



Université François Rabelais - Tours  
UFR Arts et Sciences Humaines  
Département des Sciences de l'Éducation et de la Formation

Année Universitaire 2009-2010

# **Accompagnement des étudiants en soins infirmiers et éducation thérapeutique des patients par les infirmiers.**

**Contribution à l'étude des compétences transférables.**

Présenté par  
*Marc Pentecouteau*

Sous la direction de

Laurence Cornu, Professeur des Universités  
Catherine Guillaumin, Maître de Conférences

En vue de l'obtention du  
Master Professionnel 1ère année – Arts, Lettres & Langues  
Mention – Langues, Education et Francophonie  
Spécialité - Sciences de l'Éducation  
Mention Professionnelle Ingénierie de la Formation

# REMERCIEMENTS

*Je souhaite remercier particulièrement les enseignants du département des sciences de l'éducation intervenant dans le cursus du Master 1 spécifique ingénierie de la formation : Laurence Cornu, Catherine Guillaumin et Hervé Breton.*

*Mes remerciements vont aussi :*

- à Nathalie, mon épouse et à Solenn, Alban, Mathilde et Anna, mes enfants pour leur compréhension et leur patience*
- à mes parents, à Christelle, à Élisabeth, à Aurélie et Cédric pour leur aide si précieuse*
- à Monsieur Sauboua, Directeur de l'hôpital local de Saint-Aignan-sur-Cher, pour les autorisations d'absence afin de suivre cette formation*
- à mes compagnons de promotion pour leur bonne humeur*
- aux trois collègues que j'ai rencontrés lors des entretiens pour le temps qu'ils m'ont consacré.*

# SOMMAIRE

|   |      |
|---|------|
| <b>Introduction</b>   | P 5  |
| <b>Du trajet au projet</b>  | P 7  |
| <br>  |      |
| <b><u>Première partie : Approche contextuelle et conceptuelle</u></b>                 | P 10 |
| <b>I- L’accompagnement en contexte hospitalier : contraintes, enjeux et évolution</b> | P 10 |
| I-1. Historique de l’hôpital  | P 10 |
| I-2. Un contexte de pénurie de personnel  | P 12 |
| I-3. Une exigence accrue de qualité   | P 13 |
| I-4. L’historique de la profession d’infirmière                                       | P 15 |
| I-5. L’historique de la profession de cadre de santé                                  | P 17 |
| I-6. La réforme de l’enseignement des soins infirmiers                                | P 18 |
| I-7. La réforme du système de santé   | P 21 |
| I-7-1 La prévention et la santé publique dans la loi HPST                             | P 22 |
| I-7-2 L’éducation thérapeutique du patient  | P 23 |
| <b>II- Les concepts de compétence, d’alternance et d’accompagnement</b>               | P 24 |
| II-1. Le concept de compétence  | P 24 |
| II-2. Le concept d’alternance   | P 30 |
| II-3. Le concept d’accompagnement   | P 34 |
| <b>III- Emergence de la question de recherche et problématisation</b>                 | P 37 |
| <br>  |      |
| <b><u>Deuxième partie : Approche méthodologique</u></b>                               | P 40 |
| <b>I- La méthodologie de la recherche</b>   | P 40 |
| I-1. Choix de l’outil d’enquête   | P 40 |

|   |       |
|---|-------|
| I-2. Choix de la population étudiée et du terrain d'enquête | P 41  |
| I-3. Les limites de l'enquête                               | P 41  |
| I-4. Construction de la grille d'entretien                  | P 42  |
| I-5. Critères de réalisation des entretiens                 | P 43  |
| I-6. Transcription des entretiens                           | P 44  |
| <b>II- L'analyse et l'interprétation des entretiens</b>     | P 44  |
| II-1. L'analyse de contenu                                  | P 45  |
| II-2. L'analyse et l'interprétation                         | P 46  |
| <b>Conclusion</b>   | P 69  |
| <b>Annexes</b>  | P 73  |
| <b>Bibliographie</b>  | P 117 |
| <b>Table des matières</b>                                   | P 119 |

# INTRODUCTION

Ce travail de recherche s'inscrit dans le cadre d'un Master 1 en Sciences de l'éducation. J'ai souhaité, à partir de ce travail, aborder la question de l'encadrement des étudiants en soins infirmiers en stage dans les services de soins ainsi que l'éducation thérapeutique des patients à travers l'accompagnement qu'assurent les infirmiers au quotidien.

L'année 2009 a vu apparaître deux changements législatifs importants dans le champ des soins infirmiers :

- La loi du 21 juillet portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires instituant, entre autre, un cadre légal aux actions d'éducation thérapeutique et d'accompagnement des patients.
- L'arrêté du 31 juillet relatif au diplôme d'Etat d'infirmier réformant les études en soins infirmiers dont la construction pédagogique est basée sur l'acquisition de compétences et dont le niveau permet d'obtenir le grade de licence universitaire.

Temps fort de la formation initiale en soins infirmiers, le stage clinique permet à l'étudiant en soins infirmiers d'acquérir les compétences indispensables à l'exercice de la profession et de construire son identité professionnelle.

Afin de remplir au mieux leur fonction de tuteur, certains infirmiers volontaires se forment depuis quelques années maintenant à l'accompagnement des étudiants infirmiers afin de développer leurs compétences pédagogiques, montrant par là-même leur intérêt dans cette mission.

Les compétences pédagogiques acquises grâce aux formations « tutorat » et à l'expérience d'accompagnement d'étudiants sont-elles transférables dans d'autres activités comme l'éducation thérapeutique du patient ? Telle est la question posée dans ce travail de recherche.

Afin de tenter de répondre à cette question, après avoir explicité la genèse de ce projet, nous commencerons par revisiter l'histoire de l'hôpital, des soins infirmiers, des infirmiers et cadres de santé, puis nous nous attacherons à préciser le contexte actuel du système de santé français. Un éclairage conceptuel nous permettra ensuite d'affiner notre question de recherche et de poser une hypothèse.

En seconde partie, après avoir défini la méthodologie utilisée, nous mènerons une analyse des entretiens réalisés auprès de trois infirmiers pratiquant l'accompagnement d'étudiants et l'éducation thérapeutique de patients. Nous chercherons à établir des liens avec nos concepts étudiés auparavant.

La conclusion de ce travail nous conduira à élargir notre réflexion vers d'autres thèmes, laissant envisager la perspective d'une autre recherche.

Mais pourquoi avoir choisi de traiter ce sujet ?

Tout d'abord, parce que chercher à développer les compétences pédagogiques des soignants pour leur permettre de mieux accompagner les étudiants infirmiers en stage dans les unités de soins et répondre aux besoins d'accompagnement des patients à travers des actions d'éducation thérapeutique, est une mission incontournable des personnels d'encadrement des hôpitaux.

Ensuite puisque je suis conduit, en qualité de cadre supérieur de santé, à exercer des fonctions de maître de stage devant organiser au mieux l'encadrement des étudiants en stage et chargé de définir le projet de soins infirmiers, pièce maîtresse du projet d'établissement, où est intégré un volet « soins éducatifs » afin de mieux répondre aux besoins des usagers.

## **DU TRAJET AU PROJET**

Entré à l'I F S I (Institut de formation en soins infirmiers) de Blois en septembre 1993 avec une courte expérience du milieu hospitalier, je découvre l'univers de l'hôpital à travers mon premier stage dans un service de médecine à orientation hématologique (et notamment spécialisé dans la prise en charge de patients porteurs du VIH ou ayant déclaré un S I D A). A cette époque, les conditions de travail sont difficiles car le traitement est peu efficace (la trithérapie n'arrivera que 3 ans après), les décès très fréquents, la charge de travail conséquente : les relations de travail entre soignants sont très tendues, laissant peu de place à l'encadrement. Je ressens un sentiment de solitude dans cette fonction pourtant décrite à l'I F S I comme essentiellement fondée sur le travail en équipe.

La confrontation à la mort se fait d'une manière brutale puisque la surveillante me demande d'assister à une toilette mortuaire dès la première heure de stage (elle m'expliquera par la suite qu'elle avait elle-même été confrontée de cette façon à la mort lors de ses études). Cette situation fut, je pense, un facteur déclenchant dans mon projet de devenir formateur : ***Préparer les étudiants à la réalité professionnelle pour leur permettre de mieux l'affronter.***

En revanche, mon deuxième stage aura lieu dans un service de psychiatrie où, là, je fus attendu et accueilli par un cadre et une équipe disponible, très impliquée dans l'encadrement des étudiants, élément rassurant pour mieux appréhender la maladie mentale et toutes les craintes qu'elle engendre chez un stagiaire.

Cette différence (voire cette opposition) dans la manière d'accueillir et d'encadrer durant ces deux périodes de stage m'a fait prendre conscience de l'aspect primordial de l'encadrement des étudiants sur les terrains de stage mais surtout de l'intérêt d'une préparation au sein de l'I F S I, avant le départ vers les services de soins comme stagiaire .

Durant mes deux années d'études suivantes, j'ai porté lors de mes stages une attention particulière à l'encadrement des étudiants (en y participant moi-même pour mes collègues de première puis de deuxième année). Le constat fut souvent identique : peu de

temps consacré au partage des savoirs de la part des professionnels, peu d'échange sur leur expérience et leur expertise en soins.

Pourquoi les étudiants sont-ils si souvent livrés à eux-mêmes dans les services ?  
Pourquoi ce peu d'échange entre soignants et futurs soignants ?

Ces réflexions ont contribué à mon envie de devenir formateur et cadre de santé afin de m'investir pleinement dans la formation, l'encadrement des futurs soignants, et de participer aux liens nécessaires entre les I F S I et les services de soins.

Mon affectation comme infirmier dans le service de psychiatrie du Centre hospitalier de Blois m'a d'abord permis d'approfondir mes connaissances sur la dimension relationnelle et thérapeutique du soin infirmier ; ces notions ont d'ailleurs été enrichies par des formations en relation d'aide et en urgence médico-psychologique.

J'ai développé, à travers ma fonction d'infirmier dans un service de médecine interne et polyvalente à orientation diabétologie, une approche soignante différente avec notamment des soins de nature préventive, éducative et palliative dans une dimension technique mais aussi résolument relationnelle et pédagogique.

Mon expérience en psychiatrie m'a aidé à affronter des situations avec des patients présentant des pathologies très lourdes dans ce domaine.

J'ai, de plus, lors de mon remplacement en tant que faisant fonction de cadre de santé dans ce même service, participé à la mise en place d'un groupe de parole offrant la possibilité aux soignants (et futurs soignants) d'exprimer et de verbaliser des ressentis sur des prises en charge de patients en fin de vie mais aussi sur toute autre difficulté. Ce moment d'échange, animé par une psychologue de l'équipe mobile de soins palliatifs, a d'ailleurs été prisé par les différents professionnels du service et sa mise en place a été pérennisée.



A travers cette expérience dans cette nouvelle fonction, j'ai aussi pu souligner l'importance de la **dimension pédagogique dans le management**. Je me suis ainsi, à plusieurs reprises, appuyé sur mes **compétences développées en pédagogie** pour faire passer des informations ou des directives. La communication entre le cadre de santé et les professionnels de santé passe nécessairement par une approche pédagogique. Je me suis, par ailleurs, impliqué fortement dans l'échange d'informations avec l'équipe soignante, l'encadrement des stagiaires et l'accueil des nouveaux agents.

Mes affectations en tant que cadre de santé manager d'unités de soins, puis en tant que cadre de santé formateur dans un institut de formation des professions sanitaires et sociales, m'ont amené à réfléchir sur les champs de l'accompagnement et du tutorat. Une réflexion sur ces deux notions me semble impérative pour conduire les professionnels de proximité à exercer leur fonction d'encadrement des étudiants sereinement et efficacement. Cette réflexion commencerait par de cette question de départ :

*« Dans un contexte de pénurie de personnel, d'exigence accrue de qualité des soins et de réforme des études en soins infirmiers, comment le cadre de santé manager peut-il accompagner le développement des compétences pédagogiques des infirmiers de son équipe pour améliorer l'encadrement des étudiants et optimiser la qualité des soins dispensés aux usagers ? »*

# **PREMIERE PARTIE : APPROCHE CONTEXTUELLE ET CONCEPTUELLE**

## **I L'ACCOMPAGNEMENT EN CONTEXTE HOSPITALIER : CONTRAINTES, ENJEUX ET EVOLUTIONS**

Afin de pouvoir aborder sereinement le contexte de cette question, il paraît essentiel de revenir à l'historique de l'hôpital, de la fonction infirmière et de la fonction de cadre de santé, pour ensuite évoquer la formation des étudiants en soins infirmiers et la réforme des études.

### **I-1. Historique de l'hôpital**

L'hôpital d'antan, qui recevait indistinctement malades, vieillards, sans-abri, enfants abandonnés et éclopés a fait place, suite à l'évolution technique, aux nécessités de l'organisation et à la prise en compte des facteurs humains, à une constellation d'institutions caractérisée par une triple spécialisation :

- Spécialisation des services et institutions dans le domaine sanitaire et dans le domaine social ;
- Spécialisation des établissements à l'intérieur de chaque catégorie ;
- Spécialisation des personnels, enfin, à la fois dans le domaine médical (création de nouvelles spécialités médicales), dans le domaine paramédical (formation plus longue, apparition de nouveaux domaines d'expertise comme les infirmiers cliniciens..) et dans le domaine social (apparition de nouvelles catégories de travailleurs sociaux).

Cette mutation hospitalière semble un succès sur le plan « médical » puisque l'on peut considérer l'état de santé des Français comme très satisfaisant si on le compare à ce qu'il était au lendemain de la seconde guerre mondiale et à ce qu'il est actuellement majoritairement dans le reste du monde.

En 1946, en France, la mortalité infantile (nombre de décès par an d'enfants de moins de un an pour 1000 naissances vivantes) était de 77,8. Elle est inférieure aujourd'hui à 5 (8,6 dans la CEE, 68 dans le reste du monde).

Quant à l'espérance de vie à la naissance, elle était de 66 ans, sexes confondus, en 1950, elle est aujourd'hui de 77, 8 ans pour les hommes et de 84,5 ans pour les femmes (sources Institut National d'Etudes Démographiques).

Néanmoins, si, comme je viens de le souligner, l'état de santé des Français s'améliore, force est de constater que le coût des dépenses de santé ne cesse de s'accroître.

De plus, le système de santé français tient l'essentiel de ses ressources financières des cotisations sociales. La progression du nombre de personnes inactives (personnes âgées, demandeurs d'emploi..) prive les organismes d'assurance sociale de recettes assises principalement sur la rémunération du travail.

Ainsi, comme le précise Bernard Bonnici, le système de santé est paradoxalement malade du système de protection sociale qui favorise la lutte contre les maladies. (Bonnici, 1997, p. 10)

L'hôpital du troisième millénaire est ainsi soumis à de profondes mutations et la nécessité d'adapter l'offre de soins aux besoins de santé de la population entraîne une recomposition du tissu hospitalier. Ce phénomène s'est accéléré depuis les ordonnances du 24 avril 1996 qui modifient l'organisation des établissements de santé. De plus, les schémas régionaux d'organisation sanitaire (S R O S) ont un impact important sur la réorganisation du système de santé et influent sur la mobilité du personnel. En effet, ils induisent différentes formes de restructurations : soit des conversions de discipline, soit des regroupements de plusieurs établissements de santé, soit des réductions de lits, voire des fermetures de services. Dans cette conjoncture, certains agents sont obligés de quitter leur établissement ou le service concerné par la restructuration.

Par ailleurs, le plan Hôpital 2012, institué en 2007, vise à favoriser le regroupement d'établissements ou de services en apportant un cofinancement de l'Etat à hauteur de 50%.

Pour finir, la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite loi H P S T) du 21 juillet 2009 a pour objectif le regroupement des hôpitaux dans des communautés hospitalières de territoire (C H T); l'objectif du Ministère de la Santé et des Sports est de créer 300 C H T en France.

S'ajoute à cela la mobilité volontaire des professionnels dans le cadre des mutations et des changements d'affectations d'unités de soins.

Tous ces moments, voulus ou subis, ont des incidences sur l'organisation des services de soins. Ils ont aussi des conséquences sur les équipes soignantes, sur les professionnels individuellement et, par répercussion, sur les usagers.

## **I-2. Un contexte de pénurie de personnel**

Par ailleurs, selon le schéma régional des formations sanitaires et sociales de la région Centre qui a été adopté par le Conseil régional le 20 décembre 2007 pour la période 2008/2013, les défis que la région et ses partenaires devront relever dans les années à venir sont des trois ordres :

- le vieillissement accru de la population et l'augmentation de son niveau de dépendance : 11% de la population de la région Centre sera âgé de plus de 75 ans en 2020 contre 8,8% en 1999, soit 286 000 personnes en 2020 contre 215 000 en 1999 ; par ailleurs, le nombre d'allocataires de l'A P A augmente très rapidement : entre 2003 et 2005, il est passé de 28 072 à 40 123 ;
- le manque de personnel médical et paramédical dans tous ses départements : il faudrait en région Centre 7 525 professionnels supplémentaires pour rattraper le niveau de la densité nationale pour 100 000 habitants ;

- le manque de personnels diplômés dans certains secteurs ou métiers : on compterait en région Centre près de 5 000 faisant fonction d'aides-soignants et à peine 10% des intervenants à domicile sont titulaires d'un diplôme ou d'un titre professionnel.

La France se voit donc aujourd'hui confrontée à un véritable enjeu : celui de concilier les exigences croissantes des usagers et les contraintes économiques et démographiques. C'est ce défi que se doivent de relever aujourd'hui **les cadres de santé avec leurs équipes**.

### **I-3. Une exigence accrue de qualité**

La qualité à l'hôpital passe par le service rendu au malade. Elle est actuellement au cœur des préoccupations des pouvoirs publics et des professionnels de santé. La qualité est caractérisée par un cadre réglementaire et législatif dans lequel tout établissement doit s'inscrire.

La démarche qualité est un processus d'engagement d'amélioration du service rendu à l'utilisateur. Sur le terrain, la qualité se mesure par l'observation et l'analyse régulière de l'organisation des soins, de l'accueil, de l'hôtellerie et l'évaluation permet un suivi de cette organisation.

Cette évaluation est concrétisée par la procédure d'accréditation mise en place par le décret n°97-311 du 7 avril 1997.

La procédure d'accréditation poursuit 4 objectifs :

- Mettre en valeur la qualité des soins par la mesure des résultats et par l'évaluation des procédures
- Apprécier la capacité de l'établissement à améliorer en permanence son fonctionnement afin d'atteindre des soins de qualité
- Améliorer la qualité des soins en mettant à disposition de l'établissement des normes et des mesures de performance et en apportant des aides et des recommandations

- Favoriser l'amélioration continue de la qualité des soins par l'autoévaluation, par la visite de l'établissement menée par des professionnels extérieurs, par les recommandations et leur suivi.

La première version de l'accréditation a permis d'établir un état des lieux des établissements de santé en évaluant la dynamique de cette qualité. La version 2, nommée certification, est en cours depuis 2005. Ses principales orientations sont l'évaluation de la politique et de la qualité du management, des ressources transversales, de la prise en charge du patient en déclinant son parcours en fonction des services, des pratiques professionnelles et de la dynamique d'amélioration.

Dans le chapitre ressources transversales, le manuel d'accréditation précise que « *la qualification, la compétence, la motivation des acteurs contribuent, pour une grande part, à la qualité de la prise en charge des patients* ».

Dans ce chapitre 11 consacré aux ressources humaines, il s'agit d'investiguer comment l'établissement de santé :

- associe les acteurs à la définition et à la mise en place des actions relatives au projet social de l'établissement
- motive ses personnels en favorisant la synergie et la valorisation du travail collectif et individuel
- maîtrise les processus principaux de gestion des ressources humaines
- se préoccupe de mesurer la compétence de son personnel ainsi que ses pratiques de gestion

Dans le même temps, au chapitre 4, il est demandé à l'établissement d'évaluer ses pratiques professionnelles, notamment la pertinence des soins réalisés par les équipes ainsi que la qualité de la prise en charge du patient par pathologie et par problème.

Les ressources humaines, l'équipe de soins à l'échelle d'un service, sont largement prises en compte dans le processus d'évaluation des établissements et sont associées à la qualité des soins dispensés aux patients.

Les acteurs du soin doivent être considérés comme une plus-value de l'établissement de santé et les encadrants doivent réfléchir à pérenniser cette plus-value en gardant bien entendu en tête sa dimension humaine.

La troisième version, appelée V 2010, a vu apparaître des pratiques exigibles prioritaires afin de renforcer l'effet levier sur la qualité et la sécurité des soins de la certification. Ces pratiques exigibles prioritaires sont des critères pour lesquels des attentes particulièrement signalées sont exprimées. L'étude par l'équipe d'experts-visiteurs du positionnement de l'établissement au regard de ces exigences est systématique et bénéficie d'une approche standardisée.

#### **I-4. L'historique de la profession d'infirmière**

L'origine des infirmières, en tant que groupe social est apparentée à celle des ordres religieux, comme les Augustines de l'Hôtel-Dieu. La fonction soignante est repérée et organisée dans la société au cours de l'histoire avec l'apparition du mot « infirmier » en 1398, lui même dérivé du mot « infirmerie » en 1298. L'appellation est devenue courante vers le XVIe siècle. Cependant, on se rend compte que l'acte de charité ne suffit plus, le soin requiert des compétences et des formes d'organisation.

En 1633, Saint Vincent de Paul, crée la « Compagnie des filles de charité » et établit des recommandations qui font référence aux besoins de la personne. Il incitait les sœurs à avoir une fonction de conseil et d'éducation : il s'agit donc du premier embryon de formation pour les personnes qui soignent les malades.

En 1789, c'est la naissance de l'hôpital laïc : les pratiques soignantes évoluent.

Cependant, l'hygiène et l'état sanitaire des hommes de la fin du XIXe siècle est très médiocre. La laïcité, elle, a du mal à progresser. Les médecins réclament des réformes hospitalières et en particulier des infirmières instruites et dévouées (à l'image de Florence Nightingale, qui est convaincue que pour savoir soigner, il faut avoir appris). Cette dernière étudie pendant huit ans les besoins de malades et les qualités nécessaires pour savoir les soigner. Elle a écrit deux livres à partir de ses observations.

Pour elle, améliorer les soins passe par un combat pour améliorer la formation, l'état de l'hôpital et l'hygiène.

De ce fait, à la fin du XIXe siècle, elle organise la formation des infirmières à Londres et l'école se trouve dans l'hôpital. La formation dure un an et les élèves complètent leur apprentissage sur le terrain.

Il est important de noter que la Croix-Rouge Française, créée en 1864, va organiser la formation soignante de ses bénévoles et des infirmières directrices de ses écoles vont assurer la coordination de l'enseignement et marquant donc ainsi l'engagement des infirmières dans l'évolution du métier.

En 1878, les deux premières écoles d'infirmières de l'Assistance Publique de Paris (Salpêtrière, Bicêtre) sont créées par le Docteur Bourneville; les études durent deux ans avec des cours et des stages.

En 1902, une circulaire ministérielle entérine le principe d'assistance médicale gratuite et la création d'écoles d'infirmières.

Léonie Chaptal qui croit fortement à une identité professionnelle, et à l'autonomie envers le corps médical, fonde en 1904 une école d'infirmières privée à Paris. Sa philosophie s'appuie sur le fait que l'action infirmière ne porte pas sur les pathologies, mais sur la personne souffrante.

En 1922, un décret uniformise le programme de formation dans les différentes écoles et la création du premier diplôme français.

A ce moment là, la profession est reconnue par l'Etat.

En 1937, sort une loi d'exclusivité obligeant d'avoir la détention du diplôme d'état pour l'exercice de la profession comme l'indique l'article L.474 du code de la santé publique :

*« Nul ne peut exercer la profession d'infirmière s'il n'est muni d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné à l'article L.474-1 ».*

Ainsi, le terme de profession connaît une grande dimension. Celle ci ne peut être exercée que par des personnes reconnues pour le faire.

A partir des années 1970 – 1980, une évolution supplémentaire se ressent dans les textes de l'exercice professionnel avec la reconnaissance officielle du rôle propre infirmier. (loi de



1978), avec l'émergence des soins infirmiers comme **discipline à part entière pouvant s'enrichir d'une pratique et d'un savoir spécifique.**

Cette loi du 31 mai 1978 est toujours en vigueur de nos jours. S'ajoute à celle-ci le décret du 29 juillet 2004 du code la santé publique, avec ses articles R4311-1 à R4311- 5 concernant l'exercice de la profession et les actes professionnels.

Depuis peu, la Circulaire du 16 janvier 2006 (référence au plan psychiatrie et santé mentale) relative à la mise en œuvre du tutorat pour les nouveaux infirmiers exerçant en psychiatrie est également en vigueur et développe les concepts d'**accompagnement** et de **tutorat** de nouveaux professionnels exerçant en secteur psychiatrique.

La loi du 14 décembre 2006 portant création de l'Ordre National Infirmier est apparue comme une avancée significative pour les professionnels infirmiers laissant arguer une meilleure représentativité de ces derniers et enfin promouvoir une autonomie de ceux-ci vis-à-vis du corps médical.

### **I-5. L'historique de la profession de cadre de santé**

La formation du personnel d'encadrement (surveillantes) et d'enseignement (monitrices) fut reconnue officiellement en 1958 par le décret n° 58-11-04 du 14 novembre 1958 (Journal Officiel du 19 novembre 1958) créant un Certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière monitrice et d'infirmier moniteur (CAFIM) et un Certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière surveillante et d'infirmier surveillant (CAFIS). C'est la Croix-Rouge Française qui créa la première école de **Cadres** en 1951 à Paris.

Cependant, la dénomination de «**cadre**» est officiellement apparue en 1973, à travers le décret du 7 août 1973 qui institue le Certificat de cadre de santé publique puis en 1975 avec le décret du 4 octobre 1975 qui supprime le CAFIM et le CAFIS pour les réunir en un certificat unique, le Certificat de **Cadre Infirmier** (CCI).

Vingt ans après la création du certificat de cadre infirmier (CCI), un décret d'août 1995 (décret 95-926) transforme celui-ci en Diplôme de cadre de santé et permet aux Instituts de

Formation des Cadre de Santé d'y associer, en instaurant un partenariat avec les universités, deux licences : l'une de Sciences sanitaires et sociales, l'autre de Sciences de l'Education. Les cadres de santé bénéficient d'une ouverture vers la polyvalence, en devenant des cadres de santé avec un diplôme identique pour l'ensemble des professions paramédicales. Ainsi, dans l'annexe 1 de ce décret portant sur le programme de la formation, il est souligné que *« le bon fonctionnement de nos structures de santé, qu'elles soient hospitalières ou de formation, dépend largement de la place des cadres de santé et de leur compétence, qui sont déterminantes pour la qualité des prestations offertes tant aux patients qu'aux étudiants. C'est pourquoi la formation des cadres de santé est une priorité essentielle pour garantir la qualité de l'encadrement. Elle contribue, en effet, à assurer l'efficacité et la pertinence du rôle d'encadrement dans l'exercice de ses responsabilités en matière de formation des personnels et de gestion des équipes et des activités. »*

On peut ainsi noter que la formation des surveillants puis des cadres (infirmiers puis de santé) s'inscrit en contraste avec la « nomination à l'ancienneté » appelée par certains la « cote d'amour » qui permettait à des infirmiers disposant de 8 années d'expérience de pouvoir postuler au grade d'infirmier surveillant.

L'ouverture de ces écoles de cadres, dénommées par la suite Institut de formation des cadres de santé a grandement contribué à l'émancipation de la profession infirmière par rapport aux tutelles médicale et administrative en permettant aux cadres de santé de recevoir une formation leur donnant la possibilité d'exercer des fonctions **de management** ou d'**enseignement**.

## **I-6. La réforme de l'enseignement des soins infirmiers en France : une réforme nécessaire**

Ces cinquante dernières années, les modalités d'études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier ont considérablement évolué :

- En 1961, l'arrêté du 17 juillet met l'importance sur l'enseignement théorique pour effectuer des soins et examens complexes avec une technique parfaite. Les études duraient 2 ans.

- En 1972, l'arrêté du 5 septembre introduit la promotion de la santé et la prévention. Il prône le développement de l'humain, professionnel et civique. Les études s'allongent à 28 mois.
- En 1979, l'arrêté du 12 juillet introduit les travaux dirigés.
- En 1992, l'arrêté du 23 mars établit un programme élaboré à partir de directives européennes. Il réunit les deux filières de formation (soins généraux et soins psychiatriques) et promeut la professionnalisation ainsi qu'une meilleure reconnaissance sociale de l'infirmière ; le suivi pédagogique apparaît et les études passent à 37 mois.

L'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au Diplôme d'Etat d'infirmier en France a modifié profondément la formation des étudiants en soins infirmiers. Cette modification était rendue nécessaire par deux textes et les évolutions des besoins des usagers en santé :

- La loi de Modernisation sociale de 2002 (n°2002-73) qui prévoyait la rédaction de programmes de formation à partir d'un référentiel de compétences. Cette loi a aussi introduit une nouvelle voie d'accès au diplôme : celle de la Validation des Acquis de l'Expérience (V.A.E). Il s'agit d'un droit nouveau pour le citoyen français : celui de faire valoir les compétences qu'il a acquises lors de son expérience, en travaillant ou en étant bénévole, comme totalité ou partie d'un diplôme, lui évitant ainsi des temps de formation obligatoires. Ainsi, il était devenu impératif de nommer les compétences des différents métiers afin de les rendre lisibles et de prendre des décisions argumentées en matière de contenu de formation.
- Les accords de Bologne du 19 juin 1999 qui prévoyaient une harmonisation des études post-baccalauréat des pays de l'Union Européenne avec l'intégration d'un système européen LMD (Licence Master Doctorat) avant 2012.

Les évolutions des besoins des usagers en santé sont caractérisés par des usagers plus exigeants et connaissant mieux leurs droits. Comme le précisent Marie-Ange Coudray et Catherine Gay dans **Le défi des compétences** (P5) :

« Les nouvelles générations d’usagers sont plus exigeantes vis-à-vis du système de santé. Formées davantage que leurs aînés, elles demandent la qualité, n’hésitent pas à prendre plusieurs avis médicaux et sont plus consommatrices d’actes de soins et de médicaments ... La déférence autrefois quasi naturelle des demandeurs de soins à l’égard des personnes censées savoir, se transforme en exigence de type commercial et se perçoit au travers des rapports de clientélisme, qu’il faut savoir prendre en compte dans les relations avec les personnes »<sup>1</sup>.

- Ces évolutions impliquent une nécessité pour le futur professionnel d’allier polyvalence, adaptabilité, autonomie et capacité à transférer les savoirs dans une logique de formation tout au long de la vie et d’évaluation des pratiques professionnelles.

Les études en soins infirmiers se déroulent sur trois ans, se calquant sur le cursus universitaire de licence.

Cet enseignement est construit par **alternance** entre des temps de formation théorique réalisés dans les instituts de formation et des temps de formation clinique réalisés sur les lieux où sont réalisées des activités de soins. **Nous apporterons, dans notre approche conceptuelle, un éclairage sur la notion d’alternance.**

La formation se décompose en 2100 heures de formation théorique sous forme de cours magistraux, travaux dirigés et travail personnel guidé, 2100 heures de formation clinique et 300 heures de travail personnel guidé.

L’une des finalités du référentiel de formation concerne la professionnalisation de l’étudiant ; l’idée étant de favoriser la construction progressive de compétences à travers l’acquisition de savoirs et savoir-faire, d’attitudes et de comportements. **Cette formation en alternance repose sur un accompagnement des étudiants infirmiers** articulé avec les formateurs dans les instituts de formation et les tuteurs, les maîtres de stage et les professionnels de proximité sur les terrains de stage.

L’arrêté du 31 juillet 2009 précise par ailleurs les missions des principaux acteurs intervenant dans l’accompagnement de l’étudiant en soins infirmiers :

---

<sup>1</sup> M.A Coudray, C Gay, 2009, Le défi des compétences, Paris, Masson, 2009, p.5

- Le **maître de stage** qui représente la fonction organisationnelle et institutionnelle du stage. Il s'agit le plus souvent du cadre de santé. Il exerce des fonctions de management et de responsabilité sur l'ensemble du stage. Il est le garant de la qualité de l'encadrement. Il met en place les moyens nécessaires à ce dernier.

Il assure le suivi des relations avec l'institut de formation pour l'ensemble des stagiaires dont il a la responsabilité.

- Le **tuteur de stage** qui représente la fonction pédagogique du stage. Il est volontaire pour exercer cette fonction. Professionnel expérimenté, il a développé des capacités ou des compétences spécifiques et de l'intérêt pour l'encadrement des étudiants. Il connaît bien les référentiels d'activités, de compétences et de formation des futurs professionnels qu'il encadre. Le tuteur assure un accompagnement des étudiants et évalue leur progression lors d'entretiens réguliers.
- Les **professionnels de proximité** qui représentent la fonction d'accompagnement pédagogique au quotidien. Ils sont présents avec l'étudiant lors des séquences de travail de celui-ci, le guident de façon proximale, lui expliquent les actions, notamment les savoirs utilisés, rendent explicites leurs actes. Ils accompagnent l'étudiant dans sa réflexion et facilitent l'explicitation des situations et du vécu du stage.
- Le **formateur de l'IFSI référent du stage** est en lien avec le maître de stage en ce qui concerne l'organisation générale des stages dans son unité ou sa structure. Il est également en liaison régulière avec le tuteur de stage afin de suivre le parcours des étudiants et régler au fur et à mesure les questions pédagogiques qui peuvent se poser. Il a accès aux lieux de stage et peut venir encadrer un étudiant sur sa propre demande, celle de l'étudiant ou celle du tuteur de stage.

Cette réforme des études en soins infirmiers est venue s'ajouter à la réforme du système de santé introduite par la loi HPST que nous allons définir ci-dessous.

## **I-7. La réforme du système de santé par la loi Hôpital, Patients, Santé et territoires (H P S T) : une réforme nécessaire**

La loi H P S T, parue au Journal officiel le 22 juillet 2009, a été élaborée à l'issue d'un long processus de concertation et d'échanges avec les professionnels de santé. L'objectif de cette loi est de permettre la mise en place d'une offre de soins gradués de qualité, accessibles à tous, satisfaisant l'ensemble des besoins de santé. Elle s'articule autour de quatre axes :

1. La modernisation des établissements de santé
2. L'amélioration de l'accès à des soins de qualité
3. La prévention et la santé publique
4. L'organisation territoriale du système de santé

Nous allons détailler ces quatre axes.

### **I-7-1 La prévention et la santé publique dans la loi H P S T**

Cet axe, porté par la direction générale de la santé (D G S), vise les maladies chroniques et les cancers : la prévention de leurs principaux facteurs de risque (alcool, tabac), ainsi que celle de leurs complications et de leurs rechutes, par l'éducation thérapeutique du patient.

Il érige celle-ci, pour la première fois, en une politique nationale. Plusieurs autres mesures prioritaires ont été prises en faveur de la protection de la santé environnementale, des femmes et de certaines populations vulnérables, ainsi que pour la lutte contre l'obésité. L'éducation thérapeutique du patient devient une **priorité nationale** pour viser à **responsabiliser** et **autonomiser** le patient vivant avec une maladie chronique, dans le but d'améliorer sa qualité de vie. L'article L 1161-1 souligne que l'éducation thérapeutique du patient s'inscrit dans son parcours de soins à travers les relations qu'il établit avec les professionnels de santé. Par ailleurs, cet article précise que les **compétences** nécessaires pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient seront précisées par un décret.

L'article L 1161-3 indique que **les actions d'accompagnement des patients par les soignants font partie de l'éducation thérapeutique** et ont pour objet d'apporter une assistance et un soutien, aux malades ou à leur entourage, dans la prise en charge de la maladie.

## I-7-2 L'éducation thérapeutique du patient

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), *l'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou à maintenir les **compétences** dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur maladie chronique.*<sup>2</sup>

Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient.

Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psycho-social, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leur famille) à comprendre leur maladie et leur traitement, à collaborer ensemble et à assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie.

Les finalités spécifiques de l'éducation thérapeutique sont :

- l'acquisition et le maintien par le patient de **compétences** d'auto soins. Parmi elles, l'acquisition de compétences dites de sécurité vise à sauvegarder la vie du patient. Leur caractère prioritaire et leurs modalités d'acquisition doivent être considérés avec souplesse et tenir compte des besoins spécifiques de chaque patient.
- la mobilisation ou l'acquisition de **compétences** d'adaptation. Elles s'appuient sur le vécu et l'expérience antérieure du patient et font partie d'un ensemble plus large de compétences psychosociales

L'article D. 1161-2 du décret n°2010-906 du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient précise que « Pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient, les professionnels disposent des compétences suivantes :

1. Compétences relationnelles
2. Compétences pédagogiques et d'animation

---

<sup>2</sup> Rapport de l'OMS-Europe publié en 1996, *Thérapeutic patient-Education – Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease*, traduit en Français en 1998.

3. Compétences méthodologiques et organisationnelles
4. Compétences biomédicales et de soins »

Après avoir apporté un éclairage contextuel à notre questionnaire, il nous a semblé important de s'attacher à définir les concepts de compétence, d'alternance et d'accompagnement.

## **II. LES CONCEPTS DE COMPETENCE, D'ALTERNANCE ET D'ACCOMPAGNEMENT**

### **II-1. Le concept de compétence**

L'hôpital a, tout comme le monde du travail, considérablement évolué au cours de ces trois dernières décennies : la conception taylorienne, essentiellement centrée sur la précision des gestes plutôt que sur l'homme qui les accomplit, a laissé progressivement la place à une économie de service reposant sur l'acteur, son professionnalisme et sa compétence.

#### **II-1-1 Modèle théorique**

Le dictionnaire Robert définit la compétence comme « *une connaissance approfondie reconnue qui confère le droit de juger ou décider en certaines matières* ».

L'origine latine du terme indique déjà cela : « com-petere , c'est chercher à obtenir ensemble » de (cum, « avec », et petere que l'on retrouve dans « pétition ») . Par son étymologie, nous en déduisons que la compétence indique un mouvement d'action en commun, elle est toujours conflictuelle, et requiert du dialogue pour être équilibrée.

Pour L'AFNOR (Agence Française de Normalisation), la compétence est *la mise en œuvre, en situation professionnelle, de capacités qui permettent d'exercer convenablement une fonction ou une activité*. Formulée ainsi, la compétence devient donc, comme le souligne André Geay, **une capacité à mettre en œuvre des capacités**, donc une **méta-capacité**. (L'école de l'alternance, L'Harmattan P 152).



Selon Sandra Bellier dans Traité des Sciences et Techniques de la formation (Editions Dunod, 1999, P 226), les définitions de la compétence abondent selon les auteurs mais ne sont pas si différentes que cela. Quatre points réunissent les divers auteurs :

- L'action : la compétence permet d'agir et c'est là qu'on peut la repérer.
- Le contexte : la compétence est contextualisée, liée à une situation professionnelle donnée.
- Les rubriques constitutives des compétences : savoir, savoir-faire et savoir être, d'un métier donné.
- L'intégration de ces contenus : « Il ne s'agit pas d'une somme dont on ne sait par quel miracle elle déboucherait sur l'action réussie, mais bien de capacités intégrées, combinées, construites... Cela sous-entend qu'il existe quelque chose en plus des capacités qui leur permet de devenir, ensemble, de la compétence. »

La définition que donne Sandra Bellier de la compétence est la suivante : « La compétence permet d'agir et de résoudre des problèmes professionnels de manière satisfaisante dans un contexte particulier en mobilisant diverses capacités de manière intégrée. »

Pour Guy Le Boterf, la compétence peut se définir comme « *un savoir agir validé dans une situation professionnelle complexe en vue d'une finalité* » mais aussi comme une **combinatoire des ressources** variées pouvant être mises en œuvre.(Le Boterf, 1999, p. 38)

De plus, dans Développer la compétence des professionnels (Le Boterf, 2002, p.52), il définit un professionnel compétent comme un professionnel capable de :

- **Savoir agir avec pertinence**

Le professionnel doit non seulement savoir exécuter ce qui est prescrit mais doit savoir aller au-delà du prescrit. Face aux imprévus et aux aléas, face à la complexité des systèmes et des logiques d'action, le professionnel doit savoir prendre des décisions en négociant et en arbitrant. Le savoir agir ne consiste pas seulement à savoir traiter un incident, mais également à savoir l'anticiper. Le *savoir agir*, c'est le « *savoir quoi faire* ». Le professionnel compétent va ainsi devoir agir avec discernement, savoir donner du sens à ses actes.

Les organisations ont besoin de pouvoir utiliser un concept en accord avec l'évolution des contextes et des organisations de travail. Plus l'agent se trouve dans un contexte d'organisation du travail taylorienne, qui se limite à appliquer strictement des consignes, des instructions, plus la compétence qu'il est censé mettre en œuvre peut être définie en terme de « savoir-faire en situation ».

Or, l'organisation actuelle du travail qui fait appel à la polyvalence, à la prise d'initiative, à la prise de risque peut être définie en terme de « savoir-agir en situation ». La compétence d'un professionnel se reconnaît à sa capacité à gérer efficacement un ensemble de situations professionnelles, **il devra combiner et mobiliser plusieurs compétences ou ressources.**

#### - **Savoir mobiliser**

La compétence requiert de posséder des savoirs et des savoir-faire mais surtout de savoir les mobiliser dans un contexte professionnel.

Cependant, comme le souligne l'auteur, le « savoir mobiliser » n'est pas un « savoir mobiliser » en général, valable pour toutes les situations, applications ou contextes. Il est toujours circonstancié.

Argyris (Professeur spécialisé dans les domaines de l'éducation et du comportement organisationnel à l'université de Havard aux USA) exprime cette caractéristique de la compétence en disant qu'il s'agit de passer du « savoir applicable » au « savoir actionnable ». Dans le premier, le sujet connaît les conséquences probables de ses actes ; dans le second, il ne possède pas seulement cette connaissance mais il sait comment se servir du savoir applicable dans la pratique quotidienne.

#### - **Savoir combiner**

Les savoirs et savoir faire sont divers, hétérogènes et multiples.

La compétence ne peut plus être considérée comme une somme de savoirs, savoir-faire, de savoir-être. En effet, pour faire face à un événement, pour résoudre un problème, pour prendre une initiative, l'employé doit non seulement sélectionner et **mobiliser des ressources** (connaissances, capacités, aptitudes), mais **doit aussi savoir les organiser.**

Valider des compétences en situation de travail ne peut plus se limiter à contrôler séparément l'acquisition de ressources (savoirs, savoir-faire, attitude, raisonnement), mais aussi à s'assurer que le professionnel est capable de les sélectionner, de les combiner et de les mobiliser de façon pertinente dans une situation de travail particulière.

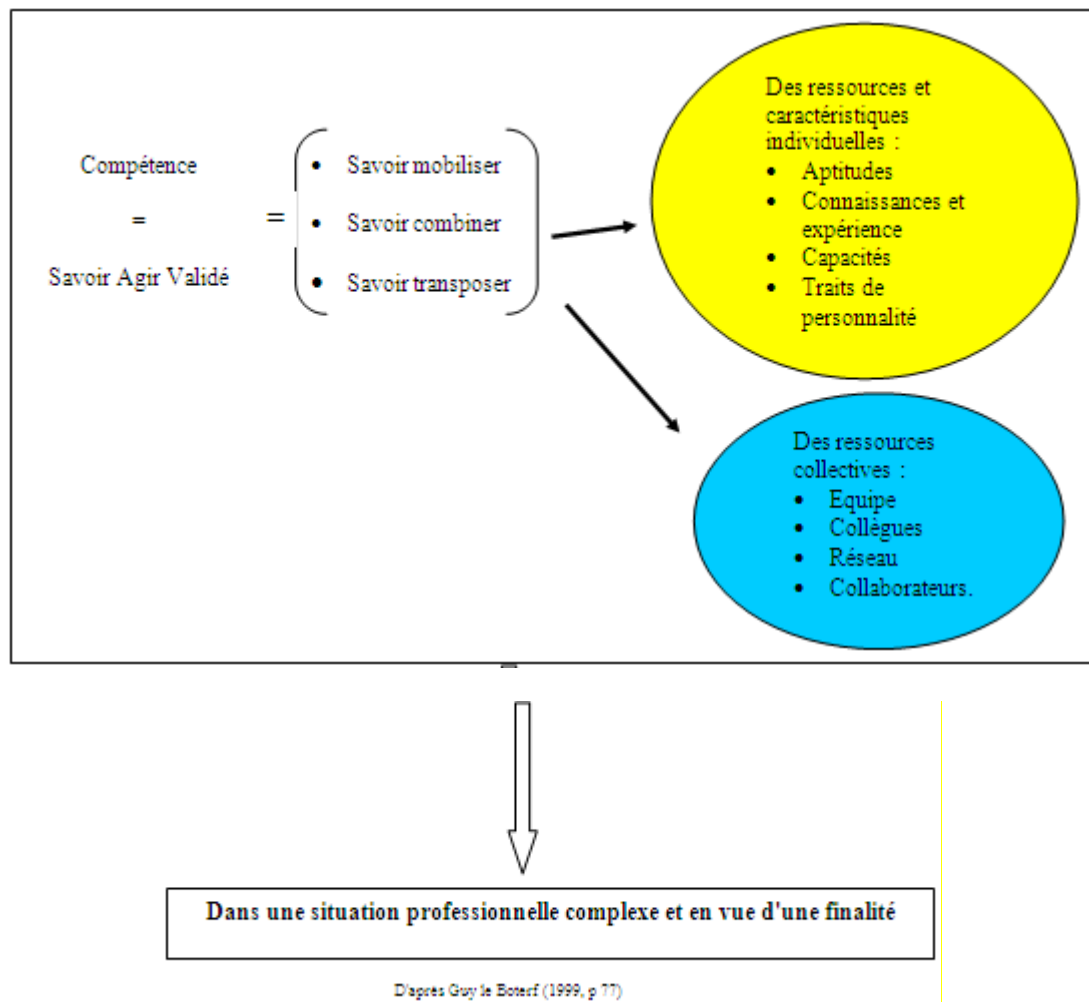
- **Savoir transposer**

La compétence ne peut se limiter à résoudre un problème unique, dans une situation unique. Elle est polyvalente et suppose d'agir sur un ensemble de problèmes, du plus simple au plus complexe, dans une variété de situations données. Il ne suffit pas de répéter la même opération ; il importe prioritairement à chaque individu de transposer la compétence à deux niveaux :

- une pluralité d'actions de nature autre, sinon différente,
- à un groupe de personnes, dont la fonction est d'œuvrer à la même construction d'actions d'apprentissage.

Ainsi, c'est en apprenant à reconnaître les problèmes, à les classer par rapport à des contextes, que le professionnel deviendra capable d'apprendre mais aussi d'apprendre à apprendre.

Afin de mieux saisir les liens entre les différents savoirs et ressources que devra mettre en œuvre le professionnel, il nous a paru judicieux d'avoir recours à la modélisation sous la forme du schéma suivant :



Philippe Zarifian propose plusieurs formulations de définitions intégrant plusieurs dimensions : « *La compétence est la prise d'initiatives et de responsabilités de l'individu sur des situations professionnelles auxquelles il est confronté* ». <sup>3</sup>

Ici la compétence « se prend ». C'est l'individu qui décide de saisir la prise en charge de la situation. L'individu agit en toute liberté et, de sa prise d'initiative, il va modifier l'existant. En assumant la prise en charge de la situation et des changements qu'il provoque, il est prêt à en répondre. Cela implique une part d'autonomie laissée par ses supérieurs. La situation n'est pas figée. Elle comporte un ensemble d'éléments objectifs, des enjeux fournissant l'orientation des actions potentielles et une représentation subjective d'appréhension de l'individu.

<sup>3</sup> Philippe Zarifian : « Objectif compétence, pour une nouvelle logique », éditions liaisons, 2004, paris, 203 pages, pages 64 à 74

*« La compétence est une intelligence pratique des situations qui s'appuie sur des connaissances acquises et les transforme, avec d'autant plus de force que la diversité des situations augmente. »*

Pour répondre à une situation donnée, l'individu doit non seulement avoir assimilé une « base de connaissances », mais il doit également savoir la mobiliser à bon escient. Afin de répondre au mieux aux situations, l'agent doit adapter ses connaissances, ce qui lui permet par la même occasion de les faire évoluer.

*« La compétence est la faculté à mobiliser des réseaux d'acteurs autour des mêmes situations, à partager des enjeux, à assumer des domaines de coresponsabilité. »<sup>4</sup>.* L'individu seul ne peut résoudre toutes les difficultés. Il doit être capable de mobiliser, non seulement ses connaissances, mais aussi savoir trouver et mettre à contribution les personnes ressources disposant des compétences nécessaires. Le partage d'enjeux implique l'acceptation par les différentes parties de vouloir travailler de concert et d'en partager les avantages comme les inconvénients.

## **II-1-2 Les différents stades de la compétence**

Selon Dreyfus et Benner, voici les différents stades de la compétence :

➤ **Le stade de novice** : correspond à celui des étudiants, stagiaires ou professionnels qui n'ont pas d'expérience de la situation à laquelle ils ont à faire face. Il faut leur donner des conditions d'apprentissage afin de guider leurs actes.

Toute infirmière intégrant un service dont elle ne connaît pas les malades peut se retrouver « novice » si elle n'a ni l'habitude du matériel utilisé ni celle des pathologies des malades du service. (Benner, 1995, p. 24)

---

<sup>4</sup> Ibid, p71

➤ **Le stade de débutant** : suppose que les expériences antérieures permettront d'identifier plus facilement les situations afin de déterminer les actions à entreprendre.

➤ **Le stade de compétent** : l'agent est qualifié de compétent lorsqu'il commence à percevoir, en terme de finalités, ses actes à partir d'une analyse consciente et adaptée à la situation posant problème.

Le stade de la compétence s'acquiert à partir de deux ou trois années dans le même service.

➤ **Le stade de performance** : L'agent, grâce à l'expérience, est capable de prévoir les événements qui risquent d'arriver dans une situation donnée et de savoir comment modifier ce qui a été prévu pour faire face à ces événements.

➤ **Le stade d'expertise** : de manière intuitive, chaque situation est appréhendée de façon personnalisée et adaptée.

La compétence et les différents stades évoqués ci-dessus sont liés à la situation de travail. En effet, chaque soignant sait combien l'univers intervient dans la compétence : ainsi, un infirmier performant dans un service de psychiatrie A ne le sera peut être pas dans un service de psychiatrie B, notamment si les orientations thérapeutiques diffèrent.

De plus, pour maintenir et développer ces compétences, il est nécessaire que celles-ci soient évaluées ; le cadre de santé va donc avoir un rôle essentiel pour identifier, valider et **évaluer** les compétences de ses agents.

## **II-2. LE CONCEPT D'ALTERNANCE**

La pratique et la théorie représentent du temps passé sur le terrain et du temps passé à l'école. Il existe deux lieux distincts fréquentés alternativement et qui remplissent chacun une mission particulière: l'école et la théorie d'un côté, le stage et la pratique de l'autre.

La distinction entre école et stage est en fait mise en opposition alors qu'il y a du savoir pratique dans la théorie à l'école et du savoir théorique dans la pratique sur le lieu de stage. L'étudiant se trouve dans un double contexte d'apprentissage avec l'existence d'un troisième espace commun qui servira de lien.

*« Apprendre ce n'est pas empiler des savoirs. Ce serait plutôt une construction à forme variable, animée par un mouvement en évolution, constitué d'abandons d'à priori, de sélections d'éléments, d'assemblages nouveaux »<sup>5</sup>*

Par conséquent, la théorie et la pratique ne se superposent pas et ne s'opposent pas non plus. Les deux milieux participent de l'apprentissage du futur professionnel et obéissent à une logique différente sur laquelle se base un rapport au savoir différent. Le système vise à développer des synergies entre l'école et le monde professionnel. L'intérêt se porte sur le travail incessant de construction mentale de l'étudiant qui lui permet de prendre en compte et de rassembler ce qu'il vit sur le terrain, ce qu'il vit à l'école, de le confronter, et d'en créer un système cognitif nouveau.

En stage, l'apprentissage se fait au travers «du faire» et d'échanges avec les professionnels : le savoir, à cette occasion, s'enrichit au contact de l'expérience des autres. La pratique est conditionnée par la réussite.

L'expérience prouve que cela marche, il suffit de la reproduire pour obtenir le même effet.

L'école obéit à une autre logique. L'utilité du savoir n'est pas liée à son utilisation pour réussir quelque chose, mais à l'acquisition du savoir pour lui même. Les savoirs sont transmis sous forme de concepts, de symboles. Les logiques de transmission des savoirs se font dans un ordre qui va souvent du plus simple au plus complexe.

Chaque milieu doit s'envisager en termes de complémentarité car seuls, ils ne peuvent se suffire à eux-mêmes. Il y a nécessité de transfert entre ce monde matériel et ce monde symbolique, parce que l'un éclaire l'autre. Le terrain développe une stratégie d'apprentissage centrée sur l'axe réussir et comprendre. L'école fonctionne à l'inverse sur l'axe comprendre et réussir.

Deux stratégies opposées : la première va du concret vers l'abstrait, la seconde du concept au concret. L'aller et retour entre ces deux processus ne se fait pas facilement; c'est dans ce lieu que se joue l'alternance, dispositif qui permet l'interface entre l'école et le stage avec leur logique propre.

---

<sup>5</sup> Goudeaux, A (1998), « A propos de la formation initiale et continue des personnels soignants hospitaliers : travail réel et formation en alternance » in Recherche en soins infirmiers N° 54 – p17 à 70

D'où la nécessité pour l'école ou le formateur de prêter une attention particulière au vécu professionnel du stagiaire, et de prévoir des temps et des lieux pour échanger sur les situations de stage, grâce à la parole. Mais il est nécessaire de développer parallèlement à cette prise en compte de l'expérience à l'intérieur de l'école, un transfert des savoir-faire effectué par les tuteurs sur le lieu de production. De ce fait, la situation d'apprentissage devient une relation tripartite comprenant le formé, le tuteur et le formateur.

L'étudiant va pouvoir imaginer dans quel contexte il va utiliser ces savoirs et se projeter dans sa future profession. La méthode des cas concrets remplit ce rôle ; elle permet de présenter à l'apprenant une situation problème qui, pour être résolue, nécessite l'apprentissage de concepts particuliers. Annie Goudeaux cite : « *Gérer l'alternance pour en faire un véritable moyen d'apprentissage professionnel nécessite de prendre le travail comme objet de réflexion et donc comme interface entre le lieu de production et l'école* ». <sup>6</sup>

L'alternance tire fondamentalement sa justification du fait qu'elle permet d'acquérir ce qui ne s'apprend pas à l'école et qui pourtant constitue l'essentiel de la compétence : l'expérience du travail réel. Le réel est en effet plus complexe que tous les modèles.

Comme le soulignent Jean Claude Sallabery et André Geay, « *une part importante de la compétence (le savoir de la pratique) est incodifiable à l'avance, donc intransmissible par enseignement. Elle ne peut être produite que par la personne elle-même en situation réelle.* » <sup>7</sup>.

Il existe trois formes d'alternance :

- L'alternance dite **juxtapositive** :

Les périodes de stage succèdent aux périodes de cours sans que des liens particuliers soient faits entre les deux milieux. L'apprenant peut même exprimer le sentiment de vivre dans deux mondes différents, décalés. Le risque d'échec est grand. Les savoirs appris sur le terrain sont difficiles à coordonner avec ceux enseignés à l'école. L'étudiant lui, devra

---

<sup>6</sup> ibid, p 33

<sup>7</sup> Sallabery, JC, Geay, A, (1998), « La didactique en alternance ou comment enseigner dans l'alternance ? » in Revue française de pédagogie, volume 128, n°1, pp 8



choisir la bonne direction. L'étudiant risque de désinvestir la formation scolaire, ne pouvant pas l'appliquer sur le terrain, pour privilégier la collaboration avec ses futurs pairs.

- L'alternance dite **associative** :

On recherche un rapprochement entre école et terrain. La parole des praticiens est prise en compte, l'institution scolaire exerce un contrôle modéré. C'est un partenariat où s'inscrivent l'échange des objectifs de formation et la rencontre enseignants / tuteurs de stage. Par contre, ce dispositif se soucie très peu de la façon dont l'étudiant s'y prend pour apprendre. Il est le sujet des discussions mais il est un peu exclu. Les échanges ne traitent pas des liens qu'effectue l'étudiant à partir des deux milieux dans lesquels il évolue.

- L'alternance dite **intégrative** :

La forme qui serait la plus efficace au plan de l'apprentissage car il existe des synergies entre l'école et le monde professionnel. L'objectif porte sur le travail de construction mentale de l'étudiant. Il peut rassembler ce qu'il vit sur le terrain, ce qu'il vit à l'école pour le confronter, et se créer un système cognitif nouveau. L'alternance intégrative conduit donc à l'idée d'une complémentarité forte entre théorie (en institut de formation) et pratique (en entreprise).

André Geay précise que l'alternance va comporter quatre dimensions essentielles dont les éléments vont se trouver déterminés par la situation d'entre deux :<sup>8</sup>

La **dimension institutionnelle** associe partenariat et co-responsabilité de formation. C'est un partenariat d'acteurs autour d'un triple projet formation-qualification-insertion d'une personne dans un métier ou il est impératif de mettre en place les contractualisations nécessaires entre les établissements de formation et les lieux de stage dans une commune responsabilité de même formation.

La **dimension didactique** associe une stratégie de formation inversée et interdisciplinaire. Il s'agit d'une inversion de la démarche classique qui part des référentiels. Dans l'alternance, on partira de l'analyse de la tâche dans les activités de travail réel et non de l'analyse de la tâche prescrite. Pour que cette dimension prenne sens, il importe que les

---

<sup>8</sup> Geay André, « L'école de l'alternance », Paris, L'harmattan, 1998, p 55

enseignants acceptent de sortir de leur logique disciplinaire pour entrer dans une logique de production de savoir interdisciplinaire, à partir de l'explication des situations vécues.

La **dimension pédagogique** repose sur un partage du savoir et du métier. Elle nécessite l'exploitation de l'expérience avec une mise en place d'un double tutorat (formateur et tuteur de stage).

La **dimension personnelle** se base sur l'autonomisation avec le développement d'une démarche de production de savoir et de gestion du temps. Elle implique l'engagement et l'implication de l'étudiant comme acteur et auteur de ce savoir par la transformation de ses expériences.

### **II-3. LE CONCEPT D'ACCOMPAGNEMENT**

Comme le précise Jean Foucart dans son article « Accompagnement et Transaction : une modélisation théorique », l'accompagnement est devenu, au cours des dernières années, une notion traversant l'ensemble de la vie sociale. Il envahit de multiples domaines de la vie sociale : le travail social, l'éducation, l'hôpital, les soins palliatifs....

#### **II-3-1 S'entendre sur les mots ....**

Afin de clarifier ce concept, il est nécessaire de s'entendre sur les mots. Comme le précise Michel Vial, « *En sciences sociales, on est obligé de faire un travail sur les mots. Notre principal instrument est le langage. Sans travail sur les mots, on ne peut pas faire de recherche. Mais quand on fait un travail sur les mots, ce n'est pas pour trouver le mot juste.... Il n'y a pas de mot juste, il y a simplement l'idée que quand on a beaucoup de mots pour parler de ce que l'on fait, alors on multiplie les possibles. Avoir des mots, être précis, c'est se donner des possibles pour agir..... On ne fait pas dire n'importe quoi aux mots mais cette activité de repérage dans les mots n'est pas en soi une activité normative. Ce qu'on cherche simplement c'est distinguer les choses pour pouvoir les vivre* »<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> Vial, M, 2007, L'accompagnement professionnel, une pratique spécifique, conférence à Ariane Sud entreprendre

### II-3-2 Définition du terme « accompagnement »

Selon le dictionnaire Le Petit Larousse, Accompagner signifie :

\*Aller quelque part avec quelqu'un, conduire ...

\*Mettre en place des mesures visant à atténuer des effets négatifs de quelque chose : assister,

Les synonymes du verbe « accompagner » sont conduire, guider, escorter, protéger et suivre. Ainsi Maëla Paul définit ces termes ainsi :

- « conduire : accompagner quelqu'un quelque part ;
- guider : accompagner quelqu'un en montrant le chemin, en veillant à la marche ;
- escorter : accompagner pour guider, surveiller, protéger »<sup>10</sup>

Le verbe « accompagner » induit donc conjointement une notion de mouvement et une notion d'action. Cette double relation se retrouve dans la sémantique même du verbe accompagner, *ac-cum-pagnis*, ac (vers), cum, (avec), pagnis, (pain). Le terme d'accompagnement renvoie donc à la notion de manger le pain en compagnie de quelqu'un d'autre mais aussi de marcher à côté de lui.

Maëla Paul souligne dans son article « Autour du mot formation » dans Recherche et formation n°62 – 2009, que le terme d'accompagnement renvoie à quatre idées :

- l'idée de secondarité : celui qui accompagne est second, c'est-à-dire « suivant » (et non suiveur). Sa fonction est de soutenir au sens de valoriser celui qui est accompagné
- l'idée de cheminement incluant un temps d'élaboration et des étapes qui composent la mise en chemin
- l'idée d'un effet d'ensemble : quelle que soit la dissymétrie relationnelle, l'action vise à impliquer les deux éléments à tous les stades de ce cheminement.

---

<sup>10</sup> Paul, M, 2004, L'accompagnement : une posture spécifique. Paris : L'Harmattan, P39

- l'idée de transition, liée à une circonstance, une actualité, un événement, une situation qui veut dire que tout accompagnement est temporaire : il a un début, un développement et une fin.

La notion d'accompagnement a été mise en avant selon Guy Le Bouédec dans les années 1970-1980, « *lorsque les grands intégrateurs de la famille, de l'école et de la religion – et devrait-on ajouter, la vie professionnelle – se sont mis à dysfonctionner* »<sup>11</sup>.

Nous allons voir maintenant rechercher quels sont les domaines ou situations qui nécessitent un accompagnement.

### II-3-3 Les domaines de l'accompagnement

Selon Ardoino (2000), l'accompagnement se pratique dans sept sphères sociales :

- La sphère éducative, scolaire et universitaire
- La sphère de la formation professionnelle et de l'éducation continue des adultes
- La sphère sportive
- La sphère clinique des soins médicaux et hospitaliers, de la psychothérapie et de la psychanalyse
- La sphère juridique et sociale
- La sphère socio-économique
- La sphère de la solidarité et de la coopération internationale.

Les typologies varient, bien sûr, selon les auteurs. Le Bouédec, par exemple, ajoute la sphère de la vie spirituelle.

---

<sup>11</sup> Education permanente, l'Accompagnement dans tous ses états, n°153, 2004, p7

## II-3-4 Les attributs communs de l'accompagnement

Selon Jean-Pierre Boutinet (2003), la posture d'accompagnement dénote cinq éléments :

- Un rapport de pouvoir entre une personne accompagnée et un accompagnateur. Cette situation se caractérise toutefois par une focalisation prioritaire sur la personne accompagnée. Ce n'est qu'une extension que l'on évoque de temps à autre : l'accompagnement dans un contexte collectif, l'accompagnement de groupe ou l'accompagnement organisationnel.
- Une métaphore spatiale : il s'agit d'un parcours fait ensemble sans que ses finalités soient bien explicitées. Le processus est privilégié au détriment du but.
- Une inscription dans le présent, une durée à aménager qui a un début et qui sous-entend une fin.
- Du mouvement : il y a une présupposition de mobilité et non d'une place à devoir occuper ou sauvegarder. De ce point de vue, l'accompagnement exprime bien cette logique du mouvement qui se substitue à l'ancienne logique de la place.
- L'accompagnement s'adresse de facto à une personne adulte que l'on présuppose pleinement autonome, bien que disposant d'une autonomie problématique.

## **III- EMERGENCE DE LA QUESTION DE RECHERCHE ET PROBLEMATISATION**

Au début de ma recherche, la question était la suivante :

**« Dans un contexte de pénurie de personnel, d'exigence accrue de qualité des soins et de réforme des études en soins infirmiers, comment le cadre de santé manager peut-il**

**accompagner le développement des compétences pédagogiques des infirmiers de son équipe pour améliorer l'encadrement des étudiants et optimiser la qualité des soins dispensés aux usagers ? »**

Après avoir précisé le contexte hospitalier au regard de son histoire, de l'évolution des attentes, de celle des besoins en santé des citoyens, des réformes de l'enseignement et du système de santé, il m'a semblé opportun d'apporter un éclairage conceptuel des notions de compétence, d'alternance et d'accompagnement.

La recherche bibliographique accompagnée des différents échanges et des apports théoriques m'ont conduit à envisager cette question d'une manière différente et a en préciser la formulation.

Au fur et à mesure de mon avancée dans cette formation, ma réflexion s'est articulée autour du patient.

Mes questions étaient multiples :

- Y a-t-il un bénéfice pour le patient lorsque les infirmiers développent leurs compétences pédagogiques à travers la formation au tutorat des étudiants ?
- Y a-t-il un lien entre les compétences pédagogiques développées par l'infirmier lors de l'accompagnement des étudiants et les compétences pédagogiques développées par l'infirmier lors de l'accompagnement d'un patient et notamment lors de la mise en œuvre d'actions d'éducation thérapeutique ?
- Y a-t-il une valeur ajoutée pour l'équipe soignante lorsque les infirmiers se forment au tutorat des étudiants ?

Ma question de recherche est donc devenue :

**« Dans un contexte de réforme du système hospitalier donnant une place prépondérante à l'éducation thérapeutique du patient et dans un contexte de réforme des études en soins infirmiers visant à promouvoir l'accompagnement des étudiants, la mise en place de formation des infirmiers au tutorat des étudiants va-t-elle leur permettre de développer des compétences pédagogiques et relationnelles transposables dans les soins éducatifs ? »**

Au regard de ce cadre théorique élargi et de mon expérience professionnelle, s'est construite puis imposée la nécessité de vérifier l'hypothèse suivante :

**« Les compétences acquises par les infirmiers tuteurs lors de formations au tutorat puis développées lors d'actions d'encadrement d'étudiants sont transférables pour des actions d'éducation thérapeutique du patient ».**

# DEUXIEME PARTIE :

## APPROCHE METHODOLOGIQUE

### I – LA METHODOLOGIE DE RECHERCHE

La finalité de ce travail de recherche est de s'interroger sur le sentiment des soignants concernant le développement de leurs compétences pédagogiques et relationnelles lors de l'encadrement des étudiants et sur leur « transférabilité » pour des actions d'éducation thérapeutique du patient. L'enquête permet de connaître le ressenti des professionnels, c'est-à-dire leurs représentations, leurs opinions, leurs sentiments et leurs attentes sur un sujet qui leur tient particulièrement à cœur puisque leurs compétences, développées et optimisées, leur permettent d'être plus à l'aise dans l'exercice quotidien de leur métier à côté des patients et des étudiants.

#### I-1. Choix de l'outil d'enquête

Pour cette étape, il me semble indispensable d'être dans une démarche d'écoute. Il s'agit d'approfondir et d'explorer le thème. Pour cela, la personne interviewée doit pouvoir s'exprimer en toute confiance, développer ses idées, donner sa perception, son propre avis sur l'accompagnement d'un stagiaire et d'un patient, les compétences qu'elle pense avoir acquises et développées dans l'accompagnement et l'éducation thérapeutique du patient et la transférabilité de ces compétences. Je souhaitais par ailleurs recueillir des données plus qualitatives que quantitatives afin de mieux appréhender le vécu des personnes. C'est pourquoi l'**entretien semi-directif** me paraissait être l'outil idéal pour ce type d'enquête car il combine une attitude non-directive qui favorise l'exploration de la pensée dans un climat de confiance et un projet directif pour obtenir des informations sur des points définis à l'avance au regard de nos objectifs de recherche.

Mon expérience de trois années d'exercice comme infirmier dans un service de psychiatrie et mes deux formations suivies sur la réalisation d'entretien infirmier dans le cadre de la relation d'aide (entretien de type Rogerien) m'ont par ailleurs conforté dans le choix de cet



outil d'enquête qu'est l'entretien semi-directif. La connaissance des techniques d'entretiens m'a par ailleurs aidé à tendre vers une « neutralité bienveillante » lors de la conduite de ceux-ci afin de favoriser l'objectivité des échanges.

De plus, l'entretien a, à mon avis, toute sa place dans un dispositif de recherche puisqu'il est souvent défini comme « *un procédé d'investigation scientifique utilisant un processus de communication verbale, pour recueillir des informations en relation avec le but fixé* »<sup>12</sup>

## **I-2. Choix de la population étudiée et du terrain d'enquête**

J'ai choisi d'orienter mon hypothèse de recherche sur la population infirmière puisque c'est ce public qui est visé par mon travail de recherche.

Les entretiens ont été réalisés dans deux centres hospitaliers de la région.

Les interviewés étaient au nombre de 3 (2 femmes et 1 homme).

J'ai opté pour le choix d'une population avec 3 caractéristiques différentes :

- 1 infirmier ayant eu une formation au **tutorat** et à **l'éducation thérapeutique** du patient et exerçant dans un service de diabétologie
- 1 infirmier ayant été formé à **l'éducation thérapeutique** du patient et exerçant dans un institut de formation des aides-soignants
- 1 infirmière ayant été formée au **tutorat** des étudiants infirmiers et exerçant dans un service d'oncologie et rhumatologie.

## **I-3. Les limites de l'enquête**

La principale limite de cette enquête est celle du temps puisque le mémoire de Master 1 en Sciences de l'Education s'effectue, dans le cadre de cette formation expérimentale, entre le mois de Janvier et le mois d'Août parallèlement à notre activité professionnelle.

---

<sup>12</sup> Pinto, R, Grawitz, M, 1971, « Méthodes des sciences sociales », Paris, Dalloz, p 604

Cette contrainte de temps implique donc de limiter notre enquête et le nombre d'entretiens à réaliser.

Enfin, je ne peux pas affirmer que l'échantillon choisi est représentatif de la population étudiée. Cependant, la récurrence de certains termes me semble caractéristique de la population étudiée.

#### **I-4. Construction de la grille d'entretien**

La grille d'entretien a été construite au regard de ma problématique et de l'hypothèse. Elle peut être lue en annexe. Elle se décompose en neuf questions. Les premières questions sont assez classiques (présentation du parcours scolaire et professionnel, formations suivies) permettant, je pense, une mise en confiance de l'interviewé.

La question 3 (*Pouvez-vous me décrire vos pratiques d'accompagnement d'un stagiaire à partir d'une situation identifiée ?*) et la question 5 (*Pouvez-vous me décrire vos pratiques dans l'éducation thérapeutique d'un patient à partir d'une situation identifiée ?*) font appel à l'explicitation.

##### **I-4-1 Quelques mots sur l'entretien d'explicitation**

Inventé et mis au point par Pierre Vermersch (Psychologue et psychothérapeute, chargé de recherche au CNRS), l'entretien d'explicitation est une technique d'aide à la verbalisation. Son utilisation se situe à postériori, une fois l'activité qui fait l'objet de l'explicitation réalisée. Son objectif est de guider le sujet dans la verbalisation précise du déroulement de sa conduite, c'est-à-dire la suite de ses actions matérielles et/ou mentales.

L'entretien d'explicitation s'intéresse donc au vécu de l'action dans le but de reconstituer la structure de l'action. Il s'attache plus précisément au déroulement procédural de l'action, c'est-à-dire à l'exécution de l'action (comment cela s'est-il passé ? ...) Il permet ainsi de mettre à jour un champ d'informations considéré jusqu'à présent inaccessible et de faire opérer le réfléchissement (au sens piagétien).

Comme le précise Pierre Vermersch, « *Pour décrire ce que nous faisons, pour l'analyser, pour le connaître, il nous faut le conduire à conscience réfléchie. Ce qu'il n'est pas spontanément. Dans la mesure où cette opération cognitive de prise de conscience – ou, comme la nomme Piaget, de « réfléchissement » ne se réalise pas automatiquement, il faut la provoquer, l'accompagner, la solliciter. Et là, des obstacles apparaissent, qu'il faut dépasser par l'acquisition de différentes techniques d'entretiens .... L'entretien d'explicitation comporte un ensemble de techniques permettant l'aide à la prise de conscience, à la remémoration, à la description fine des vécus, à la formulation fine des question et des relances* »<sup>13</sup>

### **I-5. Critères de réalisation des entretiens**

Les entretiens ont donné lieu à une demande d'autorisation sollicitée auprès de la directrice des soins de chaque établissement concerné. Ces autorisations ont été obtenues aisément après explicitation de l'objet de la recherche.

Ces entretiens ont été enregistrés intégralement, à l'aide d'un dictaphone, avec l'accord des interviewés. Par ailleurs, il était précisé, au début de chaque entretien, que l'anonymat de chacun serait respecté.

Il était convenu avec chaque interviewé que la durée de l'entretien serait d'une heure maximum afin de permettre d'avoir assez de temps pour collecter les données tout en n'empiétant pas trop sur le temps de travail ou le temps personnel.

Les trois entretiens se sont déroulés dans un endroit calme propice aux interactions.

Toutes les questions furent abordées dans un ordre variable dicté par le déroulement de l'entretien et ceci dans un souci de préserver la dynamique initiée au cours de l'entretien.

Mes interventions, en dehors de celles prévues par la grille d'entretien, avaient pour but de relancer ou faire préciser une idée mais aussi de recentrer le discours.

---

<sup>13</sup> Vermersch, P, (2004), « Aide à l'explicitation et retour réflexif » in Education Permanente, n° 160, pp 71-80.

## **1-6. Transcription des entretiens**

Pour rendre la transcription des trois entretiens opérable, nous avons commencé par numéroter chaque ligne du discours des enquêtés et de l'enquêteur afin de permettre de mieux identifier et situer les morceaux extraits. Cette transcription s'est effectuée en utilisant l'outil informatique ; elle a été simplifiée par l'emploi d'un dictaphone numérique permettant un transfert des fichiers directement sur l'ordinateur.

Les trois entretiens ont été codifiés en entretien A, B et C par ordre de déroulement des entretiens. Puis nous avons choisi des prénoms fictifs pour les 3 interviewés (Alice, Bruno et Coralie) afin de garantir l'anonymat des interviewés.

Pour faciliter le repérage au sein des différentes interactions, nous avons également identifié chacune d'entre elles en utilisant l'initiale du prénom fictif suivie d'un numéro précisant l'interaction.

Pour chaque interaction des entretiens, nous avons opté pour la classification suivante :

a1 : première question posée par l'interviewer lors de l'entretien A

A1 : première réponse donnée par l'interviewé lors de l'entretien A

Ainsi, quand nous mentionnons un extrait du discours tel que « Et puis après le diabétologue est parti à la retraite en 2000 » (B 9, l 38), cela signifie que nous sommes dans l'entretien de Bruno et que nous sommes dans sa neuvième interaction retranscrite à la trente huitième ligne de l'entretien.

## **II – L'ANALYSE ET L'INTERPRETATION DES ENTRETIENS**

L'objectif de l'analyse des entretiens était de répondre à la question de départ et de vérifier l'hypothèse formulée : « **Les compétences acquises par les infirmiers tuteurs lors de**

**formations au tutorat puis développées lors d'actions d'encadrement d'étudiants sont transférables pour des actions d'éducation thérapeutique du patient »**

## **II-1. L'analyse de contenu**

L'une des premières difficultés rencontrées a été de réaliser une analyse de contenu dans le cadre d'un travail de recherche en sciences sociales sans y être vraiment familiarisé. Nous allons donc nous attacher en premier lieu à la définir pour ensuite préciser notre démarche.

L'analyse de contenu est donc un ensemble de techniques d'analyse des communications. Pour Laurence Bardin, « il ne s'agit pas d'*un* instrument mais d'un éventail d'outils ; ou plus précisément d'un même outil mais marqué par une grande disparité dans les formes et adaptable à un champ d'application très étendu : les communications »<sup>14</sup>

Nous avons conduit l'analyse des entretiens en plusieurs étapes. Tout d'abord, nous avons procédé à une lecture entretien par entretien. Pour chacun d'entre eux, nous avons essayé de faire ressortir les principaux thèmes et les mots clés. Cette analyse thématique a consisté, comme le précise Laurence Bardin, à « découper le texte en un certain nombre de thèmes principaux (qu'il serait possible d'affiner, éventuellement, en sous-thèmes si on le souhaitait). »<sup>15</sup>

Nous avons ensuite procédé à une analyse séquentielle afin de regrouper les unités de sens à l'intérieur des propositions et pouvoir déterminer des sous-thèmes.

Nous pouvons donc dire que notre démarche a consisté à effectuer un inventaire des mots utilisés en isolant les éléments pour ensuite réaliser une classification de ces derniers.

La construction de la grille d'analyse des entretiens et le repérage d'éléments récurrents ont été facilités par le fait que les interviews reposaient sur des entretiens semi-directifs avec les mêmes questions posées à chaque fois.

---

<sup>14</sup> Bardin, L., 1977, l'analyse de contenu. Paris : PUF. p 35

<sup>15</sup> Bardin, L., 1977, l'analyse de contenu. Paris : PUF. p 101

## **II-2. L'analyse et l'interprétation**

### **II-2-1 Le trajet des interviewés : polyvalence et mobilité**

L'analyse du parcours des 3 professionnels interrogés fait apparaître une mobilité et une polyvalence qui a été souhaitée et qui permet d'acquérir de nouvelles connaissances et compétences.

« J'aime bien changer de service car comme ça je vois d'autres façons de faire, d'autres organisations de travail, d'autres prises en charge. » (C1-1 11- 12)

« ...j'ai donc intégré l'équipe du Docteur P euh, en 2003 ... ça m'a fait découvrir un autre service avec une nouvelle approche de la prise en charge du diabète et notamment l'éducation thérapeutique ». (B10 – 1 41-43)

« ...Tu vois, j'ai bossé dans pas mal d'endroits différents car j'avais envie de bouger et de pratiquer des soins différents ... » (A4 – 1 16-18)

A ce stade de l'analyse, il nous a paru nécessaire de définir les termes de « mobilité » et de « polyvalence » afin de rechercher un éclairage théorique entre mobilité, polyvalence et développement des compétences.

#### **A) Qu'entend-on par polyvalence ?**

Le dictionnaire définit la polyvalence comme « *ayant plusieurs fonctions ou plusieurs aptitudes* ».

Le Petit Larousse Illustré 2006 précise dans sa définition : « *Qualité de quelqu'un qui a plusieurs spécialités, plusieurs compétences* ». *Poly* signifie « plusieurs, nombreux » ; il indique un grand nombre. Quant à *valence*, il prend son origine dans la chimie et réfère une liaison entre les atomes. Ainsi, le mot « polyvalence » renvoie à une idée de connexions multiples entre plusieurs éléments, semblables entre eux ou ayant des différences. Dans les

organisations de travail, la polyvalence est une alternative au taylorisme, aux tâches spécialisées et répétitives.

Pour Géraldine Drevet, Docteur en Sciences de gestion, la polyvalence peut être nommée pluri-compétences. Il s'agit d'être compétent dans des domaines scientifiques différents. Elle dissocie la polyvalence « intégrée intraservice » et la polyvalence de mobilité externe :

- La polyvalence « **intégrée intraservice** » où l'infirmière va réaliser dans le cadre de son domaine d'activité des soins infirmiers de différentes natures (techniques, curatifs ou palliatifs) et de différentes dimensions (préventifs, curatifs, palliatifs).

« J'ai commencé en juin 89 en médecine .... en service de médecine interne. On faisait de la médecine polyvalente avec de la diabétologie et de la rhumatologie ; les soins étaient très variés, on faisait vraiment de tout, c'était formateur ». (B5 – 1 19-22)

- La polyvalence **intersecteurs** à mobilité externe où l'infirmière peut être amenée à faire preuve d'une mobilité qui est décrite en 3 niveaux :

- changement de service sans changement de domaine d'activité ni de discipline médicale.

- changement de service, d'activité mais pas de discipline médicale :

« J'ai travaillé dans le service de médecine interne et diabétologie pendant 13 mois. Après, j'ai intégré le service de médecine interne et des maladies infectieuses en Médecine 2 pendant environ 9 mois et après, j'ai travaillé, enfin depuis, je travaille dans le service de...médecine oncologie, hématologie, rhumatologie, donc ça fait presque 2 ans..... En fait, je suis toujours restée sur le pôle de Médecine mais j'ai changé de service ... » (C1, 1 4 -9)

- changement de service, d'activité et de discipline médicale

« J'ai travaillé 1 an en réanimation de neurologie .... J'ai fait de la cardiologie de jour et après de l'uro-néphrologie de nuit (A4, 1 2-12)

## B) Qu'entend-on par mobilité ?

Le dictionnaire Petit Larousse définit la mobilité (du latin « mobilitas ») comme étant « la facilité à se mouvoir, à être mis en mouvement, à changer, à se déplacer ».

Le mot « mobile » est issu du latin « mobilis » : qui se meut, et de « movere » : se mouvoir.

Quant au terme de « mouvement », il est défini comme « un déplacement, un changement de position d'un corps dans l'espace et ce par rapport à des repères fixes. »

Les ouvrages traitant de la gestion des ressources humaines retiennent trois modes de gestion de la mobilité :

### La mobilité professionnelle ou horizontale

Elle correspond à un changement de métier (ou d'emploi). Ce changement demande à l'agent de faire appel à des compétences qu'il n'exerçait pas auparavant ou du moins pas de la même manière (exemple : infirmier clinicien, infirmier hygiéniste).

### La mobilité d'environnement

Elle correspond à ce qui est le plus souvent dénommé « mutation ». Le même type d'activité, dans la même qualification, avec le même grade hiérarchique, est exercé dans un autre lieu de travail, avec une autre équipe, avec un autre responsable.

C'est la mobilité la plus fréquente, représentée par l'affectation d'un soignant dans une autre unité de soins.

« J'ai travaillé 1 an en réanimation de neurologie au CHU ..... Après je suis allée à ..... à la clinique St François ... Ensuite je suis allée à ..... en diabétologie diététique à Blois ... Donc voilà, après je suis allée à ..... au Centre Médical des P ... depuis deux ans que je suis formatrice à l'IFAS, tu vois j'ai bien bougé. » (A4, 1 2-18)



### La mobilité verticale ou catégorielle

C'est une mobilité qui conduit un agent à quitter un emploi pour un autre : « elle se traduit le plus souvent par un changement d'échelon, de grade, de qualification et aussi par une augmentation de la rémunération »<sup>16</sup>

Cette mobilité concerne les infirmiers qui accèdent à des spécialisations (infirmier de bloc opératoire, infirmier anesthésiste) ou à des postes d'encadrement des unités de soins, comme à des fonctions d'enseignement.

### II-2-2 Polyvalence et mobilité peuvent-elles générer de la compétence ?

B et C ont insisté sur le **caractère formateur** de la polyvalence

« ...les soins étaient très variés, on faisait vraiment de tout, j'ai appris beaucoup » (B5 – l 21-22)

« ... je vois d'autres façons de faire, d'autres organisations de travail, d'autres prises en charge, je pense que ça m'a permis de progresser rapidement et d'être beaucoup plus à l'aise car au début j'étais... euh .. réservée ». (C1 – l 11-13)

Ainsi, Philippe Zarifian dans « Objectif Compétence » (2004, P 101) précise que dans le modèle du poste de travail, la polyvalence désigne la capacité qu'a un salarié d'occuper plusieurs postes, lui permettant de passer d'un poste à un autre selon les besoins. La logique compétence introduit avec la polyvalence **un élargissement de la surface d'application des compétences** du salarié. Il précise que les activités du professionnel ne sont pas disjointes. Elles sont élargies.

---

<sup>16</sup> Raoult Nicole : « Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences en milieu hospitalier », Paris, L'harmattan, 1991, p 285

Néanmoins, l'auteur précise (P 138) que pour développer des compétences, la polyvalence n'a de sens que si elle désigne un élargissement de la surface de la compétence de la personne, élargissement :

- vers d'autres processus
- vers d'autres fonctions
- vers d'autres disciplines

Il nous met par ailleurs en garde contre une approche de la polyvalence qui consisterait à demander au salarié d'occuper plusieurs postes en saturant le temps d'occupation de celui-ci, d'une manière telle qu'il n'aurait pas la possibilité de développer sa compétence. L'exemple cité ci-dessous concerne le domaine de l'industrie mais est tout à fait transposable au monde hospitalier.

« Une polyvalence pluriprocess a un sens si elle permet d'appréhender plus complètement tout une ligne de fabrication et d'avoir pour rôle d'en superviser, de manière responsable, l'ensemble du fonctionnement. Mais elle n'en a pas si ces process n'entretiennent aucun rapport entre eux, et si le salarié n'est « déplacé » sur un autre process que pour jouer un rôle de « bouche-trou » en cas d'insuffisance d'effectifs »<sup>17</sup>.

### II-2-3. Des professionnels qui se forment.

La question des formations continues suivies par les interviewés nous ont permis de nous assurer que ces derniers répondaient bien à notre souhait d'échantillon, c'est-à-dire

- un professionnel formé au tutorat et à l'éducation thérapeutique (entretien B)
- un professionnel formé au tutorat (entretien C)
- un professionnel formé à l'éducation thérapeutique (entretien A)

---

<sup>17</sup> P.Zarifian, 2001, *Objectif compétence*, Paris, Editions Liaisons, 2001, p.138-139

Les 3 professionnels ont participé, dans le cadre de la formation professionnelle continue, à plusieurs formations. Nous avons synthétisé ces diverses formations suivies dans le tableau ci-dessous :

|                              | Alice  | Bruno   | Coralie   |
|------------------------------|--|---|---|
| Formations continues suivies | Transmissions ciblées<br>Education Thérapeutique<br>Formation de formateur<br>Gestion du stress<br>Charte du patient hospitalisé | Approfondissement sur le diabète<br>Tutorat des étudiants infirmiers<br>Education thérapeutique<br>Gestion du stress<br>Les Pathologies chroniques<br>Prise en charge psychologique du patient diabétique<br>Analyse transactionnelle | Tutorat des étudiants en soins infirmiers<br>Hémovigilance<br>L'audit interne<br>Raisonnement clinique<br>Transmissions ciblées<br>Les vigilances |

#### II-2-4. Des professionnels qui forment.

Ce questionnaire nous a, par ailleurs, permis d'apprendre que les 2 professionnels exerçant dans les services de soins intervenaient aussi à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers en qualité de vacataires ponctuels. Cette activité est perçue par Coralie comme une continuité de sa mission.

« ...Je trouve qu'aller à l'IFSI, c'est la continuité de notre travail. Et puis, c'est bien que les infirmiers des services aillent dans les IFSI participer à la formation des étudiants ... »  
 (C5 1 38-40)

Pour Coralie, ces interventions sont des moments d'échanges entre professionnels et futurs professionnels en formation à travers des analyses de situations :

« On peut aussi répondre à des questionnements à propos de certaines situations de soins que les étudiants ont vécues. On peut aussi expliquer certaines de nos actions, c'est le but de notre présence et cela fait un lien entre le stage et l'école » (C5 – l 41-44)

Bruno précise à ce sujet : « J'aime bien donner des cours, on voit les étudiants sous un autre visage, c'est important aussi pour nous. Les étudiants viennent dans les services, c'est un peu normal que nous aussi nous allions à l'IFSI. » (B 32, l 155-157)

Le discours de Coralie et Bruno nous renvoie à la loi de 1971 sur la formation professionnelle :

« La formation par alternance, pour être authentique et porter tous ses fruits, devra permettre une reprise des acquisitions faites par l'apprenti dans le milieu socio-professionnel comme fondement même de l'ensemble de la formation donnée par le CFA. Elle suppose une **relation constante entre tous les partenaires pour les rendre actifs et partie prenante** »<sup>18</sup>.

## II-2-5. L'accompagnement des étudiants et des patients: une dynamique d'action conjointe

Au cours des trois entretiens, les professionnels ont précisé les modalités de l'accompagnement des étudiants infirmiers en essayant de définir leur « agir ».

La dimension **active** de l'accompagnement est retrouvée dans les trois entretiens à travers l'emploi de verbes d'action.

Pour les trois professionnels, la dimension **collective** et plus précisément **duelle** est marquée par l'emploi du « On » :

« .. on prend connaissance, on fait le point sur les connaissances, ... c'est moi qui pratique ... j'utilise tel matériel ... je reste présente ... je vais demander à l'étudiant de le faire ... je

---

<sup>18</sup> Loi 1971, article 11, décret n°72-280 du 12.04.1972

lui demande de s'évaluer ... je réajuste ... me voir faire un geste et de le faire ensuite .... » (A11, l 52-62 )

« on prévient le patient qu'on va avoir un étudiant, on fait le pansement, on explique pourquoi on fait comme ça, l'étudiant voit, ... c'est lui qui va faire avec moi derrière pour évaluer, réajuster ... on remontre une deuxième fois ... » (B21, l 98-102 )

« on apprend en faisant ... on fait un pansement ... on pose un antibiotique, on fait une morphine » (C 6, l 53-83)

Pour deux des trois situations d'accompagnement décrites, il est à noter que ces situations renvoient à des situations de soins techniques.

Ainsi, Alice et Bruno nous décrivent la pose d'une voie veineuse périphérique et la réalisation d'un pansement.

La notion de proximité géographique dans l'accompagnement est aussi récurrente.

« Je reste présente, bien sûr, à ses côtés la première fois et je suis là en cas de besoin » (A11, l 1 ) « c'est lui qui va le faire avec moi derrière pour évaluer et réajuster » (B21, l 1 ), « ...tout en restant derrière pour voir si effectivement y a des problèmes, des fautes d'asepsie, pour réajuster, enfin évaluer et réajuster » (B22, l 1 )

Cette notion de posture proximale renvoie à l'étymologie du terme « accompagnement » et notamment la notion « d'être avec ».

Alice précise d'ailleurs :

« *On est ensemble, on se pose un petit peu pour être sûr que tout s'enchaîne bien* » (A11, l 61)

Cette phrase fait écho à la définition d'*accompagner* pour Malea Paul qui précise :

« La définition du verbe accompagner confirme cette organisation du sens, se joindre à quelqu'un (dimension relationnelle, pour aller où il va (dimension temporelle ou opérationnelle, en même temps que lui : à son

rythme, à sa mesure, à sa portée. Tel est le principe de base : l'action se règle à partir de l'autre, de ce qu'il est, de là où il en est »<sup>19</sup>.

L'accompagnement des patients, à travers l'éducation thérapeutique, est aussi décrit en des termes similaires. Bruno précise « ... on lui pose des questions » (B 38, l 182), « Je lui explique ..., je lui demande .... je m'arrange ...on propose » (B45, l 226-233), «...on construit le projet de soins ensemble (B46, l 235).

La notion de trajet est bien décrite par Coralie mais cette fois-ci, c'est le patient qui « bouge » : « on va lui annoncer qu'il a cette maladie, il va falloir le soutenir pour qu'il puisse cheminer » (C 13, l 122-123). Pour Alice, ce chemin est bien parcouru ensemble « Si l'étudiant ou le patient n'a pas confiance en toi, alors tu ne pourras pas avancer avec lui ... » (A24, l 179-180) mais c'est le soignant qui oriente la direction « tu es un guide en fait » (A23, l 163)

## II-2-6. L'accompagnement des étudiants et des patients : une dynamique de projet

La notion de **projet** en commun a été amenée de façon concomitante par les trois professionnels.

Bruno utilise d'ailleurs à plusieurs reprises le terme de **projet** en insistant sur la notion de projet partagé et validé par le patient « le projet de soins, ce n'est pas moi qui le fais, on le fait tous les deux, avec le patient » (B43, l 219), « on fait un projet en commun ... je m'arrange pour que ce ne soit pas que moi qui propose mais qu'on propose ensemble ... » (B45, l 231-233), «...on construit le projet de soins ensemble » (B46, l 236), « c'est important que le patient valide le projet de soins éducatif » (B47, l 238).

---

<sup>19</sup> Paul, M (2009), « Autour du mot Accompagnement » in Recherche et Formation, n° 62, 2009, p 96

Pour l'accompagnement d'un étudiant, il insiste sur la nécessité de connaître le projet de l'étudiant « Et puis, on va lui demander quel est son projet professionnel, ce qu'il a choisi comme thème de travail de fin d'étude, s'il a des objectifs de stage particuliers pour pouvoir mieux l'aider. » (B16, l 74-76)

Coralie exprime aussi la notion de similitude entre le projet de l'étudiant et le projet du patient qui s'articulent autour d'objectifs. « Voilà, c'est comme dans la démarche de soins et le projet de soins, pour moi, euh, on est, on est sur cette même base car on établit un projet à partir d'objectifs. Avec l'étudiant, c'est quasi la même chose, il arrive avec des objectifs personnels et institutionnels et on va veiller à ce qu'il atteigne bien ceux-ci » (C15, l 137-140)

Alice n'utilise pas le terme de projet commun mais celui de contrat « ...quand tu encadres un étudiant... tu peux contractualiser avec lui ... ». (A 24, l 173-174). Cette notion de contrat commun induit donc un projet d'encadrement en commun.

La notion de projet commun n'empêche pas la singularité du projet car chaque acteur est unique.

Coralie exprime aussi la singularité des attentes et des motivations des patients ou des étudiants «*Les étudiants ont comme les patients des attentes et des motivations différentes car ils sont tous différents* » (C7, l 140)

Alice insiste sur cette singularité des besoins et des souhaits chez le patient qui implique d'individualiser le projet éducatif « *Parce que les besoins ne sont pas tous les mêmes chez les patients, chacun est différent et il faut faire avec car leurs souhaits ne sont pas les mêmes aussi* » (A 19, l 141-142)

Pour Bruno « que ce soit un étudiant ou un patient, chaque personne a son histoire, ses connaissances, à nous de prendre tout ça en compte » (B80, l 449-450)

Jean-Pierre Boutinet expose d'ailleurs dans son livre « Grammaires des conduites à projets » les trois formes de singularité du projet :

- La singularité individuelle de l'auteur dans son histoire biographique personnelle, dans ses aspirations pour le projet individuel, dans l'historique d'un groupe ou d'une organisation pour les projets collectifs, un auteur momentanément aux prises avec les enjeux liés aux circonstances et aux acteurs qui l'environnent.
- La singularité situationnelle de l'environnement à diagnostiquer dans ses contraintes et ses possibles liés à un lieu déterminé et à un temps lui aussi bien défini, singularité de la situation dans son passé, ses caractéristiques présentes et son devenir envisageable : la singularité de la situation initiale
- La singularité de la solution projetée (singularité projective) qui est la résultante des deux précédentes et qui se trouve concrétisée par la solution originale ébauchée par le projet. (p 226)<sup>20</sup>

Concernant la motivation, Coralie pense que les professionnels veillent bien à motiver les patients dans leur projet mais pas nécessairement les étudiants : « La motivation, ça on en tient pas assez compte avec les étudiants ... mais on a l'habitude de le faire avec les patients » (C21, l 177-178)

Elle exprime d'ailleurs son étonnement concernant la crainte que peuvent ressentir les professionnels au sujet de la motivation de certains étudiants « Des fois, quand j'encadre un étudiant, je me dis que ce n'est pas possible, et quand j'en on en parle entre collègues, on se dit qu'on y arrivera jamais avec lui et puis il y a un déclic, il s'y met, il se remotive et on ne sait pas toujours pourquoi » (C21, l 181-183).

Ce ressenti exprimé par Coralie me renvoie à l'analyse de Jean-Pierre Boutinet : « *La démarche de projets est donc amenée de façon tâtonnante à explorer un monde de possibles qui ne soient pas impossibles* » (P 223)

---

<sup>20</sup> Boutinet, JP, 2010, Grammaire des conduites à projet, Paris, PUF, P 223



## II-2-7. L'accompagnement des étudiants et des patients : l'importance de la dimension relationnelle

La nécessité de développer des compétences relationnelles a été exprimée par les trois professionnels lors des entretiens.

Alice développe cette notion en précisant : « il faut bien reformuler, il faut bien montrer aux patients que tu as entendu et t'as compris ce que lui il a voulu dire. Il faut aussi communiquer avec empathie avec les patients et savoir rester à sa place. » (A21, l 154-156). Elle insiste aussi sur l'écoute et sur l'observation (A 20, l 150).

Pour Coralie, l'empathie et la distance thérapeutique sont essentielles à l'éducation thérapeutique. Elle a d'ailleurs travaillé ces notions dans le cadre de sa formation à l'éducation thérapeutique mais aussi dans sa formation au tutorat. (C16). Elle ajoute d'ailleurs : « Par rapport à cette relation avec le patient qu'on peut avoir, en plus, souvent, ce sont des patients qui sont atteints de maladie chronique, qui vont revenir de façon régulière quand même en séance d'éducation, et, euh, il y a des liens qui peuvent se tisser, et je dirais que le travail que j'ai pu faire moi, c'est par rapport à ça. Il faut travailler sur la relation soignant-soigné. » (C18, l 158-159)

Pour Bruno, « le relationnel ça compte énormément dans notre travail » (B24, l 119). Il appuie sur la transversalité de ces compétences acquises : « L'empathie, la dédramatisation, euh, tous ces différents critères sont importants avec les étudiants et les patients » (B76, l 432-433) ; « dans ce domaine, ce qu'on peut utiliser pour le patient, on peut l'utiliser aussi pour l'étudiant » (B29, l 134-135)

## II-2-8. Relation d'aide et relation d'accompagnement : des points communs mais des différences

Les points communs dans la relation soignant-soigné et soignant- étudiant sont décrits par Coralie même si elle précise bien que ces deux types de relations ne sont pas identiques.

« la manière d'entrer en relation avec un étudiant ou patient, pour moi, c'est la même ... » (C34, l 244-245)

« Il y a un lien entre la relation soignant-soigné et la relation tuteur-étudiant. Ce n'est pas pareil, le contexte n'est pas le même mais il y a des points communs ... Si on n'arrive pas à établir une relation correcte, alors ça ne marchera pas ..... » (C34, l 245-247)

Alice cite en exemple : « Tu vois, je pense que l'on doit prendre soin du patient, être plus bienveillant dans la relation parce que c'est notre travail mais l'étudiant on ne va pas le chouchouter, l'assister, on l'accompagne dans sa formation. » (A35, l 257-259)

En effet, pour bien distinguer ces deux types de relation, Michel Vial précise : *« L'accompagnement professionnel n'est pas une relation d'aide, ni une prise en charge, c'est une mission en réponse à une commande de l'institution dans laquelle on travaille ... C'est donc une intervention sur le destin de l'autre mais l'accompagné reste maître de ce destin »*<sup>21</sup>

Guy Le Bouedec va plus loin en s'attachant à dissocier la psychothérapie et l'accompagnement ; ainsi il clarifie : *« Si la psychothérapie est un travail sur soi pour se comprendre et s'accepter, parfois se changer, accompagner quelqu'un c'est être à ses côtés, là où il se trouve »*.<sup>22</sup>

## II-2-9. L'accompagnement des étudiants et des patients : la nécessité d'un engagement commun

Alice insiste sur la nécessité que l'étudiant soit acteur de son stage et précise que son investissement est une condition de l'accompagnement.

« Je n'aurais pas de scrupules à dire bon bien voilà j'arrête là puisque de toute façon...euh... tu ne t'investis pas » (A35, l 256-257)

---

<sup>21</sup> Vial (M), 2005, « L'accompagnement est une intervention », GRAP, texte distribué à l'Ecole Supérieure de l'Education Nationale, p5-6

<sup>22</sup> Le Bouëdec (G), 2001, « L'accompagnement en éducation et en formation », Paris, L'harmattan

Cette notion d'investissement essentiel de chacun des acteurs renvoie à « *l'indispensable mutualité coopérative* »<sup>23</sup> décrite par Noël Denoyel.

Coralie insiste, elle aussi, sur le nécessaire engagement (et sur la motivation) de l'étudiant mais elle distingue la motivation des étudiants de celles des patients :

« La motivation, ça on en tient pas assez compte avec les étudiants ... mais on a l'habitude de le faire avec les patients ... De toute façon, pour que l'encadrement en stage soit efficace, l'étudiant doit être motivé ! Le patient, comme la maladie va le toucher directement, s'il veut s'en sortir, ou s'il en a les capacités, il va se motiver ... » (C21, 1 177-181)

## II-2-10. L'accompagnement des étudiants et des patients : la nécessité d'un discours commun au sein de l'équipe

L'importance pour les professionnels exerçant des fonctions d'accompagnement d'avoir, de tenir un discours similaire a été soulignée par les trois interviewés.

Pour Bruno, les moments d'échanges entre professionnels sont essentiels pour garantir cette cohérence de discours et d'action :

« ... On fait des réunions pour se remettre en question ... Le fait de nous réunir, c'est pour être tous cohérents dans notre message car il faut tous dire la même chose ... En fait, on doit tous apporter les mêmes réponses même si elles sont personnalisées » (B64, 1 359-367)

Il va même jusqu'à préciser : « Quand je fais de l'éducation thérapeutique du patient, ce n'est pas Bruno qui fait l'éducation thérapeutique du patient mais Bruno, un des infirmiers de l'équipe soignante du service et c'est en tant que soignant de cette équipe que je le fais » (B64, 1 365-367 ).

---

<sup>23</sup> Denoyel (N), 2007, « Penser l'accompagnement Adulte », PUF, p 157

A ce sujet, Guy Le Bouëdec et Luc Pasquier écrivent «.. *On n'accompagne jamais en son nom propre, mais toujours au nom d'une institution (religieuse, éducative, soignante, pénitentiaire, économique ...)* ... »<sup>24</sup>

Coralie insiste sur l'importance de la similitude d'actions des professionnels assurant l'accompagnement des étudiants et des patients pour que celui-ci soit efficace :

« ..Tout à l'heure je vous disais que c'est important que les collègues travaillent un peu pareil pour que l'étudiant ne soit pas perdu ... c'est pareil pour les patients .... il faut que tout le monde tienne le même discours sinon il vont être perdus. » (C34, l 247-250) « Il faut aussi être sûr que les collègues dans le service disent la même chose et travaillent pareil, utilisent les mêmes techniques de soins mais avec les protocoles, normalement ça aide » (C10, l 109-111)

Elle précise même l'importance de la cohérence de discours entre les formateurs de l'IFSI et les soignants assurant l'encadrement des étudiants :

« ...il faut avant tout connaître le programme des études, savoir comment ça se passe à l'IFSI, ce qu'il a appris pour être sûr de dire la même chose qu'à l'IFSI pour que l'étudiant ne soit pas perdu. » (C10, l 107-111)

## II-2-11. L'accompagnement des étudiants et des patients : la nécessité de savoir expliciter son action

Deux des trois soignants interviewés portent une certaine importance au fait de savoir décrire son action.

Ainsi Bruno déclare en parlant de la dernière réunion d'échanges entre professionnels de l'éducation thérapeutique : « Chacun a expliqué comment il s'y prenait dans telle situation parce que nous on ne voit pas nos collègues travailler ». (B 64, l 361-362)

Coralie précise que cette explicitation des actions réalisées n'est pas toujours aisée :

---

<sup>24</sup> Le Bouëdec (G), « L'accompagnement en éducation et en formation », Paris, L'harmattan, 2001, p 17

«Il faut prendre le temps de décrire ce que l'on fait ... au début, ce n'est pas facile, puis une fois que tu as pris l'habitude, tu y arrives .... En fait, je crois que c'est plus dur pour les collègues qui travaillent depuis longtemps car pour eux, quand ils font un geste, ils ne se posent plus la question de pourquoi ils font comme ça ... oui, ça c'est quelque chose qu'on fait avec l'étudiant et le patient, on explique tout, le pourquoi et le comment.... » (C35,1 253-257).

Pour Philippe Zarifian, « *le tuteur doit parvenir à désautomatiser ses propres comportements professionnels, du moins dans une certaine mesure, pour rendre accessibles les raisons de son action* »<sup>25</sup>

D'ailleurs, pour André Geay, « *La transmission des savoirs professionnels fait appel à l'explicitation et à la démonstration (il faut expliquer et montrer le travail). Ce qui suppose que le tuteur ait pris conscience de ce qu'il sait ou ce qu'il ne sait pas. Donc permettre à un professionnel de savoir expliciter ce qu'il fait et pourquoi il le fait, en réactivant les savoirs enfouis derrière sa pratique, est sûrement important pour devenir tuteur : c'est ce qu'on appelle « l'instrumentation des tuteurs » centrée sur le contenu du travail.* »<sup>26</sup>

## II-2-12. L'accompagnement des étudiants et des patients : un équilibre à trouver, des opportunités à saisir sur un parcours pas toujours droit

La formation d'adultes implique de prendre en compte plusieurs aspects de la vie du formé.

Bruno explique durant l'entretien : « Il faut tenir compte de tout quand tu fais de l'éducation thérapeutique car tout tient comme en équilibre et c'est grâce à cet équilibre ou le futur équilibre qu'on va pouvoir construire quelque chose. Parfois, c'est un membre de la famille ou un ami du patient sur qui tu vas t'appuyer. Si l'équilibre n'est pas là, ce n'est pas le moment d'entreprendre l'éducation thérapeutique, il vaut mieux différer, rester en contact et se dire que ce sera pour une autre fois » (B 71,1 407-412)

---

<sup>25</sup> Zarifian, P, « Objectif compétence », Editions Liaison, Paris, 2004, p 182

<sup>26</sup> Geay André, « L'école de l'alternance », Paris, L'harmattan, 1998, p 170

Roland Fonteneau, Maître de conférences à l'université de Tours, précise que l'apprenant en formation par alternance se trouve au milieu et à l'intersection de trois scènes : la scène éducative, la scène professionnelle et la scène familiale. Ces scènes s'enchevêtrent les unes dans les autres avec des interactions permanentes.

Selon cet auteur, l'alternance est réussie lorsque les trois scènes convergent vers l'apprenant afin que ce dernier soit au centre du projet formatif. « Il n'y a pas de partenariat efficace sans projet reconnu par tous les partenaires »<sup>27</sup>

Le parcours emprunté par les acteurs n'est pas toujours linéaire. Ainsi, Bruno précise : «.. On est en train d'avancer mais, parfois on est obligé d'y aller tout doucement voire attendre ou reculer pour mieux avancer ensuite » (B71, l 402-403)

Pour Alice, il faut faire preuve de stratégie dans l'accompagnement de l'étudiant : « parfois, il faut un peu euh, euh ... ruser pour l'emmener où tu veux ... tu vois, eh bien, si l'étudiant n'a pas envie de faire un soin, tu sens qu'il appréhende de faire ce soin, eh bien, tu vas attendre un peu, saisir une **opportunité** ou l'amener dans une autre situation où il devra faire ce soin ... tu vois, ça va peut-être réussir à un autre moment parce que toi, tu sais ce qu'il doit apprendre et à force tu sais à quel moment tu vas pouvoir lui faire faire ce soin. » (A31, l 221-225)

Jean-Pierre Boutinet explique d'ailleurs :

*« On ne va d'ailleurs jamais directement à l'essentiel, à la réalisation de ce à quoi on aspire, mais par le biais, le pas de côté (Denoyel, 1990 ; Julien, 1995) dans les méthodologies de projet, dont les essais et erreurs. L'épreuve de la parabole consiste donc à nous faire renoncer à toute perspective de linéarité »<sup>28</sup>.*

---

<sup>27</sup> Fonteneau, R (1993), « L'alternance partenariale » in Education Permanente, n° 115, p 29

<sup>28</sup> Boutinet, JP (2010), « Grammaire des conduites à projet », Paris, PUF, P 223

Il importe donc, pour les professionnels réalisant des actions d'éducation thérapeutique de patients et des actions d'accompagnement d'étudiants de pouvoir saisir les opportunités. D'ailleurs, comme le précise Laurence Cornu dans sa conférence « Une éthique de l'opportunité » : « *L'éducation est bien faite de disponibilité, de moments à saisir, et de tournants décisifs : il y a bien là une temporalité particulière, il s'agit de l'agir juste dans le temps ...* »<sup>29</sup>

André Geay souligne à ce sujet que « *ce que l'alternant attend du tuteur, c'est qu'il le mette dans des situations de travail riches et formatrices* »<sup>30</sup>

## II-2-13. L'accompagnement des étudiants et des patients : l'importance de l'évaluation

Le terme d'« évaluation » a été largement utilisé par les interviewés (23 fois) qui le citent en parlant de l'évaluation des connaissances des patients par les infirmiers (10 fois), de l'évaluation des connaissances des étudiants par les infirmiers (6 fois), des deux en même temps (6 fois) et de l'évaluation des connaissances des professionnels par le cadre de santé (1 fois).

Bruno a utilisé ce terme 18 fois, Alice 4 fois et Coralie 1 fois.

Le terme de réévaluation apparaît 1 fois (Coralie).

Devant le large emploi de ce concept, il nous a semblé important de faire un éclairage théorique sur celui-ci.

L'évaluation est un terme très souvent utilisé dans le milieu hospitalier :

- Evaluation des pratiques professionnelles
- Evaluation d'un protocole de soins
- Evaluation de la douleur

---

<sup>29</sup> Cornu, L. (2003), « Une éthique de l'opportunité », VIIIème séminaire international sur l'enfance et l'adolescence, Buenos Aires

<sup>30</sup> Geay, A, op cit, p 170

- Evaluation d'un étudiant
- Evaluation d'un professionnel

Dans le dictionnaire Petit Robert, l'évaluation est définie comme « l'action d'évaluer, c'est-à-dire de porter un jugement sur la valeur, le prix de ... »

Evaluer n'est donc pas un terme neutre. Dans sa construction sémantique, il fait apparaître la notion de valeur. Parce qu'il a été fondé dans le français du XIII<sup>ème</sup> siècle sur le mot « value », participe passé du verbe « valoir », il nous projette directement dans le domaine de la valeur des êtres et des choses et il nous permet de juger. D'un côté une référence à la valeur, de l'autre à l'action. On comprend dès lors que toute appréciation sur la valeur d'une chose doit être raccordée à un référentiel particulier.

Evaluer, c'est en quelque sorte mieux savoir où l'on est pour mieux savoir où l'on peut aller.

Le terme d'évaluation est très présent dans le champ lexical des infirmiers ; l'article R 4311-1 du code de la santé publique indique d'ailleurs :

« L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur **évaluation** .... »

Le référentiel d'activités (annexe I de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier) définit le métier d'infirmier en ces mots :

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

Le verbe « évaluer » a été le premier terme utilisé par le législateur pour définir le métier d'infirmier.

Le référentiel de compétences (annexe II de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier) comprend dix compétences rédigées en termes de capacités devant être



maîtrisées par les professionnels. La première compétence décrite est « **Evaluer** une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier (compétence n°1).

Une fois de plus, la notion d'évaluation est mise en avant pour décrire le métier d'infirmier et les compétences nécessaires à son exercice.

## II-2-14. L'accompagnement des étudiants et des patients : quelles compétences développées ?

Comme nous avons pu le voir tout au long de cette analyse, Alice, Bruno et Coralie ont bien mis en avant le fait d'avoir développé des compétences identifiées au regard de leurs activités d'accompagnement d'étudiants et de patients.

Ainsi Coralie insiste sur les compétences **relationnelles** et les compétences **pédagogiques** acquises lors de sa formation au tutorat (C9, l 96-100)

En échangeant sur les compétences développées dans l'accompagnement des étudiants, Bruno nous dit : « Les compétences que j'ai le plus développées sont sur la prise en charge **psychologique** et relationnelle » (B23, l 109-110). Il précise que ses compétences sont, selon lui, transférables à d'autres situations :

« ... ce que je veux dire par là c'est que dans ce domaine, ce qu'on peut utiliser pour le patient, on peut l'utiliser aussi pour l'étudiant » (B29, l 134-135)

Il parle aussi de compétences **gestuelles** et **pédagogiques** (B31, l 141)

Alice pointe aussi la compétence d'**écoute** comme compétence développée dans l'éducation thérapeutique du patient (A20, l 147) puis précise « Il faut bien reformuler ... il faut aussi communiquer avec **empathie** avec les patients et savoir rester à sa place » (A21, l 155-156). Elle souligne aussi la nécessité de faire preuve de **patience** avec les étudiants (A12, l 71-72) mais aussi d'**observation** et d'**écoute** (A12, l 73)

Le concept d'évaluation a aussi été cité comme compétence transférable aux deux situations d'accompagnement (d'un patient ou d'un étudiant). Sur ce point, Bruno précise : « Que ce soit un étudiant ou un patient, chaque personne a son histoire, ses

connaissances, à nous de prendre tout ça en compte... Et puis, il y a aussi l'**évaluation** comme point commun dans les prises en charge car quand tu accompagnes un patient ou un étudiant, tu évalues ses connaissances. » (B 80, l 448-451)

Comme nous le soulignons dans la partie sur l'évaluation, cette notion a été citée 6 fois par les professionnels en abordant précisément et conjointement le champ de l'accompagnement de l'étudiant et celui du patient.

## II-2-15. L'accompagnement des étudiants et des patients : l'importance de se former

L'importance de se former à l'éducation thérapeutique du patient ou au tutorat a été soulignée par les professionnels.

Ainsi pour Alice, « c'est tellement complexe que tu ne peux pas dire que demain je suis infirmière en éducation non. Il faut avoir des bases et **une formation absolument** et il faut avoir des **expertises dans un domaine d'activité** » (A17, l 128-130). Elle souligne d'ailleurs, en parlant de la formation au tutorat et à l'encadrement des étudiants infirmiers : « cette formation était bien et **elle m'a permis d'être plus à l'aise avec les étudiants** parce qu'on a eu des cours aussi sur la **communication** » (A37, l 267-269)

Bruno souligne : « il y a les formations (à l'éducation thérapeutique et au tutorat) qui aident énormément et puis surtout, c'est en forgeant que l'on devient forgeron donc on devient à l'aise face à un public mais avec le temps. Donc ça je pense que ça va beaucoup mieux qu'au début. » (B 32, l 149-152).

Il fait même référence à des compétences pédagogiques et d'animation en précisant « Maintenant les promotions sont de 120 étudiants eh bien ça va, **j'arrive à bien m'exprimer, à faire passer le message et à veiller à bien distribuer la parole** » (B32, l 154-155)

Coralie nous fait remarquer : « Je pense que par rapport à ces autres compétences, je les ai travaillées aussi avec ma formation tutorat, surtout la distance thérapeutique » (C16, l 146-147)

Elle estime que « effectivement, on peut encadrer des étudiants sans formation » (C9, l 94) mais fait remarquer que « personnellement, j'avais besoin d'aller en formation pour

acquérir une pédagogie ... une qualité d'encadrement ... avoir des outils .... Cette formation m'a permis d'acquérir des connaissances ... » (C9, 195-99)

Nous retrouvons donc, à travers ces 3 entretiens, l'idée que les professionnels interviewés ont pu développer, grâce à leur formation de tuteur ou d'éducateur thérapeutique, des compétences **relationnelles, pédagogiques et d'animation**.

André Geay souligne que si une formation de tuteur est envisageable, il doit partir de la situation de travail et de la situation tutorale pour les analyser et faire émerger les besoins. Il insiste sur la nécessité de mettre en place des groupes d'échanges et d'analyses de pratiques pour permettre aux professionnels « d'instrumenter leur action » par

- Ré-identification des savoirs contenus dans les savoir-faire du métier
- Prise de conscience de l'existence de « non-énonçables » dans leur savoir professionnel

Par ailleurs, j'ai eu l'opportunité de participer à une formation « Nouveau référentiel de formation des études en soins infirmiers : encadrement et évaluation des stages professionnels » organisée en juin 2010 par l'ANFH (Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier).

Le programme de cette formation reposait sur :

- Une connaissance du contexte et des enjeux de la réforme des études en soins infirmiers,
- Des connaissances sur les conditions d'apprentissage, l'acte de transmettre, l'évaluation et ses outils et les acteurs autour de l'étudiant.
- Les compétences du « formateur terrain encadrant » et les outils mis à sa disposition.

Les concepts d'apprentissage, de formation, d'évaluation et de communication ont donc été abordés dans cette formation et leur « transférabilité » au champ de l'éducation thérapeutique du patient paraît opérable puisqu'il s'agit notamment d'une partie des

compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient précisées dans le décret n°2010-906 du 2 août 2010.

# CONCLUSION

Notre travail de recherche partait du questionnaire suivant : « Dans le contexte actuel, comment le cadre de santé manager peut-il accompagner le développement des compétences pédagogiques des infirmiers de son équipe pour améliorer l'encadrement des étudiants et optimiser la qualité des soins ? »

Après avoir revisité l'histoire de l'hôpital, de la fonction infirmière et de la fonction cadre de santé, nous nous sommes attachés à préciser la refonte des études en soins infirmiers dans le cadre d'une réforme du système de santé impactant les organisations et pratiques de soins et notamment le champ de l'éducation thérapeutique du patient.

Cet abord contextuel du sujet de recherche nous a amenés à conduire une approche conceptuelle centrée sur les termes de compétences, d'alternance et d'accompagnement.

Ces éclairages ont vu le jour autour de lectures de livres ou d'articles rédigés par Guy Le Boterf, André Geay, Philippe Zarifian, Maëla Paul, Michel Vial, Noël Denoyel, Jean-Pierre Boutinet ....

Nous avons, à la suite, pu faire évoluer notre questionnaire et problématiser notre recherche à travers une question de recherche et l'hypothèse de travail suivante :

**« Les compétences acquises par les infirmiers tuteurs lors de formations au tutorat puis développées lors d'actions d'encadrement d'étudiants sont transférables pour des actions d'éducation thérapeutique du patient »**

Au cours de ce travail, nous avons été conduits à interroger trois professionnels impliqués dans l'encadrement des étudiants en soins infirmiers ayant ou non suivi une formation de tuteur.

Ces rencontres ont permis de mettre à jour la transférabilité des compétences acquises dans le domaine de l'encadrement des étudiants vers le champ de l'éducation thérapeutique du patient.

Il importe néanmoins de ne pas généraliser et rester bien conscients que ce travail est une ébauche de réflexion. Il s'agit d'un échantillon limité et nous sommes bien au fait des limites de notre travail liées entre autres au calendrier de cette formation en alternance.

De plus, nous ne pouvons pas assimiler, ou confondre, les pratiques d'encadrement d'un étudiant en soins infirmier à celle d'un patient, chacun étant présent dans un service de soin avec des raisons et des objectifs bien différents !

Cependant, nous avons pu identifier, grâce à cette étude, que les professionnels mettaient en avant, pour les deux champs, l'importance des compétences pédagogiques, relationnelles, d'animation et d'évaluation et l'importance de se former à l'éducation thérapeutique et à l'encadrement.

Les derniers ajustements législatifs concernant l'éducation thérapeutique du patient (décret et arrêté du 2 août 2010) ont mis en lumière l'obligation de se former pour les professionnels réalisant ces actions. Cette formation s'articulerait autour des compétences pédagogiques, relationnelles et d'animation, méthodologiques et organisationnelles, biomédicales et de soins. L'arrêté précise, de plus, que les compétences pour dispenser l'éducation thérapeutique peuvent être partagées au sein de l'équipe pluridisciplinaire, ce qui conduit à raisonner par compétences individuelles (développées par agent) pour ensuite construire un projet collectif (d'équipe, de pôle) d'accompagnement.

*« Pour moi une équipe de soins, ce n'est pas comme une boîte de vache qui rit avec des portions égales qui sont toutes identiques et dont l'ensemble des portions fait un fromage ...pour moi, l'équipe de soins, c'est plutôt un puzzle avec des pièces différentes et spécifiques et l'ensemble des pièces du puzzle fait qu'à la fin, cela donne une belle image » (Bruno, B86, l 475-478)*

Il pourrait être envisageable de réfléchir ultérieurement, et plus amplement, sur les conditions de mise en place effective de ces formations, intégrant des apports nécessaires à l'éducation thérapeutique du patient et à l'encadrement des étudiants et permettant ainsi à chacun de pouvoir bénéficier des compétences acquises par les infirmiers formés. J'espère que cette perspective de travail, qui nous permet de conclure cette recherche, sera un lien avec le début d'un autre ...

Les apports de ce travail sont nombreux tant sur le plan professionnel que personnel, et ce, grâce à la richesse des personnes que j'ai rencontrées et qui m'ont accompagné tout au long de cette année.

J'ai, de plus, par l'intermédiaire des entretiens et au regard de l'analyse de contenu, pris conscience de la nécessité, en tant que cadre supérieur de santé, d'accompagner les infirmiers dans leur parcours professionnel. Il importe ainsi, pour le cadre de santé, de s'interroger sur les moyens à mettre en œuvre pour que les professionnels de son équipe puissent développer et optimiser les compétences nécessaires à leur fonction.

Toutefois, j'espère ne pas avoir trop occulté, à travers cet écrit, la place essentielle du **patient** qui doit rester au centre de nos préoccupations. En effet, notre raison d'être, en tant que soignant, ne se justifie qu'à travers sa présence.

De plus, le choix de ce sujet, en lien direct avec ma fonction de cadre supérieur de santé – directeur des services de soins - et mon expérience de cadre de santé formateur, m'a permis d'aborder ce travail avec encore plus d'intérêt et d'implication.

Enfin, ce travail de recherche demande lui aussi d'abandonner ses préjugés, ses représentations et de s'inscrire dans une démarche **rigoureuse, créative, évolutive** et

**efficace**, adjectifs qui, je le souhaite, **caractérisent le management que je tente de faire mien en tant que cadre supérieur de santé garant de la qualité des soins dispensés aux usagers du système de santé.**

*« Contentez-vous de vous améliorer, c'est tout ce que vous pouvez faire pour améliorer le monde »*      Wittgenstein (1889-1951), Philosophe Autrichien.



# Décrets, arrêtés, circulaires

## TEXTES GÉNÉRAUX

### MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

#### Arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient

NOR : SASH1017893A

La ministre de la santé et des sports,

Vu le code de la santé publique, notamment son article D. 1161-2 ;

Vu l'avis du Haut Conseil des professions paramédicales du 10 mars 2010,

Arrête :

**Art. 1<sup>er</sup>.** – Le référentiel des compétences mentionné à l'article D. 1161-2 du code de la santé publique figure en annexe du présent arrêté.

**Art. 2.** – L'acquisition des compétences nécessaires pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient requiert une formation d'une durée minimale de quarante heures d'enseignements théoriques et pratiques, pouvant être sanctionnée notamment par un certificat ou un diplôme.

**Art. 3.** – Ces compétences s'acquièrent dans le cadre soit de la formation initiale ou du développement professionnel continu pour les professionnels de santé, soit par des actions de formation continue.

**Art. 4.** – Le présent arrêté sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 2 août 2010.

Pour la ministre et par délégation :

*La directrice générale  
de l'offre de soins,  
A. PODEUR*

## ANNEXE

### COMPÉTENCES REQUISES POUR DISPENSER L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT

Il est recommandé que les formations permettant l'acquisition des compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient s'appuient sur les contenus et objectifs pédagogiques définis par l'Organisation mondiale de la santé dans ses recommandations « Education thérapeutique du patient : programmes de formation continue pour les professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques » (recommandations d'un groupe de travail de l'OMS, bureau régional pour l'Europe, 1998).

Quinze compétences sont définies par les recommandations de l'OMS pour permettre la conduite des séances ou temps d'éducation thérapeutique, individuellement ou en équipe pluridisciplinaire.

Le tableau ci-dessous liste les compétences OMS (n° 1 à 15), les réunit sous une compétence générique (A à F) et les associe aux domaines fixés à l'article D. 1161-2 du code de la santé publique :

- compétences relationnelles (domaine I) ;
- compétences pédagogiques et d'animation (domaine II) ;
- compétences méthodologiques et organisationnelles (domaine III) ;
- compétences biomédicales et de soins (domaine IV).

Les compétences pour dispenser l'éducation thérapeutique peuvent être partagées au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

Les compétences OMS n° 8-a, 13 et 15 relèvent exclusivement des professionnels de santé mentionnés aux livres I<sup>er</sup> et II et aux titres I<sup>er</sup> à VII du livre III de la quatrième partie du code susmentionné.

| Compétences pour dispenser l'éducation thérapeutique  | Domaine associé |    |     |    |
|---|-----------------|----|-----|----|
|   | I               | II | III | IV |
| <b>A. - Identifier les besoins, notamment d'apprentissage, du patient, y compris les attentes non verbalisées</b>   |                 |    |     |    |
| - « 5. Identifier les besoins objectifs et subjectifs des patients »  |                 |    |     |    |
| <b>B. - Adapter son comportement et sa pratique professionnelle au patient et à son entourage</b>   |                 |    |     |    |
| - « 1. Adapter son comportement professionnel aux patients et à leur maladie (aiguë/chronique) »  |                 |    |     |    |
| - « 2. Adapter son comportement professionnel aux patients, à leurs familles et à leurs proches »   |                 |    |     |    |
| - « 3. Adapter en permanence ses rôles et actions avec le rôle et les actions des équipes de soins et d'éducation avec lesquelles il travaille »  |                 |    |     |    |
| <b>C. - Communiquer et développer des relations avec le patient afin de le soutenir dans l'expression de ses besoins de santé</b>   |                 |    |     |    |
| - « 4. Communiquer de manière empathique avec les patients »  |                 |    |     |    |
| - « 6. Prendre en considération l'état émotionnel des patients, leur vécu et leurs représentations de la maladie et de son traitement »   |                 |    |     |    |
| <b>D. - Acquérir et développer une posture éducative, notamment pour négocier des objectifs éducatifs partagés avec le patient</b>  |                 |    |     |    |
| - « 7. Aider les patients à apprendre »   |                 |    |     |    |
| - « 8.a) Apprendre aux patients à gérer leur traitement »   |                 |    |     |    |
| - « 8.b) Apprendre aux patients à utiliser les ressources sanitaires, sociales et économiques disponibles »   |                 |    |     |    |
| - « 9. Aider les patients à gérer leur mode de vie »  |                 |    |     |    |
| - « 12. Tenir compte dans l'éducation thérapeutique du patient des dimensions pédagogiques, psychologiques et sociales de la prise en charge à long terme »                             |                 |    |     |    |
| <b>E. - Utiliser les outils pédagogiques adaptés et gérer l'information et les documents nécessaires au suivi de la maladie</b>   |                 |    |     |    |
| - « 10. Choisir des outils adaptés à chaque patient »   |                 |    |     |    |
| - « 11. Utiliser ces outils et les intégrer dans la prise en charge des patients et dans leur propre processus d'apprentissage »  |                 |    |     |    |
| <b>F. - Evaluer la démarche éducative et ses effets, et apporter en conséquence des ajustements</b>   |                 |    |     |    |
| - « 13. Evaluer l'éducation du patient et ses effets thérapeutiques (cliniques, biologiques, psychologiques, pédagogiques, sociaux, économiques) et apporter les ajustements indiqués » |                 |    |     |    |
| - « 14. Evaluer et améliorer de façon périodique la performance pédagogique des soignants »   |                 |    |     |    |
| <b>G. - Adapter la démarche éducative aux situations interférant dans la gestion normale de la maladie</b>  |                 |    |     |    |
| - « 15. Eduquer et conseiller les patients quant à la gestion des crises et aux facteurs qui interfèrent avec la gestion normale de leur maladie »                                      |                 |    |     |    |

## Grille d'entretiens d'enquête

- Question N°1 : Pouvez-vous me décrire votre parcours professionnel ?
- Question N°2 : Quelles formations continues avez-vous suivi ?
- Question N°3 : Pouvez-vous me décrire vos pratiques d'accompagnement d'un stagiaire à partir d'une situation identifiée ?
- Question N°4 : Pouvez-vous me parler des compétences que vous pensez avoir développées dans l'accompagnement des étudiants ?
- Question N°5 : Pouvez-vous me décrire vos pratiques dans l'éducation thérapeutique d'un patient à partir d'une situation identifiée ?
- Question N°6 : Pouvez-vous me parler des compétences que vous pensez avoir développées dans l'éducation thérapeutique des patients ?
- Question N°7 : Est-ce que vous puisez dans votre savoir-faire d'éducateur thérapeutique pour encadrer les étudiants ?
- Question N°8 : Est-ce que vous puisez dans votre savoir faire de tuteur pour accompagner et éduquer les patients dans le cadre de l'éducation thérapeutique des patients ?
- Question N°9 : Est-ce que vous avez remarqué des similitudes dans les pratiques d'accompagnement des étudiants et celles d'éducation thérapeutiques des patients ?

2

3 Entretien n°1 : Alice

4 **a1 Est-ce que tu peux me décrire ton parcours professionnel ?**

5 **A1** Alors j'ai eu le DE en 1995 puis j'ai travaillé 1 an en réanimation de neurologie au  
6 CHU Bretonneau à Tours.

7 **a2** Et ensuite ?

8 **A2** Après je suis allée, donc j'ai fait un an là, après je suis allée à Châteauroux à la  
9 clinique St François où j'ai fait de la cardiologie de jour et après de l'uro-néphrologie de  
10 nuit.

11 **a3** Combien de temps à peu près ?

12 **A3** Je suis restée là-bas un an à peu près.

13 **a4** Ok

14 **A4** Ensuite je suis allée à ..... en diabétologie diététique à ..... où là j'ai  
15 fait, attends, ça doit être 4 ans, 4 ans oui à peu près. Donc là j'ai fait principalement de  
16 l'éducation euh au diabète, à la diététique et à l'obésité puisque ce sont des gens qui sont  
17 en surpoids et qui peuvent être diabétiques. Donc voilà, après je suis allée à  
18 ..... au ..... en rééducation cardiaque où là j'ai fait aussi de  
19 l'éducation pour les patients ayant des pathologies cardio-vasculaires, donc ça inclut  
20 encore le diabète puisqu'il y a aussi des diabétiques. Après je suis venue à ....., donc à ....  
21 Je dois être arrivée en 2000. Tu vois, j'ai bossé dans pas mal d'endroits différents car  
22 j'avais envie de bouger et de pratiquer des soins différents. Je suis depuis deux ans  
23 formatrice à l'IFAS, tu vois j'ai bien bougé.

24 **a5** Et tu es restée combien de temps à ..... ?

25 **A5** Ça doit être à peu près 4 ans aussi, enfin je ne sais pas il va falloir recompter aussi.  
26 Et après je suis arrivée à .... en médecine où là je dois y être restée aussi à peu près 4 ans  
27 et puis euh après je suis venue là, à l'école d'aide soignante ; ça va faire 2 ans là au mois  
28 de, août que je suis là.

29 **a6** oui

30 **a6** **Euh, qu'est ce que tu as suivi comme formations continues ?**

31 **A6** Oh là, attends je me suis formée aux transmissions ciblées, puis je me suis formée  
32 à l'éducation thérapeutique des patients à Paris.

33 **a7** Combien de temps à peu près ?

34 **A7** 1 an, enfin en discontinu, il faut que tu passes un mini-mémoire. C'était avec un  
35 organisme de formation continue à Paris. ..Euh ... C'était IPSM enfin comme ça que ça  
36 s'appelait je crois. C'était à Paris mais je ne m'en rappelle pas précisément. Je ne m'en  
37 rappelle pas, parce que...J'étais déjà aux ..... quand j'ai suivi cette formation.  
38 J'ai vraiment appris beaucoup avec cette formation, cela m'a aidé à me lancer dans  
39 l'éducation thérapeutique et c'est dommage, il n'y a pas assez d'infirmiers formés à  
40 l'éducation thérapeutique.

41 **a8** oui

42 **A8** Bien, ensuite, j'ai fait la formation de formateur donc l'année dernière avec le  
43 CEFIEC à Paris. Cette formation s'adressait aux cadres formateurs qui sont déjà en IFSI ou  
44 des gens comme moi infirmière qui viennent en formation, c'est bien ça d'ailleurs c'est  
45 très très bien cette formation là. Euh qu'est-ce que j'ai fait, le droit des patients...; j'en ai  
46 fait plein moi, le charte des patients hospitalisés, et là je vais à nouveau suivre une  
47 formation à l'éducation thérapeutique des patients pour savoir ce qui a changé au niveau  
48 des approches depuis mes dernières formations. Je pense que c'est tout ce que j'ai fait...Tu  
49 aurais dû me le dire avant car moi, j'ai fait beaucoup de formations et je t'aurais amené  
50 mon CV.

51 **a9** Non, ce n'est pas grave, c'est juste pour connaître ton parcours en guise de début  
52 d'entretien.

53 **A9** Je me suis aussi formée à la gestion du stress au travail, c'était bien aussi, j'ai  
54 appris plein de choses et ça m'a beaucoup apporté

55 **a10** **Est-ce que tu pourrais me décrire, en tant qu'infirmière dans un service de**  
56 **soins, tes pratiques d'accompagnement d'un stagiaire à partir d'une situation**  
57 **identifiée ?**

58 **A10** Un soin, par exemple une pose de voie veineuse périphérique ?

59 **a11** Oui, si tu veux, dis-moi comment tu fais, comment tu t'y prends ?

60 **A11** En fait déjà on prend connaissance et on fait le point sur ses connaissances par  
61 rapport aux soins euh donc après je euh...pour la première fois c'est moi qui pratique en  
62 général en lui expliquant pourquoi je procède comme ça, pourquoi j'utilise tel matériel ,  
63 quel est le but, les objectifs par rapport au soin, et après par rapport au traitement, je fais un  
64 lien avec les pathologies après euh, ça c'était dans un premier temps euh donc il y a un  
65 deuxième temps, je vais demander à l'étudiant de le faire s'il est d'accord et s'il se sent  
66 prêt. Moi, je reste présente bien sûr, à ses côtés, la première fois pour voir ce qui va ou ce  
67 qui ne va pas et je suis là en cas de besoin. On est ensemble, on se pose un petit peu pour  
68 être sûr que tout s'enchaîne bien Une fois qu'il a fait le soin, je lui demande de s'évaluer  
69 pour voir ce qu'il a compris et je réajuste si besoin. Moi, je veux aussi savoir si l'étudiant  
70 sait pourquoi il fait le geste parce que c'est facile de me voir faire un geste et de le faire  
71 ensuite mais ce que je veux, c'est qu'il me dise pourquoi on le fait et comment on le fait.  
72 Des fois, tu as des étudiants, ils font un soin, ils ne savent pas pourquoi il est prescrit, ils  
73 font juste le geste technique et ça ce n'est pas bon par ce que comment tu peux répondre  
74 aux questions d'un patient sur un soin si toi déjà tu n'arrives pas à savoir pourquoi tu le  
75 fais et dans quel but.

76 **a12** oui

77 **a12** **Est-ce que tu peux me parler des compétences que tu penses avoir développées**  
78 **dans l'accompagnement des étudiants ?**

79 **A12** Bien déjà la patience parce qu'il faut déjà ... parce qu'il faut déjà être patient pour  
80 encadrer des élèves parce que ce n'est pas, ce n'est pas toujours facile euh, l'observation,  
81 l'écoute, observer aussi euh, et comprendre la difficulté de l'élève par rapport à notre  
82 quotidien à nous. Car pour nous ça nous semble aussi de la routine quelque part et parfois  
83 quand on explique quelque chose à l'étudiant cela nous paraît tellement évident qu'on ne  
84 comprend pas toujours ce que celui-ci ne comprend pas ce qu'on dit en fait.

85 **a13** D'accord

86 **a13** **Est ce que tu peux me décrire des pratiques dans l'éducation thérapeutique**  
87 **d'un patient à partir d'une situation identifiée ?**

88 **A13** Comment on procède ?

89 **a14** Voilà oui comment tu procèdes.

90 **A14** Enfin comment nous on procédait euh....donc que ce soit en diabétologie, en  
91 service de diabétologie ou en cardiologie la pratique est quasiment la même. Donc en fait,  
92 euh on établi déjà un projet thérapeutique et un projet de soins avec l'équipe soignante et  
93 les médecins parce que si je te prends le cas d'un diabétique ça va me parler plus tu vois.  
94 Donc il fallait tenir compte de la personne en elle-même de ses antécédents, de sa  
95 pathologie et puis euh de son traitement. Donc le projet thérapeutique en fait quand il est  
96 arrivé le patient, bon il avait un, des médicaments ou il n'avait pas de médicament et euh,  
97 d'emblée le médecin ne pouvait pas savoir si le traitement qu'il allait mettre en place tout  
98 de suite était le bon. Parce qu'il faut qu'on apprenne aussi à connaître le patient.

99 **a15** Oui, oui

100 **A15** Et le plus important c'est en fait d'établir une relation de confiance. Parce qu'on  
101 n'est pas là pour le juger si tu veux, le patient on euh...comment, il faut qu'on arrive à  
102 avoir une confiance pour qu'il puisse nous dire euh sans mentir, tout, tout sur la façon dont  
103 il mange euh s'il a une activité sportive sans que nous on soit là pour le juger car il faut  
104 qu'il comprenne qu'on est là pour l'aider et que l'on ne le pointe pas du doigt, voilà ce que  
105 je veux dire...On ne va pas lui dire « Ce n'est pas bien on ne fait pas ça ceci ». Sinon on  
106 ne peux pas travailler correctement avec lui si par exemple il nous dit je ne sais pas moi  
107 euh « je ne mange que des légumes verts » alors que toi tu vois que ces glycémies sont  
108 élevées et donc qu'il y a sans doute un problème d'alimentation.

109 **a16** Oui

110 **A16** ce n'est pas possible quoi je veux dire. On ne peux pas travailler si le patient ne  
111 nous dit pas exactement ce qu'il fait et donc, comme je te le disais, déjà l'important c'est  
112 d'établir une relation de confiance et ça n'est pas toujours évident parce que tu as toutes  
113 sortes de populations avec des niveaux euh, intellectuels, sociaux, économiques bien  
114 différents etc...et euh il faut déjà se mettre à la portée du patient, bien l'écouter, avoir une  
115 écoute active, d'ailleurs on prenait un temps donné, isolé et limité avec le patient pour être  
116 à fond dans notre entretien et ne faire rien d'autre à côté. Donc après à partir de là, quand  
117 nous avons fait un recueil de données, nous allions ensuite rencontrer le médecin pour  
118 savoir ce qu'il voulait par rapport au traitement et au moins par rapport euh au projet de  
119 soins et ce qu'il envisageait de, pour le patient enfin tout ce qu'il jugeait comme prioritaire  
120 pour le patient d'après le médecin. Après tu proposes aux patients, hein, les différentes  
121 directives données par le médecin et c'est toujours le patient qui choisit, ce qu'il désire  
122 apprendre, on est en contrat. On travaille toujours en contrat en fait. C'est voilà, c'est lui,  
123 on lui dit voilà je ne sais pas moi, il faudrait que vous appreniez à faire une glycémie, il  
124 faudrait que vous appreniez comment équilibrer votre repas, il faudrait que vous essayiez  
125 de faire un peu d'activité physique, euh et dans tout ça, tu lui donnes tout ça et c'est lui qui  
126 choisit. C'est prioritaire pour lui et toi en fait tu ne juges pas mais si, à la limite, cela ne te  
127 convient pas et que tu trouves que ce n'est pas ça le plus important pour lui, ce n'est pas  
128 grave, sinon tu n'arriveras à rien à faire avec le patient si lui-même n'est pas persuadé du  
129 bien fondé de la démarche éducative.

130 **a17** D'accord

131 **A17** Ce n'est pas lui et lui ce n'est pas comme les étudiants, il ne vient pas chercher de  
132 l'information. Il n'est pas demandeur à la limite, c'est nous qui lui imposons les soins  
133 quelque part pour essayer d'améliorer sa vie mais quand il ne veut pas, il ne veut pas. Nous  
134 essayons donc d'impliquer la famille, les conjoints ou enfin les gens qui vivent dans la  
135 même maison. Hein on va essayer de faire...en fin de compte que ce soit des objectifs  
136 partagés.... ce n'est pas évident on ne s'improvise pas euh, infirmière, éducatrice. Ah, non  
137 c'est tellement complexe que tu ne peux pas dire que demain je suis infirmière en  
138 éducation non. Il faut avoir des bases et une formation absolument et il faut avoir des  
139 expertises dans un domaine d'activité, on va dire comme là diabétologie, il faut avoir euh,  
140 déjà une connaissance, il faut avoir des compétences pédagogiques.

141 **a18** Oui c'est ça

142 **A18** Bien oui mais ce n'est pas comme à l'école quand même. Après tu peux avoir aussi  
143 enfin ce qui est en commun avec l'école, ce sont les outils utilisés tu vois. Nous ce que  
144 nous faisons avec les patients diabétiques ou pour tout ce qui tournait autour de la  
145 pathologie du diabète, et bien nous prenions 5, 6 patients, nous faisons un cours et nous  
146 leur expliquions tout simplement comment ils pouvaient trouver le livret du diabète ...  
147 On leur expliquait ce qu'était le diabète, les complications, etc...etc...ça c'était euh en  
148 groupe que l'on faisait ça. Après on faisait de l'éducation individuelle. Il y avait donc des  
149 moments collectifs et des moments individuels.

150 **a19** D'accord

151 **A19** Parce que les besoins ne sont pas tous les mêmes chez les patients, chacun est

152 différent et il faut faire avec car leurs souhaits ne sont pas les mêmes aussi.

153 **a20** Oui oui

154 **a20** **Est ce que tu peux me parler des compétences que tu penses avoir développées**

155 **dans l'éducation thérapeutique du patient ?**

156 **A20** Et bien ça l'écoute

157 **a21** L'écoute ...

158 **A21** Oui, parce que ça si tu n'avais pas ça, et bien tu pourrais passer à coté de plein de

159 choses ... donc l'écoute et aussi l'observation ...hein parce qu'il faut bien repérer aussi

160 toutes les choses qui sont non dites quand tu discutes avec le patient, dans ses mimiques,

161 euh enfin il y a plein de choses que tu apprends et que tu ne peux pas deviner si tu ne les

162 sais pas et qu'il ne te les a pas dites ... et puis il y a surtout la reformulation. Tu ne peux

163 pas faire de l'interprétation, il faut bien reformuler, il faut bien montrer au patient que tu as

164 entendu et compris ce qu'il a voulu dire. Il faut aussi communiquer avec empathie avec

165 les patients et savoir rester à sa place.

166 **a22** Ok

167 **a22** **Est ce que tu puises dans ton savoir-faire d'éducateur thérapeutique pour**

168 **encadrer les étudiants ?**

169 **A22** Oui il y a des choses dont tu peux te servir.

170 **a23** Oui

171 **A23** Oui il y a des choses que tu fais avec un étudiant comme auprès d'un patient euh

172 comme ... euh ... par exemple ... ben ...il faut apprendre à connaître l'étudiant. Donc

173 c'est un peu le même style. Et puis, dans l'éducation thérapeutique tu es un guide en fait.

174 Tu sers de guide, tu as un savoir et tu peux apporter ton savoir mais tu sers plus de guide

175 puisque c'est lui ou elle qui te dit voilà je veux apprendre ça alors tu, tu vois déjà ses

176 connaissances, tu essayes de voir ce qu'il, ce qu'il a acquis déjà ce qu'il connaît, à la limite

177 tu apportes toi un peu plus. Mais à la base ce n'est pas comme à l'école où tu leur donnes

178 un savoir, puisqu'ils sont là et puis l'élève c'est ça enfin l'étudiant en soins infirmiers moi

179 je...je sais que je, je faisais ça. Il m'importait déjà de voir ce qu'il était, de le connaître un

180 peu et après ce qu'il savait, ce qu'il avait retenu des cours et puis voir avec lui pourquoi il

181 faisait ça, pourquoi il ne faisait pas ça euh, qu'est ce qu'il aurait dû faire bien s'il se

182 trompait ou même moi.

183 **a24** oui, oui.

184 **A24** C'est vrai quand tu encadres un étudiant euh tu peux voir après avoir identifié ses

185 difficultés, tu peux aussi contractualiser avec lui ... euh...c'est vrai qu'on...euh tout à

186 l'heure je parlais des compétences que je pense avoir développées avec l'étudiant, le

187 patient et on retrouve la même chose. L'écoute, l'observation, la reformulation ... et puis il

188 y a aussi la nécessité de confiance car en tant qu'infirmière effectuant de l'éducation

189 thérapeutique d'un patient ou en tant qu'infirmière encadrant un étudiant, il faut que les

190 personnes soient en confiance pour qu'un climat d'apprentissage se crée. Si l'étudiant ou le

191 patient n'a pas confiance en toi, alors tu ne pourras pas avancer avec lui.

192 **a25** Oui

193 **A25** Tiens, j'y pense, j'ai fait l'analyse des pratiques aussi

194 **a26** Ah oui ?

195 **A26** Je te dis l'analyse des pratiques parce que je l'ai fait par rapport au nouveau décret

196 enfin au nouveau programme infirmier.

197 **a27** D'accord,

198 **A27** Enfin je l'ai fait comme ça hein ..... mais j'ai travaillé avec un groupe... des gens

199 de l'université et il y avait des cadres d'IFSI de la région Centre et justement euh, c'était

200 par rapport à leurs difficultés ... moi j'ai tout de suite adhéré à ce nouveau programme si tu  
 201 veux moi ça me plaît, il me plaît ce nouveau programme, la façon dont c'est fait parce que  
 202 ça, ça s'approche un peu aussi de l'éducation thérapeutique. Et eux ils ont beaucoup de mal  
 203 à se mettre dedans parce qu'ils ont du mal à comprendre qu'ils servent de guide  
 204 maintenant et que ce sont des étudiants qui sont acteurs de leur formation... ça fait du  
 205 changement pour certains car on n'est plus dans la même démarche.

206 **a28** Qui a du mal à comprendre ?

207 **A28** Les cadres de santé ... parfois, c'était dur pour certains d'entre eux, tu vois, cette  
 208 formation ça a duré euh, attends, euh, 6 jours ... oui, euh ... 6 journées d'analyse de  
 209 pratique comme ça on donnait des cas et il fallait analyser euh...qu'est ce qu'on pouvait  
 210 en tirer en tant que, que formateur si tu veux par rapport à telles situations, par rapport à  
 211 l'élève. Et en fait ça rentre, ça regroupe dans l'éducation thérapeutique enfin le même  
 212 système, tu vois le même principe d'accompagnement ... enfin à mon avis.

213 **a29** Est ce que tu as remarqué des similitudes dans les pratiques  
 214 d'accompagnement des étudiants et celles de l'éducation thérapeutique des patients ?

215 **A29** Des similitudes... entre accompagner un étudiant et accompagner un patient ?

216 **a30** Oui

217 **A30** Il y a des points communs entre accompagner un étudiant et accompagner un  
 218 patient avec l'éducation thérapeutique mais ce n'est pas quand même tout à fait la même  
 219 chose !! Parce que si tu veux là, ce que je te disais tout à l'heure pour l'étudiant, il est là lui  
 220 il veut apprendre, il est là pour apprendre. Le patient il n'est là pas forcément là, à la base  
 221 pour apprendre, lui, il ne te demande rien. C'est toi quelque part qui veux absolument,  
 222 enfin absolument, qu'il ait des bases pour euh, améliorer sa santé quelque...entre  
 223 guillemets hein pour éviter l'évolution. Donc ce n'est pas tout à fait la même chose.

224 **a31** D'accord ...

225 **A31** Comme similitudes, il faut que tu sois... euh ...quand même aussi attentif à l'un  
 226 qu'à l'autre quoi. Je veux dire à leurs demandes euh, puisque l'étudiant il est toujours aussi  
 227 en demande, il a des bases peut-être en cours mais je veux dire mais tu n'en sais rien. C'est  
 228 ce que je leur dis toujours c'est quand tu sors de l'école c'est comme ton permis de  
 229 conduire, tu ne sais pas conduire. Tu as des bases, mais qu'est-ce que tu en fais de tes  
 230 bases si tu ne les a jamais appliquées sur le terrain quoi ... mais avec l'étudiant ou le  
 231 patient (sourire) ... parfois, il faut un peu euh, euh ... ruser pour l'emmener où tu veux ...  
 232 tu vois, et bien, si l'étudiant n'a pas envie de faire un soin, tu sens qu'il appréhende de  
 233 faire ce soin, et bien, tu vas attendre un peu, saisir une opportunité ou l'amener dans une  
 234 autre situation où il devra faire ce soin ... tu vois, ça va peut-être réussir à un autre moment  
 235 parce que toi, tu sais ce qu'il doit apprendre et à force tu sais à quel moment tu vas pouvoir  
 236 lui faire faire ce soin.

237 **a32** Oui, oui

238 **A32** Oui, oui, la similitude, c'est aussi que pour le patient et pour l'étudiant tu  
 239 représentes la personne qui sait. Mais toi, les connaissances que tu as et les savoirs, il faut  
 240 que tu lui transmettes pour qu'à la fin du séjour ou du stage, il ait acquis ces connaissances.  
 241 Mais tu ne peux pas tout lui dire en un séjour ou en un stage, donc il faut que tu expliques  
 242 au patient par exemple comment il va pouvoir trouver l'information.... Euh, nous on  
 243 travaille avec les associations de patients, ça fait un relais.... Le but, c'est que le patient à  
 244 la fin, il soit autonome ... mais c'est pareil pour l'étudiant .... Ce qu'il faut c'est qu'il se  
 245 détache de toi pour qu'il puisse être autonome ... Tu vois on voit c'est bien euh par  
 246 exemple tu vois là c'est aider les patients à apprendre, bon là ça peut être les étudiants à  
 247 apprendre, tu vois on retrouve là ... mais par contre, pour moi qui ai fait les deux, je ne le  
 248 ressens pas complètement pareil car aider les patients ça fait partie entière du soin enfin  
 249 pour moi car c'est un soin éducatif et cela fait partie du soin infirmier. Tu vois c'est dans



250 mon job d'infirmière ah c'est un soin comme un pansement, quelque chose comme ça. Que  
 251 un euh, un étudiant ça ne fait pas partie du soin infirmier réellement, c'est plus un autre  
 252 aspect du métier, c'est la formation des étudiants ... en tout cas ...enfin pour moi en tant  
 253 qu'infirmière ça ne fait plus parti d'un soin, c'est différent

254 **a33** C'est-à-dire ?

255 **A33** C'est différent ...

256 **a34** Ce n'est pas le même rôle c'est ce que tu veux dire ?

257 **A34** Oui c'est comme tu dis on n'a pas le même rôle, là on soigne le patient dans  
 258 l'éducation on le soigne, enfin on essaie tout du moins. Par contre, l'étudiant tu ne le  
 259 soignes pas, ce que je veux dire c'est que lui, il a voulu être infirmier, ou infirmière,  
 260 maintenant il adhère ou il n'adhère pas, bon après effectivement on est dans l'écoute ...  
 261 etc...mais euh, à la limite tu, si tu es en échec, tu es en échec quoi, je veux dire, je ne peux  
 262 pas non plus tout faire pour lui, c'est un adulte en formation, il doit être motivé pour  
 263 réussir.

264 **a35** Oui

265 **A35** A la limite, si tu veux moi avec, un, un patient, un soigné euh j'irais jusqu'au bout  
 266 pour qu'il puisse euh, accéder à l'information enfin à la compréhension etc.  
 267 si tu veux, pour un étudiant, bon je ferais le maximum pour qu'il comprenne  
 268 Mais si euh, c'est bof, bien, je n'aurais pas de scrupules à dire bon bien voilà j'arrête là  
 269 puisque de toute façon...euh... tu ne t'investis pas ... tu vois, je pense que l'on doit  
 270 prendre soin du patient, être plus bienveillant dans la relation parce que c'est notre travail  
 271 mais l'étudiant on ne va pas le chouchouter, l'assister, on l'accompagne dans sa  
 272 formation.

273 **a36** D'accord

274 **A36** Tu vois la différence c'est ça, la relation n'est pas la même, la relation soignant-  
 275 soigné n'est pas pareille que la relation soignant-étudiant.

276 **a37** **Mais est-ce que le fait d'avoir été formée à l'éducation thérapeutique du**  
 277 **patient t'as permis d'être plus à l'aise dans l'encadrement des étudiants ?**

278 **A 37** Oui, parce que quand on pose des objectifs à un étudiant ou à un patient, quand on  
 279 évalue ce qu'il sait, la démarche est la même. Tu vois, les bases sont les mêmes, c'est  
 280 comme pour la communication de tout à l'heure, le principe est le même.... Oui, cette  
 281 formation était bien et elle m'a permis d'être plus à l'aise avec les étudiants parce qu'on a  
 282 eu des cours aussi sur la communication. En plus, le fait de retourner en formation, cela  
 283 permet de réapprendre des choses que tu as vues pendant tes études ou des choses qui ont  
 284 évolué et tu peux tout de suite le mettre en pratique quand tu retournes au travail.

285 **a38** Nous arrivons à la fin de l'entretien, je te remercie beaucoup.

286 **A38** Je t'en prie

## Entretien n°2 : Bruno

- 1 b1 **Est-ce que tu peux me décrire ton parcours professionnel ?**  
2 B1 Oui  
3 b2 attends, je vérifie que ça enregistre bien ... oui, c'est bon  
4 B2 Quand je suis sorti du lycée ou quand je suis entré à l'hôpital ?  
5 B3 Eh bien, comme tu veux ...  
6 b3 On peut partir de ma sortie de lycée ?  
7 b4 D'accord  
8 B4 Alors en fait j'ai commencé, j'étais dans l'industrie et euh, j'ai fait un bac fl et j'ai  
9 arrêté 2 mois avant le bac parce que, bien le milieu industriel ne me plaisait que  
10 moyennement,  
11 b5 d'accord  
12 B5 parce qu'il n'y avait pas forcément beaucoup de relation. Et puis je suis rentré à  
13 l'hôpital euh, euh ou j'avais déjà travaillé pendant les vacances scolaires pour me faire un  
14 peu d'argent pour me payer mes études. J'étais donc sous contrat comme agent de service  
15 hospitalier et euh, le cadre du service où j'étais m'a proposé de rentrer à l'école  
16 d'infirmières mais étant donné que je m'étais arrêté deux mois avant le bac, j'ai fait  
17 l'équivalence DAEU, c'était le diplôme d'accès aux études universitaires pour pouvoir  
18 avoir l'équivalence du bac pour pouvoir rentrer à l'école d'infirmières. Après mon service  
19 national, je suis donc rentré en 86 à l'école d'infirmières pour en sortir en 89. Et je suis  
20 donc, euh, euh, j'ai commencé en juin 89 en médecine .... en service de médecine interne.  
21 On faisait de la médecine polyvalente avec de la diabétologie et de la rhumatologie ; les  
22 soins étaient très variés, on faisait vraiment de tout, c'était formateur, j'ai appris beaucoup.  
23 b6 d'accord ....  
24 B6 Mais j'étais sur le service, sur les lits d'hiver en fait parce que, bien à l'époque il y  
25 avait plus d'hospitalisation en hiver que l'été donc on avait 35 lits d'hiver et 30 lits d'été et  
26 donc moi j'étais sur les lits d'hiver donc du mois d'octobre jusqu'à la fin Avril j'étais en  
27 médecine .... et les six autres mois j'allais euh aux urgences, ou en chirurgie, ou en  
28 EHPAD, ou un petit peu partout.  
29 b7 D'accord  
30 B7 Et je revenais tous les ans en médecine ..... Et puis ça, ça a duré deux ou trois ans je  
31 crois et après le service est resté ouvert toute l'année donc 35 lits en permanence et il y a  
32 donc eu une création de poste et c'est moi qui ait eu le poste  
33 b8 D'accord. Et ça, c'était en quelle année ?  
34 B8 C'était en 1989, enfin le, ou je suis resté définitivement en Médecine .... c'était en  
35 1992 ou 1993, je ne sais plus trop exactement mais c'était à peu près à cette époque à  
36 quelques mois près.  
37 b9 D'accord  
38 B9 Et puis après le diabétologue est parti à la retraite en 2000,  
39 b10 Oui,  
40 B10 et le diabétologue euh le nouveau diabétologue qui était au 7ème étage alors que  
41 moi j'étais au 6ème m'a proposé de venir dans son équipe au 7ème et j'ai donc intégré  
42 l'équipe du Docteur X euh, en 2003 ... ça m'a fait découvrir un autre service avec une  
43 nouvelle approche de la prise en charge du diabète et notamment l'éducation thérapeutique  
44 b11 D'accord  
45 B11 Oui depuis 2003, je suis en médecine ..... où on fait essentiellement de la  
46 diabétologie dans un service de médecine interne.  
47  
48 b12 **Qu'as tu suivi comme formations continues?**

49 B12 Comme formations continues alors, j'ai fait beaucoup de formations mais c'était  
50 essentiellement des formations payées par des laboratoires pharmaceutiques, parce que en  
51 fait c'était des formations où à l'époque les labos étaient euh assez larges au niveau euh,  
52 finances et du coup euh, comme on utilisait au moment leurs lecteurs de glycémie et tout  
53 ça, donc il nous, ils nous proposaient des formations assez pointues sur la prise en charge  
54 du diabète, des pathologiques chroniques, euh, prise en charge du stress, prise en charge  
55 euh, oui de l'éducation thérapeutique des patients diabétiques, prise en charge euh,  
56 euh, comment ça s'appelle le, mince on en a parlé tout à l'heure, entretien, la gestuelle du  
57 patient pour voir si il est ok avec les phases, la, la prise en charge psychologique du patient  
58 diabétique, en faite prise en charge diabétique pas forcément c'est plus en charge des  
59 maladies chroniques, c'était diabète, surtout le diabète. Euh.; le tutorat mais ça c'est en  
60 intra muros, à l'IFSI.

61 b13 Oui,

62 B13 Avec remise à jour en 2003 et remise à jour en 2009 avec le nouveau référentiel de  
63 formation des études en soins infirmiers.

64 b14 D'accord

65 B14 Euh, nouvelle, enfin nouvelle formation des étudiants infirmiers avec euh, le niveau  
66 licence avec le portfolio, et puis sinon comme formation, l'analyse transactionnelle, euh,  
67 euh prise en charge aussi des personnes qui ont des difficultés ou qui ont une barrière de  
68 langues ... euh, j'en ai fait plein de stages de formations continues

69 **b15 Ok, est ce que tu pourrais me décrire la pratique d'accompagnement d'un**  
70 **stagiaire à partir d'une situation identifiée ?**

71 B15 Bon, alors en gros la démarche est un petit la même que pour les patients.

72 b16 Oui,

73 B16 Donc je vais dire que euh, quand l'étudiant euh, arrive, on essaye de voir son  
74 cursus ce qu'il a fait, ce qu'il n'a pas fait, ou il en est dans sa formation. En fait on fait une  
75 évaluation du, de ce qu'il sait et de ce qu'il ne sait pas. Et puis, on va lui demander quel est  
76 son projet professionnel, ce qu'il a choisi comme thème de travail de fin d'étude, s'il a des  
77 objectifs de stage particuliers pour pouvoir mieux l'aider.

78 b17 Oui,

79 B17 Et pour savoir parce qu'on ne peut pas parler d'éducation si on ne sait pas ou en est  
80 la personne. Normalement pour débiter l'éducation, il faut faire un état des lieux des  
81 connaissances du patient, savoir où le patient en est pour savoir ensuite où l'on doit  
82 débiter l'éducation, l'information... mais c'est pareil avec les étudiants, il faut savoir où  
83 ils en sont quand tu veux leur apporter des connaissances ...., ce matin j'étais à l'école euh  
84 euh, c'était des 2<sup>ème</sup> année, j'ai commencé par leur demander ce qu'ils avaient eu comme  
85 cours pour ensuite faire le lien avec ce que je devais leur transmettre.

86 b18 Oui,

87 B18 Et sinon, pour les étudiants en stage, je ne vais pas parler à une 3<sup>ème</sup> année comme  
88 à une 2<sup>ème</sup> année ou 1<sup>ère</sup> année. Il faut savoir s'adapter, pour s'adapter il faut savoir ou en  
89 est l'étudiant.

90 b19 Oui

91 B19 Donc voilà, et puis après bien on décrit les locaux pour qu'elle connaisse bien le  
92 service et qu'elle se sente sécurisée et voilà et puis après on explique alors si c'est pour un  
93 soin bien précis, en général, on fait par rapport à ce qu'il sait faire, ce qu'il a appris à  
94 l'école, on s'adapte.

95 b20 Peux-tu me décrire l'accompagnement d'un soin précis ?

96 B20 Et bien, tiens, on va prendre un pansement ... donc euh, alors la 1<sup>ère</sup> fois euh, j'ai  
97 fais le pansement..., euh on fait le pansement,

98 b21 Oui,

99 B21 Alors on prévient le patient qu'on va avoir un étudiant, on fait le pansement, on  
100 explique pourquoi on fait comment ça et comment on fait et puis la personne le voit et  
101 puis, euh, enfin l'étudiant voit comment on fait, la 2<sup>ème</sup> fois du coup c'est lui qui va le  
102 faire avec moi derrière pour, pour évaluer et réajuster. Si par exemple, il me dit bien euh,  
103 j'ai vu mais je ne suis pas sûr, bien du coup, on lui remontre une 2<sup>ème</sup> fois et après on lui  
104 demande s'il est capable, si il se sent capable de faire le pansement

105 b22 D'accord

106 B22 Tout en restant derrière pour voir si effectivement il y a des problèmes, des fautes  
107 d'asepsie, pour réajuster enfin évaluer et réajuster

108 b23 **D'accord, est ce que tu peux me parler des compétences que tu penses avoir**  
109 **développé dans l'accompagnement des étudiants ?**

110 B23 Alors je pense que les compétences que j'ai le plus développées sont sur la prise en  
111 charge psychologique et relationnelle. Par exemple, l'étudiant peut-être il va avoir peur des  
112 plaies ou il va avoir peur de, de ne pas savoir faire ou de, du coup on arrive à mieux cerner  
113 l'étudiant parce que en fonction de sa gestuelle, la façon de son comportement si il est en  
114 miroir, si ceci si cela on arrive à bien cerner l'étudiant, le regard et plein de choses, ce qui  
115 fait qu'on voit s' il est phase avec nous ou si euh, il nous dit oui pour nous faire plaisir  
116 mais qu'il a complètement décroché. En fait, ça aide aussi tous les jours avec les patients,  
117 quand par exemple tu vois qu'ils sont préoccupés par quelque chose et toi tu viens pour  
118 autre chose

119 b24 Oui, oui

120 B24 Ce qui fait ce n'est pas la peine de continuer à expliquer des choses s'il est  
121 complètement à coté. Le relationnel ça compte énormément dans notre travail

122 b25 D'accord

123 B25 Et, et j'en suis persuadé ...

124 b26 Oui,

125 B26 Parce que j'ai un frère qui est, qui est dans la vente et, et c'est pareil une fois je  
126 parlais de ce sujet là, et en fait, ils font la même chose, prise en charge psychologique,  
127 alors lui, ce sont des clients

128 b27 Oui

129 B27 Et, en fait, il en sait presque plus que nous ! (sourire)

130 b28 Oui,

131 B28 Parce que en fait, ils ont des formations et du coup en fonction du client qui est en  
132 face de lui, par exemple il va essayer de savoir si c'est quelqu'un qui « est famille »... il va  
133 aussi regarder les objectifs de ventes fixés, puis il va vendre sa marchandise en tenant  
134 compte des besoins du client. Donc tu vois, c'est valable pour tout.

135 b29 Oui, oui

136 B29 ce que je veux dire par là c'est que dans ce domaine, ce qu'on peut utiliser pour le,  
137 le patient, on peut l'utiliser aussi pour l'étudiant.

138 b30 D'accord, euh, est ce que donc que tu penses avoir développé des compétences  
139 dans l'accompagnement des étudiants, euh, toi est ce que tu arriverais à identifier par  
140 exemple des compétences que tu as développées ?

141 B30 Oui, alors, évidemment, il y a la gestuelle

142 b31 Oui,

143 B31 La gestuelle, y a aussi le, la pédagogie, la pédagogie euh, l'éducation je veux dire  
144 que euh, quand, quand j'ai commencé à, former ça n'était pas évident mais je veux dire ça  
145 fait partie de notre rôle propre et je m'y suis mis.

146 b32 Oui

147 B32 L'éducation, donc on est obligé de s'y mettre et euh, et au début ce n'est pas  
148 toujours facile parce qu'on n'est pas forcément sûr de nos connaissances et puis il y a

149 tellement de choses qui interviennent comme notre comportement, le public et puis dans  
150 quel état on est et ce n'est pas toujours facile de, de s'exprimer et d'être à l'aise face à un  
151 auditoire ou face à une personne. Donc ça vient avec les années ça, et puis il y a les  
152 formations qui aident énormément et puis surtout, bien c'est en forgeant que l'on devient  
153 forgeron donc on devient à l'aise face à un public mais avec le temps. Donc ça, je pense  
154 que ça va beaucoup mieux qu'au début. Tu sais, je donne des cours depuis longtemps à  
155 l'IFSI dans le module Endocrinologie ; au début quand j'étais face à un groupe de 70  
156 étudiants je n'étais pas forcément à l'aise. Maintenant les promotions sont de 120 étudiants  
157 et bien ça va, j'arrive à bien m'exprimer, à faire passer le message et à veiller à bien  
158 distribuer la parole. J'aime bien donner des cours, on voit les étudiants sous un autre  
159 visage, c'est important aussi pour nous. Les étudiants viennent dans les services, c'est un  
160 peu normal que nus aussi nous allions à l'IFSI.

161 b33 Oui

162 B33 Et puis, et puis après, avec les connaissances et tout ça on est beaucoup plus à l'aise  
163 et maintenant, je ne vais pas me dire que je me permets des petites fioritures mais je veux  
164 dire que si je vois quelqu'un qui, qui fait pas ce que, qui fait pas ce enfin, qui dérange un  
165 peu le cours ou qui n'a pas un comportement correct, j'arrive à intervenir pour euh, voilà  
166 ce que je veux dire si je vois que la personne allez euh, elle n'est pas euh du tout d'accord  
167 avec ce que je dis, j'arrive à le, le percevoir et du coup j'arrête là et puis j'ajourne  
168 l'entretien.

169 b34 Oui, oui

170 B34 Ce n'est pas la peine de, d'abord c'est, c'est néfaste et d'abord ça me fait perdre du  
171 temps et puis en plus je pense que ça renforcerait le, le, enfin là je veux dire, on ne serait  
172 pas en phase l'un avec l'autre et puis du coup c'est, c'est presque, euh moins bénéfique  
173 pour moi, moins bénéfique pour le patient ou pour l'étudiant.

174

175 b35 **Est-ce que tu pourrais me décrire une situation, ou une pratique dans**  
176 **l'éducation thérapeutique d'un patient, donc à partir d'une situation identifiée ?**

177 B35 Patient, d'accord et le support euh, le support, notre support euh habituel ?

178 b36 Oui, tu me dis comment ça se passe de façon générale

179 B36 Bien alors en gros, alors il y a plusieurs types de formations, enfin je veux dire de  
180 l'éducation. On a de l'éducation avec le diagnostic éducatif ....

181 b37 Oui,

182 B37 Du coup on prend le patient alors soit un patient hospitalisé soit un patient que l'on  
183 voit en externe

184 b38 Oui

185 B38 On le voit dans notre bureau et on lui pose des questions sur le lecteur de glycémie,  
186 sur l'auto surveillance glycémique, sur, euh, tout, tout ce qui est aspect euh, pratique, avec  
187 l'injection d'insuline, la prise des médicaments, la connaissance de sa maladie, si il connaît  
188 d'abord sa maladie, s'il sait ce que s'est comme type de diabète, si on prend par exemple le  
189 diabète, s'il fait ce qu'il faut au niveau de techniques de soin, se laver les mains, les  
190 connaissances théoriques avec les objectifs dits de sécurité, euh ... les objectifs de sécurité  
191 ce sont des objectifs communs que le patient doit connaître absolument. S'il ne les connaît  
192 pas, en théorie, il ne pourrait pas sortir du service.

193 b39 D'accord

194 B39 Parce que c'est par exemple heu, que faire en cas d'hypoglycémie, si la personne a  
195 fait à un malaise hypoglycémique et puis qu'elle ne sait pas quoi faire en cas  
196 d'hypoglycémique, c'est regrettable, donc ça normalement quand il sort du service, il doit,  
197 il doit savoir se genre de, il doit, il doit connaître ses, ses, ses notions de bases. Ce sont  
198 donc les objectifs de sécurité

199 b40 D'accord  
200 B40 Et puis après on a des objectifs spécifiques, alors c'est, c'est adapter la dose  
201 d'insuline en fonction des voyages, en fonction de ce qu'il va manger, en fonction  
202 l'activité physique. Enfin bon, il y a plein d'autres critères qui sont beaucoup moins  
203 importants. Alors il y a le, alors euh, alors on vérifie, donc on fait une évaluation, une  
204 évaluation sur ses connaissances. En fonction de ce qu'il sait, en fonction de son état  
205 psychique et puis son état cognitif enfin je veux dire euh, ce qu'il est capable d'apprendre  
206 et, ce qu'il sait déjà, et ce qu'il est capable de, de pourvoir assimiler ou, en fonction de son  
207 état, bien de ses, ses connaissances cognitives, c'est aussi en fonction du, deuil, ou il en est  
208 au niveau du deuil par rapport à sa maladie, s'il vient juste d'apprendre, par exemple qu'il  
209 est, qu'il est diabétique et puis que lui, diabète par exemple type 2, il se rappelle de son  
210 grand-père qui est décédé aveugle et sans jambe et tout ça, je ne vais pas lui dire que s'il ne  
211 fait pas ce qu'il faut, il va finir aveugle et puis qu'il aura les jambes coupées ... Je veux  
212 dire qu'il faut rester correct avec le patient et faire preuve de professionnalisme même si  
213 nous pouvons avoir envie parfois de le secouer.  
214 b41 Oui, oui  
215 B41 Il faut s'adapter à l'état psychique du patient et, et par rapport ou il en est dans le  
216 deuil, si le niveau du choc, du dénie euh, euh marchandage, acceptation euh, euh  
217 dépression ou enfin les différents stades du deuil.  
218 b42 Oui  
219 B42 Phase du deuil, et euh, alors, alors, c'est un peu, alors en gros on fait une  
220 évaluation, de tout ses critères, après on fait un, on fait un diagnostic éducatif avec euh, des  
221 euh, des propositions, un projet de soin  
222 b43 D'accord  
223 B43 Et le projet de soin, ce n'est pas moi qui le fais, on le fait tous les deux, avec le  
224 patient.  
225 b44 D'accord  
226 B44 Parce que en fait euh, on s'est rendu compte que si je, moi j'ai un projet pour lui et  
227 que lui il n'adhère, il n'adhère pas forcément à mon projet, il ne va peut être pas me le dire  
228 mais il va se dire il est bien beau, il est bien mignon mais il va aller se faire voir le, le mec  
229 en blouse blanche parce que moi je veux pas du tout, c'est pas du tout comme ça que je  
230 vois les choses  
231 b45 D'accord  
232 B45 Donc, je lui explique et puis éventuellement toutes les connaissances que je lui  
233 apporte, je lui fais plus ou moins, je lui, je lui répète de différents façons pour qu'il  
234 comprenne bien parce que des fois entre ce qu'on dit et ce qui est perçu ce n'est pas  
235 toujours la même chose et éventuellement je lui pose, je lui pose des questions pour voir ce  
236 qu'il a compris de ce que je lui ai expliqué, cela fait partie de l'évaluation pour voir si il  
237 faut réajuster ou non. Et du coup, euh, on fait un projet en commun, je lui propose et je lui  
238 demande si ça se lui convient et si euh, voilà. Et je m'arrange pour que ce ne soit pas que  
239 moi qui propose mais que l'on propose ensemble ;  
240 b46 Oui, d'accord  
241 B46 Et si, il est d'accord du coup, on met des dates aux objectifs, on construit le projet  
242 de soins ensemble.  
243 b47 Oui  
244 B47 c'est important que le patient valide le projet de soins éducatif  
245 b48 Oui  
246 B48 Ce n'est pas moi qui, qui déverse mon, mes connaissances, c'est interactif, c'est  
247 comme ça que ça marche ben l'éducation et que les patients sont satisfaits  
248 b49 Oui

249 B49 Alors pour le diagnostic éducatif individuel que l'on fait au bureau ou au pied du  
250 lit, mais souvent au bureau parce que du coup on peut prendre toutes les connaissances et  
251 toutes, tous les renseignements sur l'ordinateur L'utilisation de l'informatique nous aide  
252 maintenant pour partager les informations.

253 b50 D'accord

254 B50 Et pendant l'évaluation ou moi je fais après parce que c'est toujours les mêmes  
255 questions

256 b51 Oui

257 B51 Donc après je remplis ça euh, et voilà. Et près on fait des séances de groupes aussi.

258 b52 D'accord

259 B52 Alors les séances de groupes, c'est génial aussi, parce que en fait, face à nous on a  
260 des gens qui sont plus ou moins introvertis ou extravertis, et en fait, et puis des gens qui  
261 sont un peu dans le déni ou dans le choc ou n'importe quoi, qu'on pas trop envie de parler.  
262 Mais en fait en groupe c'est bien parce que les gens se rendent compte qu'ils ne sont pas  
263 seuls et du coup ils se rendent compte qu'il n'y a pas qu'eux touchés par cette maladie, ils  
264 ne sont pas seuls dans cette situation, ils vont pouvoir se soutenir et se dire « non, je ne  
265 suis pas exceptionnel ».

266 b53 Voilà, oui, oui

267 B53 Et puis on voit qu'il des gens qui sont diabétiques depuis de nombreuses années et  
268 puis qu'ils se rendent compte que ça ne les empêche pas de vivre, et que, qu'en faite qu'on  
269 peut vivre avec un diabète malgré toutes les contraintes.

270 b54 Oui, d'accord

271 B54 Donc et en plus, le gros avantage c'est qu'il y a des gens qui sont un peu extravertis  
272 et qui vont poser des questions que les autres n'oseront pas poser, en disant : « je vais  
273 passer pour un imbécile ».

274 b55 Oui

275 B55 Donc il y en a qui n'en ont rien à faire de passer pour des imbéciles, ils posent leurs  
276 questions et du coup, tout le monde en profite.

277 b56 Oui, oui, tout à fait

278 B56 Donc c'est très bien, c'est très bien du coup, on peut même, on peut même nous  
279 donner des renseignements en, en rebondissant sur quelque chose, ce qui fait que même si  
280 on a envie de dire, mais qu'on a envie de dire d'une façon plus gentille, du coup on dit,  
281 tiens bien oui, vous avez raison et hop on peut, on peut, on peut faire euh, on peut donner  
282 des connaissances qui n'étaient pas prévues forcément au programme au début et c'est très  
283 bien parce que du coup c'est interactif, ça permet de, de, ils n'ont pas forcément envie  
284 d'entendre ce que je leur dit, c'est ce qui fait qu'il me parle euh, ils peuvent me, me parler  
285 bien en fait euh, j'ai un traitement euh, je parle des traitements, j'ai un traitement pour le  
286 cholestérol mais j'ai un cholestérol qui est normal, comment ça se fait; du coup on peut  
287 expliquer, et en expliquant, les gens, ils comprennent pourquoi on leur donne tel ou tel  
288 traitement ou tel ou tel euh, euh, enfin ou les, ou des examens ou n'importe quoi, du coup  
289 ils comprennent mieux pourquoi, du coup ils adhèrent beaucoup mieux au traitement parce  
290 qu'on leur a fourni les explications qui correspondent à ce que, à ce qu'ils doivent faire. Et  
291 du coup il y a une meilleure observance du traitement et du coup eh bien c'est beaucoup  
292 mieux pour la prise en charge de leur pathologie, donc leur, leur autonomie et donc éviter  
293 l'apparition des, des complications à long terme qui sont malheureusement fréquentes avec  
294 le diabète.

295 b57 D'accord

296 B57 Et puis je pense qu'il y a des gens qui ne veulent pas prendre, d'antihypertenseur  
297 parce que l'hypertension ne les fait pas souffrir alors on leur explique en comparant avec  
298 un pomme d'arrosoir que si la pression est trop élevée, les reins, ils vont souffrir, ils vont

299 avoir une euh, une insuffisance rénale due à , alors on compare le rein à une pomme  
300 d'arrosoir, il y a trop de pression derrière, ça, ça empêche, ça casse un peu la pomme  
301 d'arrosoir du coup les, il y a la micro albuminurie qui va passer dans les trous et si ça  
302 persiste les trous de la pomme d'arrosoir vont être plus gros et il va y avoir des  
303 protéinuries, il va y avoir une protéinurie ça risque d'aboutir à la dialyse. Donc si on leur  
304 explique, pour pas qu'il n'y est trop de pression au niveau de la pomme d'arrosoir, bah, si  
305 on arrose en penchant moins l'arrosoir, bien, il y a moins de pression donc on abîme moins  
306 la pomme d'arrosoir et pour qu'il y est moins de pression au niveau de l'arrosoir, qu'est ce  
307 qui faut faire pour leur, pour, pour diminuer la pression, on donne un antihypertenseur. Et  
308 du coup, ah bien oui si on m'avait expliqué ça, j'aurais pris mon traitement, voilà. C'est ça  
309 aussi pour le, pour le cholestérol, c'est la même chose bah, pour les antidiabétiques oraux,  
310 quand faut les prendre et tout, et ce qui fait qu'il y en a qui ont eu la diarrhée en début de  
311 traitement, des diarrhées qui ont duré 4, 5 jours, ils ne veulent plus entendre parler du  
312 traitement, si on leur avait expliqué plutôt qu'il peut y avoir parfois des effets secondaires  
313 et que ça passe .... Voilà. Et donc le fait, le but c'est de bien tout leur expliquer parce que  
314 lorsqu'on explique pas tout, euh, on se pose des questions qui ne sont pas forcément euh,  
315 euh enfin je veux dire on a, on a une mauvaise image, une image faussée de la pathologie  
316 avec en plus ce qu'on voit de, de nos aïeux qu'on eu des, qu'on pas eu une bonne prise en  
317 charge, on avait pas les traitements que l'on a maintenant, ce qui fait que l'évolution a été  
318 faussée alors maintenant il faut leur expliquer qu'il y a de biens meilleurs traitements, il y  
319 a beaucoup moins de risque d'hypoglycémie et puis, et puis tout va beaucoup mieux et  
320 qu'en fait euh, s' ils font ce qu'il faut et bien ils vont vivre très longtemps et correctement  
321 et puis la meilleure alimentation. L'alimentation de la personne diabétique c'est  
322 l'alimentation que tout le monde devrait avoir, enfin il y a plein, enfin il faut, il faut parler,  
323 informer et tout rentre dans l'ordre parce que souvent malheureusement, il y a un manque  
324 d'information et ce qui fait, que cela met des personnes euh, en porte-à-faux ou mal à l'aise  
325 et puis du coup ils pensent à un, tout un tas de trucs qui ne sont pas fondés et qui les  
326 inquiètent.

327

328 **b58 Est ce que tu peux me parler de tes compétences que tu penses avoir développé**  
329 **dans l'éducation thérapeutique des patients ?**

330 B58 et bien euh, d'après moi, c'est euh, j'aborde plus facilement les patients alors c'est,  
331 peut être du aussi à l'âge, je veux dire, quand on sort de l'école euh, que quand on tombe  
332 sur quelqu'un qu'est, je ne sais pas moi, j'ai un souvenir par exemple quand je  
333 commençais...je voyais quelqu'un qui était diabétique, qu'avait à peu près 35 ans, sa  
334 femme était infirmière à l'hôpital en pédiatrie, et il avait déjà des complications et, et il ne  
335 faisait pas ce qu'il fallait, je lui avait expliquer gentiment que , ce qu'il faisait, ce n'était  
336 pas ce qu'il fallait, qu'il faudrait mieux faire comme et il m'avait dit : « euh, mon garçon,  
337 tu es bien mignon, mais j'étais déjà diabétique avant que tu sois né ! » l'air de dire ...pouf,  
338 pouf euh, t'as rien à m'apprendre. Euh, ça m'avait un peu coupé le chic et je me suis dit  
339 que, je me suis trouvé un peu bête. Si c'était maintenant, je...j'aurais plus de répondeur et  
340 je ne le prendrais pas mal parce que en fait euh, euh quand le patient lance une, une pierre  
341 ce n'est pas forcément pour nous faire mal, c'est parce que l' on se trouve là et puis du  
342 coup bien, ça nous tombe dessus, mais je pense que les compétences en fait, on les  
343 acquièrent avec les années et puis oui avec les formations...on, on aborde les gens  
344 beaucoup plus facilement, euh, beaucoup plus, c'est beaucoup plus adapté, on a une prise  
345 en charge adaptée et personnalisée, et euh, c'est beaucoup plus constructif, c'est beaucoup  
346 plus, ça permet une meilleure prise en charge du patient et donc de sa pathologie et du  
347 coup on fait beaucoup plus de préventif, parce qu'on sait beaucoup plus de choses, donc il  
348 y a beaucoup moins de curatif derrière, et donc moins de, on voit beaucoup moins



349 d'hospitalisations à l'heure actuelle, puis je ne parle pas que de moi, parce que je veux dire  
350 c'est l'ensemble des infirmiers qui sont, peut être, mieux formés, ce qui fait qu'il y a  
351 beaucoup moins d'hospitalisations pour des choses qui ne devraient pas avoir lieu quoi,  
352 parce que, je pense, il y a une meilleure formation dans l'ensemble.

353 b59 Oui,

354 B59 Au niveau des compétences, j'ai appris à communiquer de manière adaptée avec  
355 empathie.

356 b60 Oui

357 B60 En fait ça se rapproche pas mal de la psychologie car dans les maladies chroniques,  
358 il faut vraiment prendre en considération l'état psychologique du patient

359 b61 D'accord ...

360 B61 Ça c'est de la psychologie

361 b62 Oui

362 B62 Et ça prend une place importante dans notre travail au quotidien car les patients et  
363 les proches sont demandeurs.

364 b63 Oui ....

365 B63 Il faut savoir prendre le temps et ça parfois, les étudiants n'y arrivent pas.

366 b64 Oui ....

367 B64 Oui, au niveau des compétences ... euh, ... il faut évaluer son travail pour  
368 progresser ... alors on fait, on fait des réunions, on se remet en question en groupe,  
369 comme hier on a fait une réunion d'éducation, avec tout le service et, on a vu comment  
370 évoluer dans notre éducation de groupe. Chacun a expliqué comment il s'y prenait dans  
371 telle situation parce que nous on ne voit pas nos collègues travailler. Par exemple on a des  
372 nouveaux collègues, on a fait des jeux un peu comme, un jeu, c'est un petit peu comme  
373 un jeu de l'oie ou un jeu plutôt trivial poursuite. Le fait de nous réunir, c'est pour être tous  
374 cohérents dans notre message car il faut tous dire la même chose car quand je fais de  
375 l'éducation thérapeutique du patient, ce n'est pas Bruno qui fait l'éducation thérapeutique  
376 du patient mais Bruno, un des infirmiers de l'équipe soignante du service et c'est en tant  
377 que soignant de cette équipe que je le fais. En fait, on doit tous apporter les mêmes  
378 réponses même si elles ont été personnalisées.

379 b65 Oui

380 B65 Mais du coup, quand on tombe sur des questions, ce sont des questions  
381 évidemment qui concernent le diabète car c'est le but recherché ...

382 b66 Oui, oui

383 B66 Et ce qui fait que la personne qui tombe sur des questions, elle répond et, et euh,  
384 alors, elle répond plus ou moins bien mais derrière on a les réponses donc personne n'est  
385 en difficulté.

386 b67 Ah oui, d'accord

387 B67 Du coup on apporte des connaissances comme ça, ce qui fait que la personne se  
388 sent moins en difficulté parce que le problème de l'éducation c'est qu'on est obligé de faire  
389 une évaluation et l'évaluation ça fait un peu flicage.

390 b68 Oui, oui

391 B68 Donc il faut, il faut quand même faire l'évaluation, mais ça peut se faire d'une  
392 façon assez ludique.

393 b69 Oui

394 B69 Et donc, avec les fiches c'est génial, et on voit, on voit si la personne sait ou ne sait  
395 pas.

396 b70 Oui, oui

397 B70 voilà, et euh, mais euh, alors il y a, bien oui il y a la prise en charge psychologique,  
398 oui il y a l'entourage que l'on ne sait pas forcément avant, il y a euh, la différence de, enfin

399 la religion, la barrière de la langue, alors maintenant on beaucoup plus d'outils parce qu'on  
400 a des livres qui sont faits, qui sont carrément faits en plusieurs langues par des interprètes.  
401 b71 D'accord,  
402 B71 Mais ça c'est assez spécifique, je veux dire c'est, c'est tous les jours, la plus grosse  
403 difficulté c'est par exemple , j'ai eu une personne hier , j'ai voulu lui montrer un lecteur de  
404 glycémie, la personne elle faisait 175 kg, elle n'a jamais fait ce qu'il fallait ça fait 10 ans  
405 qu'elle est diabétique , son médecin traitant ne voulait pas l'envoyer à l'hôpital, en fait  
406 d'après ce que j'ai compris c'est lui qui ne voulait pas venir, on lui a proposé une euh,  
407 d'aller dans un centre de cure, mais il a des chiens à la maison et euh, il ne peut pas laisser  
408 les chiens à la maison parce que sinon qui va s'occuper des chiens, donc on est entrain de  
409 le travailler pour lui faire comprendre que, mais on va y aller gentiment, pour que si ça se  
410 dégrade sa pathologie parce que s'il a une obésité morbide, que bien il va être placé de  
411 force par ce que son état de santé ne pourra pas lui permettre de rester à la maison et que  
412 ces chiens , il faudra bien que quelqu'un s'en occupe à sa place. Donc on est entrain  
413 d'avancer mais, parfois on est obligé d'y aller tout doucement voire attendre ou reculer  
414 pour mieux avancer ensuite. Donc là on prend l'aspect psychologique euh, le, en plus on a  
415 des connaissances pratiques à lui transmettre, le savoir-faire et le savoir tout court, et, et il  
416 y a beaucoup de travail mais ça, chaque personne est différente et bien il y a tous les  
417 critères, enfin tous les aspects psychologiques, sociaux, professionnelles et  
418 malheureusement aussi financiers Il faut tenir compte de tout quand tu fais de l'éducation  
419 thérapeutique car tout tient comme en équilibre et c'est grâce à cet équilibre ou le futur  
420 équilibre qu'on va pouvoir construire quelque chose. Parfois, c'est un membre de la  
421 famille ou un ami du patient sur qui tu vas t'appuyer. Si l'équilibre n'est pas là, ce n'est  
422 pas le moment d'entreprendre l'éducation thérapeutique, il faut mieux différer, rester en  
423 contact et se dire que ce sera pour une autre fois  
424 b72 oui, oui  
425 B72 Il y a de plus en plus de précarité et malheureusement effectivement, il y a des fois  
426 on est obligé de faire en fonction des possibilités de la personne. Quand on fait un cours  
427 de diététique et puis quand on voit qu'il faut manger 4 ou 5 / 6 fruits légumes par jour et  
428 que en fait les patients nous disent : bien oui mais comment voulez faire avec 700 euros  
429 par mois ? Donc on est obligé de prendre en considération ces notions et de s'adapter aux  
430 problématiques de vie des patients.  
431  
432 **b73 Est ce que tu puises dans ton savoir-faire d'éducateur thérapeutique pour**  
433 **encadrer et accompagner les étudiants ?**  
434 B73 Oui  
435 b74 c'est-à-dire ?  
436 B74 Oui, alors voilà, en gros moi je pense que, bien toutes les, toutes les qualités  
437 pédagogiques en fait, on peut, on peut s'en servir ailleurs, quelque soit la personne, je veux  
438 dire que ce soit un étudiant ou un membre de ma famille.  
439 b75 Oui  
440 B75 que ce soit un patient, je veux dire que ce que l'on fait avec le patient on peut le  
441 faire avec tout le monde.  
442 b76 Oui, mais par exemple ?  
443 B76 Et bien par exemple l'empathie, la dédramatisation, euh, , tous ces différents  
444 critères sont importants avec les étudiants et les patients  
445  
446 **b77 Est ce que tu puises dans ton savoir-faire de tuteur pour accompagner et**  
447 **éduquer les patients dans le cadre de l'éducation thérapeutique des patients ?**  
448 B77 Oui

449 b78 C'est-à-dire ?  
 450 B78 En fait en gros, euh l'éducation, bien il y a différentes, il y a différentes notions et  
 451 en faite on peut s'en servir partout  
 452 b79 Oui, c'est-à-dire ?  
 453 B79 Voilà, je veux dire que l'éducation ça sert euh, bien ça sert pour tout, parce qu'en  
 454 fait euh les différentes dimensions, euh de l'éducation, on s'en sert pour euh, le soin mais  
 455 on s'en sert aussi pour les étudiants.  
 456  
 457 b80 **Est-ce que tu as remarqué des similitudes dans les pratiques**  
 458 **d'accompagnement des étudiants et dans celles d'éducation thérapeutique des**  
 459 **patients ?**  
 460 B80 Oui bien sûr, euh, par exemple que ce soit un étudiant ou un patient, chaque  
 461 personne a son histoire, ses connaissances, à nous de prendre tout ça en compte... Et puis,  
 462 il y a aussi l'évaluation comme point commun dans les prises en charge car quand tu  
 463 accompagnes un patient ou un étudiant, tu évalues ses connaissances.  
 464 b81 Oui  
 465 B81 Euh, il faut évaluer, il faut faire en gros un constat de ce que la personne sait, un  
 466 état des lieux.  
 467 b82 Voilà, oui  
 468 B82 Et puis c'est toujours l'évaluation, donc après on donne les connaissances, on fait  
 469 une évaluation pour voir la différence entre ce qu'il sait lors de la 2ème évaluation et ce  
 470 qu'il savait au moment de la 1<sup>ère</sup> évaluation et puis la différence des deux c'est les  
 471 connaissances qu'il a acquis donc oui la progression, et puis en fonction de ça on réajuste  
 472 et voilà.  
 473 b83 D'accord  
 474 B83 Mais ça c'est valable pour tout. C'est une gymnastique qui, qui se fait quelque soit  
 475 les personnes que ce soit un étudiant ou un patient, je m'en sers même pour mes enfants !  
 476 b84 Oui, oui, et toi par rapport à tes collègues, est ce que tu as remarqué, par exemple,  
 477 que les collègues qui ont été formés au tutorat s'investissent plus que les autres collègues  
 478 dans l'éducation thérapeutique des patients ?  
 479 B84 Oui, globalement mais pas obligatoirement mais en général, c'est vrai que ceux qui  
 480 vont faire le tutorat, ce sont ceux qui aiment bien l'éducation vraiment. Et donc, euh, et  
 481 donc en général si on aime bien l'éducation, que ce soit vis-à-vis des étudiants ou vis-à-vis  
 482 des patients, euh, et bien on y va, on s'investit.  
 483 b85 D'accord  
 484 B85 Par contre, il y en a d'autres, qui, je ne vais pas dire qu'ils n'aiment pas l'éducation,  
 485 mais qui ne sont pas forcément à l'aise et donc ils vont plutôt se protéger, vont plutôt  
 486 s'occuper des commandes ...  
 487 b86 D'accord  
 488 B86 Pour moi une équipe de soins, ce n'est pas comme une boîte de vache qui rit avec  
 489 des portions égales qui sont toutes identiques et dont l'ensemble des portions fait un  
 490 fromage ...pour moi, l'équipe de soins, c'est plutôt un puzzle avec des pièces différentes et  
 491 spécifiques et l'ensemble des pièces du puzzle fait qu'à la fin, cela donne une belle  
 492 image.  
 493 b87 Voilà, oui, oui c'est ça  
 494 B87 Et que, quand il manque une pièce, un morceau de fromage, on peut le remplacer  
 495 par un autre morceau de fromage alors que pour moi une, une équipe ce n'est pas du tout la  
 496 même chose, c'est un petit peu comme la tour Eiffel, elle a 4 pieds qui sont semblables  
 497 mais qui sont quand même différents et si on enlève un pied de la tour Eiffel, elle va être  
 498 bancal. Et bien là ça va être pareil, il doit y avoir différents acteurs de santé et même dans

499 l'équipe de, je ne sais pas, tient d'infirmières, on ne prend pas les gens forcément de la  
500 même façon, mais en tout cas cela doit être cohérent mais s'il y a une personne qui n'est  
501 pas, qui n'est pas habile pour faire de l'éducation, bien que cela fasse partie de son rôle  
502 propre et bien tant pis. Moi par exemple les commandes, je ne veux pas dire que ça me  
503 barbe, mais comme j'ai des collègues qui aiment bien ça, je les laisse les faire mais si un  
504 jour elles préfèrent que l'on inverse et faire de l'éducation, cela ne me dérangera pas partir  
505 du moment où cela tourne. On s'arrange dans l'équipe pour que chacun y trouve son  
506 compte.

507 b88 Oui

508 B88 Je pense que c'est au cadre de santé de repérer les potentialités de chacun et de  
509 dire, bien, euh, on va plutôt le positionner sur tel, tel aspect, euh, on va plutôt lui donner  
510 telles responsabilités et euh, en fin de compte, c'est ça c'est qu'on a tous des compétences  
511 différentes. Il y a des gens qui ne sont pas trop techniques et qui vont être plus sur des  
512 compétences relationnelles et pédagogiques et qui vont avoir autant leur place dans une  
513 équipe et puis il y a des gens qui sont des très bon techniciens mais qui par contre dans  
514 l'approche éducative, sont peut être moins bons et ça n'empêche pas, je veux dire on a  
515 besoin de bons techniciens aussi au sein d'une équipe....

516 b89 Oui ...

517 B89 Alors par contre, ce n'est pas parce qu'on n'a pas envie de faire un type de soins  
518 qu'on ne doit pas le faire, je veux dire que là le cadre il a son rôle à jouer, quand il fait  
519 l'évaluation de la personne en fin d'année, enfin je vais prendre un exemple de l'IDE, il se  
520 rend bien compte que certains de ses collègues ne font pas d'éducation parce que nous  
521 c'est sur la base du volontariat... Si la personne elle ne veut pas faire de l'éducation  
522 thérapeutique et bien euh, le cadre s'en rend compte parce que évidemment sur le planning  
523 elle n'est jamais en éducation, du coup elle doit, je ne veux pas dire qu'elle doit le forcer  
524 mais elle doit lui faire comprendre que bien, que ça fait partie du rôle propre et que si elle  
525 n'est pas à l'aise de faire de l'éducation, elle peut lui proposer une formation parce que  
526 peut-être qu'il ne fait pas d'éducation thérapeutique car il a peur et cette peur on pas la  
527 dépasser en allant se former.

528 b90 Oui, oui, une formation pour développer des compétences ?

529 B90 Oui, c'est la même chose que pour moi, quand je vois un étudiant ou un patient  
530 qu'il faut évaluer ... évaluer ce n'est pas uniquement mettre une note chiffrée ou des  
531 notes en bas de la feuille de stage, c'est aussi évaluer le professionnel de santé, pour lui  
532 dire, bien voilà, déjà on essaye de lui faire dire, ça fait moins flic entre guillemet. Mais,  
533 mais la personne, elle va dire oui, effectivement oui je ne suis pas à l'aise voilà, exprimer  
534 ses points faibles et ses point forts et du coup, bien moi, je vous propose une formation  
535 pour vous faire progresser et du coup tout rentre dans l'ordre et tout le monde évolue et le  
536 service aussi et les potentialités du service également d'ailleurs.

537 b91 Oui

538 B91 Bien moi je suis tranquille, il n'y a pas de formations de commandes (rires) mais  
539 ma cadre de santé pourrait me dire aussi « je ne te vois pas souvent faire les  
540 commandes.... ».

541 b92 Oui, oui

542 B92 Mais bon à chacun ses spécificités mais ça ne veut pas dire que l'on doit mettre de  
543 côté nos points faibles.

544 b93 Oui

545 B93 Tout le monde doit évoluer et ne pas faire simplement ce qu'il aime ....

546 b94 C'est-à-dire ?

547 B94 C'est-à-dire que pour moi, il y a un socle minimum de connaissances pratiques et  
548 techniques et de gestes et de techniques que les soignants doivent maîtriser complètement  
549 dans ce service  
550 b95 Par exemple ?  
551 B95 Voilà, voilà, on doit être capable de savoir poser une pompe à insuline c'est un  
552 geste spécifique au service ... donc dans le service de Médecine 1 B, tous les infirmiers  
553 savent mettre en œuvre une pompe à insuline.  
554 b96 Oui, oui  
555 B96 Heureusement, et c'est pareil pour les besoins de sécurité, tu sais ce sont les  
556 objectifs pour le patient, .... eh bien c'est valable aussi au niveau de l'équipe. Tout le  
557 monde doit savoir réagir très rapidement pour quand il détecte une hypoglycémie.  
558 b97 Oui, oui  
559 B97 Et si on arrive là, dans le service, comme infirmier, on doit pouvoir prendre des  
560 patients en charge, savoir tous poser une pompe, je veux dire, il y a des objectifs de  
561 sécurité aussi, pas que pour les patients, aussi pour les soignants et c'est donc à nous, les  
562 « anciens » d'accueillir et de former nos nouveaux collègues.  
563 b98 Oui, oui, d'accord  
564 B98 Et c'est valable pour tout le monde d'ailleurs, tu vois ici on forme les stagiaires, les  
565 nouveaux collègues et les patients (rires !).  
566 b99 Nous sommes arrivés à la fin de l'entretien, je voulais vraiment te remercier pour  
567 cet échange.  
568 B99 Je t'en prie  
569

### Entretien n°3 : Coralie

1 **c1 Est-ce que vous pouvez me décrire votre parcours professionnel ?**

2 **C1** Alors du coup, euh, je suis rentrée à l'école d'infirmière euh, je peux dire euh de  
3 Blois, je suis rentrée en école d'infirmière en 2003, sortie d'école en 2006. En 2006, j'ai  
4 intégré le centre hospitalier en tant que SPR pendant à peu près 2 ans. Ou là, j'ai travaillé  
5 dans le service de médecin interne et diabétologie pendant 13 mois. Après, j'ai intégré le  
6 service de médecine interne et maladies infectieuses en Médecine .... pendant environ 9  
7 mois et après j'ai travaillé, enfin depuis, je travaille dans le service de...médecine  
8 oncologie, hématologie, rhumatologie, donc ça fait presque 2 ans..... En fait, je suis  
9 toujours restée sur le pôle de Médecine mais j'ai changé de service ... En gros ça fait, ça  
10 fait 4 ans que, ça fait 4 ans que je suis diplômée et puis là, le projet cadre du coup euh, je  
11 vais intégrer en fin d'année un poste de faisant fonction. J'aime bien changer de service  
12 car comme ça je vois d'autres façons de faire, d'autres organisations de travail, d'autres  
13 prises en charge, je pense que ça m'a permis de progresser rapidement et d'être beaucoup  
14 plus à l'aise car au début j'étais... euh.. réservée

15  
16 **c2 Quelles formations continues avez-vous suivies ?**

17 **C2** Alors euh, 1<sup>ère</sup> formation continue, juin 2007, formation au tutorat des étudiants en  
18 soins infirmiers.

19 **c3** Oui et après ?

20 **C3** Euh, après je me suis intéressée euh, au, à la démarche clinique, raisonnement  
21 clinique ou là j'ai fait une petite formation sur euh, une demi journée et après j'ai souhaité  
22 quand même au niveau, euh, théorique approfondir un petit peu les choses et là, j'ai  
23 effectué une formation sur 2 jours sur euh, les transmissions ciblées, raisonnement  
24 clinique, démarches cliniques.

25 **c4** D'accord

26 **C4** Et puis après au sein de l'établissement, j'ai du l'effectuer en 2008, oui en 2008,  
27 euh, d'autres formations sur l'audit interne, sur euh, , tutorat, éducation thérapeutique,  
28 audit interne, euh, sur les vigilances aussi puisque je suis référente hémovigilance et j'ai  
29 souhaité être aussi avoir des apports, plus, plus pointus et puis euh, au niveau formation, il  
30 me semble que j'ai fait le tour. J'ai mon cahier de formation dans mon sac, j'aurai du le  
31 prendre, je l'ai puisque je note tout dedans, il me semble que c'est tout après j'interviens  
32 au sein de l'IFSI enfin pour donner des cours auprès des étudiants.

33 **c5** D'accord, quels cours dispensez-vous ?

34 **C5** Alors je suis intervenue, euh, notamment dans le, dans le module onco, hémato  
35 essentiellement ou avec l'équipe pédagogique, on a mis en place euh, des cas cliniques  
36 donc euh, sur, sur papier et puis du coup après j'ai animé des séances avec des groupes  
37 d'étudiant de 3<sup>ème</sup> année pour euh, enfin de compte euh, de permettre aux étudiants euh,  
38 d'analyser les choses, d'avoir des analyses pertinentes de cas cliniques euh, et puis après  
39 des choses plus théoriques en soin infirmier, euh en cancérologie. Je trouve qu'aller à  
40 l'IFSI, c'est la continuité de notre travail. Et puis, c'est bien que les infirmiers des services  
41 aillent dans les IFSI participer à la formation des étudiants. C'est un peu normal que l'on  
42 participe, si l'on veut, à la formation de nos futurs collègues. On peut aussi répondre à des  
43 questionnements à propos de certaines situations de soins que les étudiants ont vécues. On  
44 peut aussi expliquer certaines de nos actions, c'est le but de notre présence et cela fait un  
45 lien entre le stage et l'école.

46

47 **c6 Est ce que vous pouvez me décrire vos pratiques d'accompagnement d'un**  
48 **stagiaire à partir d'une situation de soin identifiée ?**

49 parce que si je dis à partir d'une situation des soins identifiés c'est que souvent c'est assez  
50 difficile de dire que l'on va accompagner un étudiant de façon générale mais si on prend  
51 une situation, par exemple un, un étudiant qui arrive le 1<sup>er</sup> jour, comment vous allez  
52 l'encadrer, ou si l'on part d'une situation de soins identifiée, comment est-ce que vous  
53 allez accompagner l'étudiant ?

54 **C6** D'accord, alors déjà je pense que, avant tout quand on parle d'accompagnement  
55 pour moi l'accompagnement commence à partir de, enfin, du point de départ qui est  
56 l'accueil. Pour moi, c'est une phase très importante, je dirais souvent, enfin je vais  
57 reprendre un petit peu les choses en amont. Effectivement, le, l'étudiant bien souvent doit  
58 se présenter auprès du cadre, euh, dans le service il y a euh, des référents, des tuteurs nous  
59 on appelle euh, on appelle ça « tuteur » aussi bien côté aide-soignant qu' infirmier et  
60 souvent le cadre fait le choix de présenter en fin de compte, euh, l'étudiant à son tuteur de  
61 manière à ce qu'il puisse avoir des repères quand il arrive dans le service euh,  
62 effectivement on arrive dans une équipe inconnue et au moins ce 1<sup>er</sup> jour il y a une  
63 personne, euh, euh, à qui on a pu voir le visage. Donc, pour moi effectivement, je dirais, je,  
64 je prends toujours le temps euh, de me présenter, euh, euh, d'expliquer euh, rapidement  
65 enfin de compte les attentes que je vais avoir en tant que tuteur parce que pour moi  
66 effectivement, le tuteur a une responsabilité supplémentaire, et euh, pour moi cette phase  
67 d'accueil, je dirais euh, elle est très importante à condition d'un petit peu je dirais, euh, le  
68 stage. Après effectivement, quand l'étudiant arrive le 1<sup>er</sup> jour, euh, je dirais que, on est là  
69 donc pour, pour accompagner, accompagner c'est-à-dire euh, euh, c'est-à-dire enfin de  
70 compte, euh, je dirais pour montrer, hein. Euh, quand j'accompagne en fin de compte un  
71 étudiant pour n'importe quel soin, je dirais je commence toujours par faire un état des lieux  
72 de savoir ce que, euh, l'étudiant à quel niveau, euh, à quel niveau il en est. Déjà de refaire  
73 le point par rapport à sa formation, euh, au niveau des acquis, au niveau des stages  
74 effectués, par ce que c'est important de, de refaire le point, et parce que, chaque étudiant  
75 enfin de compte arrive avec des bagages différents et je dirais je prends ce temps de  
76 connaissance de l'étudiant pour, pour partir. Les étudiants ont comme les patients des  
77 attentes et des motivations différentes car ils sont tous différents. Chacun vient en stage  
78 avec des objectifs précis. Et puis euh, je, la façon dont je m'y prends, euh, je ne, pour tout  
79 soins je ne laisse euh, jamais partir un étudiant qui ne sait pas pourquoi il fait les choses  
80 c'est-à-dire que bon ce n'est pas un interrogatoire mais on est là effectivement pour  
81 s'assurer que derrière il y a une compréhension, qu'il y a du sens donné aux choses et que  
82 l'étudiant n'est pas là pour reproduire en fin de compte ce qu'il a pu voir. Certes on  
83 apprend euh, en faisant mais avant tout, je dirais euh, si on ne comprend pas pourquoi euh  
84 on fait un pansement, pourquoi on pose un antibiotique, pourquoi on fait une morphine et  
85 qu'est-ce que c'est, je ne laisse jamais partir un étudiant.

86 **c7** D'accord

87 **C7** voilà un petit peu, de façon générale comment je m'y prends, euh,

88 **c8** D'accord, ok.

89 **C8** Pas spécifiquement dans un soin, mais de façon générale, voilà. Je vais aussi tenir  
90 compte de ce qu'il veut apprendre, de ses objectifs de stage, aussi de son projet  
91 professionnel s'il est en fin de formation.

92

93 **c9** Euh, est-ce que vous pouvez me parler des compétences que vous pensez avoir  
94 développées dans l'accompagnement des étudiants ?

95 **C9** Les compétences que j'ai pu développer ? Alors c'est ce que je disais tout à l'heure,  
96 effectivement, je pense qu'on peut, on peut encadrer des étudiants sans formation, sans,  
97 euh, donc on apprend un petit peu, euh, sur le tas à encadrer, euh, moi personnellement  
98 effectivement, j'avais besoin d'aller en formation pour acquérir une pédagogie, pour euh,

99 enfin de compte je dirais , euh, être enfin, notamment en termes de qualité d'encadrement,  
100 j'avais besoin d'avoir des outils, savoir comment m'y prendre, euh, et je dirais que  
101 effectivement, c'est cette formation qui m'a permis d'acquérir des connaissances et puis de  
102 développer les compétences, là, euh, et je dirais en termes, euh, de capacités relationnelles.  
103 Pour moi ça c'est en termes de communication que j'ai le plus développées de  
104 compétences à travers l'accompagnement des étudiants infirmiers que ce soit à l'IFSI mais  
105 à l'IFSI lorsque je donne des cours et en service au quotidien.

106 **c10** D'accord

107 **C10** Je dirais que tout est basé sur la communication, dire les choses à l'étudiant, écouter  
108 effectivement, euh, là c'est bien, tu sais faire, savoir dire ce qui va, ce qui ne va pas, pour  
109 pouvoir réajuster enfin de compte à tout moment, hein. Pour réajuster, il faut avant tout  
110 connaître le programme des études, savoir comment ça se passe à l'IFSI, ce qu'il a appris  
111 pour être sur de dire la même chose qu'à l'IFSI pour que l'étudiant ne soit pas perdu. Il  
112 faut aussi être sur que les collègues dans le service disent la même chose et travaillent  
113 pareil, utilisent les mêmes techniques de soins mais avec les protocoles, normalement ça  
114 aide.

115 **c11** D'accord,

116 **C11** Euh, quelle était la question ?

117 **c12** Donc nous parlions des compétences que vous pensez avoir développées dans  
118 l'accompagnement des étudiants ....

119 **C12** Oui, c'est surtout des compétences de communication en fin de compte.

120

121 **c13** **D'accord, et est ce que vous pouvez me décrire vos pratiques dans l'éducation**  
122 **thérapeutique d'un patient à partir d'une situation identifiée ?**

123 **C13** Bien, c'est ce que je disais en fin de compte pour moi, il y a des choses similaires,  
124 le patient qui est par exemple atteint, de, de maladie chronique et diabétique, atteint de  
125 pathologie chronique, effectivement, on va lui annoncer qu'il a cette maladie, il va falloir  
126 le soutenir pour qu'il puisse cheminer et arriver à un moment donné, effectivement euh,  
127 l'objectif de l'éducation thérapeutique, c'est que le patient puisse devenir autonome, se  
128 prendre en charge dans sa maladie, et effectivement on va reprendre un petit peu les étapes,  
129 c'est-à-dire il va y avoir un 1<sup>er</sup> contact avec le patient, savoir où est-ce qu'il en est dans sa  
130 maladie et puis on va faire le point, qu'est ce qu'il en a compris de sa maladie et au niveau  
131 de son traitement, qu'est ce qu'il en sait, évaluer ses connaissances, comment on va on s'y  
132 prendre, je pense par exemple aux insulines, par rapport à l'utilisation du lecteur de  
133 glycémie, il y a toujours, enfin de compte ce temps où effectivement on va créer une  
134 relation, relation de confiance, on va faire un état des lieux enfin de compte le patient ou  
135 est ce qu'il en est et effectivement on va fixer des objectifs, actions, résultats,  
136 réévaluations.

137 **c14** D'accord,

138 **C14** Et je dirais que pour moi, enfin de compte les deux, elles se, euh, les deux  
139 méthodes, elles se regroupent ....

140 **c15** D'accord

141 **C15** Voilà, c'est comme dans la démarche de soins et le projet de soins, pour moi, euh,  
142 on est, on est sur cette même base car on établi un projet à partir d'objectifs. Avec  
143 l'étudiant, c'est quasi la même chose, il arrive avec des objectifs personnels et  
144 institutionnels et on va veiller à ce qu'il atteigne ceux-ci.

145

146 **c16** **Euh, est ce que vous pouvez me parler des compétences que vous pensez avoir**  
147 **développées dans l'éducation thérapeutique du patient ?**



148 **C16** Alors euh, je dirais, ce que j'ai oublié de dire quand même c'est qu'avant tout euh,  
 149 avant tout il y a quand même une maîtrise au niveau technicité, pour que l'on puisse après  
 150 s'en détacher et développer d'autres compétences. Je pense que par rapport à ces autres  
 151 compétences, je les ai travaillées aussi avec ma formation tutorat, surtout la distance  
 152 thérapeutique, euh, j'ai, j'avais déjà beaucoup travaillé par rapport à ça, c'était notamment  
 153 lors d'un mémoire pour mon DE, mais le fait de l'avoir, peut être suivie cette formation,  
 154 ça m'a permis de revoir les choses un petit peu différemment, de travailler un peu sur  
 155 l'empathie, de, de choses comme ça, parce que, euh, on est avant tout là en tant que  
 156 soignant, pour euh, pour euh, pour garder ce rôle d'aidant et je veux dire, euh, euh, on est  
 157 là en tant que professionnel de santé pour apporter des choses aux patients et je dirais  
 158 qu'effectivement les compétences que j'ai pu développer c'est par rapport à ça.

159 **c17** D'accord

160 **C17** Hein

161 **c18** D'accord

162 **C18** Par rapport à cette relation avec le patient qu'on peut avoir, en plus souvent c'est  
 163 des patients qui sont atteints de maladie chronique, qui vont revenir de façon régulière  
 164 quand même en séance d'éducation, et, euh, il y a des liens qui peuvent se tisser, et je  
 165 dirais que le travail que j'ai pu faire moi, c'est par rapport à ça. Il faut travailler sur la  
 166 relation soignant-soigné.

167 **c19** oui

168 **C19** il faut faire preuve d'empathie

169

170 **c20** D'accord et est ce que vous puisez dans votre savoir-faire d'éducateur  
 171 thérapeutique pour encadrer les étudiants ?

172 **C20** Totalement

173 **c21** Oui,

174 **C21** Totalement, parce que on comprend très vite que, d'un point de vue, euh, d'un point  
 175 de vue pédagogique, il y a des choses, euh, l'objectif je dirais, euh, en éducation  
 176 thérapeutique c'est qu'un patient puisse, euh, être autonome, qu'il puisse se prendre en  
 177 charge, euh, en matière euh, en matière de tutorat, l'objectif c'est de former un  
 178 professionnel, responsable, autonome, euh, de, de, de permettre à l'étudiant, qu'il se  
 179 construise une identité professionnelle, euh, je dirais, euh, c'est en fin de compte, euh,  
 180 permettre en fin de compte la transformation de situation de travail en situation de  
 181 formation hein. Donc, pour moi, euh, effectivement, je, je pense qu'il y a des points  
 182 communs ... La motivation, ça on en tient pas assez compte avec les étudiants ... mais on  
 183 a l'habitude de le faire avec les patients ... De toute façon, pour que l'encadrement en stage  
 184 soit efficace, l'étudiant doit être motivé ! Le patient, comme la maladie va le toucher  
 185 directement, s'il veut s'en sortir, ou s'il en a les capacités, il va se motiver ... Dès fois,  
 186 quand j'encadre un étudiant, je me dis que ce n'est pas possible, et quand on en parle entre  
 187 collègues, on se dit qu'on y arrivera jamais avec lui et puis il y a un déclic, il s'y met, il se  
 188 remotive, on ne sait pas toujours pourquoi

189

190 **c22** Est-ce que vous puisez dans votre savoir-faire de tuteur pour accompagner et  
 191 éduquer les patients dans le cadre de l'éducation thérapeutique du patient ?

192 **C22** Alors là, on inverse !

193 **c23** Bien oui !

194 **C23** Bien et puis j'ai cette vision des deux, et forcément il y a une approche, euh, euh, il  
 195 y a des choses, des choses similaires dans la démarche donc euh, des fois à travers mon  
 196 travail effectivement et à travers ce que j'ai pu développer en diabétologie, ce sont des  
 197 choses que je vais pouvoir réinvestir euh, les deux pour moi euh,...

198 **c24** Et là ici en tant qu'IDE d'un service d'oncologie-hématologie ?  
199 **C24** En onco-hémato ?  
200 **c25** En onco hémato, vous faites de l'éducation thérapeutique ?  
201 **C25** Alors de l'éducation thérapeutique, beaucoup moins qu'en diabéto. En diabéto,  
202 c'est le quotidien forcément, au sein du service, éducation de groupe, éducation  
203 individuelle en consultation. Ici en rhumatologie, côte rhumatologie, les gens qui sont euh,  
204 atteints d'ostéoporose, effectivement, on peut y être amené. Là on est en train de  
205 développer un projet d'éducation thérapeutique sur l'évaluation de la douleur et  
206 notamment sur l'utilisation des produits morphiniques.  
207 **c26** D'accord  
208 **C26** Axée sur les effets indésirables ?  
209 **c27** Oui entre autres  
210 **C27** Là, on est entrain de, on y a travaillé un petit peu mais pas trop, je pense qu'on  
211 pourrait faire beaucoup plus de, de liens et avoir un projet beaucoup plus construit  
212 effectivement, si on travaillait d'avantage. Là c'est quelque chose euh, il y a, deux autres  
213 de mes collègues qui on été formés à l'éducation thérapeutique, et on s'est dit  
214 effectivement qu'à trois professionnels on pourrait essayer de monter un groupe de travail,  
215 d'y réfléchir donc on a commencé à, à y travailler un petit peu, euh, mais je dirais euh, ce  
216 n'est pas euh, ici c'est pas le principal objectif du service mais on a envie de s'y mettre,  
217 donc je pense que c'est un projet qui va avancer.  
218 **c28** D'accord  
219 **C28** C'est vrai qu'en diabétologie, c'est, c'est le quotidien du service en fin de compte,  
220 hein, ils sont beaucoup plus dans la dimension éducative et c'est intégré dans le service.  
221 **c29** D'accord  
222 **C29** C'est le quotidien.  
223 **c30** Euh, alors du coup, on en était à la question de, de savoir si par rapport à votre  
224 savoir faire de tuteur, euh celui vous arrivez à vous investir dans l'éducation thérapeutique  
225 du patient, euh si vous arrivez à vous, à vous resituez par rapport à la 1<sup>ère</sup> formation que  
226 vous avez eu parce que c'est la 1<sup>ère</sup> que vous avez faite, celle de tuteur,  
227 **C30** Oui  
228 **c31** Euh, est ce que rapidement après dans le service, le faite d'avoir été formé au  
229 tutorat, ça vous a donné des billes pour mieux participer à l'éducation thérapeutique du  
230 patient ?  
231 **C31** Des axes de réflexions surement, euh parce que après chaque formation c'est vrai  
232 que, euh, j'essaie absolument de réinvestir d'autant plus là c'est du concret, des choses  
233 vraiment, euh, c'est, c'est le quotidien aussi, donc j'essaie toujours de réinvestir  
234 effectivement ce que je peux, ce que je peux apprendre en formation pour euh, pour  
235 absolument, euh, faire en sorte ce que les choses avancent même au niveau transmission  
236 au niveau de l'équipe, mais oui, oui, oui c'est sur, c'est sur au départ cela m'a aidé à  
237 m'investir dans l'éducation thérapeutique du patient.  
238  
239 **c32** Alors la dernière question, avez-vous remarqué des similitudes dans les  
240 pratiques d'accompagnement des étudiants et celles d'éducation thérapeutique du  
241 patient ?  
242 **C32** Oui, oui  
243 **c33** C'est-à-dire ? (rires)  
244 **C33** Moi, j'ai toujours la démarche d'accompagnement en tête, enfin de compte savoir  
245 comment, et puis bien, pour moi et les choses, les choses se recourent, effectivement on  
246 est euh, côté euh, côté étudiant, côté patient mais je veux dire que la technique pour moi,  
247 euh,

248 **c34** La technique ?

249 **C34** La technique d'accompagnement, voilà, hein. Bien sûr après, euh, tout dépend si on  
250 est avec un patient diabétologie, un patient en insuffisance cardiaque, enfin après il y a des  
251 domaines euh, plus précis que d'autre, plus pointus, mais je veux dire euh, on s'y prend de  
252 la même façon, hein Et puis, il y a la manière d'entrer en relation avec un étudiant ou  
253 patient, pour moi, c'est la même .... Il y a un lien entre la relation soignant-soigné et la  
254 relation tuteur-étudiant. Ce n'est pas pareil, le contexte n'est pas le même mais il y a des  
255 points communs ... Si on n'arrive pas à établir une relation correcte, alors ça ne marchera  
256 pas ..... Tout à l'heure je vous disais que c'est important que les collègues travaillent un  
257 peu pareil pour que l'étudiant ne soit pas perdu ... c'est pareil pour les patients .... il faut  
258 que tout le monde tienne le même discours sinon ils vont être perdus. (Silence)

259 **c35** Vous pensez à d'autres similitudes ?

260 **C35** Oui, euh ... une autre similitude entre l'accompagnement d'un étudiant et d'un  
261 patient ... euh .... c'est qu'il faut prendre le temps de décrire ce que l'on fait ... au début,  
262 ce n'est pas facile, puis une fois que tu as pris l'habitude, tu y arrives .... En fait, je crois  
263 que c'est plus dur pour les collègues qui travaillent depuis longtemps car pour eux, quand  
264 ils font un geste, ils ne se posent plus la question de pourquoi ils font comme ça ... oui, ça  
265 c'est quelque chose qu'on fait avec l'étudiant et le patient, on explique tout, le pourquoi et  
266 le comment ....

267 **c36** D'accord et merci beaucoup pour cet échange.

268 **C36** Mais de rien !

Grille de synthèse :

Thème n°1 : Trajet des interviewés : Polyvalence et mobilité

| Sous-thème             | Entretien 1   | Entretien 2   | Entretien 3   |
|------------------------|---|---|---|
| Polyvalence / Mobilité | <p>A1 : Alors j'ai eu le DE en 1995 puis j'ai travaillé 1 an en réanimation de neurologie au CHU Bretonneau à Tours</p> <p>A4 : Ensuite je suis allée à Claude de France en diabétologie diététique à Blois où là j'ai fait, attends, ça doit être 4 ans, 4 ans oui à peu près. Donc là j'ai fait principalement de l'éducation euh au diabète, à la diététique et à l'obésité puisque ce sont des gens qui sont en surpoids et qui peuvent être diabétique. Donc voilà, après je suis allée à Lamotte Beuvron au Centre Médical des Pins en rééducation cardiaque où là j'ai fait aussi de l'éducation pour les patients ayant des pathologies cardio-vasculaires, donc ça inclue encore le diabète puisqu'il y a aussi des diabétiques. Après je suis venue à ....., donc à .... Je dois être arrivée en 2000. Tu vois, j'ai bossé dans</p> | <p>B6 : j'étais sur le service, sur les lits d'hiver en fait parce que, bien à l'époque il y avait plus d'hospitalisation en hiver que l'été donc on avait 35 lits d'hiver et 30 lits d'été et donc moi j'étais sur les lits d'hiver donc du mois d'octobre jusqu'à la fin Avril j'étais en médecine 2 A et les six autres mois j'allais euh aux urgences, ou en chirurgie, ou en EHPAD, ou un petit peu partout.</p> <p>B10 :et le diabétologue euh le nouveau diabétologue qui était au 7ème étage alors que moi j'étais au 6ème m'a proposé de venir dans son équipe au 7ème et j'ai donc intégré l'équipe du Docteur P euh, en 2003 ... ça m'a fait découvrir un autre service avec une nouvelle approche de la prise en charge du diabète et notamment l'éducation</p> | <p>A1 : j'ai intégré le centre hospitalier en tant que SPR pendant à peu près 2 ans. Ou là, j'ai travaillé dans le service de médecin interne et diabétologie pendant 13 mois. Après, j'ai intégré le service de médecine interne et maladies infectieuses en Médecine 2 pendant environ 9 mois et après j'ai travaillé, enfin depuis, je travaille dans le service de...médecine oncologie, hématologie, rhumatologie, donc ça fait presque 2 ans..... En fait, je suis toujours restée sur le pôle de Médecine mais j'ai changé de service ... En gros ça fait, ça fait 4 ans que, ça fait 4 ans que je suis diplômée et puis là, le projet cadre du coup euh, je vais intégrer en fin d'année un poste de faisant fonction. J'aime bien changer de service car comme ça je vois d'autres façons de faire, d'autres organisations de travail, d'autres prises en charge, je</p> |

|                                       |   |   |  |
|---------------------------------------|---|---|--|
|                                       | pas mal d'endroits différents car j'avais envie de bouger et de pratiquer des soins différents. je suis depuis deux ans formatrice à l'IFAS, tu vois j'ai bien bougé. | thérapeutique   | pense que ça m'a permis de progresser rapidement et d'être beaucoup plus à l'aise car au début j'étais... euh.. réservée   |
| Caractère formateur de la polyvalence |   | B5 : On faisait de la médecine polyvalente avec de la diabétologie et de la rhumatologie ; les soins étaient très variés, on faisait vraiment de tout, j'ai appris beaucoup | C1 : J'aime bien changer de service car comme ça je vois d'autres façons de faire, d'autres organisations de travail, d'autres prises en charge, je pense que ça m'a permis de progresser rapidement et d'être beaucoup plus à l'aise car au début j'étais... euh.. réservée |

## Thème : Formation

| Sous-thèmes                              | Entretien 1 (Alice)   | Entretien 2 (Bruno)  | Entretien 3 (Coralie)   |
|--|---|--|---|
| <b>Des professionnels qui se forment</b> | <p>A6 : Ou là, attends je me suis formée aux transmissions ciblées, puis je me suis formée à l'éducation thérapeutique des patients à Paris.</p> <p>A7 : 1 an, enfin en discontinue, il faut que tu passes un mini mémoire. C'était avec un organisme de formation continue à Paris. ..Euh ... C'était IPSM enfin comme ça s'appelait je crois. C'était à Paris mais je ne m'en rappelle pas précisément. Je ne m'en rappelle pas, parce que...J'étais déjà aux Pins à Lamotte quand j'ai suivi cette formation. J'ai vraiment appris beaucoup avec cette formation, cela m'a aidé à me lancer dans l'éducation thérapeutique et c'est dommage, il n'y a pas assez d'infirmiers formés à l'éducation thérapeutique.</p> | <p>B12 : Comme formations continues alors, j'ai fait beaucoup de formations mais c'était essentiellement de la formation payées par des laboratoires pharmaceutiques, parce que en faite c'était des formations ou à l'époque les labos étaient euh assez larges au niveau euh, finances et du coup euh, comme on utilisait au moment leurs lecteurs de glycémie et tout ça, donc il nous, ils nous proposaient des formations assez pointues sur la prise en charge du diabète, des pathologiques chroniques, euh, prise en charge du stress, prise en charge euh, oui de l'éducation thérapeutique des patients diabétiques, prise en charge euh, euh, comment ça s'appelle le, mince on en a parlé tout à l'heure, entretien, la gestuelle du patient pour voir si il est ok avec les phases, la, la prise en charge psychologique du patient diabétique, en faite prise en</p> | <p>C2 : Alors euh, 1<sup>ère</sup> formation continue, juin 2007, formation au tutorat des étudiants en soins infirmiers.</p> <p>C3 : Euh, après je me suis intéressée euh, au, à la démarche clinique, raisonnement clinique ou là j'ai fait une petite formation sur euh, une demi journée et après j'ai souhaité quand même au niveau, euh, théorique approfondir un petit peu les choses et là, j'ai effectué une formation sur 2 jours sur euh, les transmissions ciblées, raisonnement clinique, démarches cliniques.</p> <p>C4 : Et puis après au sein de l'établissement, j'ai du l'effectuer en 2008, oui en 2008, euh, d'autres formations sur l'audit interne, sur euh, , tutorat, éducation thérapeutique, audit interne, euh, sur les vigilances aussi puisque je suis référente hémovigilance et j'ai souhaité être aussi avoir des apports, plus, plus pointus et puis euh, au</p> |

|                                       |   |  |   |
|---------------------------------------|---|--|---|
|                                       |   | <p>charge diabétique pas forcément c'est plus en charge des maladies chroniques, c'était diabète, surtout le diabète. Euh.; le tutorat mais ça c'est en intra muros, à l'IFSI.</p> <p>B13 : Avec remise à jour en 2003 et remise à jour en 2009 avec le nouveau référentiel de formation des études en soins infirmiers.</p> <p>B14 : Euh, nouvelle, enfin nouvelle formation des étudiants infirmiers avec euh, le niveau licence avec le portfolio, et puis sinon comme formation, l'analyse transactionnelle, euh, euh prise en charge aussi des personnes qui ont des difficultés ou qui ont une barrière de langues ou, euh, j'en ai fait plein de stages de formations continues</p> | <p>niveau formation, il me semble que j'ai fait le tour.</p>  |
| <b>Des professionnels qui forment</b> | <p>A4 : je suis depuis deux ans formatrice à l'IFAS</p> | <p>B32 : Tu sais, je donne des cours depuis longtemps à l'IFSI dans le module Endocrinologie; au début quand j'étais face à un groupe de 70 étudiants je n'étais pas forcément à l'aise.</p>   | <p>C4 : j'interviens au sein de l'IFSI enfin pour donner des cours auprès des étudiants.</p> <p>C5 : je suis intervenue, euh, notamment</p> |

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
|  |  | <p>Maintenant les promotions sont de 120 étudiants et bien ça va, j'arrive à bien m'exprimer, à faire passer le message et à veiller à bien distribuer la parole. J'aime bien donner des cours, on voit les étudiants sous un autre visage, c'est important aussi pour nous. Les étudiants viennent dans les services, c'est un peu normal que nus aussi nous allions à l'IFSI.</p> | <p>dans le, dans le module onco, hémato essentiellement ou avec l'équipe pédagogique, on a mis en place euh, des cas cliniques donc euh, sur, sur papier et puis du coup après j'ai animé des séances avec des groupes d'étudiant de 3<sup>ème</sup> année pour euh, enfin de compte euh, de permettre aux étudiants euh, d'analyser les choses, d'avoir des analyses pertinentes de cas cliniques euh, et puis après des choses plus théoriques en soin infirmier, euh en cancérologie. Je trouve qu'aller à l'IFSI, c'est la continuité de notre travail. Et puis, c'est bien que les infirmiers des services aillent dans les IFSI participer à la formation des étudiants. C'est un peu normal que l'on participe, si l'on veut, à la formation de nos futurs collègues. On peut aussi répondre à des questionnements à propos de certaines situations de soins que les étudiants ont vécues. On peut aussi expliquer certaines de nos actions, c'est le but de notre présence et cela fait un lien entre le stage et l'école</p> |
|--|--|---|---|



Grille de synthèse : Accompagnement des étudiants et des patients :

| Sous-thèmes            | Entretien 1 (Alice)  | Entretien 2 (Bruno) | Entretien 3 (Coralie)   |
|------------------------|--|---------------------|---|
| Une dynamique d'action | <p>A11 : En fait déjà on prend connaissance et on fait le point sur ses connaissances par rapport aux soins euh donc après je euh...pour la première fois c'est moi qui pratique en général en lui expliquant pourquoi je procède comme ça, pourquoi j'utilise tel matériel, quel est le but, les objectifs par rapport au soin, et après par rapport au traitement, je fais un lien avec les pathologies après euh, ça c'était dans un premier temps euh donc il y a un deuxième temps, je vais demander à l'étudiant de le faire s'il est d'accord et s'il se sent prêt. Moi, je reste présente bien sur, à ses côtés, la première fois pour voir ce qui va ou ce qui ne va pas et je suis là en cas de besoin. On est ensemble, on se pose un petit peu pour être sur que tout s'enchaîne bien Une fois qu'il a fait le soin, je lui demande de s'évaluer pour voir ce qu'il a compris et je réajuste si besoin. Moi, je veux aussi</p> |                     | <p>Euh, quand j'accompagne en fin de compte un étudiant pour n'importe quel soin, je dirais je commence toujours par faire un état des lieux de savoir ce que, euh, l'étudiant à quel niveau, euh, à quel niveau il en est. Déjà de refaire le point par rapport à sa formation, euh, au niveau des acquis, au niveau des stages effectués, par ce que c'est important de, de refaire le point, et parce que, chaque étudiant enfin de compte arrive avec des bagages différents et je dirais je prends ce temps de connaissance de l'étudiant pour, pour partir. Les étudiants ont comme les patients, euh, ils sont tous différents et ils ont des attentes, des, des motivations différentes. Et puis euh, je, la façon dont je m'y prends, euh, je ne, pour tout soin je ne laisse euh, jamais partir un étudiant qui ne sait pas pourquoi il fait les choses c'est-à-dire que bon ce n'est pas un interrogatoire</p> |

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
|  | <p>savoir si l'étudiant sait pourquoi il fait le geste parce que c'est facile de me voir faire un geste et de le faire ensuite mais ce que je veux, c'est qu'il me dise pourquoi on le fait et comment on le fait. Des fois, tu as des étudiants, ils font un soin, ils ne savent pas pourquoi il est prescrit, <b>ils font juste le geste technique</b> et ça ce n'est pas bon par ce que comment tu peux répondre aux questions d'un patient sur un soin si toi déjà tu n'arrives pas à savoir pourquoi <b>tu le fais</b> et dans quel but.</p> |   | <p>mais on est là effectivement pour s'assurer que derrière il y a une compréhension, qu'il y a du sens donné aux choses et que l'étudiant n'est pas là pour reproduire en fin de compte ce qu'il a pu voir. Certes on apprend euh, <b>en faisant</b> mais avant tout, je dirais euh, si on ne comprend pas pourquoi euh on <b>fait un pansement</b>, pourquoi on <b>pose un antibiotique</b>, pourquoi <b>on fait une morphine</b> et qu'est ce que c'est, je ne laisse jamais partir un étudiant.</p> |
| <b>Une action conjointe, une proximité géographique et un trajet</b>     |   |   |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Proximité géographique</li> </ul> | <p>A11 : Moi, je reste présente bien sur, <b>à ses côtés</b>, la première fois pour voir ce qui va ou ce qui ne va pas et je suis là en cas de besoin.</p> <p>On est <b>ensemble</b></p> <p>A24 : <b>Avec lui</b></p>   | <p>B21 : c'est lui qui va le faire avec <b>moi derrière</b> pour, pour évaluer et réajuster</p> <p>B22 : <b>Tout en restant derrière</b> pour voir si effectivement y a des, des problèmes, des fautes d'asepsie, pour réajuster enfin évaluer et réajuster</p> |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Trajet</li> </ul>                 | <p>A23 : Donc c'est un peu le même style. Et puis, dans l'éducation thérapeutique</p>   |   | <p>C13 : on va lui annoncer qu'il a cette maladie, il va falloir le soutenir pour</p>   |

|   |  |  |   |
|---|--|--|---|
|   | <p>tu es <b>un guide en fait. Tu sers de guide,</b> tu as un savoir et tu peux apporter ton savoir mais tu sers plus de guide puisque c'est lui ou elle qui te dit voilà je veux apprendre ça alors tu, tu vois déjà ses connaissances</p> <p>A24 : Si l'étudiant ou le patient n'a pas confiance en toi, <b>alors tu ne pourras pas avancer avec lui.</b></p> |  | <p>qu'il puisse <b>cheminer</b> et arrivé à un moment donné, effectivement euh, l'objectif de l'éducation thérapeutique, c'est que le patient puisse devenir autonome, se prendre en charge dans sa maladie, et effectivement on va reprendre un petit peu <b>les étapes</b></p>  |
| <p><b>Une dynamique de projet en commun, validé et partagé par le patient ou l'étudiant</b></p> |  | <p>B16 : Donc je vais dire que euh, quand l'étudiant euh, arrive, on essaye de voir son cursus ce qu'il a fait, ce qu'il n'a pas fait, ou il en est dans sa formation. En fait on fait une évaluation du, de ce qu'il sait et de ce qu'il ne sait pas. Et puis, <b>on va lui demander quel est son projet professionnel,</b> ce qu'il a choisi comme thème de travail de fin d'étude, s'il a des objectifs de stage particuliers pour pouvoir mieux l'aider.</p> <p>B 43 : le <b>projet de soin,</b> ce n'est pas moi qui le fais, <b>on le fait tous les deux, avec</b></p> | <p>C15 : Voilà, c'est comme dans la démarche de soins et le <b>projet de soins,</b> pour moi, euh, on est, on est sur cette même base car on établi un <b>projet à partir d'objectifs. Avec l'étudiant, c'est quasi la même chose,</b> il arrive avec des objectifs personnels et institutionnels et on va veiller à ce qu'il atteigne ceux-ci.</p> |

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
|  |  | <p>le patient</p> <p>B45 : Et du coup, euh, on fait un projet en commun, je lui propose et je lui demande si ça se lui convient et si euh, voilà. Et je m'arrange pour que ce ne soit pas que moi qui propose mais que l'on propose ensemble</p> <p>B47 : c'est important que le patient valide le projet de soins éducatif</p> |   |
| Un projet commun ... mais singulier        |  | <p>B 80 : Oui bien sûr, euh, par exemple que ce soit un étudiant ou un patient, chaque personne a son histoire, ses connaissances, à nous de prendre tout ça en compte...</p>   | <p>C 7 : Les étudiants ont comme les patients des attentes et des motivations différentes car ils sont tous différents. Chacun vient en stage avec des objectifs précis</p>   |
| L'importance de la dimension relationnelle | <p>A 20 : Oui, parce que ça si tu n'avais pas ça, et bien tu pourrais passer à coté de plein de choses ... donc l'écoute et aussi l'observation ... hein parce qu'il faut bien repérer aussi toutes les choses qui sont non dites quand tu discutes avec le patient, dans ses mimiques, euh enfin il y a plein de choses que tu apprends et que tu ne peux pas deviner si tu ne les sais pas et qu'il ne te les a pas dites ... et</p> | <p>B 24 : Le relationnel ça compte énormément dans notre travail</p> <p>B 76 : Et bien par exemple l'empathie, la dédramatisation, euh, tous ces différents critères sont importants avec les étudiants et les patients</p>   | <p>C 18 : Par rapport à cette relation avec le patient qu'on peut avoir, en plus souvent c'est des patients qui sont atteints de maladie chronique, qui vont revenir de façon régulière quand même en séance d'éducation, et, euh, il y a des liens qui peuvent se tisser, et je dirais que le travail que j'ai pu faire moi, c'est par rapport à ça. Il faut travailler sur la</p> |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  | <p>puis il y a surtout la <b>reformulation</b>. Tu ne peux pas faire de l'interprétation, il faut bien <b>reformuler</b>, il faut bien montrer aux patients bien, que tu as entendu et t'as compris ce que lui il a voulu dire. Il faut aussi <b>communiquer avec empathie avec les patients et savoir rester à sa place</b>.</p>  |  | <b>relation soignant-soigné.</b>   |
| <b>Points communs entre relation d'aide et relation d'accompagnement</b> | <p>A 35 : A la limite si tu veux moi avec, un, un patient, un soigné euh j'irai jusqu'au bout pour qu'il puisse euh, accéder à l'information enfin à la compréhension etc.</p> <p>A la limite si tu vois un étudiant, bon je ferais le maximum pour qu'il comprenne</p> <p>Mais si euh, c'est bof, bien, je n'aurais pas de scrupules à dire bon bien voilà j'arrête là puisque de toute façon...euh... tu ne t'investis pas ... <b>tu vois, je pense que l'on doit prendre soin du patient, être plus bienveillant dans la relation parce que c'est notre travail mais l'étudiant on ne va pas le chouchouter, l'assister, on l'accompagne dans sa formation.</b></p> |  | <p>C34 : La technique d'accompagnement, voilà, hein. Bien sûr après, euh, tout dépend si on est avec un patient diabétologie, un patient en insuffisance cardiaque, enfin après il y a des domaines euh, plus précis que d'autre, plus pointus, mais je veux dire euh, on s'y prend de la même façon, hein Et puis, <b>il y a la manière d'entrer en relation avec un étudiant ou patient, pour moi, c'est la même .... Il y a un lien entre la relation soignant-soigné et la relation tuteur-étudiant. Ce n'est pas pareil, le contexte n'est pas le même mais il y a des points communs ... Si on n'arrive pas à établir une relation correcte, alors ça ne marchera pas ....</b></p> |

|   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <p><b>La nécessité d'un engagement commun</b></p>                   | <p>A 35 : A la limite si tu vois un étudiant, bon je ferais le maximum pour qu'il comprenne</p> <p>Mais si euh, c'est bof, bien, je n'aurais pas de scrupules à dire bon bien voilà j'arrête là puisque de toute façon...euh... tu ne t'investis pas</p> |  | <p>C 21 : La motivation, ça on en tient pas assez compte avec les étudiants ... mais on a l'habitude de le faire avec les patients ...De toute façon, pour que l'encadrement en stage soit efficace, l'étudiant doit être motivé ! Le patient, comme la maladie va le toucher directement, s'il veut s'en sortir, ou s'il en a les capacités, il va se motiver ...</p>  |
| <p><b>La nécessité d'un discours commun au sein de l'équipe</b></p> |  | <p>B 64 : Oui, au niveau des compétences ... euh, ... il faut évaluer son travail pour progresser ... alors on fait, on fait des réunions, on se remet en question en groupe, comme hier on a fait une réunion d'éducation, avec tout le service et, on a vu comment évoluer dans notre éducation de groupe. Chacun a expliqué comment il s'y prenait dans telle situation parce que nous on ne voit pas nos collègues travailler. Par exemple on a des nouveaux collègues, on a fait des jeux un peu comme, un jeu, c'est un petit peu comme un jeu de l'oie ou un jeu plutôt trivial poursuite. Le fait de</p> | <p>C 10 : Il faut aussi être sur que les collègues dans le service disent la même chose et travaillent pareil, utilisent les mêmes techniques de soins mais avec les protocoles, normalement ça aide.</p> <p>C 34 : Tout à l'heure je vous disais que c'est important que les collègues travaillent un peu pareil pour que l'étudiant ne soit pas perdu ... c'est pareil pour les patients .... il faut que tout le monde tienne le même discours sinon ils vont être perdus.</p> |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  | <p>nous réunir, c'est pour être tous cohérents dans notre message car il faut tous dire la même chose car quand je fais de l'éducation thérapeutique du patient, ce n'est pas Bruno qui fait l'éducation thérapeutique du patient mais Bruno, un des infirmiers de l'équipe soignante du service et c'est en tant que soignant de cette équipe que je le fais. En fait, on doit tous apporter les mêmes réponses même si elles ont personnalisées.</p> |  |
| <p><b>La nécessité de savoir expliciter son action</b></p> |  | <p>B 64 : Chacun a expliqué comment il s'y prenait dans telle situation parce que nous on ne voit pas nos collègues travailler</p>   | <p>C 35 : .... c'est qu'il faut prendre le temps de décrire ce que l'on fait ... au début, ce n'est pas facile, puis une fois que tu as pris l'habitude, tu y arrives .... En fait, je crois que c'est plus dur pour les collègues qui travaillent depuis longtemps car pour eux, quand ils font un geste, ils ne se posent plus la question de pourquoi ils font comme ça ... oui, ça c'est quelque chose qu'on fait avec l'étudiant et le patient, on explique tout,</p> |

|   |  |  | le pourquoi et le comment ....  |
|---|--|--|---|
| Un équilibre à trouver, des opportunités à saisir dans un parcours pas toujours droit | A 31 : parfois, il faut un peu euh, euh ... ruser pour l'emmener ou tu veux ... tu vois, et bien, si l'étudiant n'a pas envie de faire un soin, tu sens qu'il appréhende de faire ce soin, et bien, tu vas attendre un peu, saisir une opportunité ou l'amener dans une autre situation ou il devra faire ce soin ... tu vois, ça va peut être réussir à un autre moment parce que toi, tu sais ce qu'il doit apprendre et à force tu sais à quel moment tu vas pouvoir lui faire faire ce soin. | B 71 : Donc on est entrain d'avancer mais, parfois on est obligé d'y aller tout doucement voire attendre ou reculer pour mieux avancer ensuite.<br><br>Il faut tenir compte de tout quand tu fais de l'éducation thérapeutique car tout tient comme en équilibre et c'est grâce à cet équilibre ou le futur équilibre qu'on va pouvoir construire quelque chose.<br><br>Parfois, c'est un membre de la famille ou un ami du patient sur qui tu vas t'appuyer. Si l'équilibre n'est pas là, ce n'est pas le moment d'entreprendre l'éducation thérapeutique, il faut mieux différer, rester en contact et se dire que ce sera pour une autre fois |   |
| <b>Les compétences développées</b>  | A 12 : Bien déjà la patience parce qu'il faut déjà ... parce qu'il faut déjà être patient pour encadrer des élèves parce que ce n'est pas, ce n'est pas toujours facile euh, l'observation, l'écoute, observer aussi euh, et comprendre la   | B 23 : Alors je pense que les compétences que j'ai le plus développées sont sur la prise en charge psychologique et relationnelle. Par exemple, l'étudiant peut-être il va avoir peur des plaies ou il va avoir peur de, de ne pas savoir faire  | C 9 : je dirais que effectivement, c'est cette formation qui m'a permis d'acquérir des connaissances et puis de développer les compétences, là, euh, et je dirais en termes, euh, de capacités relationnelles. Pour moi ça c'est en |



|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
|  | <p>difficulté de l'élève par rapport à notre quotidien à nous.</p> <p>A20 : Et bien ça l'<b>écoute</b></p> <p>A21 : Oui, parce que ça si tu n'avais pas ça, et bien tu pourrais passer à coté de plein de choses ... donc <b>l'écoute et aussi l'observation</b> ...hein parce qu'il faut bien repérer aussi toutes les choses qui sont non dites quand tu discutes avec le patient, dans ses mimiques, euh enfin il y a plein de choses que tu apprends et que tu ne peux pas deviner si tu ne les sais pas et qu'il ne te les a pas dites ... et puis il y a surtout la <b>reformulation</b>. Tu ne peux pas faire de l'interprétation, il faut bien <b>reformuler</b>, il faut bien montrer aux patients bien, que tu as entendu et t'as compris ce que lui il a voulu dire. Il faut aussi <b>communiquer avec empathie avec les patients et savoir rester à sa place</b>.</p> | <p>ou de, du coup on arrive à mieux cerner l'étudiant parce que en fonction de sa gestuelle, la façon de son comportement si il est en miroir, si ceci si cela on arrive à bien cerner l'étudiant, le regard et plein de chose, ce qui fait qu'on voit s' il est phase avec nous ou si euh, il nous dit oui pour nous faire plaisir mais qu'il a complètement décroché. En fait, ça aide aussi tous les jours avec les patients, quand par exemple tu vois qu'ils sont préoccupés par quelque chose et toi tu viens pour autre chose</p> <p>B 29 : ce que je veux dire par là c'est que dans ce domaine, ce qu'on peut utiliser pour le, le patient, on peut l'utiliser aussi pour l'étudiant. (<b>Transférabilité des compétences acquises</b>)</p> <p>b30 D'accord, euh, est ce que donc que tu penses avoir développé des compétences dans l'accompagnement des étudiants, euh, toi est ce que tu arriverais à identifier par exemple des <b>compétences que tu as développées ?</b></p> | <p><b>termes de communication que j'ai le plus développées de compétences à travers l'accompagnement des étudiants infirmiers que ce soit à l'IFSI mais à l'IFSI lorsque je donne des cours et en service au quotidien.</b></p> |
|--|---|---|---|

|                                  |   |   |   |
|----------------------------------|---|---|---|
|                                  |   | <p>B30 Oui, alors, évidemment, il y a la gestuelle</p> <p>b31 Oui,</p> <p>B31 La gestuelle, y a aussi le, la pédagogique, la pédagogie euh, l'éducation je veux dire que euh, quand, quand j'ai commencé à, former ça n'était pas évident mais je veux dire ça fait partie de notre rôle propre et je m'y suis mis.</p>   |   |
| <b>L'importance de se former</b> | <p>A17 : c'est tellement complexe que tu ne peux pas dire que demain je suis infirmière en éducation non. Il faut avoir des bases et une formation absolument et il faut avoir des expertises dans un domaine d'activité, on va dire comme là diabétologie, il faut avoir euh, déjà une connaissance, il faut avoir des compétences pédagogiques.</p> <p>A 37 : Oui, cette formation était bien et elle m'a permis d'être plus à l'aise avec les étudiants parce qu'on a eu des cours</p> | <p>B 32 : Donc ça vient avec les années ça, et puis il y a les formations qui aident énormément et puis surtout, bien c'est en forgeant que l'on devient forgeron donc, donc on devient à l'aise face à un public mais avec le temps. Donc ça, je pense que ça va beaucoup mieux qu'au début.</p> <p>Tu sais, je donne des cours depuis longtemps à l'IFSI dans le module Endocrinologie ; au début quand j'étais face à un groupe de 70 étudiants je n'étais pas forcément à l'aise.</p> | <p>C 16 : . Je pense que par rapport à ces autres compétences, je les ai travaillées aussi avec ma formation tutorat, surtout la distance thérapeutique, euh, j'ai, j'avais déjà beaucoup travaillé par rapport à ça,</p> |

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
|  | <p>aussi sur la communication. En plus, le fait de retourner en formation, cela permet de réapprendre des choses que tu as vu pendant tes études ou des choses qui ont évolué et tu peux tout de suite le mettre en pratique quand tu retournes au travail.</p> | <p>Maintenant les promotions sont de 120 étudiants et bien ça va, j'arrive à bien m'exprimer, à faire passer le message et à veiller à bien distribuer la parole.</p> <p>J'aime bien donner des cours, on voit les étudiants sous un autre visage, c'est important aussi pour nous. Les étudiants viennent dans les services, c'est un peu normal que nous aussi nous allions à l'IFSI .</p> |  |
|--|---|--|--|

# **BIBLIOGRAPHIE**

## **Livres**

- Bardin** Laurence : « L'analyse des contenus », Paris, PUF, 1977
- Bonnici** Bernard : « La politique de santé en France », Paris, PUF, 1997
- Boutinet** Jean-Pierre : « Grammaire des conduites à projet », Paris, PUF, 2010
- Bellier** Sandra, « Traité des sciences et techniques de la formation », Paris, Dunod, 1999
- Benner** Patricia, « De novice à expert », Paris, Inter Editions, 1995
- Denoyel** Noël, « Penser l'accompagnement Adulte », Paris, PUF, 2007
- Dubois Fresnays** Catherine, **Perrin** Georgette : « Le métier d'infirmière en France », Paris, PUF, 2009
- Fabre** Michel, « Penser la formation », Paris, PUF, 1994
- Geay** André, « L'école de l'alternance », Paris, L'harmattan, 1998
- Gérard** Jean-Louis, « Guide prépa », Paris, Masson
- Le Boterf** Guy : « Développer la compétence des professionnels », Paris, Editions d'Organisation, Juin 2002
- Le Boterf** Guy : « Construire les compétences individuelles et collectives », Paris, Editions d'Organisation, 2000
- Le Boterf** Guy : « Ingénierie de la Formation », Paris, Editions d'organisations, 1999
- Le Bouëdec** Guy : « L'accompagnement en éducation et en formation », Paris, L'Harmattan, 2001
- Lévy-Leboyer** Claude : « La gestion des compétences », Paris, Editions d'organisation, Juillet 2002
- Pinto** Roger, **Grawitz**, Madeleine « Méthodes des sciences sociales », Paris, Dalloz, 1971
- Quivy** Raymond, Van Campenhoudt Luc : « Manuel de recherches en sciences sociales », Paris, Dunod, 2002
- Raoult** Nicole : « Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences en milieu hospitalier », Paris, L'harmattan, 1991
- Rogers** R Carl : « Le développement de la personne », Paris, Dunod, 2001
- Zarifian** Philippe : « Objectif compétence », Paris, Editions Liaisons, 2004

## **Articles**

**Borde, F** (2009), « Analyse de la pratique et entretien d'explicitation », in Soins Cadres, n°72, 2009, pp S 15 – S 17

**Bouissau C, Brau-Antony S.** (2005), « Réflexivité et pratiques de formation, Regards critiques » in Carrefours de l'éducation, n°20, Juillet – Décembre 2005, pp 113 – 121

**Cattiaux, C** (2009), « Le stage, une coopération revisitée pour une dynamique d'apprentissage réinventée » in Soins Cadres, n° 70, 2009, pp S 4 à S 7

**Coupat, P** (2008), « Quelles postures professionnelles dans l'éducation à l'observance thérapeutique ? » in Recherche en Soins Infirmiers, n° 92, pp 106 à 113

**Fonteneau, R** (1993), « L'alternance partenariale » in Education Permanente, n° 115, p 29

**Foucart, J** (2008), « Accompagnement et transaction : une modélisation théorique », in Pensée Plurielle, n° 17, 2008/1, pp 113-134

**Goudeaux A** (1998) « A propos de la formation initiale et continue des personnels soignants hospitaliers : travail réel et formation en alternance » in Recherche en soins infirmiers, n°54

**Paul, M** (2009), « Autour du mot Accompagnement » in recherche et Formation, n° 62, 2009, pp 129-139

**Sallabery, JC, Geay, A,** (1998), « La didactique en alternance ou comment enseigner dans l'alternance ? in Revue française de pédagogie, volume 128, n°1, pp 7-15

**Vermersch, P,** (2004), « Aide à l'explicitation et retour réflexif » in Education Permanente, n° 160, pp 71-80.

**Vial, M,** (2005), « L'accompagnement est une intervention », GRAP, texte distribué à l'Ecole Supérieure de l'Education Nationale, p5-6

**Wittorski, R.** (1998). « De la fabrication des compétences » in Education Permanente, n° 135, 1998-2, pp 57 à 67

## **Sites internet**

[www.reseauvial.org](http://www.reseauvial.org)

[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

[www.persee.fr](http://www.persee.fr)

[www.univ-tours.fr](http://www.univ-tours.fr)

[www.Theses.univ-lyon2.fr/theses1999/gprunet/these\\_body.htm](http://www.Theses.univ-lyon2.fr/theses1999/gprunet/these_body.htm)

# TABLE DES MATIERES

|   |      |
|---|------|
| <b>Introduction</b>   | P 5  |
| <b>Du trajet au projet</b>  | P 7  |
| <br>  |      |
| <b><u>Première partie : Approche contextuelle et conceptuelle</u></b>                 | P 10 |
| <b>I- L’accompagnement en contexte hospitalier : contraintes, enjeux et évolution</b> | P 10 |
| I-1. Historique de l’hôpital  | P 10 |
| I-2. Un contexte de pénurie de personnel  | P 12 |
| I-3. Une exigence accrue de qualité   | P 13 |
| I-4. L’historique de la profession d’infirmière                                       | P 15 |
| I-5. L’historique de la profession de cadre de santé                                  | P 17 |
| I-6. La réforme de l’enseignement des soins infirmiers                                | P 18 |
| I-7. La réforme du système de santé   | P 21 |
| I-7-1. La prévention et la santé publique dans la loi HPST                            | P 22 |
| I-7-2. L’éducation thérapeutique du patient   | P 23 |
| <b>II- Les concepts de compétence, d’alternance et d’accompagnement</b>               | P 24 |
| II-1. Le concept de compétence  | P 24 |
| II-2. Le concept d’alternance   | P 30 |
| II-3. Le concept d’accompagnement   | P 34 |
| II-3-1. S’entendre sur les mots   | P 34 |
| II-3-2. Définition du terme « accompagnement »  | P 35 |
| II-3-3. Les domaines de l’accompagnement  | P 36 |
| <b>III- Emergence de la question de recherche et problématisation</b>                 | P 37 |

|  |      |
|--|------|
| <b><u>Deuxième partie : Approche méthodologique</u></b>                                | P 40 |
| <b>I- La méthodologie de la recherche</b>  | P 40 |
| I-1. Choix de l'outil d'enquête  | P 41 |
| I-2. Choix de la population étudiée et du terrain d'enquête                            | P 41 |
| I-3. Les limites de l'enquête  | P 41 |
| I-4. Construction de la grille d'entretien   | P 42 |
| I-4-1. Quelques mots sur l'entretien d'explicitation                                   | P 42 |
| I-5. Critères de réalisation des entretiens  | P 43 |
| I-6. Transcription des entretiens  | P 44 |
| <br><b>II- L'analyse et l'interprétation des entretiens</b>                            | P 44 |
| II-1. L'analyse de contenu   | P 45 |
| II-2. L'analyse et l'interprétation  | P 46 |
| II-2-1. Le trajet des interviewés : polyvalence et mobilité                            | P 46 |
| II-2-2. Polyvalence et mobilité peuvent-elles générer de la compétence ?               | P 49 |
| II-2-3. Des professionnels qui se forment  | P 50 |
| II-2-4. Des professionnels qui forment   | P 51 |
| II-2-5. L'accompagnement des étudiants et des patients : une dynamique d'action        | P 52 |
| II-2-6. L'accompagnement des étudiants et des patients : une dynamique de projet       | P 54 |
| II-2-7. L'accompagnement des étudiants et des patients : la dimension relationnelle    | P 57 |
| II-2-8. Relation d'aide et d'accompagnement : points communs et différences            | P 57 |
| II-2-9. L'accompagnement des étudiants et des patients : un engagement commun          | P 58 |
| II-2-10. L'accompagnement des étudiants et des patients : un discours commun           | P 59 |
| II-2-11. L'accompagnement des étudiants et des patients : savoir expliciter            | P 60 |
| II-2-12. L'accompagnement des étudiants et des patients : un équilibre à trouver       | P 61 |
| II-2-13. L'accompagnement des étudiants et des patients : l'importance de l'évaluation | P 63 |

|   |       |
|---|-------|
| II-2-14. L'accompagnement des étudiants et des patients : quelles compétences ?     | P 65  |
| II-2-15. L'accompagnement des étudiants et des patients : l'importance de se former | P 66  |
| <b>Conclusion</b>   | P 69  |
| <b>Annexes</b>  | P 73  |
| • Arrêté du 2 août 2010 relatif à l'éducation thérapeutique du patient              | P 73  |
| • Guide d'entretien   | P 75  |
| • Entretien d'Alice   | P 76  |
| • Entretien de Bruno  | P 82  |
| • Entretien de Coralie  | P 94  |
| • Grilles d'analyse de contenu  | P 100 |
| <b>Bibliographie</b>  | P 117 |
| <b>Table des matières</b>   | P 119 |

1

2



## **MENTORING STUDENTS IN NURSING AND EDUCATION THERAPEUTICS OF PATIENTS BY NURSES**

Contribution to the study of transferable skills.

University François Rabelais Tours

UFR Human Arts and Sciences

Department of Educational Sciences and Training

Professional Master's 1st year

Specialty of Professional Engineering Training

### **Résumé :**

The year 2009 saw two major legislative changes occur in the field of nursing: The law of July 21 (said HPST) establishing, among other things, a legal framework in education and therapeutic accompaniment of the patients and the Order of July 31 reforming nursing education teaching whose construction is based on the acquisition of competences and whose level makes it possible to obtain the university rank of licence.

The nursing care services have invested for many years now the field of education through the therapeutic education of patients and the training of students. They are also formed to practice more efficiently.

Are these educational skills acquired thanks to the training tutelage and to the experience of student's accompaniment transferable in the others activities as the therapeutic education of the patient? That is the question asked by the author in this research work.

Having presented a contextual lighting and an abstract approach, an analysis of interviews of three nurses exercising functions of accompaniment of students and patients will allow the author to propose some elements of answer and a track for thinking.

**Key Words :** Competence – Accompaniment– Dual training system - Versatility

PENTECOUTEAU Marc



## **Accompagnement des étudiants en soins infirmiers et éducation thérapeutique des patients par les infirmiers.**

Contribution à l'étude des compétences transférables.

Université François Rabelais-Tours

UFR Arts et Sciences Humaines

Département des Sciences de l'Éducation et de la Formation

Master Professionnel 1<sup>ère</sup> année

Mention Professionnelle Ingénierie de la formation

### Résumé :

L'année 2009 a vu apparaître deux changements législatifs majeurs dans le champ des soins infirmiers : la loi du 21 juillet dite HPST instituant, entre autres, un cadre légal aux actions d'éducation et d'accompagnement thérapeutique des patients et l'arrêté du 31 juillet réformant les études en soins infirmiers dont la construction pédagogique est basée sur l'acquisition de compétences et dont le niveau permet d'obtenir le grade de licence universitaire.

Les infirmiers des services de soins ont investi depuis des années maintenant le champ de l'Education à travers l'éducation thérapeutique des patients et la formation des étudiants. Ils se forment également pour exercer plus efficacement.

Ces compétences pédagogiques acquises grâce aux formations « tutorat » et à l'expérience d'accompagnement d'étudiants sont-elles transférables dans d'autres activités comme l'éducation thérapeutique du patient ? Telle est la question posée par l'auteur dans ce travail de recherche.

Après avoir présenté un éclairage contextuel et une approche conceptuelle, une analyse d'entretiens réalisés auprès de trois infirmiers exerçant des fonctions d'accompagnement d'étudiants et de patients permettra à l'auteur de proposer quelques éléments de réponse et une piste de réflexion.

Mots clés : Compétence – Accompagnement – Alternance - Polyvalence