



EHESP

Directeur des Soins

Promotion : **2014**

Date du Jury : **Décembre 2014**

**La formation professionnelle continue
au sein des Instituts de Formation en
Soins Infirmiers : un enjeu stratégique
pour le Directeur des Soins**

Nicolas CABERO-FLOREAN

Remerciements

J'adresse mes sincères remerciements à toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce travail et tout particulièrement aux professionnels qui m'ont accompagné lors des stages et qui ont accepté de participer à mon enquête.

Sommaire

Introduction.....	1
1 Cadre contextuel et théorique de l'étude.....	7
1.1 La formation professionnelle continue est un levier de développement et de maintien des compétences	7
1.1.1 Le code du travail définit de manière détaillée la notion de formation professionnelle continue.....	7
1.1.2 L'histoire de la formation professionnelle est rythmée par une succession de réformes	7
1.2 La formation professionnelle continue des personnels paramédicaux	10
1.2.1 Les catégories professionnelles concernées	10
1.2.2 Les dispositifs de formation spécifiques.....	10
1.2.3 Les acteurs impliqués dans les dispositifs de formation continue des paramédicaux.....	13
1.3 Les dispositifs de formation des professionnels paramédicaux s'adaptent pour répondre au défi des compétences.....	15
1.3.1 L'approche compétence : un nouveau paradigme pédagogique	15
1.3.2 La réflexivité : une méthode pour apprendre à apprendre	17
1.3.3 Impact de la réforme de la formation initiale infirmière sur la formation continue au sein des IFSI et des IFAS	18
2 L'enquête de terrain.....	21
2.1 Les objectifs de l'enquête réalisée.....	21
2.2 La méthodologie	21
2.2.1 La population enquêtée.....	21
2.2.2 L'outil d'enquête	22
2.2.3 Organisation et déroulement de l'enquête	22
2.2.4 Le modèle d'analyse	22
2.2.5 Les limites de l'étude.....	23
2.3 Analyse des résultats de l'enquête	23
2.3.1 Cartographie des instituts de formation ayant participé à l'étude.....	23

2.3.2	Les freins et les leviers à la mise en œuvre d'un plan de formation continue	24
2.3.3	Les enjeux institutionnels	27
2.3.4	Les enjeux humains	29
2.3.5	Les enjeux financiers	30
2.3.6	Les enjeux managériaux	32
2.3.7	Formation continue et innovation pédagogique	34
2.3.8	Synthèse de l'analyse	35
3	Les perspectives professionnelles : stratégie du Directeur des Soins pour développer la formation continue en IFSI/IFAS	37
3.1	Le Directeur des Soins s'appuie sur une démarche projet pour mobiliser l'ensemble des acteurs	37
3.2	Les modalités de mise en œuvre d'une politique de formation continue en IFSI/IFAS	39
3.2.1	Réaliser un état des lieux pour préparer le changement	39
3.2.2	Légitimer la formation continue dans un projet de développement des compétences des professionnels paramédicaux	43
3.2.3	Inscrire la politique de formation continue dans le projet d'institut	44
3.2.4	Valoriser des partenariats pour construire un dispositif de formation pérenne	45
3.2.5	Élaborer un plan de communication efficace	47
3.2.6	Adapter l'offre de formation continue aux besoins du marché	49
	Conclusion	53
	Bibliographie	57
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AMP	Aide Médico-Psychologique
ANACT	Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
ANDEP	Association Nationale des Directeurs d'École Paramédicale
ANFH	Association Nationale pour la Formation Permanente du Personnel Hospitalier
AP	Auxiliaire de Puériculture
AS	Aide Soignant(e)
ARS	Agence Régionale de Santé
CEFIEC	Comité d'Entente des Formations Infirmières et Écoles de Cadres
CGS	Coordonateur Général des Soins
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DRH	Directeur des Ressources Humaines
DS	Directeur des Soins
DSIF	Directeur des Soins, Directeur d'un Institut de Formation
EHESP	École des Hautes Études en Santé Publique
FHF	Fédération Hospitalière de France
FPTLV	Formation Professionnelle Tout au Long de la Vie
FC	Formation Continue
FPH	Fonction Publique Hospitalière
GIP	Groupe d'Intérêt Public
GPEC	Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
GPMC	Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	Hôpital, Patients, Santé et Territoires
IDE	Infirmier(e) Diplômé(e) d'État
IFAS	Institut de Formation des Aides Soignants
IFCS	Institut de Formation des Cadres de Santé
IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
PHRIP	Programme Hospitalier de Recherche Infirmière et Paramédicale
VAE	Validations des Acquis de l'Expérience

Introduction

Au niveau national, la population française vieillit. Selon les projections de l'INSEE¹, si les tendances démographiques se maintiennent, l'âge moyen qui était de 40,6 ans en 2013 passerait à 43 ans en 2035 puis 45 ans en 2060. A cette échéance, la France pourrait compter près de 5,4 millions d'habitants de plus de 85 ans. L'évolution démographique est telle, indique Xavier Darcos, ancien ministre du Travail et de la Solidarité, que « *la dépendance pourrait devenir le 5^{ème} risque couvert par la sécurité sociale.* »². Pour faire face à cette situation, un projet de loi « d'adaptation de la société au vieillissement » a été voté au parlement en septembre 2014. L'objectif des pouvoirs publics est de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées en essayant de retarder le plus possible la perte d'autonomie³. Dans cette optique, les professionnels de santé devront être capables de mieux accompagner les effets du vieillissement mais aussi de prendre en charge des patients dits « complexes », polypathologiques, souffrant de maladies chroniques.

Une étude réalisée par la DRESS⁴ a par ailleurs montré que la densité médicale allait diminuer jusqu'en 2019⁵. Outre le vieillissement des personnes prises en charge et une baisse prévisible du nombre de médecins pour les soigner, un départ massif à la retraite des agents dans la Fonction Publique Hospitalière⁶ obligera les auxiliaires médicaux⁷ à développer de nouvelles compétences.

D'ores et déjà, cette démographie médicale défavorable a fait bouger les frontières professionnelles. La loi 2009-879, dite loi HPST⁸, a donné un cadre juridique au développement des coopérations avec pour conséquence au niveau local, le possible transfert de tâches du médecin vers d'autres professionnels de santé⁹.

¹ Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques.

² Darcos X., mars 2010, journée "Dépendance – 5ème risque, assurance, services et hébergement : l'heure des choix".

³ Premier axe du projet de loi.

⁴ La démographie médicale à l'horizon de 2030. Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Attal-Toubert et Vanderschelden, 2009.

⁵ Selon cette étude, le nombre global de médecins devrait diminuer de 10% entre 2006 et 2019.

⁶ Une étude prospective réalisée par l'Observatoire National des Emplois et des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière sur la démographie des personnels hospitaliers réalisée en 2003 prédisait le départ à la retraite d'un fonctionnaire sur deux d'ici à 2015.

⁷ Les auxiliaires médicaux interviennent sur la prescription d'un médecin. Ils sont définis dans le livre III de la 4^{ème} partie du code de la santé publique. Plutôt que d'utiliser le terme d'auxiliaires médicaux nous utiliserons le terme plus communément employé de « paramédicaux » auxquels sont associés les aides soignants, les auxiliaires de puériculture et les ambulanciers.

⁸ Loi 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

⁹ A titre d'exemple, un protocole signé en juillet 2011 avec l'ARS PACA prévoit que la pratique de myélogrammes puisse être déléguée à des infirmiers formés spécifiquement.

La loi HPST de 2009 a modifié en profondeur l'organisation de l'offre de soins de notre pays. Avec cette réforme, les pouvoirs publics ont souhaité améliorer l'accès à des soins de qualité et structurer l'organisation territoriale du système de santé par la création des Agences Régionales de Santé (ARS). L'offre de soins est élaborée en fonction des niveaux de recours et des besoins exprimés au plus près du terrain. En ce qui concerne le premier recours, le médecin généraliste a un rôle de pivot. L'ouverture de maisons de santé pluri-professionnelles associant médecins, infirmiers, kinésithérapeutes ou encore psychologues, est fortement encouragée. Dans ces structures, les conditions d'exercice des infirmiers pourraient évoluer. En effet, le centre d'analyse stratégique évoque la possibilité de créer un statut et un diplôme d'infirmier clinicien en soins primaires, d'expérimenter une consultation infirmière de première ligne ou encore, d'instituer une consultation infirmière de suivi des patients atteints de pathologies chroniques¹⁰.

La loi HPST aborde par ailleurs, plusieurs orientations qui impactent directement les métiers de la santé. Elle préconise une approche globale et coordonnée de la prise en charge du patient. Cela favorise, au niveau du territoire de santé, la mutualisation des moyens et la coordination des acteurs du secteur sanitaire, social et médico-social.

Les attentes des usagers en ce qui concerne leur santé évoluent elles aussi. Les patients « consommateurs de soins » expriment des exigences sur la qualité de leur prise en charge. En accord avec l'esprit de la loi du 4 mars 2002¹¹ et de la loi du 22 avril 2005¹², le patient devient acteur dans la gestion de son parcours de santé ; il souhaite être mieux informé et être systématiquement associé aux décisions le concernant. Ce nouveau paradigme engendre une réorganisation de la démarche de soins qui est davantage centrée sur la qualité de l'accueil et le suivi individuel dans et hors l'hôpital. Les compétences de communication et de médiation des soignants deviennent ainsi incontournables pour décloisonner les prises en charges des malades. Tout cela se fait en cohérence avec les notions de parcours de soins et de parcours de vie qui sont valorisées dans la stratégie nationale de santé¹³.

¹⁰ CENTRE D'ANALYSE STRATEGIQUE, décembre 2011, *Opportunités pour l'offre de soins de demain - Les coopérations entre professionnels de santé*, note d'analyse n°254, 12p.

¹¹ Loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

¹² Loi 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.

¹³ MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES, septembre 2013, Feuille de route de la stratégie nationale de santé, [visité le 21.05.2014], disponible sur Internet : www.social-sante.gouv.fr

Dès 2009, le ministère de la santé a initié la réingénierie des formations paramédicales. A ce jour, elle concerne les métiers d'infirmier en soins généraux, d'infirmier anesthésiste, de pédicure podologue, de manipulateur d'électroradiologie médicale, d'ergothérapeute et d'orthophoniste. Cette refonte des programmes et des conditions d'accès aux différents cursus a eu un impact sur la formation continue des soignants. Ces derniers ont désormais la possibilité d'accéder à d'autres métiers et d'autres diplômes, soit par des procédures de validation des acquis de l'expérience, soit grâce à des « passerelles » entre les filières.

Dans un domaine d'exercice où les connaissances médicales sont en perpétuelle évolution, l'innovation et la recherche en soins sont incontournables. En 2008, Gérard Larcher précisait : « *l'enseignement et la recherche conditionnent le dynamisme du système de santé de demain. Ils sont aussi un puissant facteur d'attractivité pour l'hôpital public. Ils doivent être confortés et dynamisés* »¹⁴. Pour entrer dans cette démarche, les professionnels paramédicaux ont besoin d'être soutenus, notamment par le financement de programmes spécifiques (PHRIP¹⁵, mastères de recherche, doctorats).

Au regard de ces éléments contextuels, la formation professionnelle continue des paramédicaux trouve toute sa légitimité. Le Directeur des Soins, directeur des Instituts de Formation (DSIF¹⁶) occupe une place importante dans la conduite de ce dispositif. En effet, l'arrêté du 31 juillet 2009¹⁷ indique qu'il est « *responsable de l'organisation de la formation initiale, préparatoire et continue* ». En élaborant un projet d'institut, le DSIF est supposé définir des priorités d'action et déterminer la politique de formation continue qu'il entend mettre en place. En pratique, nous avons constaté, comme Catherine Bitker¹⁸ l'a fait lors de son intervention à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) que, « *l'offre de formation continue dans les IFSI /IFAS est inégale sur le territoire* ». C'est au regard de cette différence entre

¹⁴ MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE, 2008, *Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital présidée par M. Gérard Larcher*, [visité le 23.05.2014], Disponible sur Internet :

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_Larcher_definitif.pdf

¹⁵ Programme Hospitalier de Recherche Infirmière et Paramédicale.

¹⁶ Directeur des Soins, directeur d'instituts de formation en soins infirmiers et d'instituts de formation d'aides soignants. Nous considérerons dans ce mémoire que les établissements qui entrent dans le champ de notre étude sont les IFSI et les IFAS.

¹⁷ Arrêté du 31 juillet 2009 relatif aux autorisations des instituts de formation préparant au diplôme d'infirmier, infirmier de bloc opératoire, infirmier anesthésiste, puéricultrice, masseur kinésithérapeute, pédicure podologue, ergothérapeute, manipulateur d'électroradiologie médicale, aide soignant, auxiliaire de puériculture, ambulancier, technicien de laboratoire d'analyses biomédicales, cadres de santé et aux agréments de leur directeur.

¹⁸ BITKER C., juin 2014, *Diriger un institut de formation infirmier ou une école paramédicale*, Cours magistral, filière Directeur des Soins, Ecole des Hautes Etudes de Santé Publique.

les réalités de terrain et les missions précisées dans les textes réglementaires que nous formulons la question centrale de notre travail :

Quels sont les enjeux du développement de la formation professionnelle continue dans les instituts de formation paramédicaux ?

Notre projet professionnel s'oriente aujourd'hui vers la direction d'un IFSI/IFAS. Nous limiterons le cadre de notre étude à ces deux seuls types d'établissement. Les enjeux sont en effet différents pour les écoles spécialisées (IADE¹⁹, IBODE²⁰, puéricultrices) et pour les Instituts de Formation des Cadres de Santé (IFCS).

Notre questionnement a un intérêt tout particulier pour l'exercice du métier de Directeur des Soins (DS) car, nous l'avons vu, la formation continue entre dans son champ de compétence. Lors de l'« *identification des besoins et la répartition des ressources disponibles* »²¹, le DS « *prépare l'ouverture d'une activité nouvelle, il [...] a une vision globale des activités, des organisations et de leurs évolutions au sein de l'établissement et des territoires de santé*²² ». La performance attendue, indique le référentiel de compétence du DS, est d'« *évaluer l'efficacité des décisions prises pour adapter les ressources à l'évolution de la demande en soins et en formation* ».

Nous avons choisi de décliner cette question centrale en cinq sous questions :

- Quelles sont les attentes des acteurs de santé du territoire et des tutelles à l'égard des IFSI/IFAS en ce qui concerne la formation continue (FC) ?
- Quelles sont les conséquences du déploiement du programme de formation initiale infirmière de 2009 sur les capacités des IFSI/IFAS à proposer de la FC ?
- Quelles sont les représentations des formateurs en ce qui concerne cette activité et quel rôle l'équipe pédagogique peut-elle avoir ?
- Quelles sont les conséquences budgétaires du développement de la FC en IFSI/IFAS ?
- Quels dispositifs est-il possible de proposer pour adapter l'offre de formation aux besoins singuliers du territoire ?

¹⁹ Infirmier Anesthésiste Diplômé d'État.

²⁰ Infirmier de Bloc Opératoire.

²¹ Extrait du référentiel de compétence des Directeurs des Soins. EHESP. Décembre 2013.

²² Ibid.

Pour réaliser cette étude, nous avons dans un premier temps, effectué une recherche documentaire qui avait pour objectif de déterminer de quelle manière la formation professionnelle de notre pays avait évolué au fil des années et surtout, comment les IFSI/IFAS s'étaient adaptés pour répondre au « défi des compétences²³ ».

Nous avons, dans un deuxième temps rencontré des acteurs de terrain concernés par la formation continue des paramédicaux. Plusieurs métiers sont représentés dans notre cohorte²⁴ : DS Coordonnateur Général des Soins (CGS), DS en IFSI/IFAS, Directeur des Ressources Humaines (DRH), responsable de services de formation continue d'établissements publics. Nous avons également souhaité recueillir le témoignage de représentants de la Région car l'organisation territoriale de l'offre de formation est aujourd'hui pointée comme un élément important à prendre en compte²⁵. Grâce à l'analyse des données collectées, nous apporterons quelques éléments de réponse à notre questionnement.

Dans la troisième partie de ce travail, nous formulerons quelques préconisations à l'attention du Directeur des Soins afin qu'il puisse assumer l'ensemble des missions qui lui incombent et surtout, répondre de manière pertinente aux besoins de formation continue des professionnels de santé de son territoire.

²³ En référence à l'ouvrage de COUDRAY M.A., GAY C., 2009, *Le défi des compétences. Comprendre et mettre en œuvre la réforme des études infirmières*, Issy-les-Molineaux :Elsevier Masson, 191p.

²⁴ Se reporter à l'annexe I pour avoir une description précise du groupe qui a participé à l'enquête.

²⁵ La méthodologie de l'enquête est abordée de manière plus précise dans la seconde partie.

1 Cadre contextuel et théorique de l'étude

1.1 La formation professionnelle continue est un levier de développement et de maintien des compétences

1.1.1 Le code du travail définit de manière détaillée la notion de formation professionnelle continue

L'article L 6111-1 du code du travail indique que : « *la formation professionnelle tout au long de la vie constitue une obligation nationale. Elle vise à permettre à chaque personne indépendamment de son statut, d'acquérir et d'actualiser des connaissances et des compétences favorisant son évolution professionnelle ainsi que de progresser d'au moins un niveau de qualification au cours de sa vie professionnelle* ».

La formation professionnelle comporte deux versants : **la formation initiale** et des formations ultérieures qui constituent **la formation professionnelle continue** destinée aux adultes qui se sont déjà engagés dans la vie active. La formation continue est à la fois un phénomène et un processus : « *la formation est avant tout l'acquisition de connaissances, de compétences, de qualifications. C'est aussi un processus qui se déroule dans le temps, avec des moments situés dans un espace social déterminé voir une alternance entre des temps de formation et des temps de travail et de repos*²⁶ ».

1.1.2 L'histoire de la formation professionnelle est rythmée par une succession de réformes

Le droit a contribué, dès l'origine, à structurer fortement le système de formation professionnelle français.

La loi du 16 juillet 1971²⁷ dite « loi Delors » ou loi de « la deuxième chance » avait pour ambition d'assurer un égal accès pour tous à l'instruction, à la formation professionnelle, au développement personnel et à la promotion sociale. Mais dans les années 1980, la conjoncture économique a modifié la donne du fait de la précarisation de certains emplois et de l'augmentation du chômage. On a alors assisté à une centration de l'action de l'État sur le soutien de l'économie et de l'emploi. Les politiques publiques ont réorienté les financements de la promotion

²⁶ BESNARD P., LIETARD B, 2001, *La formation continue*, Paris : PUF, 6ème édition, p.4.

²⁷ Loi n°71-575 du 16 juillet 1971 portant organisation de la formation professionnelle continue dans le cadre de l'éducation permanente.

sociale vers les formations pour les demandeurs d'emploi. La personnalisation des parcours est devenue l'une des orientations privilégiées des organismes publics et privés de formation.

Avec la loi 2004-391 du 4 mai 2004²⁸, la Formation Professionnelle Tout au Long de la Vie (FPTLV) remplace la notion d'éducation permanente. Ce nouveau dispositif s'inscrit dans une approche libérale avec une valorisation de la concurrence et de l'employabilité individuelle. La qualification laisse la priorité à la compétence donc, à la professionnalisation qui peut être définie comme une « *transformation continue des compétences en rapport avec une transformation continue des activités*²⁹ ».

Le recours à la notion de compétence constitue une réponse à un contexte de mutations à la fois technologiques, organisationnelles, économiques et sociales. La compétence permet en particulier de reconnaître les effets formateurs de l'expérience et des situations de travail qui sont à l'origine des processus de Validation des Acquis de l'Expérience (VAE)³⁰.

La loi du 4 mars 2004 instaure :

- Un droit individuel à la formation (DIF) de 20 heures par an cumulable sur 6 ans mis en œuvre à l'initiative du salarié avec l'accord de l'employeur.
- La période de professionnalisation qui s'adresse en particulier aux salariés dont la qualification est inadaptée à l'évolution des technologies.
- Le contrat de professionnalisation qui propose un parcours alterné entre un contrat de travail et une formation.

L'entretien professionnel³¹ et le bilan de compétence³² étaient déjà présents dans les textes réglementaires en tant qu'outils d'orientation pour soutenir et guider les individus dans l'élaboration de leurs parcours. Ils restent d'actualité dans cette loi de 2004.

La loi 2014-288 du 5 mars 2014 relative à la formation professionnelle, à l'emploi et à la démocratie sociale renforce la notion de parcours professionnel dans un contexte de crise économique et de chômage qui touche particulièrement les jeunes qu'ils

²⁸ Loi n° 2004-391 du 4 mai 2004 relative à la formation professionnelle tout au long de la vie et au dialogue social.

²⁹ BESNARD P., LIETARD B. La formation continue. Edition Que sais-je. Edition PUF. p.93.

³⁰ Les dispositifs VAE ont été instaurés en France par la loi 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale.

³¹ L'article L 6315-1 du code du travail précise que les entreprises quel que soit leur effectif et leur branche professionnelle d'appartenance doivent organiser tous les deux ans un entretien professionnel obligatoire pour les salariés. L'entretien professionnel est distinct de l'entretien d'évaluation. Il est consacré aux perspectives d'évolution professionnelle notamment en termes de qualification et d'emploi.

³² La loi 91-1405 du 31 décembre 1991 relative à la formation professionnelle et à l'emploi précise les dispositions relatives au bilan de compétence.

soient peu ou très diplômés³³. Il s'agit d'une réforme en profondeur instaurant une nouvelle gouvernance de la formation professionnelle dans laquelle **les régions ont un rôle prépondérant**. Le mode de financement est également modifié avec, par exemple, la création d'une contribution unique de 1% sur la masse salariale pour toutes les entreprises de plus de dix salariés.

A partir du 1^{er} janvier 2015, **le compte personnel de formation** remplacera le DIF. Ouvert dès l'âge de 16 ans, ce compte suivra la personne pendant toute sa carrière, même au chômage ou après un changement d'emploi.

Cette loi réforme également **le contrat d'apprentissage** qui pourra désormais être conclu en CDI³⁴. Cinq cent mille apprentis seront formés par an. Des financements supplémentaires seront aussi orientés vers l'apprentissage. Les missions des Centres de Formation pour les Apprentis seront renforcées.

Un **Conseil en Evolution Professionnelle** (CEP) est créé. C'est un service gratuit accessible à tous, assurant un accompagnement des projets d'évolution professionnelle des salariés et des demandeurs d'emplois en lien avec les besoins économiques des territoires. L'objectif est de proposer à chaque individu un accompagnement renforcé pour travailler son projet professionnel. Cette démarche pourra conduire, le cas échéant, à la validation et au financement d'un parcours de formation.

La formation professionnelle est pointée comme un élément central du dialogue social avec, au niveau des entreprises, un renforcement de la négociation et de l'articulation entre GPEC³⁵ et plan de formation. L'entretien professionnel est généralisé pour toutes les entreprises sans condition d'effectif et pour tout salarié sans condition d'ancienneté. *« Tous les six ans, l'entretien professionnel [...] fait un état des lieux récapitulatif du parcours professionnel du salarié. Cet état des lieux [...] permet de vérifier que le salarié a bénéficié au cours des six dernières années des entretiens professionnels prévus et d'apprécier s'il a :*

- 1° suivi au moins une action de formation ;
- 2° acquis des éléments de certification par la formation ou par une validation des acquis de son expérience ;
- 3° bénéficié d'une progression salariale ou professionnelle³⁶».

Ce texte de 2014 prévoit enfin la création **de périodes de mise en situation de travail**. Tout travailleur, privé ou non d'emploi, ou faisant l'objet d'un

³³ Le taux de chômage des jeunes de moins de 25 ans est de 23,7% en 2014 (en % de la population active). Source OCDE.

³⁴ Contrat de travail à Durée Indéterminée.

³⁵ GPEC : Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences.

³⁶ Extrait de la loi 2014-288 relative à la formation professionnelle, à l'emploi et à la démocratie sociale.

accompagnement professionnel personnalisé pourra, pendant cette période, soit découvrir un métier ou un secteur d'activité, soit confirmer un projet professionnel, soit initier une démarche de recrutement.

La mise en œuvre opérationnelle de ce nouveau cadre réglementaire sera précisée par des décrets d'application qui ne sont pas publiés à ce jour.

1.2 La formation professionnelle continue des personnels paramédicaux

1.2.1 Les catégories professionnelles concernées

Les métiers paramédicaux se sont constitués au fil du temps et relèvent de 14 professions (infirmier, aide soignant, aide médico-psychologique, auxiliaire de puériculture, techniciens de laboratoire, manipulateur en électroradiologie médicale...). Toutes ces professions n'ont pas vocation à bénéficier de formations continues en IFSI ou IFAS. Toutefois, dans le cadre de plans de formation axés sur la compétence, l'objectif est de favoriser la mise en œuvre de sessions pluri professionnelles, pluri disciplinaires, en faisant participer des acteurs exerçant dans le secteur public, privé ou en libéral, à l'image des professionnels différents que le patient rencontre dans son parcours de soins. Les personnes exerçant des métiers du secteur social et médico-social peuvent ainsi légitimement être associées à certaines sessions de formation du secteur sanitaire.

1.2.2 Les dispositifs de formation spécifiques

A) La formation professionnelle tout au long de la vie

La loi 2004-391 du 4 mai 2004 instaure la notion de Formation Professionnelle Tout au Long de la vie. Pour les agents de la fonction publique hospitalière, la FPTLV est régie par le décret du 21 août 2008³⁷. Elle a pour but de leur permettre d'exercer efficacement leurs fonctions durant l'ensemble de leur carrière, d'améliorer la qualité du service public hospitalier, de favoriser leur développement professionnel et personnel ainsi que leur mobilité. L'objectif de cette réforme, commente David Vincent de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), est de « *piloter la formation comme un atout individuel dans une stratégie collective permettant de développer la*

³⁷ Décret 2008-824 du 21 Août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière.

*professionnalisation dans le cadre global d'une gestion prévisionnelle des métiers et des compétences*³⁸».

Ces actions sont classées en 8 catégories³⁹ : la formation professionnelle initiale, la formation continue, les préparations aux examens/concours et autres procédures de promotion interne, les études de promotion professionnelle, les actions de conversion, les congés de formation professionnelle (CFP), les bilans de compétences et enfin la Validation des acquis de l'Expérience (VAE) en vue de l'acquisition d'un diplôme ou d'un titre à finalité professionnelle.

B) Le Développement professionnel continu (DPC)

Le DPC est un dispositif d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins associant la formation continue et l'évaluation des pratiques professionnelles. Evoqué dès 2009 dans l'article 59 de la loi HPST, le DPC s'adresse à l'ensemble des professionnels de santé. Les objectifs du DPC sont, en premier lieu, d'évaluer les pratiques professionnelles et d'assurer le perfectionnement des connaissances des acteurs mais également de prendre en compte les priorités de santé publique et la nécessité de maîtriser des dépenses de santé.

Le décret d'application concernant le DPC des professionnels de santé paramédicaux a été publié au Journal Officiel en décembre 2011⁴⁰. Le développement professionnel constitue, depuis cette date, une obligation individuelle annuelle.

Ces programmes DPC doivent répondre à certains critères :

- ils sont proposés par un Organisme de DPC (ODPC) enregistré favorablement à l'organisme gestionnaire de DPC (OGDPC) ;
- ils comportent des méthodes et des modalités de mise en œuvre validées par la Haute Autorité de Santé (HAS) après avis de l'une des commissions scientifiques indépendantes (Haut Conseil des Professions Paramédicales pour les programmes DPC paramédicaux) ;
- ils sont conformes aux orientations nationales qui ont été précisées dans l'arrêté du 26 février 2013⁴¹. Une circulaire DGOS de juillet 2013⁴², détermine quant à elle, les axes prioritaires à mettre en œuvre en 2014 dans le cadre du plan de

³⁸ VINCENT D., mars 2006, *La formation professionnelle tout au long de la vie dans la fonction publique hospitalière*, [visité le 23.07.2014], Disponible sur Internet : www.sante.gouv.fr/IMG/ppt/diaporama_ftlv_fph.ppt

³⁹ Circulaire DGOS du 22 juin 2009 relative à l'application du décret n°2008-824 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière.

⁴⁰ Décret 2011-2114 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des professionnels de santé paramédicaux.

⁴¹ Arrêté du 26 février 2013 fixant la liste des orientations nationales de développement professionnel continu des professionnels de santé.

⁴² Circulaire DGOS/RH4/2013/295 du 19 juillet 2013 sur les orientations en matière de développement des compétences des personnels de la fonction publique hospitalière.

formation et du plan de développement professionnel continu des personnels de la fonction publique hospitalière. Les 17 orientations prioritaires retenues reprennent les objectifs de la stratégie nationale de santé (notamment la valorisation d'une médecine de parcours) et des actions concrètes pour la mise en œuvre du pacte de confiance à l'hôpital⁴³ (*« encouragement d'un dialogue social organisé et authentique », « mise en œuvre d'un management correspondant aux exigences du service public »*).

A l'origine, le DPC se voulait être un dispositif innovant de perfectionnement interprofessionnel. Il avait pour objectif de décloisonner la formation et de permettre à des professionnels de métier ou de mode d'exercice différent, de se retrouver pour se former, et évaluer ensemble leurs pratiques professionnelles en vue d'améliorer la coordination des pratiques et la fluidité des parcours de soins. Dans les faits, constate l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) *« la réforme de 2009 souffre d'une absence de contenu, d'une obligation qui n'a pas de sanction, d'un financement non programmé et d'une méconnaissance de certains professionnels⁴⁴ »*.

Nous avons rencontré une directrice d'hôpital à la DGOS qui a contribué à l'écriture des textes réglementaires du DPC entre 2009 et 2013⁴⁵. Elle souligne dans cet entretien que *« ce qui est reproché au DPC c'est bien la lourdeur des démarches à effectuer avec des formalités administratives complexes pour tout organisme de formation qui souhaite se faire enregistrer auprès de l'OGDPC »*. *« C'est aussi la gouvernance du DPC dans son ensemble avec l'obligation annuelle qui est établie »*. Elle précise : *« on a voulu à travers les textes scinder les choses. Les temps dédiés à l'approche cognitive d'une part, et d'autre part, les temps dédiés à l'analyse des pratiques. Cela génère une difficulté presque inutile. Ce qui compte, c'est cette notion qui d'ailleurs est défendue par l'HAS, celle d'implémentation c'est à dire de mettre vraiment en œuvre ce que l'on apprend en théorie »*.

Afin d'améliorer les conditions de mise en œuvre de ce dispositif de formation, le rapport de l'IGAS de 2014 recommande de consolider le financement du DPC, d'assortir l'obligation de formation d'un jeu de sanctions réelles mais aussi d'alléger la gouvernance en allongeant le cadre annuel de l'obligation à trois ans.

⁴³ En lien avec le rapport Edouard Couty: "le pacte de confiance pour l'hôpital" de Mars 2013.

⁴⁴ INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES, avril 2014, *Contrôle de l'organisme gestionnaire du Développement Professionnel Continu et évaluation du Développement professionnel continu des professionnels de santé*, p. 45.

⁴⁵ Entretien réalisé le 2 juin 2014 à la Direction Générale de l'Offre de Soins.

1.2.3 Les acteurs impliqués dans les dispositifs de formation continue des paramédicaux

A) Les bénéficiaires de la formation

« Former, c'est donner une forme, mais ici, l'apprenant n'est pas objet de formation. Il est acteur de sa transformation. Dans l'interaction avec le dispositif et l'environnement, il est amené à se modifier, à construire les moyens et les formes de sa connaissance⁴⁶ ». Le bénéficiaire de la FC est ainsi appelé à devenir un acteur de son parcours de formation et de qualification.

B) Le Conseil Régional

Avec les lois successives de décentralisation⁴⁷, le champ d'intervention des régions en ce qui concerne la formation professionnelle ou la politique publique d'orientation et d'apprentissage, n'a cessé de s'étendre. La loi 2014-288⁴⁸ instaure un «service public de formation professionnelle et d'orientation». Dans ce nouveau dispositif, le conseil régional organise et anime un réseau de centres et de points d'information ; il promeut l'apprentissage, assure la coordination entre tous les acteurs dans le domaine de l'emploi, de l'orientation et de la formation professionnelle (en y intégrant la VAE). La politique du conseil régional a ainsi pour objet d'obtenir une cohérence au niveau des territoires de l'ensemble des dispositifs de formation et de développer l'égalité d'accès à la formation, à la qualification et à l'emploi.

Un élément important est à pointer dans le cadre de notre étude. Comme nous l'a confirmé la responsable de la direction de la formation professionnelle et de l'apprentissage d'une région du sud de la France⁴⁹, « le conseil régional n'est pas compétent pour la formation continue des personnels salariés. Dans ce cas de figure, c'est l'employeur qui assure ces missions ».

En outre, depuis 2004⁵⁰, la région délivre les autorisations de création des instituts ou des écoles de formation des infirmiers, des aides soignants, des auxiliaires de puériculture, des ambulanciers et l'agrément de leur directeur⁵¹. Elle assure le financement du fonctionnement et de l'équipement de ces structures⁵² ainsi que la

⁴⁶ BESNARD P., LIERTARD B., 2001, *La formation continue*. Collection Que sais-je. Edition PUF. p. 39.

⁴⁷ De la loi 83-28 du 7 janvier 1983 relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'état (dite loi « Déferre ») à la loi 2014-288 du 5 mars 2014 abordée précédemment.

⁴⁸ Loi 2014-288 relative à la formation professionnelle, à l'emploi et à la démocratie sociale.

⁴⁹ Entretien téléphonique réalisé en Juin 2014.

⁵⁰ En référence à la loi 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales

⁵¹ Article L4383-3 du code de la santé publique.

⁵² Article L4383-5 du code de la santé publique.

répartition des quotas des étudiants déterminés au niveau national⁵³. Ces dispositions concernent la formation initiale mais elles ont un impact sur la formation continue. En effet, en arrêtant le schéma régional des formations sanitaires et sociales, le conseil régional adapte l'offre aux besoins des territoires.

C) Les prestataires de la formation

La FC peut être assurée par l'employeur en s'appuyant sur ses ressources internes (en particulier lorsqu'il est reconnu ODPC), par des organismes de formation publics ou privés, ou bien par des organismes associatifs (la Croix Rouge a par exemple développé un pôle de formation dans le secteur sanitaire et médico-social).

D) Les financeurs

Quel que soit le secteur d'activité (établissements publics de santé, établissements de santé ou médico-sociaux privés à but non lucratif, établissements privés à but lucratif), les employeurs ont obligation de consacrer une partie de la masse salariale de leurs personnels à la formation. Ces fonds sont versés à un Organisme Paritaire collecteur Agréé (OPCA). L'Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier (ANFH) est l'OPCA de la fonction publique hospitalière. FORMAHP est l'OPCA du secteur hospitalier et médicosocial privé. UNIFAF collecte et gère les fonds de la formation professionnelle des entreprises privées à but non lucratif de la branche sanitaire et médico-sociale.

Le délégué régional de l'ANFH que nous avons interrogé, nous a donné quelques précisions sur la répartition des montants récoltés : « *la formation dans le secteur public c'est trois fonds : le 2,1 % pour le plan de formation (s'agissant d'une base minimale, les établissements peuvent dépasser ce minimum obligatoire), le 0,6% qui correspond au Fond Mutualisé pour les Etudes Promotionnelles (FMEP) et le 0,2% de la masse salariale pour financer les congés de formation professionnelle, les bilans de compétences et les VAE* ⁵⁴ ».

Les frais de formation des demandeurs d'emplois sont acquittés soit par le conseil régional (s'il s'agit d'un diplôme de niveau V), soit par le pôle emploi (en fonction du parcours professionnel antérieur), soit par les stagiaires eux-mêmes en ultime recours.

⁵³ Article L 4383-2 du code de la santé publique.

⁵⁴ Entretien réalisé le 16 juillet 2014.

1.3 Les dispositifs de formation des professionnels paramédicaux s'adaptent pour répondre au défi des compétences

La construction de l'espace Européen de l'enseignement supérieur est née à la Sorbonne en 1998 puis à Bologne en 1999. L'objectif de ces deux conférences était « *d'harmoniser le dispositif Européen de l'enseignement supérieur pour le rendre lisible et attractif et faciliter la mobilité effective des étudiants, des chercheurs et des enseignants au sein de l'Union*⁵⁵ ». C'est ce que l'on a appelé le processus de Bologne qui a eu pour conséquence d'instituer en 2002⁵⁶ une architecture des études en trois grades (licence, master et doctorat), une organisation des formations en semestres et en unités d'enseignement et la mise en place du système européen des crédits ECTS⁵⁷.

Avec la réforme du référentiel de formation de juillet 2009⁵⁸, les infirmiers ont été les premiers des professions paramédicales à entrer dans le processus LMD. La formation initiale permet l'obtention de 180 ECTS (délivrés par l'université) et du diplôme d'État délivré par le préfet de région (article D 4311-16 du code de la santé publique). Pour se faire, des conventions de partenariat ont été négociées entre les Instituts de Formation en Soins Infirmiers, les Universités et les Conseils Régionaux⁵⁹.

1.3.1 L'approche compétence : un nouveau paradigme pédagogique

L'acquisition de compétences constitue le pivot du référentiel de formation infirmier. L'annexe trois de l'arrêté du 31 juillet 2009 précise que « *la formation conduisant au diplôme d'infirmier vise à l'acquisition de compétences pour répondre aux besoins de santé des personnes dans le cadre d'une pluridisciplinarité* ». Les compétences acquises par l'étudiant lors de la formation initiale correspondent au niveau de débutant dans le métier.

Le répertoire des métiers de la Fonction Publique Hospitalière donne une définition précise de la compétence : « *c'est la maîtrise d'un savoir faire opérationnel relatif aux activités d'une situation déterminée, requérant des connaissances et des comportements. Elle est inséparable de l'action et ne peut être appréhendée qu'au travers de l'activité* ». La compétence ne peut donc se révéler que dans l'action. Elle est liée aux situations professionnelles dans lesquelles elle est mise en œuvre et ne peut se définir qu'au travers de celles-ci. Être compétent nécessite d'être un

⁵⁵ Inspection générale de l'administration, de l'éducation nationale et de la recherche, juillet 2013, *Les formations paramédicales : Bilan et poursuite du processus d'intégration dans le dispositif LMD*, p. 11.

⁵⁶ Décret 2002-482 du 8 avril 2002 portant application au système français d'enseignement supérieur pour la construction de l'Espace européen de l'enseignement supérieur.

⁵⁷ European Credits Transfer System.

⁵⁸ Arrêté du 31 juillet 2009 modifié relatif au diplôme d'Etat d'infirmier.

⁵⁹ Circulaire interministérielle DHOS/RH1/DGESIP/2009/202 du 9 juillet 2009.

professionnel « situé ». Pour l'infirmier, ce n'est pas seulement un « savoir faire » (capacité par exemple à faire une prise de sang) ; il s'agit d'une combinatoire de savoirs que certains auteurs nomment « ressources de la compétence » qui aboutit à l'action. Gérard Malglaive⁶⁰ modélise la compétence comme une articulation entre des savoirs formalisés (connaissances théoriques, savoirs procéduraux, protocoles de soins ou méthodes de travail) et des savoirs de l'action (expérience professionnelle, savoirs faire, automatismes et habiletés) pour aboutir à l'action située. Les savoirs formalisés sont apportés à l'étudiant dans les unités d'enseignement lors de cours théoriques. Ils peuvent être aussi le fruit de recherches personnelles. Les savoirs d'action sont eux développés lors des stages cliniques ou lors de séquences pédagogiques en situations simulées à l'IFSI. La ressource « savoir d'action » est quasiment inexistante au début de la formation. L'étudiant a peu d'expérience professionnelle et pas d'automatisme. Lorsqu'il s'agit d'une formation continue, l'expérience professionnelle joue un tout autre rôle. Le professionnel confronte ses pratiques à « d'autres références » pour mieux les questionner et les mettre en cohérence avec l'évolution de son métier et des techniques médicales.

Cette nouvelle approche par l'acquisition des compétences permet d'aborder les savoirs non pas de manière additive et linéaire mais dans leurs interrelations au regard de situations qui leur donnent du sens. Comme le précise Philippe Perrenoud, « *l'approche par compétences amène à s'attacher à un petit nombre de situations fortes et fécondes qui produisent des apprentissages et tournent autour des savoirs importants* »⁶¹. Ce sont les situations de soins repérées comme des « situations emblématiques ». Selon Marie-Ange Coudray,⁶² « *cette démarche d'enseignement par situations ou par problèmes correspond à une vision modernisée de l'apprentissage.[...] Elle est plus favorable pour retenir des contenus de formation qui sont ainsi ancrés concrètement dès le début du cursus. L'étudiant sera mis très tôt dans un processus de recherche d'informations, de manipulation de connaissances ou de ressources, et son rôle d'acteur devrait être ici plus lisible et valorisé* ».

Actuellement, le travail à l'hôpital nécessite une constante remise en question des pratiques. L'évolution technologique, l'évolution des conditions de travail dans un contexte économique contraint ainsi que les attentes différentes des usagers amènent les professionnels à devoir sans cesse analyser en temps réel les situations

⁶⁰ MALGLAIVE G., Mars 2005, *Enseigner à des adultes*, Collection Education et formation, Paris : Edition PUF, 280p.

⁶¹ PERRENOUD Ph. La transposition didactique à partir des pratiques : des savoirs aux compétences. Revue des sciences de l'éducation (Montréal). 1998.

⁶² COUDRAY M.A. GAY C. Le défi des compétences. Comprendre et mettre en œuvre la réforme des études infirmières. Edition Masson 2009. p. 43.

de soins afin de prendre les décisions adaptées. Pour répondre à ces défis, la capacité d'analyse et l'autonomie professionnelle des professionnels de santé doivent être travaillées et développées.

Marie-Ange Coudray l'affirme, cette notion de compétence est importante et « *mérite réflexion, imprégnation, débats dans les instituts de formation et sur les terrains de stage afin de mesurer en quoi cette façon de concevoir les ressources humaines au travail peut toucher la vision de l'ensemble du processus de travail individuel et collectif. C'est surtout une référence à mobiliser afin de profiter du plus engendré par une manière nouvelle de considérer la part humaine agissante au travail*⁶³ ».

Au-delà de la formation initiale, d'autres évolutions conjoncturelles et structurelles amènent les professionnels de santé à mieux appréhender ce qu'est la compétence dans l'exercice de leur métier : c'est le déploiement de la GPMC (Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences) utilisée par les dirigeants comme axe de développement clé des ressources humaines. Ainsi, à titre d'exemple, le « plan pour les métiers de l'autonomie » qui a été présenté par le gouvernement en mars 2014⁶⁴ souligne la nécessité de « *développer la qualification et de faire évoluer les pratiques professionnelles pour améliorer la qualité du service rendu aux personnes âgées et handicapées* ». Dans le cadre de ce plan, un engagement de développement de l'emploi et des compétences (EDEC) sera contractualisé entre l'État et les partenaires sociaux du secteur médico-social afin d'accompagner l'évolution des métiers, des emplois et des qualifications.

1.3.2 La réflexivité : une méthode pour apprendre à apprendre

La posture réflexive est une exigence de la formation initiale. Elle est une ressource pédagogique pour la formation continue. Cette méthode permet aux apprenants de comprendre la liaison entre savoirs et actions et donc d'intégrer les savoirs dans une logique de construction de la compétence. Pour M. Vial, « *former un professionnel, c'est l'aider à problématiser des situations de travail et non lui donner des certitudes*⁶⁵ ». Dans cette perspective, évaluer l'étudiant (ou le professionnel en formation continue) ne consiste plus à mesurer la performance de l'apprenant à partir d'indicateurs comportementaux, mais à établir avec le sujet évalué, l'état de ses

⁶³ COUDRAY Marie-Ange. « Avancées et évolutions des dispositifs de formation initiale ». Compte rendu de la journée CEFIEC et CNEH (Centre National de l'Expertise Hospitalière) du 29 mars 2012. www.cefiec.fr.

⁶⁴ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES, mars 2014, *Plan pour les métiers de l'autonomie*, [visité le 23.07.2014], Disponible sur Internet : www.social-sante.fr

⁶⁵ VIAL M. « Faut-il un référentiel pour déterminer les missions du formateur des personnels en santé ? », Soins cadres n°37, p65.

connaissances et de ses compétences au regard de multiples situations de soins rencontrées au cours de son activité professionnelle.

Le processus réflexif est un processus mental et intellectuel qui va permettre à l'apprenant de dépasser la simple image qu'il s'est forgé au contact d'une situation de soins, pour réfléchir à cette situation de façon à pouvoir la conceptualiser et en tirer des enseignements. L'analyse réflexive repose sur le postulat que la réflexion, faisant suite à l'expérience, constitue un des moyens d'apprentissage dans les champs théoriques et pratiques et contribue à l'évolution des représentations de l'apprenant. Une fois ce travail d'analyse accompli, l'apprenant sera capable de nommer les enseignements qu'il tire de son analyse et de transférer à d'autres situations ceux qui seront généralisables. Richard Wittorski y voit aussi l'avantage d'introduire un « *renforcement identitaire et un développement du professionnalisme*⁶⁶ ».

1.3.3 Impact de la réforme de la formation initiale infirmière sur la formation continue au sein des IFSI et des IFAS

Le référentiel de formation infirmier de 2009 s'appuie sur de nouvelles modalités pédagogiques pour favoriser la réflexivité. L'étude de situations apprenantes choisies avec des professionnels en activité, l'analyse des réalités professionnelles sur des temps dédiés ou encore l'apprentissage par la simulation sont des méthodes d'apprentissage qui sont tout à fait transférables en FC. « *La formation et le développement professionnel et personnel des individus ne sont plus considérés comme des activités spécifiques et ponctuelles détachées du contexte professionnel. Au contraire, ils deviennent partie intégrante de l'organisation générale du travail et des tâches quotidiennes, qui sont elles-mêmes productrices d'apprentissages essentiels et continus. L'apprentissage par l'action est alors au cœur de la logique d'apprenance* »⁶⁷.

De nombreux instituts se sont dotés de matériel adéquat pour réaliser des séquences de simulation (mannequins de moyenne ou haute fidélité, laboratoires de simulation). Les cadres de santé formateurs ont très souvent bénéficié de formations adaptées pour conduire ces enseignements. Lorsqu'ils sont suffisants, ce savoir faire et ces ressources matérielles sont ensuite facilement utilisés lors de sessions de FC. Cela a été par exemple le cas dans l'un des instituts, dans lequel nous nous sommes rendu qui propose une séquence d'apprentissage intitulée « utilisation de la pratique

⁶⁶ Wittorski R. Analyse du travail et production de compétences collectives dans un contexte de changement organisationnel. Education permanente n°118, 1994. p. 84.

⁶⁷ GIRAUD-ROCHON F., 2010, *L'hôpital : une organisation apprenante pour les étudiants infirmiers ?* Mémoire filière Directeur des Soins, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, Rennes, 36 p.

simulée » pour actualiser les compétences des infirmiers et/ou des aides soignants lors de la réalisation d'actes de soins spécifiques.

La réforme de la formation initiale infirmière a également modifié l'organisation des stages cliniques. Avec 2100 heures, la durée des stages est identique à celle de la formation théorique en institut. Dans ces conditions, les liens entre les cadres de santé formateurs et les différents secteurs de soins se sont renforcés. Le formateur référent de stage doit rester en contact avec le cadre de santé / maître de stage pour tout « *ce qui concerne l'organisation générale des stages* » ; il est en relation avec le tuteur des étudiants « *afin de suivre le parcours des étudiants et régler au fur et à mesure les questions pédagogiques qui peuvent se poser* ». En outre, le cadre formateur a aussi « *accès aux lieux de stage et peut venir encadrer un étudiant sur sa propre demande, celle de l'étudiant, ou celle du tuteur de stage* »⁶⁸. Du fait de ces échanges réguliers, les cadres des IFSI ont appris à mieux connaître les spécificités de fonctionnement des services dont ils sont référents ; les professionnels des différents établissements de soins (hôpitaux, cliniques ou structures médico-sociales) ont aussi pu appréhender de manière plus précise les ressources pédagogiques que peuvent fournir les instituts de formations initiales partenaires. Dans certains cas, ce sont les responsables des terrains d'accueil des étudiants eux-mêmes, qui ont demandé aux directeurs des instituts de mettre en place des actions de formation continue pour répondre aux besoins spécifiques de leurs agents.

Depuis 2009, le contenu des cours théoriques a également évolué avec notamment la mise en place d'une unité d'enseignement de soins d'urgences qui est validée par l'obtention de l'AFGSU⁶⁹. Lorsqu'ils sont agréés par le CESU⁷⁰ du département, les IFSI ont la possibilité de former d'autres professionnels de santé qui sont eux aussi dans l'obligation de détenir cette attestation dès lors qu'ils exercent dans un établissement de santé ou une structure médico-sociale⁷¹. Il y a ainsi eu, dans certains cas, un effet d'aubaine pour développer une activité spécifique qui répondait à un besoin imposé par la réglementation. La configuration a été identique pour la formation au tutorat qui a été encouragée par les pouvoirs publics à un moment où le besoin a été massif après la parution du nouveau référentiel de formation infirmier⁷².

La réingénierie de la formation infirmière a également eu des conséquences sur les personnels des IFSI. Au niveau national, un accompagnement de la réforme a été engagé avec la possibilité pour les formateurs et les DS d'accéder à des formations

⁶⁸ Annexe 3 du référentiel de formation. Titre 6 : formation clinique en stage.

⁶⁹ Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'urgence.

⁷⁰ CESU : Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence.

⁷¹ Arrêté du 3 mars 2006 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence.

⁷² Argument avancé dans son rapport par HENTGEN M. G., juillet 2011. *Etat des lieux de la mise en œuvre du référentiel de formation IDE (versant stage)*, Direction Générale de l'Offre de soins.

universitaires. En 2012, sur les 3291 cadres formateurs et directeurs recensés par la DGOS, 315 étaient en préparation d'un master, 466 étaient titulaires d'un master 2, DEA ou DESS, 9 étaient titulaires d'un doctorat et 24 étaient en cours de préparation d'un doctorat⁷³. *«Les cadres titulaires d'un master sont, au-delà de l'enrichissement que cela peut induire dans leurs pratiques professionnelles beaucoup plus à l'aise dans leurs relations avec des étudiants, pleinement conscients d'être inscrits dans une formation conduisant à une licence, fut-ce le grade et non le diplôme⁷⁴ »*. Ces formations universitaires permettent de diversifier les expertises des équipes pédagogiques, d'augmenter le niveau de compétence des formateurs et donc d'apporter une légitimité à ces cadres de santé pour assurer de la formation continue à leurs pairs, à d'autres professionnels de santé (aides soignants, infirmiers, assistants de soins en gérontologie), à des personnes exerçant dans le secteur médico-social (aides médico-psychologiques) ou à domicile (auxiliaires de vie sociale).

Le programme de 2009 a entraîné une nouvelle dynamique de coopération et de partenariat entre les IFSI d'une même région. Des échanges ont souvent eu lieu sur le contenu des enseignements et les modalités d'évaluation des étudiants. La mutualisation des terrains de stage a parfois même été envisagée. Cette meilleure connaissance des profils d'activité et des spécificités des instituts d'un territoire a permis aux Directeurs des Soins d'élaborer des projets de formation continue complémentaires afin d'éviter de se mettre en concurrence sur les mêmes thèmes.

Dans certains établissements de santé importants, en particulier dans les CHU, la réingénierie des formations paramédicales a été l'occasion de revoir l'organisation globale des écoles. Au CHU de Toulouse, de Montpellier ou encore à Besançon, plusieurs instituts ont été ainsi réunis au sein d'un pôle formation pour mutualiser les ressources matérielles et humaines.

⁷³ Bilan 2012 de la mise en œuvre du référentiel de formation IDE réalisé par la DGOS suite à l'envoi d'un questionnaire national.

⁷⁴ INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES, INSPECTION GENERALE DE L'ADMINISTRATION DE L'EDUCATION NATIONALE ET DE LA RECHERCHE, Juillet 2013, *Les formations paramédicales : Bilan et poursuite du processus d'intégration dans le dispositif LMD, établi par Vincent Marsala, Patrick Allal et Isabelle Roussel*, [visité le 23.09.2014], Disponible sur Internet : www.igas.gouv.fr, p.29

2 L'enquête de terrain

Après avoir décliné les objectifs et la méthodologie de l'enquête, nous aborderons l'analyse des éléments recueillis au cours des échanges avec les professionnels que nous avons interviewés.

2.1 Les objectifs de l'enquête réalisée

L'objectif global de notre investigation consiste à étudier de manière précise les enjeux du développement de la formation professionnelle continue dans les IFSI/IFAS. En nous appuyant sur les entretiens menés, nous souhaitons confronter les opinions des professionnels en fonction des métiers exercés, de la taille des établissements de formation ou encore leurs localisations géographiques. Ainsi, nous identifierons les freins et les leviers inhérents au projet. Pour finir, nous explorerons les modalités de mise en œuvre d'un plan de FC à partir d'expériences menées sur des sites différents.

2.2 La méthodologie

2.2.1 La population enquêtée

Dans un premier temps, nous avons choisi d'aborder de développement de la FC dans des instituts de formation rattachés à des centres hospitaliers de deux régions différentes (sud et ouest). Au regard de notre future affectation dans un centre hospitalier universitaire nous avons pris le parti d'élargir le champ d'investigation à deux CHRU. Pour bien identifier les enjeux de la formation continue en IFSI/IFAS, notre enquête ne s'est pas limitée à la rencontre de directeurs d'instituts de formation. Nous avons également interrogé d'autres acteurs qui participent à l'élaboration d'une politique de formation continue :

- le Coordonateur Général des Soins de l'hôpital support (sur 3 sites différents),
- un Directeur des Ressources Humaines,
- deux responsables d'un service de formation continue rattaché à la DRH,
- le Délégué régional d'un OPCA (ANFH),
- le chef de service de la direction de la formation professionnelle et de l'apprentissage pour appréhender le rôle du conseil régional,
- une directrice d'hôpital à la DGOS qui a participé à la mise en œuvre du DPC au niveau national.

Nous avons rencontré 14 personnes. La liste exhaustive est présentée en Annexe I.

2.2.2 L'outil d'enquête

Nous avons privilégié une approche qualitative avec des entretiens semi-directifs qui ont été conduits à l'aide d'un guide (Annexe II). Cela a permis aux personnes interrogées de s'exprimer librement sur les thèmes proposés. Nous avons choisi ce modèle d'entretien car il est suffisamment souple et, en fonction des métiers exercés ou des spécificités des établissements, nos interlocuteurs ont eu la possibilité d'apporter des précisions sur leurs pratiques. Nous souhaitons appréhender dans le « verbatim » de nos interlocuteurs, la réalité de leur quotidien au regard du contexte et des stratégies déployées par les acteurs concernés par la FC.

Lorsque nous avons rencontré le représentant de la DGOS sur le thème du DPC et le représentant de l'ANFH sur le rôle des OPCA, nous avons adapté la grille d'entretien pour traiter trois axes : l'état des lieux, les difficultés/leviers de la mise en œuvre des dispositifs, la vision des personnes interrogées sur l'opportunité de développer la formation continue dans les IFSI et IFAS.

2.2.3 Organisation et déroulement de l'enquête

La majorité des entretiens ont été effectués en face à face suite à une prise de rendez-vous. Avec l'accord des personnes interviewées, nous avons enregistré l'ensemble des échanges après avoir assuré la garantie du respect de l'anonymat. Cela a permis aux personnes de s'exprimer plus librement.

Les conditions de réalisation des rencontres ont été satisfaisantes puisqu'elles ont eu lieu dans des bureaux isolés pour limiter les effets parasites (téléphones, requêtes de collaborateurs, etc.).

Pour des raisons de disponibilité et d'éloignement géographique, trois entretiens se sont déroulés par téléphone. Ils n'ont pu être enregistrés mais ils ont fait l'objet d'une retranscription écrite à distance.

La durée des entretiens a varié entre 45 minutes et 1 heure 15.

2.2.4 Le modèle d'analyse

La grille d'analyse est directement issue de la grille d'entretien. Chaque thématique abordée lors de l'entretien est reprise dans l'analyse. Au delà des éléments factuels détaillés par les personnes interviewées, nous avons comparé les données en fonction de la taille de l'établissement support (CH ou CHU) et de l'environnement (proximité d'un grand centre urbain ou isolement géographique).

2.2.5 Les limites de l'étude

Au regard du faible nombre de personnes interrogées et du nombre limité d'instituts de formation par région, cette étude ne permet pas la généralisation des données. Toutefois, il apparaît dans l'analyse certains éléments d'information récurrents qui constituent des tendances à prendre en compte car elles influencent les stratégies des directions. En outre, le cadre réglementaire n'est pas stabilisé : les décrets d'application de la loi de mars 2014 sur la formation professionnelle ne sont pas encore parus ; la réingénierie des formations paramédicales n'est pas terminée ; la loi de Santé sera votée au premier semestre 2015 et les réformes territoriales qui s'annoncent risquent de faire évoluer les compétences des tutelles.

2.3 Analyse des résultats de l'enquête

2.3.1 Cartographie des instituts de formation ayant participé à l'étude

Lors des différents entretiens, nous avons apprécié l'activité de six instituts répartis sur quatre régions différentes. Quatre d'entre eux ont pour établissement support un Centre Hospitalier. Deux instituts sont rattachés à un CHU. Tous les établissements de notre cohorte assurent à la fois la formation initiale infirmière et la formation initiale aide soignante.

Sur les six établissements qui ont participé à l'étude, trois instituts seulement assurent de la FC. Chez ces derniers, deux profils sont rencontrés. Soit l'offre est limitée (3 à 4 thématiques pour répondre à des besoins ponctuels), soit le catalogue de formation est beaucoup plus étoffé, avec respectivement 19 et 11 actions différentes, ce qui montre une réelle volonté d'investir ce champ d'activité. Ainsi, une directrice d'institut nous confie : *« j'avais de l'ambition et plein d'idées dans la tête en terme de développement de projet. Moi, je travaille pour avoir un IFSI fort et reconnu, porté par les établissements de santé de son territoire, avec une équipe pédagogique compétente et une activité la plus large possible »*.

Les thèmes des formations proposées sont souvent en lien direct avec les pratiques professionnelles : transmissions ciblées, tutorat des étudiants infirmiers, aspirations endotrachéales, actualisation des connaissances des aides soignants suite à l'évolution du programme de 2005 ou encore l'AFGSU. Nous avons également répertorié des sessions de formation qui accompagnent un projet professionnel (préparation aux concours d'admission à l'IFSI et à l'IFAS) et des actions qui apportent une réponse à des besoins plus spécifiques (anglais professionnel, assistants de soins en gérontologie dans le cadre du Plan Alzheimer, formation pour les aidants familiaux). Un des établissements qui a participé à notre enquête propose

un programme assez novateur : il s'agit, d'une part, d'une formation d'adaptation à l'emploi pour les formateurs des écoles paramédicales et d'autre part, d'une formation d'adaptation à la formation tout à fait originale destinée à préparer les Aides soignants (AS) et les Auxiliaires de Puériculture (AP) à intégrer dans les meilleures conditions possibles le cursus de formation IDE.

2.3.2 Les freins et les leviers à la mise en œuvre d'un plan de formation continue

Plusieurs éléments constituent des freins à la mise en place d'actions de formation continue en IFSI/IFAS. **Les raisons financières** ont été évoquées par toutes les personnes que nous avons interrogées. L'article L 4383-5 du code de la santé publique précise que « *la région a la charge de fonctionnement et de l'équipement des écoles et des instituts* » mais ces compétences se limitent aux formations initiales. Les recettes générées par la formation continue (qui apparaissent dans le bilan financier) sont donc logiquement déduites de la subvention de fonctionnement allouée par la région⁷⁵. Un Directeur d'IFSI le confirme, « *les lois de décentralisation ont compliqué la donne* ». Il justifie son choix de ne pas développer de la formation continue en nous confiant que « *travailler plus sans gagner davantage, ce n'est pas très motivant ... ni pour mes formateurs, ni pour moi* ». Mireille San Jullian l'a montré dans son article intitulé « *éloge de la formation continue* » : « *quand on n'a aucun intérêt à faire quelque chose, la meilleure des motivations s'érousse très vite*⁷⁶ ».

En outre, **les compétences des formateurs** ne sont pas toujours conformes aux critères attendus. Certaines thématiques leur sont étrangères. Un DRH avance également le fait « *que dans les instituts, on n'a pas amené les enseignants à développer ce genre d'aptitude car, ce n'est pas pareil de se retrouver face à des professionnels qui ont de l'expérience* ». Ce niveau de compétence inégal pour les formateurs est, dans certains cas, la conséquence d'un management institutionnel des cadres de santé. Ainsi, un Coordonnateur Général des Soins déplore : « *dans mon ancien poste, la moitié des formateurs de l'IFSI y était parce que l'on ne voulait pas les mettre ailleurs au regard des difficultés qu'ils avaient rencontré dans les services de soins. Quelques personnes ont trouvé leur voie dans la formation. D'autres non.* ».

Les représentations des salariés des établissements de santé sur les instituts de formation ne sont pas toujours positives. Les IFSI/IFAS sont, dans certains endroits,

⁷⁵ Article R 6145-57 du code de la santé publique : « la subvention de fonctionnement est calculée par différence entre la totalité des charges inscrites au compte de résultat prévisionnel annexe et la totalité des recettes d'exploitation autres que la subvention ».

⁷⁶ SAN JULLIAN M., avril 2007, *Éloge de la formation continue*, Objectif soins n° 155, p19.

perçus comme « *éloignés du terrain et de la pratique professionnelle* ». Cela interroge la légitimité des cadres formateurs à réaliser de la formation continue.

Le manque de disponibilité des cadres formateurs est aussi un frein souvent évoqué. Le référentiel de 2009 implique davantage les formateurs dans des activités d'encadrement en stage très chronophages. Ce manque de temps est particulièrement mis en avant dans les instituts qui ont des équipes pédagogiques réduites (moins de 20 formateurs) ou dans lesquels le ratio de formateur/étudiant⁷⁷ n'est pas favorable.

La mobilité des acteurs rend difficile la mise en place d'organisations pérennes. Dans les petites structures en particulier, la formation continue est souvent à l'initiative de quelques personnes qui portent un projet. Au final, quand ces personnes s'en vont, constate un DSIF, « tout s'arrête ».

Si l'IFSI se trouve dans un territoire qui propose une offre de formation continue adaptée et suffisante, le besoin de développer un nouvel axe d'activité ne s'exprime pas. « *Il y a une cellule de formation continue ici à l'hôpital et j'ai senti à mon arrivée que l'on n'avait pas besoin de moi* » rapporte la DSIF d'un centre hospitalier de petite taille. D'autant, rajoute-t-elle, qu'« *il y a à proximité un CHU qui offre toute son expertise* ». Développer à l'IFSI un pôle de formation continue dans ce contexte, reviendrait à se mettre directement en concurrence avec d'autres prestataires sur les mêmes thématiques. Cela serait peu efficient.

L'activité dans les services de soins est aussi à prendre en compte car elle limite la disponibilité des éventuels stagiaires. Le responsable du centre de formation continue du CH 3 observe que « *libérer les agents au-delà de 2 à 3 jours, c'est compliqué. A cause d'un absentéisme de dernière minute, il arrive que les professionnels renoncent au dernier moment à suivre leur formation et, nous sommes parfois obligés d'annuler les sessions* ».

Les leviers facilitant la mise en œuvre d'un plan de formation continue dans les IFSI/IFAS ont été fort heureusement largement abordés par les personnes que nous avons interviewées. **La situation géographique de l'IFSI** est un élément majeur. Lorsque l'institut est isolé, il devient quasiment le seul interlocuteur du territoire en ce qui concerne la formation des paramédicaux de l'hôpital de rattachement et des structures sanitaires et médico-sociales environnantes. Un DSIF nous a par exemple rapporté que dans son département, il n'y avait pas de CESU. Les demandes de

⁷⁷ Ration formateur/étudiant : nombre de formateur par rapport au nombre d'étudiants. Le ratio cible est en général de 1 formateur pour 20 étudiants.

formation pour l'AFGSU ont été très fortes et lorsque l'IFSI a proposé des sessions de formation pour les gestes et les soins d'urgence, le succès a été au rendez-vous.

D'autres **éléments contextuels** ont fait rapidement croître la demande de formation continue. L'obligation individuelle de DPC pour les paramédicaux a créé, bien sûr, de nouveaux besoins. Les orientations de formation définies dans les différents plans de santé publique au niveau national ont également valorisé des thématiques incontournables (prise en charge de la douleur, les soins palliatifs dans le cadre des plans cancer successifs, la bientraitance, la lutte contre la dénutrition...).

Claudine JOBST⁷⁸ a montré en 2008 que **les nouvelles modalités de financement par la région** ont été, pour certains directeurs, l'occasion de faire évoluer leurs écoles. Ces managers *« considèrent que leur institut est une organisation ouverte où l'environnement est un atout et peut-être source d'opportunités de développement »*. Une DSIF que nous avons rencontrée a eu ce point de vue. Elle nous dit : *« je sentais bien que je n'allais pas avoir financièrement la marge de manœuvre que je souhaitais donc, j'ai décidé de m'investir dans un projet pour développer l'activité de formation continue. La subvention de la région est une subvention d'équilibre. Il n'y a pas de bénéfice possible. Il fallait être innovant sur d'autres activités pour pouvoir se financer du matériel pédagogique »*.

Le partenariat entre les formateurs et les terrains de stage qui accueillent des étudiants et des élèves promeut l'échange d'informations. Très régulièrement, les tuteurs ou les maîtres de stage formulent les besoins de formation pour leurs agents. Cela permet ensuite aux instituts de répondre de manière spécifique en proposant des actions « personnalisées ».

Le développement des techniques de l'information et de la communication a favorisé l'émergence de nouvelles méthodes pédagogiques. Notre enquête l'a montré, le « e-learning » est de plus en plus présent. Il s'agit de séquences d'apprentissage à partir de scénarii prédéterminés (serious games) ou encore de cours théoriques en ligne avec un apport de connaissances évaluées par des questions à choix multiples.

La dynamique institutionnelle de l'hôpital de rattachement est un point fort relevé par quelques directeurs. Dans certains endroits, des formations institutionnelles obligatoires sont déterminées en fonction des métiers (le CHU 4 parle de « fondamentaux »). Pour les infirmiers, les thèmes abordés sont le droit des patients, la prise en charge de la douleur, le circuit du médicament, la sécurité transfusionnelle,

⁷⁸ JOBST C., 2008, Le financement des instituts de formation par la région : quels impacts sur le management stratégique du directeur des soins, Mémoire filière Directeur des Soins, École des Hautes Études en Santé Publique, Rennes, p.24

et l'arrêt cardio-respiratoire. Ces formations sont assurées soit par des professionnels de terrain, soit par des formateurs de l'IFSI.

Le dernier levier qui a été relevé lors de notre enquête est tout aussi important. Il s'agit de la **volonté du DSIF d'inscrire son institut dans un projet de formation continue**. Une directrice interrogée insiste sur un point : « *il faut avoir un projet d'institut solide avec une stratégie pour les années à venir. C'est le Directeur des Soins qui porte ce projet* ».

2.3.3 Les enjeux institutionnels

La mise en œuvre d'une activité de formation continue **valorise les IFSI/IFAS au sein de son territoire de santé**. Après l'universitarisation des formations infirmières, une Directrice d'institut constate « *que l'on est dans une période d'interrogation quant au devenir des IFSI* ». Il y a ajouté-t-elle « *dans les 10 ans à venir, une réforme dans la gouvernance de l'appareil de formation... laquelle je ne saurais le dire parce que je manque de visibilité sur ce point. Certains parlent de regroupement dans les universités, d'autres évoquent la création d'une école régionale... mais rien n'est encore décidé* ». En mettant en place un plan de formation continue, cette directrice choisit de « *travailler pour avoir un IFSI fort, reconnu, porté par les établissements de santé du territoire, avec une équipe pédagogique compétente et une activité la plus large possible* ». Pour aller dans le même sens, l'Association des Régions de France demande que l'universitarisation des formations paramédicales et sociales, dont elle soutient le principe, « *ne se fasse pas en rognant sur les compétences des conseils régionaux*⁷⁹ ». Les régions veulent notamment garder la maîtrise de la carte des formations. Le rapport de l'IGAS⁸⁰ de juillet 2013 souligne de son côté, que le maillage territorial des IFSI est à conserver, même s'il pourrait être tentant de rationaliser le réseau en ne gardant qu'un IFSI par département voir un IFSI régional rattaché directement à l'université. « *Le maillage actuel permet de faire de ces formations un outil efficace de promotion et d'insertion professionnelle. [...] Il constitue également un outil efficace d'aménagement du territoire*⁸¹ ».

La formation continue et la formation initiale interagissent. « *Quand on s'inscrit dans une activité de formation continue* », indique une DSIF, « *il faut en même temps soigner la formation initiale. L'un ne va pas sans l'autre. C'est par le sérieux de nos équipes et le suivi de nos étudiants en formation initiale que l'on montre à nos*

⁷⁹ Dépêche de l'Agence de Presse Médicale. Formations sanitaires : l'association des régions de France présente ses demandes. 20 décembre 2012. Consulté sur le site APM.

⁸⁰ Op. cit.

⁸¹ Inspection Générale des Affaires sociales, Inspection Générale de l'Administration, de l'Education Nationale et de la Recherche, juillet 2013, *Les formations paramédicales : bilan et poursuite du processus d'intégration dans le dispositif LMD*, p. 5

partenaires que l'on est crédible ». D'un autre côté, la notoriété apportée par la FC renforce l'attractivité des étudiants de la formation initiale voir même celle des cadres formateurs lors des recrutements.

On constate une **meilleure reconnaissance sociale et professionnelle des cadres** de santé formateurs lorsqu'ils sont impliqués dans des actions de formation continue. Cela contribue à une valorisation des compétences collectives. Le DSIF de CHU 4 en convient : « *la formation continue met en avant les compétences développées par les formateurs. Nous avons ici de grosses équipes pédagogiques avec une diversité de cursus professionnel. Quand on a des formateurs experts dans un domaine particulier comme en éducation thérapeutique par exemple, c'est toujours valorisant pour l'ensemble de l'école. Au total, on affiche une réelle compétence collective* ».

« *Au point de vue pédagogique, l'équipe est plus solide* » nous confirme la Directrice d'un IFSI de taille plus modeste. « *Elle est allée se frotter aux professionnels en exercice ; ce n'est pas un public de 17 ou 18 ans, post bac, sans expérience* ». Ainsi poursuit-elle, la formation continue « *rapproche un système de formation et un système de soins ; cela crée une proximité entre les acteurs et cela fait évoluer les représentations des uns et des autres* ». Les cadres formateurs disent mieux connaître les réalités du terrain et cela améliore leurs capacités pédagogiques auprès des étudiants en formation initiale.

Les tutelles ont un droit de regard sur l'activité de FC des IFSI/IFAS. En effet, comme Chantal de Singly le précise dans son rapport de juillet 2014, « *l'ARS intervient par la définition au niveau régional des priorités de formation continue*⁸² ». « *Les ARS, garantes de la sécurité et de la pérennité des prises en charges sanitaires et médico-sociales, sont directement concernées par la répartition et la permanence des compétences sur le territoire régional*⁸³ ». « *Ces agences soutiennent sous diverses formes l'appareil de formation grâce à l'intervention de leurs conseillers techniques et pédagogiques qui jouent un rôle d'animation du réseau des instituts de formation et de convergence de pratiques*⁸⁴ ». Le rapport d'activité remis à l'ARS comporte, à juste titre, une partie dédiée à la formation continue. Il est important pour le DSIF qui le réalise d'argumenter la cohérence du programme de FC avec les axes du Projet Régional de Santé.

⁸² Ibid. p. 32

⁸³ DE SINGLY C., juillet 2014, *Pour une politique régionale de développement des métiers et des compétences en santé. Ressources humaines et projets régionaux de santé*, [visité le 23.05.2014], disponible sur Internet : <http://sante.gouv.fr>, p.9

⁸⁴ Ibid p.29

Un autre élément intéressant est pointé par la responsable d'un IFSI : « *le conseil régional* », nous dit-elle, « *a un œil sur notre formation continue. Il fait attention de ne pas voir apparaître des établissements plus élitistes qui seraient plus rapides sur l'acquisition d'équipement de pointe ou sur les modalités pédagogiques. A ses yeux, la formation continue doit rester une activité annexe* ». Le diplôme d'État est un diplôme national, et au nom d'un principe d'égalité, le conseil régional veille à ce qu'il n'y ait pas de disparité trop importante entre les instituts et les écoles.

2.3.4 Les enjeux humains

La nature des relations instituées entre les responsables des structures de formation et les responsables des structures de soins a des conséquences sur la mise en œuvre ou non d'une politique de formation continue.

Dans les trois IFSI qui n'ont pas mis en place de FC, on constate un manque de fluidité dans les interactions entre l'institut de formation et l'hôpital de rattachement. Le DRH que nous avons rencontré affirme : « *dans les IFSI, les logiques sont différentes de celles que nous avons dans notre établissement. L'IFSI est dans son environnement à lui. C'est un lieu clos, fermé* ». Dans un autre hôpital, la Coordinatrice Générale des Soins déplore l'attentisme et le manque d'implication du DSIF : « *l'IFSI pourrait être un prestataire de formation continue. Moi, je définis les besoins et construit le cahier des charges. C'est à l'IFSI de se positionner et à faire des propositions. Mais ici, rien n'est fait et le partenariat direction des soins / IFSI est essentiellement centré sur la formation initiale* ».

A l'inverse, pour les trois établissements dans lesquels la FC est mise en œuvre, des partenariats et des liens de confiance sont présents :

- entre l'IFSI, le directeur général et le DRH qui valident le projet et impulsent une politique institutionnelle en s'appuyant sur le projet social et le plan de formation ;
- entre l'IFSI, le Directeur qualité et le CGS qui font émerger les besoins de formation et élaborent un cahier des charges ;
- entre l'IFSI et la cellule de formation continue de l'hôpital de rattachement qui planifie les séquences d'apprentissage ;
- et entre les formateurs, les cadres de santé des unités de soins et les tuteurs car, au final, explique un DS : « *c'est surtout par le réseau qui a été construit avec les terrains de stage que nous faisons connaître nos programmes* ».

Les représentations des cadres formateurs sur l'activité de FC ne sont pas homogènes dans les six établissements. Quand les instituts proposent un programme de FC, les formateurs ont une perception très positive de cette activité. En effet, « *la FC les valorise. Les diplômes universitaires qui ont été validés (de type MASTER le*

plus souvent) ont élevé le niveau des compétences ». Nous l'avons constaté, dans certaines équipes pédagogiques, près d'un formateur sur deux possède un diplôme universitaire. Après leur passage à la faculté, ces cadres souhaitent réinvestir leurs connaissances dans leurs pratiques quotidiennes. A l'inverse, dans les instituts qui n'assurent pas de FC, les formateurs mettent en avant le manque de temps et le problème de disponibilité pour s'investir dans une activité chronophage (ceci est d'autant plus marqué que la taille de l'équipe est petite). Dans notre cohorte, nous avons mis en évidence un lien direct entre le niveau de qualification des formateurs et leur perception de la FC. Si le niveau de qualification est important, les formateurs sont favorables à la mise en place de sessions de FC et sont prêts à y participer.

Lorsque plusieurs instituts d'une même région proposent un catalogue de formation assez semblable, une rivalité entre les directeurs d'institut est possible étant donné que chaque école va chercher à gagner des parts de marché. Au regard des éléments que nous avons relevé lors des entretiens avec les DSIF, nous avons repéré qu'un code de bonne conduite s'est naturellement imposé. Avant de proposer une nouvelle formation, une directrice nous a ainsi assuré qu'elle vérifiait systématiquement que ses collègues ne réalisaient pas la même. *« Il n'est pas question »*, nous a-t-elle dit *« de se mettre en situation de concurrence entre nous »*.

2.3.5 Les enjeux financiers

Tous les directeurs d'IFSI/IFAS de notre cohorte ont évoqué spontanément le facteur financier comme étant un élément primordial qui intervient dans la décision de *« se lancer ou non dans la formation continue »*. *« C'est valorisant de mettre en place une nouvelle activité mais c'est prendre un risque par rapport au budget »* nous confie un DSIF qui a préféré renoncer au projet. *« J'ai été prudente »* nous dit-elle. *« Une collègue a été en difficulté au point de vue financier. En effet, si la formation continue apparaît dans le bilan d'activité au niveau des recettes, il y a automatiquement une diminution de la subvention de la Région »*.

L'argument avancé par les responsables des trois IFSI qui n'ont pas investi le champ de la FC relève du bon sens : *« il n'est pas très motivant pour les acteurs de s'impliquer dans un projet chronophage sans qu'il y ait une rétribution financière assurée »*. Aujourd'hui, conclut un directeur qui aurait souhaité diversifier son offre de formation, *« ce qu'il me manque c'est un support administratif pour justifier l'utilisation du temps formateur auprès de la Région »*.

Les trois DSIF des structures qui proposent de la FC ont, quant à eux, une vision tout à fait opposée lorsqu'ils abordent les enjeux financiers. « *C'est sûr, [nous dit le premier] la formation continue, c'est une prise de risque. Mais je n'y vois aujourd'hui que des avantages et je ne ferais sûrement pas marche arrière* ». Le second décrit de manière plus précise ses motivations : « *j'ai très vite fait le constat que budgétairement, en terme de développement de l'institut, on avait, nous Directeur des Soins, très peu de marge de manœuvre pour financer les projets hormis la taxe professionnelle qui est fluctuante d'une année sur l'autre, avec parfois des baisses conséquentes. J'ai donc pensé à la formation continue, très clairement pour des raisons financières* ». Dans le troisième IFSI, la situation était particulière. Cet établissement a déménagé dans un bâtiment neuf. Le conseil régional avait annoncé qu'il finançait le bâti mais que pour l'équipement, il fallait économiser sur la taxe d'apprentissage pendant les 3 ou 4 années précédant l'entrée dans les nouveaux locaux. Dans ce cas, la FC a été « *un levier pour générer des recettes et investir dans du matériel pédagogique plus moderne comme des tableaux interactifs, des mannequins de simulation ou de nouveaux postes informatiques* ».

Les deux responsables hospitaliers des services de formation continue que nous avons interviewés ont un regard très positif sur la FC quand elle est conduite par les IFSI/IFAS de proximité. « *Le coût des sessions est moins important que si nous faisons appel à un organisme de formation privé* », affirme le chef du service de formation d'un CHU. En outre, pour le centre hospitalier qui est plus isolé géographiquement, la FC réalisée sur site permet de faire des économies sur les frais de déplacement et de logement des agents. Dans les deux cas, des économies substantielles sont réalisées et « *les gains financiers sont réorientés soit dans l'achat de matériel pédagogique soit dans le financement d'actions de formation complémentaires qui n'étaient pas prévues au plan* ».

Claudine JOBST dans son mémoire écrit : « *le directeur doit chercher à réduire les coûts. A ce titre, il peut développer un partenariat avec une ou plusieurs autres structures de formation et mutualiser les moyens pour réduire certains coûts de formation*⁸⁵ ». Cette posture institutionnelle a été celle choisie dans le CHU 4. Avec l'ouverture prochaine d'un institut de formation aux métiers de la santé regroupant dix écoles paramédicales et les services de la formation continue, l'objectif affiché est de limiter les dépenses en mutualisant les locaux, le matériel pédagogique voir les personnels enseignants et administratifs quand cela est possible.

⁸⁵ JOBST C., 2008, Le financement des instituts de formation par la région : quels impacts sur le management stratégique du Directeur des Soins, Mémoire EHESP filière Directeur des soins, Rennes, p.21

2.3.6 Les enjeux managériaux

Trois directeurs d'IFSI parmi ceux que nous avons rencontrés ont développé une politique de formation continue. Pour deux d'entre eux, qui exercent dans des CH, c'est bien le Directeur des Soins, responsable de la rédaction du projet d'école, qui initie et porte ce projet : « *le directeur des soins impulse la politique de formation dans son IFSI. S'il n'y a pas cette motivation de la part de la direction mais aussi des autres directions fonctionnelles de l'établissement support, la formation continue ne peut pas se mettre en place* ».

Seul le DSIF rattaché au CHU 4 précise qu'il n'est pas maître d'œuvre. C'est le pôle de formation de l'établissement qui décline les axes opérationnels du plan de formation. Dans cette configuration, le Directeur des Soins de l'IFSI ne fait que fournir les ressources pédagogiques sans avoir son mot à dire sur les thèmes abordés.

Lorsque le Directeur des Soins décide de développer une activité de formation continue, il mobilise en premier lieu la compétence une de son référentiel : « *implication dans la conception, la conduite et le suivi de projet dans les différents champs contribuant au bon fonctionnement de la structure*⁸⁶ ». L'objectif affiché est bien « *la création de repères collectifs qui mobilisent l'ensemble des acteurs et donnent du sens à leurs activités dans les projets internes/externes au service des usagers*⁸⁷ ». Le rôle du DSIF sera identique à celui de tout manager impliqué dans la conduite d'un projet. Il s'agit⁸⁸ du pilotage de l'élaboration du projet (en s'appuyant sur le projet d'école ou d'institut), de la mise en œuvre du projet (en favorisant les échanges entre les personnes impliquées), de l'évaluation et du réajustement du projet (en mobilisant l'ensemble des acteurs) et enfin de l'adaptation de l'offre de formation aux évolutions de la demande du territoire, de l'établissement et/ou de la région.

Lors des différents échanges que nous avons eu avec eux, les directeurs des IFSI témoignent qu'il est nécessaire de s'appuyer sur des capacités personnelles pour parvenir à ses fins :

- **capacité à négocier** avec les équipes pédagogiques, le Directeur Général, le DRH, le Coordonnateur Général des Soins, les services financiers et le conseil régional.

⁸⁶ Le référentiel de compétence des Directeurs des Soins. Direction des études. Filière des Directeurs des Soins. Ecole des Hautes Etudes en santé publique. Décembre 2011 mis à jour en décembre 2013.

⁸⁷ Ibid p.38.

⁸⁸ Performances attendues pour la compétence une du référentiel de compétences du Directeur des Soins, EHESP, p 38

- **capacité à communiquer** avec l'ensemble des partenaires que sont l'hôpital support, les établissements de santé du territoire ou encore la délégation régionale de l'ANFH.
- **capacité à rassurer les tutelles et la direction de l'hôpital de rattachement** en donnant le plus d'informations possibles sur la pertinence et la viabilité du projet. Pour se faire, il est recommandé d'intégrer la formation continue dans « un projet d'école » en cohérence avec la formation initiale, les besoins locaux de formation continue, le projet d'établissement de l'hôpital support, le projet régional de santé et les spécificités du territoire. Le DSIF du CH 6 qui a fait évoluer peu à peu son catalogue de formation continue le confirme : *« il faut rassurer tout le monde et surtout bien préparer son projet. Il ne faut pas se mettre en concurrence avec son propre établissement d'adossement et diversifier l'offre de formation pour répondre aux besoins territoriaux. »*
- **Capacité d'adaptation** en choisissant le support organisationnel le mieux adapté au profil de la structure de formation. Plusieurs scénarii sont rencontrés.

Quand les formateurs assurent les formations sur le temps de travail, ils interviennent le plus souvent auprès du personnel de l'hôpital de rattachement et ne sont pas rémunérés. Cette activité n'apparaît pas dans le bilan financier adressé à la région puisqu'elle n'a pas générée de recettes. En contre partie, l'hôpital apporte sa contribution au bon fonctionnement de l'IFSI (travaux de peinture, achats d'ordinateurs par exemple pour le CH3).

Dans un autre cas de figure, il a été créé **une unité fonctionnelle dédiée** avec du personnel propre. Les recettes générées permettent de payer les enseignants et les frais pédagogiques. Ces éléments financiers n'apparaissent pas dans le bilan financier de l'IFSI car les ressources pédagogiques consacrées à la formation initiale ne sont pas mises à contribution.

Une option différente est décrite dans le CHU 4 : c'est la création d'un **groupement d'intérêt public (GIP)** autonome. Les formateurs qui interviennent dans cette structure le font sur leur temps personnel ; ils sont salariés contractuels. Le bilan d'activité de l'IFSI ne mentionne pas la réalisation de ces sessions puisqu'elles relèvent d'une autre entité administrative.

La directrice de l'IFSI du CH 1 a évoqué comme dernière alternative la possibilité de s'appuyer sur les statuts d'une **association loi de 1901**. Au regard de la complexité des démarches à entreprendre, elle n'a pu finaliser le projet mais elle nous a expliqué qu'elle avait eu recours à cet artifice dans un poste antérieur.

2.3.7 Formation continue et innovation pédagogique

Nous l'avons abordé, la formation conduisant au diplôme d'État d'infirmier vise, depuis 2009, l'acquisition de compétences pour répondre aux besoins de santé des personnes. L'étudiant, précise le référentiel, est amené à devenir un praticien autonome, responsable et réflexif, c'est à dire un professionnel capable d'analyser toute situation de santé, de prendre des décisions dans les limites de son rôle, et de mener des interventions seul ou en équipe pluri-professionnelle. **L'analyse des situations de travail** est l'occasion, pour le cadre formateur, de se centrer avec l'étudiant sur des exercices *« faisant le lien entre l'observation et les hypothèses de diagnostic, entre les signes et les comportements, entre une histoire de vie et une situation ponctuelle, entre l'état du patient et son traitement, etc. Le formateur aide ainsi à l'acquisition d'une démarche comportant des problèmes de soins et les interventions en rapport et permet l'exercice d'un raisonnement inductif, analogique ou déductif⁸⁹»*. Cette méthode d'apprentissage que l'on appelle Analyse de Pratique Professionnelle (APP) ou analyse de situation professionnelle selon les cas, est tout à fait transposable en formation continue. Ainsi, comme l'affirme le CGS du CH2, *« il faut vraiment sortir de l'enseignement classique durant lequel les agents restaient assis pendant sept heures dans une salle de cours pour n'entendre que des contenus théoriques. Il faut rentrer dans l'analyse des situations de travail réelles, des retours d'expériences, en un mot, développer les capacités d'analyse des professionnels pour développer leurs compétences et améliorer au final la qualité des soins »*.

En ce qui concerne la mise en place de **formations pluri-professionnelles et inter-disciplinaires**, il subsiste encore des réticences. Une DSIF qui tente de mettre en place une session d'analyse de pratique d'un groupe de soignants lors de la gestion d'un arrêt cardiaque nous l'a confirmé : *« la formation en inter-professionnalité, officiellement, tout le monde est d'accord, mais en réalité, quand on propose quelque chose de concret, les médecins ne viennent pas. »*. Pourtant, poursuit-elle, *« quand j'ai pu effectivement animer une formation avec plusieurs professionnels ayant des métiers différents et provenant d'établissements variés, cela a été d'une richesse extrême. C'est pour cela que nous travaillons actuellement sur un projet de formation pour toucher les infirmiers et les médecins libéraux »*.

De nos jours, **les technologies de l'information et de la communication** sont très utilisées. Les établissements développent des sessions de formation en e-learning associées ou non à du présentiel. Certains IFSI ont recours à des « serious games ». Ce sont des outils pédagogiques qui permettent *« par l'introduction de technologies*

⁸⁹ Référentiel de formation infirmier. Annexe III de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au Diplôme d'État.

utilisées dans le jeu vidéo, de mettre des apprenants dans des conditions de situations réelles, tout en agissant sur l'apprentissage, le contrôle des connaissances techniques, cliniques, pathologiques et thérapeutiques, l'acquisition et l'évaluation des compétences, et les moyens de progresser⁹⁰ ». Les « serious games » ou autres « moddle⁹¹ » nécessitent pour leur élaboration des expertises informatiques qui ne sont pas toujours présentes dans les instituts. Nous n'avons retrouvé ces dispositifs que dans les IFSI adossés à des CHU. Ainsi, dans le CHU 4, une formation préparatoire au concours d'entrée à l'institut de formation des aides soignants est dorénavant et déjà opérationnelle en e-learning.

Les trois instituts de notre cohorte qui organisent des sessions de formation continue utilisent la **simulation en santé**. Dans le CHU 4, les moyens matériels sont mutualisés entre plusieurs établissements (université, écoles paramédicales). Un « hôpital virtuel » va très prochainement ouvrir ses portes avec plusieurs environnements de travail (bloc opératoire, chambre de patient, salle d'accouchement, salle d'imagerie médicale). Pour les deux autres instituts, les DSIF parlent de « laboratoires de simulation » dans lesquels les apprenants peuvent être filmés au cours de l'exercice.

Dans son rapport de janvier 2012⁹², l'HAS recommande l'utilisation de la simulation en santé dans les programmes de développement professionnel continu. L'arrêté du 26 septembre 2014⁹³ va dans le même sens puisqu'il institue la simulation comme une des modalités pédagogiques du référentiel de formation infirmier. En effet, la simulation repose sur un principe éthique : « jamais la première fois sur un patient ». Le DSIF du CH 6 insiste sur un point « *la simulation est un axe fort dans le développement de la formation continue. Il y a des demandes des établissements. C'est un levier important de croissance.* ».

2.3.8 Synthèse de l'analyse

L'étude que nous avons menée nous permet de mettre à jour quelques tendances. Bien que correspondant à une obligation réglementaire et à un besoin, nous constatons que peu d'instituts remplissent leur mission de formation continue en raison d'obstacles matériels, organisationnels et financiers. Au travers des entretiens

⁹⁰ BORREL M., novembre 2011, *Le serious game, un outil au service de la formation en soins infirmiers*, Soins cadres, Supplément n°80, p.18

⁹¹ Moodle est une plateforme d'apprentissage en ligne, abréviation de Modular Object-Dynamic Learning Environment.

⁹² HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, janvier 2012, *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*, [visité le 22.05.2014], Disponible sur Internet : www.has-sante.fr.

⁹³ Arrêté du 26 septembre 2014 modifiant l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier.

que nous avons effectués, nous percevons que le contexte de la FC est beaucoup plus complexe qu'il n'y paraît, avec une dimension politique, financière et humaine. Il n'est pas donc pas étonnant de constater, compte tenu des incertitudes actuelles, que trois DSIF sur les six rencontrés témoignent une certaine « frilosité » à se lancer dans la conception de programmes de FC.

Pour les centres de formation qui ont choisi de diversifier leur champ d'activité, deux éléments principaux ont motivé cette décision. Ce sont, d'une part, les besoins exprimés par les professionnels du territoire (en lien avec l'évolution des métiers, des techniques et de la réglementation en vigueur) et d'autre part, le souhait de dégager des bénéfices financiers. Les modalités de mise en œuvre de ces dispositifs de FC sont hétérogènes mais elles sont, dans chaque situation, adaptées à l'environnement et en particulier, à la taille de l'hôpital de rattachement.

Dans notre enquête, nous avons repéré que dans tous les cas, la viabilité d'un dispositif de FC à l'IFSI est étroitement liée à l'intervention du DS responsable de la structure de formation qui initie et porte le projet. Nous remarquons également qu'il est incontournable de construire des liens entre le projet d'école et le projet de soins de l'hôpital de rattachement. Cela facilite l'articulation des politiques de formation entre le DS de l'institut et le Coordonnateur Général des Soins.

Le DPC et la réingénierie des formations initiales paramédicales ont été pointés par l'ensemble des interlocuteurs de notre étude comme des opportunités pour investir la FC. En effet, la méthode d'analyse des pratiques professionnelles qui est préconisée dans les deux cas, montre une réelle volonté d'associer les professionnels en exercice dans les unités de soins aux dispositifs de formation et parallèlement, d'intégrer les cadres formateurs à la réalité des services hospitaliers. Yann Bebien le montre dans l'un de ses articles : « *Le partage et la mise en synergie des compétences cliniques et pédagogiques des interlocuteurs associés à la formation des professionnels sont un point essentiel du dispositif pour dispenser des enseignements au plus près de la réalité* ⁹⁴ ».

Sur les fondements de notre analyse, nous allons à présent identifier quelques axes de préconisations à l'attention du DSIF pour mettre en œuvre un programme de formation continue dans un IFSI ou un IFAS.

⁹⁴ BUBIEN Y., BOURREL P., août 2014, *Hôpital-école, une alliance entre instituts de formation et unités de soins*, Soins Cadres, n°91, p. 23

3 Les perspectives professionnelles : stratégie du Directeur des Soins pour développer la formation continue en IFSI/IFAS

3.1 Le Directeur des Soins s'appuie sur une démarche projet pour mobiliser l'ensemble des acteurs

La norme AFNOR / Z 67-100-1 donne la définition d'un projet : « *c'est un ensemble d'activités qui sont prises en charge, dans un délai donné et dans les limites des ressources imparties, par des personnes qui y sont affectées dans le but d'atteindre des objectifs définis* ».

L'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT) a identifié plusieurs étapes dans la mise en œuvre du projet ⁹⁵ :

Etape 1 : Conception et lancement

Il s'agit à ce stade **d'élaborer la stratégie du projet**. L'objectif est de formaliser un document de référence (note de cadrage) dans lequel le DSIF formalise la démarche. Il est utile d'explicitier l'opportunité du projet au regard du contexte, de préciser l'objet, les objectifs généraux, les enjeux (pour chacun des acteurs impliqués), les contraintes et les risques, une esquisse du déroulement, les ressources disponibles, les appuis envisageables et les adversaires potentiels.

Il faut ensuite **définir les modalités de pilotage et de travail au sein du projet** (composition et fonctionnement du comité de pilotage, des groupes projet). Le DSIF, **chef de projet**, coordonne et organise les activités pour faire aboutir le projet dans le respect des objectifs fixés. En outre, le DSIF établit un budget prévisionnel et un plan de financement prévisionnel. Il évalue les dépenses à engager et les moments auxquels elles devront l'être. Le plan prévisionnel de financement doit être équilibré c'est à dire que les ressources doivent correspondre aux grands postes de dépenses pour ne pas mettre la structure en péril. Un DSIF nous l'a confirmé : « *j'ai pu démontrer qu'avec la formation continue j'allais générer des recettes et que j'allais pouvoir financer un poste d'infirmier. Le directeur général m'a dit qu'il me faisait confiance, mais que si je n'arrivais pas à équilibrer mon budget, je n'aurais pas un euro de la part de l'hôpital. Les choses étaient vraiment posées* ».

⁹⁵ AGENCE NATIONALE POUR L'AMÉLIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL, Anticiper les mutations : accompagner les entreprises dans le développement des compétences. Guide pratique pour les porteurs de projets, [visité le 13.09.2014], Disponible sur Internet : <http://www.anact.fr/portal/pls/portal/docs/1/30237.PDF>

Le comité de pilotage réunit des représentants des formateurs, de la direction des soins de l'hôpital de rattachement, de la DRH et / ou de la cellule de formation si elle existe ainsi que des représentants des professionnels pour lesquels le plan de formation est élaboré. D'autres membres pourront rejoindre ce groupe en fonction des spécificités locales. Le comité de pilotage a pour rôle d'orienter le projet et de prendre toutes les décisions nécessaires à son bon déroulement.

Le groupe projet agit, pour sa part, à un niveau opérationnel. Il prend en charge la mise en œuvre des actions prévues. Pour le thème de la formation continue, plusieurs groupes projets peuvent fonctionner selon les métiers ciblés par la formation (IDE, AS, professionnels d'établissements médico-sociaux) ou selon les méthodes pédagogiques retenues (mise en œuvre d'actions de formations avec la simulation en santé par exemple). Les travaux du ou des groupes projet sont orientés par le comité de pilotage auquel ils rendent compte. C'est le chef de projet qui les anime.

Etape 2 : Mise en œuvre du projet

C'est l'étape qui est la plus visible. Elle comprend la réalisation des actions de formation prévues, bien sûr, mais aussi l'animation du projet et le suivi du budget. « *Une condition de réussite commune à tout type de projet* », souligne l'ANACT⁹⁶, « *est la mobilisation d'une pluralité d'acteurs internes et externes* ». Dans cette dynamique, le DSIF devra prendre en compte dans sa stratégie d'action, la dimension relationnelle (capacité du DS à s'ouvrir aux autres et à ne pas rester hospitalo-centré), la dimension stratégique (le DS doit construire un projet dans le respect de l'histoire de l'institution et des dynamiques existantes), la dimension réglementaire (demandes d'autorisations diverses aux tutelles, respect des orientations nationales s'il s'agit d'un programme validé DPC, déclaration de son activité de prestataire de formation à la DIRECCTE⁹⁷) et enfin la dimension managériale (en favorisant un management collaboratif).

Utiliser la démarche qualité comme outil managérial stratégique nous paraît être un élément incontournable. En effet, la création d'indicateurs qualité et leur suivi permet de se situer dans le domaine de faits concrets et non plus sur des impressions. L'objectif est de gagner en interne, en performance et en externe, en crédibilité.

⁹⁶ AGENCE NATIONALE POUR L'AMÉLIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL, Anticiper les mutations : accompagner les entreprises dans le développement des compétences. Guide pratique pour les porteurs de projets, [visité le 13.09.2014], Disponible sur Internet : <http://www.anact.fr/portal/pls/portal/docs/1/30237.PDF>. p.26.

⁹⁷ Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi

Etape 3 : Prolongements

La phase d'évaluation est primordiale pour la continuité de l'activité de formation continue car elle inscrit l'établissement dans une démarche de progrès. Le DSIF évalue l'efficacité de la conduite de projet mais aussi l'utilité de la démarche. Il mesure l'impact sur les professionnels formés comme sur les formateurs de l'institut. Des effets induits au-delà des effets attendus sont parfois perceptibles. Cela peut être l'amélioration de la qualité des enseignements en formation initiale, l'amélioration du climat social ou encore, une meilleure efficacité des organisations et des coopérations. Le rapport d'activité annuel est le support institutionnel qui rend compte de l'ensemble de ces éléments.

La phase de capitalisation consiste à tirer parti des enseignements de l'évaluation pour « *optimiser la démarche et les outils expérimentés et les rendre facilement utilisables dans des contextes similaires* ⁹⁸ ». Elle précède la phase de valorisation dans la perspective de la diffusion vers l'extérieur d'informations sur les actions de FC réalisées.

La phase de transfert consiste à développer son champ d'activité en approchant d'autres interlocuteurs. Dans l'un des IFSI qui a participé à notre enquête, le DSIF a tout d'abord développé des actions de formation avec des partenaires traditionnels (hôpitaux, Etablissements d'Hébergement Pour Adultes Dépendants) ; il s'est ensuite associée à un Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) pour proposer une formation aux aidants familiaux de patients atteints de la maladie d'Alzheimer.

3.2 Les modalités de mise en œuvre d'une politique de formation continue en IFSI/IFAS

3.2.1 Réaliser un état des lieux pour préparer le changement

La mise en œuvre d'une activité de formation continue en IFSI/IFAS induit systématiquement des changements dans les organisations en place. Le DSIF, chef d'orchestre de ce changement, devra effectuer une étude préalable de faisabilité.

Le diagnostic interne permet de déterminer **les forces et les faiblesses** de l'institut au regard de la nature du projet. Les questions suivantes se posent :

- Les locaux et le matériel sont-ils suffisants et adaptés ?

⁹⁸ AGENCE NATIONALE POUR L'AMÉLIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL, Anticiper les mutations : accompagner les entreprises dans le développement des compétences. Guide pratique pour les porteurs de projets, [visité le 13.09.2014], Disponible sur Internet : <http://www.anact.fr/portal/pls/portal/docs/1/30237.PDF>. p. 43.

- Le projet d'école aborde-t-il le thème de la formation continue ? Quelles en sont les priorités d'action ?
- Des projets institutionnels vont-ils impacter à court terme et de manière importante le fonctionnement de la structure ? Déménagement sur un autre site ? Regroupement de plusieurs écoles ?
- Quelles sont les marges de manœuvres financières ?
- Quelles sont les caractéristiques de l'équipe pédagogique ?

Déterminer si les effectifs théoriques correspondent aux effectifs réels.

Préciser l'évolution possible de la composition de l'équipe en prenant en compte les souhaits de formation, de mobilité et les départs à la retraite.

Connaître les ratios formateurs/étudiants et le nombre de secrétaires disponibles (la FC nécessite une activité de gestion administrative).

Mettre en place, si cela n'est pas déjà fait, des indicateurs de suivi de l'absentéisme pour apprécier la disponibilité des cadres.

Réaliser une cartographie des compétences des formateurs.

Évaluer les motivations individuelles et collectives à s'impliquer dans le projet.

- Quels sont les interactions et les jeux de pouvoir entre les individus au sein de l'institut ?

D'un point de vue sociologique, avant d'initier tout changement, il convient de connaître de manière approfondie la façon dont fonctionne le collectif. Selon Philippe Bernoux⁹⁹ « *toute organisation est un construit social, c'est à dire le fruit d'interactions entre ses membres. Ces interactions ont à la fois une forme de stabilité mais, en même temps, une certaine labilité puisqu'elles se construisent et de reconstruisent sans cesse en fonction des situations. [...] Il est donc impératif d'étudier les représentations que se font chacun des acteurs de l'organisation dans laquelle ils évoluent et de faire émerger les problèmes réels qui pourraient entraver le changement* ». François-Xavier Schweyer précise que « *les relations de travail sont aussi des relations de pouvoir* »¹⁰⁰. « *Chacun y monnaie sa bonne volonté, cherche à saisir les opportunités qui améliorent sa situation, à maintenir et à élargir sa marge de liberté* »¹⁰¹. Il est donc essentiel pour le DSIF de définir les interactions entre les acteurs et les conséquences que la mise en œuvre du projet pourraient avoir sur celles-ci en identifiant en particulier les jeux de pouvoir. Le

⁹⁹ BERNOUX P., 2004, Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations, Paris : Editions du Seuil, 366 p.

¹⁰⁰ SCHWEYER FX. Sociologie de l'hôpital et de l'action collective, Unité d'enseignement 8, Filière Directeur des Soins, EHESP, Promotion 2014.

¹⁰¹ Ibid.

sociogramme est un outil d'analyse qui fournit quelques pistes de compréhension. Il permet en effet d'avoir un aperçu des relations d'affinité, de déterminer des sous groupes au sein des groupes principaux et de localiser des leaders (c'est à dire les personnes qui ont le plus d'influence). Le DSIF pourra, en fonction de ses intentions managériales, activer des liens potentiels ou au contraire désactiver ceux qui existent déjà.

Le diagnostic externe consiste à mettre en évidence les menaces et les opportunités en lien avec le projet. A ce stade, la priorité est d'identifier les besoins de FC au niveau du bassin de recrutement. Plusieurs thèmes sont à explorer :

Menaces et opportunités en lien avec l'hôpital de rattachement :

- Existe-t-il un service de formation continue au sein de l'hôpital support ?
Si oui, quelle est la nature de l'offre de formation continue ?
- Quels sont les acteurs sollicités par la direction des ressources humaines de l'établissement de rattachement pour mettre en œuvre le plan de formation ?
Lors de nos entretiens, un directeur d'IFSI nous a fait part de son expérience : « *ici, la formation continue des agents de l'hôpital n'est pas réalisée par l'IFSI. Il y avait des réseaux pour la formation des personnels avec des organismes de formation privés. Curieusement, on a eu plus de mal à se positionner sur l'offre de formation continue de notre propre établissement pour les autres établissements du territoire* ».
- Quels sont les besoins de formation continue identifiés dans le projet d'établissement, le projet médical, le projet de soins et le projet social ?
- Quel est le contenu du plan de formation annuel ? Sur quels thèmes l'IFSI/IFAS peut-il intervenir ?
- Quelle est la politique de l'hôpital support à l'égard de l'IFSI ?
- Le directeur d'établissement est-il favorable à une éventuelle sollicitation de l'IFSI/IFAS pour répondre à un appel d'offre de FC ?

Menaces et opportunités relevant du territoire de santé ou de la région :

- Comment se situe l'IFSI au niveau de la ville, du département, de la région ?
- Quelles sont les compétences soignantes nécessaires dans le territoire au regard du profil de la population (prise en charge de patients âgés, de maladies chroniques,...) ?
- Quels sont les besoins de formation identifiés au regard des politiques régionales de santé publique ?
- Quelle est la politique de l'ARS par rapport à la FC des paramédicaux ?

Certaines agences centralisent les potentiels de formation au niveau des CHU. D'autres souhaitent développer un maillage territorial de l'offre de formation au plus près des acteurs de terrain.

- Comment sont répartis les établissements sanitaires et médico-sociaux sur le plan géographique ?

L'isolement géographique de l'IFSI/IFAS est souvent une opportunité. Dans cette configuration, l'enjeu est de devenir le référent de formation du territoire.

- Existe-t-il d'autres organismes de formation sur le territoire ? Si oui quelle est la nature de leur catalogue de formation ?
- Quels sont les besoins de formation exprimés par les directeurs des structures sanitaires ou médico-sociales ?
- Quels sont les besoins de formation exprimés par les médecins et infirmiers libéraux ?

Menaces et opportunités en lien avec des facteurs nationaux :

- Quel impact l'évolution réglementaire peut-elle avoir sur la FC des paramédicaux ?

A titre d'exemple, l'obligation de satisfaire à une formation DPC tous les ans a eu comme conséquence d'augmenter fortement les demandes de formation des agents. Au cours de l'enquête, un directeur des soins a également évoqué le fait que l'évolution du programme de formation des aides soignants en 2005 avait obligé les établissements à actualiser les connaissances des personnels déjà diplômés sur les prises de constantes des patients.

- Quelles sont les préconisations nationales de formation à l'attention des personnels paramédicaux ?

Plusieurs sources permettent d'identifier les priorités nationales : les plans nationaux de santé publique (plan cancer, plan de développement des métiers de l'autonomie, plan psychiatrie et santé mentale...), les instructions de la DGOS relatives aux orientations en matière de développement des compétences des personnels de la fonction publique hospitalière¹⁰², les arrêtés du ministère des affaires sociales et de la santé fixant la liste des orientations nationales du développement professionnel continu des professionnels de santé¹⁰³.

Une telle démarche de diagnostic doit impliquer non seulement la direction mais aussi l'équipe de cadres formateurs et, le cas échéant, les représentants du personnel.

¹⁰² La dernière instruction en date est l'instruction DGOS/RH4/2014/238 du 28 juillet 2014 qui fixe les axes prioritaires de formation des personnels de la fonction publique hospitalière pour 2015.

¹⁰³ Le dernier texte est l'arrêté du 28 février 2013 fixant la liste des orientations nationales du développement professionnel continu des professionnels de santé pour l'année 2013.

« En effet, chacun des acteurs est concerné par les changements qui se préparent au sein de l'entreprise. Il ne s'y investira totalement que si la démarche de conduite de changement adoptée lui a permis d'identifier les enjeux qui lui sont propres. Il est donc essentiel que le diagnostic permette de recueillir les besoins et les attentes des salariés afin de « les intéresser » au projet et de pouvoir prendre en compte leur point de vue au moment de l'élaboration du plan d'action¹⁰⁴ ».

Un outil managérial est fréquemment utilisé pour visualiser rapidement cette phase diagnostic. Il s'agit du SWOT qui est un acronyme issu de l'anglais : Strengths = forces, Weakness = faiblesses, Opportunities = opportunités, Threats = menaces.

3.2.2 Légitimer la formation continue dans un projet de développement des compétences des professionnels paramédicaux

La Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences fait le lien entre compétence et formation. Mise en œuvre par la direction des ressources humaines, la GPMC consiste à *« la conception, la mise en œuvre et au suivi de politiques et de plans d'actions cohérents visant à réduire de façon anticipée les écarts entre les besoins et les ressources humaines de l'établissement, tant en termes d'effectifs que de compétences, en fonction de son plan stratégique ou au moins d'objectifs à moyen terme bien identifiés, et en impliquant le salarié dans le cadre d'un projet d'évolution professionnelle¹⁰⁵».*

L'évaluation des compétences est formalisée dans cette démarche GPMC au moment de l'entretien d'évaluation professionnel avec le supérieur hiérarchique du salarié. Pour la fonction publique hospitalière, le modèle réglementaire du compte rendu de cette rencontre est défini dans l'arrêté du 29 septembre 2010¹⁰⁶. On y retrouve :

- les compétences professionnelles de l'agent,
- les objectifs (individuels et collectifs) établis pour l'année n+1,
- les besoins de formation pour répondre à des besoins de compétences,
- l'évolution professionnelle souhaitée par l'agent.

Le DS qui investit le champ de la FC, inscrit son action dans la politique GPMC de l'établissement avec lequel il souhaite travailler. L'objectif commun pour le DSIF et le DRH de cette structure, sera d'agir sur les organisations de travail en passant d'une

¹⁰⁴ Guide ANACT, *Anticiper les mutations : accompagner les entreprises dans le développement des compétences. Guide pratique pour les porteurs de projet*, p. 9

¹⁰⁵ Définition proposée par Bruno DARIUS. « La GPMC. Enjeux, concepts, conditions de réussite et gestion des adéquations quantitatives ». Cours EHESP filière directeur des soins. Juin 2014

¹⁰⁶ Arrêté du 29 septembre 2010 relatif au compte rendu annuel d'entretien professionnel des agents des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

ingénierie de la formation à une ingénierie de la professionnalisation. En effet, si la formation continue avec l'approche GPMC est un moment d'apprentissage, d'intégration de connaissances, d'acquisition de compétences, c'est aussi, l'affirme Pierre Hébrard¹⁰⁷, « *un lieu de professionnalisation et de construction de son identité professionnelle dans un groupe* ». Ainsi, le DISF devra, dans son projet, bien cerner les spécificités de la structure avec laquelle il veut travailler. Au-delà des contenus, il faudra aussi prendre en compte les orientations stratégiques de l'établissement, le climat social et la culture professionnelle dominante. Un responsable d'IFSI qui a initié des séquences de FC dans son institut nous l'a d'ailleurs confirmé : « *il faut rencontrer tous les DRH des établissements du territoire pour évaluer quels sont les besoins locaux par rapport à leur contexte. C'est un travail à faire régulièrement. Grâce à cela, nous avons tissé des liens avec eux même si cela a été très chronophage* ».

3.2.3 Inscrire la politique de formation continue dans le projet d'institut

Pour Patrice Lombardo, « *le projet d'école est l'instrument principal de pilotage d'un institut permettant d'anticiper l'avenir et de faciliter la lisibilité des actions du présent*¹⁰⁸ ».

Dans le projet d'école, le DSIF identifie les enjeux auxquels l'institut est et va être confronté ; il définit des priorités d'action et détermine des objectifs à atteindre. Véritable outil managérial, ce projet précise les valeurs, les fonctions et les ressources de l'établissement, les finalités des actions menées, les principes pédagogiques valorisés, le rôle des différentes instances ainsi que les financements. Le projet d'institut apporte ainsi une cohérence entre les différentes activités (formations initiales IDE/AS, formations continues le cas échéant) et établit une feuille de route qui donne du sens à l'action collective. Le projet d'école est un projet stratégique qui présente un ensemble d'axes structurants, c'est un document politique.

Lorsqu'il aborde la FC, le DSIF intègre dans sa réflexion stratégique le bilan de l'existant et les évolutions de l'environnement prévues à court et à moyen terme. Il doit expliquer clairement les raisons qui motivent le choix de développer un nouveau champ d'activité, pour créer une dynamique stimulant la créativité et l'innovation. Pour la formation continue, l'IFSI/IFAS se trouve en situation de concurrence avec d'autres organismes de son territoire. Dans ce cas de figure, « *le devenir d'une entreprise*

¹⁰⁷ HEBRARD P. Chercheur au Conservatoire National des Arts et Métiers, Journées Régionales CEFIEC Languedoc Roussillon - Castelnaud le lez, 1^{er} septembre 2011.

¹⁰⁸ LOMBARDO P. Projet d'école en institut de formation sanitaire. Cours EHESP, filière Directeur des soins, Mars 2014.

repose étroitement sur sa capacité à définir une stratégie au regard des évolutions de son environnement, et à la décliner par rapport aux différents leviers d'action dont elle dispose pour préserver sa compétitivité : la technologie, l'organisation et les modes de management, mais aussi les compétences des salariés qui collaborent, conçoivent, réalisent, proposent, organisent ... dans le cadre de leur activité ¹⁰⁹».

Contre toute attente, au regard des éléments que nous avons collectés lors de cette étude, il semblerait que les DSIF utilisent assez peu le projet d'école comme levier managérial. Nous avons approché dans notre enquête six IFSI/IFAS. Deux d'entre eux seulement disposaient d'un projet d'institut et un seul abordait le thème de la formation continue.

3.2.4 Valoriser des partenariats pour construire un dispositif de formation pérenne

L'hôpital de rattachement est pour les IFSI/IFAS du secteur public un partenaire de référence. C'est d'abord une tutelle administrative qui doit se positionner favorablement dans le projet de FC pour qu'il puisse voir le jour ; c'est aussi l'établissement de santé de proximité. Le déploiement de programmes DPC du personnel hospitalier est une opportunité pour l'IFSI. Le CGS d'un CH l'affirme : *« avec le DPC, nous avons mis en place un réel travail de partenariat avec l'IFSI : nous associons un expert clinique issu du terrain avec un formateur de l'IFSI qui assure une animation pédagogique »*. Le DSIF ne doit pas être attentiste ; il doit être force de proposition pour répondre au mieux aux besoins de FC en lien avec le projet d'établissement, le projet médical et le projet de soins. Les partenariats entre la direction de l'IFSI, la direction des soins, la direction des ressources humaines et la cellule de formation continue de l'établissement support sont incontournables pour identifier comment l'IFSI et l'IFAS peuvent contribuer à la mise en œuvre opérationnelle du plan de formation.

Les établissements de santé du territoire sont aussi des terrains de stage pour les étudiants en formation initiale. Il s'agit d'organismes de santé publics, privés, privés à but non lucratifs, d'ESPIC¹¹⁰ et d'établissements médico-sociaux. Un DSIF précise : *« on se connaît bien avec les établissements du notre territoire parce que l'on met nos étudiants en stage dans ces structures là. On connaît bien les équipes, les locaux, les problématiques puisque nos formateurs vont en encadrement dans ces services. On est plus pertinent quand on propose un projet de formation continue par*

¹⁰⁹ Guide ANACT, *Anticiper les mutations : accompagner les entreprises dans le développement des compétences. Guide pratique pour les porteurs de projet*, p.5

¹¹⁰ Etablissements de Santé Privés d'Intérêt Collectif.

ce que l'on connaît l'établissement de l'intérieur ». Grâce aux liens tissés entre les tuteurs, les maîtres de stage et les formateurs référents de stage, des réseaux se construisent. Cela influence favorablement le choix du responsable de la structure lorsqu'il fait le choix d'un prestataire après avoir fait un appel d'offre.

La formation continue proposée par un IFSI/IFAS va concerner également l'ensemble **des professionnels qui interviennent à domicile**. Ce sont les intervenants libéraux (médecins, IDE, kinésithérapeutes) ou les personnes qui ont un métier en lien avec les services à la personne (accompagnateur à la mobilité, aide médico-psychologique, auxiliaire de vie sociale¹¹¹). Pour développer son activité de FC auprès de ce public, plusieurs actions sont possibles : rencontrer les responsables de réseaux de soins (réseau douleur, soins palliatifs, oncologie), rencontrer des représentants d'OPCA des professions libérales (OPCA-PL), participer aux conférences de territoires pour connaître les spécificités des politiques de santé locales et donc les besoins en compétences.

Les partenariats avec les tutelles sont, quant à elles, encadrées par la réglementation. Avec le **Conseil Régional**, principal financeur de l'établissement de formation, *« il est nécessaire d'entrer dans une véritable logique économique avec une analyse des besoins, un argumentaire basé sur des caractéristiques et des performances adaptées aux exigences, une négociation sur le partage des responsabilités et une réflexion stratégique sur la pédagogie à adopter. ¹¹²»*. Lors de la transmission du bilan financier dans lequel apparaît l'activité de FC, la transparence est une exigence pour laquelle le DSIF a un devoir de responsabilité. Une marge de négociation est toutefois possible pour éviter que la Région ne diminue sa contribution financière dans le cas où de la FC serait assurée avec des ressources allouées pour la formation initiale. Il est alors primordial pour le DSIF de démontrer que cette « activité annexe » apporte une plus value à la formation initiale. De manière temporaire, le DSIF d'un institut qui a déménagé dans un nouveau bâtiment, a utilisé ses formateurs pour débiter un programme de formation continue. La Région a accepté de ne pas diminuer la subvention annuelle à condition que les recettes générées soient intégralement consacrées à l'achat de matériel. Dans ce cas, nous précisons ce DSIF *« cela arrangeait tout le monde »*.

¹¹¹ Guide des métiers et certifications professionnelles des services à la personne. Agence Nationale des services à la personne. Guide Pratique 2012.

¹¹² SALIB Marie Claire, 2008, Le rapport d'activité des instituts de formation : un outil de communication stratégique, mémoire filière Directeur des Soins, EHESP, Rennes, p. 26

En outre, l'arrêté 21 avril 2007¹¹³ prévoit dans son annexe V que **l'Agence Régionale de Santé** exerce un suivi sur le bilan pédagogique de l'institut y compris pour l'activité de formation continue. Ce suivi est assuré lors de la présentation du rapport d'activité au conseil pédagogique de l'IFSI et au conseil technique de l'IFAS.

D'après la présidente de l'ANDEP¹¹⁴, la meilleure stratégie à adopter pour le DSIF est de favoriser la **mutualisation des moyens avec d'autres écoles ou organismes de formation**. Nous en avons été le témoin lors du déploiement d'un programme de FC pour dix écoles paramédicales d'un CHU qui se regroupent au sein d'un « pôle régional des formations sanitaires et sociales ». Mais d'autres partenariats sont aussi possibles avec des structures publiques ou privées (GRETA, organismes de formation de la Croix Rouge, organismes de formation d'établissements de lutte contre le cancer). Ainsi, dans un CHU, un Groupement d'Intérêt Public (GIP) a été créé en associant les cellules de formation de l'hôpital, du centre de lutte contre le cancer de la ville et une association spécialisée dans la formation en e-learning. Les formateurs de l'IFSI interviennent dans ce GIP. Ils élaborent des programmes destinés aux salariés des deux établissements de santé mais aussi de tous les établissements qui ont adhéré à ce groupement pour bénéficier de tarifs préférentiels. Des **partenariats avec l'université** sont également souhaitables. Dans l'ingénierie des sessions, si un universitaire participe à « un comité scientifique pédagogique » qui analyse les programmes et valide les contenus, cela apporte une plus value et une crédibilité supplémentaire aux yeux des clients potentiels. Le DSIF a tissé des liens avec les universités qui participent à la validation des unités d'enseignement dites « contributives » de la formation initiale infirmière, à lui d'utiliser ces réseaux pour la FC.

3.2.5 Élaborer un plan de communication efficace

Le plan de communication est une mise à plat des actions orchestrées par le DSIF avec des objectifs précis : mettre en valeur le savoir faire de l'institut, fidéliser les établissements avec lesquels l'IFSI a déjà réalisé des actions de formation, trouver de nouveaux clients et surtout être distingué parmi la concurrence.

Au moment de la conception et du lancement du projet, la communication permet de favoriser l'adhésion des partenaires et des financeurs. En échangeant directement avec les différents acteurs qui sont partie prenante dans le projet, le DSIF détermine les attentes de ses interlocuteurs mais aussi les réticences qu'ils risquent d'avoir. Il

¹¹³ Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux.

¹¹⁴ GIRARD F., Août 2014, Partage d'expériences sur la formation paramédicale, Cours EHESP, Filière Directeur des Soins.

est plus facile, dans ces conditions, de trouver les bons arguments pour y répondre. Aller présenter soi-même le projet, nous affirme un Directeur des Soins, « *c'est a priori le meilleur gage d'acceptation des éléments proposés* ».

Un DS le souligne, « *il existe une forte connotation commerciale sur l'activité de formation continue* ». Le positionnement est essentiel à la reconnaissance et à l'évolution de la structure de formation. Il faut en quelques sortes « savoir se vendre » en s'appuyant sur des opérations marketing.

La communication externe permet de se faire connaître et d'attirer de nouveaux clients. La palette d'outils et de pratiques est large : élaboration de plaquettes d'information, création d'un portail internet pour toucher un public plus important, organisation de journées portes ouvertes, participation à des forums pour l'emploi ou à des congrès professionnels. Les DSIF que nous avons rencontrés, insistent cependant sur un point à ne pas négliger : le réseau de stage reste le principal canal de communication pour toucher les établissements du territoire. Pour les responsables des structures de soins, les arguments qui orientent le choix d'un organisme de formation par rapport à un autre sont variés. Pour certaines personnes, ce sont les compétences des formateurs (titres, diplômes, publications), le degré de satisfaction des stagiaires, la possibilité de bénéficier de méthodes pédagogiques innovantes (simulation en santé en particulier) ou l'opportunité de valider une formation dans le cadre d'un programme DPC. Pour d'autres, les éléments prioritaires seront le coût, la proximité, la possibilité de réaliser la formation in situ au sein de l'établissement ou encore, la capacité à proposer des formations modulables en fonction du cahier des charges. En étant attentif aux demandes de ses clients, le DSIF déterminera les messages prioritaires à délivrer. « *Pouvoir afficher que l'on est certifié ISO 9001* » insiste François Giraud-Rochon¹¹⁵ « *est un plus pour le centre de formation. Cela améliore la compétitivité de l'établissement en montrant que l'on est performant dans sa politique qualité* ».

La communication interne est un axe à ne pas négliger car elle permet de valoriser les actions réalisées, ainsi que tous ceux qui y ont contribué. En s'appuyant sur le rapport d'activité et le bilan financier, le DSIF apporte un éclairage tangible sur l'intérêt de la politique mise en place. Pour l'IFSI/IFAS et plus largement pour l'hôpital de rattachement, cela contribue au rayonnement institutionnel au niveau du territoire. Les formateurs diversifient quant à eux leurs activités pédagogiques et approchent d'autres publics. Un responsable d'institut rapporte : « *ils perçoivent davantage les réalités de terrain et modifient leur manière de faire en formation initiale. La formation*

¹¹⁵ GIRAUD-ROCHON F, avril 2014, *Diriger un institut de formation. La certification, l'accréditation, Cours EHESP, filière Directeur des Soins.*

continue a aussi un impact sur le regard que portent les étudiants sur les cadres de l'IFSI. Ils y gagnent en crédibilité ». L'aspect financier intéresse tout particulièrement le DS. Grâce à ces prestations, il dégagera une marge budgétaire pour investir dans du matériel pédagogique ou pour proposer des actions de formation à l'attention des cadres. Tous ces éléments ont un impact sur la satisfaction des personnels ; ils favorisent l'implication des acteurs dans le projet et sont source de motivation au travail.

3.2.6 Adapter l'offre de formation continue aux besoins du marché

Dans un environnement très mouvant dans lequel la concurrence est importante, ANTICIPATION, ADAPTABILITE et INNOVATION pourraient être les maîtres mots de la stratégie d'un DSIF qui souhaite proposer un programme de formation continue.

Pour anticiper les besoins de formation des établissements de son territoire, le DSIF doit **assurer une veille réglementaire**. Tous les textes officiels qui ont un impact sur les métiers de la santé sont à connaître car ils permettent d'entrevoir les orientations futures des FC des soignants. L'instruction DGOS¹¹⁶ parue en juillet dernier, précise par exemple, les priorités de formation des agents de la fonction publique hospitalière pour l'année 2015. Le projet de loi de Santé, adopté en conseil des Ministres le 15 octobre 2014, fournit également quelques indications sur les thèmes de formation qui seront valorisés dans les mois à venir¹¹⁷.

Le rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire¹¹⁸ laisse présager une évolution des métiers existants (avec un essor important des professions de service à la personne) voir même la création de nouveaux métiers en santé (gestionnaires de lits, infirmiers coordonateurs de parcours, infirmiers en pratique avancée). Ces transformations devront être accompagnées par des sessions de formation continue que le DSIF peut déjà prévoir pour répondre aux futurs besoins.

Anticiper consiste aussi à répondre au plus tôt aux demandes formulées par les clients potentiels. **Une veille des appels d'offres est recommandée**. En consultant les sites internet des différents établissements de santé, les revues professionnelles ou les sites officiels des tutelles, l'IFSI/IFAS est plus réactif.

¹¹⁶ Intruction DGOS/RH/2014/238 du 28 juillet 2014 relative aux orientations en matière de développement des compétences des personnels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°89-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

¹¹⁷ L'éducation thérapeutique des patients restera une thématique très demandée car le titre 1 de la loi est intitulée "renforcer la prévention et la promotion de la santé". Une formation pour les aidants familiaux des patients faisant l'objet de soins psychiatriques répondrait aux nouvelles prérogatives qui seront imposées aux ARS dans l'article 13 : "l'ARS veille à la qualité et à la coordination des actions d'accompagnement des familles et des aidants des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques".

¹¹⁸ HENART L., BERLAND Y., CADET D, janvier 2011, *Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire. Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer*, 57p.

Anticiper, c'est enfin mettre en œuvre **une politique de gestion prévisionnelle des compétences** au sein de l'institut. En fonction des orientations du catalogue de FC, le DISF adapte le plan de formation des cadres de santé de son école pour répondre à des besoins en compétences spécifiques. La politique de recrutement des nouveaux cadres sera également impactée par ces choix.

Le principe d'ADAPTABILITE consiste à créer, en premier lieu, un organisme de formation dont le statut administratif prend en compte les contraintes de l'hôpital de rattachement et les souhaits du Directeur Général de cet établissement (unité fonctionnelle isolée, partage d'activité avec la cellule de formation continue, etc.).

S'adapter, c'est aussi se donner la possibilité d'avoir des marges de manœuvre pour moduler les séquences de formation en fonction du cahier de charges des commanditaires. Cela sous entend de la flexibilité sur les coûts, la durée des sessions, les méthodes pédagogiques, voir le lieu de réalisation (les formations sur site sont souvent une plus value).

L'INNOVATION permet de se différencier par rapport à ses principaux concurrents. Plusieurs démarches sont envisageables à chaque étape du projet :

- entrer dans une démarche qualité et l'afficher grâce à une certification de type ISO 9001 par exemple ;
- recourir à des méthodes de « marketing » originales pour promouvoir le catalogue de formation ;
- diversifier les modalités pédagogiques des FC en s'appuyant sur les nouvelles technologies (simulation en santé, e-learning, serious games) ;
- diversifier les thèmes proposés (une tendance forte pour l'avenir des formations paramédicales précise l'ANDEP¹¹⁹ est l'émergence de la compétence de recherche) ;
- renforcer les liens avec les instituts de formation des carrières médico-sociales ;
- proposer des sessions pluri-professionnelles et pluri-disciplinaires ;
- initier des partenariats avec les collectivités locales et le pôle emploi afin de faciliter l'accès à la formation et à la qualification. En effet, « *une proportion non négligeable des demandeurs d'emploi positionnés sur les métiers du sanitaire et du social n'a pas de qualification*¹²⁰ ». Les sessions de préparation aux concours IDE et AS sont à construire en prenant en compte les parcours individuels.

¹¹⁹ ANDEP, 2012, Avenirs pour la formation paramédicale en France. Repères pour anticiper les évolutions des structures de formation paramédicales en France à l'horizon 2020, 102 p.

¹²⁰ Schéma régional des formations sanitaires et sociales 2012-2016. Région Midi Pyrénées. p.55.

- mutualiser les moyens en regroupant le savoir faire de plusieurs instituts quand la taille de l'établissement le permet. L'apparition d' « instituts régionaux des métiers de la santé » ou de « pôles de formation » ouvre de nouvelles perspectives avec des ambitions plus larges au niveau national voir international.

Conclusion

Dans le secteur de la santé, les connaissances et les techniques médicales ne sont pas stabilisées. « *Les évolutions de l'offre en santé* », précise le rapport de Chantal de Singly¹²¹ « *entraînent des évolutions importantes des pratiques professionnelles des soins et d'accompagnement. Elles font émerger de nouveaux besoins qui interrogent le périmètre des métiers et des missions existantes* ». Dans ces circonstances, la formation continue des soignants demeure indispensable pour assurer la qualité et la sécurité des soins.

Alors que l'hôpital connaît de profondes mutations, les pouvoirs publics ont porté une attention toute particulière aux dispositifs de formation des paramédicaux avec un cadre réglementaire solide et bien formalisé. Les deux axes forts de cette politique sont d'une part, la réingénierie des formations initiales paramédicales et, d'autre part, la mise en œuvre du Développement Professionnel Continu.

Trois ans après la publication du décret sur le DPC des paramédicaux, il nous a semblé intéressant d'apprécier comment les IFSI et les IFAS s'approprièrent et faisaient vivre leur mission de FC. Notre étude ne s'est réalisée que sur un nombre limité d'établissements et n'a pas la prétention de donner une représentation exhaustive de la situation tant les spécificités locales sont nombreuses. Les entretiens réalisés dans quatre régions auprès des principaux acteurs concernés ont mis en exergue les points suivants :

- La FC constitue, pour l'ensemble des personnes que nous avons interrogées, un outil essentiel pour accompagner les professionnels tout au long de leur carrière. L'enjeu de la formation est de répondre aux besoins en compétences des salariés. Cette démarche s'inscrit logiquement dans la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences des établissements sanitaires et médico-sociaux.
- Même si elle fait partie intégrante des missions des IFSI/IFAS, la FC n'est pourtant proposée que dans quelques centres de formation. Seule la Validation des Acquis et de l'Expérience pour l'obtention du diplôme d'État d'aide soignant est largement présente dans les IFAS.
- Il apparaît incontestable que la réingénierie de la formation initiale infirmière de 2009 a modifié le fonctionnement interne des instituts. Les modalités pédagogiques utilisées (analyse de situations professionnelles ou de pratiques) inscrivent l'apprentissage dans une logique de professionnalisation.

¹²¹ Rapport DE SINGLY C. *Pour une politique régionale de développement des métiers et des compétences en santé*. Juillet 2014. p.15.

- Pour le DSIF, les enjeux de la mise en œuvre d'un programme de FC sont managériaux (dans la conduite de projet), financiers (dans la nécessité d'obtenir un équilibre budgétaire), stratégiques (dans les relations avec les tutelles ou la capacité à proposer des formations interdisciplinaires et inter-filières) voir politiques (dans le sens où la FC a un impact sur le rayonnement de l'institut de formation au sein d'une ville, d'un département ou d'une région).
- Le Directeur des Soins a un rôle déterminant à jouer dans la mise en œuvre et la pérennisation du projet. Pour parvenir à ses fins, il doit miser sur la concertation, le partenariat, la réactivité et l'inventivité.

La possibilité ou non de diversifier l'offre de formation dans les IFSI/IFAS est fortement influencée par les contraintes administratives et réglementaires. Aujourd'hui, de nombreuses incertitudes subsistent en ce qui concerne le devenir des formations paramédicales. L'intégration des formations infirmières dans le dispositif LMD a induit une complexité dans la gouvernance du dispositif de formation, avec une multiplicité d'acteurs qui interviennent à des degrés différents. Des pistes de simplification sont possibles même si des conflits d'intérêts persistent. Plusieurs scénarii sont aujourd'hui envisageables.

Pour la **Fédération Hospitalière de France** (FHF), le rôle des établissements de santé doit être renforcé dans la définition des besoins et des contenus de formation au regard du caractère unique de leur expertise métier¹²². Elle propose la création **d'instituts de formation territoriaux** (régionaux ou infrarégionaux) qui regrouperaient toutes les écoles et instituts au sein d'un pôle unique avec un projet pédagogique commun et éventuellement une direction commune. L'objectif est de former ensemble des professionnels amenés à travailler ensemble. La gouvernance des écoles évoluerait avec la création de GCS¹²³ de moyens, ce qui faciliterait la mutualisation et le partage des ressources. Les enjeux de cette organisation, précise la FHF, sont, entre autres, de « *maintenir un lien étroit entre la formation initiale et la formation continue* », et de « *permettre la mise en place de nouvelles formations liées à l'évolution des métiers* ». Cette logique de regroupement est déjà à l'œuvre surtout dans les gros établissements comme les CHU.

Depuis que les IFSI sont entrés dans le processus LMD, les universités ont, à juste titre, un droit de regard sur l'ingénierie de formation initiale (en particulier pour les

¹²² FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE, Positionnement de la FHF vis à vis des écoles de formation paramédicale, 2013, Groupe de travail coordonné par Richard Barthès et Nadine Barbier, [visité le 21.10.2014], Disponible sur Internet : <http://www.cceiade.fr/wp-content/uploads/nite-fhf-juillet2013.pdf>

¹²³ Groupements de Coopération Sanitaire.

unités d'enseignements dites contributives). Le projet de loi relatif à la Santé¹²⁴ va élargir davantage ses prérogatives. Pour exercer en pratique avancée, « *les professionnels devront obtenir un diplôme délivré par l'université habilité à cette fin* »¹²⁵. En outre, les universités contribueront par leur compétence scientifique à la dimension pédagogique du DPC des paramédicaux. Nous observons donc une intervention grandissante des facultés sur tous les champs de formation des soignants tant et si bien que certaines universités ont créé des « **Départements Universitaires en Sciences Infirmières** ». Ils pourraient préfigurer l'assimilation complète de la formation dans une Unité de Formation et de Recherche (UFR).

A l'aube du troisième acte dans la réforme des politiques de décentralisation, les Régions revendiquent, elles aussi, un renforcement de leurs compétences avec l'ouverture **d'Instituts Régionaux de Santé**. L'Association des Régions de France souhaite que la responsabilité de la Région soit étendue en lui laissant « *le soin d'organiser sur son territoire l'ensemble de l'offre de formation et sa répartition géographique, de déterminer les objectifs concernés, d'en assurer la qualité et donc le contrôle organisationnel et financier* »¹²⁶.

Le rapport de Singly¹²⁷ de juillet 2014 fait également des propositions sur le **renforcement du rôle de l'ARS dans les dispositifs de formation**. Elles devraient bénéficier d'un renforcement du pilotage stratégique de la GPMC des professions des secteurs sanitaires. Cela signifie un champ d'intervention plus large sur la définition des priorités de formation continue voir un droit de regard sur les formations initiales afin de vérifier que les futurs professionnels auront des compétences adaptées pour servir les objectifs spécifiques du Projet Régional de Santé.

Le CEFIEC propose un modèle de « **Haute École** » sur le modèle des Hautes Ecoles de Santé suisses. L'ANDEP préconise¹²⁸, quant à elle, la Création **d'Instituts d'études de Santé (IES)** autonomes mais à rattachement universitaire, à mi chemin entre les hautes écoles et l'université.

¹²⁴ Le projet de loi relatif à la Santé a été présenté et adopté en conseil des Ministres le 15 octobre 2014 et sera présenté au parlement début 2015.

¹²⁵ Projet de loi relatif à la Santé. Article 30.

¹²⁶ WATREMETS L., 2014, *Les régions favorables à un nouvel acte de décentralisation pour les formations sanitaires*, [visité le 11.10.2014], Disponible sur Internet : www.hospimedia.fr

¹²⁷ DE SINGLY C, juillet 2014, Pour une politique régionale de développement des métiers et des compétences en santé, rapport remis à Madame la Ministre des Affaires sociales et de la Santé.

¹²⁸ ANDEP, 2012, Avenirs pour la formation paramédicale en France. Repères pour anticiper les évolutions des structures de formation paramédicales en France à l'horizon 2020, p.97.

Dans cette complexité, quelque soit l'orientation qui sera prise, et au-delà de la seule formation continue, nous sommes amené à nous demander comment le Directeur des Soins pourra inscrire son action dans l'organisation et le pilotage de la formation professionnelle paramédicale à venir.

Lors de l'un de nos stages, une coordinatrice pédagogique régionale nous a indiqué que « *de toutes façons, les choses ne pouvaient pas rester en l'état* ». Aujourd'hui, la présence d'un Directeur des Soins dans tous les instituts est discutée par les Régions¹²⁹. En réalité, comme nous l'a montré notre étude, le DSIF occupe de plus en plus une fonction de coordonnateur. Michèle Lenoir Salfati, Adjointe au sous directeur des ressources humaines à la DGOS, avance l'idée que cette évolution du métier de Directeur des Soins est une opportunité pour « *réfléchir à la construction d'instituts avec plusieurs types de formations ; pour réfléchir au développement d'échanges et de mutualisations entre toutes ces structures* ¹³⁰ ». Dans cette nouvelle fonction de coordonnateur, le DS devra, selon nous, avoir une vision globale et systémique de l'ensemble des dispositifs (formations préparatoires, formations initiales pour accéder à un métier socle puis formations continues). Comme le soulignent Marie-Aline Bloch et Léonie Hénaut, « *la coordination est moins un nouveau territoire professionnel à conquérir, qu'une force à l'origine de la transformation des professions et des relations entre professions* ¹³¹ ». Ce constat est l'un des principaux enseignements de ce travail. Il nous permet de nous préparer à l'exercice de nos futures fonctions de Directeur d'institut.

¹²⁹ Lors des 16èmes journées de l'ANDEP en 2013, les Régions ont demandé à ce qu'il y ait un assouplissement des exigences en matière de qualification des Directeurs.

¹³⁰ Ibid.

¹³¹ BLOCH M.A. HENAUT L. Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social. Paris, Edition DUNOD 2014. p.268

Bibliographie

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal officiel de la République Française, n° 0167 du 22 juillet 2009.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ. Décret N° 2014-7 du 7 janvier 2014 modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeurs des soins de la fonction publique hospitalière. Journal officiel de la République Française, n° 007 du avril du 9 janvier 2014.

MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ. Décret n°2011-2114 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des professionnels de santé paramédicaux. Journal officiel de la République Française, n°001 du 1^{er} janvier 2012.

MINISTERE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE. Décret n°2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DU DROIT DES FEMMES. Arrêté du 26 septembre 2014 modifiant l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ. Arrêté du 26 février 2013 fixant la liste des orientations nationales du développement professionnel continu des professionnels de santé. Journal officiel de la République Française, n°0052 du 2 mars 2013.

MINISTERE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS. Circulaire DHOS/RH2/RH4 n° 2009-173 du 22 juin 2009 relative à l'application du décret n°2008-824 du 21 août 2008.

MINISTERE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS. Circulaire DGOH/RH4/2013/295 du 19 juillet 2013 sur les orientations en matière de développement des compétences des personnels de la fonction publique hospitalière.

OUVRAGES

BERNOUX P., 2004, *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations*, Paris : Editions du Seuil, 366 p.

BESNARD P., LIERTARD B., 2001, *La formation continue*, Paris : PUF, 6^{ème} édition, 125p.

BLOCH MA., HENAUT L., 2014, *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Paris : Dunod Editions, 315 p.

CARRE P., 2005, *L'apprenance vers un nouveau rapport au savoir*, Paris : Dunod, 194 p.

COUDRAY M. A., GAY C., 2009, *Le défi des compétences : comprendre et mettre en œuvre la réforme des études infirmières*, Issy-les-Molineaux : Elsevier Masson, 191p.

GODET M., 1997, *Manuel de prospective stratégique : une discipline intellectuelle*, Tome 1, Paris : Dunod, Collection progrès du management, 260 p.

MAUBANT P., 2004, *Pédagogues et pédagogies en formation d'adultes*, Paris : Presses Universitaires de France, Collection Education et Formation, 268 p.

RAPPORTS

ASSOCIATION NATIONALE DES DIRECTEURS D'ECOLES PARAMEDICALES, 2012, *Avenirs pour la formation paramédicale en France Repères pour anticiper l'évolution des structures de formation paramédicale en France à l'horizon 2020*, INTERFACE Conseil, Etudes & formation, 102 p.

BERLAND Yvon, Octobre 2003, *Coopération des professionnels de santé : le transfert des tâches et de compétences, rapport d'étape*, [visité le 21.05.2014], Disponible sur Internet : www.la-fps.fr/transfert_competence_BERLAND2003_fps.pdf

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES (DREES), Mai 2011, *La démographie des infirmiers à l'horizon de 2030*, [visité le 21.05.2014], Disponible Internet : www.drees.sante.gouv.fr/la-demographie-des-infirmiers-a-l-horizon-2030,8654.html

CENTRE D'ANALYSE STRATEGIQUE, Décembre 2011, Note d'analyse n°254, *Opportunités pour l'offre de soins de demain. Les coopérations entre professionnels de santé*, [visité le 22.05.2014], Disponible sur Internet : <http://www.strategie.gouv.fr/content/les-cooperations-entre-professionnels-de-sante-note-danalyse-254-decembre-2011>

DE SINGLY Chantal, Juillet 2014, *Pour une politique régionale de développement des métiers et des compétences en santé*, [visité le 23.05.2014], Disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/chantal-de-singly-a-remis-son-rapport-a-marisol-touraine-pour-une-politique-regionale-de-developpement-de-metiers-et-des-competences-en-sante.htm>

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES (DREES), Février 2009, *La démographie médicale à l'horizon de 2030.*, [visité le 12.06.2014], Disponible sur Internet : <http://www.drees.sante.gouv.fr/la-demographie-medicale-a-l-horizon-2030-de-nouvelles-projections-nationales-et-regionales,4230.html>

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES, Novembre 2010, *La profession infirmière : situation démographique et trajectoires professionnelles*, [visité le 21.05.2014], Disponible sur Internet : <http://www.drees.sante.gouv.fr/la-profession-infirmiere-situation-demographique-et-trajectoires-professionnelles,7334.html>

FEDERATION DE L'HOSPITALISATION PRIVEE, 2010, *Le financement des instituts de formation en soins infirmiers. Synthèse documentaire*, Direction des Ressources Documentaires, 19 p.

FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE, Octobre 2013, *Positionnement de la FHF vis-à-vis des écoles de formation paramédicale*, 2013. Groupe de travail coordonné par Richard Barthes et Nadine Barbier. FHF, [visité le 12.09.2014], Disponible sur Internet : <http://www.ceeiade.fr/wp-content/uploads/note-fhf-juillet2013.pdf>.

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, Janvier 2012, *Etat 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 la prévention des risques associés aux soins*, [visité le 20.09.2014], Disponible sur Internet : <http://has-sante.fr>

HENART L., BERLAND Y., CADET D, janvier 2011, *Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire. Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer*, [visité le 21.05.2014], Disponible sur Internet : <http://sante.gouv.fr>

INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES, INSPECTION GENERALE DE L'ADMINISTRATION DE L'EDUCATION NATIONALE ET DE LA RECHERCHE, Juillet 2013, *Les formations paramédicales : Bilan et poursuite du processus d'intégration dans le dispositif LMD, établi par Vincent Marsala, Patrick Allal et Isabelle Roussel*, [visité le 23.09.2014], Disponible sur Internet : www.igas.gouv.fr

INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES, Avril 2014, *Contrôle de l'Organisme gestionnaire du développement professionnel continu et évaluation du développement professionnel continu des professionnels de santé. Etabli par Bertrand Deumie, Philippe George, Jean-Philippe Natali*, [visité le 24.07.2014], Disponible sur Internet : www.igas.gouv.fr

LARCHER G., Avril 2008, *Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital*, [visité le 21.05.2014], disponible sur Internet : www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_Larcher_definitif.pdf

INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES, Octobre 2008, *Evaluation de l'impact du dispositif LMD sur les formations et le statut des professions paramédicales*, [visité le 5.09.2014], Disponible sur Internet : www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/084000641/index.shtml

OBSERVATOIRE NATIONAL DE L'EMPLOI ET DES METIERS DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE, Avril 2000, *Etude prospective des métiers de la Fonction Publique Hospitalière*, [visité le 21.05.2014], Disponible sur Internet : www.sante.gouv.fr/etude-prospective-des-metiers-sensibles-de-la-fonction-publique-hospitaliere.html

ARTICLES DE PERIODIQUE

ABITZMIL C., Février 2012, *Livret individualisé de suivi des compétences des étudiants*, Objectif Soins, n°203, pp. 27-29.

BARREAU P., Août 2011, *L'hôpital est-il une organisation apprenante ?* Soins Cadres, n°79, pp. 29-30.

BORREL M., Novembre 2011, *Le serious game, un outil au service de la formation en soins infirmiers*, Soins Cadres, Supplément au n° 80, pp. 18-19.

BUBIEN Y., BOURREL P., Août 2014, *Hôpital-école, une alliance entre instituts de formation et unités de soins*, Soins Cadres, n°91, pp. 21-24.

BUHR J. P., Juin 2009, *La formation continue dans le parcours professionnel*, Oxymag, n°106, pp 26-28.

CHARTIER E., COUDRAY M. A., KOZLOWSKI J., Mai 2009, *Le référentiel de formation infirmière, une évolution nécessaire*, Soins Cadres, supplément au n°70, pp. 1-26.

CATEAU C., Février 2002, *Organisation du travail : à propos des compétences collectives*, Soins Cadres, n°41, pp. 36-37.

COUDRAY M. A., Mars 2009, *La formation infirmière rénovée, une ouverture et des opportunités*, Soins Cadres, supplément au n°68, pp. 3-5.

COUDRAY M. A., Mars-Avril 2010, *Formation des paramédicaux, la refondation*, Revue Hospitalière de France, n° 553, pp.74-79.

DEBOUT M., GIRAUD M., LE BŒUF D., Mai 2010, *La réforme des études en soins infirmiers : changements et conséquences de l'universitarisation*, Revue Pluriels, n°82, pp.1-12.

DUJARDIN P. P., Août 2011, *Conduite de changement pour préparer l'avenir*, Soins Cadres, n° 79, pp. 38-40.

ETOURNEAU C., Novembre 2012, *La réforme de la formation des professions de santé réinterroge ces métiers*, Soins Cadres, supplément au n°76, p.3.

GAILLARD N., KOSLOWSKI J., Novembre 2012, *Vers un partenariat formalisé et efficient autour du tutorat de l'étudiant infirmier en stage*, Soins Cadres, supplément au n°76, pp.10-13.

GRUET-MASSON J, Août 2009, *Le développement des compétences infirmières pour assurer la continuité des soins*, Soins Cadres, n°71, pp.37-41.

HESBEEN W., Septembre 2011, *Compétence soignante formation initiale et évaluation*, Perspective soignante, n°41, pp. 36-51.

JUBIN P., BIEBER D., Avril 2012, *Le tutorat*. Revue INFO CEFIEC, n°25, pp. 12-38.

KOSLOWSKI J., Décembre 2008, *Un référentiel de formation infirmière pour une formation à réinventer*, Soins Cadres, supplément au n°68, pp. 6-8.

KOSLOWSKI J., Mai 2010, *Mise en œuvre du référentiel de formation infirmière et perspectives*, Soins Cadres, n°74, pp. 60-61.

LAOT-CABON S., Décembre 2011, *Infirmières libérales, se former et s'informer tout au long de la vie*, Revue Soins, n°761, pp.26-29.

LE BOTERF G., Février 2002, *De quel concept de compétence avons-nous besoin ?* Soins Cadres, n°41, pp. 20-23.

LE BOTERF G., Décembre 2005, *Gestion des compétences : définition, nécessité, faisabilité*, Gestions hospitalières, n°451, pp. 772-776.

MARGA P., Décembre 2008, *Compétences et évaluation*, Soins Cadres, Décembre 2008, supplément au n°68, pp. 13-14.

MONGUILLON D., Mai 2013, *Enquête nationale sur l'application de la réforme du diplôme d'Etat d'infirmier*, La revue de l'infirmière, n° 191, pp 116-17.

MORSAIN M.A., Mai 2003, *Le management stratégique*, Soins cadres, Mai 2003, n°46, pp 40-43.

PARRA B., Avril 2002, *Autonomie de pensée et développement de compétences*, Objectif soins, n°105, pp.13-16.

PRIEU M., Septembre 2011, *L'analyse des pratiques de soins au service de la formation*, Soins Cadres, supplément au n° 80, pp. 20-22.

PROUST-MONSAINGEON D., Décembre 2008, *Quel accompagnement au changement de pédagogie pour les équipes des IFSI ?*, Soins Cadre, supplément au n°68, pp. 15-20.

SEBANNE D., GAGNAYRE R., Mars 2004, *Des formateurs stratèges*, Objectif soins, n°124, pp16-19.

SEBANNE D., GAGNAYRE R., Septembre 2003, *Formation continue : stratégie des formateurs en soins infirmiers*, Gestions hospitalières, n°150, pp 47-49.

SAN JULLIAN M., Avril 2007, *Eloge de la formation continue*, Objectif soins, n°155, pp 18-19.

VIAL M., Mars 2001, *Faut-il un référentiel pour déterminer les missions du formateur des personnels de santé ?* Soins Cadres, n°37, pp. 65-66.

WITORSKI R., Février 2002, *Le développement des compétences individuelles, partagées et collectives*, Soins Cadres, n°41, pp. 38-42.

ZAOUI E., Juin 2008, *La formation, un levier incontournable du changement et du développement des compétences infirmières*, La revue de l'infirmière, n°57, pp 4-7.

MÉMOIRES PROFESSIONNELS

GIRAUD-ROCHON F., 2010, *L'hôpital : une organisation apprenante pour les étudiants infirmiers ?* Mémoire filière Directeur des Soins, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, Rennes, 36 p.

JOBST C., 2008, *Le financement des instituts de formation par la région : quels impacts sur le management stratégique du directeur des soins ?* Mémoire filière Directeur des Soins, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, Rennes, 34 p.

LENOIRE-LABREVOIS L., 2007, *L'individualisation de la formation : un enjeu déterminant pour les Instituts de Formation en Soins Infirmiers*. Mémoire filière Directeur des Soins, Ecole Nationale de la Santé Publique, Rennes, 61 p.

LATROCHE M.F., 2011, *Etudiants, formateurs et professionnels de santé, un partenariat qui demande l'implication de tous*. Master 2 Management des Organisations Soignantes, Ecole Supérieurs Montsouris – Université Paris-Est-Créteil, 47 p.

QUINART Hervé, 2013, *Les mutualisations dans la formation paramédicale : quels enjeux pour le directeur des soins coordonnateur général d'instituts ?* Mémoire filière Directeur des Soins. Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, Rennes, 53 p.

SALIB Marie-Claire. 2008, *Le rapport d'activité des instituts de formation : un outil de communication stratégique*. Mémoire filière Directeur des Soins. Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, Rennes, 37.

SOURCES INTERNET :

AGENCE NATIONALE D'APPUI A LA PERFORMANCE, *Améliorer la gestion des ressources humaines. La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences*, [visité le 21.05.2014], Disponible sur Internet : <http://www.anap.fr/detail-dune-publication-ou-dun-outil/recherche/ameliorer-la-gestion-des-ressources-humaines-la-gestion-previsionnelle-des-emplois-et-des-compe/>

AGENCE NATIONALE POUR L'AMÉLIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL, *Anticiper les mutations : accompagner les entreprises dans le développement des compétences. Guide pratique pour les porteurs de projets*, [visité le 13.09.2014], Disponible sur Internet : <http://www.anact.fr/portal/pls/portal/docs/1/30237.PDF>

AGENCE NATIONALE POUR L'AMELIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL, *Acquérir et transmettre des compétences et si on se formait au travail*, [visité le 13.09.2014], Disponible sur Internet : www.anact.fr/web/publications/NOTINMENU_affichage_document?p_thingIdToShow=4313177

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS, *Atlas régionaux de la démographie médicale à l'échelle des bassins de vie*, Novembre 2011, [visité le 21.05.2014], Disponible sur Internet : <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/atlas-regionaux-de-la-demographie-2011-1129>

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES, mars 2014, *Plan pour les métiers de l'autonomie*, [visité le 23.07.2014], Disponible sur Internet : www.social-sante.fr

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DU DROIT DES FEMMES, *Fiche métier de Directeur(trice) de formation aux métiers des soins*, [visité le 21.05.2014], Disponible sur Internet : <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/pdf/metier.php?idmet=30>

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES, septembre 2013, *Feuille de route de la stratégie nationale de santé*, [visité le 21.05.2014], Disponible sur Internet : www.social-sante.gouv.fr

Liste des annexes

Annexe 1 : panel des personnes interrogées	II
Annexe 2 : grille d'entretien	III

ANNEXE 1

CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION INTERROGEE

Région A			
CH 1	CGS	DSIF	
CH 2	CGS	DSIF	DRH
CH 3	CGS	DSIF	Responsable cellule formation
ANFH			Délégué Régional
Conseil régional			Chef de service direction de la formation professionnelle et de l'apprentissage
Région B			
CHU 4	DSIF	Responsable cellule de formation continue	
Région C			
CHU 5	DSIF		
Région D			
CH 6	DSIF		

CGS : Coordonnateur Général des Soins.

DRH : Directeur des ressources humaines.

DSIF : Directeur des Soins, Directeur de l'Institut de Formation.

 Instituts qui assurent de la formation continue.

ANNEXE II

GRILLE D'ENTRETIEN

<p>1- Présentation de la personne</p>	<p>Pourriez-vous vous présenter et préciser vos missions en lien avec la formation continue ? Lieu d'exercice ? Quelle est votre ancienneté dans le poste ?</p>
<p>2- Etat des lieux</p>	<p>Votre IFSI intervient-il dans le dispositif de formation continue ? Si oui quels sont les thèmes abordés et les modalités d'organisation (durée, formateurs, personnels formés, Plan DPC). Si non quelles sont les raisons principales ?</p> <p>Si votre IFSI s'inscrit dans la démarche DPC, avez-vous demandé l'agrément ODPC spécifiquement pour votre établissement ?</p> <p>Les besoins de formation continue des personnels paramédicaux sur votre territoire sont-ils à l'heure actuelle évalués ? si oui par qui et selon quelles modalités ?</p> <p>Lors de la mise en place d'un programme de formation continue, quels partenariats ont-ils été nécessaires de déployer ?</p> <p>Comment est assuré le financement de ces formations ? Comment sont utilisées les recettes générées ?</p> <p>Réalisez-vous une évaluation des formations proposées ? Si oui selon quelles modalités ?</p> <p>Quelle est votre stratégie pour valoriser les formations proposées sur le territoire et auprès des bénéficiaires potentiels ? (plan de communication, plaquette, réseau par les formateurs).</p>
<p>3- Etude du comportement des acteurs</p>	<p>Dans votre établissement, quelle est la position des formateurs en ce qui concerne cette activité ? Quel rôle l'équipe pédagogique peut-elle avoir ?</p> <p>Quelle est la position sur le sujet de vos correspondants au sein de l'établissement de santé support (DS/DRH/ Cellule de formation/ directeur qualité). Quelle est la position des autres partenaires de l'IFSI ? (conseil régional, ARS, université, établissement où les étudiants effectuent des stages, autres instituts de formation).</p> <p>Avez-vous déjà été sollicité par les établissements sanitaires, ou médico-sociaux de votre territoire pour mettre en œuvre un plan de formation pour leur personnel ?</p>

4- Le DPC en IFSI	<p>Pensez vous nécessaire que les IFSI s'inscrivent dans la démarche de DPC ? Si oui comment ? Sinon pourquoi ?</p>
5- Les méthodes pédagogiques et l'interprofessionnalité	<p>Selon vous quelles méthodes pédagogiques seraient à privilégier pour répondre au mieux aux attentes des professionnels ? (laboratoires de simulation en santé, analyse de pratiques professionnelles, sessions en interprofessionnalité, CREX). Pour quelles raisons ?</p> <p>La formation en interprofessionnalité est valorisée par les politiques nationales (orientation DPC...). Pensez vous que cela soit possible à mettre en œuvre dans votre IFSI ? Si oui selon quelles modalités ? Avec quels professionnels ?</p>
	<p>Avez-vous des éléments supplémentaires à apporter concernant des points qui n'auraient pas été abordés pendant l'entretien ?</p>

CABERO-FLOREAN

Nicolas

Décembre 2014

Filière Directeur des Soins

Promotion 2014

La formation professionnelle continue au sein des Instituts de Formation en Soins Infirmiers : un enjeu stratégique pour le Directeur des Soins

Résumé :

Ces dernières années, sous l'effet de réformes majeures, les écoles et instituts de formation des professionnels paramédicaux ont vécu de profondes mutations. La réingénierie des formations initiales infirmières et la mise en place du Développement Professionnel Continu sont venues en effet modifier la répartition des rôles et des pouvoirs entre tous les acteurs (établissements de santé, Région, Agence Régionale de Santé, Université, Direction Régionale de la Jeunesse des Sports et de la Cohésion Sociale).

Le Directeur des Soins, responsable d'un ou plusieurs instituts de formation, a pour mission d'accompagner les professionnels de santé dans l'acquisition des compétences qui leur sont nécessaires pour répondre aux attentes des usagers et aux critères de qualité imposés par les tutelles.

A partir d'une enquête menée dans six instituts, nous avons souhaité déterminer comment les Directeurs de Soins s'appropriaient et faisaient vivre leur mission de formation continue dans leur(s) établissement(s). A la lumière des éléments recueillis et de notre expérience, ce travail formule quelques préconisations et ouvre des perspectives d'action au regard des évolutions du système de santé français.

Mots clés :

Directeur des Soins - École paramédicale - Établissement enseignement - Territoire de santé - Enquête - Formation Professionnelle - Compétence - Stratégie - Management - Ingénierie formation - Partenariat - Qualité des soins.

L'École des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.