

# Evaluation d'un stage d'initiation aux soins pour étudiants en médecine, en binôme avec une infirmière

Francis ROUSSEL\*, Janine ELOUARD\*\*, Jacques WEBER\*\*\*, Raymond COLIN\*\*\*\*

**Résumé** *Contexte* : Les modifications réglementaires de 1992 ont introduit un stage d'initiation aux soins dans les études médicales, sans en préciser les modalités. À Rouen, ces changements ont été intégrés à une réforme pédagogique plus vaste mettant précocement les étudiants en situation. *But* : Rapporter notre expérience d'introduction d'un stage de trois semaines de découverte spontanée du malade et des réalités hospitalières (soins et équipe de soins), inaugurant les études médicales, en binôme avec une infirmière soignante, encadrant et évaluant le stagiaire. *Matériel et Méthode* : 173 infirmières volontaires et 199 étudiants, en deux cohortes successives (93 en 1999-2000 et 106 en 2000-2001) ont participé. 100 % des évaluations sommatives et de 87 à 93 % des enquêtes anonymes d'opinion ont pu être analysés. *Résultats* : Les évaluations individuelles des étudiants étaient très élevées. Seuls 2 % d'entre eux ont été ajournés. Le degré d'expérience des infirmières ne modifiait pas leurs évaluations. Les services de chirurgie faisaient des terrains de stage de même qualité que ceux de médecine. La satisfaction des stagiaires et des infirmières était élevée. *Conclusion* : Plébiscité par les acteurs, bien accepté par les universitaires, ce stage nous a permis d'introduire l'interprofessionnalité dans notre institution. Certaines retombées positives dépendent directement de la position précoce dans le curriculum, de la qualité de l'accueil, de l'évaluation directe des stagiaires par leur infirmière, de l'adhésion de la hiérarchie infirmière et de la mise en place préalable d'une filière de gestion des problèmes.

**Mots clés** Enseignement médical premier cycle ; étudiant en médecine ; stage ; milieu infirmier ; évaluation ; interprofessionnalité.

**Summary** *Context*: Decree laws of 1992 imposed a training period for students in care initiation during medical studies, with no prescription of specific modalities. At Rouen, these changes were integrated to a wider pedagogic reform, submitting students to real-life situations. *Purpose*: We report our experience of the introduction of a three-week nursing training period as the first stage of medical education, immediately following student selection by a competitive examination. The period was divided into spontaneous discovery of patients and reality of the hospital environment (care and caring team). Each trainee was paired with a nurse and was evaluated by this same nurse. *Material*: 173 voluntary nurses and 199 students two cohorts (1999-2000 and 2000-2001) participated in the study. All evaluations and from 88% to 93% of opinion surveys were analysed. *Results*: Evaluation of students was very high. Only 2% of them failed. The degree of experience in supervision of nurses had no impact on their assessments. Training in surgical units was considered as good as those in medical units. Satisfaction in both students and nurses was very high. *Conclusion*: The training period was evaluated as very positive by students and nurses and was well accepted by the faculty. This allowed us to introduce inter-professionalism into our institution. Some of its positive consequences depended on the exact timing of the training period during the academic curriculum, the quality of the welcome meeting, direct evaluation of trainees by the nurse, nursing hierarchy adhesion, and previous settling of a strategy for problems management.

**Key Words** Education medical ; undergraduate ; medical students ; training period ; nursing ; evaluation ; inter-professionalism.

*Pédagogie Médicale 2003 ; 4 : 176-183*

\* Correspondance : Francis Roussel – Histologie - Responsable pédagogique du PCEM2 - CHU de Rouen - 1 rue de Germont F 76031 Rouen cedex - mailto:francis.rousseau@chu-rouen.fr

\*\* Direction de Soins Infirmiers. Directrice des Soins Infirmiers. CHU de Rouen

\*\*\*Neurophysiologie. Vice Doyen à la Pédagogie. CHU de Rouen

\*\*\*\* Hépato-Gastro-Entérologie. Ancien Vice Doyen à la Pédagogie. CHU de Rouen

## Introduction

En France, les réglementations sur les études médicales ont rendu obligatoire, à partir de 1992 la mise en place d'un stage d'initiation aux soins<sup>1</sup> au cours du premier cycle (période préclinique). Les différentes facultés de médecine ont organisé ces stages selon des modalités diverses. Depuis cette mise en place, à notre connaissance, aucune publication n'a été faite sur l'organisation de ce stage dans le cursus français, son évaluation, ou le vécu par les enseignants et les étudiants. Au sein de la faculté de médecine de Rouen, ce stage a été inclus dans le cadre d'une réforme pédagogique plus vaste, comportant l'introduction des apprentissages par problèmes<sup>2,3</sup>. Nous présentons ici une première approche descriptive de la mise en place d'un stage infirmier inaugural dans le cursus des études médicales, où l'étudiant est en immersion complète dans un service, sans autre obligation pédagogique concurrente, en binôme avec une infirmière soignante dont il partage les activités. Une évaluation structurée a été mise en place en 1999 et nous présentons les résultats des deux premières cohortes d'étudiants (1999-2000 et 2000-2001) et d'infirmières suivis au moyen de l'évaluation nominative des étudiants en fin de stage et de deux enquêtes anonymes d'opinion.

## Méthodes

### **Le contexte réglementaire général et pédagogique local.**

Les arrêtés de 1992 et 1995<sup>1</sup> précisent que : « *Avant le début de la deuxième année d'études, les étudiants effectuent, sous la conduite de cadres infirmiers, un stage d'initiation aux soins, non rémunéré, d'une durée de quatre semaines, à temps complet et de manière continue, dans un même établissement hospitalier. Pendant ce stage, les étudiants sont initiés aux principes de l'hygiène hospitalière et aux gestes de premiers secours. Ces gestes sont enseignés sous la responsabilité du professeur... désigné pour organiser cette formation en seconde année de premier cycle et en première année de deuxième cycle des études médicales... La validation du stage est prononcée par le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale sur avis du chef de service dans lequel l'étudiant a été affecté.* »

A Rouen, la séquence a été scindée en deux stages ; le premier d'initiation aux soins *stricto sensu* occupe les trois premières semaines de la seconde année de premier cycle<sup>2</sup>. Il est organisé en coresponsabilité avec la hiérarchie infirmière. Un second stage, centré sur l'urgence est situé en début de première année de deuxième cycle. Il est placé sous responsabilité purement médicale. Ces stages sont

complétés par deux stages de sémiologie et par un stage classique d'étudiant hospitalier.

### **L'organisation du stage**

Le stage infirmier est obligatoire. Il est présenté conjointement par le médecin enseignant responsable d'année et par l'infirmière générale, Directrice des Soins Infirmiers du CHU, le jour de la rentrée, le premier lundi de septembre, lors de l'accueil en amphithéâtre. Le stage privilégie la prise de contacts avec les patients hospitalisés adultes. Les services de pédiatrie, de réanimation ou des services très spécialisés comme la stomatologie sont donc exclus à ce stade des études. Les étudiants sont affectés de façon qu'il n'y ait pas plus de quatre stagiaires par unité de soins.

Le stage débute dès le lendemain de l'accueil et se déroule en immersion totale, pendant les trois premières semaines qui suivent la rentrée. Il est demandé aux cadres de santé d'organiser un accueil sur place au cours duquel on présente l'unité de soin et les personnes avec qui le stagiaire sera en contact et singulièrement l'infirmière responsable de son encadrement. Les chefs de service sont prévenus, mais ne sont pas sollicités directement dans l'organisation, le contrôle ou l'évaluation.

Chaque infirmière est désignée sur la base du volontariat. Elle est infirmière soignante et n'exerce généralement pas de responsabilités d'enseignement dans sa profession. Elle n'a pas reçu de formation spécifique. Elle n'a qu'un seul stagiaire à prendre en charge pendant la période considérée et n'est pas sollicitée pour d'autres tâches pédagogiques médicales.

Le stagiaire est dégagé de toute activité universitaire pendant ce stage. Il participe aux diverses activités de son infirmière et s'adapte à ses horaires, y compris de nuit, suivant les caractéristiques propres de l'unité de soins. Il réfère à son infirmière pour tout problème et peut en profiter pour apprendre des gestes techniques, néanmoins cette acquisition n'est pas un objectif prioritaire. Les buts du stage sont distribués à chacun (*voir ci-dessous*). A titre d'information, les résultats de l'évaluation de la cohorte précédente sont distribués aux infirmières.

Les étudiants sont informés de l'existence d'une évaluation de fin de stage par leur infirmière et de l'importance de celle-ci.

### **Les buts du stage**

Le but général du stage est la prise de conscience précoce des réalités hospitalières, en milieu infirmier. Il se décompose en quelques objectifs spécifiques :

#### **Découverte du malade adulte**

La personne : sa trajectoire personnelle, son type de vie,

# Concepts et Innovations

ses questions, ses angoisses face à la maladie. Cette étape peut aller de pair avec l'accompagnement du patient lors des différents rendez vous ou examens complémentaires. On ne cherche pas à confronter systématiquement l'étudiant à la mort. Mais si un décès survient parmi les patients de l'infirmière, l'étudiant ne doit pas être non plus systématiquement écarté.

Les soins : la toilette, le repas, la prévention des escarres, les manipulations. L'accent est mis sur le respect de la pudeur et le confort du malade d'une part, ainsi que sur l'hygiène, l'asepsie et la prévention des infections, d'autre part. Certains soins plus spécialisés (intra-musculaire, intra-veineuse...) peuvent éventuellement être enseignés. La personne et les soins : les réactions du patient face à la « machine hospitalière », les angoisses de la douleur, les réactions aux retards et contretemps, la gêne...

La vie en société : la politesse, le maintien, le respect du malade, l'information qui lui est donnée, le vocabulaire...

## Découverte de l'équipe de soin

Participation à la vie de l'équipe soignante : les horaires, les rythmes, les transmissions.

Les différentes fonctions non médicales : rôles et relations des différentes catégories (agent de service hospitalier, aide-soignante, infirmière, secrétaires, kinésithérapeutes, cadres infirmiers...)

L'organisation hospitalière : les différents types de séjours, les différents types de dossiers (médicaux, infirmiers...), les différentes réunions. L'accent est mis sur les rédactions de protocoles de soins, ou les réunions informelles à propos d'un patient ou d'une difficulté, plutôt que sur la participation à des staffs médicaux qui seront abordés plus tard dans le cursus.

Découverte de quelques problèmes généraux comme l'état nutritionnel du patient ou le risque nosocomial.

## Le déroulement du stage

Dans cette séquence d'initiation aux soins, les apprentissages se déroulent spontanément au contact des infirmières et il n'a pas été mis en place de démarche systématique d'apprentissage. L'infirmière et l'étudiant ont toute latitude pour saisir les opportunités qui se présentent de façon aléatoire pour développer l'apprentissage.

## Les outils d'évaluation

Deux types d'outils ont été utilisés : une évaluation nominative des stagiaires et deux enquêtes anonymes d'opinion.

L'évaluation nominative des stagiaires comportait une grille de questions fermées associée à des commentaires libres. Cette évaluation était signée par l'infirmière et était portée par elle à la connaissance du stagiaire, dès la fin du

stage. Les items fermés étaient : relations avec les malades ; relations avec le personnel soignant ; intégration à l'équipe ; curiosité ; intérêt ; ponctualité ; habileté gestuelle. Pour chaque item, les appréciations étaient portées sur une échelle de Lickert à 5 niveaux (un correspondant à « très en-dessous de la performance attendue » et 5 à « très au-dessus »).

Les critères précis entraînant la décision de non validation du stage par le jury d'examen n'étaient pas connus des infirmières, en revanche, elles étaient informées de l'importance qu'un échec pouvait avoir pour leurs stagiaires, et donc de leur rôle indirectement sanctionnant. Le stage est une unité de valeur distincte et doit à ce titre, être validé. En cas d'ajournement, il doit être refait pendant les vacances d'été et validé. Le jury d'examen a décidé d'ajourner tout étudiant ayant au moins un item apprécié comme étant très en-deçà de la performance attendue (hors habileté manuelle) et d'informer tous ceux ayant au moins un item en-deçà de la performance attendue.

Par ailleurs, deux enquêtes anonymes d'opinion ont été systématiquement menées en parallèle auprès des étudiants et des infirmières sur le déroulement de la séquence. Ces enquêtes d'opinion alternaient des questions fermées notées en échelle de Lickert à 5 niveaux (*voir les items Tableau 3 pour les stagiaires*), des questions ouvertes et un encouragement aux commentaires libres. Les infirmières étaient interrogées sur leur adhésion au principe du binôme, sur la qualité des informations reçues, sur le besoin d'une réunion préparatoire, sur la clarté des objectifs et leur adaptation, ainsi que sur les qualités des différentes grilles. La plupart des questions étaient réservées à chaque groupe, mais un petit nombre d'entre elles comme, par exemple, la perception de la durée du stage étaient communes aux infirmières et aux stagiaires. Les comparaisons des données quantitatives ont été traitées par le test de Student et le seuil de signification fixé à 0,05.

## Résultats

Pour 100 % des 93 (cohorte 1999-2000) et des 106 étudiants (cohorte 2000-2001) une évaluation nominative était disponible. Pour les enquêtes anonymes d'opinion, les taux de réponse des étudiants étaient de 93 % la première année et de 88 % la seconde ; pour les infirmières ils étaient respectivement de 87 % puis de 88 %. Les résultats ont été analysés cohorte par cohorte mais sont présentés globalement quand ils n'étaient pas significativement différents.

## ***Evaluation nominative des étudiants par les infirmières***

### **Le stagiaire**

Les notes individuelles obtenues par les stagiaires étaient élevées (*Tableau 1*). On notait une légère diminution non significative de la moyenne des notes, d'une année sur l'autre, avec une diminution significative ( $p < 0,05$ ) de l'appréciation de la ponctualité :  $4,39 \pm 0,6$  en 1999 et  $4,19 \pm 0,5$  en 2000 ( $p < 0,05$ ). L'habileté gestuelle n'avait pas été évaluée en 1999 (*Tableau 2*).

Quelques étudiants ont fait, en deux ans, l'objet d'une appréciation défavorable. Leur sex-ratio était exactement conforme à celui des cohortes. Cela concernait 10 étudiants (5,4 % des stagiaires). Quatre ont été ajournés (2,1 %) et 6 informés (3,3 %). Tous les étudiants ajournés sauf un ont validé leur stage avec succès pendant leurs congés d'été, dans un type de service choisi intentionnellement comme très différent du premier. Seule une étudiante manifestait des difficultés comportementales persistantes dans deux stages différents. Elle a quitté la faculté de sa propre initiative après passage devant la commission d'aide et de conseil aux étudiants en difficulté. Il a été conseillé aux 9 autres étudiants de s'inscrire à l'enseignement optionnel de communication organisé au sein de la faculté. La plupart (7/9) l'avaient fait spontanément. Les deux autres ont suivi le conseil.

### **Le stage**

Les moyennes des notes d'évaluation nominative par service et par année se distribuaient suivant une loi normale (données non présentées ici). Elles occupaient d'autant plus souvent les extrêmes de cette distribution que le flux de stagiaires était faible (données non présentées ici) mais il n'existait pas de différence significative entre les services de chirurgie et ceux de médecine. Le classement des services en fonction de cette note n'était pas modifié par la neutralisation des étudiants ajournés (données non présentées ici).

### **Les infirmières**

Il existait un fort renouvellement des infirmières qui étaient le plus souvent différentes d'une année sur l'autre : sur les 173 infirmières, 26 (30 %) ont encadré les deux années (*Tableau 2*). Lors d'un premier encadrement, il n'existait pas de différence significative entre les notes des infirmières dites « novices », même si les infirmières reprenant par la suite un second étudiant donnaient des notes légèrement plus élevées.

Lors d'un second encadrement, les infirmières « expérimentées » jugeaient leur second stagiaire comme leur premier (pas de différence significative de leurs notations en dehors de la ponctualité) ( $p < 0,05$ ). En revanche, il existait

une différence entre « novices » et « expérimentées » de l'année 2000 dans la perception de la relation au malade ( $p < 0,05$ ) et dans celle de l'habileté manuelle ( $p = 0,05$ ). Ce marqueur de cohérence faisait apparaître les novices de 2000 comme plus réalistes (*Tableau 2*). Les infirmières encadrant deux fois manifestaient une tendance à l'indulgence, persistant dans les deux stages à un niveau non significatif. En dehors de ces deux points, la notation par les infirmières était globalement indépendante de l'expérience acquise en un an. Elle n'était pas non plus influencée par le sexe des stagiaires (données non présentées ici). Le nombre trop faible d'infirmiers ne permet pas d'étudier la réciproque.

## ***Les enquêtes d'opinion***

Les enquêtes d'opinion testaient plusieurs domaines spécifiques. Cependant, la moyenne générale des réponses était très élevée à  $4,1 \pm 0,4$  pour les stagiaires et à  $3,9 \pm 0,4$  pour les infirmières.

La première de ces enquêtes d'opinion concernait l'appréciation du stage par les stagiaires (*Tableau 3*). Il n'existait aucune différence statistique entre les réponses des deux cohortes. La satisfaction générale était élevée et les buts assignés étaient considérés comme largement atteints. Ceux concernant la découverte de la vie en équipe l'ont été mieux que ceux concernant la découverte des soins ( $p < 0,001$ ). L'item « *Au cours de ce stage, avez-vous pu réaliser les objectifs concernant la vie en équipe ?* » donnait significativement la réponse la plus élevée ( $4,6 \pm 0,4$ ) et le sentiment d'intégration à l'équipe était supérieur à l'attente des stagiaires.

L'accueil a été observé spécifiquement. Il avait toujours été fait. Sur 182 réponses agrégées sur deux ans, l'accueil a été fait 120 fois par le cadre, 35 fois par une infirmière, 44 fois par l'infirmière encadrant l'étudiant, 7 fois par le chef de service, 2 fois par un autre médecin. Il était assez fréquent (environ 10 % des unités) que l'accueil ait été fait par plusieurs personnes. Il persistait néanmoins près de dix pour cent de stagiaires (19) accueillis par quelqu'un déclarant ignorer les dates, modalités et buts de stage. Cependant, les infirmières (sauf dans un cas vérifié) avaient toutes reçu les informations dans les délais prévus, et celles-ci transitaient par leurs cadres.

Les stagiaires déclaraient en moyenne trouver le stage un peu long (moyenne :  $3,5 \pm 0,6$  ; médiane : 3).

Parmi les vérifications de la cohérence des réponses fournies, il était demandé aux étudiants s'ils avaient participé à des soins. Seuls trois d'entre eux déclaraient n'avoir pas pu le faire, malgré leur désir (1 en 1999, 2 en 2000).

Il est difficile de synthétiser ici les commentaires libres qui ont été faits par les stagiaires. On peut seulement rassembler les « adjectifs » qu'on avait demandé d'employer pour

# Concepts et Innovations

**Tableau 1 :**  
**Evaluation nominative des stagiaires par les infirmières**

	Moyenne (Maximum, minimum)
Relations / Malades	4,07 (5 - 1)
Relations / Soignants	4,16 (5 - 1)
Intégration à l'équipe	4,13 (5 - 1)
Curiosité	4,12 (5 - 1)
Intérêt	4,18 (5 - 1)
Ponctualité	4,29 (5 - 1)
Habilité Gestuelle	3,93 (5 - 1)
<b>Globale</b>	<b>4,09 (5 - 1,85)</b>

Valeurs moyennes, maximales et minimales des évaluations nominatives semi-quantitatives portées par les infirmières pour deux promotions successives.

**Tableau 2 :**  
**Comparaison des infirmières « novices »  
et « expérimentées »**

	Infirmière ayant encadré		
	1 Foix	2 Foix	
<b>1999</b>	Relations / Malades	4,03	4,21
	Relations / Soignants	4,13	4,27
	Intégration à l'équipe	4,05	4,19
	Curiosité	4,11	4,27
	<b>2000</b> Intérêt	4,17	4,35
	Ponctualité	4,31	4,56
	<b>Global</b>	<b>4,13</b>	<b>4,31</b>
<b>2000</b>	Relations / Malades	3,93	4,31
	Relations / Soignants	4,08	4,25
	Intégration à l'équipe	4,09	4,17
	Curiosité	4,03	4,29
	<b>2001</b> Intérêt	4,09	4,29
	Ponctualité	4,19	4,19
	<b>Global</b>	<b>4,04</b>	<b>4,24</b>

Valeurs moyennes des appréciations semi-quantitatives portées par les infirmières pour deux cohortes successives suivant leur degré d'« expérience » dans la prise en charge de ce type de stagiaire.

**Tableau 3 :**  
**Opinion des stagiaires**

	Moyenne (Maximum-minimum)	
<b>Globale</b>	<b>4,2 (4,8 - 2,4)</b>	
<b>Accueil sur place</b>	Intégration à l'équipe	4,1 (5 - 2)
	Objectifs de stage	4,1 (5 - 1)
	Objectifs connus de l'accueillant	4,1 (5 - 1)
	Déroulement du stage	4,0 (5 - 1)
	Visite de l'unité	4,1 (5 - 1)
	Contacts dans l'unité	3,9 (5 - 1)
	Présentation de l'unité	4,3 (5 - 2)
<b>Réalisation des objectifs</b>	Patient	4,4 (5 - 2)
	Soins	4,3 (5 - 1)
	Vie en équipe	4,6 (5 - 2)
	Organisations	4,4 (5 - 2)

Valeurs moyennes, maximales et minimales des opinions anonymes semi-quantitatives émises par les étudiants

## Evaluation d'un stage d'initiation aux soins pour étudiants...

caractériser cette formation. Tous étaient positifs sauf un (un peu décevante) : *enrichissante (57 fois), intéressante (26), instructive (26), motivante (12), indispensable (11), nécessaire (6), passionnante (4), formatrice (3), formatrice (3), adaptée (3), découverte (3), complète (3), révélatrice (2), épanouissante (2), essentielle, positive, réaliste, pertinente, responsabilisante, très bonne, profitable, bénéfique, bonne, bien, excellente, satisfaisante, observatrice, encourageante, à renouveler, dynamique, conviviale, captivante, courte, idéale, géniale, enfin du concret.*

### La seconde enquête d'opinion concernait les infirmières

Les infirmières étaient satisfaites de l'infrastructure et de la préparation de la séquence. Les objectifs leur paraissaient clairs (4,6 +/- 0,4) et adaptés (4,1 +/- 0,6). L'information circulait correctement (4,3 +/- 0,3) et le besoin d'une réunion préalable ne se faisait pas sentir. Elles adhéraient fortement au principe de l'affectation d'un étudiant à une infirmière en binôme (4,5 +/- 0,9). Les grilles étaient positivement considérées, davantage pour celles des enquêtes d'opinion (3,8 +/- 0,4) que pour celles d'évaluation (3,4 +/- 0,3). Les infirmières trouvaient le stage un peu court (2,7 +/- 0,6), ce qui contrastait significativement ( $p < 0,000001$ ) avec l'opinion des stagiaires.

Une partie des questions posées aux infirmières portait sur les modifications éventuelles des objectifs de stage. S'il a été rare que certaines infirmières aient voulu en supprimer, près de 15 % chaque année voulaient en rajouter. Il a été ainsi considéré que le stage infirmier était un bon moment pour sensibiliser les étudiants au risque nosocomial. Les infirmières se montraient généralement généreuses en commentaires libres. On peut citer un commentaire très fréquent : « *Encadrer un étudiant en médecine constitue une expérience enrichissante* » ou quelques messages : « *Inciter les étudiants à discuter avec le personnel et les malades ou les familles.* » « *Nous informer sur le déroulement des études de médecine.* » « *Il manque une sensibilisation préalable aux relations humaines entre malade et soignant* ».

### Discussion

La démarche suivie localement partant de l'obligation réglementaire et de sa transposition dans le cadre de notre réforme pédagogique était nécessairement différente de celle de Andravipour *et al*<sup>4</sup> qui analysaient les besoins ressentis.

Pour répondre à la législation, il ne s'agissait pas de mettre en place un stage infirmier destiné à apprendre le métier

d'infirmière ou des actes techniques de soins, mais au contraire un stage d'étudiants débutants qui découvrent les réalités hospitalières, la réalité du malade, des soins et de l'équipe de soins en accompagnant une infirmière et étant supervisés par elle.

Les étudiants et les infirmières considèrent globalement que les différents buts de ce stage en binôme ont été atteints mais l'étude comporte quelques limites et des biais potentiels. Il n'a pas été défini de critères précis permettant de définir le score atteint sur les échelles de Lickert. La finalité du stage a été rédigée en termes de buts et non en termes d'objectifs.

L'évaluation de ce stage d'initiation aux soins a été faite selon des modalités semi-quantitatives non anonymes par les infirmières avec un risque d'effet de clémence ou de sévérité. On peut noter que le marqueur de cohérence interne que nous avons discrètement introduit, l'habileté manuelle des étudiants, a été coté en moyenne à 3,9 et cette note était significativement plus basse que celles attribuées aux autres critères. Ceci suggère qu'en dépit d'un possible effet de clémence expliquant les notes relativement élevées, les infirmières établissaient une hiérarchie dans la cotation selon les items. De même, si les évaluations étaient possiblement entachées d'indulgence, il n'y avait pas d'influence du sexe des stagiaires alors que les infirmières étaient presque exclusivement des femmes. La satisfaction globale des étudiants ou celle spécifiquement liée à l'intégration à l'équipe ou au compagnonnage doit être interprétée en fonction du positionnement chronologique de ce stage dans le cursus des études. En effet, le stage infirmier constituait pour beaucoup la découverte simultanée du monde du travail, du monde hospitalier, des réalités de la maladie, après une première année artificielle, ponctuée par un concours éprouvant.

La satisfaction globale des infirmières traduisait une très forte adhésion à la méthode, probablement liée au rôle des infirmières qui étaient à la fois enseignantes et évaluatrices dans un contexte de valorisation de leur corporation. La surcharge de travail, l'exposition à l'observation, la nécessité de verbaliser pour décrire leur activité semblent ne pas avoir entamé cette position. Malgré ces réserves méthodologiques, nous avons pu analyser le vécu des acteurs et leurs réactions face aux choix pédagogiques : le degré d'exhaustivité était, en effet, très élevé pour une enquête anonyme à retour postal et permettait une analyse objective de la situation. Quelques résultats principaux sont acquis : l'organisation de ce type de stage est faisable dans le milieu hospitalo-universitaire français et pérenne au prix du respect de quelques points (solidité de l'infrastructure matérielle et de la circulation de l'information, adhésion de la hiérarchie infirmière, traitement des problèmes étudiants opérationnel au premier jour).

# Concepts et Innovations

Le déroulement, le vécu, les moyennes des scores d'évaluation se sont révélés similaires entre les services de chirurgie et de médecine. Il n'y avait pas de service où les étudiants subissaient des difficultés particulières et les terrains de stage étaient globalement bien adaptés. En revanche, les réponses ouvertes ont signalé le caractère difficile de certaines unités, comme la neurochirurgie. Le nombre d'étudiants y a été réduit.

Les infirmières étaient volontaires et adhéraient fortement à la notion de binôme. Or, seules 30 % d'entre elles ont repris un stage la seconde année. Les explications sont multiples : changements d'affectation, congés, changement d'état civil non détecté, horaire de nuit le jour de l'accueil, répartition par les cadres par souci d'équité quand le nombre de volontaires était trop important. Les conversations que l'on peut avoir avec les infirmières excluent complètement l'hypothèse d'une « lassitude pédagogique » ou d'un refus d'encadrer à nouveau.

L'accueil des stagiaires avait toujours été fait et était bien structuré malgré les difficultés signalées dans la littérature<sup>5,6</sup>. La qualité de l'accueil en stage infirmier a été une des premières informations à diffuser spontanément dans le CHU. Le sérieux de l'évaluation, la qualité de l'encadrement<sup>7</sup> ont abouti à une amélioration des stages hospitaliers.

Les évaluations nominatives émises par les infirmières « expérimentées » n'étaient pas différentes de celles des « novices ». En revanche, la seconde année, la diminution du score de ponctualité qui est un des paramètres les plus objectifs pouvait être interprétée comme le résultat d'un début d'apprentissage collectif. La relation entre la note de stage et l'importance du flux d'étudiants dans une unité donnée allait dans le même sens.

L'adéquation du format du stage aux données réglementaires était bonne. Le seul point non conforme était l'absence de validation par le chef de service car il nous avait paru démotivant pour les infirmières de faire évaluer leurs étudiants par quelqu'un qui ne les côtoyait pas directement et la décision de validation était prononcée *in fine* par le jury d'examen. L'acceptation par les hospitalo-universitaires d'un système d'évaluation reposant sur les infirmières et leur hiérarchie a été bien supérieure à ce qu'on attendait.

La durée du stage a été choisie arbitrairement à trois semaines. Il s'y ajoutait trois semaines d'initiation aux premiers secours et aux urgences en première année de second cycle. Au total, la durée était supérieure à l'obligation réglementaire définie par les arrêtés<sup>1</sup>. Deux équipes font état d'expériences de stage précoce en binôme, pour des durées d'une semaine<sup>8</sup> voire de deux jours<sup>9</sup> qui nous paraissent trop courtes. Cette durée de trois semaines a été appréciée de façon divergente par les acteurs : les étudiants le trouvant un peu long et les infirmières, symétri-

quement, un peu court. Il n'existait pas, dans cette étude, d'élément permettant d'interpréter cette divergence mais nous avons considéré qu'elle était la marque d'une durée optimale et qu'elle traduisait la différence habituelle de perspective entre enseignants et enseignés en termes de durée de l'enseignement<sup>10</sup>. Le conseil de gestion de la faculté a décidé de maintenir pour le moment la durée de ce stage à trois semaines. Il a également confirmé les choix de départ : positionnement sur les premiers jours après le recrutement pour donner un signal fort aux étudiants ; méthode du binôme pour valoriser<sup>11</sup> les infirmières. Le binôme a été particulièrement apprécié, à cause de l'immersion réelle qu'il induit sur les étudiants, du compagnonnage et de la responsabilisation des infirmières.

La mise en place précoce de ce stage s'inscrit dans une démarche pédagogique visant à exposer le plus tôt possible l'étudiant à des situations propices à l'apprentissage du savoir faire ou du savoir être. Sept des neuf étudiants chez lesquels les infirmières détectaient une difficulté relationnelle banale la ressentaient spontanément et disposaient de moyens de la résoudre. Cette démarche pédagogique augmente globalement la motivation des étudiants, mais nous pensons comme Kent<sup>12</sup> que cette exposition précoce peut générer des difficultés insolubles pour eux. C'est pourquoi nous envisageons dans l'avenir de tirer parti de certains commentaires libres incitant à faire rédiger des journaux de bord et à les exploiter en groupes à la fin du stage. Notre démarche se doublait également du désir d'agir sur la relation médecin-infirmière avant que les rôles traditionnels ne soient fixés. L'apprentissage s'appuyant sur l'interprofessionnalité est une préoccupation de toutes les époques qui trouve sa place dans la littérature, qu'elle soit ancienne<sup>13, 14, 15</sup> ou récente<sup>16, 17, 18</sup>, montrant bien que, sauf exception<sup>19</sup>, les solutions proposées ne paraissent pas entièrement satisfaisantes. Elles prennent le plus souvent la forme d'activités communes<sup>20</sup>, parfois en binôme, mais rarement la forme d'une supervision infirmière<sup>8,9,12</sup>. Au-delà de la valeur pédagogique du stage infirmier inaugural en binôme, celui-ci avait en outre l'avantage de fournir à nos étudiants très demandeurs de contacts avec la réalité des soins, une occasion d'élargir leur horizon et de valoriser à leurs yeux le métier d'infirmière<sup>21</sup>.

## Conclusion

Le stage infirmier en début de cursus des études de médecine avec affectation d'un seul stagiaire à une infirmière a couvert les besoins d'introduction d'une culture interprofessionnelle dans notre institution. Cette séquence a été bien vécue par les acteurs avec un enthousiasme des étudiants et une forte adhésion des infirmières. Malgré l'intérêt intrinsèque d'une telle séquence pédagogique, la

réussite de son introduction semble reposer sur une démarche stratégique prenant en compte plusieurs facteurs : la rédaction des buts du stage, une information des cadres infirmiers des infirmières et des étudiants, un accueil organisé et personnalisé dès le premier jour du stage, une évaluation structurée et sanctionnante à l'issue du stage. La publication d'autres modalités d'organisation et d'évaluation sur ce stage d'initiation aux soins serait

utile pour comparer l'expérience menée à la faculté de médecine de Rouen à celle d'autres institutions pour améliorer la valeur pédagogique de cette formation professionnelle.

**Remerciements :** A Marie-Claude Deshaies qui a assuré toute l'intendance et à Richard Médeiros qui a revu l'abstract.

## Références

1. Anonyme. Organisation du premier cycle et de la première année du deuxième cycle des études médicales. Arrêté du 18 Mars 1992 (JO du 27 Mars 1992) (MENZ 9200733A) modifié par l'arrêté du 2 Mai 1995 (RESK9500704A) Journal Officiel de la République Française du 11 Mai 1995 ; 7884-5.
2. Weber J, Denis P, Colin R. Rouen : un nouveau cursus des études médicales. *Médecine et Hygiène* 1996 ; 54 : 2339-34.
3. Colin R, Roussel F, Weber J, Denis P, Lauret P, Des Marchais J.E. Student and faculty early evaluation of the progressive adoption of a problem-based learning curriculum reform at Rouen, France. *Educ Health*, 1999, 12 : 223-32.
4. Anvaripour PL, Jacobson L, Schweiger J, Weissman GK. Physician-nurse collegiality in the medical school curriculum : exploratory workshop and student questionnaire. *Mt Sinai J Med*. 1991 ; 58(1) : 91-4.
5. Abbassene S, Delaporte N. Il n'est pas toujours aisé d'accueillir des stagiaires ! *Rev Infirmière* 1997 ; 30 : 40-3.
6. Abitzmil C. Accueil en stage bien structuré, un étudiant mieux armé. *Objectif Soins* 1998 ; 66 : 29-32.
7. Aarseth O, Falck G, Brattebo G. Do the interns receive the supervision they are supposed to get ? *Tidsskr Nor Laegeforen* 1995 ; 115 : 2087-90.
8. Radford AJ, McIntyre JJ, Heaysman SI. A nursing attachment for medical students at Flinders University. *Med J Aust* 1993 ; 159 : 379-81.
9. Siklos P, Kennedy R. Medical students in Cambridge do two nursing shifts. *BMJ* 1996 ; 313 : 888.
10. Baker M, Spackling PD. The educational component of senior house officer posts : differences in the perceptions of consultants and junior doctors. *Postgrad Med J* 1994 ; 70 : 198-202.
11. Stein LI. The doctor-nurse game. *Arch Gen Psychiatry* 1967 ; 16 : 699-701.
12. Kent GG. Medical students' reactions to a nursing attachment scheme. *Med Educ* 1991 ; 25 : 23-31.
13. Makadon HJ, Gibbons M.P. Nurses and physicians : Prospect for collaboration. *Ann Intern Med* 1985 ; 103 : 134-6.
14. Baggs JG, Schmitt M. Collaboration between nurses and physicians. *Image* 1988 ; 3 : 145-9.
15. Fagin CM. Collaboration between nurses and physicians : No longer a choice. *Acad Med* 1992 ; 67 : 295-303.
16. Larson E.L. New rules for the game : Interdisciplinary education for health professionals. *Nurs Outlook* 1995 ; 43 : 180-5.
17. Casey N. Bringing nurses and doctors closer together : Greater cooperation will benefit patients. *BMJ* 1997 ; 314 : 617-8.
18. Sheth HG, Mallipedi R. Increasing empathy between medical students and nurses. *BMJ* 1997 ; 314 : 682.
19. Sternas KA, O'Hare P, Lehman K, Milligan R. Nursing and medical students teaming for service learning in partnership with the community : An emerging holistic model for interdisciplinary education and practice. *Holist Nurs Pract* 1999 ; 13 : 66-77.
20. Zungolo E. Interdisciplinary education in primary care : The challenge. *Nurs Health Care* 1994 ; 15 : 288-92.
21. Baldwin A, Welches L, Walker DD, Elkiastam M. Nurse self-esteem and collaboration with physicians. *West J Nurs Res* 1987 ; 9 : 107-14.