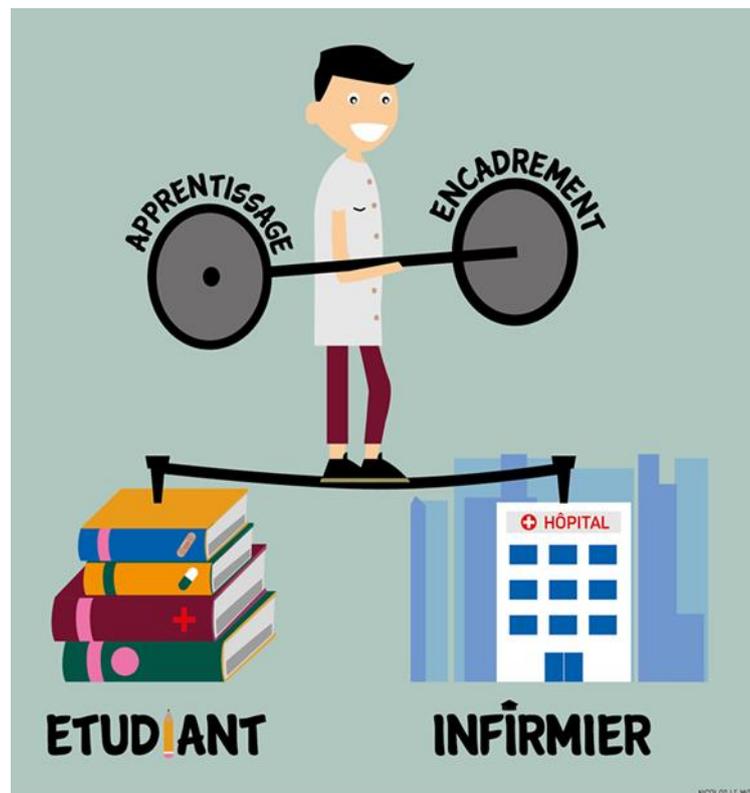




Mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers

**Apprendre à apprendre**

En quoi l'encadrement d'un infirmier de proximité auprès d'un étudiant en soins infirmiers a-t-il un impact dans la qualité de l'apprentissage d'un soin au patient ?



BIRON Emeline

Formation infirmière

Promotion 2017-2020



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

**DIRECTION REGIONALE  
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS  
ET DE LA COHÉSION SOCIALE**  
Pôle formation-certification-métier

## **Diplôme d'Etat d'Infirmier**

**Travaux de fin d'études :**  
MIRSI : Apprendre à apprendre

Conformément à l'article L 122-4 du code de la propriété intellectuelle du 3 juillet 1992 : « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite. Il en est de même pour la traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque ».

***J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat Infirmier est uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail personnel.***

***Et, si pour mon argumentation, je copie, j'emprunte un extrait, une partie ou la totalité de pages d'un texte, je certifie avoir précisé les sources bibliographiques.***

**Le 4 Mai 2020**

**Signature de l'étudiant :**

*BIRON*

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

Art. 441-1 : Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

Loi du 23 décembre 1901, réprimant les fraudes dans les examens et concours publics.

Art. 1<sup>er</sup> : Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat constitue un délit.

## REMERCIEMENTS

J'adresse mes remerciements aux personnes qui m'ont aidée dans la réalisation de ce mémoire.

Je tiens à remercier l'équipe pédagogique de mon Institut de Formation en soins infirmiers pour son accompagnement dans mon cursus.

Je remercie les deux infirmiers interviewés pour leur contribution à ma démarche de recherche.

Je souhaite particulièrement remercier mes proches et amis pour leur soutien, leur relecture et les corrections de mon mémoire.

Un grand merci également à Nicolas Le Mat pour la création et la réalisation de l'image présente en page de garde.

# SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
1. Des situations cliniques aux questionnements professionnels.....	2
1.1 Présentation des situations d'appel.....	2
1.1.1 Première situation.....	2
1.1.2 Deuxième situation.....	2
1.2 Questionnements.....	3
1.2.1 Questionnements en lien avec les situations.....	3
1.2.2 Emergence d'une question de départ.....	4
2. Cadre conceptuel.....	5
2.1 La formation en soins infirmiers.....	5
2.1.1 Le grand principe qui la régit : l'alternance.....	5
2.1.2 Focus sur les stages : définition et cadre législatif.....	5
2.1.3 Les objectifs de stages en lien avec l'acquisition de compétences.....	6
2.2 L'étudiant dans son apprentissage auprès du patient.....	7
2.2.1 L'étudiant : définition, son engagement avec le portfolio.....	7
2.2.2 L'apprentissage : définition et théories.....	7
2.2.3 La place du patient et le rôle de la simulation.....	9
2.3 L'encadrement de l'infirmier de proximité auprès de l'étudiant.....	9
2.3.1 Les professionnels participant à l'encadrement.....	9
2.3.2 Les devoirs des infirmiers de proximité.....	10
2.3.3 L'encadrement : définition, les différentes méthodes.....	11
2.4 La qualité des soins : un essentiel pour le patient.....	12
2.4.1 Les besoins des patients.....	12
2.4.2 La qualité d'un soin : législation, définition, composantes.....	13
2.4.3 L'erreur une entrave à la qualité des soins.....	14
3. Analyse des entretiens.....	15
3.1 Dispositif méthodologique.....	15
3.2 Analyse.....	16
3.2.1 Carrières des professionnels infirmiers interrogés.....	16
3.2.2 La formation au tutorat.....	16

3.2.3 Le dispositif de l'alternance au sein du cursus infirmier.....	17
3.2.4 L'obligation d'encadrer un étudiant pour la journée.....	18
3.2.5 L'apprentissage de l'étudiant en soins infirmiers.....	19
3.2.6 La qualité d'un soin.....	19
3.2.7 L'encadrement d'un étudiant lors d'une pose d'une voie veineuse périphérique...	19
3.2.8 La place du patient lors d'un soin mené par un étudiant encadré.....	21
3.2.9 L'erreur dans le soin.....	21
4. Discussion.....	22
4.1 La place de l'alternance dans la formation en soins infirmiers.....	22
4.2 L'investissement de l'encadrant auprès d'un étudiant.....	23
4.3 Les étapes de l'encadrement.....	24
4.4 L'apprentissage d'un soin.....	25
4.5 Le patient au sein du dispositif d'apprentissage et d'encadrement d'un soin.....	27
4.6 La définition de la qualité d'un soin.....	28
4.7 L'erreur comme piste de réflexion, d'apprentissage.....	28
CONCLUSION.....	29
BIBLIOGRAPHIE.....	32
ANNEXES.....	35

# INTRODUCTION

Etudiante infirmière en 3ème année de formation à l'IFSI (Institut de Formation en Soins Infirmiers) du CHU de Rennes, je réalise ce Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers dans le cadre de la validation de mon Diplôme d'Etat. Pour ce travail, j'ai choisi de me concentrer sur l'encadrement des étudiants dans l'apprentissage d'un soin et l'impact potentiel pour le patient.

Durant mes stages j'ai vécu diverses expériences en tant qu'encadrée. L'encadrement a pu être facilitateur ou au contraire rendre plus difficile l'apprentissage d'un soin. Ce qui m'intéresse c'est découvrir les méthodes et pédagogies utilisées pour encadrer un étudiant sur le terrain. Tout en préservant la sécurité du patient et la relation de confiance créé. Je souhaite à travers mes recherches comprendre comment en tant que future professionnelle je pourrais encadrer à mon tour un étudiant dans la réalisation d'un soin tout en assurant la qualité de ce dernier au patient.

Dans un premier temps, je décrirai les situations d'appel qui m'ont amené jusqu'à ma question de départ. Je préciserai mon cheminement et mes questionnements qui ont permis l'émergence de cette question.

Dans un second temps, je définirai, grâce à mes lectures, les concepts qui me semblent essentiels dans ce mémoire. Tout d'abord, je définirai ce qu'est la formation en soins puis j'aborderai la notion d'apprentissage de l'étudiant auprès du patient. Ensuite, le concept d'encadrement de l'infirmier de proximité auprès du patient et pour finir j'expliquerai ce qu'est un soin de qualité, élément essentiel pour le patient.

Dans un troisième temps, je réaliserai deux entretiens auprès d'infirmiers de deux services différents. Cela me permettra d'échanger avec eux sur leur vécu. Puis j'analyserai ces entretiens en lien avec mon cadre conceptuel.

Enfin, je mettrai en lien les connaissances acquises lors de ce travail avec ma propre réflexion afin de réajuster la question de départ et envisager les prémices d'une question de recherche.

# 1 Des situations cliniques aux questionnements professionnels

## 1.1 Présentation des situations d'appel

Mes deux situations d'appel se déroulent durant mon stage de chirurgie polyvalente au semestre quatre. Ce choix est délibéré de ma part. Effectivement il me semblait important de confronter ces deux expériences qui ont une organisation et des conditions de travail similaires.

### 1.1.1 Première situation

La première situation se déroule lors de ma deuxième journée de stage. Je suis encadrée par la même infirmière que la veille. Cette dernière reçoit un appel lui disant qu'il faut poser en urgence une sonde urinaire avec de l'Hexvix chez un patient qui part bientôt au bloc. Ce produit permet de détecter la présence de tumeurs en devenant fluorescent. L'infirmière me demande si j'ai déjà réalisé le soin, je lui dis oui mais seulement chez une femme. Pour aller plus rapidement, elle prépare tout le matériel. Je suis stressée car je vois bien par le manque de temps que je n'ai pas le droit à l'erreur et que l'infirmière me mets la pression sans le vouloir. Une fois dans la chambre l'infirmière explique le soin au patient et fais le nécessaire. Je n'ai qu'à enfiler mes gants stériles et attendre qu'elle me fournisse la sonde. Lorsque que tout est prêt je demande au patient de bien respirer et souffler. Je vois que le patient est paniqué et me sens pas très à l'aise mais l'infirmière me regarde de façon insistante alors je me lance. Lorsque j'enfonce la sonde avec le gel anesthésiant dans le méat tout en maintenant la verge le patient se met à crier. L'infirmière exaspérée demande au patient de se détendre mais malgré mes tentatives cela n'aboutit à rien. L'infirmière décide de prendre le relais. Je me sens très déstabilisée et en perte de confiance mais j'essaie au maximum d'aider l'infirmière en rangeant tout le matériel. Une fois sortie de la chambre je suis découragée et dépassée par la situation. Nous n'échangeons pas à ce sujet avec l'infirmière et continuons notre tour de soins.

### 1.1.2 Deuxième situation

La seconde situation, se déroule lors de ma sixième semaine de stage. Lors des transmissions j'apprends qu'il faut poser une voie veineuse périphérique en intra-veineux chez un patient pour faire passer des antibiotiques. N'ayant jamais réaliser ce soin l'infirmière me dit de préparer le matériel, de vérifier la prescription et de sortir le bon médicament. Elle vérifie le tout puis je prépare ma dilution selon les bonnes pratiques. Après toutes ces étapes l'infirmière me demande si je me sens prête à aller perfuser. Je lui affirme que oui. Une fois dans la chambre je demande le consentement du patient puis réalise le soin. L'infirmière me propose de tenir l'opside et la tubulure car l'objectif premier pour elle est que je réussisse à piquer correctement avec le cathéter. Lorsque je pique je réussis à avoir un retour veineux, je branche ma tubulure dessus mais malheureusement la veine a éclaté. Je me sens frustrée

mais l'infirmière m'encourage à essayer sur l'autre bras comme j'ai le bon geste et que j'ai respecté les règles d'hygiène. Le patient est d'accord et souhaite aussi que je réessaie. Je recommence donc le soin et cette fois-ci cela se déroule bien, la perfusion est viable. Je demande au patient si cela a été pour lui, il me dit être content de ma réussite et m'encourage. Ensuite je range le matériel et nous faisons un débriefing hors de la chambre sur la situation. L'infirmière me dit que je maîtrise le soin et que je n'ai pas été déstabilisée par le fait de recommencer.

## 1.2 Questionnements

### 1.2.1 Questionnements en lien avec les deux situations.

- Est-il inscrit dans le référentiel infirmier le devoir de transmettre ses connaissances et former ses pairs ?
- Quelle est la responsabilité de l'étudiant en stage ainsi que de l'infirmier qui encadre ?
- Que permet la formation en alternance dans le cursus infirmier ? Comment l'étudiant peut-il se servir de cette particularité dans les soins ?
- Quelles stratégies peut mettre en œuvre un infirmier pour aider l'étudiant à réaliser ses soins en bonne éduforme, selon les bonnes pratiques ?
- Quels sont les contextes favorables ou non à l'apprentissage ?
- Quelles difficultés rencontrent un étudiant en réalisant un soin qu'il n'a jamais fait ? Comment l'encadrer pour qu'il soit en mesure de le réaliser ?
- Quel rôle et place peut avoir l'infirmier en tant qu'encadrant lors d'un soin ?
- Comment intégrer le patient au dispositif d'apprentissage ?
- L'infirmier doit-il confier un soin que l'étudiant a peu réalisé alors que le patient est dans une mauvaise posture (anxieux, crispé, douloureux) ?
- Sur quels critères un infirmier estime qu'il peut confier un soin à un étudiant ?
- Comment allier apprentissage et qualité lors d'un soin ?

- Quelle est la place donnée à l'erreur en situation d'apprentissage ?

### 1.2.2 Emergence d'une question de départ

L'analyse de ces situations et les questionnements qui en ont découlé m'ont permis d'avoir une réflexion autour de ce thème. J'ai pu observer que la majorité de mes questions était en lien avec quatre catégories majeures. Effectivement ressortent les notions d'alternance et plus particulièrement de stage, d'apprentissage de l'étudiant, d'encadrement de l'infirmier et de qualité des soins auprès du patient.

Pour ce mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers (MIRSI), ma réflexion s'est orientée vers la rédaction de la question de départ suivante :

**« En quoi l'encadrement d'un infirmier de proximité auprès d'un étudiant en soins infirmiers a-t-il un impact dans la qualité de l'apprentissage d'un soin au patient ? »**

Avec cette question de départ je souhaiterais comprendre comment encadrer un étudiant en soins infirmiers lorsque je serais diplômée en identifiant les besoins d'apprentissages de ce dernier. L'objectif étant de continuer d'assurer des soins de qualité au patient, tout en assurant la sécurité de l'étudiant pour ne pas le mettre en difficulté.

## 2 Cadre conceptuel

### 2.1 La formation en soins infirmiers

#### 2.1.1 Le grand principe qui la régit : l'alternance

D'une durée de trois ans, la formation en soins infirmiers a pour fondement l'alternance. Selon l'arrêté du 31 juillet 2009 modifié par l'arrêté du 13 décembre 2018 relatif au diplôme d'Etat infirmier, l'étudiant se partage entre la « formation théorique de 2 100 heures » et la « formation clinique de 2 100 heures. ». Cette particularité n'est pas commune à toutes les formations de l'enseignement supérieur. La mise en avant de ce système permet de comprendre la place singulière de l'étudiant dans ce dispositif. Plusieurs auteurs expliquent l'intérêt de l'alternance et tentent de réaliser une définition :

D'après Laurence Guillet, l'alternance est un : « véritable moyen d'apprentissage professionnel, qui offre la possibilité à l'apprenant d'occuper une place centrale. Dans cette juxtaposition de fréquences théoriques et professionnelles, elle lui permet de mettre son savoir au profit de son savoir-faire et inversement. L'alternance est au service de la construction des compétences professionnelles, ce fait est indéniable. Elle trouve sa richesse dans le large éventail de protagonistes : étudiants, formateurs, professionnels de divers horizons, différents lieux de stage » (2003, p1).

Quant à Souâd Zaouani-Denoux il explique que l'alternance permet de faciliter le passage de l'individu inactif à actif. La transition professionnelle aide à l'entrée dans le monde du travail, l'étudiant dans sa formation va acquérir le nécessaire de connaissances et des pratiques pour devenir autonome et réaliser les tâches de son travail. Ce dernier va être confronté à la réalité du terrain ce qui peut remettre en question ses propres représentations et ses valeurs. (2005, p124-p126).

De part cette spécificité, l'étudiant est pleinement engagé dans sa formation. Dans ce MIRSI, l'étudiant sera considéré seulement dans sa position de stagiaire.

#### 2.1.2 Focus sur les stages : définition et cadre législatif

Pour le dictionnaire de l'Académie française le stage est une « période de préparation par laquelle doivent passer ceux qui aspirent à certaines professions, pour être admis à les exercer » (1935, p 611).

Selon le guide de l'étudiant de 2018/2019 de la FNEFI (fédération nationale des étudiants en soins infirmiers) « Le stage se définit comme un moyen de formation assurant une mise en situation sociale et professionnelle : il doit conduire la/le stagiaire vers l'autonomie professionnelle en favorisant l'intégration des savoirs théoriques et pratiques nécessaires à l'exercice de sa fonction » (2018, p29).

Pour qu'une structure puisse accueillir un stagiaire, elle se doit d'être munie de plusieurs critères. Tout d'abord d'une « charte d'encadrement » garantissant que l'étudiant sera encadré. Ensuite d'un « livret d'accueil et d'encadrement » comprenant par exemple tous les renseignements nécessaires autour de l'organisation du travail, les prises en soins réalisées et le déroulé du stage. Et enfin d'une « convention de stage » permettant de poser un cadre précis. La signature de l'étudiant, du lieu de stage et de l'institut de formation en soins infirmiers (IFSI) permet l'officialisation et la validation de ce document. Cela montre aussi l'engagement mutuel de chacun pour le bon déroulement du stage. Ces informations sont inscrites à l'annexe 3 du référentiel de formation de 2009. (Bulletin officiel de santé, 2009, p.283).

Au cours de sa formation, l'étudiant suit un parcours de stage défini par le référentiel de formation. Quatre typologies de lieux différents sont requises, permettant d'acquérir les compétences et les différentes « spécificités de prise en soins ». Les passages obligatoires se font dans les structures ayant : des « soins de courte durée », des « soins en santé mentale et en psychiatrie », des « soins de longue durée et de réadaptation » et des « soins individuels ou collectifs sur des lieux de vie » (Bulletin officiel de santé, 2009, p.282). Les stages sont des lieux permettant au stagiaire de développer des compétences qui lui seront utiles pour son futur exercice professionnel. Ces compétences découlent des objectifs de stages posés par l'étudiant.

### 2.1.3 Les objectifs de stages en lien avec l'acquisition de compétences

Lors de son arrivée en stage, l'étudiant doit fournir à l'équipe ses objectifs de stage. Ces derniers « tiennent compte des ressources proposées par le lieu de stage, du niveau de formation de l'étudiant, des demandes spécifiques de l'étudiant » (R.Adam et I.Bayle, 2012, p8).

Ces derniers sont de natures diverses. Il y a « les objectifs institutionnels » qui sont fournis par l'IFSI. Ils correspondent à l'année de formation de l'étudiant et sont d'ordre général. « Les objectifs spécifiques à chaque stage » sont définis quant à eux par l'étudiant après la lecture du livret d'accueil ou par le biais de recherches personnelles. Enfin « les objectifs personnels de l'étudiant » peuvent être en lien avec les stages précédant dans le but d'améliorer sa pratique (I. Bisutti et E. Correia, 2009, p1). Les objectifs de stage sont le fil conducteur du stage, ils permettent de poser un cadre précis et d'orienter l'étudiant vers les besoins qu'il a. Ces besoins sont en lien avec des compétences qu'il doit valider et maîtriser. Elles sont au nombre de dix et apparaissent dans le référentiel.

Les auteurs Rémi Adam et Isabelle Bayle confrontent dans leur ouvrage, deux personnes sur le concept de compétence. Selon Sandra Bellier « la compétence permet d'agir et/ou de résoudre des

problèmes professionnels de manière satisfaisante dans un contexte particulier en mobilisant diverses capacités de manières intégrée ». Quant à Guy le Boterf, « pour “agir” avec compétence, l’individu va articuler “ un savoir-agir”, avec un pouvoir et un vouloir agir”. Il deviendra un “entrepreneur” de ses compétences, tout cela en mobilisant des ressources internes et externes dans un contexte professionnel. » (2012, p15) Ces deux définitions montrent que par le biais de l’acquisition de connaissances, l’individu va s’en emparer pour réaliser une action. Cela va se matérialiser par un savoir-faire. Les compétences ne sont pas innées, elles se développent par l’apprentissage. L’apprentissage ne peut s’effectuer qu’avec un investissement de l’étudiant.

## 2.2 L’étudiant dans son apprentissage auprès du patient

### 2.2.1 L’étudiant : définition, son engagement avec le portfolio

Le dictionnaire Larousse définit l’étudiant comme une « personne qui suit des études supérieures dans une université ou un établissement d’enseignement supérieur, ou une grande école » (étudiant).

L’étudiant en soins infirmiers à un statut spécifique lui permettant de réaliser des actes sous la responsabilité d’un professionnel infirmier diplômé d’Etat. Effectivement ceci est stipulé dans l’article R.4311-12-1. Ce dernier renvoie vers l’article R.4311-10 qui indique une liste exhaustive d’activités pouvant être réalisées et confiées. Grâce à cette jurisprudence l’étudiant peut donc apprendre le futur métier qu’il exercera tout en étant protégé et s’impliquer pleinement dans ses stages.

Le portfolio est un outil montrant l’engagement de l’étudiant dans ses divers stages. Pour Peoc’h le portfolio est « la formalisation langagière et écrite de l’étudiant sur ses apprentissages et sa pratique » (2010, p13). En effet, ce dernier permet à l’apprenant de voir son évolution, ce qu’il a pu assimiler comme compétences et ce qui lui reste à acquérir. En s’auto-évaluant il réfléchit à ses divers besoins d’apprentissage et remet en question ses propres pratiques conduisant à la professionnalisation (R.Adam et I.Bayle, 2012, p80). De plus, les formateurs et tuteurs de stages et professionnels de proximité qui encadrent ont une vision plus large de la progression de l’étudiant et de ses besoins pour l’accompagner au quotidien.

### 2.2.2 L’apprentissage : définition et théories

Selon le centre national de ressources textuelles et lexicales (CNRTL), l’apprentissage est « l’action d’apprendre un métier, en particulier formation professionnelle organisée permettant d’acquérir une qualification pour un métier ». (Apprentissage)

Il me semble important de définir qu’est-ce qu’apprendre puisque cela découle du concept d’apprentissage.

Pour le dictionnaire Larousse apprendre c'est « acquérir par l'étude, par la pratique, par l'expérience une connaissance, un savoir faire quelque chose d'utile » (Apprendre)

Quant au CNRTL apprendre se manifeste par l'acquisition de « la connaissance d'une chose par l'exercice de l'intelligence, de la mémoire, des mécanismes gestuels appropriés, etc. » (Apprendre).

Au fil du temps diverses théories d'apprentissages se sont mises en place. Elles permettent de mettre en évidence la manière dont les individus apprennent. Le béhaviorisme, le constructivisme et le socioconstructivisme en sont les 3 plus grandes.

John Waston est l'inventeur du courant behavioriste, qui a pour particularité de reposer sur le comportement. Effectivement l'étudiant acquiert des connaissances qui se doivent d'être observable de l'extérieur. Par la réalisation d'un comportement adéquat on peut affirmer si l'étudiant maîtrise ou non ce qu'il a appris. Avec cette idée d'apprentissage l'étudiant infirmier qui réalise un soin doit savoir le faire correctement sans faute selon les précautions standard mais il ne lui ait pas demandé de savoir pourquoi il agit ainsi.

Le courant constructivisme quant à lui met en avant que l'étudiant en apprenant développe des ressources. En effet, Jean Piaget estime que les personnes s'adaptent en assimilant puis en s'accommodant. L'intérêt est de trouver un équilibre dans chaque situation entre l'assimilation et l'accommodation. Pour illustrer cette pensée prenons l'exemple d'un étudiant infirmier prenant en soin un patient ayant une hypoglycémie. Cet étudiant connaît les normes glycémiques, il est déstabilisé de savoir que c'est en dessous de la norme. Il va alors rechercher les causes expliquant ce phénomène et voir ce qu'il peut mettre en œuvre pour y pallier. Les recherches effectuées seront assimilées et il va s'en accommoder. Lorsque ces étapes seront réalisées il va rééquilibrer sa structure cognitive.

Quant au socioconstructivisme, Lev Vigotski pense que les individus se construisent au cours de divers échanges sociaux et culturels. La socialisation d'un étudiant en soins infirmiers va lui permettre d'apprendre et d'intérioriser des normes et des valeurs propres au métier. De plus ce psychologue affirme que l'étudiant doit apprendre à apprendre, à comprendre et à analyser chaque situation. Ceci est le concept des analyses de pratiques professionnelles ou l'étudiant est dans une posture réflexive. (Cité par G.Barnier, s.d, p.5-11)

A travers ces techniques, je peux constater que les étudiants peuvent apprendre de différentes manières. Cependant des prédispositions sont mises en place par les instituts de formation en soins infirmiers pour aider les étudiants avant de pratiquer sur le terrain auprès de patients.

### 2.2.3 La place du patient dans l'apprentissage de l'étudiant, le rôle de la simulation

Etymologiquement le mot patient est « emprunté du latin *patiens*, participe présent de *pati* » signifiant « éprouver, souffrir » (Patient, s.d, Dictionnaire de l'académie Française)

Selon le dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers un patient est une “personne qui reçoit des soins et des traitements des différents personnels de santé” (M.Potier, 2002, p.239)

Le patient occupe une place centrale dans l'exercice d'un infirmier. Pour un étudiant l'apprentissage d'un soin auprès de lui peut être complexe et de nombreux facteurs entrent en jeu (patient anxieux, peur de faire mal.). La simulation en santé est un outil ayant pour principe “jamais la première fois sur un patient” (HAS, 2019, p.11). Effectivement par le biais d'une mise en situation avec un scénario, un environnement et un patient mannequin proche de la réalité, l'étudiant sait qu'il peut mettre à profit ses connaissances et qu'il a le droit à l'erreur. Les séances se déroulent en trois étapes. “Le briefing” permet de créer un cadre “propice à l'apprentissage”. L'apprenant à toutes les informations nécessaires autour du matériel, le contexte du scénario. Un rappel autour de la bienveillance, de la confidentialité et du non-jugement est nécessaire pour instaurer un climat de confiance. Ensuite “le déroulement du scénario” correspond à la mise en place d'actions par les participants. Le formateur ou un acteur peut venir en aide si besoin pour débloquer la situation si des difficultés sont rencontrées. Enfin, “le débriefing” sert à explorer ce qu'il s'est passé, de raisonner et d'avoir des clés pour une prochaine situation. (HAS,2019, p 14-17)

Le rôle de la simulation est de permettre à l'étudiant de réaliser des actes tout en étant en sécurité, le droit à l'erreur y est autorisé. Il peut se concentrer uniquement sur ses soins techniques. Alors que sur un terrain de stage l'étudiant est confronté à un vrai patient. C'est pourquoi il est nécessaire que l'étudiant soit bien encadré pour optimiser son apprentissage tout en prenant soin de son patient.

## 2.3 L'encadrement de l'infirmier de proximité

### 2.3.1 Les professionnels qui participent à l'encadrement

Divers professionnels suivent l'étudiant infirmier au cours de son stage. En fonction du statut du soignant, il n'a pas le même rôle. La mission commune de chacun d'entre-eux est d'assurer à l'étudiant qu'il soit encadré.

Le maître de stage permet d'assurer le lien entre l'institut et le lieu de stage. Il a un rôle au niveau de l'organisation du stage (accueil, planning...). De plus en cas de difficultés, il permet de régler les

éventuels désaccords rencontrés. Il est “garant de la qualité de l’encadrement”, c’est à dire qu’il a mis en place le nécessaire auprès de ses collaborateurs pour que l’étudiant soit bien suivi.

Le tuteur est un infirmier de proximité ayant choisi cette fonction, il se rend disponible pour suivre l’étudiant. Il effectue auprès de lui des entrevues permettant de connaître ses besoins, lui dire ce qu’il a amélioré pour lui permettre de développer ses compétences. Il remplit aussi les bilans et peut créer un parcours de stage pour que l’étudiant puisse rencontrer divers professionnels pour comprendre “l’ensemble du processus de soins”.

Les professionnels de proximité encadrent tous les jours l’étudiant. Ils lui apportent les connaissances, les savoir-faire particuliers en fonction des besoins et des demandes de ce dernier. Ils le guide ensuite dans diverses activités de soins permettant au stagiaire de développer ses savoirs théoriques et expérientiels à travers diverses analyses de pratique.

Tous ces professionnels participant à l’encadrement de l’étudiant communiquent entre eux pour l’aider à devenir un professionnel compétent susceptible d’être un futur collègue. (Bulletin officiel de santé, 2009, p.281). L’encadrement peut parfois être une source de travail supplémentaire, pourtant c’est une partie intégrante du métier d’infirmier.

### 2.3.2 Les devoirs des infirmiers de proximité

D’après le référentiel d’activités de la profession d’infirmier, la formation et l’information des stagiaires est une composante du métier. Effectivement dès l’arrivée de l’étudiant un accueil se doit d’être réalisé en bonne et due forme. Il comprend “la délivrance d’informations et de conseils” et un “contrôle du niveau de connaissance, des acquis professionnels et du projet professionnel”. En outre, au cours du stage doit être effectué un “réajustement d’activités réalisées par des stagiaires en vue d’apprentissage”. Son rôle est de favoriser un bon encadrement. C’est-à-dire expliquer “les modalités du soin”, “transmettre les valeurs soignantes”, apporter une “expertise” et apprendre à organiser son “travail”. Un suivi de l’étudiant est nécessaire sur l’ensemble des soins qu’il réalise pour s’assurer qu’il réalise correctement ses derniers (Bulletin officiel de santé, 2009, p.264).

Pour les infirmiers ayant bénéficié de la formation avec la réforme de 2009 et les futurs infirmiers en étude une unité d’enseignement est au programme au semestre 4. Elle se nomme 3.5 “Encadrement des professionnels de soins”. Cette unité apprend à développer les compétences comme évoqué dans le paragraphe ci-dessus (accueil, information, évaluation...). Divers points sont travaillés comme les “théories de l’apprentissage et de l’évaluation”, le “contrat d’encadrement, le tutorat et la conduite de projet d’encadrement”. L’intérêt est donc de former les personnes pour qu’elles aient les ressources nécessaires pour assurer un bon encadrement tout en ayant une bonne posture auprès des étudiants et nouveaux professionnels. (Bulletin officiel de santé, 2009, p.319)

### 2.3.3 L'encadrement : définition, les différentes méthodes

Selon le dictionnaire des soins infirmiers, l'encadrement est une « action pédagogique visant à organiser un stage, à diriger et à accompagner un stagiaire, afin d'assurer au mieux l'apprentissage de sa fonction future » (encadrement, 1995, p61).

Quant à Baudet pour lui l'encadrement « c'est participer à la formation par l'information des étudiants, c'est initier, former, contrôler, réajuster, évaluer » (encadrement, 1987).

Un encadrement de qualité se déroule en trois étapes pour favoriser l'apprentissage du stagiaire. P. Mancheron cite divers auteurs pour montrer l'intérêt de ces étapes.

Tout d'abord le briefing est effectué en amont de la situation d'apprentissage et permet à l'encadrant de rechercher les besoins, les ressources et objectifs de l'apprenant. Selon Bandura il est nécessaire de connaître le sentiment d'auto-efficacité. C'est-à-dire la conviction et la motivation de la personne à effectuer un acte. Plus ce sentiment est élevé, plus l'individu est apte à faire face à divers contretemps et désagréments. Il est important de le connaître pour encourager l'apprenant et renforcer ce sentiment d'auto-efficacité et lui permettre de prendre confiance en lui. De plus il faut rechercher le positionnement de l'étudiant et quel est son objectif lors de la réalisation d'un soin. Effectivement soit il est dans un but de maîtrise, soit dans un but de performance. Pour Nicholls, la maîtrise permet à l'étudiant de développer sa pratique dans le but de l'acquérir sur le long terme. L'apprenant souhaite s'investir dans son apprentissage pour être autonome même si parfois il peut rencontrer des obstacles. Alors que la performance permet à l'apprenant de montrer ce qu'il est capable de faire dans l'objectif d'être meilleur que les autres à un instant précis, il ne souhaite pas se retrouver en difficulté par peur d'échouer. En tant qu'accompagnateur, il faut recentrer l'étudiant dans un but de maîtrise et bien différencier lorsque l'étudiant est dans la formation ou l'évaluation car les attentes ne sont pas les mêmes. Selon Zeitler, lorsque l'étudiant est dans une position de formation il est à stipuler qu'il ne doit pas à tout prix réussir ce qu'il entreprend puisqu'il est dans une situation d'apprentissage.

Durant le déroulement de la situation, l'encadrant doit adopter une posture d'équilibriste. Cette dernière se concrétise en permettant « à l'apprenant d'être acteur de ses apprentissages tout en préservant la sécurité du patient ». Lorsque la réalisation d'un acte est proposée à l'étudiant, l'infirmier doit faire attention que la situation s'y prête. Par exemple éviter la pression temporelle pouvant précipiter l'étudiant et lui faire commettre des erreurs. La situation doit être productive et constructive, elle doit servir de réflexion à l'étudiant pour le futur.

Pour finir un débriefing est nécessaire pour faire le bilan. L'intérêt est de connaître la cohérence interne de l'apprenant. Il faut l'interroger sur la manière dont il a réalisé les tâches, comment cela s'est passé, ses intentions et ses préoccupations. Cela permet à l'étudiant de réfléchir sur sa pratique tout en faisant appel à ses connaissances théoriques qu'il va confronter à la réalité du terrain afin de les réutiliser une prochaine fois. Selon Le Boterf, "la notion de transférabilité, clé de l'expertise n'est pas à rechercher dans les compétences, les savoir-faire ou les connaissances mais dans la faculté qu'a un professionnel à établir et à tisser des liens, à construire des connexions entre les situations nouvelles qui se présentent à lui et celles investies antérieurement."

Ce qui est important de souligner en outre de ces trois étapes pour assurer un encadrement de qualité, c'est la présence de configuration sociale d'apprentissage porteuse avec des interactions entre l'apprenant et l'encadrant. L'objectif commun de ces deux acteurs est de garantir un soin de qualité pour le patient et préserver sa sécurité. (2018, p.10-41)

## 2.4 La qualité des soins : un essentiel pour le patient

### 2.4.1 Les besoins des patients

Le patient comme vu précédemment est une personne qui est dépendante des professionnels puisque pour diverses raisons il reçoit par exemple des traitements, des soins ou passe des examens. De ce fait, des besoins en ressortent. Plusieurs auteurs ont construit des idéologies autour des besoins fondamentaux des patients qui ont fait évoluer la manière de prendre en soin. Ces théories sont par ailleurs enseignées en IFSI avec l'unité d'enseignement 3.1 raisonnement et démarche clinique infirmière. De plus dans le référentiel de compétences il est inscrit que l'infirmier doit savoir "évaluer les besoins de santé et les attentes d'une personne ou d'un groupe de personnes en utilisant un raisonnement clinique". (Bulletin officiel de Santé, 2009, p266)

Le psychologue Abraham Maslow a réalisé des travaux qui ont été repris pour créer la théorie portant son nom. Cette dernière consiste à regrouper les besoins de manière hiérarchique en les priorisant sous forme de pyramide. On y retrouve à la base les besoins "physiologique" (alimentation, élimination...), ensuite les besoins de "sécurité" (environnement stable et non menaçant...), puis les besoins "d'appartenance" (affection venant des autres...), après les besoins "d'estime" (reconnaissance des autres...) et enfin au sommet les besoins "d'accomplissements" (développement personnel...). Lorsqu'un besoin est satisfait un autre plus élevé dans la pyramide va prendre sa place. A l'inverse lorsqu'un besoin plus bas dans la pyramide n'est pas satisfait il redevient prioritaire par rapport aux autres. (Cité par l'IFSI CHU Rennes, s.d, p10-11)

La seconde théorie est celle des 14 besoins fondamentaux de Virginia Henderson. C'est une déclinaison de la théorie de Maslow "centrée sur l'individu malade ou en santé". Aujourd'hui cette

dernière est “préconisée par l’OMS”. Selon Mme Henderson infirmière américaine “un besoin fondamental est une nécessité vitale et essentielle à l’être humain pour assurer son bien-être et sa préservation physique et mentale”. Elle distingue 14 besoins fondamentaux qui sont les suivants : “boire, respirer, éliminer, se vêtir, être propre, communiquer, s’occuper en vue de se réaliser, maintenir la température du corps, se mouvoir, éviter les dangers, dormir, apprendre, se recréer et agir selon ses croyances”. (Cité par l’IFSI CHU Rennes, s.d, p 21 à 41)

Ces théories montrent que tout individu a des besoins qui se doivent d’être satisfaits peu importe qu’ils soient indépendants ou dépendants de quelqu’un. Les professionnels de santé ainsi que les étudiants se doivent d’apporter des soins de qualité pour répondre à leurs besoins.

#### 2.4.2 La qualité d’un soin : législation, définition, composantes

Selon l’article R4311-2 inscrit dans le référentiel d’activités “les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l’évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne dans le souci de son éducation à la santé en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle”.

La revue actualité et dossier en santé publique cite diverses définitions d’auteurs et d’institutions autour de la qualité des soins (2001, p24) :

Selon l’OMS, la qualité des soins permet “ de garantir à chaque patient un ensemble d’actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l’état actuel de la science médicale, au meilleur coût, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédure, de résultats et de contacts humains à l’intérieur du système de soins » (1982)

La qualité des soins est définie en 1990 par l’Institute of Medicine par la “capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d’augmenter la probabilité d’atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment.”

Un soin de qualité requiert diverses composantes pour être considéré comme qualitatif. Différentes méthodes peuvent être mises en place pour reconnaître un soin de qualité. La méthode “RECORSET” semble être pertinente pour tout professionnel soignant et met en avant huit critères de qualité. La “Relation soignant- soigné” avec l’écoute, la communication, l’adaptation du langage, la confiance, la proxémie et l’empathie envers le patient. L’“Efficacité” avec le respect des étapes du soin,

l'asepsie, le choix d'un matériel adapté, la dextérité, le maintien de l'autonomie, la participation du patient et lors du soin. Le "Confort" avec le bien-être physique et psychologique du soigné et l'ergonomie du soignant. L'organisation" avec la connaissance du dossier patient, la préparation complète du matériel avant le soin, l'organisation dans la chambre du patient. La "Responsabilité", avec le soignant qui doit agir selon ses compétences et dans le respect de ses fonctions. La "Sécurité" avec la maîtrise du soin à réaliser, la mise en sécurité du patient, sécurité dans la réalisation du soin. L'"Economie" avec la gestion du temps et matériel (éviter de gaspiller...). La "Transmission" sur le patient/soin réalisé de manière écrite et orale. (Cité par IFSI CHU, s.d, Rennes p.36)

La qualité des soins est essentielle pour répondre aux besoins des patients. Cependant une altération de la qualité peut parfois se manifester et avoir un impact sur le patient.

#### 2.4.3 L'erreur une entrave à la qualité des soins

Le guide pédagogique de l'Organisation mondiale de la santé cite des auteurs autour de la notion d'erreur :

Selon Bill Runciman l'erreur c'est « Mal faire en pensant bien faire » (p.5)

D'après James Reason, l'erreur se définit par des « Séquences planifiées d'activités mentales ou physiques qui ne parviennent pas à atteindre l'objectif désiré, quand ces échecs ne peuvent être attribués à l'intervention du hasard. » (p.5)

L'erreur peut survenir de diverses manières, ce même guide met en avant des éléments pouvant être à l'origine de celle-ci. Voici une liste non-exhaustive favorisant l'erreur. Le "manque d'expérience, des contraintes liés au temps, une vérification insuffisante, des procédures défectueuses, une information inadéquate, une capacité de mémorisation limitée, la fatigue, le stress, la faim, les facteurs linguistiques et culturels et les comportements dangereux" (p.12-13) De plus, l'erreur peut entraîner des conséquences et impacter le patient avec plus ou moins de gravité. L'article R.6111-1 montre que "constitue un événement indésirable associé aux soins tout incident préjudiciable à un patient hospitalisé survenu lors de la réalisation d'un acte de prévention, d'une investigation ou d'un traitement."

L'erreur peut être considérée comme un biais de réflexion et de ce fait permettre aux professionnels de santé ainsi qu'aux étudiants de réfléchir à leurs pratiques pour à l'avenir assurer des soins de qualité. L'article R.6111-1 met en avant que « La gestion des risques associés aux soins vise à prévenir l'apparition d'événements indésirables associés aux soins et, en cas de survenance d'un tel événement, à l'identifier, à en analyser les causes, à en atténuer ou à en supprimer les effets

dommageables pour le patient et à mettre en œuvre les mesures permettant d'éviter qu'il se reproduise.” La compétence 7 « Analyser la qualité et améliorer sa pratique professionnelle » du référentiel de compétences montre que cela fait partie du cœur de métier de l'infirmier (Bulletin officiel de santé, 2009, p271)

### 3. Analyse des entretiens

#### 3.1 Dispositif méthodologique

Après mes lectures, j'ai choisi d'effectuer deux entretiens auprès d'infirmières. L'objectif étant de pouvoir mettre en confrontation leurs pensées, leurs diverses expériences et ainsi apporter du contenu à ma recherche. Avec ces échanges je peux comparer les multiples informations lues avec la réalité du terrain.

En amont des entretiens, j'ai réfléchi à la conception d'un entretien semi-directif. L'intérêt de cette méthode est d'orienter la personne interrogée vers des sujets précis tout en lui laissant l'opportunité d'exprimer ce dont elle a envie et de ce fait enrichir l'échange.

J'ai eu l'occasion de tester mon guide d'entretien auprès d'étudiantes infirmières de ma promotion pour voir sa cohérence. L'objectif étant de le réajuster si des questions étaient mal formulées et si les réponses données ne correspondaient pas à mes attentes. Après discussion avec elles, nous en avons conclu qu'il n'avait pas besoin de modification.

Mon premier entretien a pu se réaliser par le biais de mon IFSI. En effet, j'ai fait une demande auprès de mon référent. Par la suite j'ai été contactée par une infirmière du Centre Hospitalier Universitaire de Rennes, travaillant dans le service de chirurgie cardiaque et thoracique. La discussion s'est déroulée dans un bureau de consultation du service, après la journée de la professionnelle. L'entretien a duré 26 minutes, je l'ai enregistré avec mon téléphone portable avec le consentement de la personne.

Quant au second entretien, j'ai contacté une amie qui connaissait un infirmier intéressé par la thématique de mon mémoire. La sollicitation s'est faite par mail, nous nous sommes rencontrés dans un café en dehors du temps de travail du soignant. Il travaille au Centre Hospitalier de Saint-Malo dans le service de médecine. J'ai eu l'autorisation d'enregistrer l'échange par le biais de mon téléphone portable. Ce dernier a duré 20 minutes.

Ces deux entretiens vont me permettre de comparer les réponses des deux soignants qui n'ont pas les mêmes expériences puisqu'ils ont obtenu leur diplôme à des dates différentes. De plus, l'un d'entre eux endosse le rôle de tuteur ce qui peut apporter aussi une autre vision de l'encadrement.

Les entretiens vont enrichir et illustrer tout ce que j'ai pu développer dans mon cadre conceptuel. Ils ouvrent d'autres sujets de réflexions, des axes que je n'aurais pas pensé travailler. J'ai cependant rencontré des difficultés lors des entretiens. Effectivement, ce n'est pas toujours facile de cadrer les réponses de relancer les infirmiers pour approfondir certaines réponses fournies. L'entretien semi-directif n'est pas un exercice facile puisqu'il a fallu fixer une durée de 30 min maximum. Cela m'a donc empêché parfois de rebondir, par peur de dépasser le temps accordé.

Lors de mon analyse des entretiens, j'ai créé un tableau reprenant les propos des professionnels. Ce dernier se trouve en annexe, il m'a permis d'exploiter les échanges pour développer des liens et des comparaisons. Pour maintenir l'anonymat des soignants j'ai décidé de nommer la première professionnelle « IDE 1 » et le second « IDE 2 ». Le terme « IDE » signifie infirmier diplômé d'Etat.

## 3.2 Analyse

### 3.2.1 Carrières professionnelles des IDE interrogés

Les deux IDE interrogés n'ont pas le même parcours professionnel, ni les mêmes expériences. L'IDE 1 est diplômée depuis 1994 alors que le l'IDE 2 seulement depuis 2016. L'IDE 1 a exercé dans divers services, en soins intensifs de cardiologie pendant 9 ans. Par la suite, elle a exercé six mois en libéral en attendant sa mutation. Une fois que la demande de mutation a été accepté elle s'est dirigée vers la pneumologie pendant six ans. Actuellement elle exerce dans un service de chirurgie cardiaque et thoracique et ce depuis onze ans. Quant à l'IDE 2 son expérience est composée d'un an à la sortie du diplôme sur le pool de remplacement d'un centre hospitalier. Depuis trois ans il exerce dans le service de médecine de cette même structure. L'IDE 1 a plus d'expérience que l'IDE 2, cependant ils me notifient que tous les deux ont eu des expériences d'encadrements auprès d'étudiants. L'IDE 1 au cours de sa carrière a encadré "un grand nombre" d'étudiants et l'IDE 2 a "pu encadrer en quatre ans plusieurs dizaines d'étudiants".

### 3.2.2 La formation au tutorat

Lors de l'entretien, l'IDE 1 s'exprime autour de l'engagement du suivi des étudiants. Cette dernière dit s'être "portée volontaire pour être tutrice" lorsqu'elle est arrivée dans le service de chirurgie cardiaque et thoracique. Elle est donc tutrice depuis onze ans soit quinze ans après l'obtention de son

diplôme. Concernant l'IDE 2 il n'endosse pas ce rôle. Il justifie ces propos en expliquant qu'il n'a pas "assez d'expérience pour assumer cette fonction". Selon lui cela demande en plus "beaucoup de temps" et un "investissement personnel". L'IDE 1 a choisi de faire tuteur car pour elle c'est "logique d'accepter ce rôle" puisqu'elle est intéressée par l'encadrement. Ce statut de tuteur se concrétise par la formation au tutorat qu'elle a suivi durant "trois jours". Avant le nouveau référentiel de 2009 la formation n'existait pas. Elle permet de faire un "décryptage du portfolio" permettant de "bien le remplir et utiliser les bons termes" et "comprendre ce qu'il y a derrière chaque compétence". L'IDE 2 n'est pas contre l'idée de se former dans "plusieurs années" pour devenir tuteur car il "trouve cela important de former" ses "futurs collègues". Les réponses fournies par les IDE montrent que l'expérience professionnelle semble être un facteur déterminant pour endosser la fonction de tuteur. Cependant tous les deux semblent avoir une appétence autour de l'encadrement.

### 3.2.3 Le dispositif de l'alternance au sein du cursus infirmier.

L'alternance est définie par les IDE par la "théorie" enseignée à l'IFSI et la "pratique" réalisée en stage. Les infirmiers utilisent un registre commun pour montrer l'intérêt de la formation en alternance. L'IDE 1 montre que cela permet de "devenir un professionnel compétent" et l'IDE 2 exprime que l'objectif est la "professionnalisation" et que l'étudiant "va devenir" à la sortie du diplôme un professionnel ayant des compétences solides pour exercer". L'IDE 1 argumente son point de vue en expliquant que l'on "ne peut pas apprendre un métier si humain et technique en restant seulement sur une chaise toute la journée".

L'IDE 2 fait un retour d'expérience en se plaçant lorsqu'il était étudiant pour montrer les effets bénéfiques de l'alternance. Selon lui il a pu "mûrir", "prendre confiance en lui", gagner en "autonomie" et se positionner au sein d'une équipe pluridisciplinaire. Le positionnement au sein d'une équipe fait aussi partie des éléments évoqués par l'IDE 1. De plus, selon elle avoir "le contenu théorique" avant le stage permet à l'étudiant de gagner en "crédibilité" face à l'équipe. Cela permet de créer une relation de "confiance" entre l'équipe et l'apprenant. Les deux professionnels se rejoignent autour de l'utilité de la complémentarité théorie et pratique. Les propos de l'IDE 1 mettent en avant l'idée de "confrontation des connaissances acquises avec la réalité du terrain", l'IDE 2 le rejoint en disant que cela permet "d'adapter son futur exercice professionnel" c'est-à-dire faire des soins selon les recommandations apprises à l'IFSI tout en prenant en compte des difficultés du travail au quotidien. En résumé, l'alternance "bouscule l'étudiant sur ses représentations du travail" par le biais du stage.

Cependant malgré les effets bénéfiques notables les soignants expliquent que parfois les étudiants peuvent être confrontés à des situations difficiles en stage. L'IDE 2 souligne "le décalage" entre les cours et les situations vécues ce qui peut être complexe pour l'étudiant qui n'a pas forcément

le contenu nécessaire pour comprendre et analyser. Il exprime que le stagiaire doit “faire des recherches pour être dans le coup.” Il insiste sur le fait que cela peut “être lourd” de questionner les équipes au quotidien. L’IDE 1 complète ses propos en explicitant que le stage ne peut être un lieu où l’on fournit “autant de contenu” qu’en cours et qu’effectivement l’étudiant se doit de faire “des recherches de son côté”. L’IDE 1 apporte de nouvelles idées non évoquées par l’IDE 2 autour de situation pouvant être dur psychologiquement. Les relations entre le patient et l’étudiant sont “parfois complexes”. De plus la confrontation “à la mort, aux maladies incurables est toujours dur émotionnellement” surtout au début de formation.

### 3.2.4 L’obligation d’encadrer un étudiant pour la journée.

L’IDE 2 lorsqu’il apprend qu’il doit encadrer un étudiant essaye toujours de se “faire son propre avis” sur lui plutôt que d’écouter ce qu’en pense ses collègues. Il pense que certains stagiaires “sont pris en grippe sans raisons valables”. L’IDE 1 ne communique pas autour de son positionnement face à un étudiant qu’elle doit encadrer. Cependant elle précise qu’au vu de son statut de tutrice, elle a souvent rencontré les étudiants avant de les encadrer. Souvent l’IDE 1 accueille les étudiants lors de leurs arrivées en stage. Sinon durant le stage elle peut faire un point avec eux concernant les objectifs de stages. Mais parfois ce n’est pas le cas puisqu’elle n’est pas la seule tutrice sur son lieu de travail.

Les deux IDE rapportent qu’en première intention ils évaluent toujours les capacités de l’étudiant qu’elles devront encadrer. Ils demandent tous les deux “le niveau de formation” de ce dernier. L’IDE 2 précise ne pas avoir les mêmes exigences entre un “première année” et un “troisième année”. Les IDE cherchent à connaître “le parcours de stage” du stagiaire et sa date d’arrivée dans le service. L’IDE 1 ajoute qu’elle cherche à savoir au travers de ces questions “les soins qu’il a effectué” et l’IDE 2 à “cerner globalement ce qu’il a pu acquérir et ce qui lui reste à apprendre”. Finalement les IDE font un récapitulatif pour en connaître un peu plus sur l’étudiant.

A propos de l’organisation menée et proposée à l’étudiant lors de la première journée les deux IDE adoptent toujours une phase d’observation. L’IDE 1 explique qu’elle souhaite que le stagiaire soit avec elle lors “des tours de soins”. Elle veut apprécier les soins réalisés par l’étudiant et voir s’il n’a pas des “manques”. Elle regarde aussi la façon dont il se “comporte” avec elle et les “patients”. Concernant la confiance accordée à l’étudiant, au vu de son expérience elle arrive à savoir “d’entrée de jeu”. L’IDE 2 quant à lui utilise le terme de “responsabilité” montrant que l’étudiant est placé sous la sienne. L’observation lui permet quand il le sent de confier “de plus en plus en plus de soin” à l’étudiant et de le laisser en “autonomie”. Il rappelle tout de même qu’il reste “disponible pour l’accompagner”. Les deux IDE à travers leurs dires, nous montrent que l’observation est une sorte d’évaluation qu’ils gardent

pour eux permettant d'estimer le niveau de l'étudiant pour pouvoir ensuite le laisser ou non réaliser des soins seul.

### 3.2.5 L'apprentissage de l'étudiant en soins infirmiers.

Les IDE interrogés pensent que l'étudiant apprend un soin en stage en "observant" et en "regardant" les personnes qui les encadrent. L'IDE 1 va plus loin dans cette idée en expliquant que le stagiaire va être dans "l'imitation" lorsqu'il sera confronté à un soin similaire il va "reproduire" ce qu'il a vu. Alors que l'IDE 2 est plus nuancé, il dit que ça permet à l'apprenant de voir la réalisation d'un soin d'une certaine manière. Ceci sous-entend qu'il ne faut pas seulement observer et imiter. Les deux professionnels expriment notamment qu'apprendre passe par la réflexion. L'IDE 2 pense que la réflexion se fait au fur à mesure des "expériences" qui font évoluer la "pratique" professionnelle. Quant à l'IDE 1, elle soulève que dans l'apprentissage le plus important est de comprendre le "but du soin" et choisir l'organisation adaptée. L'IDE 2 apporte un point de vue différent de l'IDE 1. Il souligne qu'il est aussi possible d'apprendre par le biais de l'IFSI avec les "travaux pratiques" et la "simulation" en précisant que le "droit à l'erreur" y est possible contrairement à des situations réelles.

### 3.2.6 La qualité d'un soin.

Lors des entretiens les deux professionnels devaient définir ce qu'est un soin de qualité pour eux. Des similitudes sont à noter, ils évoquent tous les deux l'importance de l'hygiène notamment "l'asepsie". Mais également la "rigueur" lors de la réalisation d'un soin. Ils mettent toutes les deux un point d'honneur au bien-être du patient. Les deux infirmiers insistent sur l'absence de "douleur" pour le patient. L'IDE 1 explicite que si le patient est "plaintif" ou qu'il "souffre" c'est qu'elle a "mal anticipé le soin". Elle réfute l'idée de "douleurs induites" lors d'un soin. Pour l'IDE 2 il faut à tout prix "éviter de lui procurer de la douleur". En outre, l'IDE 2 mentionne qu'un soin "réussi" c'est quand il peut être "à l'écoute" du patient et "répondre à ses besoins". Il insiste sur le fait de mettre "le patient au cœur de soin" en étant "à l'écoute" et "bienveillant" tout en respectant les bonnes pratiques. L'IDE 1 émet une idée intéressante en pensant aussi à son confort en mettant en avant son "ergonomie" en adoptant une "bonne posture".

### 3.2.7 L'encadrement d'un étudiant lors d'une pose d'une voie veineuse périphérique.

Avant de confier un soin à l'étudiant les deux infirmiers optent pour des stratégies différentes. Pour l'IDE 1 la réalisation d'un soin est possible seulement si l'étudiant a déjà observé le soin sinon elle ne le laisse "pas manipuler". Elle souhaite qu'il regarde ses "gestes" en lui expliquant le déroulé du soin.

Quant à l'IDE 2 le seul point qu'il met en avant c'est le consentement du patient pour que l'étudiant puisse réaliser le soin. L'IDE 1 rejoint aussi cette idée de consentement du patient qui est obligatoire pour laisser l'étudiant réaliser le soin.

Lorsque les professionnels laissent l'apprenant faire le soin plusieurs étapes sont mises en place pour encadrer l'étudiant. Il y a en amont du soin le briefing, ensuite pendant le soin et enfin en aval du soin.

Dans le temps du briefing les IDE s'accordent pour dire qu'ils demandent toujours à l'étudiant d'avoir une réflexion autour des "étapes du soin" et de la façon dont il va "procéder". L'IDE 2 complète en disant qu'il "réajuste ses propos" si besoin. Conjointement les professionnels veulent que le stagiaire prépare le matériel nécessaire au soin. L'IDE 1 insiste sur "l'anticipation" et "l'organisation" avant le soin, elle demande à l'apprenant d'accomplir le soin comme s'il était "seul" malgré sa présence. Cela veut dire qu'aucun "aller-retour" n'est possible une fois entrer dans la chambre et d'avoir son matériel à "proximité". Avant d'aller dans la chambre avec l'étudiant elle lui donne des conseils autour de son "installation" auprès du patient. L'IDE 2 de son côté met en avant le fait de laisser l'étudiant "regarder la prescription du médecin" et "préparer la poche" tout en l'observant pour ne pas qu'il "commette d'erreur". L'objectif ici est de laisser l'étudiant en semi-autonomie, c'est-à-dire qu'il intervient seulement si besoin. Une fois que l'étudiant a fait toutes ces étapes selon "les bonnes pratiques" avec le matériel nécessaire l'infirmier questionne l'apprenant pour savoir s'il a des interrogations et s'il est "prêt" à effectuer le soin".

Durant le soin les IDE aident toujours l'étudiant qu'ils encadrent. Ils fournissent des recommandations, des conseils à l'étudiant. Au niveau de la posture, ils se positionnent toujours en tant que seconde main. Effectivement dès que l'étudiant est en difficulté ils viennent en soutien ou pour prendre le relais. Ils citent tous les deux utiliser "des gants" pour intervenir. L'IDE 2 apporte plus d'éléments sur sa manière de procéder lors de l'encadrement. Ce dernier veut que l'étudiant lors de la pose de sa VVP (voie veineuse périphérique) pense seulement au geste et non à communiquer avec le patient. Pour lui c'est son rôle de s'occuper du patient et d'interagir avec lui. Par sa présence auprès de l'étudiant et du patient il souhaite instaurer un climat de confiance, rassurant et sécurisant. Il veut que "le soin se passe au mieux". Il aide toujours l'étudiant après avoir piqué puisque "au départ" c'est difficile de tout gérer. De plus, selon ses dires "la dextérité vient en pratiquant". Dans tous les cas les deux soignants semblent toujours être présent lors du soin.

Après le soin lors du débriefing, les deux soignants vont en dehors de la chambre pour communiquer autour de la situation de soin. L'objectif est d'informer l'étudiant sur ce qu'il a réalisé

correctement ou non ainsi que ce qu'il a à améliorer. L'IDE 1 précise qu'elle préfère le faire directement après le soin par "peur d'oublier". Quant à l'IDE 2 il ne demande jamais à l'apprenant d'être performant mais plutôt d'être dans la "réflexion" ce qui l'importe est "l'organisation du soin". Il souhaite faire le point en étant "bienveillant" et le questionne autour de ses ressentis et comment il a "appréhendé" le soin.

### 3.2.8 La place du patient lors d'un soin mené par un étudiant encadré.

Les infirmiers interrogés abordent la notion du consentement du patient. C'est-à-dire qu'ils demandent toujours si le patient est en adéquation avec le fait que l'étudiant fasse le soin. L'IDE 1 souligne ses propos en expliquant qu'elle dit toujours la vérité au patient même si l'étudiant réalise le soin pour la première fois. Elle précise qu'il est rare que les patients "refusent", mais si c'est le cas elle "respecte le choix".

Pour inclure le patient dans le dispositif diverses méthodes sont utilisées. L'IDE 1 adopte une posture "rassurante" auprès du patient. Elle lui dit qu'elle sera aux "côtés" de l'étudiant et qu'elle peut "rattraper" à tout moment ce qu'il fait. Pour elle les patients ne sont pas des cobayes elle ne laisse pas un étudiant repiquer une deuxième fois, elle prend le "relais". L'IDE 2 tient un autre discours en associant le patient au soin en "discutant avec lui". Lorsqu'il vient en aide à l'étudiant en parlant il "explique" aussi au patient. Son objectif est que le patient "soit concerné" par le soin. Il dit même que c'est son "rôle" d'échanger et non celui de l'étudiant qui pourra le faire plus tard lorsqu'il maîtrisera le soin.

### 3.2.9 L'erreur dans le soin.

Les infirmiers questionnés définissent la notion d'erreur. Selon l'IDE 1 c'est "un événement non prévu" et pour l'IDE 2 c'est un acte "mal "réalisé ou "raté". Ils soulignent tous les deux que l'erreur peut avoir un impact négatif sur le patient. L'IDE 2 rejoint ces propos en disant que l'erreur peut "altérer la prise en soins" et potentiellement avoir des "conséquences" sur lui. L'IDE 1 ajoute que cela peut aussi avoir des conséquences "psychologiques" sur le professionnel car ce n'est jamais souhaité. Selon l'IDE 2 les erreurs peuvent être multiples il cite notamment autour des "calculs de dose", de "l'identitovigilance", de "l'asepsie". Il parle aussi des causes conduisant à ces erreurs comme "la surcharge du travail, la fatigue, l'interruption de tâches ou même la méconnaissance d'un soin". Ces propos n'ont pas été évoqués par l'IDE 1. Cependant cette dernière fait un retour d'expérience sur une situation déjà vécue. Elle met en lumière que le plus important est "d'agir" dans l'objectif de réparer son erreur ou de réduire les conséquences. Les deux professionnels mettent un point d'honneur sur

l'analyse de ces erreurs en équipe grâce aux “déclarations d'événements indésirables”. Effectivement pour éviter que cela se reproduise des réunions peuvent être mises en place pour “comprendre les causes, trouver des axes d'amélioration”. L'IDE 2 explique que selon lui c'est une “source d'apprentissage” permettant la “réflexion”. L'IDE 1 affirme que l'erreur étant un “acte négatif” peut se transformer en élément “positif”.

## 4. Discussion

### 4.1 La place de l'alternance dans la formation en soins infirmiers.

Lors des entretiens, les IDE interrogés ont défini l'alternance par l'alliance de la théorie et de la pratique. En effet lors de mes recherches j'ai pu remarquer que ce concept d'alternance est inscrit dans les textes législatifs. Notamment l'article 39 de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat infirmier modifié par l'article 2 de l'arrêté du 13 décembre 2018. Ce dernier montre que le cursus en soins infirmiers est composé de “2100 heures de formation théorique” et “2100 heures de formation clinique”. Par le terme théorie est sous-entendu l'enseignement réalisé à l'IFSI. Quant au terme clinique, il signifie implicitement la pratique en stage.

Les deux infirmiers dans nos échanges expliquent l'intérêt de l'alternance. Selon eux, elle permet de former des futurs infirmiers compétents ayant les ressources nécessaires pour exercer dès l'obtention du diplôme. La notion de professionnalisation est aussi évoquée par Souâd Zaouani-Denoux qui exprime que l'alternance permet la transition professionnelle. Cette dernière amène l'étudiant à la fin de son cursus à devenir un infirmier en capacité d'occuper un poste. Cette transition s'effectue par le biais de connaissances acquises à l'école et en stage qui vont permettre à l'étudiant de devenir autonome. (2005, p 124-126). L'IDE 2 souligne aussi qu'il a pu gagner en “autonomie” au fil du temps et de son évolution au sein de la formation. Au cours de mes stages, en faisant un retour sur expérience j'ai aussi pu remarquer cette progression. Actuellement en troisième année je réalise de plus en plus de soins seule comparé à la première année. Je pense qu'au fur et à mesure des unités d'enseignements étudiées, des travaux pratiques effectués ainsi que des stages réalisés les étudiants gagnent en compétence. Les deux soignants estiment aussi que l'on devient compétent à la fin du cursus comme précisé auparavant. Cependant ils ne formulent pas ce que veut dire avoir des compétences ou être compétent. Les auteurs Sandra Bellier et Guy le Boterf montre que la compétence est caractérisée par l'utilisation de différentes ressources par exemple des connaissances apprises ou encore des expériences vécues pour solutionner une situation. (2012, p15). L'alternance construit l'étudiant et va lui permettre par l'acquisition de compétences d'adopter une posture professionnelle. La posture professionnelle selon moi est propre à chacun. Chaque individu réfléchit à la manière dont il souhaite se comporter, travailler et mettre en pratique ses savoirs. L'IDE 1 explique que l'alternance permet de créer chez l'apprenant une confrontation interne remettant en cause ses idées préconçues sur un sujet. Cet écart

entre l'image que l'on a et la réalité au quotidien va changer les représentations que l'étudiant avait du travail. Effectivement selon Souâd Zaouani-Denoux la confrontation avec à la réalité du terrain en stage sert à créer une source de réflexion pouvant modifier les représentations et les valeurs. (2005, p 124-126). L'IDE 2 par ses propos exprime que cette confrontation permet aussi d'adapter sa pratique professionnelle entre les bonnes pratiques et les conditions de travail. Laurence Guillet développe l'idée que par l'alternance le stagiaire met son "savoir au profit de son savoir-faire et inversement" (2003, p1). Au contraire l'IDE 2 pense que l'étudiant peut être déstabilisé lorsqu'il n'a pas eu le contenu nécessaire avant un soin. Il met aussi en lumière que l'apprenant est amené à réaliser de nombreuses recherches pour essayer de comprendre. Je pense effectivement comme l'IDE 2, ayant vécue des situations similaires. Par exemple lorsque j'étais en première année lors de mon stage en médecine interne polyvalente je me suis retrouvée à découvrir des pathologies que je ne connaissais pas, les soignants utilisaient un langage nouveau pour moi ce qui était déconcertant. Je n'arrivais pas à faire des liens. Cependant au fur et à mesure de l'avancement dans la formation j'ai pu utiliser mes connaissances apprises en cours dans mes stages et vice-versa.

L'analyse des entretiens a soulevé une thématique dont les auteurs ne communiquent pas lorsqu'ils définissent l'alternance. Effectivement L'IDE 1 évoque que pour lui les étudiants ne sont pas forcément prêts quand ils arrivent en stage à être confronté à des situations qui vont les toucher notamment des décès. Ces événements participent à mettre en difficulté l'étudiant. Il est vrai qu'on ne peut pas être toujours préparé à toutes les situations même si l'école nous fournit des pistes, on réagit tous différemment.

#### 4.2 L'investissement de l'encadrant auprès d'un étudiant.

Lorsque j'ai rencontré les professionnels, il me semblait important de connaître leurs parcours professionnels et plus précisément leurs temps d'exercice depuis l'obtention du diplôme. L'IDE 1 a fini sa formation en 1994 et exerce depuis 26 ans alors que l'IDE 2 a été diplômé seulement en 2016 et travaille de ce fait depuis 4 ans. J'ai pu observer que cette différence d'expérience avait un impact dans l'accompagnement de l'étudiant. Effectivement, L'IDE 1 ayant plus d'expériences a décidé de s'engager dans le parcours de l'étudiant en devenant tutrice. L'IDE 2 met en avant cependant le fait qu'il ne se sent pas encore prêt puisqu'il n'a pas assez d'expérience pour endosser cette fonction et que cela est très engageant. Pour souligner la véracité de mes propos, j'ai effectué de nouvelles recherches et lu notamment un article d'Alain Baudrit. Ce dernier en citant plusieurs auteurs notamment Vigotski et Berzin montre qu'un tuteur pertinent se doit d'avoir plus d'expériences, de "connaissances et compétences" que la personne qu'il va suivre et accompagner. Ceci lui permet d'être crédible face à l'étudiant. (2012, p3). Effectivement, je pense que lorsque je serai diplômée il faudra déjà que je sois

bien à l'aise dans le service, avoir été confronté à une multitude de situations de soins avant de pouvoir me proposer comme tutrice. Cependant pour moi le fait de ne pas être tuteur n'engage en rien le fait d'avoir un attrait pour l'encadrement et l'envie d'encadrer correctement un étudiant. L'IDE 2 exprime notamment que pour elle l'encadrement est important puisque cela participe à la formation de ses "futurs collègues". L'encadrement est un devoir pour tous les infirmiers et le référentiel de la profession d'infirmier en fait référence. Tout infirmier se doit d'être présent pour permettre à l'étudiant de progresser et s'interroger sur sa pratique tout en respectant les bonnes pratiques. Grâce à la réforme de 2009 avec le nouveau référentiel tous les infirmiers arrivant sur le marché du travail sont formés à l'encadrement grâce à la dispensation de l'unité d'enseignement 3,5 "Encadrement des professionnels des soins". Ils sont donc sensibilisés à ce sujet. Ayant reçu ces enseignements je me sens aujourd'hui prête à encadrer puisque j'ai les clés pour réaliser un encadrement de qualité. De plus en stage j'ai pu former des étudiants sur des soins tout en étant observé par un professionnel. J'ai donc pu mettre en pratique les savoirs que j'ai reçus.

#### 4.3 Les étapes de l'encadrement.

L'encadrement pour les divers auteurs étudiés est composé de trois étapes. De plus, lors des entretiens j'ai repéré aussi que les IDE menaient des actions avant, pendant et après le soin.

Avant de confier un soin à un étudiant il est important d'évaluer si ce dernier a la capacité de le réaliser. Effectivement, les IDE cherchent toujours à savoir le niveau de formation, le parcours de stage et depuis quand le stagiaire est dans le service. Après des recherches à ce sujet j'ai découvert le concept de "zone proximale de développement" de Lev Vigotski qui peut être mis en lien avec les propos des professionnels. Les IDE en questionnant l'individu cherchent à connaître et savoir ce dont l'étudiant est capable de réaliser, autrement dit ils cherchent sa zone d'autonomie. Pour accompagner l'étudiant à progresser il est important de proposer une situation où ce dernier a la capacité d'utiliser des ressources internes (connaissances, expériences) et externes (l'encadrant). Ceci s'appelle la zone proximale de développement. Si une tâche confiée n'est pas réalisable pour l'étudiant ce dernier va se trouver dans une zone de rupture c'est-à-dire qu'il sera en échec Il ne pourra utiliser ses ressources internes et le risque est que l'encadrant fasse tout à sa place. (Cité par F. Berdal-Masuy, G. Briet et J. Paireon, 2004, p176). La plupart du temps tous les professionnels qui m'ont encadré ont fait une rétrospective de mes acquisitions, des soins que j'ai déjà réalisés au cours du stage. Je pense que c'est nécessaire pour adapter son encadrement. L'IDE 2 confirme qu'elle n'a pas les mêmes exigences entre quelqu'un qui est en début de formation et un autre en fin de formation. Avant chaque soin que j'ai eu à réaliser, les encadrants m'ont demandé de bien me préparer au soin c'est-à-dire réfléchir à la manière dont j'allais procéder, soit énoncer oralement ce que j'allais faire. Généralement ensuite on me propose d'aller voir le protocole

du service ou de poser des questions si j'ai des interrogations. Après vient la préparation du matériel avec la vérification du professionnel et la préparation si nécessaire de thérapeutiques avec la prescription du médecin. La "réflexion" semble être un point d'honneur soulevé par les IDE. L'étudiant doit se positionner savoir comment il va accomplir les différentes "étapes du soin". Mais aussi la manière dont il va s'organiser et l'objectif pour lui de ce soin. Rechercher l'objectif du soin pour Nicholls semble être un essentiel. En effet, cela permet de définir si l'apprenant cherche juste à maîtriser le soin ou simplement être dans la performance. Ce point n'a pas été évoqué par les soignants mais pour moi c'est un principe à appliquer. Si l'étudiant est dans un but de performance il faut le recentrer sur un but de maîtrise et lui expliquer ce que l'encadrant cherche. Par exemple, s'il doit réaliser une prise de sang, il se doit de le respecter avec les bonnes pratiques et les bons gestes. Même si il ne réussit pas à piquer ce n'est pas si grave puisque tout ce qu'il a fait autour du soin est correct.

Lors de la réalisation du soin par l'étudiant, le positionnement de l'encadrant doit être réfléchi pour favoriser l'apprentissage. Comme vu dans mon cadre théorique il faut avoir recours à une posture "équilibriste". Les deux IDE affirment se positionner comme une aide, ils sont prêts à intervenir s'ils ressentent que l'étudiant en a besoin. De plus, ils précisent aiguiller l'apprenant dans sa pratique. J'ai apprécié aussi durant l'échange avec l'IDE 2, qu'il me dise qu'il endosse le rôle de communiquer avec le patient pour décharger l'étudiant de cette partie-là et seulement se concentrer sur la technique. Effectivement en phase d'apprentissage je pense qu'il faut d'abord maîtriser le soin parfaitement avant de communiquer avec le patient cela vient ensuite au fur et à mesure avec la dextérité acquise. Comme souligne l'IDE 2 la "dextérité vient en pratiquant". La posture d'équilibriste permet de sécuriser l'étudiant ainsi que le patient pendant le soin.

Après le soin faire un point avec la personne qui nous a encadré permet de savoir s'il y a des points à améliorer et pouvoir se perfectionner pour le futur. C'est aussi pour moi un moment rassurant, même si ce n'est que quelques mots cela permet de se faire une idée et de se réajuster pour la prochaine fois. L'IDE 2 développe l'idée de demander aux étudiants comment ils ont "ressenti" et "appréhendé" le soin. Pour lui le plus important est que la réflexion doit s'opérer chez les apprenants pour qu'ils se questionnent sur leurs pratiques professionnelles. Guy le Boterf rejoint l'IDE 2 en développant la notion de transférabilité qui va permettre au stagiaire de se projeter pour les prochaines fois où il devra réitérer un soin. (Cité par P. Mancheron, 2019 p.36)

#### 4.4 L'apprentissage d'un soin.

Lors des entretiens les infirmiers ont donné leurs points de vue sur les différentes manières d'apprendre un soin. En stage les IDE mettent en avant l'utilité d'observer un soin pour apprendre

ensuite à le faire. Cependant, l'observation a ses limites notamment parce qu'il n'y a pas seulement une façon d'agir. L'IDE 2 affirme que l'observation permet de visualiser une manière d'effectuer le soin. A contrario L'IDE 1 parle que l'étudiant doit être dans l'imitation et la reproduction. Mais elle nuance ses propos en expliquant qu'être capable de faire comme observé n'est pas suffisant. John Waston quant à lui pense qu'un apprentissage réussi se matérialise seulement par le fait de réussir à réaliser l'action demandée (Cité par G.Barnier, s.d, p.5-11). Alors que l'IDE 1 explique qu'il est opportun que l'apprenant réalise le soin en sachant pourquoi il le fait. Effectivement, j'estime qu'il est important d'observer un soin lorsque l'on ne l'a jamais réalisé mais il ne faut pas forcément le reproduire. Il faut comprendre le principe de base du soin pour être capable de le réaliser ensuite à notre manière en réfléchissant.

L'IDE 2 amène l'idée que par le biais des "expériences" l'étudiant va avoir des pistes de réflexion qui vont lui permettre d'adapter sa posture et ses pratiques lorsqu'il rencontrera un soin ou une situation qu'il a déjà vécu. Ces expériences seront une source d'apprentissage. Cette notion n'a pas été évoquée au sein de mon cadre théorique, cependant elle me semble très riche dans le parcours de l'étudiant pour sa construction professionnelle. Selon Knowles, "l'adulte possède un bagage d'expériences et bien souvent, il constitue la plus riche ressource de l'apprentissage son expérience s'inscrit dans sa personne et son identité" (A.Balleux, 2000, p. 267) . Cependant selon le "paradigme de l'experiential learning" le bagage d'expérience peut être autant positif que négatif. Par exemple, si une personne utilise une solution pour résoudre une de ses expériences et veut transférer cette même solution sur une autre cela peut soit fonctionner, soit être infructueux. En effet, de nouveaux enjeux, questionnement peuvent apparaître et donc la richesse de connaissances acquises par le biais d'expériences est inutile et peut dans certains cas mener à une impasse. (E.Bourgeois, 2013, p. 31-32). L'expérience lorsqu'on réalise un soin est selon moi toujours bénéfique puisqu'elle amène forcément à la réflexion. Effectivement lorsqu'on effectue une analyse de pratique professionnelle sur une expérience vécue, on remet en question tout le déroulement de la situation dans une démarche d'amélioration. C'est donc une méthode d'apprentissage à prendre en compte.

L'apprentissage peut se matérialiser sous différentes formes. Il n'existe pour moi aucune méthode meilleure qu'une autre pour l'apprentissage d'un soin. Je pense qu'il faut mobiliser tout ce qui peut être bénéfique pour réaliser au mieux son soin. Par exemple l'observation, les recherches, la simulation, l'expérience. Dans tous les cas la posture réflexive semble être nécessaire en tant qu'étudiant et ce tout au long de sa carrière. Elle permet de continuer à apprendre, de se mettre à la page sur les évolutions des pratiques.

#### 4.5 Le patient au sein du dispositif d'apprentissage et d'encadrement d'un soin.

Lors des entretiens les IDE expliquent qu'avant de confier un soin à un étudiant le "consentement du patient" est toujours demandé. Effectivement cette notion est importante et doit être recherchée chez tous les patients avant un soin effectué par un étudiant. Ceci est inscrit dans le code de déontologie des infirmiers. Effectivement, selon l'Art. R. 4312-48. "lors des stages cliniques des étudiants, l'infirmier veille à obtenir le consentement préalable de la personne, pour l'examen ou les soins qui lui sont dispensés par l'étudiant ou en sa présence. L'étudiant qui reçoit cet enseignement doit être au préalable informé par l'infirmier de la nécessité de respecter les droits des malades ainsi que les devoirs des infirmiers énoncés par le présent code de déontologie." Dans ce cas le patient peut refuser d'être soigné par l'étudiant mais peut accepter de l'être par l'infirmier. Selon moi, l'important est de respecter le choix du patient. De plus, l'IDE 1 dit se montrer toujours transparente avec les patients et n'hésite pas à dire si c'est la première fois que l'étudiant réalise le soin. Je pense aussi qu'il est important de dire la vérité au patient pour un instauré un climat et une relation de confiance entre les divers acteurs.

Pour intégrer le patient dans le processus les professionnels interrogés montrent qu'ils ont un rôle et que les postures qu'ils vont adopter sont essentielles pour que le soin se passe au mieux. L'IDE 1 se montre toujours disponible pour l'étudiant et prêt à le remplacer si elle en estime le besoin. Elle emploie le mot de "cobaye" expliquant que ce n'est pas le rôle du patient. Selon elle, 'il ne faut pas laisser l'étudiant persister s'il n'arrive pas à réaliser le soin. Ces propos montrent que le patient doit toujours être placé au premier plan lors d'un soin et non l'apprentissage de l'étudiant en premier. Effectivement il me semble important de placer le patient au cœur du soin. D'autre part, c'est du rôle de l'encadrant de veiller à la réussite du soin en bonne et due forme sans s'acharner sur lui. L'Art. R. 4312-36 souligne que "l'infirmier chargé de toute fonction de coordination ou d'encadrement veille à la bonne exécution des actes accomplis par les personnes dont il coordonne ou encadre l'activité, qu'il s'agisse d'infirmiers, d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture, d'aides médico-psychologiques, d'étudiants en soins infirmiers ou de toute autre personne placée sous sa responsabilité." De ce fait nous pouvons remarquer que le rôle de l'encadrant est d'intervenir pour mener à bien les soins dans les meilleures conditions possibles. Puisque l'étudiant est placé sous sa responsabilité, c'est à lui d'évaluer le bénéfice risque, de laisser l'étudiant pratiquer le soin ou non toujours en pensant au patient.

Quant à l'IDE 2 il pense que son rôle est auprès du patient, il doit être dans l'échange. Son rôle est d'expliquer le soin au patient tout en aiguillant l'étudiant qui le réalise. Selon lui, cela permet que l'étudiant se concentrer exclusivement sur le soin.

#### 4.6 La définition de la qualité d'un soin

Apporter un soin de qualité à la personne soignée est pour moi l'essence du métier d'infirmier et l'un des objectifs que je me fixe dès que je dois en réaliser un. Lors des entretiens les infirmiers ont indiqué ce qu'était un soin de qualité pour eux. L'hygiène est un des points qu'ils soulignent. Effectivement à maintes reprises ont été utilisés les termes d'asepsie et de rigueur. Ces notions peuvent être mises en corrélation avec une partie de la définition faite par l'OMS qui stipule qu'il faut éviter le risque iatrogène. (Cité dans ADSP, 2001, p.24) En effectuant le soin selon les bonnes pratiques, en respectant les recommandations et les procédures cela évite que le patient après le soin développe des effets indésirables, de nouvelles pathologies. Je pense effectivement qu'il faut se concentrer durant le soin pour le réaliser correctement et qu'il est aussi important de s'informer, faire des recherches pour être à la pointe des évolutions et respecter les protocoles fait par le service. Pour Institute of medicine ainsi que l'OMS il est aussi nécessaire de pratiquer des soins en fonctions des avancées de la profession pour être en cohérence avec les nouvelles recommandations. (Cité dans ADSP, 2001, p.24) Néanmoins aucun des professionnels n'en a parlé. Cependant ils ajoutent qu'un deuxième aspect est important, c'est l'absence de douleur ressenti par le patient. L'IDE 1 explique que l'anticipation du soin est la clé pour éviter les douleurs induites. Avedis Donabedian met lui aussi en lumière que le bien-être du patient est un des facteurs de qualité. (Cité dans ADSP, 2001, p.24) Selon moi il est toujours important de veiller au confort, à la sérénité et à la détente du patient tout en ayant une communication adaptée. Pour l'IDE 2 le patient a une place centrale dans le soin. En tant que soignant il faut au maximum répondre à ses demandes tout en adoptant un positionnement professionnel adéquat. L'IDE 1 apporte une idée moins centrée sur le patient mais plus sur sa pratique, elle met un point d'honneur à penser à sa posture et son ergonomie. Effectivement je trouve ça intéressant aussi de penser à l'impact que le soin peut avoir sur nous. Je pense que si l'on ne fait pas attention à la manière dont on travaille on peut développer des troubles musculosquelettiques (TMS). Un soignant ayant des TMS risque aussi de moins bien réaliser un soin puisqu'il aura des douleurs et cela aura un impact dans la qualité du soin. En faisant des recherches dans les cours qui m'ont été enseignés, la méthode RECORSET me semblait complète, elle balaye pour moi la plupart des critères essentiel pour qualifier un soin de qualitatif. Les points essentiels que j'ai retenu et qui n'ont pas été abordés par les auteurs et les soignants sont la sécurité du patient, agir en fonction de ses compétences et bien organiser son soin en ayant bien connaissance du dossier du patient. (Cité par IFSI CHU Rennes, s.d, p.36).

#### 4.7 L'erreur comme piste de réflexion, d'apprentissage.

Comme vu précédemment l'erreur est une possible entrave à la qualité des soins. Effectivement les professionnels interrogés définissent cette notion comme étant la manifestation d'un "événement non

prévu” ou encore “un acte mal réalisé ou raté”. Quant à Bill Runciman il explicite que c’est “mal faire en pensant bien faire (OMS, p5). Les infirmiers soulignent aussi l’impact potentiel pour le patient. De mon point de vue, je pense que ce n’est jamais intentionnel de vouloir faire une erreur. Cette dernière est indépendante de notre volonté. C’est un événement que l’on ne maîtrise pas pouvant avoir une conséquence plus ou moins grave sur le patient. Lorsqu’une conséquence est identifiée, l’erreur devient un événement indésirable. L’article R.6111-1 développe l’idée que tout événement indésirable se définit par un “incident préjudiciable” pour le patient. Les IDE expliquent que les événements indésirables déclarés peuvent contribuer à l’analyse des erreurs. Ces déclarations peuvent être traitées en réunion pluridisciplinaire dans l’objectif d’identifier les origines des erreurs, faire force de propositions pour améliorer les pratiques et éviter que les erreurs ne recommencent. L’IDE 1 pense que l’erreur est une “source d’apprentissage” permettant la réflexion. Je pense que l’apprentissage peut se faire par les erreurs vécues en identifiant les causes. L’IDE 1 donne des exemples comme “la surcharge du travail, la fatigue, l’interruption de tâches ou même la méconnaissance d’un soin”. Le guide pédagogique de l’Organisation mondiale de la santé montre aussi qu’il existe une multitude de circonstances qui peuvent conduire à l’erreur. De ce fait, l’analyse d’événement indésirable dont notamment l’erreur est indispensable pour moi lorsqu’on exerce le métier d’infirmier car on travaille avec des humains et tous les actes que nous faisons doivent être réalisés de la manière la plus optimale possible. Il est à noter que “savoir analyser la qualité et améliorer sa pratique professionnelle” fait partie des compétences du métier infirmier. (Bulletin officiel de santé, 2009, p271). Les professionnels doivent continuer après leurs formations à développer une posture réflexive qui pour moi est essentielle pour continuer à apprendre et devenir un professionnel aguerri. Ceci se traduit par l’analyse des pratiques professionnelles et notamment des erreurs.

## CONCLUSION

Pour la réalisation de ce Mémoire d’Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers, je suis partie de deux situations qui m’ont interpellé lors de mon stage en chirurgie polyvalente au semestre 4. J’ai mis en évidence les questions qui me sont parvenues à la suite de ces situations afin de définir une problématique.

Ensuite, j’ai orienté mes recherches vers quatre grands concepts qui sont l’alternance, l’apprentissage, l’encadrement et la qualité des soins. J’ai cherché des articles et ouvrages en lien avec ces notions. Il a fallu définir chaque concept séparément afin de les mettre en lien, mais j’ai parfois été confronté à des difficultés. Effectivement je n’ai trouvé que peu de sources autour de la relation avec le patient dans le dispositif d’apprentissage et d’encadrement. J’ai de ce fait dû aborder d’autres notions pour pouvoir parler du patient notamment avec la simulation en santé et les besoins du patient. Grâce à

mes lectures, j'ai rédigé mon cadre conceptuel en synthétisant mes propos ce qui parfois m'a privé de développer certains aspects. Afin de confronter les apports théoriques avec le monde professionnel, j'ai rencontré deux infirmiers ayant des expériences d'encadrement auprès d'étudiants. J'ai ensuite analysé les deux entretiens avant de rédiger une discussion dans laquelle j'ai pu mettre en évidence ce que j'avais pu apprendre au cours de toutes ces étapes en y ajoutant mes opinions personnelles.

La rédaction de ce MIRSI m'a permis de savoir comment encadrer un étudiant en soins infirmiers tout en favorisant son apprentissage et en apportant un soin de qualité au patient. En effet, avant l'étude de ce sujet, je ne savais pas comment j'allais pouvoir me positionner quand je serais diplômée. Dans mon parcours je n'ai pu encadrer seulement qu'une fois un étudiant en première année en étant moi-même encadré par un professionnel. Je sais que pour l'intérêt de l'étudiant il est préférable de lui confier des situations qui lui sont accessibles à son niveau de formation et aussi en fonction des soins qu'il a réalisés. Cela permettra de maintenir un climat de confiance et de sécurité pour l'étudiant et le patient lors du soin. Il est important de laisser au maximum l'étudiant effectuer le soin. Néanmoins, si pour diverses raisons l'étudiant rencontre des difficultés il faut avoir la capacité de le seconder pour ne pas entraver la qualité du soin auprès du patient. Il est important avec l'étudiant de bien contractualiser en trois étapes le temps d'encadrement. Tout d'abord, le briefing pour vérifier que l'étudiant est apte à préparer le matériel, à suivre la prescription et connaître toutes les étapes du soin. Puis durant le soin qu'il ait la capacité de s'organiser et de bien réaliser son soin avec les bons gestes tout en sachant que l'infirmier peut l'aider à tout moment. Enfin, le débriefing pour faire le point avec l'étudiant et lui permettre de connaître ses axes d'amélioration et donc de perfectionner son apprentissage.

J'ai aussi pris conscience que l'apprentissage peut se faire de différentes manières et que l'alternance participe à cette diversité. Effectivement, à l'institut l'étudiant peut apprendre un soin en théorie avec les cours, en pratiquant avec les travaux pratiques ou la simulation. En stage l'étudiant peut apprendre directement auprès du patient donc en situation réelle. Je sais que dans la mise en situation réelle il est tout de même préférable de laisser l'étudiant apprendre en observant dans un premier temps. Contrairement à l'école l'erreur peut être préjudiciable et être une entrave à la qualité du soin. Dans ma pratique future, j'interrogerai l'étudiant pour voir si son apprentissage a été bénéfique, c'est-à-dire qu'il sait pourquoi il réalise le soin, ce qu'il recherche en l'effectuant et s'il applique correctement les étapes. J'ai aussi pu voir que certaines situations peuvent favoriser l'apprentissage notamment lorsque le patient est placé au cœur du soin. C'est-à-dire qu'il faut lui demander son consentement pour la réalisation du soin, l'intégrer dans la discussion en lui expliquant à lui aussi le soin et le mettre en confiance pour qu'il ne soit pas anxieux. C'est aussi le rôle de l'encadrant d'instaurer ce climat de confiance.

Enfin, l'écriture de ce MIRSI m'a permis de me rendre compte que l'apprentissage d'un soin n'était pas exclusivement réservé aux étudiants puisque l'on peut apprendre tout au long de sa carrière.

Effectivement en ayant une posture réflexive on peut apprendre de ses expériences vécues, de ses erreurs, dans l'objectif d'améliorer sa pratique professionnelle et donc d'apporter des soins de qualité. De plus, les auteurs et les infirmiers ont mis en exergue l'importance de réfléchir toujours à sa pratique, c'est l'essence même du métier. J'ai donc pris conscience qu'il ne faut pas seulement se concentrer sur l'apprentissage de l'étudiant mais aussi sur le sien et je trouve que l'erreur est une bonne source d'apprentissage pour éviter de réitérer un évènement passé. Afin de poursuivre ce travail, je peux poser la question de recherche suivante : En quoi l'erreur d'un infirmier auprès d'un patient peut impacter la qualité du soin, sa pratique professionnelle et devenir une source d'apprentissage ?

# BIBLIOGRAPHIE

## Ouvrages

- Adam, R et Bayle, I (2016). “Le tutorat infirmier, Accompagner l’étudiant en stage”. Paris : Estem-Vuibert.

## Textes législatifs

- Article 12 modifié par l’arrêté du 13 décembre 2018 - art. 2 (2018) Repéré à [https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=D3506D6E89A4E1291168115AF2050D52.tplgfr35s\\_1?idArticle=LEGIARTI000037820913&cidTexte=LEGITEXT000020961768&dateTexte=20200115](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=D3506D6E89A4E1291168115AF2050D52.tplgfr35s_1?idArticle=LEGIARTI000037820913&cidTexte=LEGITEXT000020961768&dateTexte=20200115)
- Bulletin officiel de santé, arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d’état infirmier - annexe 3 (2009) p. 283. Repéré à [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete\\_du\\_31\\_juillet\\_2009.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009.pdf)
- Bulletin officiel de santé, arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d’état infirmier - annexe 3 (2009) p. 282. Repéré à [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete\\_du\\_31\\_juillet\\_2009.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009.pdf)
- Art. R. 4311-12-1 du Décret n°2017-316 du 10 mars 2017 relatif aux actes infirmiers relevant de la compétence des infirmiers anesthésistes diplômé d’Etat (2017) - Article 2 Repéré à [https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=7140115E381EEC18FC2625E35D4BA461.tplgfr33s\\_1?idArticle=JORFARTI000034166864&cidTexte=JORFTEXT000034166859&dateTexte=29990101&categorieLien=id](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=7140115E381EEC18FC2625E35D4BA461.tplgfr33s_1?idArticle=JORFARTI000034166864&cidTexte=JORFTEXT000034166859&dateTexte=29990101&categorieLien=id)
- Bulletin officiel de santé, arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d’état infirmier - annexe 3 (2009) p. 281. Repéré à [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete\\_du\\_31\\_juillet\\_2009.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009.pdf)
- Bulletin officiel de santé, arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d’état infirmier - annexe 3 (2009) p. 264. Repéré à [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete\\_du\\_31\\_juillet\\_2009.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009.pdf)
- Bulletin officiel de santé, arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d’état infirmier - annexe 3 (2009) p. 319. Repéré à [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete\\_du\\_31\\_juillet\\_2009.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009.pdf)
- Bulletin officiel de santé, arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d’état infirmier - annexe 3 (2009) p. 266. Repéré à [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete\\_du\\_31\\_juillet\\_2009.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009.pdf)
- Article R4311-2 codifié par le décret 2004-802 du 29 juillet 2004 (2004). Repéré à : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006913889&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20040808>
- Article R.6111-1 du Décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé (2010) Repéré à <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023086417&categorieLien=id>

- Bulletin officiel de santé, arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'état infirmier - annexe 3 (2009) p. 271. Repéré à [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete\\_du\\_31\\_juillet\\_2009.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009.pdf)
- Ordre national des infirmiers. (2016). Code de déontologie des infirmiers, Décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016. Consulté à l'adresse [https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/codedeonto\\_web.pdf](https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/codedeonto_web.pdf)

## Articles

- Guillet, L. (2003, février 26). Quelques notions sur l'alternance en formation initiale : le cas des Instituts de Formation en soins infirmiers. p.1 Consulté à l'adresse <https://www.cadredesante.com/spip/IMG/pdf/doc-166.pdf>
- Zaouani-Denoux, S. (2005). La transition professionnelle par l'alternance : Projets et stratégies du formé. *Carrefours de l'éducation*, (20), p.123-138. Consulté à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-carrefours-de-l-education-2005-2-page-123.htm>
- PEOC'H N (05, 2010). Approche innovante de l'apprentissage et du développement professionnel de l'étudiant avec le portfolio. *Soins Cadres*. p13-15.
- Barnier, G. (s.d). Théories de l'apprentissage et pratiques d'enseignement. Consulté à l'adresse : <http://ekladata.com/NzUdKIrZMry9JVz6wSMN-wmUHwA.pdf>
- Haut Conseil de la santé publique (06, 2001) Actualité et dossier en santé publique n°35. p24.
- Baudrit , A. (2012). Être aujourd'hui tuteur d'étudiants en soins infirmiers : une mission complexe et pérenne ? Consulté à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2012-4-page-6.htm#>
- Bourgeois, E. (2013). Expérience et apprentissage. La contribution de John Dewey. *Presses Universitaires de France « Formation et pratiques professionnelles »*, 13-38. <https://www.cairn.info/experience-activite-apprentissage--9782130619758-page-13.htm>
- Balleux, A. (2000). Évolution de la notion d'apprentissage expérientiel en éducation des adultes : vingt-cinq ans de recherche. *Revue des sciences de l'éducation*, 26 (2), 263–286. <https://doi.org/10.7202/000123ar>

## Définitions

- Stage (1935). Dans Dictionnaire de l'académie française : 8ème édition Tome II. (p.611) Repéré à <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A8S1538>
- Etudiant (s.d) Dans dictionnaire Larousse. Repéré à <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%C3%A9tudiant/31593>
- Apprentissage (s.d) Dans CNRTL. Repéré à <https://www.cnrtl.fr/definition/apprentissage>
- Apprendre (s.d) Dans Larousse. Repéré à <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/apprendre/4746>

- Apprendre (s.d) Dans CNRTL. Repéré à <https://www.cnrtl.fr/definition/apprendre>
- Patient (s.d) Dans Dictionnaire de l'académie Française. Repéré à <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9P0971>
- Patient. Potier, M. (2002). Dans *Dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers* (1re éd.). Rueil-Malmaison, France : Lamarre Poinat.
- Encadrement. ENSEMBLE D'INFIRMIÈRES ET D'INFIRMIERS, Dans Dictionnaire des soins infirmiers, Lyon, AMIEC, 1995, p. 61
- Encadrement. BAUDET (1987) Dans Pratiques professionnelles et encadrement des stagiaires Soins psychiatriques – N°80/81

### Documents, Diaporamas, Guide

- FNESI, 2018/19 Guide de l'étudiant.e en soins infirmiers (p.29). Reperé à <https://fnesi.org/wp-content/uploads/2018/08/Guide2018-etudiant-3.pdf>
- Bisutti , I., Correia, E., & Saint-Germain, S. (2005). *Procédure départ en stage - À destination des Étudiants*. (p1). Repéré à [http://www.hpsj.fr/wp-content/uploads/2015/01/Procedure\\_depart\\_en\\_stage\\_2015-2016\\_ESI.pdf](http://www.hpsj.fr/wp-content/uploads/2015/01/Procedure_depart_en_stage_2015-2016_ESI.pdf)
- Granry, J.-C., & Moll, M.-C. (2012, janvier). Rapport de mission État de l'art (national et international) en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé Dans le cadre du développement professionnel continu (DPC) et de la prévention des risques associés aux soins. Consulté à l'adresse [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-01/simulation\\_en\\_sante\\_-rapport.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-01/simulation_en_sante_-rapport.pdf)
- Simulation en santé. (2019, mars 26). Consulté à l'adresse [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2807140/fr/simulation-en-sante](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2807140/fr/simulation-en-sante)
- Mancheron, P. (2018, mars 18). L'apprentissage à la compétence [Diapositives].
- Institut et écoles de Formation CHU Rennes (S.d) Raisonnement et jugement clinique à partir des besoins fondamentaux UE 3.1- semestre1 [Diapositives] Consulté à l'adresse [https://concours-ecoles.chu-rennes.fr/MyKv2/php/\\_DOCS/SEQUENCES/MH02512013/-UE3.1Besoinsfondamentaux.pdf](https://concours-ecoles.chu-rennes.fr/MyKv2/php/_DOCS/SEQUENCES/MH02512013/-UE3.1Besoinsfondamentaux.pdf)
- Institut et écoles de Formation CHU Rennes Promotion 2015-2018 Raisonnement et jugement clinique UE 3.1 - semestre 1 [Diapositives] consulté à l'adresse [https://concours-ecoles.churenes.fr/MyKv2/php/\\_DOCS/SEQUENCES/MH02510587/UE3.1S1-lescomposantesdusoininfirmier.pdf](https://concours-ecoles.churenes.fr/MyKv2/php/_DOCS/SEQUENCES/MH02510587/UE3.1S1-lescomposantesdusoininfirmier.pdf)
- OMS, Guide pédagogique de l'organisation mondiale de la santé module 5 “Apprendre à partir des erreurs pour prévenir les dommages” (p.5 et p12-13) consulté à l'adresse [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-12/dia\\_module\\_5.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-12/dia_module_5.pdf)

## ANNEXES

- I- Guide d'entretien
  
- II- Retranscription du premier entretien
  
- III- Retranscription du deuxième entretien
  
- IV- Tableau d'analyse des entretiens

## I- Guide d'entretien

### INTRODUCTION

Bonjour, je suis Emeline Biron étudiante infirmière en 3ème année à l'IFSI du CHU de Rennes à Pontchaillou. Je vais réaliser avec vous un entretien d'une trentaine de minutes dans le cadre de mon MIRSI (mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers). Mon sujet porte sur **l'encadrement des étudiants dans l'apprentissage d'un soin et l'impact potentiel pour le patient**. Lors de l'entretien est-vous d'accord pour que je puisse vous enregistrer pour me permettre d'exploiter notre échange ? Bien entendu l'anonymat est garanti.

### DÉVELOPPEMENT

1° Quel est votre parcours professionnel ?

#### OBJECTIFS

- Connaître l'expérience et l'ancienneté de la personne dans les soins.
- Savoir s'il y a pu avoir différentes expériences d'encadrements sur des lieux divers. (Si ces expériences sont similaires d'un lieu à l'autre)

2° Avez-vous déjà été tuteur ? Si oui, avez-vous reçu des formations au tutorat ?

#### OBJECTIFS

- Savoir si la personne a été investi dans le parcours de stage d'un étudiant.
- Savoir s'il y a eu des connaissances théoriques autour de la formation et de l'accompagnement d'un étudiant en stage.
- Savoir si des choses ont été mise en place pour l'accueil de l'étudiant dans le service ou la personne a été tuteur.

3° Selon vous, quel est l'intérêt de l'alternance dans le cursus infirmier ? Quels sont les avantages et les inconvénients de ce type de système ?

#### OBJECTIFS

- Connaître le positionnement des infirmiers autour de l'alternance
- Savoir à quoi sert l'alternance pour eux

4° Lorsque vous apprenez que vous allez devoir encadrer un étudiant pour la journée comment réagissez-vous ? Comment procédez-vous avec lui ?

#### OBJECTIFS

- Évaluer l'Investissement de la personne autour de l'encadrement (pédagogie)
- Comment est perçu l'étudiant, comment va s'organiser la journée
- Quelles peuvent être les problématiques dans l'accompagnement
- Savoir si l'étudiant est observé avant de faire ses soins ou laisser en autonomie
- Comment est évalué les capacités de l'étudiant (qualités/difficultés) et s'il se fie à l'avis de l'équipe
- Savoir s'il y a une incidence par rapport à l'année de formation ou de l'étudiant

5° Selon vous, de quelle manière l'étudiant apprend-t-il un soin ?

#### OBJECTIFS

- Savoir ce que mobilise l'étudiant pour apprendre selon les professionnels
- Connaître leurs représentations de l'apprentissage
- Savoir s'ils identifient une ou plusieurs méthodes d'apprentissages.
- Connaître comment ils évaluent si l'apprentissage est bénéfique ou non.

6° Selon vous, qu'est-ce qu'un soin de qualité ?

#### OBJECTIFS

- Connaître les représentations que la personne a de la qualité d'un soin.
- Savoir quelles thématiques sont prises en compte (le patient, le matériel, l'hygiène...)
- Savoir comment elle évalue qu'un soin réalisé est de qualité.

7° Vous proposez à l'étudiant de réaliser un soin par exemple une pose de VVP mais il ne l'a jamais exécuté, comment faites-vous pour l'encadrer ?

#### OBJECTIFS

- Savoir s'il y a la présence d'un Briefing (préparation du soin par ESI ou IDE ? L'étudiant doit-il énoncé le soin avant ? L'infirmier lui explique-t-il ?
- Savoir si le consentement du patient recherché, explication
- Connaître le comportement de l'infirmier durant le soin avec l'étudiant (va-t-il être observateur, l'aider ...) et le patient (lui parler...)

- Savoir s'il y a la présence d'un débriefing (comment va t'il se comporter avec l'étudiant à la fin du soin)

8° Comment incluez-vous le patient dans le dispositif ?

#### OBJECTIFS

- Savoir si le consentement du patient est demandé et s'il a été prévenu.
- Savoir si durant le soin le patient est pris en compte (lui parler, l'écouter).
- Savoir comment se déroule la relation triangulaire. (Si l'infirmier lui parle plus ou non)

9° Qu'est-ce que le terme "erreur" vous évoque ?

#### OBJECTIFS

- Connaître les représentations de l'infirmier
- Connaître sa définition de la notion
- Savoir si l'erreur peut être bénéfique
- Connaître l'impact potentiel de l'erreur

#### CONCLUSION

Avez-vous quelque chose à rajouter ? Je vous remercie de m'avoir consacré du temps et d'avoir répondu à mes questions.

Je vous rappelle que cet échange reste anonyme.

## II- Retranscription du premier entretien

MOI : Tout d'abord je vais resituer le contexte de l'entretien, c'est pour mon mémoire de fin d'année de recherche en soins infirmiers. Mon thème est sur l'encadrement des étudiants, l'apprentissage d'un soin auprès du patient. De ce fait, j'ai plusieurs questions qui en découlent. A travers cet entretien je vous garantis l'anonymat.

INFIRMIÈRE : D'accord, j'ai l'habitude de me porter volontaire pour les entretiens.

MOI : Super, dans tous les cas merci de m'accorder du temps. Je vais donc commencer par votre parcours professionnel. Dans quels structures, services vous avez travaillé ?

INFIRMIÈRE : J'ai commencé par les soins intensifs de cardiologie pendant neuf ans dans un hôpital dans les Côtes d'Armor. Puis j'ai été muté en Vendée et j'ai travaillé dans un service de pneumologie pendant six ans. Avant que la demande de mutation soit acceptée, j'ai fait un peu de libéral environ six mois. Depuis onze ans je suis sur la chirurgie cardiaque et thoracique du CHU de Rennes. Mon expérience est centrée surtout autour des poumons et du cœur.

MOI : Au vu de votre expérience et de votre exercice professionnel vous avez dû rencontrer un nombre important d'étudiants ?

INFIRMIÈRE ; Effectivement, un grand nombre. D'ailleurs je porte un intérêt envers leurs encadrements, c'est pourquoi je me suis portée volontaire pour être tutrice dès mon arrivée au CHU. C'est pour moi logique d'accepter ce rôle.

MOI : Vous avez reçu une formation particulière pour avoir cette fonction en plus ? Si oui, pouvez-vous m'expliquer en quoi cela consiste ?

INFIRMIÈRE : Il me semble important de préciser que la formation s'est mise en place avec le nouveau référentiel de 2009. C'est à partir de ce moment que le statut de tuteur est apparu. Alors qu'en fait pendant des années on encadrait des étudiants et le professionnel qui était le plus avec eux remplissait les bilans et mettait des notes. Concernant le tutorat, la formation dure trois jours avec un décryptage du portfolio pour savoir ce qu'il y a dedans, bien le remplir et utiliser les bons termes. De plus, cela permet de comprendre ce qu'il y a derrière chaque compétence, et savoir comment les adapter en fonction de notre service.

MOI : D'accord je vois bien l'objectif de cette formation qui permet aux tuteurs d'avoir les clés pour accompagner et évaluer l'étudiant. Maintenant je vais vous demander quel est l'intérêt de l'alternance dans le cursus infirmier ? Quels sont les avantages et les inconvénients de ce type de système ?

INFIRMIERE : L'alternance est pour moi un essentiel dans le cursus infirmier. L'étudiant allie la théorie et la pratique. Je pense que l'on ne peut pas apprendre un métier si humain et technique en restant seulement sur une chaise toute la journée. Prendre soin d'un patient, avoir une relation avec lui s'apprend et ce par le biais du stage. L'étudiant peut mettre en pratique ce qu'il a vu à l'IFSI et se positionner au sein d'une équipe. Je pense que c'est là que tout se joue pour qu'il puisse devenir un professionnel compétent. Bien évidemment avoir le contenu théorique auparavant permet à l'étudiant d'avoir une certaine crédibilité auprès des soignants et aussi de lui faire confiance. En stage on ne peut pas fournir autant de contenu, l'étudiant se doit de faire des recherches de son côté. Pour les avantages de l'alternance c'est de pouvoir confronter toutes les connaissances acquises avec la réalité du terrain. Par exemple lorsqu'on apprend un soin sur le papier on ne prend pas en compte le patient qui peut être anxieux et le temps limité dans le soin. Forcément cette confrontation bouscule l'étudiant sur ses représentations du travail. Concernant les inconvénients, l'étudiant peut parfois se retrouver en difficulté lors du stage car les relations avec les patients sont parfois complexes. Être confronté à la mort, des maladies incurables ou autres sont toujours dur émotionnellement parlant lorsque l'on débute la formation.

MOI : Très bien, je vais recentrer maintenant sur le stage et vous mettre en situation. Lorsque vous apprenez que vous allez devoir encadrer un étudiant pour la journée comment réagissez-vous ? Comment procédez-vous avec lui ?

INFIRMIÈRE : La plupart du temps je connais les étudiants puisque je les ai rencontrés auparavant soit pour les accueillir, soit pour connaître leurs objectifs de stage. Parfois ce n'est pas le cas puisque nous sommes deux dans le service à être tutrice. Je demande donc prioritairement à l'étudiant de me donner son niveau de formation, son parcours de stage, depuis quand il est arrivé dans le service pour avoir notion des soins qu'il a effectué. Pour la première journée je demande toujours à l'étudiant de me suivre pour faire le tour des soins avec moi. Cela me permet d'évaluer ses acquis. Je ne le laisse pas seul même s'il me dit que cela fait trois semaines qu'il ait dans le service. Je veux l'observer et voir s'il n'a pas des manques. Je regarde aussi comment il se comporte avec les patients et moi-même. De toute manière étant infirmière depuis 26 ans j'ai l'habitude, j'encadre depuis de nombreuses années et je sens d'entrée de jeu si je peux faire confiance ou non à l'étudiant.

MOI : Comme vous avez pu être dans deux nombreuses situations d'encadrement, selon vous, de quelle manière l'étudiant apprend-t-il un soin ?

INFIRMIÈRE : L'étudiant selon moi apprend un soin surtout en observant. Je pense qu'avant d'essayer de le réaliser il doit l'avoir vu pour poser des questions et bien le visualiser. C'est comme de l'imitation, il regarde ce que le professionnel fait pour ensuite le reproduire. Cependant je pense aussi qu'il ne doit pas seulement imiter mais aussi réfléchir à la manière dont il agit. C'est pour moi essentiel de savoir quel est le but du soin, pourquoi je m'organise de telle manière et pas d'une autre.

MOI : Je comprends, vous essayez d'optimiser cet apprentissage pour qu'il soit bénéfique. Je vais maintenant vous questionner sur votre définition de qualité des soins.

INFIRMIÈRE : Pour moi c'est un soin qui est réalisé avec asepsie, dextérité sans que le patient en souffre. Pendant le soin il faut que le patient ne soit pas plaintif. S'il a mal cela veut dire que j'ai mal anticipé mon soin ou que j'ai l'ai mal réalisé. Ce que je souhaite faire lors de chaque soin, c'est de l'effectuer avec rigueur et sans douleurs induites. C'est aussi penser à mon ergonomie en ayant une bonne posture.

MOI : Je vais vous remettre en situation cette fois-ci vous proposez à l'étudiant de réaliser un soin par exemple une pose de VVP mais il ne l'a jamais exécuté, comment faites-vous pour l'encadrer ? Je souhaite que vous me donniez toutes les étapes.

INFIRMIÈRE : Si l'étudiant n'en a jamais vu, je ne le laisse pas manipuler. Je préfère lui montrer en lui expliquant tous mes gestes. Je le préviens que la prochaine fois il pourra faire le soin et je l'accompagnerai dans sa réalisation. Dans la situation où l'étudiant a déjà vu le soin je reste avec lui. En amont du soin je lui demande de penser à comment il va s'y prendre, qu'il s'imagine comment il va procéder. Ensuite je lui demande de réfléchir au matériel nécessaire et de sortir tout ce dont il va avoir besoin. Je lui dis d'anticiper car même si je suis présente durant le soin il faut qu'il s'imagine être seul avec le patient, ce qui engendre aucun aller-retour possible lorsque le soin a débuté. Il faut que l'étudiant soit prêt lorsqu'il perfuse en ayant tout le nécessaire à proximité de lui. Ceci pour éviter de contaminer le site, il faut donc s'organiser avoir les compresses ouvertes et l'opside prêt à être posé. Ensuite avant de partir dans la chambre je récapitule avec lui la liste du matériel. Je lui rappelle qu'il doit bien s'installer pour être confortable surtout si c'est sa première fois car il risque de paniquer et de ne pas savoir comment réagir. Je lui demande ensuite de d'énoncer les étapes du soin et je lui donne des conseils sur la pose du cathéter pour lui faciliter la tâche. Par exemple ne pas enlever directement le guide une fois que le retour veineux est présent et enlever le garrot d'abord puis ensuite mettre les compresses en dessous du cathéter, prendre sa tubulure et enlever le guide puis adapter la perfusion au cathéter. Lorsqu'il est dans la chambre, je l'aide à voix haute car c'est une situation qui peut lui faire perdre ses moyens.

MOI : Pour résumer vos propos tout le long du soin vous lui donnez des conseils et lui expliquer ? Et comment faites-vous après le soin ?

INFIRMIÈRE : Oui c'est cela et si le soin ne se passe pas comme prévu j'enfile une paire de gant et je rattrape la situation. Dans tous les cas tout le long du soin je suis présente. Après le soin je fais un débriefing avec l'étudiant, je préfère en parler sur le moment de ce qui a été ou pas. J'ai peur d'oublier après.

MOI : Justement quand vous êtes dans une position d'apprentissage avec un étudiant comment vous incluez le patient dans le dispositif ?

INFIRMIÈRE : Tout simplement avant le soin je demande au patient s'il est d'accord que l'étudiant réalise le soin. Je ne mens pas au patient si c'est la première fois pour l'étudiant et je le rassure en lui disant de ne pas s'inquiéter que je serais à côté et que je pourrais rattraper si je sens que cela ne va pas le faire. De toute façon dans le cas d'une VVP, je ne laisserai piquer l'étudiant qu'une fois. La deuxième fois c'est moi qui prends le relais. En général les patients ne refusent pas à par les patients très particuliers qui sont stressés. Dans ces cas-là je respecte le choix du patient et je n'insiste pas.

MOI : Ma dernière question porte sur votre réaction lorsqu'un étudiant commet une erreur, comment réagissez-vous ?

INFIRMIÈRE : Je le stoppe dans tous les cas. C'est tout de même rare car l'étudiant prend souvent son temps. Je peux donc réagir en amont. Par exemple s'il a mis ses doigts sur l'endroit où il va piquer après la désinfection je l'arrête en lui demandant de réitérer sa désinfection.

MOI : Qu'est-ce que le terme "erreur" vous évoque ?

INFIRMIÈRE : Déjà je dirais que l'erreur est la manifestation d'un événement non prévu pouvant avoir des répercussions sur le patient. Que la gravité peut être plus ou moins lourde pour le patient. Cela peut être dur aussi pour le soignant psychologiquement car ce n'est jamais intentionnel de vouloir commettre une erreur. L'importance pour moi dès que l'on se rends compte de son erreur est d'agir. Par exemple un fois je me suis rendu compte après coup d'avoir administrer la mauvaise dose d'un médicament. J'ai directement appelé le médecin pour avoir la démarche à suivre et rattraper mon erreur et que le patient n'en subisse pas les conséquences. Le médecin a pu mettre en place un antidote et donc le patient n'a rien eu. Cependant j'ai dû faire la déclaration d'un événement indésirable après. Par la suite en réunion d'équipe on est revenu sur la situation pour en comprendre les causes, trouver des axes d'amélioration

pour éviter de renouveler l'erreur. On peut donc transformer l'erreur qui est un acte négatif en quelque chose de positif.

MOI : Avez-vous des informations à rajouter ?

INFIRMIÈRE : Dans notre service on est très protocolaires avec les étudiants. Ils sont beaucoup en observation au départ et prennent des notes. Effectivement c'est un service très technique demandant de la rigueur aux vus des soins nous n'avons pas le droit à l'erreur. Nous lui demandons de poser des questions. Toujours une phase d'observation des professionnels, pour l'étudiant après on l'observe plusieurs fois et on le laisse en autonomie. On fonctionne tous de cette manière ici, ce qui peut être embêtant pour l'étudiant c'est de devoir faire ses preuves à chaque fois. Mais cela permet de toujours réajuster la pratique de l'étudiant pour qu'il soit compétent et de remettre en cause nos pratiques entre collègues. On rappelle toujours à l'étudiant qui est en autonomie que nous sommes disponibles dès qu'il a un moindre doute et que nous sommes présentes pour l'aider. Si on veut avoir de bonnes professionnelles à nos côtés futures, il faut se donner les moyens. C'est notre devoir de transmission, on doit transmettre nos savoirs.

MOI : Merci à vous pour cet entretien et d'avoir répondu à mes questions.

### III- Retranscription du deuxième entretien

MOI : Je vous rappelle que durant cet échange l'anonymat est préservé. Je vais vous poser diverses questions autour de mon sujet de mémoire qui porte sur l'encadrement des étudiants lors de l'apprentissage d'un soin au patient. Je vais commencer par vous demander quel est votre parcours professionnel ?

INFIRMIER : Je suis diplômé depuis 4 ans. J'ai travaillé 1 an sur le pool de remplacement du centre hospitalier de St-Malo. Depuis 3 ans j'exerce dans le service de médecine de cette même structure.

MOI : Au cours de votre expérience professionnelle avez-vous eu l'occasion d'encadrer des étudiants ? Si oui, êtes-vous tutrice ?

INFIRMIER : Oui. J'ai pu encadrer en quatre ans, plusieurs dizaines d'étudiants. Je ne suis pas tuteur puisque je ne pense pas avoir assez d'expériences pour assumer cette fonction. Cela prend beaucoup de temps en plus de notre travail au quotidien et cela demande un investissement personnel. Dans plusieurs années j'aimerais bien recevoir la formation pour devenir tuteur car je trouve cela important de former nos futurs collègues.

MOI : Selon vous, quel est l'intérêt de l'alternance dans le cursus infirmier ? Quels sont les avantages et les inconvénients de ce type de système ?

INFIRMIER : Étant diplômé récemment je pense que l'intérêt de l'alternance est la professionnalisation entre les cours théoriques et la pratique en stage. L'étudiant va gagner en autonomie au fil des années de formation et va devenir à la sortie du diplôme un professionnel ayant des compétences solides pour exercer. Dans mon cas, j'ai intégré la formation à la sortie du bac j'ai pu mûrir et trouver ma place en stage au fur et à mesure du temps. Cela m'a permis de prendre confiance en moi, de pouvoir m'exprimer en équipe et donner mon avis. Les cours à l'IFSI et la pratique en stage permet d'adapter son futur exercice professionnel en essayant tout de même de faire au mieux selon les bonnes pratiques malgré des contraintes présentes comme la surcharge de travail, l'interruption de tâches, la gestion des familles. Tout ce que j'ai pu énoncer avant sont pour moi les avantages. Quant aux inconvénients je dirais que parfois on est en décalage entre le contenu que l'on n'a pas encore vu à l'école et certaines situations de stage. Donc c'est vrai que c'est difficile quand on vous parle de quelque chose que vous ne connaissez pas, il faut toujours faire des recherches pour être dans le coup. Parfois je m'en rappelle j'avais l'impression de complètement débarqué, je ne comprenais rien et des fois poser beaucoup de questions est lourd pour l'équipe.

MOI : D'accord, très bien. Je vais maintenant vous mettre en situation. Comment réagissez-vous lorsque que vous allez devoir encadrer un étudiant pour la journée et de quelle manière vous procédez avec lui ?

INFIRMIER : La première chose que je lui demande c'est son niveau de formation car je n'ai pas les mêmes attentes entre une personne en première année et une en troisième année. Je fais un récapitulatif avec lui sur son parcours de stage et depuis quand il est dans le service. Cela me permet de cerner globalement ce qu'il a pu acquérir et ce qui lui reste à apprendre dans notre service. Dans tous les cas j'essaie toujours de me faire mon propre avis sur l'étudiant car parfois certains sont pris en grippe sans raisons valables. Je préfère toujours observer l'étudiant avant de le laisser en autonomie car il est sous ma responsabilité. Quand je le sens prêt je lui confie de plus en plus de soins, mais je lui rappelle que je suis toujours disponible pour l'accompagner. Je lui dis aussi que je préfère qu'il me pose des questions qui peuvent être "débiles" qu'il fasse une erreur.

MOI : Vous avez pu encadrer plusieurs fois des étudiants. Selon vous de quelle manière l'étudiant apprend-t-il un soin ?

INFIRMIER : L'apprentissage d'un soin est pour moi est possible de différentes façons quand on est étudiant. On peut apprendre un soin à l'IFSI notamment lors des travaux pratiques, lorsque qu'on passe en simulation. Ce qui est possible par ce biais est le droit à l'erreur alors qu'au contraire en stage il faut éviter au maximum d'en faire. L'étudiant en stage apprend en nous regardant. Cela lui permet de voir la manière dont on peut mener à bien le soin. Ensuite il peut apprendre grâce à ses expériences de soins qui vont le faire réfléchir et donc potentiellement améliorer sa pratique.

MOI : Une des missions des soignants est de réaliser des soins auprès des patients. Et c'est ce que les étudiants essaient d'apprendre durant leur formation. Pouvez-vous me donner votre définition d'un soin de qualité ?

INFIRMIER : Un soin de qualité c'est pour moi un soin réalisé selon les bonnes pratiques. C'est-à-dire respecter les règles d'hygiène, utiliser correctement les matériels. Pour moi, un soin bien réussi c'est quand le patient a passé un bon moment c'est-à-dire que j'ai su l'écouter et répondre à ses besoins. Mais aussi éviter de lui procurer de la douleur. Donc un soin qualitatif prend diverses composantes : rigueur, sécurité, asepsie, bon usage du matériel et/ou des thérapeutiques, écoute et bienveillance. Il faut toujours placer le patient au cœur du soin.

MOI : Je vais vous remettre en situation, vous proposez à l'étudiant de réaliser un soin par exemple une pose de VVP mais il ne l'a jamais exécuté, comment faites-vous pour l'encadrer ?

INFIRMIER : Quand je propose un soin à un étudiant, je demande toujours auparavant au patient s'il est d'accord pour que cela soit lui qui lui fasse. Ensuite si l'étudiant ne l'a jamais réalisé, je vais prendre le temps avant le soin de lui demander quelles sont les étapes, comment il va s'y prendre. Je réajuste ses propos si besoin. Dans le cas d'une VVP je vais lui demander de bien regarder la prescription du médecin et de sortir le matériel. Ensuite je le laisse préparer la poche en l'observant pour être sûr qu'il ne commette pas d'erreurs en sortant la mauvaise poche ou en adaptant la tubulure à la poche de perfusion par exemple. Une fois que tout le matériel est prêt et que tout a été réalisé conformément aux bonnes pratiques je demande à l'étudiant s'il est prêt et s'il n'a pas d'autres questions. Ensuite dans la chambre, sachant qu'il n'a jamais réalisé le soin je vais tout faire pour qu'il ne s'occupe que de perfuser. Je vais me concentrer à discuter avec le patient, tout en observant ce qu'il fait et l'aiguiller au maximum. L'objectif est que l'étudiant se sentent en confiance, dans une bonne ambiance. Je vérifie toujours que le stagiaire s'installe correctement, je lui donne des conseils pour s'organiser. Une fois qu'il a piqué je l'aide avec le matériel car au départ c'est compliqué de tout gérer, la dextérité vient en pratiquant. Au contraire si l'étudiant est en difficulté avec une absence de retour veineux, je le seconde. Je porte toujours des gants pour reprendre directement la main si besoin. Généralement cela sécurise l'étudiant et rassure le patient. J'essaie toujours que le soin se passe le mieux possible. Ensuite à la fin du soin en dehors de la chambre je discute avec lui sur ce qu'il a réussi, ce qu'il reste à améliorer. L'objectif est d'être bienveillant, et s'il n'a pas réussi du premier coup ce n'est pas grave le plus important c'est toute la réflexion et l'organisation autour du soin. Je lui demande aussi ses ressentis, pour voir comment il a appréhendé la situation.

MOI : Vous avez parlé du patient lors de cet encadrement pouvez-vous me donner plus d'éléments sur la manière dont vous l'incluez dans le soin ?

INFIRMIER : Comme je disais, je demande toujours le consentement du patient. J'intègre le patient en discutant avec lui. Lorsque j'explique à l'étudiant, j'explique aussi au patient. L'objectif c'est que le patient soit concerné et pas mis de côté. C'est mon rôle de communiquer avec lui et non à l'étudiant. L'étudiant pourra parler plus tard avec le patient quand il maîtrisera le soin.

MOI : Ma dernière question porte sur ce que vous évoque le terme "erreur" ?

INFIRMIER : Quand j'entends le mot erreur je pense à quelque chose de mal fait ou de raté. Il existe différents types d'erreurs possibles par exemple erreur d'administration de thérapeutiques, erreur de calcul de dose, erreur d'identitévigilance, erreur d'asepsie. Ces erreurs peuvent être dues à divers facteurs comme la surcharge du travail, la fatigue, l'interruption de tâches ou même la méconnaissance d'un soin. Je pense aussi que ça peut altérer la prise en soins du patient et avoir des conséquences sur

lui. L'erreur est pour moi une source d'apprentissage car ça permet de réfléchir sur la façon dont on a réalisé le soin, les éléments qui ont causés le soin est donc se remettre en cause. De plus, en équipe nous pouvons parfois analyser ces erreurs si nous avons fait une déclaration d'événement indésirable. Cela permet donc parfois de créer de nouveaux protocoles, de nouvelle manière de réaliser les soins. L'erreur permet la réflexion.

MOI : Je vous remercie d'avoir répondu à mes questions avez-vous d'autres éléments à apporter à cet échange ?

INFIRMIER : Je pense avoir fait le tour. Bon courage à vous pour la suite.

#### IV- Analyse des entretiens

Questions	Thème	Catégories
1° Quel est votre parcours professionnel ?	Carrière professionnelle  Expériences d'encadrements d'étudiants	-Durée d'exercice -Lieux d'exercice  -Oui
2° Avez-vous déjà été tuteur ? Si oui, avez-vous reçu des formations au tutorat ?	Formation de tuteur	-Oui/Non -Pourquoi -Intérêt auprès des étudiants
3° Selon vous, quel est l'intérêt de l'alternance dans le cursus infirmier ? Quels sont les avantages et les inconvénients de ce type de système ?	Alternance	-Intérêt -Avantages -Inconvénient
4° Lorsque vous apprenez que vous allez devoir encadrer un étudiant pour la journée comment réagissez-vous ? Comment procédez-vous avec lui ?	Obligation d'encadrer	-Réactions du soignant -Organisation avec l'étudiant -Evaluation des capacités de l'étudiant
5° Selon vous, quelles sont les conditions nécessaires pour favoriser l'apprentissage de l'étudiant lors d'un soin ?	Apprentissage	Diverses méthodes d'apprentissages :  Par l'observation  Par la réflexion  Par l'expérience  Par la pratique à l'institut
6° Selon vous, qu'est-ce qu'un soin de qualité ?	Qualité d'un soin	Définition
7° Vous proposez à l'étudiant de réaliser un soin par exemple une pose de VVP mais il ne l'a jamais exécuté, comment faites-vous pour l'encadrer ?	Encadrement d'un étudiant lors d'un soin notamment la pose d'une voie veineuse périphérique	Étapes de l'encadrement : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réalisation du soin ou non</li> <li>• Briefing</li> <li>• Pendant</li> <li>• Débriefing</li> </ul>
8° Comment incluez-vous le patient dans le dispositif ?	La place du patient lors d'un soin mené par un étudiant qui est encadré	-Consentement du patient -Attitudes des soignantes envers le patient et l'étudiant
9° Qu'est-ce que vous évoque le terme « erreur »	Erreur	-Définition et conséquences. -Causes de l'erreur -L'erreur comme piste de réflexion

Thèmes	Catégories	IDE 1	IDE 2
Carrière professionnelle de la personne interrogée	<p>Durée d'exercice</p> <p>Lieu d'exercice</p>	<p>La personne est Infirmière depuis 26 ans. Elle a donc été diplômée en 1994.</p> <p>Elle a pu travailler dans divers services dont les "soins intensifs de cardiologie pendant 9 ans", en "libéral environ 6 mois," "avant que la demande de mutation soit acceptée" puis dans un service de "pneumologie pendant six ans" et depuis "11 ans" elle est "sur la chirurgie cardiaque et thoracique".</p>	<p>La personne est infirmier depuis 4 ans et a été diplômé en 2016.</p> <p>Son expérience est composée "d'un an sur le pool de remplacement" d'un centre hospitalier et depuis "3 ans" elle exerce "dans le service de médecine de cette même structure"</p>
Expériences d'encadrements d'étudiants	Oui	L'IDE a encadré "un grand nombre" d'étudiants	L'IDE a "pu encadrer en quatre ans, plusieurs dizaines d'étudiants".
Formation tutorat	Oui / Non	Il y a 11 ans, lorsque l'IDE s'est "portée volontaire pour être tutrice à mon arrivée au CHU". C'est à dire au bout de 15 ans de carrière d'infirmière.	L'IDE exprime par ses propos : "je ne suis pas tuteur".
	Pourquoi	Voici le leitmotiv de l'IDE : "c'est pour moi logique d'accepter ce rôle" puisque "je porte un intérêt envers leurs encadrement".	L'IDE explique ne pas avoir "assez d'expérience pour assumer cette fonction". De plus cela "prends beaucoup de temps" et ça "demande un investissement personnel".
	Investissement auprès des étudiants	L'IDE a suivi la formation qui s'est mis en place avec le "nouveau référentiel de 2009." La formation dure trois jours avec un décryptage du portfolio pour savoir ce qu'il y a dedans, bien le remplir et utiliser les bons termes. De plus, cela permet de comprendre ce qu'il y a derrière chaque	Dans "plusieurs années j'aimerais recevoir la formation pour devenir tuteur car je trouve cela important de former nos futurs collègues"

		compétence, et savoir comment les adapter en fonction de notre service”.	
Alternance	Définition	“L ’étudiant allie la théorie et la pratique”	“ L’alternance est la professionnalisation entre les cours théoriques et la pratique en stage”
	Intérêt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “l’alternance est pour moi un essentiel dans le cursus infirmier”</li> <li>• “on ne peut pas apprendre un métier si humain et technique en restant seulement sur une chaise toute la journée.”</li> <li>• “Prendre soin d’un patient, avoir une relation avec lui s’apprend et ce par le biais du stage. L’étudiant peut mettre en pratique ce qu’il a vu à l’IFSI et se positionner au sein d’une équipe.”</li> <li>• “Bien évidemment avoir le contenu théorique auparavant permet à l’étudiant d’avoir une certaine crédibilité auprès des soignants et aussi de lui faire confiance. En stage on ne peut pas fournir autant de contenu, l’étudiant se doit de faire des recherches de son côté.”</li> <li>• “devenir un professionnel compétent”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “l’intérêt de l’alternance est la professionnalisation”</li> <li>• “L’étudiant va gagner en autonomie au fil des années de formation et va devenir à la sortie du diplôme un professionnel ayant des compétences solides pour exercer.”</li> </ul>
	Avantages		



	<p>Evaluation des capacités de l'étudiant</p>	<p>avec moi. Cela me permet d'évaluer ses acquis. Je ne le laisse pas seul même si il me dit que cela fait trois semaines qu'il ait dans le service. Je veux l'observer et voir si il n'a pas des manques. Je regarde aussi comment il se comporte avec les patients et moi-même. De toute manière étant infirmière depuis 26 ans j'ai l'habitude, j'encadre depuis de nombreuses années et je sens d'entrée de jeu si je peux faire confiance ou non à l'étudiant."</p> <p>"Je demande prioritairement à l'étudiant de me donner son niveau de formation, son parcours de stage, depuis quand il est arrivé dans le service pour avoir notion des soins qu'il a effectué"</p>	<p>de soins, mais je lui rappelle que je suis toujours disponible pour l'accompagner. Je lui dit aussi que je préfère qu'il me pose des questions qui peuvent être "débiles" qu'il fasse une erreur."</p> <p>"La première chose que je lui demande c'est son niveau de formation car je n'ai pas les mêmes attentes entre une personne en première année et une en troisième année. Je fais un récapitulatif avec lui sur son parcours de stage et depuis quand il est dans le service. Cela me permet de cerner globalement ce qu'il a pu acquérir et ce qui lui reste à apprendre dans notre service."</p>
<p>Apprentissage</p>	<p>Diverses méthodes d'apprentissages :</p> <p>Par l'observation</p> <p>Par la réflexion</p>	<p>"L'étudiant selon moi apprend un soin surtout en observant. Je pense qu'avant d'essayer de le réaliser il doit l'avoir vu pour poser des questions et bien le visualiser. C'est comme de l'imitation, il regarde ce que le professionnel fait pour ensuite le reproduire."</p>	<p>"L'étudiant en stage apprend en nous regardant. Cela lui permet de voir la manière dont on peut mener à bien le soin."</p>

	<p>Par l'expérience</p> <p>Par la pratique à l'institut</p>	<p>“Cependant je pense aussi qu'il ne doit pas seulement imiter mais aussi réfléchir à la manière dont il agit. C'est pour moi essentiel de savoir quel est le but du soin, pourquoi je m'organise de telle manière et pas d'une autre.”</p>	<p>“Ensuite il peut apprendre grâce à ses expériences de soins qui vont le faire réfléchir et donc potentiellement améliorer sa pratique.”</p> <p>“On peut apprendre un soin à l'IFSI notamment lors des travaux pratiques, lorsque qu'on passe en simulation. Ce qui est possible par ce biais est le droit à l'erreur alors qu'au contraire en stage il faut éviter au maximum d'en faire.”</p>
Qualité d'un soin	Définition des soignantes	<p>“Pour moi c'est un soin qui est réalisé avec asepsie, dextérité sans que le patient en souffre. Pendant le soin il faut que le patient ne soit pas plaintif. S'il a mal cela veut dire que j'ai mal anticipé mon soin ou que j'ai l'ai mal réalisé. Ce que je souhaite faire lors de chaque soin, c'est de l'effectuer avec rigueur et sans douleurs induites. C'est aussi penser à mon ergonomie en ayant une bonne posture.”</p>	<p>“Un soin de qualité c'est pour moi un soin réalisé selon les bonnes pratiques. C'est-à-dire respecter les règles d'hygiène, utiliser correctement les matériels. Pour moi, un soin bien réussi c'est quand le patient a passé un bon moment c'est-à-dire que j'ai su l'écouter et répondre à ses besoins. Mais aussi éviter de lui procurer de la douleur. Donc un soin qualitatif prend diverses composantes : rigueur, sécurité, asepsie, bon usage du matériel et/ou des thérapeutiques, écoute et bienveillance. Il faut toujours</p>

			placer le patient au coeur du soin.”
Encadrement d'un étudiant lors d'un soin notamment la pose d'une voie veineuse périphérique	Étapes de l'encadrement  Réalisation du soin ou non  Briefing	<p>“Si l'étudiant n'en a jamais vu, je ne le laisse pas manipuler. Je préfère lui montrer en lui expliquant tout mes gestes. Je le préviens que la prochaine fois il pourra faire le soin et je l'accompagnerai dans sa réalisation.”</p> <p>“Dans la situation où l'étudiant a déjà vu le soin je reste avec lui. En amont du soin je lui demande de penser à comment il va s'y prendre, qu'il s' imagine comment il va procéder. Ensuite je lui demande de réfléchir au matériel nécessaire et de sortir tout ce dont il va avoir besoin. Je lui dit d'anticiper car même si je suis présente durant le soin il faut qu'il s' imagine être seul avec le patient, ce qui engendre aucun aller retour possible lorsque le soin a débuté. Il faut que l'étudiant soit prêt lorsqu'il perfuse en ayant tout le nécessaire à proximité de lui. Ceci pour éviter de contaminer le site, il faut donc s'organiser avoir les compresses ouvertes et l'opsite prêt à être posé. Ensuite avant de partir dans la chambre je récapitule avec lui la liste du matériel. Je lui rappelle qu'il doit bien s'installer pour être confortable surtout si c'est sa première fois car il risque de paniquer et de ne pas savoir comment réagir. Je lui demande ensuite de</p>	<p>“Quand je propose un soin à un étudiant, je demande toujours auparavant au patient si il est d'accord pour que cela soit lui qui lui fasse.”</p> <p>“Ensuite si l'étudiant ne l'a jamais réalisé, je vais prendre le temps avant le soin de lui demander quelles sont les étapes, comment il va s'y prendre. Je réajuste ses propos si besoin. Dans le cas d'une VVP je vais lui demander de bien regarder la prescription du médecin et de sortir le matériel. Ensuite je le laisse préparer la poche en l'observant pour être sur qu'il ne commette pas d'erreurs en sortant la mauvaise poche ou en adaptant la tubulure à la poche de perfusion par exemple. Une fois que tout le matériel est prêt et que tout a été réalisé conformément aux bonnes pratiques je demande à l'étudiant si il est prêt et si il n'a pas d'autres questions.”</p>

	<p>Pendant</p>	<p>d'énoncer les étapes du soin et je lui donne des conseils sur la pose du cathéter pour lui faciliter la tâche. Par exemple ne pas enlever directement le guide une fois que le retour veineux est présent et enlever le garrot d'abord puis ensuite mettre les compresses en dessous du cathéter, prendre sa tubulure et enlever le guide puis adapter la perfusion au cathéter. "</p> <p>"Lorsqu'il est dans la chambre, je l'aide à voix haute car c'est une situation qui peut lui faire perdre ses moyens. " et "si le soin ne se passe pas comme prévu j'enfile une paire de gant et je rattrape la situation. Dans tous les cas tout le long du soin je suis présente."</p>	<p>"Ensuite dans la chambre, sachant qu'il n'a jamais réalisé le soin je vais tout faire pour qu'il ne s'occupe que de perfuser. Je vais me concentrer à discuter avec le patient, tout en observant ce qu'il fait et l'aiguiller au maximum. L'objectif est que l'étudiant se sentent en confiance, dans une bonne ambiance. Je vérifie toujours que le stagiaire s'installe correctement, je lui donne des conseils pour s'organiser. Une fois qu'il a piqué je l'aide avec le matériel car au départ c'est compliqué de tout gérer, la dextérité vient en pratiquant. Au contraire si l'étudiant est en difficulté avec une absence de retour veineux, je le seconde. Je porte toujours des gants pour reprendre</p>
--	----------------	--	---



		De toute façon dans le cas d'une VVP, je ne laisserai piquer l'étudiant qu'une fois. La deuxième fois c'est moi qui prends le relais"	côté. C'est mon rôle de communiquer avec lui et non à l'étudiant. L'étudiant pourra parler plus tard avec le patient quand il maîtrisera le soin."
L'erreur	Définition et conséquences.	"Déjà je dirais que l'erreur est la manifestation d'un événement non prévu pouvant avoir des répercussions sur le patient. Que la gravité peut être plus ou moins lourde pour le patient. Cela peut être dur aussi pour le soignant psychologiquement car ce n'est jamais intentionnel de vouloir commettre une erreur. "	"Quand j'entends le mot erreur je pense à quelque chose de mal fait ou de raté. Il existe différents types d'erreurs possibles par exemple erreur d'administration de thérapeutiques, erreur de calcul de dose, erreur d'identitovigilance, erreur d'asepsie. "
	Causes de l'erreur		Je pense aussi que ça peut altérer la prise en soins du patient et avoir des conséquences sur lui. "
	L'erreur comme piste de réflexion	"Cependant j'ai dû faire la déclaration d'un événement indésirable après. Par la suite en réunion d'équipe on est revenu sur la situation pour en comprendre les causes, trouver des axes d'amélioration pour éviter de renouveler l'erreur. On peut donc transformer l'erreur qui est un acte négatif en quelque chose de positif. "	"Ces erreurs peuvent être dues à divers facteurs comme la surcharge du travail, la fatigue, l'interruption de tâches ou même la méconnaissance d'un soin"
			"L'erreur est pour moi une source d'apprentissage car ça permet de réfléchir sur la façon dont on a réalisé le soin, les éléments qui ont causés le soin est donc se remettre en cause. De plus, en équipe nous pouvons parfois analyser ces erreurs si nous avons fait une déclaration d'événement indésirable. Cela permet donc parfois de créer de nouveaux protocoles, de nouvelle manière de réaliser les soins. L'erreur permet la réflexion. "

NOM : BIRON

PRENOM : Emeline

TITRE : Apprendre à apprendre

Through its alternance training the student has the keys to become a competent professional. Indeed, theory and practice allow him to acquire knowledge and practice through learning. For this brief, I have decided to focus on the learning of care during an internship with the primary concept of coaching. The starting question for this work is: How does the coaching from a local nurse to a student impact the quality of learning about patient care? The interest of this research is to define what the learning is, to understand how to promote it and how the nurse will be able to help the student by mentoring him, knowing that the student and the nurse have the common goal of providing quality patient care. In order to compare the theoretical contributions of my work and the reality of the field I interviewed two nurses with different experiences and different commitment in the course of the student. These interviews allowed me to provide additional information on my subject and open my reflection to other notions and questions.

L'étudiant grâce à sa formation par l'alternance a les clés pour devenir un professionnel compétent. En effet, la théorie et la pratique lui permettent par le biais de l'apprentissage d'acquérir des connaissances et des pratiques. Pour ce mémoire, j'ai décidé de me centrer sur l'apprentissage d'un soin en stage avec notamment le concept primordial d'encadrement. La question de départ de ce travail est : En quoi l'encadrement d'un infirmier de proximité auprès d'un étudiant en soins infirmiers a-t-il un impact dans la qualité de l'apprentissage d'un soin au patient ? L'intérêt de cette recherche est de définir ce qu'est l'apprentissage, de comprendre comment le favoriser et la manière dont l'infirmier va pouvoir aider l'étudiant en l'encadrant, sachant que l'étudiant et l'infirmier ont comme objectif commun d'apporter des soins de qualité aux patients. Afin de confronter les apports théoriques de mon travail et la réalité du terrain j'ai interrogé deux infirmiers avec des expériences et un engagement différent dans le parcours de l'étudiant. Ces entretiens m'ont permis d'apporter des informations complémentaires sur mon sujet et d'ouvrir ma réflexion vers d'autres notions et questions.

KEYS WORDS: Alternance / Learning / Coaching / Quality of care

MOTS CLES : Alternance / Apprentissage / Encadrement / Qualité des soins

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS :

2 Rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES – 2020