALAU⁷⁰ nous proposent la définition suivante de ce concept « La médiation se définit comme l'action de mettre en relation par un tiers appelé « médiateur », deux personnes physiques ou morales, appelées « médiées » sur la base de règles et de moyens librement acceptées par elles, soit en vue de la prévention d'un différend ou de sa résolution, soit en vue de l'établissement ou du rétablissement d'une relation sociale ». Dans notre exemple, la médiation s'opère sans être désignée comme telle, dans le sens où aucune des parties ne s'auto-proclame médiateurs.

Par ailleurs, le référentiel de formation situe l'étudiant au cœur du dispositif de formation : « l'étudiant est acteur de sa formation...Il est amené à devenir un praticien autonome, responsable et réflexif ... »⁷¹.

Ainsi, dans cet exemple, déclencher la médiation entre 2 acteurs (l'IDE de nuit et l'IDE tutrice) a permis à l'étudiante d'être actrice de sa formation à l'intérieur du dispositif tutorial du service tel que nous l'avons décrit.

Nous avons vu que le cadre de service maître de stage est en difficulté auprès de son équipe, et n'arrive pas à jouer son rôle de cadre, ce qui est probablement venu renforcer le sentiment d'insécurité éprouvé par la tutrice, l'IDE de proximité et l'étudiante.

⁶⁹ BOURRET Paule. *Les cadres de santé à l'hôpital. Un travail de lien invisible*. Paris, édition Seli Arslan, 2006. Page 97.

⁷⁰ De BRIANT Vincent. PALAU Yves. *La médiation. Définitions, pratiques et perspectives*. Chapitres I & II. Collection 128. Armand Colin. Edition 2005. Page 11.

⁷¹ *Profession Infirmier. Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'État et à l'exercice de la profession*. SEDI-30700 UZES-Réf. Paris. Berger-Levrault. Juillet 2013, p.79.

Corinne n'occupe pas la place qu'elle devrait occuper dans son équipe, et n'arrive pas à exercer son rôle de cadre ou à remplir pleinement sa mission de maître de stage. Elle n'a pas la reconnaissance de la fonction de cadre dans son équipe, comme à l'IFSI, qui lui aurait permis d'initier cette demande de traduction.

Le mécanisme de la traduction s'est opéré par la formatrice qui a pris cette posture de traducteur. Elle a traduit la demande de l'équipe vers le cadre de santé, et lui a permis de proposer un plan d'actions. L'étudiante a été à l'origine de la traduction.

Ainsi, Valérie, qui a porté la traduction à sa collègue afin de traiter le problème, lui passe maintenant le relais.

Dans un second temps, Corinne a traduit le problème en plan d'actions, en proposant un changement d'équipe à l'étudiante : *« j'ai pris la décision de changer l'étudiante de roulement... en accord avec les équipes concernées et l'étudiante... j'en ai informé la formatrice... j'ai fait le lien entre les 3 parties... »*. À travers le plan d'actions proposé, nous sommes en présence d'une tentative d'articulation de la démarche pédagogique essayée par la maître de stage, qui n'y parvient pas comme on pourrait le souhaiter du fait du manque de reconnaissance dans sa fonction.

Dans cette étape de mobilisation des alliés et de représentativité, Valérie a été la véritable porte-parole, et Corinne a occupé une posture de relais.

Nous sommes en présence, grâce au plan d'actions proposé, d'une tentative d'articulation infructueuse de la démarche pédagogique par le maître de stage qui n'y parvient pas comme on pourrait le souhaiter du fait du manque de reconnaissance dans sa fonction.

La traduction s'est opérée à partir de la situation problème rencontrée, et a donné lieu à la mise en place d'un plan d'actions.

En définitive, cette situation délicate valide la nécessité de devoir être cadre pour exercer une mission de maître de stage, et renforce ce postulat qui avait accompagné notre hypothèse de recherche.

La seconde partie de ce chapitre tentera une analyse croisée des résultats (analyse longitudinale) à travers les trois situations, au regard de la problématique de départ et de notre hypothèse de recherche.

5.4 Analyse croisée des résultats

Pour terminer ce chapitre consacré à l'analyse de l'enquête, il nous a semblé important de compléter l'analyse longitudinale précédente par une analyse verticale, afin de mettre en évidence ce qui est commun et de différent pour chaque situation, et ce que nous pouvons en dire. Nous sommes bien évidemment partis du matériel recueilli à partir de nos entretiens, que nous avons mis en lien avec notre cadre conceptuel.

Selon le point de départ de la problématique, le traducteur a fait ce travail de liaison d'un acteur vers l'autre à travers deux mondes dans lesquels il est reconnu, à partir d'une articulation pour la mise en sens.

Or, cette mise en lien est à la fois liée à la fonction du cadre de santé, et à la reconnaissance de son rôle dans son équipe.

Dans les situations n° 1 (Polyclinique) et n° 2 (médecine interne), les relations que les cadres entretiennent avec leurs équipes sont de nature sécurisantes et apaisantes. La communication de l'encadrement vers les soignants est adaptée, et les acteurs entretiennent de bonnes relations entre eux. Les cadres ont contribué à faciliter les échanges entre les membres de l'équipe, et à favoriser un climat sécurisant.

En revanche, dans la situation n° 3 (maladies infectieuses), la communication entre le cadre et son équipe est difficile. Les tensions au sein de l'équipe sont palpables et empêchent les acteurs d'évoluer en toute sécurité. La situation conflictuelle est donc dominante.

Dans la situation de Corinne, on perçoit distinctement la tentative d'articulation de la démarche pédagogique qu'elle tente de mettre en place, mais elle n'y parvient pas comme on pourrait le souhaiter, du fait qu'elle n'a pas la reconnaissance de sa fonction. Sylvie et Eric, cadres de santé et maîtres de stage, ont été les interlocuteurs privilégiés par les équipes et reconnus par les partenaires.

Or, la traduction repose justement sur la capacité du cadre à construire des liens privilégiés.

A cet effet, Lusin BAGLA nous précise : « *Le traducteur doit enrôler des alliés qui appartiennent à des milieux différents, et dont il réinterprétera les intérêts de manière à ce qu'ils soient en harmonie avec ses propres objectifs* ⁷² ».

Nos situations ont mis en évidence que le travail de traduction permet d'engager dans la même direction des acteurs qui appartiennent à deux mondes différents, et qui vont contribuer à la recherche d'un accord. Le terme d'accord est entendu au sens de démarche à mettre en place, c'est-à-dire de plan d'actions. La traduction qui s'est opérée dans la démarche tutorale a été un passage nécessaire, tant pour les équipes que pour leurs partenaires.

Dans les trois cas, la traduction a permis la recherche d'un accord, sur le diagnostic du problème, et la mise en place d'un plan d'actions à travers la démarche pédagogique à utiliser pour permettre aux équipes de poursuivre l'encadrement des étudiants.

Ainsi, à travers ces trois observations, nous validons l'hypothèse que pour être traducteur, le cadre de santé maître de stage doit avoir construit un lien réel avec l'équipe soignante qu'il encadre, mais aussi avec son partenaire pédagogique représenté par l'Ifsi.

Nous avons vu que la traduction est situationnelle, elle s'organise à partir d'un problème rencontré et s'inscrit dans le contexte même de la situation.

Les situations que nous avons explorées portaient toutes les trois d'une situation problématique évoquée par les cadres de santé, et prenaient forme dans le contexte situationnel de chaque service. Toutes ces traductions ont abouti à l'élaboration d'un plan d'actions.

Ainsi, pour que le cadre puisse avoir une posture de traducteur, il est nécessaire qu'il y ait une problématique émergente à mettre en sens pour en faciliter sa compréhension, dans le but de rechercher un accord. D'ailleurs, nous avons vu ce postulat émerger des analyses verticales précédentes.

Le travail de traduction que le cadre a opéré dans les trois situations a consisté à rapporter les éléments du tuteur vers le formateur, avec une traduction qui s'est jouée à travers ces trois

⁷² BAGLA Lusin. *Sociologie des organisations*. Éditions La Découverte. Collection repères. Paris. Editions 2003, p. 87.

niveaux. D'ailleurs, pour Michel CALLON⁷³ « Traduire, c'est également exprimer dans son propre langage, ce que les autres disent et veulent, et s'ériger en porte-parole ».

Nous avons vu qu'il y avait une cohérence entre la signification de la traduction et sa direction : l'échange entre le tuteur et le maître de stage correspond au message apporté au formateur. Le plan d'actions constitue la dernière étape de la traduction.

Pour Lusin BAGLA⁷⁴ : « Un tel acteur qui se déplace et transforme les idées, les moyens, les objets, les rôles et leurs liens, et qui maintient les divers intérêts alignés jusqu'à ce qu'une solution émerge, est nommé traducteur ».

Nous avons observé à travers ces exemples que la traduction est avant tout situationnelle, ce qui valide le fait que seule une situation problématique peut-être à l'origine d'une demande de traduction. Autrement dit, le cadre n'est pas toujours en train de traduire, et n'adopte pas cette posture de traducteur en permanence, mais uniquement en fonction de la situation rencontrée et de son contexte.

C'est justement ce contexte dans lequel évoluent les trois situations emblématiques, qui doit être considéré également dans sa globalité. Ainsi, les trois services sont confrontés à des problématiques classiquement retrouvées dans tous les services hospitaliers, telles que la charge de travail importante et le manque de personnel soignant. De plus, le service de médecine interne et le service des maladies infectieuses sont confrontés à un turn-over important, qui a entraîné le renouvellement d'une grande partie de l'équipe, et l'arrivée d'une majorité de jeunes professionnels peu expérimentés.

Eric a adopté une posture de cadre de proximité au contact de son équipe lui permettant d'être suffisamment proche des préoccupations des soignants. Il est capable en même temps de reprendre ses prérogatives de manager si nécessaire. Cette posture semble lui avoir permis de compenser les difficultés liées au turn-over, et à l'intégration de jeunes professionnels nouvellement diplômés.

En revanche, Corinne est cadre de santé, mais n'a pas la reconnaissance d'un cadre de proximité auprès de son équipe, ce qui renforce le sentiment d'insécurité développé par une équipe de jeunes professionnels.

⁷³ CALLON Michel. *Op. cit.*, p. 204.

⁷⁴ BAGLA Lusin. *Op.cit.*, p. 88.

Dans ce contexte, la présence du cadre et la capacité à organiser l'activité du service est déterminante. Le sens que nous donnons dans cette recherche à la fonction de cadre de proximité fait toute la différence et va permettre de compenser les difficultés managériales et pédagogiques. Ainsi, la posture de traducteur repose bien sur la capacité du manager à être cadre.

Par ailleurs, dans nos situations il n'y a pas de dispositif partenarial aussi solide qu'on aurait pu l'imaginer, mais plutôt un espace partenarial de type collaboratif.

Dans chaque service, le dispositif tutoral que nous avons vu est cadré à l'intérieur des secteurs de soins et comprend une organisation tutorale clairement identifiée dans les trois situations. L'Ifsi constitue donc la partie extérieure de ce programme tutoral, dont le dispositif n'est pas formalisé : nous nous trouvons en quelque sorte dans l'entre-deux qui part d'un dispositif tutoral organisé à l'intérieur, pour aller vers le partenaire extérieur représenté par l'Ifsi, que l'on va solliciter.

Dans ces trois situations, le dispositif tutoral n'est pas clairement posé, mais se déclenche en fonction des situations rencontrées et du contexte du service, non plus dans le cadre d'un partenariat formalisé, mais à travers un dispositif de collaboration informel, élargi au partenariat.

Ce qui ressort de nos exemples, c'est que la gestion d'une unité de soins nécessite que le cadre mette en place un type de management situationnel adapté aux situations rencontrées et à leurs contextes.

De ce fait, le bon fonctionnement d'un service dépend en premier lieu de la motivation des agents à participer à la stabilité et au développement de l'unité, mais également de la manière dont le cadre exerce sa fonction de manager.

Dans le service de la polyclinique, les IDE tuteurs de stage sont des professionnels infirmiers expérimentés, et qui possèdent une expérience solide de l'encadrement des étudiants. Marc nous a exprimé son désir d'évoluer dans sa fonction et de prendre davantage de responsabilités, et ses collègues souhaitent améliorer leur pratique.

Dans le service de médecine interne, le manque d'expérience des infirmiers est largement compensé par la présence rassurante du cadre. En effet celui-ci accompagne son équipe dans

la construction de l'identité professionnelle des soignants récemment arrivés. Les agents se laissent porter par le cadre, et expriment le désir d'évoluer : Séverine consolide son expérience de professionnelle de proximité et souhaite devenir tutrice de stage. Par ailleurs, un groupe de travail sur les pratiques pédagogiques est en cours de formation.

En revanche, dans le service de maladies infectieuses, le sentiment d'insécurité prédomine et rend difficile toute perspective d'implication et d'évolution des agents : un groupe de travail sur les pratiques d'encadrement en stage pour les étudiants de première année a été amorcé, n'a pu être poursuivi.

De fait, la fonction cadre est un élément indissociable de la bonne gestion d'un service de soins, de son dynamisme comme de ses ressources. Pour finir, l'écriture de ce chapitre concernant l'étude des résultats nous a permis de vérifier que chaque niveau d'analyse répond à la question de recherche.

6. L'HYPOTHESE A L'EPREUVE DU TERRAIN

Nous avons commencé ce travail à partir de notre expérience de terrain, dès l'ouverture de l'introduction. Il nous paraissait donc logique que ce dernier chapitre revienne sur le terrain. Ainsi, au terme de notre recherche, nous souhaitons dégager les éléments essentiels de notre analyse, et qui nous permettent d'envisager la discussion.

La question de départ posée dans ce travail de recherche suivante : « **Comment le cadre de santé peut-il aider les infirmiers à remplir leur mission de tuteur de stage auprès des étudiants infirmiers, qui sont accueillis dans le service ?** ».

À cette problématique nous avons proposé l'hypothèse suivante : « **Pour exercer pleinement une mission de maître de stage au-delà de la prescription du référentiel de formation de 2009, il est nécessaire que le cadre de santé développe une posture de traducteur, au sein du partenariat établi entre les deux mondes que sont l'Ifsi et le lieu de stage** ».

Comme nous l'avons vu précédemment, les trois situations rencontrées valident la nécessité d'être cadre pour exercer une mission de maître de stage. Ainsi, dans un contexte où la

reconnaissance de sa fonction permet de sécuriser les acteurs d'une situation, seul le cadre peut faire ce travail de traduction entre son équipe et l'Ifsi.

Par ailleurs, pour pouvoir être traducteur, il est nécessaire que le cadre de santé établisse d'abord des liens, avec l'équipe soignante comme avec l'Ifsi. De ce fait, pour exercer une mission de maître de stage, sa posture de cadre lui permet de construire des liens de fonctionnalité, et de proximité entre les deux mondes.

La traduction reste un travail d'explicitation du sens et de la direction par un acteur qui est positionné et clairement reconnu entre les deux univers. Ainsi, à travers nos expériences professionnelles, et certaines de nos enquêtes, le cadre de santé maître de stage représente l'acteur privilégié et clairement reconnu pour exercer ce rôle.

D'un autre point de vue, la traduction est situationnelle. Elle nécessite une problématique à mettre en sens et un accord à rechercher. Ainsi, le cadre n'adopte pas de posture de traducteur en permanence. De fait, la traduction dépend à la fois du contexte et de la situation d'appel, mais surtout de la capacité du cadre à poser le problème.

Le dernier point qui mérite notre attention est celui du rôle du cadre de santé dans la mise en place d'un partenariat élargi à un dispositif d'alternance partenariale du tutorat, entre le lieu de stage et l'institut de formation. De ce point de vue, le cadre de santé et maître de stage adopte une posture de traducteur au sein du dispositif partenarial et tutorial.

En somme, ce travail nous permet d'inscrire la question du partenariat dans une réflexion dynamique et collaborative, destinée à améliorer la qualité du service rendu aux étudiants usagers. Il s'agit d'interroger les pratiques professionnelles à travers leur évolution depuis 2009 afin de comprendre les difficultés rencontrées, à travers le projet individuel des acteurs et les politiques institutionnelles affichées.

Pour terminer, notre analyse pourrait nous permettre de confirmer notre hypothèse. Toutefois, nous ne devons pas pour autant négliger un certain nombre de biais qui auraient pu nous échapper, notamment sur le plan de la méthodologie d'enquête comme sur l'analyse des résultats.

De ce fait, nous pouvons dire, au regard des conclusions de l'enquête et de l'analyse des résultats que nous en avons effectués, que notre hypothèse est partiellement validée.

CONCLUSION

Au terme de ce mémoire, nous avons pris conscience du chemin parcouru tout au long de cette année afin de mener ce travail à son terme. Durant ces dix mois de formation, nous nous sommes pris au jeu de la posture de chercheur à travers nos recherches théoriques, nos lectures, nos rencontres avec les professionnels, ainsi que nos échanges avec notre directrice de mémoire et l'équipe pédagogique de l'IFCS.

Le référentiel de formation de 2009 a conduit les services cliniques et les professionnels de l'Ifsi à engager une réflexion sur l'encadrement des étudiants en stage. Les soignants, comme les formateurs réfléchissent et cheminent pour s'approprier au mieux ce référentiel qui implique une participation active de chacun des acteurs.

Notre objectif était de comprendre comment le cadre de santé, idéalement maître de stage, pouvait aider les infirmiers à remplir leur mission de tuteur de stage auprès des étudiants accueillis dans le service.

En premier lieu, l'étude du cadre contextuel nous a permis de stabiliser les étapes du cheminement nécessaires afin de définir notre objet de recherche et la problématique, pour aboutir à l'hypothèse finale.

L'analyse réflexive de nos expériences professionnelles nous a aidés à comprendre la part de vécu implicite dans notre parcours, pour mettre en évidence le rôle du cadre dans les organisations d'accueil et d'encadrement des étudiants, à travers un dispositif tutoral et partenarial des professionnels infirmiers. La prise de distance avec notre parcours professionnel nous a aidé à adopter une posture d'apprenti chercheur, et à faire preuve de neutralité dans la conduite de la recherche.

L'analyse du champ conceptuel nous a permis d'établir un lien entre le discours des professionnels que nous avons rencontrés, et le cadre de référence de notre recherche.

Au cours de nos enquêtes, la rencontre avec les acteurs du terrain et la confrontation avec nos pairs a constitué un temps fort de la recherche. Nous avons été surpris de rencontrer des professionnels, sur les lieux de stage comme à l'Ifsi, qui étaient pour la plupart investis à la

fois dans leur fonction d'infirmier, de cadre de santé ou de formateur, et impliqués dans leurs missions d'encadrement auprès des étudiants.

Nous avons pu constater combien les soignants restent attachés à leur fonction, et sont soucieux d'améliorer leurs pratiques professionnelles auprès des étudiants en formation, ceci malgré les conditions de travail de plus en plus difficiles qu'ils ont évoquées, notamment en termes de charge de travail et de diminution d'effectifs.

A cet égard, les échanges avec les professionnels ont été riches d'enseignement et fructueux. La disponibilité de chacun des acteurs et la qualité de leurs échanges sur les lieux de stage comme à l'Ifsi, nous ont permis de donner une direction et un sens à ce travail.

L'analyse croisée des résultats d'enquête et l'ensemble des données théoriques que nous avons collectées, nous ont permis de répondre à notre questionnement de départ.

Tout au long de ce travail, nous nous sommes interrogés sur le rôle du cadre de santé en tant que manager de proximité et acteur de liaison dans son équipe. Nous nous sommes appuyés sur les travaux de Henry MINTZBERG, qui nous ont permis d'appréhender la fonction de manager de proximité et ses missions, dans la perspective de notre projet professionnel de cadre d'unité de soins.

En somme, les trois situations que nous avons analysées nous permettent de valider la nécessité de devoir être cadre de santé pour exercer une mission de maître de stage : le statut de cadre le légitime dans sa posture, et lui permet d'être reconnu à la fois dans son équipe et auprès de l'Ifsi. C'était l'objet de la question de recherche à laquelle nous avons répondu.

A travers les travaux de Michel CALLON, nous avons vu comment des acteurs et des actants se lient et s'intéressent les uns aux autres, et la manière dont le cadre de santé met en place une opération de traduction, pour relier des éléments et des enjeux à priori très éloignés.

Concernant le partenariat entre l'Ifsi et le lieu de stage, nous avons pu constater qu'aucune des 3 situations n'a comporté de dispositif partenarial aussi solide que nous l'avions imaginé au départ. En revanche, nous avons découvert à la place un espace partenarial de type « collaboratif ». Ce dispositif contextuel et situationnel était à l'état de veille, et s'est déclenché à la demande des professionnels.

A distance de ce cheminement personnel, nous nous interrogeons aujourd'hui sur les perspectives professionnelles de ce travail. La recherche que nous avons menée nous a permis de nous projeter dans notre future fonction de cadre de santé et maître de stage, pour faciliter la mise en place d'un dispositif tutoral au service des étudiants, et d'un partenariat entre le lieu de stage et l'Ifsi adapté au contexte et à la situation.

Dans notre expérience de faisant fonction de cadre, nous avons situé l'accompagnement des équipes soignantes au centre de nos préoccupations, à travers un management participatif et collaboratif. A l'issue de ce travail de recherche, nous pouvons lui apporter une dimension contextuelle et situationnelle.

Parmi les concepts que nous avons utilisés, nous retiendrons plus particulièrement celui de la traduction, qui nous semble être un outil parfaitement mobilisable en situation de management hospitalier, afin de comprendre et de traiter une situation complexe.

En termes de perspective de recherche à poursuivre, il nous semblerait particulièrement intéressant d'inscrire la question du partenariat dans une réflexion dynamique et collaborative, destinée à améliorer la qualité du service rendu aux étudiants usagers. Il s'agirait d'interroger les pratiques professionnelles à travers leur évolution depuis 2009 afin de comprendre les difficultés rencontrées, à travers le projet individuel des acteurs et les politiques institutionnelles affichées.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

ADAM Rémi ; BAYLE Isabelle. *Le tutorat infirmier. Accompagner l'étudiant en stage*. Bruxelles : Editions de Boeck / Estem. Février 2012.

AKRICH Madeleine ; CALLON Michel ; LATOUR Bruno. *Sociologie de la traduction : Textes fondateurs*. Paris : Editions Presses des Mines. Collection Sciences sociales. Octobre 2006.

BLANCHET Alain ; GOTTMAN Anne. *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris : Armand Colin. Collection 128. Seconde édition 2012.

BOURRET Paule. *Les cadres de santé à l'hôpital. Un travail de lien invisible*. Paris : Editions Seli Arslan, 2006.

CHEVANDIER Christian. *Infirmières parisiennes : 1900-1950. Emergence d'une profession*. Paris. Publication de la Sorbonne, 2011.

KNIBIEHLER Yvonne. *Histoire des infirmières en France au XX e siècle*. Hachette littératures. Mars 2008.

Le Goff Jean-Pierre. *Les illusions du management : pour le retour du bon sens*. Paris. La découverte. 2006.

MINTZBERG Henry. *Devenir du travail du cadre. Le manager au quotidien : les 10 rôles du cadre*. Paris. Editions d'Organisation. 1993.

CHAPITRES D'OUVRAGES

BAGLA Lusin. *Sociologie des organisations*. Chapitre V. Paris : Editions la découverte. Mars 2011.

BLAKE R et MOUTON J. *Les deux dimensions du management*. Chapitre II. Paris : Editions d'organisation, 1969

BOLTANSKI Luc. Thévenot Laurent. *De la justification. Les économies de la grandeur*. Chapitre I et III. NRF essais. Gallimard. Edition 1991

De BRIANT Vincent ; PALAU Yves. *La médiation. Définitions, pratiques et perspectives*. Chapitres I & II. Collection 128. Paris : Armand Colin. Edition 2005.

Le BOTERF Guy. L'ingénierie des compétences. *Chapitre III et IV*. Édition d'organisation. Paris. Septembre 1998

RUSS Jacqueline. *Philosophie : les auteurs, les œuvres*. Éditions Bordas. Paris. Janvier 2009, p. 169.

ARTICLES

CALLON Michel. *La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc*. L'année Sociologique. 1986, n°36. Page 169

CALLON Michel, FERRARY Michel. *Les réseaux sociaux à l'aune de la théorie de l'acteur-réseau*. Sociologies pratiques. 2006/2, n°13. Pages 37-44.

COUDRAY Marie-Ange. *La formation infirmière rénovée*. Revue soins n°735. Mai 2009. Pages 38-41.

FONTENAU Rolland. *L'alternance partenariale*. Revue Education permanente. N° 115, 1993 page 29-34.

LHOMME Robert et FLEURY Jean. *Entretien avec Michel CALLON*. Recherche et formation n°31. 1999, p.121.

MASSA Hélène. Fondements de la pratique de l'approche systémique en sciences sociales. Les cahiers de l'actif. N°308 / 309 pp. 9-27

PERRENOUD Philippe. *La qualité d'une formation. La qualité d'une formation se joue d'abord sur sa conception*. Revue Pédagogique Collégiale. Volume 11, n°4. Mai 1998. P. 19.

TEXTE EXTRAIT D'OUVRAGE

BOURDIEU Pierre. Comprendre, in *la misère du monde*, Paris : Éditions du Seuil, 1998, p. 905.

TEXTE DE LOI

Article R4312-31 du Code de la Santé publique

Article R4311-15 du Code de la Santé publique

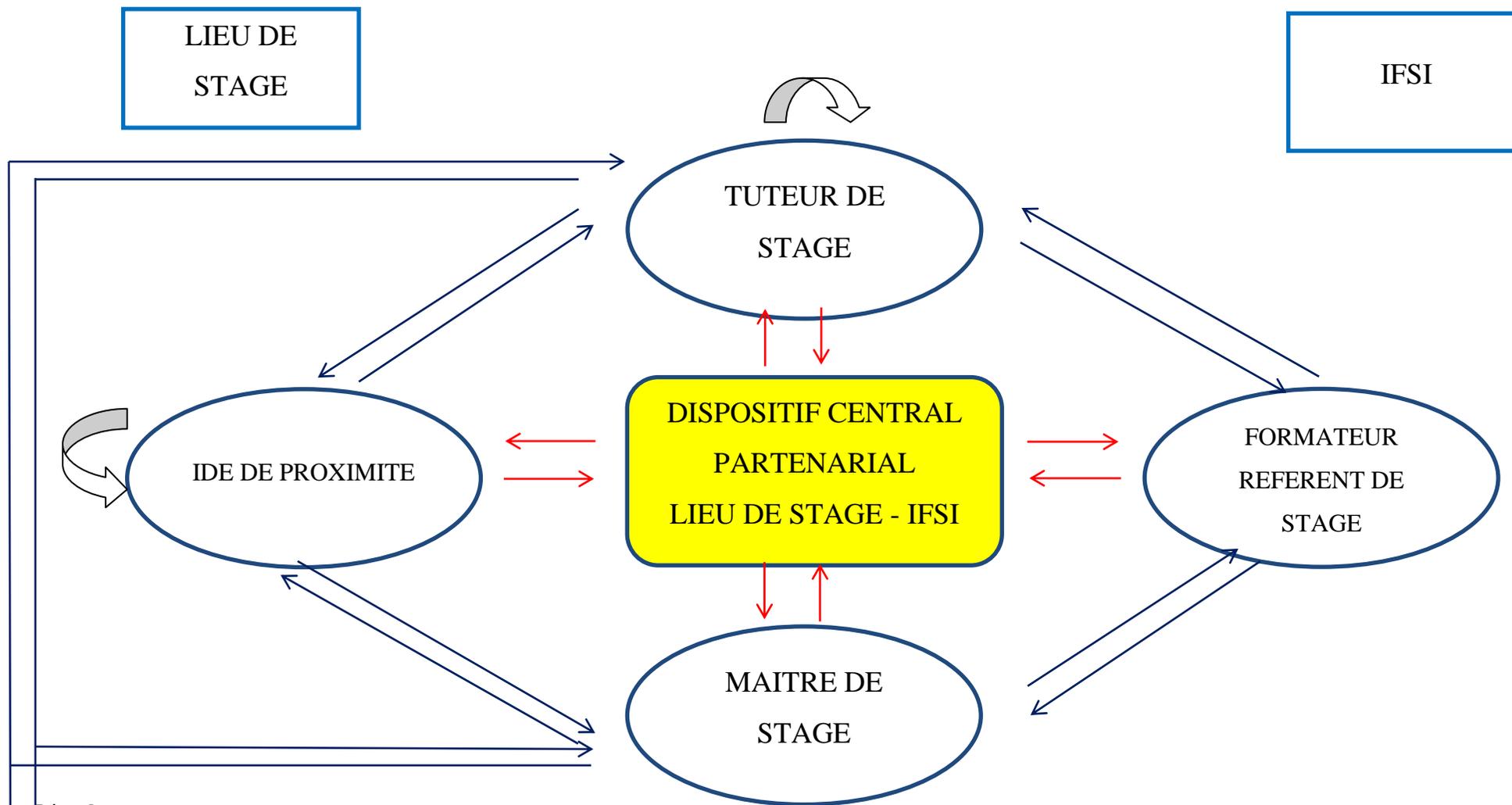
DOCUMENTS OFFICIELS

Code de la Santé publique de la République française.

Profession infirmier : *recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'État et à l'exercice de la profession*. Paris : Berger-Levrault, 2011.

DE SINGLY Chantal. *Rapport de la mission cadres hospitaliers : rapport final propositions*. Ministère de la santé et des sports, 2009.

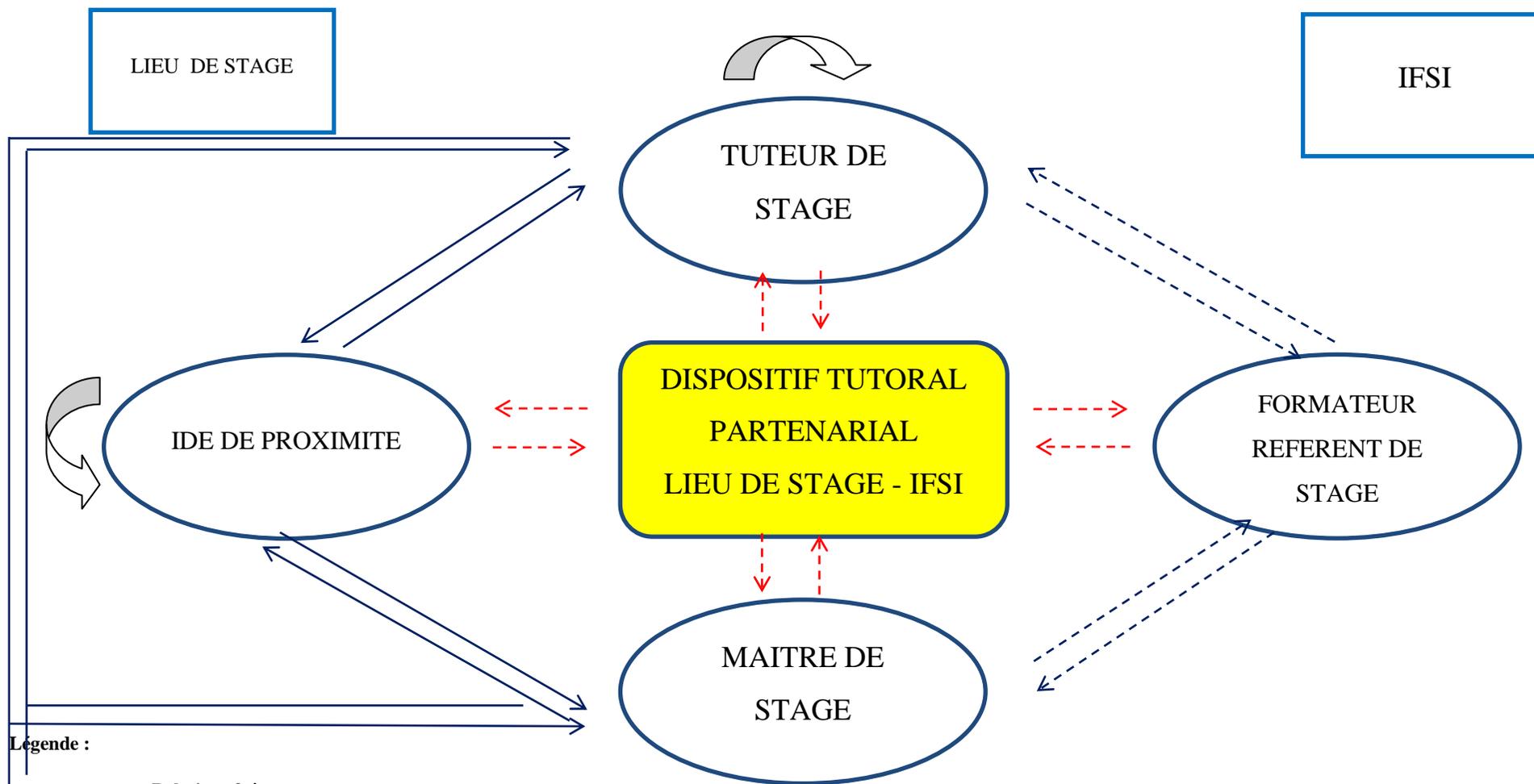
ANNEXE I : Sociogrammes des expériences professionnelles



Légende :

-  Relations fréquentes
-  Relations fréquentes dans le dispositif partenarial
-  Bonnes relations dans la catégorie professionnelle

EXPERIENCE PROFESSIONNELLE N°1 Tuteur de stage



- Légende :**
- Relations fréquentes
 - - - - - Relations peu fréquentes dans le dispositif partenarial
 - - - - - Relations peu fréquentes
 - ↪ Bonnes relations dans la catégorie professionnelle

EXPERIENCE PROFESSIONNELLE N°2 Maître de stage

ANNEXE II : Guides d'entretiens mené auprès des maîtres de stage

Grille d'entretien

Maître de stage

Items	Questions Posées	Objectifs et indicateurs recherchés
<p>Prise du talon</p> <p>Identitaire</p>	<p>Nom</p> <p>Prénom</p> <p>Age Sexe</p> <p>Fonction</p> <p>Service</p> <p>Secteur</p> <p>Ancienneté dans la fonction cadre , et dans le service</p>	<p>Préciser le profil de l'enquêté, et la fonction qu'il exerce.</p> <p>Présenter le secteur d'activité, et les caractéristiques du service.</p>
<p>Consigne</p> <p>Inaugurale</p>	<p>"Si vous le voulez-bien, nous allons évoquer ensemble votre rôle de maître de stage, afin que je puisse mieux comprendre en quoi consiste votre mission de maître de stage.</p> <p>Nous verrons comment cette mission s'articule avec la fonction de cadre de proximité.</p> <p>Je vais donc vous laisser la parole, pour vous permettre de me parler plus précisément de cette mission, à partir d' exemples issus de votre expérience de maître de stage."</p>	<p>Lancer l'enquête dans l'entretien, afin de permettre à l'enquêté de libérer dans un premier temps la prise de parole sur le sujet : le rôle du maître de stage non prescrit, à travers le travail réel effectuée.</p>
<p>Thème 1</p> <p>Le rôle du maître de stage, et ses</p>	<p>Pouvez-vous me parler de votre rôle de maître de stage ?</p> <p>Quelles sont précisément les missions que vous êtes amené à exercer ?</p> <p>Comment vous êtes-vous préparé à</p>	<p>A partir de l'expérience de l'enquêté, mettre en évidence le réel de la mission de maître de stage.</p> <p>Explicitation du rôle</p> <p>Préciser comment l'enquêté s'est préparé à</p>

<p>dimensions</p>	<p>assurer ce rôle de maître de stage ? Avez-vous suivi une formation spécifique ?</p> <p>Quelles ont été vos ressources pour vous permettre de remplir cette mission ?</p>	<p>assurer sa mission, et savoir en quoi une formation aurait éventuellement pu être aidante. La formation est-elle la seule réponse à ce besoin ? la place des joué par La place des partenaires dans cet apprentissage.</p>
<p>Thème 2</p> <p>Organisation de la mission de maître de stage, et place des différents partenaires</p>	<p>Quelles sont les difficultés que vous rencontrez au quotidien, pour organiser et exercer votre mission de maître de stage dans le service ?</p> <p>Quelles sont les partenaires avec lesquels vous êtes amené à collaborer pour exercer cette mission ? Quelle place occupent-ils ?</p>	<p>Mettre en évidence les difficultés rencontrées dans l'exercice de la mission de maître de stage.</p> <p>Connaître les partenaires avec qui il collabore (IFSI, DSI, tuteur, autre expert...) et déterminer la place qu'ils occupent.</p>
<p>Thème 3</p> <p>Analyse d'une situation identifiée comme étant difficile, hors champ organisationnel.</p>	<p>Pouvez-vous me raconter une situation que vous avez identifiée comme étant difficile, ou complexe dans l'exercice de votre mission de maître de stage ?</p> <p>Une situation au-delà du travail prescrit de l'organisation.</p> <p>Qu'avez-vous mis en place pour traiter cette situation ?</p> <p>Quelles ont été les personnes ressources que vous avez sollicitées pour traiter cette situation ? Quel rôle ont-elles joué dans le traitement de cette situation ?</p>	<p>Permettre à l'enquêté d'explicitier une situation identifiée comme étant difficile, et d'explorer le travail réel (hors prescription)</p> <p>A partir de cette situation, mettre en avant les actions mises en place par le cadre, et la place des différents acteurs.</p> <p>Préciser si le rôle du maître de stage, dans le cadre du traitement de cette situation, s'est inscrit dans un rôle de traducteur.</p> <p>Préciser la place et le rôle joué par les autres acteurs, que le maître de stage a mobilisé, afin de traiter cette situation problème.</p>
<p>Reformulation, Synthèse, Conclusion.</p>	<p>Souhaitez-vous apporter d'autres précisions ?</p> <p>Y-a-t-il un aspect de votre mission que nous n'avons pas abordé, et que vous souhaitez évoquer ?</p> <p>Je vous remercie d'avoir accepté de participer à l'enquête.</p>	<p>Approche de la conclusion, et reformulation des thèmes abordés.</p> <p>Pouvoir évoquer une question qui n'aurait pas été abordée au cours de l'entretien</p> <p>Remercier l'enquêté pour sa participation à l'enquête, et pour la disponibilité dont il a fait preuve.</p>

ANNEXE III : Guide d'entretien menée auprès d'infirmiers tuteur de stage

Grille d'entretien

Tuteur de stage

Items	Questions Posées	Objectifs et indicateurs recherchés
<p>Prise du talon</p> <p>Identitaire</p>	<p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Age : Sexe :</p> <p>Fonction : Service :</p> <p>Ancienneté dans la fonction d'IDE :</p> <p>Ancienneté dans le service :</p> <p>Année de suivi de la formation de tuteur :</p> <p>Ancienneté dans la fonction de tuteur :</p>	<p>Préciser le profil de l'enquêté, et la fonction qu'il exerce.</p> <p>Présenter le secteur d'activité, et les caractéristiques du service.</p>
<p>Consigne</p> <p>Inaugurale</p>	<p>Pourriez-vous me parler du rôle de votre cadre de proximité dans sa mission de maître de stage ?</p> <p>Si vous le voulez bien, nous aborderons cette question à travers une situation difficile rapportée par le maître de stage de votre service, à laquelle vous avez d'ailleurs participé. Il s'agit donc d'une situation que vous connaissez.</p>	<p>Lancer l'enquête dans l'entretien, afin de permettre à l'enquêté dans un premier temps de libérer la prise de parole sur le sujet : le rôle du maître de stage non prescrit, à travers la part de travail réel effectué.</p> <p>Rappel de la situation et annonce de l'objet de l'entretien : mise en évidence du rôle du maître de stage dans le traitement de cette situation complexe.</p> <p>Mesurer le travail réel du maître de stage.</p>
<p>Thème 1</p> <p>Organisation de la fonction de tuteur de stage, et la place des différents partenaires</p>	<p>Quelles sont les difficultés que vous rencontrez au quotidien, pour organiser et exercer votre mission de tuteur de stage dans le service ?</p> <p>Quelles sont les partenaires avec lesquels vous êtes amené à collaborer pour exercer cette mission ? Quelle place occupent-ils ?</p>	<p>Mettre en évidence les difficultés rencontrées dans l'exercice de la mission de tuteur.</p> <p>Connaître les partenaires avec qui le tuteur collabore (IFSI, DSI, Maître de stage, autre expert...) et déterminer la place qu'ils occupent.</p>

<p>Thème 2</p> <p>Le rôle du maître de stage</p>	<p>(Au cours de votre formation de tuteur de stage, vous souvenez-vous de la séquence réservée à expliquer le rôle du maître de stage dans le processus tutorial ?)</p> <p>Dans votre service, quel est plus précisément le rôle du maître de stage ?</p> <p>Comment vous aide-t-il au quotidien ? Pouvez-vous me donner un exemple précis ?</p> <p>Quelles sont les autres personnes ressources susceptibles de vous aider en cas de difficulté (gestion de situations complexes par exemple) ?</p>	<p>(Mettre en évidence la réflexion accordée au rôle du maître de stage durant la formation de tuteur.)</p> <p>Mettre en évidence le travail réel du maître de stage</p> <p>Pouvoir expliciter les missions du maître de stage au travers d'exemples</p> <p>Connaître le réseau de soutien sur lequel le tuteur de stage peut s'appuyer en cas de nécessité.</p>
<p>Thème 3</p> <p>Analyse d'une situation identifiée et rapportée par le maître de stage, au cours de laquelle le tuteur de stage est intervenu.</p>	<p>Vous souvenez-vous de la situation... (rappel de la situation)</p> <p>Qu'est-ce que vous avez mis en place pour traiter cette situation ? Comment la collaboration avec le maître de stage s'est mise en place ?</p> <p>Quelles ont été les autres personnes ressources que vous avez sollicitées pour résoudre cette situation ? Quel rôle ont-ils joué dans le traitement de cette situation ?</p>	<p>Permettre au tuteur d'explicitier sa propre compréhension de cette situation identifiée comme étant difficile,</p> <p>A partir de cette situation, voir quelles sont les solutions mises en place par le tuteur, et la place des autres acteurs.</p> <p>Préciser si le rôle du maître de stage, et sa collaboration avec le tuteur pour traiter cette situation, s'est inscrit dans un rôle de traducteur.</p> <p>Préciser la place et le rôle joué par les autres acteurs, que le maître de stage a mobilisé, afin de résoudre cette situation problème.</p>
<p>Reformulation, Synthèse Conclusion</p>	<p>Souhaitez-vous apporter d'autres précisions ?</p> <p>Y-a-t-il un aspect de votre mission que nous n'avons pas abordé, et que vous souhaitez évoquer ?</p> <p>Je vous remercie pour avoir accepté de participer à l'enquête.</p>	<p>Approche de la conclusion, et reformulation des thèmes abordés.</p> <p>Pouvoir évoquer une question qui n'aurait pas été abordée au cours de l'entretien</p> <p>Remercier l'enquêté pour sa participation à l'enquête, et pour la disponibilité dont il a fait preuve.</p>

ANNEXE IV : Grille d'entretien menée auprès des formateurs en Ifsi

Grille d'entretien

Formateur d'IFSI

Items	Questions Posées	Objectifs et indicateurs recherchés
<p>Prise du talon</p> <p>Identitaire</p>	<p>Nom</p> <p>Prénom</p> <p>Age Sexe</p> <p>Fonction actuellement exercée</p> <p>Ancienneté dans la fonction actuelle de formateur, et dans l'IFSI.</p> <p>Autres fonctions d'encadrement exercées</p>	<p>Préciser le profil de l'enquêté, et la fonction de formateur qu'il exerce.</p> <p>Mettre en évidence les expériences professionnelles du formateur, en dehors du secteur de la formation, qui pourraient donner une vision d'ensemble plus large de la fonction.</p>
<p>Consigne</p> <p>Inaugurale</p>	<p>Pourriez-vous me parler du rôle de maître de stage ?</p> <p>En quoi consiste son rôle ?</p>	<p>Lancer l'enquête dans l'entretien, afin de permettre à l'enquêté dans un premier temps de libérer la prise de parole sur le sujet : le rôle du maître de stage et le travail réel effectué.</p>
<p>Thème 1</p> <p>L'organisation et l'accompagnement des étudiants en stage, et la place des différents partenaires.</p>	<p>Quelles sont les difficultés que vous rencontrez au quotidien, pour organiser et suivre l'accompagnement des étudiants en stage ?</p> <p>Quelles sont les partenaires avec lesquels vous êtes amené à collaborer pour exercer cette fonction ? Quelle place occupent-ils ?</p>	<p>Mettre en évidence les difficultés rencontrées dans l'exercice de la fonction de formateur, dans la mission d'accompagnement des étudiants en stage</p> <p>Connaître les partenaires avec qui il collabore (Le maître de stage, les tuteurs, la DSI, les autres experts de l'IFSI...) et déterminer la place qu'ils occupent.</p>

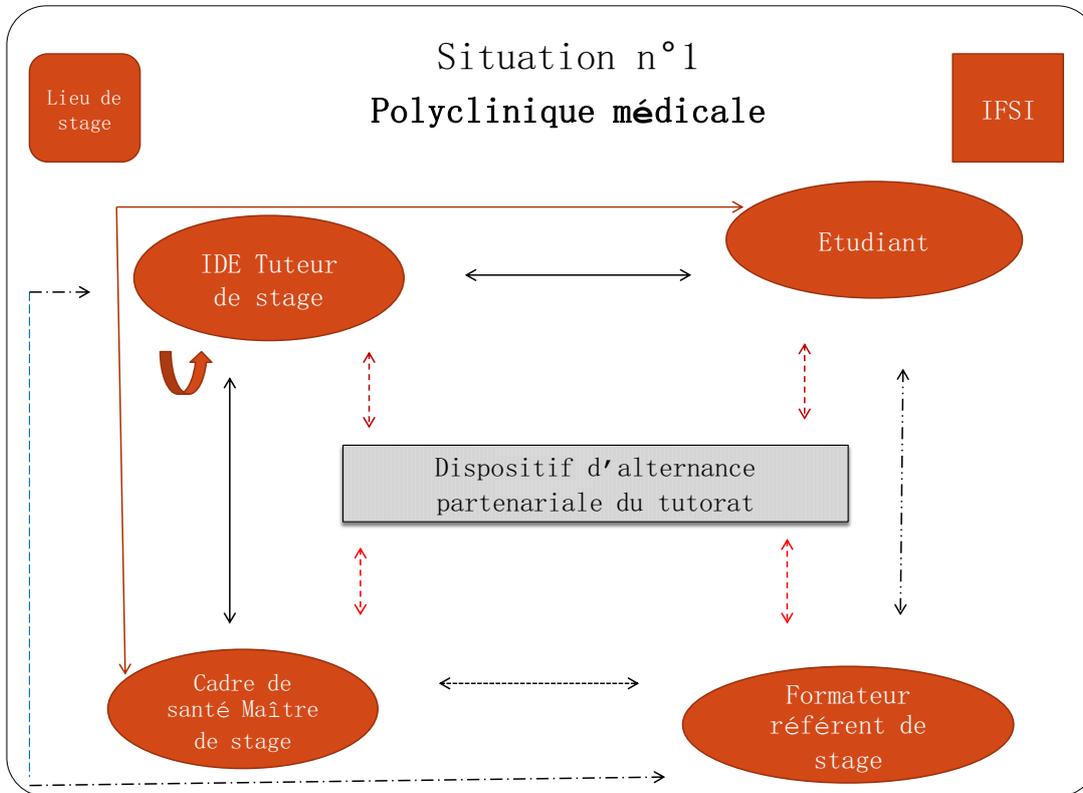
<p>Thème 2</p> <p>Le rôle du maître de stage, et ses missions</p>	<p>Pouvez-vous me parler du rôle de maître de stage, et de la place qu'il occupe dans ce dispositif de formation ?</p> <p>Dans le cadre du référentiel de 2009, avez-vous été amené à participer à la formation de tuteurs de stage ?</p> <p>Comment avez-vous appréhendé la fonction de maître de stage ?</p>	<p>A partir de l'expérience de l'enquêté, mettre en évidence les missions réelles du maître de stage, telles qu'elles ont pu être observées.</p> <p>Expérience antérieure dans la formation des acteurs du terrain de stage.</p> <p>Comment a-t-il abordé la différenciation des missions de tuteur et de maître de stage ?</p>
<p>Thème 3</p> <p>Analyse d'une situation identifiée et rapportée comme étant difficile par le maître de stage, au cours de laquelle le formateur est intervenu.</p>	<p>Vous souvenez-vous de la situation suivante (rappel de la situation...)</p> <p>Qu'est-ce que vous avez mis en place pour traiter cette situation ?</p> <p>Comment la collaboration avec le maître de stage s'est mise en place ?</p> <p>Quelles ont été les personnes ressources que vous avez sollicitées pour traiter cette situation ? Quel rôle ont-ils joué dans le traitement de cette situation ?</p>	<p>Permettre au formateur d'explicitier sa propre compréhension de cette situation identifiée comme difficile.</p> <p>A partir de cette situation, voir quelles sont les solutions mises en place par le formateur, et sa collaboration avec le maître de stage.</p> <p>Préciser si le rôle du maître de stage pour traiter cette situation, s'est inscrit dans un rôle de traducteur.</p> <p>Préciser la place et le rôle joué par les autres acteurs, que le maître de stage a mobilisé, afin de traiter cette situation.</p>

**ANNEXE V : Présentation de l'échantillon de la situation 1, des
acteurs et de leurs interactions**

➤ Présentation de l'échantillon de la situation n° 1

Situation n°1	Sylvie	Marc	Pierre
Fonction	Cadre de santé – Maitre de stage	Infirmière –Tuteur de stage	Cadre de santé –formateur en IFSI
Age	42 ans	49 ans	52 ans
Expériences professionnelles	<p>Expérience Cadre de proximité</p> <p>-Poste de faisant fonction de formatrice en Ifsi avant l'IFCS : 1an ½.</p> <p>-Réa pédiatrique : 4ans</p> <p>- Chirurgie secteur adulte : 2 ans</p> <p>-Poste de FF formatrice avant la formation de cadre : 1an ½.</p>	<p>Expérience d'infirmier : <i>26 ans d'exercice IDE diversifiée et variée :</i></p> <p>- Médecine, chirurgie Urgences, réanimation</p> <p>-Tuteur de stage depuis 2009</p> <p>-Intervention en IFSI : TD sur les pratiques transfusionnelles</p>	<p>Expérience cadre de proximité</p> <p>-Cardiologie et pneumologie : 6ans</p> <p>Expérience cadre formateur</p> <p>-Expérience de formateur en formation initiale et formation continue en Ifsi durant 7 ans</p>
Date d'obtention du diplôme	Diplôme cadre de santé juillet 2006	DE Infirmier Juin 1988	Diplôme cadre de santé juillet 2001
Ancienneté dans le service	1 an	4 ans	6 ans dans l'Ifsi

➤ Les acteurs et leurs interactions en situation



Légende :

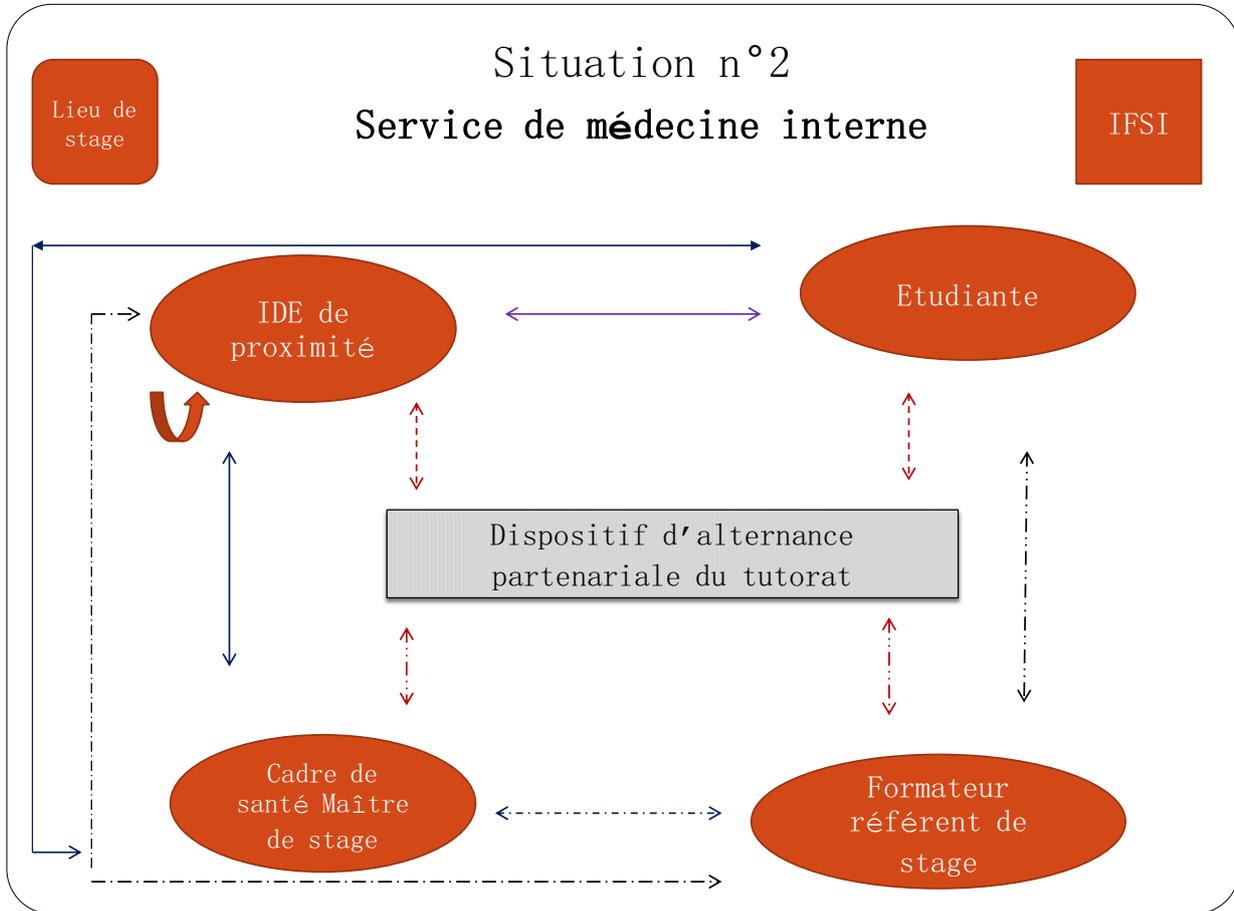
-  Relations peu fréquentes entre les acteurs
-  Bonnes relations
-  Relations fréquentes de bonne qualité
-  Relations peu fréquentes dans Le dispositif partenarial

ANNEXE VI : Présentation de l'échantillon de la situation 2, des acteurs et de leurs interactions

➤ Présentation de l'échantillon de la situation n°2

Situation n°2	Eric	Séverine	Isabelle
Fonction	Cadre de santé – Maitre de stage	Infirmière – infirmière de proximité	Cadre de santé –formateur en IFSI
Age	44 ans	24 ans	38 ans
Expériences professionnelles	Expérience Cadre de proximité -Poste de Faisant Fonction de Cadre avant l'IFCS : 1 an - Service d'urgences : 3ans - Soins intensif cardiologie : 1an	Expérience IDE -Premier poste : prise de fonction en juillet 2012 en médecine interne	Expérience de formatrice -Poste de Faisant fonction de cadre avant l'IFCS : 3 ans - Expérience actuelle de formatrice à l'Ifsi depuis 6 ans
Date d'obtention du diplôme	Diplôme cadre de santé Juillet 2009	DE infirmier Juillet 2012	Diplôme cadre de santé Juillet 2008
Ancienneté dans le service	3 mois	1 an 1/2	6 ans

➤ Les acteurs et leurs interactions en situation



Légende :

 Relations peu fréquentes entre les acteurs

 Bonnes relations

 Relations fréquentes de bonne qualité

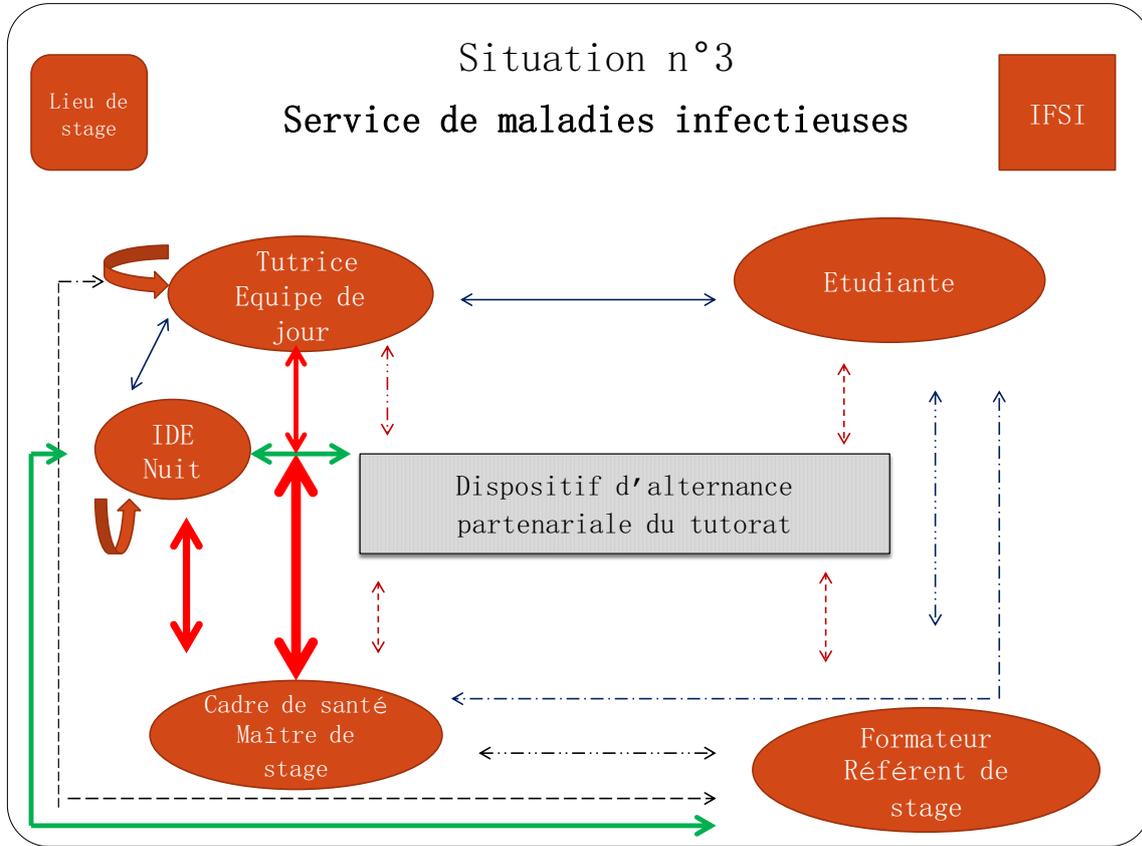
 Relations peu fréquentes dans
Le dispositif partenarial

ANNEXE VII : Présentation de l'échantillon de la situation 3, des acteurs et de leurs interactions

Présentation de l'échantillon de la situation n°3

Situation n°3	Corinne	Murielle	Valérie
Fonction	Cadre de santé Maitre de stage	Infirmière Tutrice de stage	Cadre de santé formateur en IFSI
Age	49 ans	34 ans	46 ans
Expériences Professionnelles	<p>Expérience cadre de santé</p> <p><i>-Poste de FF Cadre durant 6 mois avant l'IFCS</i></p> <p>-Premier poste de cadre de santé : prise de poste en juillet 2013</p>	<p>Expérience IDE : 10 années d'exercice</p> <p>-Médecine interne</p> <p>-Service de gériatrie</p> <p>-Service de soins de suite et de réadaptation de gériatrie</p>	<p>Expérience de cadre de santé</p> <p>-HAD : 5 ans</p> <p>Expérience de cadre formatrice</p> <p>-En poste depuis 5 ans sur l'IFSI</p>
Date d'obtention du diplôme	Diplôme cadre de santé Juillet 2013	DE Infirmier Juin 2004	Diplôme cadre de santé juillet 2004
Ancienneté dans le service	8 mois	1an	5 ans à l'IFSI

➤ Les acteurs et leurs interactions en situation



Légende :



Relations peu fréquentes entre les acteurs



Bonnes relations



Relations fréquentes de bonne qualité



Relations de mauvaise qualité



Aucune relation



Relations peu fréquentes dans le Dispositif partenarial

Annexe VIII : Grille de synthèse des entretiens menés auprès des cadres de santé

Synthèse des entretiens menés auprès des maîtres de stage

Thèmes	Maître de stage	Réponses
<p>Thème 1</p> <p>Le rôle du Maître de stage et ses dimensions</p>	<p>Situation 3</p> <p>Corinne</p>	<p>Avant l'arrivée des étudiants</p> <p>-La partie d'organisation en amont pour concevoir les plannings des étudiants, la répartition sur les unités, et l'identification du tuteur que je vais désigner. J'essaie d'être le plus précise concernant les horaires.</p> <p>Lorsque les plannings le permettent, je réussis à dégager les tuteurs des soins, et je donne 1 journée entière, voire 2 journées aux tuteurs, pour qu'ils puissent s'occuper des étudiants : évaluer leurs connaissances, savoir comment ils font une démarche de soins, et leur donner des tuyaux aidants. Ils peuvent faire l'évaluation finale avec le tracé des portfolios à ce moment là. Les tuteurs sont contents quand je peux leur dégager du temps, ils trouvent que c'est très positif pour eux, et que ça leur permet de vraiment avoir un temps d'échanges avec l'étudiant, qui n'est dédié qu'à ça.</p> <p>Au cours du stage</p> <p>Accueil et présentation du service : je reçois les étudiants le 1^{er} jour quand ils arrivent. Je leur consacre en général 1 heure. Je leur présente le service, et le type de patients qu'ils auront à prendre en charge. Après je leur demande de se présenter à travers 1 temps d'échange et de dialogue, puis je reprends un petit peu la main. Je leur communique leur planning, avec le roulement, les horaires et le nom du tuteur référent.</p> <p>Je leur demande de me présenter leur portfolio, et je prends connaissance de leurs objectifs de stage.</p> <p>Je leur explique mon rôle de maître de stage, c'est-à-dire que je suis présente pour les aider en cas de soucis ou de problèmes, et que ma porte leur est ouverte : ils ont leur tuteur désigné comme référent, mais en cas de problèmes qui n'étaient pas résolubles par le tuteur, j'étais là.</p> <p>Ponctuellement j'observe et je regarde les étudiants, je peux intervenir pour leur donner des indications, et j'essaie de les sensibiliser, de les faire réfléchir sur une pratique. Je peux les questionner.</p> <p>J'essaie de ne pas trop m'immiscer dans le travail des tuteurs, je reste en retrait.</p> <p>-J'ai un rôle un petit peu de sentinelle. De sentinelle de ce qui se fait.</p>

		-Je reçois les étudiants en fin de stage.
Situation 2 Eric	<p>Avant l'arrivée des étudiants :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Je prends connaissance des listes d'étudiants envoyées par l'IFSI, et je fais un planning. En tant que maître de stage, je fais tout de tel sorte que les étudiants arrivent dans de bonnes conditions. -J'organise l'accueil des étudiants à l'arrivée, je leur fait visiter le service et je les présente à l'équipe. -J'affiche le planning des étudiants, et je motive l'équipe infirmière en leur donnant le nom de l'étudiant qu'elles vont encadrer. Je nomme les tuteurs et je désigne les infirmières de proximité. -Cette partie d'organisation au départ, elle m'incombe. <p>Pendant le stage :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Je prends connaissance des étudiants à l'arrivée, pour aider les infirmières en cas de difficulté avec un étudiant qui ne progresse pas. -J'exerce aussi une mission pédagogique auprès des étudiants, lors des bilans de stage, pendant lesquels je leur demande de me présenter une démarche de soins, et parfois une planification de soins. En cas de difficulté je peux encadrer un étudiant sur un soin. -Je suis le garant de la qualité de l'encadrement des étudiants. Je suis responsable de l'organisation du stage, et de son suivi pour toute la durée : mon travail en tant que maître de stage, et en tant que cadre, c'est de m'assurer que je dispose d'une équipe formée à l'encadrement des étudiants, qui connaît le référentiel de formation. -Je reste l'interlocuteur de l'équipe en cas de difficultés rencontrées avec les étudiants. 	
Situation 1 Sylvie	<p>Avant l'arrivée des étudiants :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Je m'occupe du parcours de stage des étudiants dans le service, par unité de soins, et par tuteur : gestion des plannings -L'organisation du parcours de stage des étudiants au sein du pôle : 1 semaine en secteur d'hospitalisation de médecine ou de chirurgie <p>Pendant le stage :</p> <ul style="list-style-type: none"> -L'accueil des étudiants à l'arrivée -Le contrôle de la présence régulière des étudiants, et respect des horaires -La gestion du temps passé par les tuteurs à encadrer les étudiants, avec possibilité de récupérer le temps supplémentaire en cas de dépassement -Je aide les tuteurs à formaliser et à négocier avec les étudiants les objectifs pédagogiques à suivre - Assure le lien entre l'IFSI et l'équipe soignante du service« Fait le raccord 	

		<p>entre les 2 partenaires » « rôle de facilitateur »</p> <p>-Élément référent de l'équipe : facilite la compréhension du référentiel et aide à l'utilisation des outils du portfolio en cas de besoin</p> <p>-Élément moteur de l'équipe « impulse de l'énergie à l'équipe »</p>
<p>Thème 2</p> <p>Organisation de la mission de maître de stage, et place des différents partenaires</p>	<p>Situation 3</p> <p>Corinne</p>	<p>Difficultés rencontrées dans l'exercice de la mission de maître de stage</p> <p>-En fait, les soucis sont inhérents aux situations rencontrées : j'ai beaucoup de turn over au sein de mon équipe d'infirmières. Actuellement, j'ai 2 tuteurs formés, et c'est insuffisant. Beaucoup d'infirmiers du service veulent bien encadrer les étudiants, mais ne souhaitent pas prendre la responsabilité de devenir tuteur.</p> <p>-Il y a beaucoup de conflits dans l'équipe, et ce n'est pas toujours facile à gérer. Surtout que la majorité de l'équipe est syndiquée.</p> <p>-Je ne me sens pas particulièrement aidée par ma hiérarchie... Je suis un peu isolée...J'ai du mal à trouver ma place.</p> <p>-En fin de compte, je me demande s'il y a vraiment besoin d'un cadre dans le service.</p> <p>-La difficulté que je rencontre est de devoir prendre position et trancher un problème. Il faut à un moment donné prendre position et dire les choses clairement, même si c'est au détriment du professionnel, ou de l'étudiant.</p> <p>Le fait d'être cadre donne une légitimité à la fonction de maître de stage, donc être cadre ça facilite.</p> <p>-Nous n'avons pas de tuteurs ayant une activité de tutorat à temps plein, ils sont avant toute chose infirmiers dans le service auprès des patients. C'est un souci car encadrer un étudiant ça demande du temps, c'est chronophage. Je ne peux pas forcément leur donner du temps dédié pour prendre en charge les étudiants et se dégager complètement des soins. Or le référentiel demande aux tuteurs d'être dans la posture réflexive, et de leur poser des questions pour qu'ils arrivent à trouver d'eux-mêmes la réponse, et cette approche est vraiment chronophage.</p> <p>-j'aide l'équipe dans l'organisation de la mission de tuteur : j'interviens pour aider les tuteurs à collaborer avec les infirmiers de proximité, afin d'avoir une vision d'ensemble pour évaluer la progression des étudiants, surtout lorsqu'ils n'ont pas travaillé directement avec l'étudiant.</p> <p>-Le problème des infirmiers de proximité, c'est qu'ils sont restés dans le schéma de l'ancien référentiel. Ils ne sont pas encore dans l'optique du référentiel de 2009, et sont centrés sur les acquisitions des soins techniques.</p> <p>-J'interviens ponctuellement quand il y a des soucis d'entente entre les</p>

	<p>étudiants et l'équipe soignante (d'étudiants à professionnels) ou quand il y a des difficultés par rapport à la rédaction de la feuille de stage sur l'appréciation finale portée. Je suis là pour épauler le tuteur, entendre l'étudiant et faire l'arbitre</p> <p>-J'ai essayé d'organiser un groupe de travail sur l'encadrement des étudiants de 1^{ère} année dans le service, avec les infirmiers et les tuteurs, pour que tous les professionnels aient à peu près la même façon d'encadrer et les mêmes attentes des étudiants. Pour qu'on ait tous les mêmes objectifs de stage, et qu'on reste centré sur les soins de confort et d'hygiène en priorité, et non pas les perfusions. La demande de travail de groupe venait des tuteurs qui voulaient qu'on explique le rôle du tuteur et des infirmiers de proximité, et que tout le monde soit sur la même longueur d'ondes et trouver un consensus dans le service par rapport à la prise en charge des étudiants.</p> <p>-Je soutiens l'équipe en cas de difficulté à formuler les appréciations au cours des bilans de fin de stage. On a eu des soucis avec des feuilles qui étaient mal remplies, avec des validations incohérentes avec les appréciations portées.</p> <p>-Je fais le lien lorsque il y a conflit le jour du bilan de stage, lorsque l'étudiant s'oppose à la validation portée par le tuteur, c'est aussi mon rôle.</p> <p>-Je dois rappeler les règles à respecter : le respect des horaires des étudiants par exemple.</p> <p>Formation préalable pour exercer la mission de maître de stage : je n'ai pas eu de formation spécifique pour être maître de stage. J'ai suivi la formation de tutrice en 2010, dans laquelle on parlait du maître de stage. Après j'ai fait l'école des cadres en 2012 avec le module 5. Je me suis servie de mon expérience de tutrice.</p> <p>Je ne sais pas si une formation serait forcément utile, vu qu'on est passé par l'IFCS en majorité. En plus, certains étaient tuteurs avant. C'est vrai que ça dépend du parcours. Donc peut-être des formations pour analyser les situations difficiles, et pouvoir trancher.</p> <p>Partenaires qui collaborent avec le maître de stage :</p> <p>-Il y a les formateurs qui passent voir les étudiants. Mais ils ne passent pas toujours voir les tuteurs ou bien les infirmiers de proximité. Moi je les croise, mais je n'ai pas trop de liens avec eux parce qu'on n'a pas encore vraiment fait connaissance, si ce n'est visuellement.</p> <p>-Il y a un partenariat ponctuel en fonction des situations rencontrées.</p> <p>-Pour le moment, je fais du cas à cas et je ne peux pas proposer de partenariat plus rapproché, j'ai d'autres priorités à régler dans le service.</p> <p>Un partenariat permettrait de cadrer et de formaliser les choses entre l'IFSI et nous.</p>
--	--

		<p>-Autre remarque concernant le partenariat dans la mission tutorale :</p> <p>- Je sais que l'IFSI sollicite de plus en plus les infirmiers pour venir faire des interventions et donner des cours ou faire des TD avec les étudiants. Donc il y a un partenariat qui va se mettre en place autour des interventions que les infirmiers de l'équipe vont faire à l'IFSI</p>
<p>Situation 2 Eric</p>		<p>Difficultés rencontrées dans l'exercice de la mission de maître de stage :</p> <p>-Je dois veiller à ce que l'IFSI ne me mette pas plus d'étudiants que je ne pourrai accueillir, pour leur confort et la sécurité de mon équipe.</p> <p>-J'ai des difficultés à nommer les tuteurs et les infirmières de proximité, du fait que l'équipe est encore très jeune, et manque de recul et d'expérience de la profession et de l'encadrement. Le personnel est jeune, et nous faisons face à beaucoup de turn over. Mais ils sont tous de bonne volonté, et je ne rencontre pas de résistance. Je désigne les infirmiers sur la base du volontariat. Il faut en permanence faire de la médiation et expliquer les situations. Ils ont besoin d'être rassurés.</p> <p>-Je connais mieux les points forts et les points faibles de mon équipe pour l'encadrement des étudiants. J'ai également repéré les compétences de certains agents qui sont des personnes ressources.</p> <p>La plupart sont formés au tutorat ou à l'encadrement de proximité, mais quand même. C'est comme si on leur donnait un permis de conduire, et qu'ils se retrouvaient au volant d'une voiture de course : comme ils sont dans l'incapacité de conduire, je leur donne quand même des stagiaires à encadrer mais je reste avec eux. Donc pour moi c'est super complexe, ce n'est pas vraiment de la délégation, et je reste responsable quoi qu'il arrive.</p> <p>-Parfois, il faut réexpliquer qui fait quoi, le rôle du tuteur et de l'infirmière encadrante. Je dois aussi réexpliquer mon rôle de maître de stage. Par contre, ils déplorent l'absence et le manque de visibilité de l'IFSI.</p> <p>Formation préalable pour exercer la mission de maître de stage :</p> <p>- Je n'ai pas suivi de formation pour me permettre d'être maître de stage.</p> <p>Partenaires qui collaborent avec le maître de stage :</p> <p>L'IFSI nous communique le nom et les dates des étudiants qui viennent en stage dans le service.</p> <p>Autres remarques :</p> <p>-Je constate un manque de relation avec l'IFSI, un manque d'échange.</p> <p>-Je regrette que les demandes d'échanges aillent toujours du terrain vers l'IFSI,</p>

	<p>et qu'il n'y ait pas d'autres échanges. On devrait collaborer à la formation de nos équipes ensemble. Parfois je me sens seul à exploiter des problèmes pédagogiques qui ne sont pas franchement de ma compétence de cadre. On pourrait être complémentaires aux yeux de l'équipe.</p> <p>-Quand nous faisons remonter des difficultés rencontrées avec les étudiants, ou des demandes de suivi de l'évolution des étudiants, nous n'avons jamais de retour de l'IFSI. On fait l'effort d'aller vers eux, mais on n'a jamais le retour.</p> <p>-Le partenariat se limite juste à nous communiquer la liste des étudiants.</p> <p>-J'aimerais connaître les objectifs institutionnels de l'IFSI, et ce qu'ils attendent d'un étudiant, au regard de son parcours de formation, de son année d'études, ainsi que le fonctionnement de l'IFSI.</p> <p>-En cas de problème rencontré par les infirmiers auprès des étudiants, il n'y a que le cadre qui doit être là pour trancher le problème. Notre fonction nous permet de nous positionner. Les infirmières ont plus de mal avec ça.</p>
<p>Situation 1</p> <p>Sylvie</p>	<p>Difficultés rencontrées dans l'exercice de la mission de maître de stage :</p> <p>-Je n'ai pas de difficultés particulières dans l'exercice de ma fonction.</p> <p>-Le manque de visibilité des formateurs sur le stage : absence de visite systématique du formateur (la visite de stage est 1 élément rassurant pour l'étudiant, comme pour l'équipe soignante et le cadre du service).</p> <p>-Il y a l'absence de reconnaissance du temps passé par les tuteurs à encadrer les étudiants, c'est chronophage et ce n'est pas valorisé</p> <p>-Le manque de visibilité du temps passé par le maître de stage à organiser l'encadrement</p> <p>Formation préalable pour exercer la mission de maître de stage : Je n'ai reçu aucune formation pour être maître de stage. Je trouve que ça manque. Pas forcément en formation initiale, mais après avoir pratiqué, pour approfondir et confronter les difficultés rencontrées par les maîtres de stage.</p> <p>Partenaires qui collaborent avec le maître de stage</p> <p>- L'ifsi nous transmet les noms des étudiants en stage, et les dates</p> <p>-Liaison avec le formateur référent pédagogique de l'IFSI pour le suivi de l'absentéisme et les justifications des absences</p> <p>-Je sollicite un accompagnement ponctuel du formateur, à la demande de l'équipe, pour expliquer avec moi les critères d'évaluation des compétences</p> <p>-Le formateur référent pédagogique est identifié et connu de l'équipe, ce qui rassure tout le monde.</p>

<p>Thème 3</p> <p>Analyse d'une situation difficile, Hors champ organisationnel, évoquée par le maître de stage du service</p>	<p>Situation 3</p> <p>Corinne</p>	<p>-Un souci entre une étudiante de 3^{ème} année en stage de nuit, et l'infirmière de proximité qui l'encadre, ce qui provoque une perte de confiance de la part de l'étudiante et une rupture de communication entre les 2 interlocutrices : l'infirmière a dit à l'étudiante au cours du bilan de demi-stage qu'elle ne lui validerait pas son stage, et que de toute manière elle ne savait rien faire, et qu'elle n'avait pas de connaissances. Ce sont des jugements de valeurs qui ne peuvent pas permettre à une étudiante de progresser.</p> <p>-J'ai reçu l'infirmière de nuit le soir même, afin de comprendre la situation. L'infirmière me donne toute une série de détails concernant des descriptions de soins techniques, et met en avant un manque de dextérité et d'aisance dans la réalisation des soins. Elle est restée centrée sur les opérations de description des soins, sans avoir cherché à adopter une posture réflexive avec l'étudiante. Les exemples manquaient tous d'objectivité. A aucun moment elle ne m'a évoqué le contexte des soins, ni même la prise en charge relationnelle, ou encore le raisonnement que l'étudiante a suivi. Elle ne l'a jamais questionnée sur la manière de faire, et se contentait de répéter sans arrêt que ce n'était pas bien ce qu'elle faisait. Je ne peux rien faire contre cette infirmière qui est à 6 mois de partir à la retraite.</p> <p>Du point de vue de l'étudiante que j'ai également reçue le soir même, elle m'a exposée ses difficultés face à une infirmière qui n'avait pas cessé de lui répéter qu'elle ne faisait pas bien les soins, et qu'elle ne lui validerait pas son stage. Elle arrivait avec la boule au ventre, stressée par le contexte de la situation.</p> <p>J'ai donc pris la décision de changer l'étudiante de roulement, et les choses se sont améliorées toute suite pour l'étudiante. Je n'ai rien pu faire de mieux pour favoriser les conditions de la poursuite, car mon objectif était de favoriser la poursuite du stage de l'étudiante. J'en ai informé la formatrice.</p> <p>A ce jour, la situation s'est améliorée et le changement d'équipe a permis à l'étudiante de poursuivre son stage en toute sérénité.</p> <p>J'ai fait le lien entre les 3 parties (l'IFSI, l'étudiante et l'infirmière de nuit) en essayant d'être correcte vis-à-vis de l'infirmière et de l'étudiante. Je serai à l'avenir plus vigilante concernant les étudiants qu'elle va avoir, et je ferai des points régulièrement avec elle.</p> <p>Je trouve qu'il n'y a pas eu forcément de dialogue avec l'étudiante, pour savoir comment se positionner. Les explications de l'infirmières manquaient de clarté.</p> <p>- Je n'ai pas de tuteur qui travaille sur l'équipe de nuit. Les infirmières de nuit reçoivent moins d'étudiants que celles de jour. En plus, les infirmières de nuit ne sont pas toutes formées à la prise en charge des étudiants avec le nouveau référentiel.</p>
--	---	---

<p>Situation 2</p> <p>Eric</p>	<p>-L'encadrement d'une étudiante qui est médecin dans son pays, qui est en stage depuis 2 semaines dans le service, pour un stage infirmier. Normalement les médecins étrangers n'ont pas à faire les 3 années d'études, ils ont une équivalence, mais ils doivent faire ce stage pour se présenter à l'épreuve pratique du diplôme d'état.</p> <p>-Les infirmières sont venues m'alerter au bout du 3^{ème} jour passé avec l'étudiante pour me dire que c'était catastrophique, et qu'elles ne voyaient pas comment elles allaient pouvoir faire progresser l'étudiante : manque de connaissances, aucune maîtrise des soins, difficultés de communication et de compréhension de la langue française, absence de positionnement infirmier.</p> <p>-On est confronté à des problématiques de compréhension de la langue. En plus, l'étudiante se positionne comme médecin, et pas comme infirmière. Dans cette situation difficile j'ai nommé 1 tutrice et 2 infirmières de proximité.</p> <p>-Pour le moment, elle n'est pas capable de progresser, elle n'a pas le niveau de comprendre ce que fait une infirmière. Il faut lui faire comprendre qu'elle n'est pas prête et qu'il va falloir qu'elle travaille.</p> <p>-Les infirmières sont inquiètes et viennent me voir régulièrement pour faire le point. Elle ne connaît pas les soins, et elle se positionne toujours comme médecin. Elle ne comprend pas le positionnement de l'infirmière. Je fais sans arrêt le lien entre l'étudiante et les infirmières.</p> <p>-Je rencontre presque chaque jour l'étudiante pour faire aussi le point avec elle.</p> <p>-Appel de l'IFSI en fin de seconde semaine pour informer des difficultés, et demander en urgence une visite de stage du formateur référent pédagogique.</p> <p>-J'ai vraiment insisté pour obtenir un passage en urgence. Dans cette situation, j'avais d'un côté une équipe un peu perdue qui n'allait pas tarder à se démotiver, et de l'autre côté, l'IFSI qui ne voyait pas du tout en quoi cela posait problème. Il a fallu que j'explique, et que je fasse l'écho des soignants. Je suis aussi intervenu en tant que porte parole.</p> <p>-Le passage de la formatrice a permis d'aider l'étudiante à se repérer, et de comprendre les difficultés rencontrées par les équipes. Nous avons pu réajuster les objectifs pédagogiques auprès de l'étudiante. Au total une visite de stage d'une seule matinée a permis de nous permettre de débloquer une situation difficile et de Cette collaboration devrait pouvoir se renouveler plus souvent.</p>
<p>Situation 1</p> <p>Sylvie</p>	<p>-Il s'agit d'un étudiant de 3^{ème} année en stage dans le service depuis 15 jours. L'équipe m'a signalé un problème important de manque d'organisation et de connaissances inquiétant observés, au regard du niveau attendu d'un étudiant de 3^{ème} année.</p> <p>-J'ai été interpellée par l'équipe de cette situation inquiétante. Je me suis entretenu d'abord avec le tuteur de stage, puis les IDE de proximité, afin de rechercher des éléments factuels.</p> <p>-Le tuteur connaît bien les étudiants, et exerce parfaitement sa fonction, tout</p>

		<p>comme l'équipe de proximité.</p> <p>-Dans un premier temps, Je me suis entretenue avec l'étudiant, pour analyser avec lui la situation afin d'essayer de comprendre la situation. Les explications étaient confuses, et ne m'avaient pas convaincue. Les connaissances théoriques étaient très imprécises.</p> <p>- La confrontation avec le tuteur a été mitigée : soit l'étudiant était stressé ce qui est étonnant parce que le tuteur en question est un professionnel rassurant et très bienveillant, mais c'est toujours possible. Ou bien, on est face à un étudiant qui n'a pas le niveau, et qui développe des stratégies d'évitement.</p> <p>-Le port folio était rempli à minima, donc peu contributif. Notre question était de savoir comment s'étaient déroulés ses précédents stages, et plus largement sa scolarité.</p> <p>-Le problème est que je devais m'absenter quelques jours, et que je voulais régler le problème avant de m'absenter, pour ne pas laisser mes collègues, et mon équipe gérer le problème seuls.</p> <p>En temps normal, j'aurais pris le temps de l'encadrer sur quelques soins, afin de me faire une idée un peu plus précise, puis j'aurais proposé de cadrer des objectifs plus ciblés.</p> <p>-Dans le but de rassurer à la fois l'équipe, mais aussi l'étudiant, j'ai demandé au formateur de venir voir l'étudiant pour qu'il nous donne son avis sur les difficultés rencontrées, et qu'il en parle avec le tuteur. C'était vraiment une démarche rassurante, finalement pour tout le monde, et de calmer le jeu.</p> <p>-Le passage du formateur a eu le mérite de rassurer le tuteur sur nos pratiques d'encadrement dans le service. En fin de compte, l'étudiant a éprouvé quelques difficultés à trouver ses repères dans le service, ce qui a peut-être occasionné des difficultés dans l'organisation des soins. On a constaté une amélioration du travail de l'étudiant pour la suite du stage.</p>
--	--	--

ANNEXE IX : Grille de synthèse des entretiens menés auprès des infirmiers

Synthèse des entretiens menés auprès des tuteurs de stage

Thèmes	Tuteurs de stage	Réponses
Thème 1 Organisation et accompagnement des étudiants en stage	Situation 3 Murielle	<p>Les difficultés rencontrées au quotidien dans votre mission de tuteur :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Nous ne sommes que 2 tutrices formées sur 12 infirmières. Nous recevons 6 étudiants toutes les 5 semaines (3 étudiants par tutrice). Il n'y a pas de volontaire pour ces postes. -3 autres infirmières sont formées comme IDE de proximité seulement. Donc ils ne connaissent pas forcément bien le référentiel et les outils. -La cadre ne nous aide pas vraiment, et les infirmières ont tendance à faire un peu ce qu'elles veulent. En fait, en tant que tutrice, on se sent un peu isolées. En plus l'IFSI n'intervient pas. -C'est parfois un peu difficile de gérer les étudiants, et de devoir gérer l'équipe, qui ne comprend pas toujours très bien le rôle du tuteur. On aide aussi les équipes de nuit quand ils ont des problèmes avec les étudiants. Il n'y a pas de tuteurs de nuit. -Il y a des problèmes de conflits dans le service, et des tensions avec notre cadre. Et du coup, l'encadrement des étudiants reste de côté, vu qu'il y a d'autres priorités...Heureusement qu'on s'entend bien entre-nous, c'est déjà ça. -On a beaucoup de turn over dans l'équipe, avec deux autres départs d'infirmières annoncés. L'équipe d'aides-soignantes bouge aussi pas mal. On est en sous effectif, donc ça ne donne pas des bons repères auprès des étudiants. -Le service est vraiment lourd, avec des patients de plus en plus dépendants, et beaucoup de patients en fin de vie. La charge de travail est importante, et on n'a pas assez de temps à consacrer aux étudiants. Il y a un gros problème d'organisation des soins dans le service. Dès fois c'est limite dangereux. -Il faut que les équipes de nuit soient formées au tutorat. Actuellement, nous n'avons aucun tuteur la nuit, juste 3 IDE qui sont formées pour être encadrant de proximité. C'est insuffisant, car ils reçoivent aussi des étudiants. Le problème, c'est que personne ne veut être tuteur, car c'est trop de responsabilité. Donc, c'est à nous de s'assurer que tout se passe bien avec les étudiants en stage la nuit. <p>Formation suivie pour être tuteur de stage</p> <p>J'ai suivi la formation de tutrice en 2010, et j'ai fait la journée d'approfondissement des pratiques en 2013. C'est vraiment intéressant.</p> <p>J'ai toujours aimé encadrer les étudiants. En plus, je suis jury de mémoire à l'IFSI.</p> <p>J'ai un projet en discussion avec la cadre du pôle, pour prendre un poste de</p>

		<p>tutrice de stage sur le pôle.</p> <p>Les partenaires et autres personnes ressources</p> <p>-Ma collègue du service est une ressource. -Sinon, j'ai gardé des contacts avec les tuteurs que j'ai rencontrés durant la journée de formation de 2013. On se contacte quand on a des difficultés, et du coup on s'aide pas mal. - On ne voit pratiquement plus les formateurs référent du stage, alors que dans mon ancien hôpital que j'ai quitté l'année dernière, on les voyait à chaque stage. J'avoue que ça me manque. En plus je vais quelquefois à l'IFSI pour être jury de mémoire, et j'ai des collègues du service qui vont faire des interventions là bas, donc ils nous connaissent. Ce n'est pas pour autant qu'ils viennent nous voir dans le service. C'est dommage.</p>
	<p>Situation 2 Séverine</p>	<p>Les difficultés rencontrées au quotidien dans votre mission de tuteur :</p> <p>-Nous sommes en majorité des jeunes diplômées dans l'équipe. J'ai été IDE e proximité au bout de 3 mois d'ancienneté, je n'ai pas eu le choix, pour mieux me débrouiller avec les étudiants. -C'est pas facile de faire des évaluation de stage quand on n'a pas encore assez de recul, c'est compliqué de réussir à s'imposer. -Ce n'est pas évident pour une jeune infirmière de devoir se positionner avec des étudiants qui ont le même âge que nous, surtout quand le stage ne se passe pas bien. Quand on a en face de soi un étudiant qui veut juste avoir des croix dans la bonne case pour valider son stage. -Le service est lourd, avec une charge de travail importante : c'est parfois pesant d'avoir des étudiants à encadrer. -C'est pas évident de devoir changer nos roulements pour pouvoir travailler avec un étudiants : parfois, il y a des petits changements, et c'est pas évident quand le cadre nous demande de changer de planning pour suivre un étudiant. Parfois le cadre ne nous demande pas notre avis. -L'encadrement est un travail énorme, qui nous prend beaucoup de temps. -Il y a des jours ou je perds patience avec les étudiants, quand le service est trop lourd, et qu'il y a beaucoup de travail.</p> <p>Formation suivie pour être tuteur de stage</p> <p>Non, je ne suis pas tutrice, mais infirmière de proximité. J'ai reçu la formation l'année dernière. Mais j'aime l'encadrement, et j'envisage de faire la formation de tuteur l'année prochaine. J'ai voulu attendre d'avoir un peu plus</p>

		<p>d'expérience. Donc avec cette étudiante, je suis infirmière de proximité.</p> <p>Les partenaires et autres personnes ressources</p> <p>-En cas de problème, je n'hésite pas à recourir à mes collègues de l'équipe plus expérimentés.</p> <p>-Ce qui m'aide dans ces situations, c'est que je suis issue de la formation de ce référentiel, donc je sais comment il marche, et je connais parfaitement le port folio. D'ailleurs, j'explique à mes collègues quand ils sont en difficulté, comment fonctionnent les compétences, les UE, les cours et les semestres. Mon expérience m'aide à comprendre.</p> <p>-On est laissé à nous même par rapport à l'IFSI. Sa formatrice est venue voire l'étudiante, au bout de 2 semaines de stage. Et encore, parce que le cadre lui avait demandé de venir. Sinon, je pense qu'elle ne se serait pas déplacée. C'est vraiment exagéré. C'est une situation pas facile pour nous. Je trouve que l'IFSI aurait pu nous préparer avant, et venir nous expliquer en quoi consiste le stage pour l'étudiante, et quels objectifs mettre en place avec elle. On s'est senti un peu abandonné dans cette affaire.</p> <p>J'en 'avais profité pour demander à la formatrice de nous envoyer ses propres objectifs de stage, pour les communiquer à mon autre collègue, puisque ce n'est pas le même portfolio. Pour l'instant, je n'ai rien reçu. C'est vraiment abusé de sa part, pour une formatrice ! Vu de l'IFSI, on a un manque d'information.</p> <p>-De toute façon, les formateurs on ne les voit plus.</p> <p>On essaye d'encadrer au mieux, mais si on ne nous donne pas tous les moyens, pour comprendre, ça va pas nous aider à faire des objectifs réalisables pour l'étudiante.</p> <p>Un premier contact avec les formateurs avant l'arrivée de l'étudiante nous aurait permis d'anticiper cette situation, et de savoir tout de suite comment anticiper.</p>
	<p>Situation 1</p> <p>Marc</p>	<p>Les difficultés rencontrées au quotidien dans votre mission de tuteur :</p> <p>-Contrairement à ce que l'on pourrait penser, le service est assez lourd. L'activité en polyclinique est très soutenue, avec un rythme assez « speed ». On manque de temps avec les étudiants. Pas tellement pour les encadrer pendant les soins, mais pour réfléchir avec eux, et analyser leur raisonnement. Quand on travaille sur une démarche de soins, ça nous prend beaucoup plus de temps que d'encadrer un soin. L'intérêt de ce travail est justement de décrypter une situation qu'on a vue en pratique. L'explication de la pratique de l'étudiant va lui permettre de faire des liens avec la théorie. Le tuteur intervient à ce moment là. Le souci c'est qu'on n'a pas forcément ce temps à leur consacrer.</p> <p>Formation suivie pour être tuteur de stage</p>

		<p>-J'ai suivi la formation en 2009 de tuteur en 2009. Ensuite, il y a eu des journées isolées à l'IFSI avec des thèmes particuliers. La dernière fois, c'était sur l'évaluation des compétences. C'était intéressant, on était en petits groupes, et on a fait des jeux de rôle.</p> <p>Les partenaires et autres personnes ressources</p> <p>-Nous sommes bien formés dans le service (4 tuteurs et 2 IDE de proximité) ce qui nous permet de nous aider en cas de problème. D'une manière générale, nous sommes assez autonomes.</p> <p>-La cadre du service est présente, et on la sollicite en cas de difficulté pour faire la médiation. Elle a une fonction d'autorité auprès des étudiants.</p> <p>-On voit de moins en moins les formateurs, et c'est un peu frustrant. On pourrait travailler ensemble sur des pratiques un peu plus pédagogiques, comme la réflexivité dans les situations apprenantes. Ou bien faire un pont avec l'IFSI, pour aller intervenir sur certains TD par exemple.</p>
<p>Thème 2</p> <p>Le rôle du cadre de santé et la mission de maître de stage</p>	<p>Situation 3</p> <p>Murielle</p>	<p>-La cadre aimerait bien nous aider, mais elle a d'autres problèmes à gérer.</p> <p>- Elle nous reçoit quand on est en difficulté avec les étudiants dans les bilans d'évaluation à la fin du stage, surtout quand on n'est pas d'accord avec eux pour valider une compétence.</p> <p>- En plus, elle n'a pas vraiment d'autorité dans le service. Elle a du mal à s'imposer auprès de l'équipe... Elle ne nous écoute pas.</p> <p>-Par contre, elle arrive à trancher quand on a des difficultés avec des étudiants. Par exemple quand ils arrivent en retard et qu'ils ne respectent pas les horaires.</p>
	<p>Situation 2</p> <p>Séverine</p>	<p>-Il est présent pour nous aider à faire les bilans de stage, surtout quand on ne leur valide pas toutes les compétences. Des fois, ils ont du mal à comprendre, alors le cadre peut réexpliquer avec nous. C'est important d'avoir les cadres qui sont derrière nous, et qui soutiennent l'équipe.</p> <p>-Il me donne des conseils sur les objectifs adaptés à donner aux étudiants, en fonction de l'année d'étude. Il m'aide à être plus réaliste, et à ne pas aller trop vite.</p> <p>-En plus, il y a le mot « cadre », donc ça a du poids pour les étudiants aussi, quand il faut se positionner, c'est important d'avoir une figure. Même si il dit les mêmes choses que nous, ça va être perçu différemment. Donc ça soulage quand même.</p> <p>-Il est là quand on a des difficultés pour se positionner avec un étudiant quand il ne respecte pas les règles, ou quand ils sont en retard. Très franchement, ils ne respectent pas trop les horaires.</p>

	Situation 1 Marc	<p>-Elle est une personne ressource, de part sa connaissance du référentiel et son expérience de l'encadrement.</p> <p>-Elle connaît l'IFSI, ce qui est rassurant. En cas de difficulté, c'est plus simple de leur demander d'intervenir. Dans ces cas là, on n'a pas besoin de se justifier, mais juste d'expliquer qu'on a besoin d'un avis plus pédagogique, moins en rapport avec notre expertise de tuteur de stage. En fait, c'est parfaitement complémentaire.</p> <p>-Elle représente l'autorité, et elle intervient quand les étudiants ne respectent pas les règles : absences injustifiées, comportements, retards surtout</p>
Thème 3 Analyse d'une situation difficile ou complexe, évoquée par le maître de stage du service	Situation 3 Murielle	<p>-Cette situation s'est déroulée avec l'équipe de nuit. Il n'y a pas de tuteurs la nuit. Assez peu d'infirmières ont suivi la formation d'infirmière de proximité. Nous ne travaillons pas la nuit, mais nous essayons de garder un lien avec les équipes et les étudiants. Juste pour nous assurer que tout se déroule bien.</p> <p>-Je suis intervenue à la demande de l'étudiante, et de l'infirmière pour essayer de démêler la situation. Une infirmière à quelques mois de la retraite, en décalage avec le référentiel de formation, qui fait de l'encadrement sur un mode un peu autoritaire, sans se mettre à la disposition de l'étudiant pour expliquer et le laisser réfléchir.</p> <p>-Elle a été assez autoritaire et directive avec l'étudiante, qui du coup s'est sentie stressée et a perdu ses moyens, à force de s'entendre répéter sans arrêt que ce qu'elle faisait ce n'était pas bien, qu'elle n'y arrivait pas, et qu'elle n'était vraiment pas au niveau.</p> <p>-Il y a eu une rupture de confiance de la part de l'étudiante, et une rupture de communication entre elles. C'était assez grave, car en plus les équipes de nuit sont assez isolées. Il y a juste 2 IDE et 2 AS. Il n'y a personne pour faire la médiation, et trancher le problème.</p> <p>- Le matin aux transmissions, on sentait que c'était explosif. Un matin, j'ai pris à part l'étudiante qui était au bord des larmes, et elle m'a raconté la situation qu'elle vivait avec l'infirmière. Elle en était malade et ne savait plus quoi faire. Nous en avons discuté, et je lui ai conseillé d'aller voir sa formatrice à l'IFSI.</p> <p>-J'ai essayé d'en parler avec l'infirmière, mais elle s'est braquée en disant que de toute manière, on était toujours contre elle, que c'était systématique. Donc il n'était pas possible d'en parler, ni de l'amener à se remettre en question. J'ai</p>

		<p>laissé la main à mon cadre et à l'IFSI.</p> <p>-J'ai informé notre cadre de cette situation, car elle gère aussi l'équipe de nuit. Elle m'a dit qu'elle verrait l'infirmière en question le soir même, ce qui a rassuré l'étudiante.</p>
	<p>Situation 2</p> <p>Séverine</p>	<p>Cette étudiante nous a mis en difficulté. C'est une étudiante qui est médecin dans son pays, et qui vient en France pour passer son DE d'infirmière.</p> <p>Cette étudiante nous a mis en difficulté... le cadre nous a aidé au début, mais ce n'était pas suffisant.</p> <p>On a demandé à l'IFSI de venir... C'est lui qui a négocié pour que le formateur vienne</p> <p>-Le problème, c'est qu'elle part vraiment de loin. Elle ne connaît pas les soins infirmiers. Elle raisonne plus comme un médecin que comme une infirmière dans sa manière d'analyser les situations d'infirmière. Elle doit apprendre en 10 semaines, ce que nous apprenons en 3 ans.</p> <p>-Je ne suis pas formée pour encadrer des médecins.</p> <p>-Dans l'équipe, on se relaie avec une collègue pour la prendre en charge. mais c'est quand même assez lourd. En fait, l'étudiante est positionnée sur nos 2 plannings.</p>
	<p>Situation 1</p> <p>Marc</p>	<p>-Nous avons un étudiant de 3^{ème} année, en stage dans le service depuis 2 semaines, chez qui nous avons repéré des lacunes importantes dans l'organisation de ses soins. J'étais son tuteur de stage, et les infirmières du service m'ont alerté de ce qu'elles avaient constaté.</p> <p>-On a fait le point avec l'étudiant, mais c'était pas super clair. Pourtant, Il s'était bien intégré dans l'équipe, et il semblait plutôt à l'aise. On a essayé de comprendre avec lui, et avec l'équipe pourquoi c'était difficile de s'organiser, pour voir comment on allait l'aider.</p> <p>-Mais plus on essayait de se parler et de creuser un peu, plus l'étudiant se perdait dans des explications pas très claires.</p> <p>On a émis l'hypothèse que peut-être ce manque d'organisation pouvait être en lien avec un manque de connaissances. Auquel cas, il fallait peut-être revoir nos objectifs. Le problème, c'est que l'étudiant s'est mis à stresser, et qu'on sentait qu'on lui avait donné une dose de stress, alors qu'on voulait juste essayer de comprendre, juste pour voir où il en était, et ajuster pour le reste d stage.</p>

		<p>-On a décidé de demander un avis au formateur référent du stage, pour qu'il nous aide à faire le point sur les connaissances théoriques de l'étudiant. C'est une dimension qui nous échappe un peu, et c'est fondamental qu'on puisse avoir le point de vue de l'IFSI sur les acquisitions théoriques. Le portfolio ne nous renseigne que sur les compétences acquises en stage, et non les connaissances qu'ils ont validés durant les cours.</p> <p>-La cadre du service était d'accord sur la démarche, et a prévenu l'IFSI.</p>
--	--	--

ANNEXE X : Grille de synthèse des entretiens menés auprès des formateurs en IFSI

Synthèse des entretiens menés auprès de formateurs d'IFSI

Thèmes	Formateurs d'IFSI	Réponses
Thème 1 Organisation et accompagnement des étudiants en stage	Situation 3 Valérie	<p>Avant le stage :</p> <ul style="list-style-type: none"> -En temps que référente de stage, je vois les étudiants pour préparer le départ en stage, à partir de leurs représentations et attendus du stage <p>Pendant le stage :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pour les visites de stage, je les organise en fonction des besoins des étudiants, et des demandes des référents pédagogiques, ou du terrain s'il y a un problème. -Je vois en priorité les étudiants en difficulté, qui me sont signalés par mes collègues. Je ne peux pas aller les voir tous. <p>Après le stage :</p> <ul style="list-style-type: none"> Les ateliers APP permettent de faire le point.
	Situation 2 Isabelle	<p>Avant le stage :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Chaque formateur a sa propre représentation et ses connaissances des lieux de stage, en fonction d'indicateurs. -Je sais que certains lieux de stage sont très valorisés, et c'est le cas de la médecine interne. <p>Pendant le stage :</p> <p>Je suis référente pédagogique pour une dizaine de services, sur 4 sites différents. Je ne peux pas aller voir systématiquement tous les étudiants. Il y a des choix à faire, et je travaille en collaboration avec les référents pédagogiques qui me signalent les étudiants qui risquent d'être en difficulté que j'irai visiter en priorité.</p> <p>En revanche, je me rends systématiquement sur les terrains de stage difficiles, dans lesquels je sais que les étudiants peuvent être en difficulté. Ce n'est pas le cas de la médecine interne.</p> <p>Après le stage :</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'abord les retours que nous font des étudiants, les appréciations portées sur les feuilles de stage, et les contacts avec les professionnels du terrain. -Les temps d'APP sont des temps forts, qui nous permettent d'avoir une idée des pratiques soignantes et de l'accompagnement des étudiants.
	Situation 1 Pierre	<p>Avant le stage :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ce service c'est un peu une carte de visite, donc je n'ai pas d'inquiétude Particulière -Les soins sont diversifiés et variés. Le parcours de stage proposé est intéressant.

		<p>- Ils ont bien compris comment le référentiel fonctionne. Il y a des tuteurs et des professionnels de proximité</p> <p>Pendant le stage : pas de visite de stage systématique des étudiants</p> <p>Après le stage : débriefing avec l'étudiant, ou avec les équipes du terrain si besoin</p> <p>Partenariat avec le service : dans ce service chacun connaît parfaitement son rôle.</p> <p>-On n'a pas toujours besoin de cette relation de partenariat formalisée et intense comme en 2009 : il n'y a rien à faire ou dire de plus</p> <p>-Nos interventions sont fonction des besoins exprimés par les équipes, de la situation rencontrée, et de la capacité du maître de stage à gérer la situation</p> <p>-Je pense que cela ne sert à rien de vouloir en faire trop, nous sommes déjà suffisamment occupés, à l'IFSI comme à l'Hôpital</p>
<p>Thème 2</p> <p>Le rôle du cadre de santé et la mission de maître de stage</p>	<p>Situation 3</p> <p>Valérie</p>	<p>-C'est d'organiser le planning de travail des étudiants et de nous le transmettre. Pour les stages de 10 semaines, il organise le parcours des étudiants au sein d'un pôle par exemple, ou d'un secteur d'activité.</p> <p>-Il est notre interlocuteur durant le stage, et je suis en contact avec eux. Nous prenons rendez-vous en cas de visite de stage. Dans ce cas, j'en profite pour rencontrer l'étudiant et le tuteur. C'est tout l'intérêt de ces visites.</p> <p>-D'une manière plus large, j'attends de lui qu'il nous fasse remonter les problèmes rencontrés, suffisamment en amont pour nous permettre de réagir en cas de besoins, sans attendre la dernière semaine du stage.</p>
	<p>Situation 2</p> <p>Isabelle</p>	<p>-Il organise le planning des étudiants dans le service, et le parcours de stage au sein du pôle s'il y en a un. Mais surtout, il doit penser à nous communiquer ce planning, pour nous permettre d'ajuster nos passages en fonction de la présence des étudiants. Il n'y a rien de plus désagréable que de programmer une visite, et d'apprendre que finalement l'étudiant est en journée de récupération parce qu'il a travaillé le week end dernier. Les retours d'informations ne fonctionnent pas toujours très bien.</p> <p>-Il est responsable de l'organisation de l'accueil et de la prise en charge des étudiants durant tout le stage. Il doit s'assurer que l'encadrement mis en œuvre corresponde aux besoins des étudiants.</p> <p>-Il doit avoir dans son équipe des tuteurs formés et identifiés, ainsi que des infirmières de proximités qui connaissent les enjeux du référentiel. Il doit donner de la cohérence à l'organisation de l'encadrement.</p> <p>-Il doit nous prévenir de toutes les difficultés rencontrées au cours du stage. Or, souvent ils tardent à nous faire remonter les informations. C'est dommage d'attendre le milieu de la 5eme semaine, pour nous dire qu'un étudiant est en grande difficulté et que le stage s'est mal passé. En fin de stage, c'est un peu tard pour réajuster.</p>

	<p>Situation 1</p> <p>Pierre</p>	<p>Coordination du parcours de stage des étudiants, répartition sur les différentes unités et communication à l'IFSI de ces informations</p> <ul style="list-style-type: none"> -Coordination de l'activité des tuteurs et des IDE de proximité : encadrement des équipes et accompagnement des pratiques pédagogiques -Encadre l'activité des tuteurs et des IDE de proximité qui exercent sous sa responsabilité : supervise l'activité des tuteurs mais n'intervient pas sur la fonction pédagogique des tuteurs -Porte un regard sur la feuille d'évaluation de fin de stage, en collaboration avec le tuteur -Active le lien avec l'IFSI en cas de difficulté, de sa propre initiative ou à la demande de l'équipe
<p>Thème 3</p> <p>Analyse d'une situation difficile ou complexe, évoquée par le maître de stage du service</p>	<p>Situation 3</p> <p>Valérie</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Je suis intervenue à la demande de l'étudiante, qui m'a appelée pour me dire que ça se passait très mal avec une infirmière de l'équipe de nuit. Elle n'était pas encadrée et la communication, d'abord difficile avec cette infirmière, s'est rapidement rompue. -De mon point de vue, cette situation était urgente. On était à la limite de la maltraitance. L'étudiante a effectué une bonne scolarité jusqu'à présent. C'est une étudiante sérieuse, dont les résultats sont satisfaisants. Je peux vous dire qu'elle a été sacrément affectée la situation. -Je vous le dis franchement, si j'avais été à la place du cadre, je n'aurais pas hésité à demander un rapport contre l'infirmière de nuit en question, au motif qu'elle a fait preuve de maltraitance envers l'étudiante. -le contexte est compliqué, cette cadre est en poste depuis l'été dernier, et ça se passe assez mal avec son équipe. Les retours que nous font les étudiants vont tous dans le même sens. Ils évoquent un climat tendu dans l'équipe, qui a des répercussions dans l'encadrement des étudiants. Elle me semble être en grande difficulté, et n'arrive pas à manager son équipe. Ça part en vrille. Je crois qu'elle n'est pas non plus soutenue par sa hiérarchie. -En ce qui concerne l'étudiante, je me suis permise de lui suggérer de changer le roulement de l'étudiante pour qu'elle ne soit plus avec l'infirmière en question, ce qui a grandement amélioré la situation. L'étudiante reprend progressivement confiance en elle, mais je peux vous dire qu'elle a été sacrément amochée. -La solution du changement de roulement de l'étudiante, et d'infirmière

		<p>encadrante semble avoir permis de ramener la situation au calme.</p> <p>-La difficulté dans cette situation est renforcée par le fait que nous ne connaissons pas les équipes de nuit. J'ai déjà du mal à voir les équipes de jour, donc la nuit ce n'est même pas la peine.</p> <p>-Sa référente pédagogique est alertée, et nous mettons en place un suivi de l'étudiante.</p> <p>-Je connais bien ce terrain de stage, et je vois ce service se dégrader à une vitesse incroyable depuis le changement de cadre. A priori, l'équipe soignante est sous tension.</p> <p>-C'est une situation inquiétante qui justifie une visite de stage systématique. Donc, je vais continuer à aller voir les étudiants, jusqu'à ce que la situation se stabilise un peu.</p> <p>-Je connais un peu l'équipe soignante de ce service. Les soignantes sont assez jeune, ils ont besoins d'être sécurisés.</p>
	<p>Situation 2</p> <p>Isabelle</p>	<p>-J'ai été contactée par le cadre du service, pour m'alerter des difficultés de l'équipe à prendre en charge une étudiante dans un contexte particulier. Il s'agit d'une étudiante, médecin de formation dans un pays hors CE. Le dispositif prévoit que l'étudiant fasse un stage de 10 semaines. Ensuite, elle pourra se présenter aux épreuves du diplôme d'état. Le dispositif est contraignant pour les étudiants, qui doivent en très peu de temps assimiler des compétences infirmières, et surtout une nouvelle posture. C'est très compliqué, car ils n'ont pas beaucoup de temps.</p> <p>-Ce sont des situations très peu fréquentes. Concernant cette étudiante de médecine, j'ai informé le cadre de cette situation au cours d'un entretien téléphonique, avant que l'étudiante n'arrive en stage avec les grandes lignes des objectifs de stage. Je n'avais aucun doute concernant la prise en charge de l'étudiante dans le service.</p> <p>-Dans un 1^{er} temps, j'avoue avoir été un peu surprise de l'appel du cadre, même si je comprends parfaitement sa demande qui est tout à fait légitime. C'est un terrain de stage qui habituellement gère parfaitement les étudiants, et qui rencontre parfois des situations bien plus complexes que celle-ci.</p> <p>-Je suis donc venue voir l'étudiante, et j'ai fait un point avec l'équipe présente et le cadre de santé. En fait, la demande de l'équipe était avant tout une demande de clarification concernant le dispositif à médecin étranger et les objectifs du stage, en vue de se présenter au DE. J'ai mieux compris les difficultés rencontrées en termes de prise en charge. Le problème posé était celui de l'apprentissage technique avec de nombreux soins que l'étudiante découvrait, et qu'elle devait apprendre à réaliser dans un autre environnement qui est celui de l'hôpital français. L'apprentissage de la fonction d'infirmière,</p>

		<p>dans une nouvelle posture. C'est compliqué pour un médecin de changer de posture et d'analyser une situation de prise en charge en tant qu'infirmière.</p> <p>-Dans cette situation, il est important que l'équipe comprenne, qu'on n'apprend pas à devenir infirmière en 10 semaines. Donc les exigences attendues pour le stage ne peuvent pas être les mêmes que pour nos étudiants. En revanche, on doit garder les mêmes exigences en termes de sécurité. C'est très compliqué pour les équipes, et ça méritait parfaitement un accompagnement.</p> <p>Nous avons donc redéfinis des objectifs plus modestes et réalisables dans le peu de temps à venir, en termes d'acquisition, en favorisant la compréhension des situations de soins : une prise en charge d'un petit groupe de patients, en collaboration avec les aides-soignantes, et davantage d'échanges avec les autres professionnels du service (les kinés, la diététicienne, l'assistante sociale). Parallèlement, l'étudiante suit des cours de français à l'Alliance Française, afin d'améliorer son niveau en langue française.</p> <p>-L'équipe a manqué de repères. La demande d'intervention était parfaitement justifiée.</p>
	<p>Situation 1 Pierre</p>	<p>-J'ai été étonné d'avoir été appelé dans ce service...habituellement avec eux, tout roule...</p> <p>-Appel de l'équipe pour une demande d'intervention, pour une inquiétude sur les difficultés d'organisation et le niveau d'apprentissage d'un étudiant</p> <p>-Visite sur le lieu de stage pour évaluer et analyser la situation décrite, d'abord auprès de l'étudiant. En d'autres circonstances, je ne me serai peut-être pas déplacé.</p> <p>-Plan de réajustement avec formalisation d'objectifs avec l'étudiant</p> <p>-Rencontre avec l'équipe pour faire le point et discuter de la situation : le défaut d'organisation était en lien avec un manque de confiance, et n'était donc pas en rapport avec manque de connaissances</p> <p>-Ma visite a semblé rassurer le maître de stage et le tuteur. L'équipe s'est sentie impliquée dans une démarche d'échange et de complémentarité.</p> <p>-Dans cette demande, il y avait juste besoin de formaliser 1 demande de concertation et de réflexion à 3.</p>

**ANNEXE XI : Retranscription entretien menée auprès d'un maître de
stage**

Retranscription entretien mené le 24.02.2014 auprès de Corinne, cadre de santé et maître de stage dans le service des maladies infectieuses

Vincent :

Je vais donc vous donner la parole pour vous permettre de me raconter plus précisément, et de me parler de votre mission de maître de stage.

Corinne :

Alors, moi comment je conçois ma mission de maître de stage ? Donc effectivement il y a une part d'organisation en amont pour concevoir les plannings des étudiants, la répartition sur les unités, et l'identification du tuteur que je vais désigner. Donc j'essaye d'être le plus précise possible par rapport aux horaires, qu'ils aient un planning dès qu'ils arrivent et qu'ils sachent qui va être leur tuteur. Déjà comme ça c'est défini, ils savent pendant toute la durée de leur stage avec qui ils vont avoir une relation privilégiée. Après je leur explique que mon rôle il est là pour les aider, et pour être présente quand ils ont des soucis ou des problèmes, que ma porte elle est ouverte, qu'effectivement ils ont leur tuteur comme référent mais que si il pouvait y avoir des problèmes qui n'étaient pas résolubles par le tuteur, moi j'étais là.

V :

A quel type de problème pensez-vous en particulier ?

C :

De communication, des fois ça peut ne pas coller avec le tuteur, on connaît bien qu'il y a des problèmes avec les infirmiers de proximité ; après si le tuteur est pas forcément ouvert ou compréhensif sur les problèmes qui peuvent être soulevés, moi de toute manière je suis là pour prendre le relais. Donc ça c'est déjà quelque chose que je clarifie dès le premier jour. Parce que le premier jour quand ils arrivent, en fait moi je les fais venir un petit peu en décalé et je les fais commencer à 10 heures parce que j'ai besoin aussi moi de faire tout ce que j'ai à faire dans ma journée ; donc je cale ma journée et après comme ça j'ai du temps à leur consacrer. Donc je leur consacre en général une heure à peu près donc j'attends que tous les étudiants qui arrivent soient présents, que ce soient des infirmiers ou des aides-soignants je les reçois tous ensemble.

On monte dans la salle de staff ce qui fait que c'est un endroit tranquille pour eux et là je leur explique, je leur demande d'abord de se présenter, de me dire un peu leur parcours, de voir un petit peu leurs attentes du stage et après moi je leur pose des questions par rapport à leur connaissance du terrain de stage : est-ce qu'ils savent quel type de patient ils vont recevoir ? Un petit peu, de faire un petit peu un dialogue, que ce ne soit pas très stéréotypé et après effectivement je leur réponds, je leur dis quels types de patients on reçoit, d'où ils viennent, où ils peuvent aller donc je reprends un petit peu la main pour leur expliquer. Après je leur

demande s'ils ont des questions par rapport à ce que je viens de présenter, en général c'est toujours sous forme de dialogue et je leur donne leur planning parce qu'ils ne l'ont pas en général, donc le roulement on va dire: deux semaines du matin trois semaines l'après-midi ou inversement, le nom du tuteur, le secteur dans lequel ils vont être affectés parce que jusqu'à présent je les laisse dans un secteur fixe et je leur explique pourquoi, parce que pour qu'ils aient des repères et des patients qui puissent suivre, et par contre ils n'auront pas une infirmière qui sera toujours la même, ils ne se seront pas forcément avec leur tuteur, mais que le tuteur fera des points avec eux régulièrement ; d'ailleurs il les recevra, il leur demandera leur objectif de stage.

Moi, je leur demande leur portfolio aussi et je jette un œil sur leur portfolio par rapport à leurs feuilles d'évaluation précédente, leurs acquisitions pour pouvoir avoir un petit aperçu – je regarde rapidement – mais pour avoir un aperçu un petit peu de leur implication parce que des fois on peut le sentir dans l'appréciation qui est mise dans les feuilles de stage, voir un petit peu s'ils ont des difficultés ou pas, ça peut un peu se percevoir et après je leur présente le service, et je les lâche aux différents postes de soins où ils sont affectés en sachant que le premier jour c'est un petit peu dur pour le personnel, et c'est un petit peu aussi pour ça que je les fait venir tard c'est que ils ont et l'équipe de jour et l'équipe d'après-midi. Parce que je ne fais qu'un accueil global. Donc jusqu'à 14h30 ils ont deux étudiants pour une infirmière. Donc je leur dis : ça vous permet de voir un petit peu les dossiers, de pouvoir un petit peu voir le fonctionnement du service. Comme dans l'hôpital les dossiers infirmiers ne sont pas construits tous dans la même manière, non pas tous les mêmes documents ça leur permet de voir un petit peu comment il est constitué.

Après, j'ai oublié aussi, je leur remets des feuilles de suivi d'infirmier de proximité et de tuteur pour savoir avec qui ils sont passés, comme ça ils tracent un peu et il y en a une c'est pour mettre un peu les soins qu'ils ont acquis et les points d'amélioration qu'ils ont à faire de semaine en semaine ; des petites indications qui peuvent être aidantes et qui peuvent être un plus aussi pour le tuteur parce qu'ils ont un petit tracé de ce qu'ils ont fait.

Et quand je réussis à sortir les tuteurs des soins, ce n'est pas tous les mois faciles, mais quand j'y arrive je donne une journée voire deux journées au tuteur hors des soins pour qu'il puisse s'occuper des étudiants pour pouvoir évaluer leurs connaissances, savoir comment ils font une démarche de soins, pour pouvoir leur donner des tuyaux aidants. Et le dernier jour en général ils font l'évaluation finale on va dire avec le tracé du portfolio.

Donc moi normalement après je n'ai pu trop d'action. Ponctuellement moi j'observe, je regarde. Je peux donner des indications aux étudiants par rapport à des choses qu'ils font de temps en temps ponctuellement quand je les vois traverser tout le service avec des gants à la main je leur dis pourquoi vous avez des gants ? Parce que j'ai fait ci, j'ai fait ça. Oui mais vous avez touché des poignées de portes, donc vos gants ils ne sont plus propres où ils étaient sales. Donc voilà j'essaie de les sensibiliser parce qu'effectivement dans le service on voit souvent des gens se promenaient avec des gants, ça rentre ça sort ils ont tout le temps des

gants. C'est des petites choses que ponctuellement je vais poser des questions, je peux être aidante aussi par rapport à une question qu'ils peuvent m'interroger, donc j'observe un peu, moi je parle avec les tuteurs pour savoir comment ça se passe, comment ils sont, comment ils les perçoivent. Alors des fois je leur dis oui ils m'ont paru impliqué, mais j'essaie de ne pas m'immiscer dans le travail du tuteur. Je suis plus en retrait. Après ponctuellement quand il y a des soucis de professionnel à professionnel ou quand il y a des soucis par rapport à la feuille de stage, à l'appréciation est qui mise ou à la validation du stage, ou quand il y a des soucis moi je suis là pour épauler le tuteur, entendre l'étudiant, mais épauler le tuteur, essayer de faire un peu l'arbitre. Donc j'ai eu deux cas depuis que je suis là : un cas d'une feuille de stage ou l'étudiante – j'en ai eu trois même. Cela dit, ce n'est pas facile avec l'équipe parce que il y a beaucoup de conflits à gérer, et c'est pas toujours facile pour moi. L'école des cadres ne prépare pas toujours à la réalité du terrain et c'est très différent de faire des jeux de rôle en cours de management et de les affronter sur le terrain.

V :

Pouvez-vous m'en dire un peu plus ?

C :

C'est pratiquement mon premier poste, et je suis seule pour le service de 29 lits. Il y a des fortes personnalités dans l'équipe. Surtout que la majorité de l'équipe est syndiquée. A part quand j'étais en stage, sinon je n'ai pas vraiment eu l'occasion de travailler avec d'autres cadres pour voir comment ils s'organisaient au quotidien et comment ils géraient des situations de crise. Ca m'a manqué

V :

Je comprends, la formation reste de ce point de vue là assez théorique. Votre expérience de faisant fonction vous a-t-elle aidé dans votre prise de poste ?

C :

Oui et non. En fait comme je vous disais, c'était dans un service de pneumo de 54 lits, mais on était 3 cadres, donc je n'ai jamais été seule. Du coup c'est plus compliqué pour moi, ce n'est pas pareil Il y a des choses transférables mais je n'ai pas encore tout vu. Mine de rien, j'ai quand même eu les syndicats qui sont déjà venus pour des histoires de plannings.

V :

Oui, je comprends mieux. En fait vous êtes en train d'évoquer toute la difficulté d'être le seul cadre dans un service, alors que vous étiez 3 en pneumo. C'est plus compliqué, notamment en cas de difficulté ?

C :

Oui je me sens parfois un peu isolée. Mes collègues m'aident mais je ne me sens pas particulièrement soutenue par ma hiérarchie, ce qui est vraiment un problème pour moi. J'ai eu un peu de mal à trouver ma place. A un moment j'ai presque eu l'impression qu'il n'y avait pas besoin de cadre dans le service. Mais bon, maintenant ça va beaucoup mieux. J'ai l'impression d'avoir les choses en main. C'était un peu long à venir mais je suis confiante pour la suite.

V :

Tant mieux. Je vous remercie d'avoir partagé cette difficulté avec moi.

C :

Merci de m'avoir donné la parole.

V :

Je voudrais juste avant revenir sur cette mission d'accueil des étudiants au 1^{er} jour de leur arrivée.

V :

Donc un accueil au cours duquel vous leur présentez globalement le service, en essayant de répondre de voir leurs questions de manière individuelle. C'est une mission que vous faites seule parce qu'aucun tuteur ne peut être disponible à cette heure.

C :

Oui, c'est bien ça.

V :

Vous précisez aux étudiants que vous serez disponible pour les assister en cas de besoin, en laissant la porte ouverte. Nous venons de parler des tuteurs. Justement, qu'est-ce qui vous semble le plus difficile pour eux dans leur quotidien ? Quelles sont les difficultés qu'ils évoquent auprès de vous ?

C :

Les tuteurs, des fois il peut arriver qu'ils ne travaillent jamais avec leur étudiant, ça c'est compliqué parce qu'ils n'ont aucune vision extérieure ou lors des entretiens qu'ils peuvent avoir avec eux. Parce ce que je trouve qu'il faut pouvoir les suivre aussi en proximité même si on est tuteur, mais pas tout le temps mais régulièrement pour voir s'il y a du progrès par rapport aux axes de progression qu'on peut leur avoir donnés.

V :

Donc ça veut dire que vous allez peut-être plus particulièrement les aider à avoir cette vision d'ensemble qu'ils n'ont pas par rapport à la progression d'étudiants ? Comment peuvent-ils obtenir les informations qu'ils n'ont pas du fait qu'ils n'ont pas directement travaillé avec les étudiants ?

C :

Le problème des infirmiers de proximité c'est qu'ils sont un petit peu encore dans le schéma ancien c'est-à-dire il est bon, il est pas bon, ça va, ça va pas. On est dans cette optique-là encore. On est encore dans cette optique-là : il est bon il est pas bon, il sait faire un soin ou pas faire, on est encore pas mal axé sur la pratique et sur le côté « agréable » on va dire de l'étudiant alors qu'on est plus du tout dans ce schéma-là puisqu'on est dans le schéma que l'étudiant doit être acteur, doit être demandeur, il doit chercher les informations et bien souvent on se rend compte que si on ne leur donne pas des missions en fait parce que le tuteur donne des missions par rapport à des pathologies, ils se rendent compte qu'il y a des choses, ils ne vont pas approfondir. Donc ils sont encore dans le faire, beaucoup dans le faire comme avant en fait. Donc ça c'est un petit peu compliqué. Après les tuteurs ils sont contents quand on peut leur dégager du temps. Ils trouvent que c'est très positif pour eux, que ça leur permet de vraiment avoir un temps d'échanges qui n'est dédié qu'à ça.

Donc moi je les mets en décalé en général mais ils sont libres de faire les horaires qu'ils veulent en fonction des étudiants qui ont parce qu'ils ont souvent, là en ce moment ils ont trois étudiants et encore j'en ai qu'une, qu'une tutrice qui est formée, la deuxième elle est formée mais elle commence à se former au contact de l'autre et elle va partir, donc je vais être dans l'embarras. Parce qu'ayant une équipe de jeunes, il y en a beaucoup qui ne veulent pas, qui veulent à la rigueur faire de la proximité, mais du tutorat absolument pas. Et c'est vrai que d'une certaine manière maintenant c'est quand même une responsabilité que d'être tuteur parce qu'on s'engage quand on remplit les feuilles puisqu'on valide des compétences et en fait il n'y a pas beaucoup de professionnels qui ont envie de s'engager de ce côté-là. Donc ça c'est un frein qui est important et comme on n'a pas de professionnel dédié puisqu'ils sont soignants avant d'être tuteurs, c'est un souci moi je trouve, c'est un souci assez important parce que encadrer un étudiant ça demande du temps surtout maintenant avec la nouvelle – enfin surtout – ça aurait dû mais d'autant maintenant il faut qu'ils soient dans la réflexivité donc il faudrait leur poser des questions pour qu'ils arrivent à trouver la réponse, la solution qui va bien plutôt que de leur donner une réponse et ça, ça demande du temps et souvent les soignants n'ont pas le temps parce que leur priorité c'est quand même de prendre en charge le patient et donc ils vont à la facilité c'est-à-dire qu'un étudiant pose une question, au lieu de lui demander qu'il réfléchisse par rapport à ses propres connaissances s'il a la possibilité de trouver la solution ou de lui dire « aller chercher et ramener moi la réponse après », on va leur donner la réponse ce qui fait que moi par expérience je sais que quand on donne une réponse en fait l'étudiant va l'oublier alors que quand on le pousse à trouver dans ses connaissances une réponse ou qu'on va le guider pour faire des recherches ça sera beaucoup plus productif pour lui parce qu'il va s'en rappeler.

V :

Et du coup quel va être le rôle du maître de stage sur ce problème-là précisément ? Que pensez-vous qu'il puisse apporter à son équipe ?

C :

La difficulté c'est que le maître de stage ne peut pas donner du temps, enfin il donne du temps quand il peut au tuteur, mais il ne peut pas donner du temps aux professionnels de proximité.

V :

Vous évoquiez la possibilité en quelque sorte de redonner du sens aux missions de maître de stage et de professionnels de proximités. Vous parliez de ce qui était important pour les équipes de proximité quand elles avaient en charge les étudiants, et vous faisiez d'ailleurs cette comparaison sans cesse qu'ils faisaient avec l'ancien programme, un peu comme un aller-retour ?

C :

On a essayé déjà au sein du service mais c'est vrai qu'il faudrait le relancer parce que je n'ai pas fait le compte rendu et du coup en plus il y a eu des changements, c'est un petit peu... Mais on avait essayé de faire un groupe de travail sur l'encadrement des étudiants pour que tous les professionnels en fait aient à peu près la même façon et les mêmes attentes des étudiants. Qu'on soit d'accord sur les attentes en fonction des niveaux parce que on s'est aperçu que certains, comme un petit peu avant, privilégiaient les soins techniques, même pour des, alors je ne dis pas qu'il ne faut pas les faire, mais même pour des premières années premiers stages, dans leur première semaine on a des collègues qui vont faire faire des perfusions alors que normalement le premier stage il est plus axé sur les soins de confort et la compétence soins.

Donc s'accorder sur ces choses-là, après chez nous on dit que le stage première année on passe au moins une semaine minimum avec les aides-soignants, l'après-midi c'est plus problématique quand ils sont dans l'après-midi parce que l'après-midi il y a les changes et quand on leur dit change ils se sentent frustrés parce qu'ils ne font pas la toilette donc il faut arriver à leur expliquer, moi j'ai passé du temps aussi à leur dire la dernière fois parce qu'il y a une étudiante qui m'a posé la question, et je lui dit : et si vous savez déjà bien faire un change, vous avez déjà la moitié de votre toilette qui est déjà faite puisque la toilette, le point le plus critique de la toilette on va dire dans le soin c'est quand même la toilette intime. Donc quand on fait un change l'après-midi vous l'avez la toilette intime ; déjà votre toilette est déjà à moitié connue, et du coup ils sont plus avec les infirmiers et ils font moins avec les aides-soignantes. Donc moi je leur dis toujours de se répartir et quand c'est le tour des changes, ils doivent aller avec les aides-soignantes comme ils doivent aller au moment des repas pour aider à l'aide au repas, l'installation parce que c'est des points qui sont importants dans la

prise en charge du patient et que s'ils n'ont pas la prise en charge du patient correct au démarrage, ils ne peuvent pas adapter leurs soins après c'est ce que le patient peut faire.

V :

Pour vous, le groupe de travail effectivement a été à un moment donné un élément de réponse que vous avez apporté à votre équipe, pour mettre en place une démarche participative. Alors justement ce groupe de travail-là, autour de l'encadrement des étudiants de première année, comment est-ce qu'il a pris forme, comment est-ce qu'il s'est créé et avec qui ?

C :

Il s'était créé à la demande du tuteur en fait, référent du service puisqu'on n'en a plus qu'un qui justement on avait trouvé qu'il y avait des dysfonctionnements d'attente comme je vous le disais et un première année qui allait directement faire une perfusion alors qu'il ne savait pas faire les soins de confort donc on s'était dit qu'il fallait que tout le monde ait un petit peu la même optique parce qu'après ils comprennent pas quand ils passent d'un secteur à l'autre ; enfin les étudiants se parlent dans un terrain de stage donc ils se comparent à ce qu'ils ont appris, ce qu'ils ont fait, comment ils sont encadrés et il ne faut pas qu'il y ait de disparités parce que ça crée, ça peut créer des problèmes de « toi t'as fait ci, je l'ai pas fait » donc c'est pour ça qu'on voulait que tout le monde soit sur la même longueur d'onde et qu'on axe plus sur le soin de confort et que peut-être vers le milieu du stage ou la fin du stage sauf l'après-midi ils aient accès aux soins. Ça ne veut pas dire qu'ils ne suivent pas l'infirmière, mais ça veut dire que tant que l'aide-soignante ne va pas valider – on va dire – sa compétence et dire que ça y est, il commence à se débrouiller, il ne passe pas aux soins tout de suite. Parce que c'est vrai la tendance elle est de pratiquer de la technique donc il faut préparer des perfusions, donner les médicaments mais les médicaments ils ne les donnent que s'ils connaissent ce qu'ils donnent, l'indication, les contre-indications, les surveillances ; normalement ça devrait être comme ça. Donc bien essayer d'être réglo sur ces règles-là en fait même si on sait très bien que chacun a ses habitudes, ses pratiques mais qu'il y ait vraiment des points définis et que tout le monde soit d'accord.

V :

D'accord, donc ce premier groupe de travail vous a donné la possibilité de mieux comprendre toute cette partie de l'accueil pour tous les étudiants de première année, et d'avoir un consensus concernant l'encadrement des étudiants de 1^{ère} année pour toute l'équipe ?

C :

Non, alors là c'était une demande de la tutrice, après on a demandé des volontaires qui voulaient travailler dans ce groupe et on a eu quatre infirmières de proximité qui sont venues. Ce qu'il y a c'est que pour l'instant il n'y a pas eu de suite de donner et le compte rendu n'a pas été diffusé parce qu'il n'a pas été finalisé. Donc ça c'est un groupe qu'il faut redémarrer parce que je pense qu'il a son importance, il faut que tout le monde soit sur la même longueur

d'ondes et à travers les entretiens que j'ai faits d'évaluation du personnel là, j'ai compris qu'il y avait une certaine tension et je dirais de non-compréhension, enfin j'ai l'impression que j'ai deux infirmiers qui s'opposent par rapport à des façons de faire et donc il ne veut pas être tuteur, il veut bien une proximité et faire – on va dire – sa sauce à lui donc il va falloir essayer d'harmoniser et puis d'arriver à convaincre des choses pour qu'il y ait quand même un consensus dans le service par rapport à l'encadrement des étudiants.

V :

Justement, quels sont les partenaires avec lesquels vous travailler au quotidien pour vous aider dans votre mission de maître de stage ?

C :

On a les formateurs qui passent...

V :

Que viennent-ils faire ?

C :

Ils voient les tuteurs par moment où les infirmières de proximité ; moi je les croise mais je n'ai pas trop de liens avec eux parce qu'on n'a pas encore fait vraiment connaissance si ce n'est visuellement donc après il y aura peut-être des choses à travailler ensemble. Je sais qu'à l'école ils veulent faire rentrer les infirmières de proximité au moment des TP pour les calculs de dose ou les contrôles ultimes. Ils veulent qu'il y ait des gens du terrain qui soient là pour les noter on va dire ou les corriger.

Donc il y a une collaboration qui est en train de se mettre en place sur le mode des interventions que les infirmiers vont faire auprès des étudiants à l'IFSI. C'est bien parce que ça dynamise un peu l'équipe par rapport à ce qu'ils transmettent et je trouve que faire de l'encadrement ou du tutorat ça oblige à se remettre en cause et être toujours performant. On s'aperçoit que des fois il y a des techniques qui ne sont pas toujours, enfin...

Pour le moment avec l'IFSI, je fais du cas à cas, je ne peux pas proposer de partenariat plus rapproché avec l'IFSI, j'ai d'autres priorités à régler dans le service, comme on parlait tout à l'heure.

V :

Oui, je comprends parfaitement.

C :

Et notre rôle ça me fait penser aussi, notre rôle c'est de veiller à ce qu'un minimum de règles soient conduites c'est-à-dire que par exemple au début que j'étais là je voyais les infirmières, elles partaient avec leur poche leur tubulure sans plateau. Donc moi j'ai dit que les étudiants il

était hors de question qu'ils aillent poser une perfusion sans prendre un plateau. Donc ils m'ont dit : les plateaux sont trop grands, j'ai dit OK ils sont trop grands les plateaux, il en existe de plus petits donc j'ai commandé des plus petits plateaux. Donc maintenant je vois un peu plus les étudiants avec des plateaux pour mettre leurs perfusions. Mais c'est des petits détails de vigilance, de coordination, il faut rester vigilant.

V :

Diriez-vous qu'il s'agit de redonner du sens à la pratique du soin, et à l'encadrement ?

C :

Voilà. Rappeler les règles. Parce que le problème de ce nouveau cursus en fait c'est que les étudiants prennent comme acte de ce qui leur est donné en stage donc une mauvaise règle d'hygiène, une mauvaise procédure peut très bien être intégrée par l'étudiant s'il ne voit que ça ou si on ne leur rappelle pas les règles d'hygiène. Donc déjà avant c'était problématique parce qu'ils en faisaient sauter déjà pas mal, maintenant ils sont directement confrontés aux soignants sans avoir forcément de bases données par l'IFSI ce qui fait que si les soignants font sauter trop de verrous d'hygiène, l'étudiant n'est pas à même de savoir ce qui a été sauté comme règle d'hygiène et quels risques il fait courir à son patient parce que lui pour lui c'est naturel de faire comme ça. Puisqu'il n'a vu que ça ; donc on a aussi un rôle un petit peu de sentinelle. De sentinelle de ce qui est fait.

V :

Oui sentinelle effectivement je vois bien. Donc en fait pour en revenir à ce partenariat avec l'IFSI, pour l'instant vous en êtes un partenariat qui est juste organisationnel pour la question de l'encadrement des étudiants dans le service ? A l'exception de la collaboration des infirmiers de l'équipe à certaines interventions à l'IFSI ?

C :

Après c'est ponctuel, c'est des partenariats ponctuels parce que là j'avais une étudiante qui avait un souci avec son tuteur et c'était de nuit donc je n'ai pas été forcément informée mais sa référente pédagogique m'a sollicitée. Donc elle m'a contactée en me disant : j'ai une étudiante qui m'a appelée, ce n'était une formatrice qui vient sur le terrain de stage, mais c'est sa référente pédagogique, donc elle l'a appelée pour lui dire qu'il y avait un souci avec l'infirmière avec qui elle était et qu'il y avait tel et tel était le problème, elle lui disait que c'était une incapable. C'est une étudiante de troisième année.

V :

Pouvez-vous me parler de cette situation ? Cela m'aiderait à mieux comprendre vos préoccupations au quotidien, et celles de votre équipe.

C :

Oui. Alors moi je découvre cette situation au fur et à mesure des événements. En fait, notre rôle il est effectivement de faire en sorte que l'étudiant on lui donne les moyens que son stage se passe bien dans les meilleures conditions et qu'il soit dans l'apprentissage ; après les situations on les découvre au fur et à mesure ; s'il y a des situations qu'on n'a pas rencontrées donc c'est au moment où on est confronté qu'on se dit : oui mon rôle c'est ça, qu'est-ce que je peux faire pour améliorer les choses ?

V :

A ce propos là, avez-vous suivi une formation spécifique pour remplir la mission de maître de stage ?

C :

Alors moi je m'appuie sur mon expérience de tuteur, sur mon expérience d'étudiante en stage donc je sais ce que moi j'attendais d'un encadrement, enfin ce que je voulais d'un encadrement ; donc quand j'ai été infirmière j'essayais d'adapter mon encadrement et puis après mon tutorat pour que ce soit je dirais productif pour l'étudiant, qui soit dans l'apprentissage, pas forcément être bienveillante tout le temps mais être juste par rapport à un apprentissage des règles et des connaissances et donc mon rôle de maître de stage c'est un petit peu ça plus le fait que j'ai la responsabilité des étudiants qui sont dans mon service.

V :

Finalement, vous avez mobilisé votre expérience de tutrice, d'étudiante infirmière, ainsi que votre formation à l'école des cadres. Mais, avez-vous suivi une formation spécifique dédiée à la mission de maître de stage ?

C :

Non ; non il n'y a pas de formation.

V :

Est-ce que c'est quelque chose qui vous a manqué ?

C :

Il me semble qu'il en existait une à l'époque.

V :

Une formation pour les maîtres de stage ?

C :

Il me semble qu'il en existait une au début de la mise en place en 2009, mais qui n'a pas été poursuivie ensuite

Il me semble que ça existait, maître de stage ça devait exister, il me semble en avoir entendu parler, mais à l'époque j'étais infirmière donc je n'étais pas dans cette dynamique mais il me semble qu'elle existait. Maintenant savoir si elle existe encore je ne sais pas, je ne pense pas ; après c'est de l'oralité : on sait que le maître de stage par rapport à la description du portfolio il est responsable des étudiants, qu'il doit organiser la prestation qui est donnée à l'étudiant et d'une certaine manière dès qu'il y a un souci c'est lui qui doit le régler. Donc après les soucis ils sont inhérents aux situations. Soit on les a déjà vécus et on peut se servir de notre vécu parce qu'il n'y en a pas une qui ressemble à une autre de toute manière, et sinon on apprend en forgeant. Donc là en l'occurrence moi j'apprends, j'apprends à chaque situation.

V :

Un dispositif de formation à la mission de maître de stage pourrait-il trouver sa place dans ce dispositif ?

C :

Je ne sais pas si c'est très utile parce que c'est un petit peu comme quand on est à l'IFCS. Quand on fait les situations de crise on nous dit, on nous fait des scénarios, des – comment dire ? – des sketches. Mais les sketches ne sont jamais la réalité. Les mises en situation, comme disent les formateurs, ne sont pas vraiment la réalité du terrain. Au réel, on est confronté au positionnement, et il faut sans cesse trancher. En fait le rôle du maître de stage c'est qu'à un moment il faut qu'il tranche, qu'il prenne position, et qu'il dise les choses clairement. Parfois, au détriment du professionnel ou de l'étudiant parce que ça peut être des deux côtés.

V :

Vous parliez justement de devoir se positionner, donc de prendre des décisions en tant que cadre. Vous avez évoqué la nécessité de devoir se positionner en tant que maître de stage. A votre avis, un autre acteur que le cadre de santé pourrait-il remplir cette mission de maître de stage ?

C :

Je pense que quelqu'un d'autre peut la remplir mais ça doit être compliqué et que le fait d'être cadre et maître de stage doit donner une certaine légitimité à cette fonction.

V :

Qui pourrait-être cet autre acteur ?

C :

Je dirais une infirmière ancienne qui est tuteur parce que l'ancienneté fait que ça donne aussi une certaine légitimité lorsqu'on dit, dans la connaissance qu'on peut avoir. Mais je pense que

ce n'est pas un poste facile que d'être maître de stage, c'est facile quand il ne se passe rien. C'est comme dans toutes les situations : tant qu'il n'y a pas de problème, qu'il n'y a pas besoin de se positionner tout le monde peut le faire. Et le jour où il y a le souci, il faut prendre, il faut se positionner, il faut prendre des décisions ; le fait d'être cadre aide, aide à prendre ces décisions parce qu'on sait ce qui est faisable, pas faisable et puis on va apprendre, on peut s'appuyer sur des personnes ressource, sur des gens qui ont déjà vécu ces expériences-là. Donc d'être cadre ça facilite tout ce réseau aussi.

V :

Absolument. Donc est-ce qu'à partir de là on peut essayer de trouver une situation que tu aurais vécue en tant que maître de stage et qu'on pourrait essayer d'expliquer un petit peu ensemble ?

C :

Je vais peut-être prendre celle que j'ai commencée à vous expliquer là tout à l'heure.

V :

C'est celle pour laquelle je t'ai coupée ?

C :

Oui. Donc voilà mercredi, là c'est tout récent, mercredi j'ai une formatrice du suivi pédagogique d'une étudiante qui est en stage dans mon service de nuit qui m'a appelée pour me signaler qu'il y avait une étudiante qui était encadrée par une de mes infirmières de nuit d'un roulement qui était en difficulté parce qu'elle avait fait un bilan de demi-stage la veille et elle lui avait dit qu'elle lui validerait pas son stage, que de toute manière elle ne savait rien faire, qu'elle n'avait pas de connaissances, enfin quelque chose de catastrophique pour l'étudiante puisqu'elle était en troisième année, en juillet diplômé...

V :

Donc ça c'était les faits rapportés par la formatrice.

C :

Voilà. L'étudiante est effectivement en fin de stage. Je peux vous dire qu'elle était complètement sonnée et démoralisée. Ce sont des jugements de valeurs qui ne peuvent pas permettre à l'étudiante de progresser. Si son stage n'est pas validé, elle ne sera pas présentée au DE et qu'elle était quand même étonnée parce que ce n'était pas une étudiante qui avait posé problème. Donc j'ai pris acte de ce qu'elle m'a dit, j'ai dit que j'allais voir parce que d'autant que le soir même je devais recevoir en entretien d'évaluation cette infirmière en question.

V :

Vous avez vu l'infirmière ?

C :

Oui. Et que du même coup j'ai pu voire l'étudiante. Donc voilà c'est resté là. J'ai transmis ça à la formatrice que j'allais voir sur le terrain ce qui pouvait m'être rapporté, pour avoir une idée d'ensemble. Donc le soir j'ai fait mon entretien d'évaluation, et un petit peu avant la fin j'ai demandé à l'infirmière comment se passait l'encadrement des étudiants. En fait, dans cette équipe j'ai une infirmière jeune diplômée qui a donc six mois de poste et une infirmière âgée qui a fait toute sa carrière, qui est à un an de la retraite. Et donc, sauf obligation je positionne l'encadrement à l'infirmière expérimentée, plutôt qu'à la jeune qui n'a pas encore trouvé vraiment toutes ses marques. Donc elle m'explique que ça ne se passe pas bien, qu'elle n'est pas bien. Je lui dis donnez-moi des exemples de ce qui est pour vous dysfonctionnement en question pour m'expliquer ce qui ne va pas. Donc elle me donne des exemples je lui dis : mais vous lui avez posé la question de ce qu'elle allait faire avant de faire un soin? Il y avait entre autres un aérosol. Il n'y a pas prise d'air dans les chambres donc ils ont des appareils pour faire les aérosols et l'étudiante a pris l'appareil d'un patient pour le porter à son voisin qui allait faire un aérosol. Et donc l'infirmière a arrêté l'étudiante dans son élan en lui disant qu'elle était en train de commettre une faute grave en lui disant qu'on ne prend pas le masque d'un patient. En fait, l'infirmière n'a parlé que du masque.

V :

Oui.

C :

L'infirmière ne m'a parlé que du masque, elle m'a dit qu'elle prenait le masque d'un patient pour le mettre à l'autre. Donc j'ai dit : « OK. Mais vous lui avait demandé ce qu'elle comptait faire ? » Elle n'a pas posé la question mais après elle m'explique qu'elle a fait des prises de sang, et qu'elle ne sait pas piquer. Je lui dis « elle ne sait pas piquer parce qu'elle a raté la prise de sang ? ou bien parce que les gestes sont mauvais ? » Donc j'essaie d'orienter parce que je lui dis pour moi ne pas savoir réussir la prise de sang ne veut pas dire qu'on est pas un bon professionnel.

V :

En effet.

C :

Ce n'est pas une faute, on peut rater une prise de sang tout en ayant bien fait le soin ; en plus les sujets âgés ont des veines difficiles.

V :

Oui, c'est l'ensemble du processus qu'on va regarder.

C :

Est-ce que au niveau règle d'hygiène, gestes, relationnel, ergonomie tout ça est-ce que c'est bon ? Parce que si ça c'est bon, pour moi le geste il est validé. Et puis elle me donne deux, trois exemples comme ça, qui ne sont pas forcément très objectif. On va dire c'est son objectif à elle mais je trouve qu'il n'y a pas eu forcément de dialogue avec l'étudiante pour savoir comment se positionner. Autre exemple : l'infirmière demande à l'étudiante de faire un contrôle de glycémie à une patiente, alors qu'elle était déjà en train de préparer un autre soin. C'était pas hyper clair, je ne sais pas s'il y avait une question parce qu'elle l'arrêtait dans ses gestes sans forcément lui poser la question. Moi ce que j'ai entendu c'est qu'elle part avec un flacon de 500 et elle doit faire un 250 mais elle ne lui pose pas forcément la question : qu'est-ce qu'elle va faire avec ce flacon ?

V :

Vous voulez dire que dans les faits qu'elle vous a rapporté, à aucun moment l'évaluation s'est intéressée sur les processus que l'étudiante avait mis en œuvre pour réaliser les soins ?

C :

Non. Soit elle l'arrête dans son élan, où bien elle trouve qu'elle ne prend pas assez d'initiative, et qu'elle ne sait pas travailler. Du coup, l'étudiante ne fait jamais toute seule son tour des patients, elle est toujours avec l'infirmière qui vérifie tout ce qu'elle fait. Donc c'est vrai que ça peut être un peu frustrant pour une étudiante de troisième année. Mais dans ma compréhension, je me dis qu'elle ne pose pas non plus forcément les bonnes questions à l'étudiante pour essayer de savoir son cheminement parce que chacun a son cheminement. Mais je n'ai pas l'impression qu'elle lui pose des questions. Elle l'arrête sans lui poser la question de ce qu'elle va faire. Donc je finis l'entretien et je reçois l'étudiante, je lui demande de venir. Donc l'étudiante me dit qu'il n'y a pas communication. Effectivement, elle lui a dit qu'elle ne lui validerait pas son stage, et que ça l'angoisse car elle risque de ne pas pouvoir passer son DE. De toute manière, elle a arrêté de communiquer, ça ne sert à rien. Elle vient la boule au ventre en stage, et elle est à deux doigts de s'arrêter. Donc on en est là, et je lui explique « apparemment vous avez des soucis avec pour faire un aérosol ? » C'est là qu'elle m'explique qu'elle avait pris tout l'appareillage avec effectivement le masque du patient pour le poser à l'autre patient mais qu'elle avait l'intention de changer le masque. Et puis je lui parle de la prise de sang, je parle de deux, trois petites choses et je sens bien qu'il n'y a pas eu de communication et de demande d'explication de la part de l'infirmière. Je vois que de toute manière on va dire dire qu'il y a un non-retour qui est latent durant tout son stage ; donc je lui dis : ce que je peux vous proposer c'est de vous mettre avec l'infirmière sur l'autre aile avec la jeune on va dire pour cadrer, mais elle me dit : ça sera pareil parce que de toute manière à la finalité quand la feuille se fera, c'est l'ancienne qui aura le dernier mot par rapport à la nouvelle et puis de toute manière elles se suivent on va dire. Donc je lui dis : oui mais ça

m'embête parce que sur la contre-équipe en fait il y a déjà une de vos collègues. Elle me dit : oui je sais mais ce n'est pas possible, d'un autre côté son argument n'était pas forcément faux de dire que la jeune infirmière serait sous l'influence de l'ancienne et qu'il n'y aurait pas forcément d'objectivité même si ça se passait mieux. Donc je ne voulais pas.

V :

Si je comprends bien, votre souci était de pouvoir faire en sorte que l'étudiante puisse poursuivre son stage de nuit ? Vous lui avez-donc proposé de continuer avec la seconde équipe ?

C :

Ce que je voulais c'était d'arriver à ce qu'elle ne soit plus en situation d'angoisse, et qu'elle puisse continuer.

V :

En fait, vous vouliez lui permettre de continuer son stage, et vous avez sollicité la contre-équipe de nuit pour poursuivre la prise en charge de son encadrement ?

C :

Et voilà favoriser les conditions de la poursuite et qu'elle ne se sente pas bloquée. Et en analysant les faits par rapport à ce qu'elle me disait, elle n'était pas non plus dans une analyse qui était fautive en disant qu'elle risquait d'être sous influence. Donc comme je ne voulais pas non plus qu'elle soit pénalisée par son stage, j'ai regardé un petit peu le planning ce que je pouvais faire par rapport à la contre-équipe et finalement je l'ai mise sur la contre-équipe ; elle m'a dit que cela ne la gênait pas de travailler quatre jours de suite – donc il y avait des compromis de part et d'autre. Je lui dis « maintenant les dés sont chez vous, à vous de faire vos preuves ». Le lendemain j'étais là et j'ai revu l'infirmière qui va l'avoir en charge et je lui ai expliqué la situation. Donc moi je lui ai dit « maintenant on fait abstraction, on redémarre à zéro, elle démarre comme s'il elle démarrait un stage, vous voyez ce qui se passe dans les six jours ». Pour l'instant le changement d'équipe semble avoir été profitable à l'étudiante, qui a pu reprendre son stage en toute sérénité.

V :

D'accord. En fait, nous sommes sur une situation qui est en cours d'évaluation.

C :

Elle sera finie d'ici 15 jours. La seule chose c'est que moi j'ai rappelé la formatrice aujourd'hui.

V :

Effectivement. Je voulais savoir comment finalement les différents acteurs, c'est-à-dire l'infirmière de nuit, et la formatrice avaient accueilli un petit cette solution de compromis ?

C :

La contre équipe l'a pas mal accueilli, elles ont compris.

V :

La contre équipe ? Vous voulez parler de l'équipe qui a reçu l'étudiante en seconde intention ?

C :

Oui, celle qui a reçu l'étudiante. C'est pour ça que moi j'ai voulu être claire et expliquer les choses et après dire qu'on repartait à zéro. Elle a toutes ses chances, elle a 15 jours pour faire toutes ces preuves parce qu'en fait elle ne sera que six jours avec elle puisqu'elle va être sous son ancienne équipe Donc maintenant c'est à l'étudiante de s'impliquer.

Moi je pense que j'ai rempli ma tâche en essayant d'être correcte vis-à-vis de l'infirmière qui, d'une certaine manière, s'est rendue compte qu'il y avait quand même un souci, mais ce n'est pas agréable non plus de s'entendre dire : on vous retire l'étudiante parce que ça ne va pas. Après l'étudiante, moi j'espère que j'ai fait le bon choix pour elle, qu'elle va se donner les moyens de se rattraper parce que si effectivement c'est un problème de personne à personne, elle a toutes les chances et au moins nous, au niveau du terrain de stage, on lui aura donné les moyens de valider son stage et de réussir son stage surtout.

Donc je serai plus vigilante dorénavant parce que fatalement elle va ravoir des étudiants cette infirmière donc je vais être un peu plus vigilante, peut-être que je ferai des points, je resterai le soir pour voir les étudiants un petit peu et j'ai informé donc la formatrice de ce résultat, de ce qui avait été donné parce que le vendredi je n'ai pas pu le faire, j'ai oublié de l'appeler, je voulais lui mettre un mail et j'ai oublié ce qui fait que ce matin je l'ai appelée en direct et elle n'avait pas eu de nouvelles de l'étudiante. Donc elle devait la contacter prochainement. Donc voilà où on en est. Donc après moi en général les infirmières de nuit me mettent les feuilles parce que je contresigne toutes les feuilles en tant que maître de stage ; je demande à contresigner toutes les feuilles de stage qui sont remplies. Parce que je trouve que c'est aussi mon rôle que de valider ce que le tuteur met comme appréciation parce que ça veut dire que d'une certaine manière s'il y a un conflit par rapport à ce qui est écrit, ils savent que moi je serai là pour les soutenir. Donc on a eu aussi un problème de feuilles qui étaient mal remplies parce qu'il y avait une incohérence sur la validation – alors je ne me rappelle plus exactement – je dirai la validation de la compétence une et pas la deux on va dire et donc ça faisait une incohérence.

V :

Finalement, au-delà de la mission de contrôle, le maître de stage a aussi une mission de soutien auprès de son équipe ?

C :

Oui, oui. Il y a une fonction de soutien de l'équipe aussi sur leur positionnement par rapport à l'évaluation de l'étudiant. Quand elles disent que ce n'est pas validé parce que tel ou tel critère par rapport à ce qu'elles ont vu en situation. Dans ce cas, je dialogue avec les tuteurs pour savoir sur quoi ils s'appuient pour déterminer ce positionnement. Après moi si je suis en accord avec elle parce que je repose des questions – si je suis en accord avec elle, c'est validé et ça passe.

Et après s'il y a besoin le cas échéant, je me mets aussi en lien avec la formatrice référente du stage ou la personne qui m'interpelle par rapport à cette feuille de stage et je vois avec elle ce qui lui paraît incohérent et dans quelle mesure on peut réajuster ou pas.

V :

D'accord. Nous avons encore une autre mission finalement, qui est celle de la validation des appréciations formulées au cours des bilans de stage avec des étudiants, ainsi que l'aide apportée aux équipes dans la formulation des appréciations ?

C :

Pour moi, Voilà ce qui donne du sens à cette fonction.

V :

Ce n'est pas toujours facile pour des tuteurs de devoir se positionner en cas de conflit avec les étudiants ?

C :

De toute manière dès qu'il n'y a pas de validation ou qu'il y a un petit point négatif où il faut appuyer, ça ne passe jamais avec les étudiants, rarement. Donc c'est souvent des discussions, des explications ; en fait on s'aperçoit que les étudiants sont prêts à accepter n'importe quoi du moment que le stage est validé – n'importe quoi, façon de parler, mais leur angoisse en fait c'est la validation du stage. Alors ils veulent bien être un peu moins bons d'un côté ou de l'autre mais il faut que le stage validé.

V :

Vous avez évoqué l'accompagnement aux équipes, à travers cette fonction de lien avec les formateurs notamment en cas de besoin. Est-ce que c'est facile d'aller faire du lien avec les formateurs aujourd'hui sur ces questions-là ?

C :

Moi ça me paraît compliqué parce que un, moi il n'y a pas longtemps que je suis là donc moi je fais du cas par cas pour l'instant. J'ai d'autres priorités à devoir gérer dans le service. Après peut-être qu'il y aura des liens qui se créeront avec le temps. Mais quand on arrive, c'est souvent du cas par cas et après créer des choses avec les formateurs oui, moi je serais pour, après c'est aussi difficile parce que chacun a des missions différentes mais je pense que peut-être dans quelque temps ça pourra se faire, ça pourra se faire parce que je pense qu'il est difficile d'être demandeur d'un partenariat avec les services, et à nous d'être disponibles pour faire ce partenariat ; le problème c'est que souvent ils ont besoin quand les professionnels sont dans les soins donc il faut voir retirer ponctuellement du personnel des soins et à part les périodes où on a tout notre personnel, c'est compliqué. Parce qu'on est toujours à effectifs constants minimums quasiment.

V :

Et ce partenariat s'il existait, en quoi est-ce qu'il pourrait vous aider dans votre mission de maître de stage ?

C :

Ça aiderait parce que les choses seraient vraiment posées, cadrées, formalisées entre l'IFSI et nous.

V :

Vous pensez à quoi en particulier ?

C :

Je pense à des choses comme les attentes des stages selon les niveaux ; ça peut-être quelque chose qui pourrait être fait d'une manière collégiale : stage, terrain de stage et IFSI.

V :

Donc le parcours en amont.

C :

Voilà, alors il y a un truc aussi que je fais c'est que depuis que j'ai pris le poste là en juillet, c'est que j'essaie de recevoir rapidement de manière informelle les étudiants en fin de stage pour savoir comment s'est passé leur stage et s'ils ont été satisfaits de l'accueil, si cela leur a été favorable, important pour eux, comment s'est passé leur encadrement, pour être toujours dans un axe d'amélioration.

V :

Ça se fait de manière globale ou individuelle ?

C : Je le fais globale. Après je prends les six ou sept étudiants que j'ai, après peut-être que je peux le faire ponctuellement, je l'ai peut-être fait ponctuellement une ou deux fois parce que je n'avais pas vu tous les étudiants, mais sinon je le fais d'une manière globale. Alors la première fois j'avais eu le temps de les accueillir en salle ou j'avais accueilli à l'arrivée donc après j'ai fait un tour de table individuel. Alors c'est sûr quand il y a des problèmes personnels et que sur certains secteurs ils ont toujours des intérimaires ou des gens du sixte du pool ça leur pose problème parce que tous les jours il faut refaire, mais aussi comme je leur ai expliqué c'est aussi une manière de travailler leur réadaptation. Et se dire aussi qu'il y a différentes manières de travailler, et que c'est bien de voir différentes méthodes et qu'après ils trouveront la leur. J'essaie de positiver les choses mais globalement les retours qu'on a, ils sont contents du stage, ils sont contents de l'investissement des professionnels, ils sont contents de l'accueil qu'ils ont aussi. Donc je pense qu'on est dans la bonne direction.

V :

Donc, globalement l'encadrement des étudiants se bien fait dans le respect du référentiel de 2009, et tient compte des ressources humaines disponibles dans le service ?

C :

Oui

V :

Est-ce qu'il aurait d'autres choses qu'on n'aurait pas évoquées au cours de l'entretien que vous souhaiteriez évoqué ?

C :

Non là je pense avoir globalement fait le tour. Après, peut-être que dans quelques années j'aurai un positionnement qui sera différent mais à ce jour voilà comment je reçois ma mission de maître de stage mais j'apprends au fur et à mesure aussi.

V :

Je vous remercie pour cet entretien.

LANZA	Vincent	Promotion MEAD
Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme de cadre de santé et du master (1ère année) « management des établissements, services et organisations de santé »		
Le rôle du cadre de santé, maître de stage et traducteur entre le lieu de stage et l'Ifsi		
Sous la direction de : Evelyne BIANCHI		
Institut de formation des cadres de santé Ile de France – Sainte Anne		
Université Paris Est Marne la Vallée		
Résumé :		
<p>La réingénierie de la formation conduisant au diplôme d'état d'infirmier a entraîné un changement important dans la formation des professionnels de santé, tant dans les services hospitaliers qu'à l'Ifsi.</p> <p>Nous allons tenter de comprendre comment le cadre de santé, maître de stage dans son service, peut aider les infirmiers à remplir leur mission de tuteur de stage, auprès des étudiants en soins infirmiers qui sont accueillis dans le service.</p> <p>De fait, la fonction de cadre lui permet d'occuper une position stratégique d'acteur de liaison entre les soignants qu'il encadre et l'Ifsi, et l'amène à devenir un des maillons du projet d'accueil des étudiants infirmiers en stage, et un vecteur du développement partenarial entre l'unité de soins et l'institut de formation.</p> <p>Cette réflexion s'inscrit dans le prolongement de notre expérience professionnelle d'infirmier tuteur de stage dans un service de médecine interne, puis de faisant fonction de cadre de santé et maître de stage dans un service de gériatrie.</p> <p>Notre cheminement nous a conduit à explorer notre cadre théorique, pour tenter de comprendre les enjeux du référentiel de formation et ses innovations en termes de changement.</p> <p>Ce cheminement nous a permis de dégager une hypothèse afin de répondre à notre questionnement de départ, qui renvoie à la posture de traducteur du cadre de santé dans l'exercice de sa mission de maître de stage, entre l'Ifsi et le secteur de soins. Les enquêtes de terrain que nous avons menées nous permettront ou non de valider cette hypothèse.</p>		
Mots clés (thésaurus BDSF) : Cadre infirmier – Institut formation soins infirmier – Traduction – Management participatif – Référentiel – Tutorat – Partenariat		
L'Institut de Formation des Cadres de Santé de Sainte-Anne (Paris) n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.		