

Cadre de santé, moteur des processus de formation

■ **Management des soins** ▶ p. 29
La réalisation d'activités en stage

■ **Ressources Humaines** ▶ p. 32
La coopération maître et tuteur
de stage

■ **Sur le terrain** ▶ p. 38
Développer ses compétences
psychosociales

■ **Gestion des risques** ▶ p. 42
L'administration
des médicaments en stage

■ **Recherche & Formation** ▶ p. 46
Être faisant fonction cadre
de santé : un tremplin pour
la formation ?

Ce dossier relatif à la formation met en évidence le rôle prépondérant des cadres de santé dans les processus de formation des étudiants et professionnels de santé paramédicaux.

Il permet de mesurer les capacités d'innovation, d'adaptabilité dont font preuve les équipes encadrantes en charge de la formation et de l'évaluation des étudiants, qu'ils soient en formation initiale ou de cadre de santé.

Le lecteur découvrira au fil des articles le développement de méthodes pédagogiques, de processus d'accompagnement, de conditions de formation et d'évaluation innovantes, tant dans les instituts de formation que dans les services de soins. Au-delà du processus de formation, la réflexion des cadres contribue à l'amélioration de l'organisation des soins et de la démarche qualité. Quelle que soit la thématique évoquée, les auteurs mettent en évidence leur souci permanent d'évaluer par une méthodologie rigoureuse la pertinence des actions de formation mises en place. ■

MANAGEMENT DES SOINS

■ La réalisation d'activités en stage

La mobilisation des différents types de savoirs s'inscrit dans une perspective d'acquisition de compétences. Les futurs référentiels d'activités et de compétences s'appuient sur cette notion. Il semble utile de penser les activités à réaliser en stage comme contributives à l'acquisition des compétences visées dans ces référentiels.

Catherine Destrez, Ariane Engelstein
Cadres supérieurs de santé, formatrices IFCS, AP-HP

Mots clés

Alternance -
Cadre de
proximité -
Compétences
Encadrement -
Management -

Les évolutions du système de santé et de l'organisation des soins ont des conséquences sur la place et l'activité des acteurs et, de fait, sur les métiers. Le métier de cadre de santé s'inscrit dans cette dynamique. En ce sens, le dispositif de formation a pour objet d'amener les étudiants à appréhender ce nouveau positionnement au sein des organisations sanitaires et sociales. La formation des cadres de santé constitue un espace-temps de construction de l'identité professionnelle, tout au long du parcours de formation en alternance, permettant de développer les compétences requises. Selon Richard Wittorski, « *la deuxième voie de développement des compétences renvoie au schéma de la formation alternée: il y a une itération entre la transmission de savoirs théoriques en classe et la production de compétences en stage. Il s'agit d'une "logique de la réflexion et de l'action"* ». ⁽¹⁾

UN PROCESSUS RÉFLEXIF AUTOUR DU MÉTIER DE CADRE DE SANTÉ

Le dispositif de formation des cadres de santé vise la profes-

sionnalisation ⁽²⁾. C'est pourquoi il se déroule en alternant des enseignements et quatre stages ⁽³⁾. Ceux-ci se situent dans un environnement de travail différent qui conduit l'apprenant à développer progressivement ses capacités et les compétences propres au métier.

« *La qualité de l'alternance s'enracine dans la volonté de "former autrement", de se donner les moyens d'adapter les parcours et les trajectoires de formation au vécu de travail des apprenants.* » ⁽⁴⁾ Il s'avère indispensable de tendre vers une alternance dite "intégrative" qui permet de potentialiser les acquisitions, notamment au cours des stages en secteur sanitaire et social.

Ces stages du module 4: Fonction d'encadrement et module 6: Approfondissement des fonctions d'encadrement et de formations professionnels sont au cœur du métier d'encadrant d'unités de soins et d'activités paramédicales. Ils offrent l'opportunité à l'étudiant cadre de santé de se confronter aux situations réelles de travail qui s'avèrent de plus en plus complexes à manager.

L'ÉLABORATION D'UN DISPOSITIF D'APPRENTISSAGE

Dès 2014, des rencontres entre l'Institut de formation des cadres de santé (IFCS) de l'AP-HP et des partenaires hospitaliers ont fait émerger la conception d'un projet autour de l'alternance et de sa mise en œuvre. « *Une alternance qui permettrait d'apprendre à apprendre, d'être du côté du savoir agir plus que du savoir-faire, de l'adaptabilité plus que de l'adaptation, des compétences de gestion de l'action plus que des compétences d'action...* » ⁽⁴⁾

"Une alternance qui permettrait d'apprendre à apprendre, d'être du côté du savoir agir plus que du savoir-faire"

L'élaboration d'un dispositif d'apprentissage en stage a pris forme. Il conduit l'étudiant, acteur de sa formation, à s'engager dans la réalisation d'activités récurrentes du métier de cadre de santé, en situation de travail. Le projet s'est construit en plusieurs phases autour de deux axes. Le premier concerne la sélection d'activités récurrentes du métier de cadre de santé, quelle que soit la filière paramédicale de l'étudiant. Le second axe porte sur la formalisation d'un outil d'aide à la réalisation de ces activités en stage pour l'étudiant et pour le tuteur de stage. Dans un premier temps, six activités classées par domaine ⁽⁵⁾ ont été choisies:

• **domaine d'activités n°2** - gestion de l'information, des moyens

et des ressources du secteur d'activités: élaboration et/ou réajustement d'un planning; approvisionnement d'un secteur d'activités en matériel et produits pour une période donnée; analyse de situation: gestion des flux d'activité;

- **domaine d'activités n°3** - management, encadrement et animation des équipes pluriprofessionnelles: rédaction d'un rapport administratif;

- **domaine d'activités n°4** - gestion et développement des compétences: construction d'une action de formation auprès d'une équipe; élaboration d'une fiche de poste.

Dans un second temps, le travail a porté sur l'élaboration de l'outil, support d'apprentissage qui se voulait simple d'utilisation, synthétique, tout en répondant aux objectifs fixés pour l'apprenant: mettre en œuvre des activités, s'auto-évaluer et argumenter les choix opérés auprès du cadre tuteur. Cette phase d'élaboration a suscité de la controverse professionnelle en équipe pédagogique centrée sur l'adéquation entre l'intention pédagogique, les objectifs d'apprentissage et la formalisation de l'outil. Il a été décidé que cet outil serait constitué de deux parties.

- **La première** est destinée à la réalisation de l'activité par l'étudiant et à son auto-évaluation. Elle comporte les étapes successives de sa réalisation, constituant ainsi des points de repères dans sa mise en œuvre, utiles à l'auto-évaluation de l'étudiant cadre de santé. Ces étapes sous-tendent les capacités mobilisées.

- **La seconde** est consacrée à la présentation de l'activité réalisée par l'étudiant au cadre tuteur.

ÉLABORATION ET/OU RÉAJUSTEMENT D'UN PLANNING

DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES DE L'AP-HP
CENTRE DE LA FORMATION ET DU DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES
Institut de formation des cadres de santé

Domaine d'activités
Gestion de l'information, des moyens et des ressources du secteur d'activités





RÉALISATION DE L'ACTIVITÉ
ÉLABORATION ET/OU RÉAJUSTEMENT D'UN PLANNING

NOM DE FAMILLE DE L'ÉTUDIANT CADRE DE SANTÉ :
PRENOM :
GROUPE DE SUIVI PÉDAGOGIQUE :

AUTO-EVALUATION DE L'ACTIVITÉ RÉALISÉE	Non réalisé	Partiellement réalisé	Réalisé
Appliquer la réglementation en matière de présence au travail			
Tenir compte des règles internes au secteur d'activités en matière d'organisation et de contraintes et de l'effectif minimal requis			
Permettre aux personnels l'émergence de leurs desiderata et les prendre en compte autant que possible dans la réalisation du planning			
Argumenter les choix et négocier une autre solution avec les intéressés en cas d'impossibilité de réponses favorables aux demandes formulées			
Utiliser le support adéquat du secteur d'activités et le remplir sans erreur			
COMMENTAIRES :			

PRÉSENTATION DE L'ACTIVITÉ RÉALISÉE AU CADRE TUTEUR (A remplir par le cadre tuteur et l'étudiant)	Non réalisé	Partiellement réalisé	Réalisé
Argumenter les choix opérés			
Appliquer la réglementation en matière de présence au travail			
Appliquer les règles internes au secteur d'activités en matière d'organisation et de contraintes et d'effectif minimal requis			
SYNTHÈSE PAR LE TUTEUR ET L'ÉTUDIANT CADRE DE SANTÉ :			

NOM DU CADRE TUTEUR :
PRENOM :
DATE :
SIGNATURE ET TAMPON :
SIGNATURE DE L'ÉTUDIANT CADRE :
IFCS AP-HP-Réalisation de l'activité-Élaboration-Réajustement d'un planning-2016-2017-VF-27/02/2017-CD-AE-M3-EL-YS

Elle permet aux acteurs de communiquer sur le processus de réalisation de l'activité dans le contexte donné. Ce temps d'échanges concerne les éléments pris en compte pour réaliser l'activité, la manière dont celle-ci a été conduite et les choix opérés. Cette discussion professionnelle aboutit à une synthèse formalisée par l'étudiant et le tuteur. Elle met en exergue les capacités développées par l'apprenant cadre de santé lors de la réalisation de l'activité, voire les compétences mises en œuvre. La synthèse peut préciser, le cas échéant, les axes de progrès. Les signatures contractualisent l'engagement de l'apprenant et l'accompagnement du tuteur dans l'ensemble du processus d'apprentissage.

LA FICHE DE RÉALISATION DE L'ACTIVITÉ EN STAGE

L'outil a été modélisé sous la forme d'une fiche intitulée "Réalisation d'activité en stage" (voir ci-dessus). Ce modèle a été décliné pour chacune des activités retenues.

Au regard de la construction de l'alternance enseignements-stages, les activités sont à réaliser au cours des stages en secteur sanitaire et social. Chacune des activités est à mettre en œuvre au moins une fois au cours de ces stages. C'est à l'étudiant, en collaboration avec le cadre tuteur et en fonction du contexte et de l'environnement de travail, d'évaluer la faisabilité de la réalisation de chacune des activités. L'étu-

NOTES

- (1) Wittorski, Richard. "De la fabrication des compétences". *Éducation Permanente*, février 1998, n°135.
- (2) Selon Richard Wittorski, la professionnalisation est un processus de production des compétences qui caractérisent une profession.
- (3) Arrêté du 15 mars 2010 modifiant l'arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé.
- (4) Fernagu Oudet, Solveig. "Former dans l'environnement: les formations en alternance". *Éducation Permanente*, juin 2010, n°183.
- (5) Document de travail, diplôme cadre de santé, référentiels d'activités et de compétences, ministère des Affaires sociales et de Santé, Direction générale de l'offre de soins, travaux du groupe production CS, décembre 2012.

diant cadre de santé peut mettre en œuvre l'activité autant de fois qu'il le juge utile, en s'appuyant sur son auto-évaluation. L'implication du tuteur de stage est une ressource pour accompagner l'étudiant, le guider, le conseiller dans ses choix.

Au retour du stage, l'étudiant restitue sa feuille de stage et la ou les fiche(s) d'activité(s) réalisée(s). Les éléments figurant sur celle(s)-ci peuvent conduire le formateur-accompagnant pédagogique⁽⁶⁾ de l'étudiant et/ou l'étudiant de décider d'un entretien. La discussion porte sur l'analyse des difficultés rencontrées par l'étudiant. Un diagnostic pédagogique est posé et un plan d'actions est déterminé. En fin de formation, l'étudiant dispose de son dossier pédagogique contenant les fiches des activités réalisées en stage.

LE BILAN DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA "RÉALISATION D'ACTIVITÉS EN STAGE", RÉVÉLATEUR DE SENS

Le projet a été déployé auprès de la promotion 2014-2015. Un test portant sur la réalisation de trois activités a été programmé au cours du stage du module 6: Approfondissement des fonctions d'encadrement et de formation professionnels. Le bilan du test a conforté l'intérêt du projet pour les acteurs impliqués dans la formation en alternance des cadres de santé.

117 étudiants, sur les 164 que comptait la promotion, ont réalisé au moins une des trois activités:

- 109 étudiants ont réalisé l'activité liée au planning, soit 94 %;
- 93 étudiants ont réalisé la gestion des flux d'activité, soit 79 %;
- 68 étudiants ont réalisé la rédac-

tion d'un rapport administratif, soit 59 %.

Le projet et les résultats obtenus dans la phase test ont fait l'objet d'une communication en Conseil technique. L'ensemble de ses membres a souligné l'intérêt de la démarche et en a approuvé le développement pour les promotions suivantes.

UNE MISE EN ŒUVRE, INTÉGRÉE AU PROJET PÉDAGOGIQUE

Pour la promotion 2015-2016, le projet "Réalisation d'activités en stage" a été présenté aux étudiants et aux structures d'accueil par l'intermédiaire d'un guide de stage. Les outils ont été mis à disposition des étudiants sur l'Espace numérique de travail. Lors de l'accueil en stage, chaque étudiant a exposé ses objectifs institutionnels et/ou personnels au cadre tuteur, et a négocié la réalisation des différentes activités en lien avec ceux-ci.

A posteriori du stage, une évaluation quantitative et qualitative du déploiement du projet a été effectuée auprès des étudiants et des tuteurs de stage à l'aide d'un questionnaire en ligne.

Au total, 598 activités ont été réalisées par les 145 étudiants au cours des stages en secteur sanitaire et social. Les activités mises en œuvre portent particulièrement sur le planning, l'approvisionnement en matériels et produits d'un secteur d'activité, la gestion des flux d'activité et la rédaction d'un rapport administratif. Toutefois, l'ensemble des activités a été investi.

De ce bilan et des rencontres avec les partenaires hospitaliers, ont émergé des propositions portant sur d'autres activités managériales, telles que la négociation,

la gestion de conflit, la conduite de réunion, la prise de parole en public... La promotion 2016-2017 bénéficie de neuf fiches portant sur des activités récurrentes du métier cadre de santé. Lors du stage du module 4: Fonction d'encadrement, les étudiants ont investi quantitativement et qualitativement l'ensemble des activités, démontrant ainsi l'intérêt de la démarche et de l'outil.

CONCLUSION

La réalisation des activités en stage contribue au processus de professionnalisation du futur cadre de santé. Au cours de ces "activités" apprenantes, l'étudiant mobilise les connaissances acquises et développe les compétences requises pour l'exercice de son futur "cœur de métier". En attente de la réingénierie de la formation des cadres de santé, ce dispositif d'apprentissage répond à un besoin des acteurs de l'alternance. Il s'inscrit pleinement dans l'évolution du cadre réglementaire portant sur les critères de qualification et de professionnalisation des stages pour les métiers paramédicaux. La formation en alternance des cadres de santé requiert que l'ensemble des acteurs s'implique dans cette dynamique de manière innovante.

« *Le monde du travail et le monde de la formation cherchent à cohabiter et à collaborer. Les espaces tentent de s'articuler. La rencontre d'un "autrement", d'une altérité, est admise et acceptée, et elle participe à la professionnalisation des apprenants.* »⁽⁴⁾ ■

TEXTES RÉGLEMENTAIRES

- Instruction N° DGOS/RH1/2014/369 du 24/12/2014 relative aux stages en formation infirmière.
- Instruction N° DGOS/RH1/2016/330 du 4 novembre 2016 relative à la formation des tuteurs de stages paramédicaux.

NOTES

(6) Extrait du projet pédagogique IFCS AP-HP: pendant les dix mois de formation à l'IFCS, le formateur-accompagnement pédagogique contribue à la construction identitaire du futur cadre de santé. L'accompagnement pédagogique s'appuie sur trois dimensions: individualisation, socialisation et autonomisation. P.9-10.

RESSOURCES HUMAINES

La coopération maître et tuteur de stage

Mots clés

Processus de professionnalisation - Coopération - Maître de stage - Tuteur de stage - Situations emblématiques

« *L'acquisition des compétences, par le principe de la pédagogie réflexive est, en grande partie reliée aux stages.* »⁽¹⁾ Une organisation efficiente du dispositif d'apprentissage au niveau des unités fonctionnelles constitue donc l'un des défis à relever pour les cadres de santé de proximité, notamment dans leur fonction de maître de stage et dans la coopération avec le tuteur de stage.

Laurent Soyer, infirmier, cadre de santé ; Nicole Tanda, infirmière puéricultrice, cadre de santé

Le milieu de soins peut s'appréhender à plusieurs niveaux. Si nous centrons notre propos sur l'institution hospitalière, d'un point de vue anthropologique : « *L'hôpital est une institution fondée sur un regroupement social autour du procédé thérapeutique, mais surtout un monde foisonnant, qui croise des dimensions de l'homme quasi infinies.* »⁽²⁾ Il en va de même au niveau proximal des soins où plus encore l'effet d'une culture dite "de service" se fait sentir. L'intrication de dimensions corporatistes ou de spécialités de soins engendre des pratiques singulières pour des pathologies singulières ou des groupes particuliers de personnes soignées. Certains auteurs ont d'ailleurs évoqué des cloisonnements professionnels⁽³⁾. Le raisonnement concernant l'apprentissage en stage s'ajuste donc à la sphère de l'unité fonctionnelle, même si celle-ci est souvent interdépendante d'une filière de soins.

LE TUTORAT

Le tutorat, issu à la fois du monde de la production et de celui de la formation, a semble-t-il toujours existé⁽⁴⁾. Néanmoins, depuis envi-

ron une vingtaine d'années, il est devenu un concept phare. Le groupement d'établissements publics locaux d'enseignement (Greta) donne une définition éclairante du tutorat : « *Le tutorat est une relation entre deux personnes dans une situation formative : un professionnel et une personne en apprentissage d'un métier dans son environnement.* »⁽⁵⁾ Le tutorat correspond donc à une pratique de formation *in situ*, "sur le terrain", en situation clinique réelle d'apprentissage. Comme nous l'avons évoqué en introduction, il est lié à la formation en alternance. Une seconde définition plus savante est proposée par Barbier⁽⁶⁾ qui souligne que le tutorat correspond à « *l'ensemble des activités mises en œuvre par des professionnels en situation de travail en vue de contribuer à la production ou à la transformation de compétences professionnelles de leur environnement, jeunes embauchés ou salariés en poste engagés dans un processus d'évolution de leur qualification* ». Deux mots clés apparaissent ici : les compétences et le processus entendu comme celui de professionnalisation. Nous sommes bien

dans une dynamique qui correspond aux programmes de formations initiales actuels, notamment celui de 2009 pour les IDE qui se fonde sur une approche socio-constructiviste du développement des compétences professionnelles⁽⁷⁾. Barbier fait également référence avec les termes « *jeunes embauchés* » et « *salariés* » à la gestion des ressources humaines. En effet, en premier lieu, au niveau institutionnel, le tutorat se base sur l'objectif d'accueillir et de former ceux que l'institution désire intégrer provisoirement ou durablement. Le tutorat s'inscrit donc dans un processus de professionnalisation. Nous ajouterons, sans être exhaustif, une troisième définition du tutorat précisant l'interrelation tuteur/tutoré : « *Activité de personne à personne permettant à un "tutoré" d'acquérir ou de développer des compétences grâce à la contribution d'un salarié expérimenté appelé tuteur.* »⁽⁸⁾

LE TUTEUR DE STAGE
Fonction pédagogique

Responsable de la formation du tutoré, « *le tuteur est une interface entre le stagiaire, le terrain de stage et l'institution de formation* »⁽⁹⁾. Le tuteur est donc porteur d'une fonction pédagogique, proximale, pour contribuer auprès du formé au processus personnel d'apprentissage, dont l'évaluation, l'assimilation et le transfert des connaissances, progression qui est formalisée au niveau du portfolio de l'étudiant. « *Le tuteur représente la fonction pédagogique du stage.* »⁽¹⁰⁾ La fonction pédagogique s'appuie sur l'expérience professionnelle en soins du tuteur. Le tuteur est avant tout un expert dans son domaine d'activité, c'est-à-dire « *celui qui s'est forgé, au fil des expériences de travail, des*

NOTES

(1) Agence régionale de santé Bourgogne. (2010). "Guide 1^{re} partie pour les professionnels des terrains de stage accueillant des étudiants en soins infirmiers. Programme 2009". Dijon : ARS Bourgogne (à consulter via le lien raccourci bit.ly/2fiiEx1).

(2) Vega, A. (1997). "Les infirmières hospitalières françaises : l'ambiguïté et la prégnance des représentations professionnelles". *Sciences sociales et santé*, 15(3), 103-132.

(3) Gonnét, F. (1989). "Les relations de travail : entre la complexité et l'insécurité, l'hôpital à vif". *Autrement*, (109), 128-147. Soyer, L. (2006). "Le management par projet pour favoriser le travail d'équipe et la qualité des soins au bloc opératoire". Mémoire de master 1 Ingénierie de la santé option gestion santé. Paris : École supérieure Montsouris / Université Paris XII Val-de-Marne. Peneff, J. (1992). *L'hôpital en urgence*. Paris : Métalié.

(4) Bourdoncle, R., Agulhon, C., & Pelpel, P. (1996).

"La fonction tutorale dans les organisations éducatives et les entreprises". Editorial. *Recherche et formation*, (22), 4-5 (repéré via le lien raccourci bit.ly/2x24Z1).

“compétences critiques” qui lui permettent d’agir et de réagir de façon pertinente dans des “situations de travail critiques” »⁽¹⁰⁾. La fonction pédagogique nécessite aussi des compétences académiques, c’est-à-dire des « *compétences censées découler des savoirs disciplinaires acquis* »⁽¹²⁾. Pour être la plus efficiente auprès du tuteur, la fonction pédagogique repose également sur la capacité du tuteur à utiliser une congruence cognitive. « *La congruence cognitive, quant à elle, dénote la capacité de s’exprimer dans le langage des étudiant-e-s, d’utiliser des notions ou concepts qui leur sont familiers, d’expliquer en des termes compréhensibles par eux* »⁽¹³⁾. Globalement, « *le tutorat en stage correspond à un encadrement de terrain par un professionnel en activité, responsable de l’encadrement pédagogique et du suivi du parcours du stagiaire dans l’acquisition progressive des éléments de compétence. C’est également une personne qualifiée, responsable des apprentissages du stagiaire* »⁽⁹⁾.

Fonction d’ingénierie

Cette définition nous amène vers une seconde fonction en amont et en aval de la fonction pédagogique auprès de l’apprenant, celle d’ingénierie de la formation. C’est à ce niveau que le tuteur se rapproche de la fonction managériale, pour organiser et optimiser les conditions d’apprentissage du tuteur. De même, la fonction d’ingénierie de la formation convoque des compétences didactiques dans le sens où le tuteur va agir sur les interactions du système didactique, ou triangle didactique, au niveau des trois éléments qui le composent : « *La relation didactique est habituellement décrite*

comme une relation entre deux partenaires, l’enseignant et l’élève, et avec un savoir. »⁽¹⁴⁾

Compétence d’accompagnement

Le tuteur est un acteur singulier au sein d’un service de soins, sa posture convoque nécessairement des compétences relationnelles plus larges que la relation soignant-soigné. Parmi les compétences relationnelles, émerge la compétence d’accompagnement : « *Le tutorat est une des formes singulières de ce que l’on nomme aujourd’hui, de façon plus générique, l’accompagnement. Les dispositifs dits “d’accompagnement”, qu’il s’agisse ou non de tutorat, ont bien souvent pour fonction première l’aide à la mise en situation de travail, de manière à augmenter l’efficacité de celle-ci.* »⁽¹⁵⁾ Étymologiquement, « *“tuteur” vient du latin tueri qui signifie “protéger, garder, veiller, prendre soin, s’occuper de”, ce qui confère au tuteur de stage un rôle bienveillant de protection vis-à-vis des stagiaires* »⁽⁹⁾. La notion d’accompagnement est donc intimement reliée à celle de bienveillance. Évoquant cette relation parfois informelle entre tuteur et tuteur, teintée de bienveillance, certains auteurs évoquent la notion de congruence sociale lorsque les tuteurs « *s’intéressent à la vie des étudiants et à leurs centres d’intérêt* »⁽¹⁶⁾. Maillon du dispositif de formation, le tuteur a notamment un rôle essentiel au moment d’une des phases clés de l’accompagnement des stagiaires, à savoir l’accueil individuel. « *Le dispositif d’accueil tient son importance du fait qu’il représente le premier contact prolongé de l’étudiant avec le personnel de l’institution de formation [...]. Ce contact va probablement “donner le ton”*

pour la suite de la formation et marquer durablement l’attitude que l’étudiant adoptera. »⁽¹⁷⁾

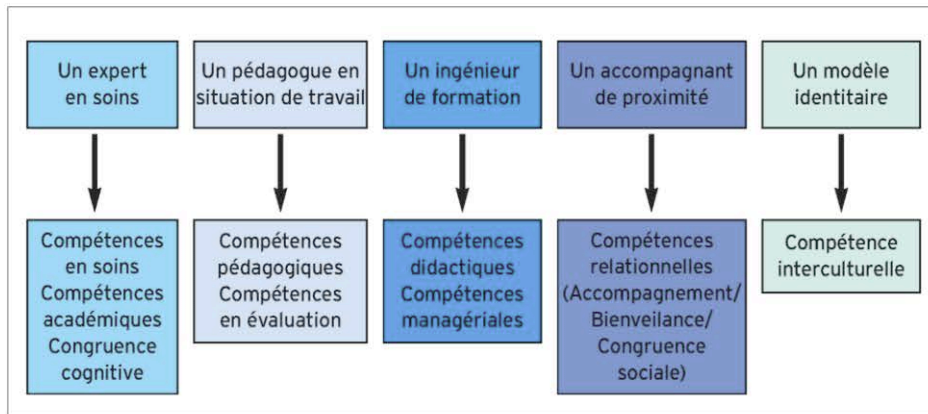
Vecteur identitaire

Le tuteur est également un vecteur identitaire. « *On tend, en effet, à parler de tutorat chaque fois que l’on constate auprès d’agents dont ce n’est précisément pas la fonction principale, et pour une durée qui reste généralement limitée, la présence d’activités qui contribuent directement à la survenance chez d’autres agents de transformations identitaires correspondant au champ même de cette fonction principale.* »⁽⁶⁾ Il y a, dans la rencontre tuteur/tuteur, une forme d’interculturalité, dans le sens où le milieu de stage va constituer une membrane osmotique entre la culture de l’apprenant et celle du service représentée (au sens des représentations sociales) par le tuteur de stage. Il est clair que le tuteur de stage a tout intérêt à développer une compétence interculturelle⁽¹⁸⁾. Dans cette perspective, le tuteur constitue bien un représentant de l’institution où il exerce, puisque le tuteur va tendre à se référer à l’identité véhiculée par le tuteur. Le tuteur est donc un modèle identificatoire permettant au tuteur de développer une professionnalité émergente, dont Le Boterf⁽¹⁹⁾ énonce cinq composantes : « *Identité professionnelle [...]. Éthique professionnelle [...]. Variété de ressources et d’expériences [...]. Réflexivité et distanciation critique [...]. Reconnaissance par le milieu professionnel.* » En synthèse, il nous semble que la définition la plus en phase avec la complexité du rôle de tuteur nous vient des champs des sciences de l’éducation : « *L’alchimie qui fait un bon tuteur est celle-ci : l’association de compétences académiques (l’ex-*

NOTES

- (5) Via bit.ly/2eWc8Aa.
 (6) Barbier, J. M. (1996). “Tutorat et fonction tutorale : quelques entrées d’analyse”. *Recherche et formation*, (22), 7-19 (repéré via le lien bit.ly/2f5z16o).
 (7) Jonnaert, P. (2012). *Compétences et socioconstructivisme*. Bruxelles : De Boeck Université.
 (8) Masingue, B. (2009). “Seniors tuteurs : comment faire mieux ?” Rapport au secrétaire d’État chargé de l’Emploi (repéré via le lien bit.ly/2wW10KW).
 (9) Soyer, L., & Tanda, N. (2015). *Initiation à la démarche de recherche. Traitement des données. Unité d’enseignement 3.4 et 5.6. Semestre 4 et 6*. Paris : Vuibert. Collection Référence IFSI.
 (10) Ministère de la Santé et des Sports. (2013). *Formations des professions de santé Profession infirmier Recueil des Principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d’État et à l’exercice de la profession*. Paris (France) : Berger-Levrault.
 (11) Via bit.ly/2wZ93rt.
 (12) Duru-Bellat, M. (2015). “Les compétences non académiques en question”. *Formation emploi*, 2 (130), 13-29.
 (13) Lambert, M. (2009). *L’accompagnement d’apprenant-e-s dans l’enseignement supérieur : expériences d’une conseillère pédagogique. Travail de fin d’études en vue de l’obtention du Diplôme en enseignement supérieur et technologie de l’éducation*. Fribourg : Centre de didactique universitaire, Université de Fribourg.
 (14) Brousseau, G. (1988). “Le contrat didactique et le concept de milieu : Dévolution”. *Recherches en didactique des Mathématiques*, 9(3), 309-336.
 (15) Wittorski, R. (2009). “Accompagnement et professionnalisation”. *Esquisse*, (52/53), 5-21.
 (16) Raucent, B., & Vander Borgh, C. (2006). *Être enseignant. Magister ? Mettre en scène ?* Bruxelles : De Boeck.
 (17) Charlier, B., Nizet, J., & Van Dam, D. (2005). *Voyage au pays de la formation des adultes. Dynamiques identitaires et trajectoires sociales*. Paris : L’Harmattan.
 (18) Flye Sainte-Marie, A. (1997). “La compétence interculturelle dans le domaine de l’intervention éducative et sociale”. *Les cahiers de l’Actif*, (250/251), 53-63.
 (19) Soyer, L. (2016). “Développer une compétence interculturelle”. *Objectif Soins & Management* (244), 26-30.
 (20) Le Boterf, G. (2011). *Ingénierie et évaluation des compétences*. Paris : Eyrolles.

PROFIL COMPÉTENTIEL DU TUTEUR



ptise) et de qualités personnelles (la congruence sociale). Ce savant mélange dote la personne d'une qualité très appréciée: la congruence cognitive.»⁽²⁰⁾

LA COOPÉRATION

Étymologiquement, « la coopération vient du latin cum, avec, et operare, faire quelque chose, agir »⁽²¹⁾. La coopération s'envisage donc comme un processus engageant différents acteurs dans un but et des objectifs communs. Présentement, nous abordons la coopération entre maître de stage et tuteur de stage. Le "maître de stage", construit sémantique utilisé depuis l'avènement du programme de formation infirmier de 2009, fait référence au cadre de santé de proximité, dont l'une des fonctions est « la fonction organisationnelle et institutionnelle du stage »⁽¹⁰⁾. La coopération maître de stage/tuteur de stage se fonde en premier lieu sur une contractualisation. En effet, le cadre de proximité est responsable de la nomination du tuteur de stage: « La désignation des tuteurs de stages relève des missions de l'encadrement professionnel sur la base de critères de compétences, d'expérience et de formation. Le tuteur est placé sous la responsabilité d'un cadre professionnel. »⁽¹⁰⁾

Pour autant, le mot "désignation" est inapproprié puisque le tuteur s'inscrit non pas dans une réponse à une injonction, mais dans celle d'un engagement: « Il est volontaire pour exercer cette fonction. »⁽¹⁰⁾ En réalité, les deux protagonistes de l'organisation et de la mise en œuvre du dispositif d'apprentissage clinique, maître de stage et tuteur de stage, sont liés par une relation de confiance. « Dans un système basé sur la coopération, les différents acteurs travaillent dans un esprit d'intérêt général. Cela suppose un certain degré de confiance et de compréhension. »⁽²²⁾ Cette relation de confiance va trouver une réalité concrète dans une dynamique de conduite de projet, principalement via le projet de service, décliné notamment dans la mise en œuvre ou l'actualisation du livret d'accueil des stagiaires. Dans cette coopération avec le tuteur de stage, le cadre de santé est potentiellement en capacité d'apporter une réelle plus-value. Sans prétendre à l'exhaustivité, nous développerons six axes de cette plus-value.

Caution hiérarchique

La première plus-value est la caution hiérarchique du cadre de santé. Un niveau hiérarchique sépare maître et tuteur de stage, même

si les acteurs sont issus de la même corporation, souvent infirmière. Le cadre de santé, de par sa légitimité, fournit une caution au projet tutorial. Mais la distance hiérarchique ne doit pas constituer une barrière à une posture réflexive interactive. En effet, la rencontre entre le maître de stage et le tuteur invite à la genèse d'un conflit sociocognitif permettant une coopération effective et *in fine*, une co-construction d'un dispositif de formation clinique efficient.

Vision stratégique

Une seconde plus-value découle du niveau hiérarchique, il s'agit de la vision stratégique. En effet, si le tuteur de stage est centré sur l'activité au niveau proximal et sur les apprentissages cliniques, le maître de stage est davantage distancié. Interface entre l'institution, le pôle de rattachement et l'unité fonctionnelle, le cadre de santé apporte une plus-value par sa vision élargie. Ainsi, il peut non seulement suivre les besoins en compétences liés à l'activité de soins quotidiennes, mais, plus avant, s'inscrire dans une évolution à moyen, voire à long terme en prise directe avec le projet de pôle, lui-même inclus dans celui d'établissement (ou actuellement de groupements hospitaliers de territoire). Par exemple, le cadre de santé est le garant du respect et de la traduction écrite des axes stratégiques institutionnels prescrits dans le cadre de la rédaction du livret d'accueil des stagiaires. La communication et l'explicitation des axes stratégiques institutionnels revêtent une importance certaine puisque le tuteur de stage est lui-même un maillon communicationnel entre les stagiaires, l'équipe de soins et la politique institutionnelle.

NOTES

(20) Baudrit, A. (2002). *Le tutorat. Richesses d'une méthode pédagogique*. Bruxelles: De Boeck.

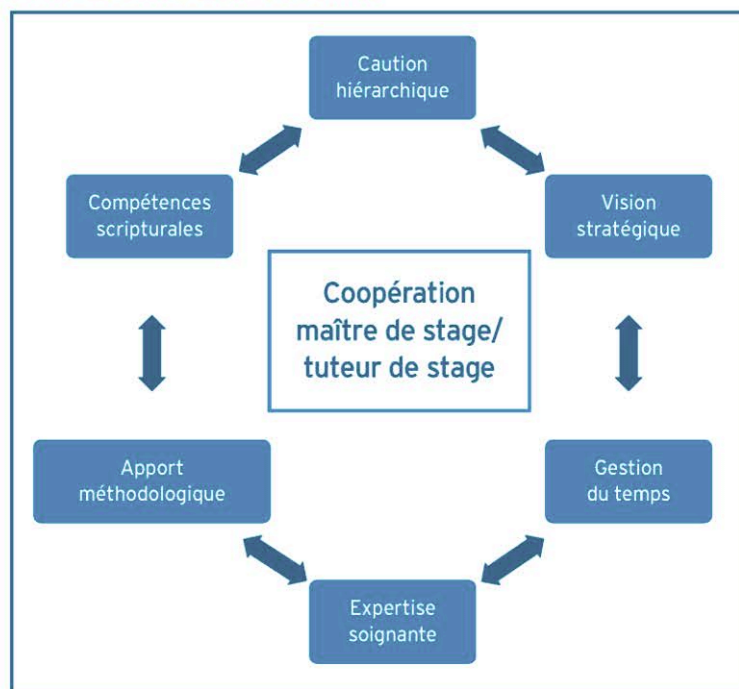
(21) Via bit.ly/2fhJSIH.

(22) Prides. (2009). *Services à la personne. Le guide de la coopération*. Marseille: pôle Services à la personne PACA (PSP PACA), URIOPSS PACAC (repéré via bit.ly/2vTm2co).

Gestion du temps

Une troisième plus-value est rattachée à la gestion du temps. Maître de stage et tuteur ne vivent pas nécessairement en synergie temporelle. Nous l'avons évoqué, si le tuteur de stage vit au rythme de l'activité clinique de son unité fonctionnelle, en prise directe avec les soignés et les autres membres de l'équipe soignante, *a contrario*, le cadre de santé "surfe" sur des temporalités différentes liées à sa posture interfaciale entre le service qu'il anime et le pôle institutionnel auquel il appartient. Le cadre de santé se trouve écartelé par des tâches de plus en plus morcelées, dichotomiques, en proie à des injonctions paradoxales, telles qu'être présent auprès des agents, des familles, des patients, tout en gérant l'absentéisme depuis son ordinateur, ou encore participer à de nombreuses réunions institutionnelles qui l'éloignent de son service, ou autres missions dites "transversales"! La plus-value temporelle se présente donc en premier lieu au niveau de la rencontre et de la création d'espaces de disponibilité, de proximité entre interlocuteurs. Pour coconstruire, maître de stage et tuteur se doivent d'être présents l'un à l'autre. Avec des emplois du temps chargés, rehaussés de nombreux imprévus à gérer, il est donc indispensable de se donner comme priorité des créneaux de travail en commun. C'est aujourd'hui devenu un véritable challenge! Pour y parvenir, il semble incontournable que le cadre de pôle reconnaisse et soutienne ce partenariat. De même, si l'idée est de permettre au tuteur de stage de créer un livret de stage en autonomie et ensuite de le faire vivre, il est incontournable d'aménager son planning afin qu'il dispose de plages horaires pour tra-

LES SIX AXES DE PLUS-VALUE DU CADRE DE SANTÉ DANS LE DISPOSITIF TUTORIAL



vailler cet outil. En pratique, le cadre de santé se doit de doubler le tuteur afin qu'il soit libéré ponctuellement de son activité soignante et puisse se focaliser sur son activité tutorale. L'affaire n'est d'ailleurs pas gagnée pour autant. Une infirmière tutrice soulignait il y a peu que, si elle garde sa tenue professionnelle, même doublée, elle se retrouve inmanquablement en situation de soignante! D'elle-même, elle a donc décidé de venir travailler en tenue civile pour se consacrer en toute quiétude à la réalisation du livret d'accueil des stagiaires. Aujourd'hui, le cadre de santé est considéré comme un manager. En ce sens, en référence aux dix rôles du cadre proposés par Mintzberg⁽²³⁾, il est opportun de souligner celui d'agent de liaison qui est inclus dans ce que l'auteur nomme « *les rôles interpersonnels* ». De fait, le cadre de santé, en tant que manager du projet, n'est plus celui qui fait, ni même celui qui fait faire, mais plutôt celui

qui organise les conditions, notamment temporelles, pour que le tuteur de stage puisse faire. Cette dynamique s'inscrit dans ce qui est appelé le management participatif: « *C'est vouloir que le groupe prenne en charge une partie des décisions concernant le fonctionnement et l'organisation du travail dans le sens d'un développement, au sein d'un cadre que le manager aura au préalable clarifié.* »⁽²⁴⁾

Expertise soignante

Une quatrième plus-value est liée à l'expertise soignante du cadre de santé. Pour élaborer un livret d'accueil cohérent avec les finalités d'une unité fonctionnelle et le développement des compétences afférentes, une analyse de la file active des patients est nécessaire. Cette analyse débouche sur l'identification des situations reflétant les pratiques cliniques les plus représentatives, autrement dit les situations emblématiques: « *les situations les plus fréquentes*

NOTES

(23) Mintzberg, H. (1984). *Le manager au quotidien. Les dix rôles du cadre.* Paris : Éd. d'Organisations.

(24) Caminel, B. (1999). *Manager un centre de responsabilités.* Paris : Maxima.

devant lesquelles l'étudiant pourra se trouver »⁽¹⁰⁾ ou plus précisément « des situations emblématiques (du métier) à identifier à partir des situations les plus fréquentes pour chercher les plus significatives »⁽²⁵⁾. Ces situations emblématiques ne sont pas définitivement définies et méritent une actualisation régulière. C'est là l'un des motifs majeurs de coopération entre maître de stage et tuteur. Le cadre de santé, souvent doté d'une expérience soignante solide, voire variée, est alors susceptible d'apporter sa contribution d'expert à celle du tuteur. Ce binôme réflexif requiert également, pour être efficace, le conseil expert du médecin chef de service.

Apport méthodologique

Une cinquième plus-value est identifiable : l'apport méthodologique du cadre de santé. En effet, force est de constater que nombre des tuteurs de stage, malgré leur bonne volonté, leur engagement, souffrent d'un manque de compétences méthodologiques. Ce défaut est lié d'une part à une formation initiale qui ne les prépare pas à contribuer à la réalisation de documents institutionnels. Il est aussi lié à un manque de pratique ou/et au fait que les cadres sont souvent ceux qui sont mandatés en priorité sur ce type d'exercice. Les principales lacunes méthodologiques portent notamment sur le fond et la forme du livret de stage qui doit comporter des items prédéfinis nationalement et qui contient des données institutionnelles plus facilement accessibles par le cadre de santé que par le tuteur (durée moyenne de séjour, GIR moyen pondéré...). Une autre carence méthodologique porte sur la construction des situations emblématiques. Les tuteurs de stage

ont parfois des difficultés à passer de la narration de cas clinique à la présentation didactique de problématiques cliniques.

Compétences scripturales

De même, une sixième plus-value du cadre de santé concerne les compétences scripturales. Il est en effet connu chez les corporations soignantes, dont les infirmières, que le passage à l'écriture constitue un frein^(26; 27). De fait, il est souvent constaté chez les tuteurs des difficultés à organiser leur pensée en vue de la transcription scripturale. Le tuteur connaît parfaitement les composantes des cas cliniques qu'il souhaite développer, mais ne parvient pas à organiser un cheminement dans une forme que les stagiaires vont pouvoir utiliser dans leur apprentissage. Ce problème méthodologique est parfois majoré par une maîtrise précaire des logiciels informatiques permettant d'optimiser cette mise en forme. Dans les deux registres méthodologique et scriptural, forts de la possession de titres universitaires (master I et II), les cadres de santé d'aujourd'hui seraient logiquement, en théorie, en capacité d'apporter un soutien aux tuteurs de stage. La réalité est que peu des cadres de santé en activité sont en mesure de répondre à cette attente. Leurs compétences universitaires sont peu ou ne sont pas consolidées, du fait même que le cadre de santé est toujours dans l'agir. Le milieu de travail est axé sur la technique et la production de soins. Les cadres vivent leur fonction comme une position de tampon des conflits et de régulation d'une activité où l'empirisme a pris le pas sur une organisation structurée des soins. « *La pression du travail ne l'encourage pas à devenir un*

planificateur, mais plutôt un adaptateur spécialiste du traitement de l'information, qui travaille dans un environnement de style stimulus-réponse et qui préfère l'action. »⁽²³⁾

Une solution est de disposer, à l'échelle institutionnelle, d'un ou plusieurs cadre(s) de santé, experts en ingénierie de la formation, et de les placer en posture transversale, à titre de coordinateurs de la formation clinique. C'est une proposition qui est en adéquation avec l'organisation actuelle des établissements de santé où la mutualisation des compétences, à condition d'être fondée sur le volontariat, permet d'optimiser le fonctionnement général. Il s'agit de permettre à ces cadres de santé experts en formation de se détacher de leurs services pour animer des groupes de travail institutionnels, concernant ici le dispositif tutorial. Il peut être intéressant que ces groupes comportent aussi des formateurs d'IFSI. Ces groupes de travail regrouperaient ponctuellement les tuteurs des différentes unités fonctionnelles, générant alors une formation commune et donc une aide procédurale homogène. Ainsi, des situations emblématiques réalisées sur les bases d'une même trame méthodologique seraient transférables d'un pôle à un autre. Des synergies entre tuteurs de pôles différents seraient envisageables. De même, une méthodologie commune donnerait du sens au dispositif pédagogique clinique à l'échelle de l'institution, permettant aux stagiaires une adaptation plus rapide quel que soit le terrain de stage.

LE RETOUR D'EXPÉRIENCE

Au sein de l'établissement où nous exerçons, nous avons l'opportunité de développer une coopération

NOTES

- (25) Vial, M. (2012, juin). "Évaluation par compétences dans la formation : apprendre par les situations". Conférence proposée dans le cadre des Journées de l'AEIIBO, Marseille (repéré via bit.ly/2fCzjS).
- (26) Duquenne, L., & Le Moquet, C. (2012). "La transmission d'une expertise infirmière en éducation thérapeutique". *Soins*, 57(770), 37-39.
- (27) Soyer, L. (2013). "Universitarisation de la formation initiale en soins infirmiers : Partenariat entre IFSI et Aix-Marseille Université : genèse d'un glissement paradigmatique ?" Mémoire de master Recherche 2^e année Éducation, systèmes d'apprentissage, d'évaluation et de formation. Marseille : Aix-Marseille Université.

élargie entre cadres de santé et tuteurs de stage. Un groupe de travail institutionnel sur le tutorat est créé depuis 2016. Il est composé, au niveau de son pilotage, par deux cadres de proximité et deux cadres formateurs en IFSI. L'un des cadres de proximité possède une solide expertise en ingénierie de la formation lui permettant de prendre une posture de coordinateur de formation clinique. Vingt-cinq tuteurs issus de l'ensemble des pôles sont inscrits au groupe de travail. Trois rencontres annuelles sont planifiées.

Actuellement, le pôle "gériatrie et soins de suite" ainsi que le pôle "mère-enfant" se sont rapprochés pour coopérer à la mise en forme de situations emblématiques. En pratique, suite au ciblage des situations emblématiques de leurs unités fonctionnelles par la triade cadre de santé maître de stage/tuteur/médecin chef de service, l'utilité d'un soutien métho-

dologique et scriptural a motivé la formalisation de ces situations dans le cadre des réunions du groupe de travail institutionnel.

L'avancée de la réflexion et des réalisations au sein de ces deux pôles, nourrie de l'expertise des pilotes du groupe de travail institutionnel, dont le cadre coordinateur de formation clinique, s'apparente à un dispositif expérimental tout autant qu'à un catalyseur du dispositif de formation clinique pour les tuteurs des autres pôles.

POUR NE PAS CONCLURE

L'environnement actuel de travail n'est pas facilitant pour le déploiement d'un dispositif de formation clinique optimal. « *La charge de travail n'a jamais été aussi lourde, et les moments qui permettaient aux équipes de se parler et de transmettre leurs savoir-faire aux étudiants sont réduits au minimum.* »⁽²⁸⁾ Il n'est pas certain que

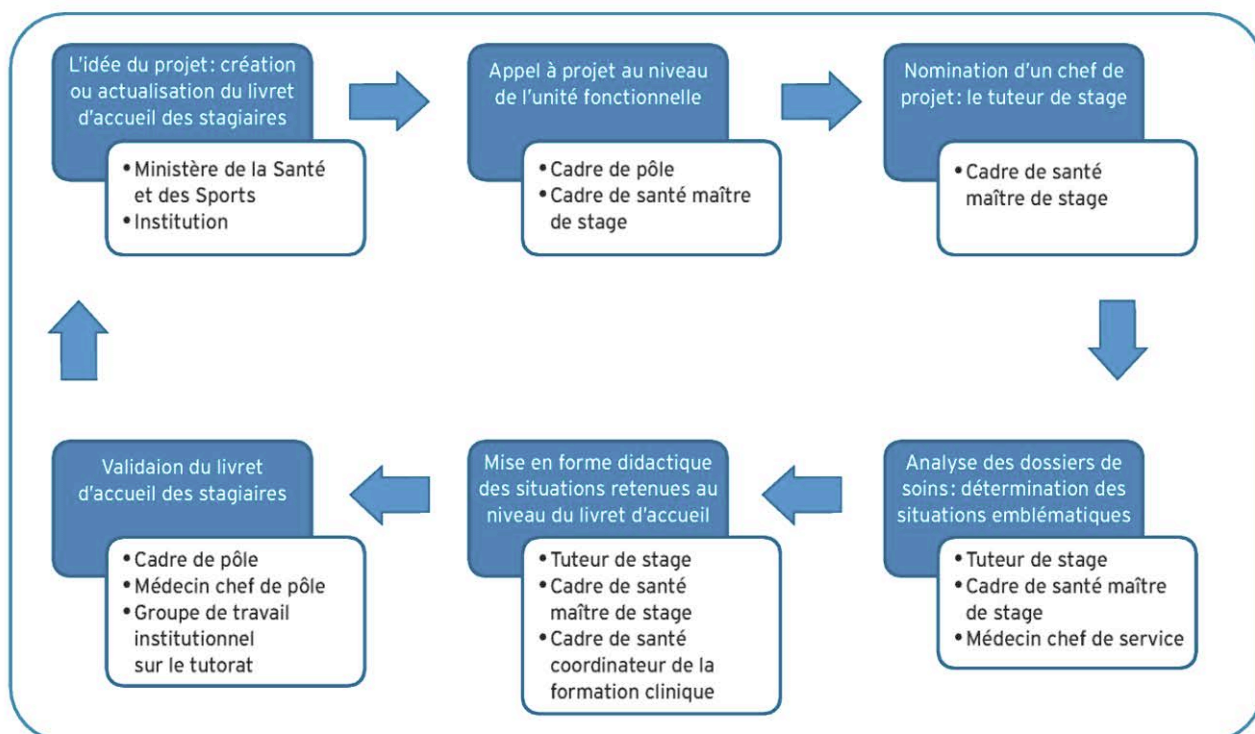
la conjoncture actuelle permette un partage et une transmission des savoirs expérimentiels, tout autant que la pérennisation d'une culture infirmière vectrice d'une construction identitaire. La paire partenariale maître de stage/tuteur de stage a donc une grande responsabilité dans ce projet de promouvoir les professions de soins via une formation clinique de haut niveau. Pour le cadre de santé de proximité, dans ce domaine si crucial qu'est la formation des futurs professionnels, l'art de se ménager des zones de manœuvre joue un rôle essentiel. Il l'est tout autant dans celui d'aménager des zones de manœuvre pour que le tuteur de stage puisse développer et exprimer un panel de compétences spécifiques à sa posture. La profession de cadre de santé se réinvente au quotidien! Pour reprendre le titre de l'article de Friard⁽²⁹⁾: « *Le quotidien n'existe pas, il se construit.* » ■

NOTES

(28) Annane, F. (2011). *Quelles conséquences psychosociales de la réforme des études en soins infirmiers?* Issy- Les- Moulineaux : Elsevier Masson. Soins Cadres, (77), 38-41.

(29) Friard, D. (2006). "Le quotidien n'existe pas, il se construit". *Soins psychiatrie*, (243), 24-27.

LOGIGRAMME DU DISPOSITIF TUTORAL INSTITUTIONNEL (AXÉ SUR LES SITUATIONS EMBLÉMATIQUES)



SUR LE TERRAIN

■ Développer ses compétences psychosociales

Alors qu'à l'approche du diplôme d'État, les étudiants infirmiers semblent souffrir de manque de confiance en eux, l'équipe pédagogique a mis en place une formation sur le développement des compétences psychosociales auprès de la promotion 2014/2017. Une collaboration avec les membres de l'Ireps, une organisation bien pensée et un enthousiasme débordant de la part de chacun ont engendré une belle réussite de cette formation.

Marie-Pierre Ecuier, Alexandra Curt, Bruno Thévenet

Mots clés

Compétences psychosociales - Étudiants infirmiers - Estime de soi - Émotions - Cohésion

Actuellement, l'évolution des préoccupations de la santé a mis en avant le rôle des comportements individuels et collectifs dans la survenue de maladie, dans les processus de guérison mais aussi dans le maintien d'une bonne santé. La notion de "compétences psychosociales" (CPS) est liée à l'évolution du concept de santé qui s'inscrit dans une ressource indispensable à la vie quotidienne et professionnelle, et donc lors des études supérieures et la formation professionnelle. L'équipe pédagogique de l'IFSI Saint-Joseph/Saint-Luc de Lyon (Rhône) propose de relater l'expérience relative au développement des CPS auprès des étudiants infirmiers de 3^e année.

GENÈSE DU PROJET

Les formateurs ont constaté que, chaque année, un certain nombre d'étudiants de 3^e année ressentent de l'appréhension, du stress quant à la perspective de leur future prise de poste. Ce constat a fait l'objet d'une réflexion d'équipe dans le cadre d'une réunion pédagogique en juillet 2016. Cette réflexion s'est orientée vers les notions de confiance en soi, d'estime de soi.

Les formateurs référents de la promotion de 3^e année 2014/2017 ont mis en place un projet tourné autour des compétences psychosociales qui s'avèrent être en lien avec la problématique constatée. Ce projet a pris forme avec la participation de deux personnes chargées de projet de l'Ireps (Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé) Rhône-Alpes. L'objectif initial de cette formation était de renforcer ou de valoriser l'estime de soi des étudiants pour qu'ils se sentent capables, prêts à exercer la profession d'infirmier et ainsi être en mesure de faire face aux différentes situations de soins.

APPROCHE CONCEPTUELLE

Notion

Bien que cette approche par les CPS ne soit pas clairement décrite dans le référentiel de formation des infirmiers, nous pouvons nous référer à la finalité de la formation dans laquelle il est mentionné : « L'étudiant apprend à reconnaître ses émotions et à les utiliser avec la distance professionnelle qui s'impose. Il se projette dans un avenir professionnel avec confiance et assurance, tout en

maintenant sa capacité critique et de questionnement. »⁽¹⁾

Bien reconnu actuellement dans les milieux professionnels, les compétences se réfèrent à l'intelligence du "savoir comment" plutôt que du "savoir que"⁽²⁾. Elles se situent dans une perspective d'action, sont en grande partie apprises et sont structurées en combinant savoir agir, vouloir agir et pouvoir agir. Elles sont impliquées dans tous les moments de la vie (*life skills*), notamment dans l'apprentissage scolaire et la santé.

Évolutions

• En 1993, l'OMS définit les CPS comme « la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adaptant un comportement approprié et positif, à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement. Les compétences psychosociales ont un rôle important à jouer dans la promotion de la santé dans son sens le plus large, en termes de bien-être physique, mental et social ».

• La notion de CPS (*life skills*) est présentée en 1986 dans la charte d'Ottawa comme un élément essentiel dans la promotion de la santé. C'est un axe d'intervention majeur dans le cadre du développement des compétences individuelles.

• En 1993, le concept de CPS est mis en avant dans le cadre d'un

document de référence publié par l'OMS qui souligne l'importance de promouvoir ces compétences afin de favoriser la santé globale positive (physique, psychique et sociale).

• **En 2000**, l'Unicef a publié de nombreux rapports sur les CPS et cherche à favoriser l'implantation de programmes ou de parcours éducatifs visant à développer les CPS dans le monde entier.

En amont et en parallèle du développement du concept *via* les grands organismes de santé publique, les CPS ont été travaillées et promues dans le cadre de programmes de prévention de la santé sur différentes thématiques (santé mentale, addictions, santé sexuelle, etc.).

Les CPS se situent à la croisée de la promotion de la santé et de la prévention des problèmes de santé, de la santé mentale et de la santé physique. Elles sont reconnues comme un déterminant clé de la santé et du bien-être sur lequel il est possible d'intervenir avec efficacité.

Les compétences personnelles et sociales jouent un rôle important dans la détermination des comportements, dans les apprentissages scolaires ou professionnels ou bien dans les relations interpersonnelles quotidiennes (*voir la liste des dix CPS page suivante*).

PHASE DE CONSTRUCTION DU PROJET (FORMATION, ORGANISATION)

La réalisation de ce projet novateur a demandé aux trois formateurs de 3^e année de se former sur les CPS afin d'être en mesure d'animer des ateliers en collaboration avec les formatrices de l'Ireps. Cette formation sur trois jours courant janvier 2017 a porté sur une approche des CPS en promotion

de la santé (appropriation du concept à partir de nos représentations), sur la démarche et posture professionnelle autour des CPS (relation éducative avec une réflexion sur la posture professionnelle, les pratiques éducatives et les conditions d'apprentissage) et sur la pratique et l'environnement professionnel (au travers des mises en situation et expérimentation de technique d'animation et analyse de la posture).

Cette formation fait appel à une démarche participative et impliquante de la part des membres du groupe qui alterne des apports théoriques, des travaux de groupes et des échanges dans le groupe. Des réunions de travail entre formateurs IFSI et Ireps ont conduit à l'élaboration d'un programme de formation sur deux journées. Le choix du site, dans un lieu neutre, s'est rapidement imposé afin de favoriser un décentrage des étudiants et une relation différente avec les formateurs et les professionnels de l'Ireps. La formation s'est déroulée à Annecy-le-Vieux à 140 km de Lyon. L'intendance (hébergement/repas) et le transport ont été organisés par les formateurs, les étudiants, la directrice de l'IFSI et la responsable de la structure d'accueil. Le coût de cette formation a été entièrement pris en charge par l'IFSI.

Les étudiants ont géré l'animation de la soirée, pour laquelle ils ont été inspirés.

MISE EN ŒUVRE DU PROJET

Le fil conducteur de ces deux journées est "prendre soin de soi pour aller vers le prendre soin des autres". Cet objectif se décline autour d'un programme qui comprend des temps en promotion entière et des temps en petits groupes.

Première journée

Elle a été consacrée à l'appropriation des CPS au travers d'ateliers et d'une présentation par groupe afin que les étudiants se découvrent sous un autre aspect.

• **Se connaître autrement**: présentation des dix groupes sur un temps court. Chaque groupe doit faire sa "promotion", identifier les qualités, les points forts du groupe à partir des individualités de chacun.

• **Prendre soin de soi**: réalisation d'un métaplan par groupe de vingt étudiants à partir de mots/idées émis par eux puis regroupés en promotion entière pour faire émerger les idées fortes.

• **Word café** autour de cinq tables afin de travailler les dix CPS, par un échange/discussion entre étudiants. Le formateur anime le groupe et rédige la synthèse des échanges pour la restituer en promotion complète. Un animateur régule le temps afin de faire tourner les groupes sur les ateliers.

• **L'apport théorique** sur les CPS est organisé en fin de journée.

Seconde journée

Elle a été menée exclusivement autour d'ateliers mobilisant les dix compétences.

• **Premier atelier**, "Savoir résoudre les problèmes - savoir prendre des décisions": l'objectif consiste à faire identifier par les étudiants des situations stressantes pour eux, à prendre conscience de leurs réactions physiques et/ou émotionnelles pour identifier les étapes d'une résolution, dans l'idéal, de leur problème.

• **Deuxième atelier**, "Savoir communiquer efficacement, être habile dans ses relations interpersonnelles": l'objectif est d'apprendre à mieux se connaître et de reconnaître les qualités de l'autre afin

NOTES

- (1) Le référentiel de formation, *via* le lien raccourci <http://bit.ly/2kfW6Xj>
- (2) Bruner, 1966 cité par Jeannine Batisse, Sandie Bernard (2014), "Éducation à la santé et liens avec le socle commun de connaissances et de compétences". *Revue Éducation, Santé, Sociétés*. Vol.1, n°1, pp.19-34. Éditeur: UNIRÉS.

de communiquer dans un climat de confiance.

- **Troisième atelier**, "Avoir conscience de soi, avoir de l'empathie pour les autres": l'objectif est de faire prendre conscience aux étudiants infirmiers de leurs atouts afin qu'ils puissent avoir des ressources face aux situations dans lesquelles ils sont stressés ou sous pression.

- **Quatrième atelier**, "Savoir gérer son stress, savoir gérer ses émo-

tions": l'objectif est d'identifier ses émotions, la difficulté pour percevoir l'émotion chez l'autre et la différence d'estimation entre soi et l'autre.

- **Cinquième atelier**, "Avoir une pensée créative, avoir une pensée critique": l'objectif est de permettre aux étudiants de prendre du recul pour analyser diverses situations afin de répondre de façon alternative et avec souplesse aux situations de la vie quotidienne.

Posture des formateurs

Pour réussir l'animation de ces ateliers, les formateurs ont dû adopter une certaine posture qui se caractérise par les actions suivantes:

- ils accompagnent et participent au processus et ne se posent pas en "sachant" dans une position dominante;
- ils respectent la liberté de choix et d'autodétermination individuelle;

La liste des dix CPS (ou aptitudes essentielles)

Cette liste, définie par l'OMS et l'Unesco*, est présentée par couple.

① Savoir résoudre les problèmes, savoir prendre des décisions

- Savoir reconnaître une situation à risque (conduites addictives, violences intra ou extra familiales, sexualité, troubles des conduites alimentaires, accident (prévention et secours civiques).
- Connaître les ressources grâce à une information appropriée.
- Connaître au moins une démarche de résolution de problème.

② Avoir une pensée créative, avoir une pensée critique

- Développer une éthique dans l'utilisation des nouveaux modes de communication et dans l'utilisation d'Internet (vie privée/publique, facebook, diffusion d'images enregistrées par soi, fiabilité des sites).
- Développer l'esprit critique par rapport aux influences du groupe, des médias, des stratégies du marketing. Notion de dynamique de groupe.

③ Savoir communiquer efficacement, être habile dans ses relations interpersonnelles

- Développer des compétences dans l'affirmation (non violente) de soi.
- Comprendre les freins et facilitateurs d'une communication efficace, en fonction de la situation.
- Connaître quelques stratégies utilisées pour influencer autrui et pour résister aux pressions et manipulations.

④ Avoir conscience de soi, avoir de l'empathie pour les autres

- Connaître les définitions de sphère publique, privée et intime.
- Connaître des outils pour le développement de l'estime de soi, du respect de soi et d'autrui
- Comprendre les mécanismes et effets des discriminations.
- Connaître les particularités de quelques populations minoritaires et reconnaître que nous faisons ou pouvons tous faire partie d'une population minoritaire à certains moments de notre vie. Différence entre les notions de "norme" et de "normalité".

⑤ Savoir gérer son stress, savoir gérer ses émotions

- Connaître les principales émotions, leur utilité, leurs manifestations. Notion de gestion des émotions.
- Connaître des notions de gestion du temps.
- Développer des stratégies pour reconnaître et gérer son stress.

Ces compétences sont regroupées en trois grandes catégories.

- **Les compétences sociales** (ou interpersonnelles ou de communication): les compétences de communication verbale et non verbale (écoute active, expression des émotions, capacité à donner et recevoir des *feedback*). Les capacités de résistance et de négociation; gestion des conflits,

capacités d'affirmation, résistance à la pression d'autrui. L'empathie ou la capacité à écouter et comprendre les besoins et le point de vue d'autrui et à exprimer cette compréhension. Les compétences de coopération et de collaboration en groupe. Les compétences de plaider qui s'appuient sur les compétences de persuasion et d'influence.

- **Les compétences cognitives**: les compétences de prise de décision et de résolution de problème. La pensée critique et l'auto-évaluation, qui impliquent de pouvoir analyser des médias et des pairs, d'avoir conscience des valeurs, attitudes, normes, croyances et facteurs qui nous affectent, de pouvoir identifier les sources d'informations pertinentes.

- **Les compétences émotionnelles ou d'autorégulation**: les compétences de régulation émotionnelle; gestion de la colère et de l'anxiété, capacité à faire face à la perte, à l'abus et aux traumatismes. Les compétences de gestion du stress, qui implique la gestion du temps, la pensée positive et la maîtrise des techniques de relaxation. Les compétences favorisant la confiance et l'estime de soi, l'auto-évaluation et l'auto-régulation.

* OMS, Unesco. Life skills education in schools. Genève: OMS, 1993.

- ils accueillent le vécu que les participants expriment au cours de l'atelier sans jugement, avec bienveillance et humilité;
- ils ont le souci d'une action globale et évitent de dissocier compétences personnelles et compétences sociales.

BILAN DES ÉTUDIANTS

Un premier bilan a été réalisé "à chaud" sur le site. Les étudiants ont exprimé leurs satisfactions pour cette première expérience, avec une manifestation des émotions explicites et une certaine nostalgie à quitter les lieux. Puis un second bilan a été réalisé à l'IFSI en fin de formation. Il est tout aussi satisfaisant quant à l'impact des CPS tant sur leur vie professionnelle que sur leur vie personnelle.

Les étudiants ont apprécié autant le cadre que l'organisation et les thématiques travaillées.

- Le **choix de la délocalisation** de cette formation s'est avéré important pour eux: « Très bonne idée d'avoir pu partir en dehors du contexte de l'école et partager ce moment ensemble. » « Le cadre de la formation, qui se déroulait en dehors de la ville de Lyon, était agréable et reposant, puisqu'il nous amenait tous à une réelle "déconnexion", et donc à pouvoir profiter de cette formation dans d'excellentes conditions. »

- Ils ont souligné plus particulièrement la **notion de cohésion**, terme qui revient le plus souvent dans l'analyse de leurs bilans: « Ces journées ont vraiment contribué à la cohésion entre les différents groupes de la promotion », « Merci pour ces deux journées qui ont permis de souder la promotion et de découvrir nos formateurs/collègues dans d'autres conditions ». « Ce séjour a permis aussi une cohésion "immense" entre les différentes

personnes de la promotion et a permis, pour beaucoup d'entre nous, de nous découvrir, autant grâce aux présentations que nous avons faites que par les différents ateliers auxquels nous avons participé »,

- Un impact certain est à prévoir sur leur **vie professionnelle** au travers de leurs commentaires: « Très belle expérience qui nous a beaucoup apporté sur comment prendre soin de nous et des autres. » « Les conseils et méthodes proposés vont me permettre, je l'espère, de pouvoir poursuivre mon activité avec des ressources supplémentaires et complémentaires à celles enseignées au cours de notre formation et par la vie en général. » « Une expérience enrichissante qui a suscité une réflexion sur notre façon d'être et notre caractère permettant de mieux appréhender le stage de projet professionnel qui a suivi mais également je pense qui sera fort utile au début de l'exercice de notre profession. »

- Sur la **posture des formateurs** dans le développement des CPS, les étudiants ont noté « des formateurs accessibles et généreux » « qui se soucient de nous et nous ont fait confiance, ce qui fait plaisir ».

- À propos de la **notion de partage**, les étudiants ont noté « de bons moments partagés avec les formateurs dans un tout autre cadre », « cela a permis de nous rapprocher avec l'ensemble de la promo et les formateurs ».

Nous concluons par ce témoignage: « Projet très enrichissant, il n'est pas toujours facile d'avoir confiance en soi. Notre formation

nous demande beaucoup de travail sur notre personnalité, c'est très intéressant de pouvoir en parler, partager nos difficultés et apprendre à prendre confiance en nous. J'étais surprise de la richesse des ateliers, à refaire! »

PERSPECTIVES

Le travail de réflexion mené par l'équipe pédagogique pour aboutir à ce projet a porté ses fruits. Il apparaît ainsi nécessaire de poursuivre le développement des compétences psychosociales pour les étudiants au sein de notre institut, peut-être en le perlant davantage ou en incluant certains ateliers dans le cadre des unités d'enseignement notamment l'UE 4.2 "soins relationnels". La décentration de cette formation s'avère indispensable, bien que le lieu puisse changer. Un bilan à six mois sera réalisé auprès de ces étudiants, diplômés à ce jour, afin de mesurer l'impact des CPS à plus long terme. Nous offrons de nouvelles perspectives ?

En conclusion, nous pouvons dire que nous avons atteints nos objectifs au-delà de nos attentes.

Le travail d'équipe se poursuit pour améliorer encore cette formation et l'ajuster aux promotions à venir. Les CPS seront probablement mises à l'ordre du jour de certaines journées pédagogiques afin d'envisager un projet impliquant l'ensemble de l'équipe. Pour la cohérence du projet pédagogique, la question se pose de la participation volontaire ou non des cadres formateurs à cette formation. ■

BIBLIOGRAPHIE • Bruner, 1966 cité par Jeannine Batisse, Sandie Bernard (2014), "Éducation à la santé et liens avec le socle commun de connaissances et de compétences". *Revue Éducation, Santé, Sociétés*. Vol.1, n°1, pp.19-34. Éditeur: UNIRÉS • Ministère des Affaires sociales et de la Santé (2009). Code de la santé publique. Arrêté du 31 juillet 2009, relatif au diplôme d'État d'infirmier, paru le 7 août 2009 au Journal officiel, Profession infirmier, Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'État et à l'exercice de la profession (2014). • OMS, Unesco. Life skills education in schools. Genève: OMS, 1993. •

GESTION DES RISQUES

■ L'administration des médicaments en stage

Face au constat des difficultés des étudiants infirmiers en stage lors de l'administration des médicaments, il nous est paru indispensable de créer un nouvel outil pédagogique pour les étudiants infirmiers afin d'améliorer l'organisation des soins et ainsi limiter l'interruption de tâches, source d'erreurs médicamenteuses.

Dominique Ghinamo Curto, cadre de santé formatrice, IFSI Hôpitaux du bassin de Thau (Hérault); Myriam Reversat, directrice des soins, directrice de l'IFSI Hôpitaux du bassin de Thau; Ghislaine Baisset, cadre supérieur de santé, IFSI Hôpitaux du bassin de Thau; Sylvie Girardin, cadre de santé formatrice, IFSI Hôpitaux du bassin de Thau

Mots clés

Formation initiale des infirmiers - Simulation en santé - Administration de médicaments - Analyse de l'activité - Interruption de tâches

En tant que formateurs dans un institut de formation en soins infirmiers (IFSI), nous avons lancé un programme de recherche sur l'activité des infirmiers sur leur lieu de travail, en collaboration avec Alain Jean, enseignant-chercheur de l'équipe Travail, formation et développement du Lirdef (Laboratoire interdisciplinaire de recherche en didactique, éducation et formation).

L'ÉTUDIANT, ACTEUR DU SYSTÈME DE SOINS

Ainsi, dans une approche de didactique professionnelle⁽¹⁾, ces analyses du travail, les résultats obtenus et leur mise en discussion au sein de notre équipe ont permis d'élaborer deux dispositifs de formation fondés sur la simulation pour notre institut. Nous considérons que la formation initiale s'inscrit dans une co-responsabilité avec les acteurs de terrains de stage. Le référentiel 2009, avec un abord plus constructiviste⁽²⁾ du parcours de l'étudiant, le place comme un acteur du système de soins, et ce, dès son premier

stage. Il pourra, par exemple, participer à l'administration des médicaments, sous la responsabilité du professionnel de terrain. Face à cette activité complexe et répétitive, la responsabilité de chacun est alors engagée. Nous avons ainsi souhaité mener une réflexion sur une méthode pédagogique à visée intégrative⁽³⁾.

DES ERREURS LORS DE L'ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS

L'infirmier constitue, en termes de sécurité, le dernier verrou lors de l'administration des médicaments au patient. L'activité que nous avons choisie de cibler ne peut être détachée de l'environnement professionnel. L'administration d'un médicament s'inscrit dans un processus plus complexe: le circuit du médicament, qui inclut la prescription, la dispensation, l'administration, le suivi et la réévaluation. Nous avons limité notre recherche à l'administration des médicaments au sein des établissements de santé. Les statistiques nationales rela-

tives aux erreurs d'administration sont éclairantes.

En effet, 50% d'erreurs sont évitables⁽⁴⁾. Les médicaments sont à l'origine de 130 000 hospitalisations par an et d'au moins 10 000 décès. D'autre part, l'Enquête nationale sur les événements indésirables liés aux soins (ENEIS), réalisée en 2009 auprès de 61 établissements, a montré que, sur les 374 événements indésirables graves (EIG) liés aux soins, 123 sont liés au médicament, soit 32,9%; 51,2% de ces EIG médicamenteux sont évitables et 54,5% ont motivé l'hospitalisation⁽⁵⁾ des personnes. La réglementation est très précise et indique que « l'administration des médicaments est effectuée par du personnel appartenant aux catégories définies réglementairement comme autorisé à administrer des médicaments. Celle-ci nécessite la vérification de l'identité du patient et des médicaments à administrer au regard de la prescription médicale; de la date de péremption des médicaments et leur aspect; du mode d'administration »⁽⁶⁾. Concernant l'analyse de la tâche, l'administration du médicament s'inscrit dans un circuit bien défini. Ainsi, la Haute Autorité en santé (HAS) a réalisé une fiche thématique destinée aux professionnels de santé décrivant l'organisation et les étapes du circuit du médicament⁽⁷⁾. Il s'agit de présenter « les bonnes pratiques pour optimiser l'organisation du circuit du médicament, afin de s'assurer que les bons médicaments sont prescrits, dispensés et administrés au bon patient, au bon moment, avec un rapport bénéfice-risque optimum pour le patient. En effet,

NOTES

- (1) Pastré, P., *Introduction. Recherches en didactique professionnelle*. Dans R. Samurçay et P. Pastré (Dir.), Toulouse: Octarès Éditions, 2004, 1-14.
 (2) Wittorski R., *Professionalisation et développement professionnel*, Paris, L'Harmattan, 2007.
 (3) Malglaive, G., *Enseigner à des adultes*, Paris: Presses universitaires de France, 1990.
 (4) Cuzin, E., *Revue pharmaceutique*; avril 2009, dossier Hôpital, page 40.
 (5) DGOS, "Qualité de la prise en charge médicamenteuse. Outils pour les établissements de santé", Février 2012, page 7.
 (6) Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé; article 13.
 (7) HAS /DACEPP/Service de l'accréditation/2005, 7-8.

chaque étape de ce circuit est source d'erreurs potentielles qui peuvent engendrer des risques pour la santé du patient » (voir le schéma ci-dessous) ⁽⁸⁾.

ANALYSE DU TRAVAIL RÉEL

Nous voulions analyser l'activité d'infirmières récemment sorties d'IFSI. Un seul établissement SSR, service de soins de suite et de réadaptation, a accepté le principe de la recherche. Nous avons saisi l'opportunité de cet accord, d'autant qu'il concernait l'analyse de l'activité de deux infirmières toutes deux diplômées depuis une année.

Nous avons alors élaboré une méthodologie de recueil de données prenant en compte cette particularité. Ainsi, nous avons filmé les deux infirmières pendant les administrations de médicaments de trente-cinq patients en fin de matinée et nous avons réalisé des entretiens d'auto-confrontation simple avec chacune d'entre elles. De manière plus concrète, les autorisations de filmer ont certes été nécessaires auprès de la direction de l'établissement ainsi que des deux infirmières novices, mais également auprès des trente-cinq patients concernés par l'administration des médicaments.

Nous avons filmé avec une caméra mobile manipulée par une cadre de santé formatrice volontaire, afin de pénétrer uniquement dans les chambres où les deux patients avaient accepté, et fait un enregistrement audio à l'aide de microphones haute fréquence fixés sur chaque infirmière.

QUELQUES RÉSULTATS

Quatre thèmes importants

Les débriefings ont révélé quatre thèmes importants pour les infirmières novices et deux moments particulièrement denses en termes d'activité.

- **Le premier thème** était relatif aux outils, moyens, trucs et astuces utilisés dans la situation pour faire en sorte que les erreurs d'administration aient ainsi la plus faible probabilité de survenir.
- **Le deuxième thème** était lié aux circulations de personnes dans les couloirs (parents, aides-soignants, agents de service...) et aux questions qui pouvaient interrompre leur concentration sur l'administration des médicaments.
- **Le troisième thème** concernait les préparations des médicaments avant leur administration et les différences de stress

ressenti lors des administrations de milieu de journée et lors des administrations en fin de journée.

- **Le quatrième thème** était le moment repéré comme le plus important concernant un résultat du taux de glycémie capillaire anormalement élevé d'une patiente qui a nécessité des mesures d'urgence de la part des deux infirmières.

Dextro

C'est ce concept que nous avons nommé "Dextro". Il a été repéré dans un premier temps dans les débriefings avec les infirmières novices à partir d'un imprévu ⁽⁹⁾. Pendant l'administration des médicaments à mi-journée, les infirmières doivent prendre en compte la mesure du taux de glycémie capillaire des patients diabétiques. Ces mesures sont réalisées avec un appareil dont la marque initiale est "Dextro". C'est par cette ancienne marque que cette opération est devenue un nom commun dans le champ sémantique des infirmières: « *Je dois faire un dextro pour ce patient.* » Nous avons donc observé que l'interruption de tâche en vue de réaliser les dextro était intégrée dans l'organisation de l'infirmière lors de la tâche "admi-

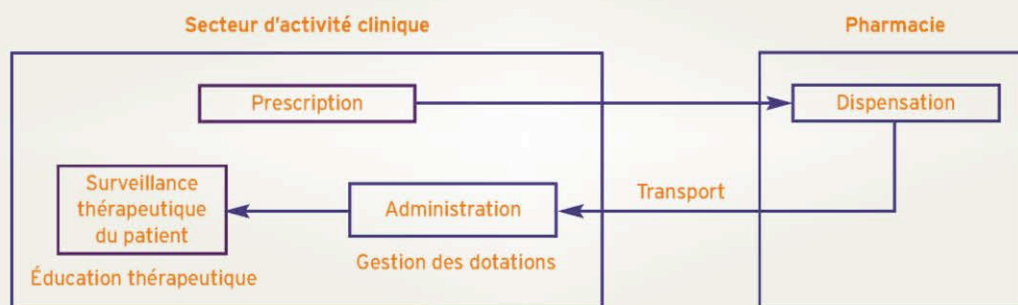
NOTES

(8) HAS, "Outil de sécurisation et auto-évaluation de l'administration médicamenteuse".

(9) Jean A. "L'analyse des imprévus et des événements dans le cadre de la cohérence entre théorie et pratique". *La formation des enseignants: en quête de cohérence*. Bruxelles: De Boeck Université; 2012. pp.69-84.



Circuit du médicament



nistration des médicaments" (voir le schéma ci-dessous).

Replanification dans l'action

Pendant l'administration des médicaments qui suit l'ordre de numérotation des chambres, si les plateaux repas arrivent, les infirmières sont obligées d'interrompre l'ordre des chambres pour donner la priorité aux dextro destinés aux patients répartis dans toutes les chambres. Plus concrètement, l'administration terminée à la chambre 15, après la chambre 14, il faut interrompre l'administration pour aller à la chambre 21 où est installé un patient diabétique, faire le dextro, si la mesure est correcte (entre 0,70 et 1,20 g/l), revenir à l'ordre des chambres, c'est-à-dire la chambre 16 pour reprendre l'administration, et ainsi de suite. C'est une replanification dans

l'action qui est faite, en prenant en compte le sens de distribution des plateaux repas.

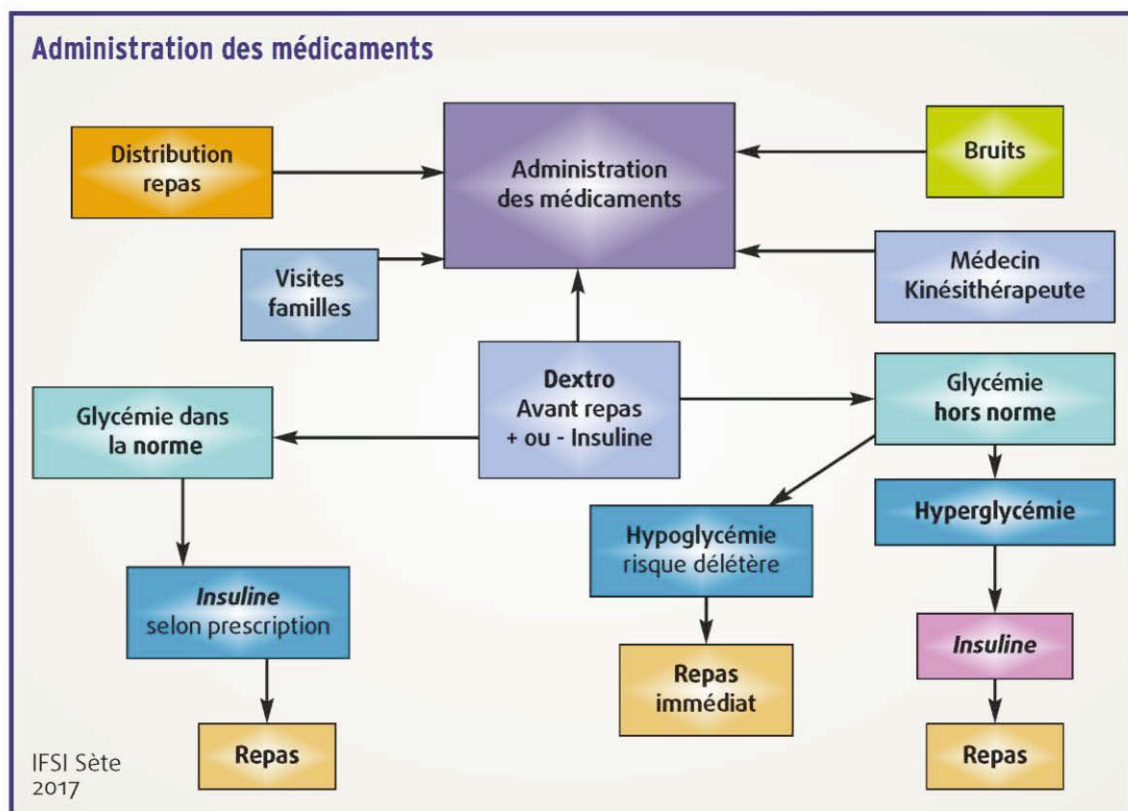
Ainsi, d'un concept théorique, la glycémie capillaire d'un patient, c'est un concept pragmatique qui est construit par les infirmières qui disent lui associer trois indicateurs. Le premier est l'heure: c'est vers 11h30 que la distribution des plateaux repas est programmée. De manière presque inconsciente, à l'approche de cette heure, elles préparent mentalement la replanification. Le deuxième plus précis est le bruit des couverts qui s'entrechoquent et des roulements des chariots contenant les plateaux repas. C'est cet indicateur qui déclenche les interruptions de l'administration des médicaments. Le troisième indicateur est le sens de distribution des plateaux qui est déduit de la

variation sonore du deuxième indicateur. Ce sens déduit va induire une forme particulière d'interruption et de reprise.

DISCUSSION ET PISTES POUR L'ÉLABORATION DE DISPOSITIF DE FORMATION INITIALE

Des interruptions problématiques

Cette analyse de l'activité des infirmiers lors de l'administration des médicaments confirme que l'interruption de tâche est fréquente et qu'elle est constitutive de l'organisation des soins dans ce service de SSR. Or ces interruptions ne sont pas recommandées par la HAS, bien au contraire. S'agit-il de pratiques locales particulières au contexte de notre recherche? Les contraintes des services obligent-elles à ces interruptions d'administration des médica-



ments pourtant non recommandées? Comment se fait-il que les infirmières dont nous avons étudié l'activité ne nous ont pas parlé de ces recommandations, alors qu'elles ont abordé d'autres écarts entre travail prescrit et travail réel lors des entretiens? Nous avons réalisé une enquête auprès des étudiants qui confirment rencontrer ces pratiques lors des stages qu'ils effectuent. Ce qui est sûr, c'est que, pour notre IFSI, comme pour les autres, il est primordial de pallier ce problème s'il existe. En effet, le dextro tel qu'il est réalisé génère plusieurs interruptions, même si elles semblent justifiées par les jeunes professionnelles. Il s'agit alors de travailler sur cette interruption de tâche identifiée qui relève de notre point de vue de l'organisation des soins et non pas de l'état du patient. Cette interruption de tâche ne nous semble pas justifiée, peut être préjudiciable au malade comme aux infirmières puisque générant du stress, une charge mentale et des erreurs potentielles.

Serious game

C'est bien par la formation que nous pourrions éviter ces interruptions de tâches. Par formation, nous entendons bien entendu la formation initiale. Nous envisageons pour cela, un dispositif de formation fondé sur la simulation ayant pour prérequis un *serious game*, actuellement en cours d'élaboration par les IFSI de la région, sur le thème "les bonnes pratiques des thérapeutiques dans un contexte d'hospitalisation d'un patient de son entrée à la sortie". Cela va permettre de mettre en place une séquence pédagogique uti-

lisant la technique de la simulation en santé avec vidéo. Cette méthode pédagogique s'inscrit dans la philosophie du référentiel de formation des étudiants infirmiers relevant du socioconstructiviste⁽¹⁾ (pédagogie par compétences). L'activité d'administration des médicaments décontextualisée relève de la compétence 4, "mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique" et de la compétence 1, "évaluer une situation clinique et établir un diagnostic infirmier". Ces deux compétences sont mises en œuvre dans l'activité analysée dans le service de SSR. Notre recherche montre qu'en situation de travail contextualisée, c'est la compétence 2, "concevoir et conduire un projet de soins infirmier" qui est aussi mobilisée. Nous reprendrons la compétence qui, selon Pastré⁽¹⁾, est aussi une « *structure dynamique* » organisant l'activité, ancrée dans l'expérience et dans la pratique de la personne en situation. Dès lors, plus que d'établir des listes ou des référentiels de compétences décontextualisées, il s'agit de décrire "l'agir compétent" de la personne en situation et, par là, de développer une approche "située" de la compétence. Une équipe de recherche de l'observatoire des réformes en éducation pose la question: « *Pour agir avec compétence dans cette situation, quelles actions la personne devrait-elle poser et sur quelles ressources ces actions devraient-elles reposer?* » "Situations", "agir compétent" et "intelligence des situations" constituent un triptyque sur lequel repose une "approche située des compétences". Ainsi, quelles actions, quelles res-

sources en tant que formateurs devons-nous développer? Notre enjeu est de permettre aux étudiants d'intégrer les activités de soins dans une planification permettant une meilleure organisation et d'identifier, de différencier l'interruption de tâche

"C'est par la formation initiale que nous pourrions éviter ces interruptions de tâches"

nous apparaissant comme non justifiée (le dextro) et l'interruption de tâche justifiée (comme le malaise d'un patient). Ce dispositif pédagogique s'articule dans l'unité d'intégration (UI) 5-3 S3, "communication et conduite de projet", et dans l'UI 5-5 S5, "mise en œuvre des thérapeutiques et coordination des soins".

CONCLUSION

Cette analyse de l'activité des infirmiers lors de l'administration des médicaments met en évidence que l'interruption de tâche est fréquente. Elle est socialement perçue comme un fonctionnement normal auquel les professionnels de santé se sont habitués.

C'est ainsi qu'au-delà des outils disponibles (piluliers, ordinateurs, etc.), il nous appartient en tant que formateur d'aider les étudiants à construire un projet de soins qui intègre ces recommandations. ■

RECHERCHE & FORMATION

Être faisant fonction cadre de santé : un tremplin pour la formation ?

Depuis déjà quelques années, le nombre de faisant fonction de cadres de santé intégrant les IFCS est en forte progression. Les directions hospitalières imposent souvent une période de mise en poste, au prétexte de favoriser l'entrée en IFCS et le suivi de la formation. Ce postulat repose-t-il sur des éléments tangibles ?

Yves Secardin, formateur à l'IFCS de l'AP-HP

Mots clés

Faisant fonction de cadre de santé - IFCS - Formation

Une enquête rétrospective analysant les résultats des étudiants, scindée en deux populations distinctes – d'un côté les faisant fonction de cadres de santé (FFCS), de l'autre les non-FFCS –, ne montre aucun écart significatif de réussite entre ces deux populations.

Des entretiens effectués auprès d'une population d'étudiants cadres de santé montrent que c'est plutôt l'accompagnement en amont qui permet une facilitation d'entrée en Institut de formation des cadres de santé (IFCS), et que, si leur expérience leur permet de mieux appréhender les mises en situation lors de la formation, elle n'est pas le gage d'une meilleure appropriation des contenus de la formation. Il apparaît donc nécessaire de développer l'accompagnement des agents désirant devenir cadres de santé, mais aussi que leur parcours professionnel anté-

rieur n'impacte pas la réussite de la formation.

SITUATION ACTUELLE DES FFCS Modalités d'admission aux IFCS

Pour intégrer un IFCS, il est obligatoire d'avoir exercé pendant quatre ans minimum dans sa filière professionnelle, de passer un concours qui se compose d'une épreuve écrite d'admissibilité à

laquelle le candidat doit obtenir une note supérieure ou égale à 10/20, suivie d'une épreuve orale à laquelle le candidat doit également obtenir une note supérieure ou égale à 10/20. C'est la moyenne de ces deux notes qui détermine le rang de classement dans le concours, et donc la possibilité ou non d'entrer à l'IFCS au regard des agréments métiers qui ont été attribués par l'Agence régionale de santé à chaque IFCS. Les agents n'ont aucune autre obligation pour intégrer un IFCS.

Il est courant de rencontrer auprès des directions, même auprès des pairs, le postulat⁽¹⁾ disant que la mise en poste d'un agent comme FFCS est facilitante pour passer le concours d'entrée à l'IFCS et suivre la formation. Je me suis donc demandé si des éléments factuels pouvaient apporter leur contribution à ce système de pensée.

Éléments d'analyse

En 2004, Christophe Haller⁽²⁾ concluait un article sur cadre-santé.com par la phrase suivante : « On peut, en effet, s'interroger sur la nécessité de former des cadres quand les hôpitaux tendent à généraliser le recours aux faisant fonction. Le niveau de compétence n'est pas toujours amélioré par le suivi de la formation cadre et il convient de rester vigilant sur la reconnaissance de celle-ci. » Cette réflexion me semble faire un amalgame un peu rapide entre le manque de cadres dans les services (organisé ou non) et la formation en IFCS. S'il est indéniable que le constructivisme social a tout son sens dans le métier de cadre de santé⁽³⁾, est-il raisonnable de penser que la formation n'apporte pas des éléments de réflexion et de construction néces-

“L'étudiant qui arrive à l'IFCS a déjà développé, en tant que professionnel, un certain nombre de compétences”

NOTES

(1) J'entends par postulat la définition philosophique qu'en donne le Centre national de ressources textuelles et lexicales (CNRS) : « Représentation qui est admise de façon implicite et sur laquelle se fonde un système de pensée. » CNRS, Nancy, 2005, consulté le 30/11/2016. Disponible sur www.cnrtl.fr/definition/postulat.

(2) Haller, Christophe. "Faisant fonction de cadre de santé : avantages et limites d'un rôle mal reconnu" [en ligne]. 19 août 2004. Ivry-sur-Seine : cadresante.com [réf. du 9 mars 2016] (à consulter via le lien raccourci bit.ly/2w4yhas).

(3) Vygostsky, Lev Semenovitch. *Pensée et Langage*, 3^e édition, Paris : La Dispute, 2003. 536 pages.

saires à la posture de cadre, notamment en termes de prise de recul? Pour Le Boterf⁽⁴⁾, la compétence ne peut se juger qu'en situation de travail, donc l'étudiant qui arrive à l'IFCS a déjà développé, en tant que professionnel, un certain nombre de compétences. Il possède aussi des capacités qui peuvent être fortement enrichies par le passage à l'IFCS.

En 2009, le rapport de Singly notait: « *La mission préconise de mettre fin à la position bancale de "faisant fonction de cadre" et de rendre systématiques dans toutes les démarches de promotion interne professionnelle conduisant à l'encadrement, des mises en situation permettant de vérifier les réelles dispositions à manager.* » Une proposition ambiguë qui semble vouloir supprimer d'un côté la position de FFCS, pour faire peu ou prou la même chose d'un autre. En effet, quelle meilleure mise en situation que la mise en poste de FFCS?

TAB. 1 NOMBRE DE FFCS ET DE NFFCS POUR CHAQUE PROMOTION

Promotions	2011/2012	2012/2013	2013/2014	2014/2015	2015/2016	n
FFCS	72	90	85	99	86	432
NFFCS	69	54	79	58	54	314

D'ailleurs, le rapport IGAS sur la formation des cadres de santé⁽⁵⁾ remettait clairement en avant les postes de FFCS, même si le dispositif d'accompagnement était revu à la hausse: « *L'agent entrerait alors dans la période de "préformation" au départ de laquelle il suivrait et devrait valider un ou plusieurs modules de management, lui fournissant une sorte de boîte à outils minimum, puis serait mis en situation de cadre (un an).* »

Problématique

En conclusion, les postes de FFCS existent toujours, voire semblent s'être renforcés, même s'il est très difficile d'obtenir des chiffres fiables sur le nombre de personnes dans cette situation. Au regard de ces constats, deux questions

ont émergé de notre réflexion:

- la mise en poste des agents comme FFCS favorise-t-elle la réussite de la formation à l'IFCS?
- le fait d'avoir été en poste de FFCS permet-il à l'étudiant une meilleure appropriation des contenus de formation?

RÉSULTATS ET DISCUSSION

Au regard des données, il est clairement avéré que, sur la totalité des étudiants, le nombre de faisant fonction ayant intégré l'institut est significativement supérieur ($p = 0.01$) aux agents n'ayant pas été mis en poste (voir le tableau 1 ci-dessus).

En ce qui concerne le temps de mise en poste, nous pouvons constater que la médiane et l'écart

NOTES

(4) Le Boterf, Guy. *De la compétence. Essai sur un attracteur étrange*. Paris: Éditions d'Organisation, 1994. 176 pages.

(5) Inspection générale des affaires sociales (Igas). "Quelles formations pour les cadres hospitaliers?", 2010 (à consulter via bit.ly/2wm6A8a).

Méthodologie de l'étude

→ Pour tenter de répondre à la question "la mise en poste des agents comme FFCS favorise-t-elle la réussite de la formation à l'IFCS?", nous avons étudié les résultats d'une cohorte de 746 étudiants représentant cinq promotions entre 2011 et 2015 à l'IFCS de l'AP-HP. Pour chacune des promotions, nous avons différencié la population entre étudiants ayant fait fonction de cadre de santé (FFCS) et étudiants n'ayant pas fait fonction. Nous avons fait la moyenne générale des notes obtenues aux différents modules comme indicateur pouvant différencier le niveau de réussite à la formation cadre de santé. Pour chaque promotion et pour chaque population, ont été calculés la moyenne, l'écart type

et la variance. Enfin, un test t de Student (ce test permet de comparer les mesures d'une variable quantitative effectuées sur deux groupes de sujets indépendants) bilatéral à 5% ($p \leq 0.05$ implique le rejet de l'hypothèse nulle) a été effectué pour différencier les deux populations. Il a aussi semblé intéressant de regarder le nombre de mois pendant lesquels les futurs cadres sont mis en poste de FFCS. Au vu de la collecte des données et de la dispersion des points, nous avons préféré calculer la médiane, ainsi que l'écart moyen qui a paru plus contributif que l'écart type pour chacune des promotions.

→ Pour essayer de répondre à la question "le fait d'avoir été en poste de FFCS permet-il à l'étudiant une meilleure appropriation des contenus de formation?", onze entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès d'étudiants de la promotion 2015/2016, ayant été FFCS. Le temps de mise en poste de FFCS s'échelonnait entre neuf mois et douze ans. Les entretiens ont duré entre 30 et 45 minutes. Comme nous avons la chance de former toutes les filières paramédicales à l'IFCS de l'AP-HP, différents représentants de ces filières (IDE, Ibode, PUER, IADE, technicien de laboratoire, manipulateur en électroradiologie, préparateur en pharmacie, kinésithérapeute) ont pu être interrogés.

TAB. 2 MÉDIANE DU NOMBRE DE MOIS EN POSTE DE FFCS POUR CHAQUE PROMOTION

Promotions	2011/2012	2012/2013	2013/2014	2014/2015	2015/2016
Médiane	30	24	29	24	24
Écart moyen	17	20	19	13	17

TAB. 3 MOYENNE DES NOTES POUR CHAQUE PROMOTION ET TEST T DE STUDENT

Promotions	2011/2012		2012/2013		2013/2014		2014/2015		2015/2016	
	FFCS	NFFCS	FFCS	NFFCS	FFCS	NFFCS	FFCS	NFFCS	FFCS	NFFCS
Moyenne	14.00	14.33	13.80	14.24	14.03	13.86	13.99	14.10	14.01	13.79
Écart type	1.40	1.40	1.27	1.30	1.41	1.23	1.12	1.14	1.18	0.79
Variance	1.92	1.93	1.60	1.65	1.96	1.50	1.24	1.28	1.87	1.36
Test t de Student	P = 0.16		P = 0.05		P = 0.42		P = 0.54		P = 0.94	

moyen évoluent peu avec le temps, mais que l'écart moyen est relativement important dans chacune des promotions. Ceci s'explique par le fait que, dans certaines filières, la mise en poste de FFCS peut durer assez longtemps. Notre plus forte valeur étant de $n = 200$ mois (voir le tableau 2 ci-dessus).

Il est à noter que le test t de Student ne montre pas de différence significative entre la moyenne des notes obtenues par les étudiants ayant été en position de FFCS et les étudiants n'ayant pas été en position de FFCS, pour quatre promotions sur cinq. Pour la promotion 2012/2013, il apparaît une différence significative en défaveur des étudiants ayant été FFCS. Ce résultat étant isolé ne permet pas d'affirmer une tendance au profit d'une population ou d'une autre (voir le tableau 3 ci-dessus).

Au regard de ces chiffres, nous pouvons émettre l'hypothèse que la mise en poste des agents comme FFCS ne favorise pas particulièrement la réussite de la formation à l'IFCS.

Comment devient-on FFCS ?

Pour la majorité des étudiants interrogés, la mise en poste de FFCS a été la conjonction d'une demande de leur part à la suite d'une envie d'évolution professionnelle et d'une demande de leur institution.

Pour les professionnels de santé qui ont l'impression de "stagner" dans leur travail, le poste de FFCS permet à l'institution de leur proposer une évolution professionnelle et de les mettre en situation de savoir si cette fonction peut leur convenir.

L'accompagnement en questions

Un accompagnement bien mené permet au futur cadre de s'initier à son futur métier, donc de s'y socialiser⁽⁶⁾. La socialisation professionnelle permet au professionnel de se rendre compte de sa possibilité d'intégration dans un nouveau groupe de référence (celui des cadres), grâce au processus d'acquisition des normes professionnelles. Mais cette acqui-

sition ne peut se faire qu'avec l'aide d'un pair, or l'accompagnement des professionnels en situation de FFCS reste encore problématique. Si, pour certains, l'établissement met en œuvre une politique volontariste d'accompagnement et de formation, pour d'autres, cela reste à la discrétion de l'encadrement supérieur ou est inexistant⁽⁷⁾. Plusieurs mémoires de l'École des hautes études en santé publique (EHESP) ont traité de l'accompagnement des FFCS. En 2002, Charon⁽⁸⁾ concluait le sien par cette phrase : « Malgré une volonté d'accompagner les postulants cadres dans leur projet, ces derniers évoquent pourtant un manque d'aide. Ils se sentent souvent seuls, dépourvus de ressources et expriment des difficultés multiples qui touchent essentiellement les domaines des savoirs agis. Seuls les établissements qui ont mené une réflexion, édicté des règles et mis en place un dispositif d'accompagnement semblent échapper, en partie, à ce phénomène. » Pourtant, au regard des verbatim, il semble bien que tous les établissements n'aient pas encore

Prendre un poste de faisant fonction

- Pour s'assurer que c'est bien le travail que l'on souhaite faire.
- Pour découvrir d'une autre façon son environnement de travail.
- Pour commencer sa nouvelle construction identitaire.
- Pour développer ses compétences grâce à un accompagnement par ses pairs.

NOTES

(6) Dubar, Claude. La socialisation : Construction des identités sociales et professionnelles. 4^e édition. Paris : Armand Collin, 2010. 256 pages.

(7) Chauvency, Marie-Claire; Cannasse, Serge (collab). "Faisant fonction : vers une politique vertueuse ou une pérennisation par défaut ?" In Faire fonction de cadre de santé. Paris : Lamarre, coll. Fonction cadre de santé, 2015. Pp.39-66.

(8) Charon, Jack. L'accompagnement du "faisant fonction" de cadre de santé : un bénéfice pour le postulant et l'institution. École nationale de santé publique. Mémoire de fin d'études. Rennes : 2002 (à consulter via <http://bit.ly/2y2JQwf>).

pris en compte cette nécessité, ce qui est d'autant plus dommageable puisque les étudiants ayant eu un accompagnement organisé disent que cela leur a facilité l'entrée à l'IFCS.

Être faisant fonction, un tremplin pour la formation ?

Lorsqu'on demande aux étudiants si le fait d'avoir été FFCS leur permet une meilleure appropriation des contenus de la formation, certaines réponses sont très ambiguës, car le raisonnement se déploie en sens inverse de la question : ce sont les contenus de la formation qui favorisent l'analyse de leurs actions à distance, donc, même s'ils ont un avantage dans la compréhension de l'environnement sanitaire ou social dans lequel ils évoluent, ce n'est pas le fait d'avoir été FFCS qui leur permet une meilleure appropriation des contenus, mais les contenus dispensés qui leur permettent de comprendre les situations dans lesquelles ils se sont trouvés. C'est lors de la mise en mots qui se produit dans la formation qu'ils identifient les forces et les faiblesses de leurs pratiques antérieures. D'ailleurs, comme le souligne une étudiante, il n'est pas évident que la mise en poste de faisant fonction soit suffisante : « *Je pensais que je n'apprendrais rien, mais il y a une limite à certains moments, et il manque certains savoirs qui se trouvent à l'IFCS. Mon expérience ne suffisait plus, on ne peut pas apprendre que sur le tas sans avoir des apports faits par des personnes expérimentées. Ça m'aide à comprendre, la formation me donne des clés pour construire de nouvelles compétences.* »

Pour certains, cette confrontation à la théorie et la visualisation des écarts entre ce qu'ils ont mis en œuvre et ce qu'ils auraient dû mettre en œuvre, est extrêmement déstabilisatrice. Cela peut remettre en question leur légitimité passée et à venir, et peut provoquer des situations de blocage, voire de rejet des apports de la formation.

Pour d'autres, ces apports ne sont que le renforcement de ce qu'ils avaient déjà perçu pendant leur mise en poste et ne fera que conforter leur détermination à être cadre de santé en ayant enfin pu prendre le temps de la prise de distance. Enfin, lorsqu'on leur pose la question de savoir si, lorsqu'ils seront cadres de santé, ils conseilleront plutôt aux futurs postulants de prendre un poste de FFCS, la réponse est positive pour la grande majorité des personnes interrogées, non pas pour garantir leur réussite à la formation ou pour une meilleure appropriation des contenus de la formation, mais pour simplement découvrir la fonction de cadre.

CONCLUSION

Nos questions s'articulaient autour de la mise en poste des agents comme FFCS, pour permettre une meilleure réussite de la formation à l'IFCS et une meilleure appropriation des contenus de la formation. Les résultats chiffrés montrent qu'il n'y a pas de différence pour la réussite de la formation entre les agents ayant été en poste avant d'arriver à l'IFCS et ceux qui n'ont pas été en poste de FFCS. Les entretiens montrent

que l'appropriation des contenus de la formation est peu en lien avec le poste de FFCS. Si la mise en poste de FFCS peut être une étape dans la construction professionnelle de l'agent, le postulat consistant à obligatoirement mettre un agent désirant faire la formation en poste de FFCS comme gage de réussite et d'appropriation des contenus de la formation ne repose sur aucune base factuelle.

“Les contenus de la formation permettent aux étudiants de comprendre les situations dans lesquelles ils se sont trouvés”

Il apparaît même que la distanciation peut parfois être compliquée, notamment lorsque l'étudiant se retrouve en posture d'apprenant en stage, alors qu'il était, il y a peu, acteur dans ce même environnement.

Le formateur doit prendre en compte tous ces éléments pour faire progresser l'étudiant cadre vers la fonction de cadre de santé. Il lui appartient de travailler sur la réflexivité des situations passées pour permettre au FFCS de se construire une posture claire de cadre de santé et de l'accompagner pour qu'il puisse acquérir la distance de l'étudiant en oubliant celle du professionnel. ■

BIBLIOGRAPHIE • Malka, Claire. *Savoirs issus de l'expérience de faisant fonction de cadre de santé : assise indispensable ou certitudes à déconstruire ?* In Faire fonction de cadre de santé. Paris : Lamarre, coll. Fonction cadre de santé, 2015, pp.171-192. • Yahiel, Michel ; Mounier, Céline. *Quelles formations pour les cadres hospitaliers ?* Rapport de l'inspection générale des affaires sociales. Paris : IGAS, 2010. 74 pages. •