



**EHESP**

---

**Filière Directeurs des soins**

Promotion : 2014

Date du Jury : **Décembre 2014**

---

**Le partenariat entre le directeur des  
soins en institut de formation et le  
directeur des soins en établissement  
de santé : des représentations sociales  
à la co-construction d'un projet de  
formation**

---

**Florence DA ROS**

---

# Remerciements

---

Nous souhaitons adresser nos remerciements

à Madame COSSON, Monsieur VALLEE et Monsieur MAGDELAINÉ pour leurs conseils avisés qui nous ont permis de cheminer dans la réalisation de ce travail,

à Christine ROBIN et Jérôme RUMEAU pour leur accompagnement distancié tout au long de la formation,

à l'ensemble des professionnels, pour l'authenticité et la qualité des informations qu'ils ont accepté de nous communiquer lors des entretiens et qui ont permis de construire notre réflexion,

à Jean-René LEDOYEN, directeur de la filière, pour ses conseils et ses encouragements durant la formation.

Nous adressons des remerciements très particuliers à Thierry, pour son soutien et l'environnement propice à notre formation qu'il a toujours su créer ; à Enzo et Anaël pour leur patience durant ces deux années mises « entre parenthèses » ; ainsi qu'à Claire et André, compagnons de route, pour l'amitié que nous avons construite.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction</b> .....	<b>1</b>
<b>1 ELEMENTS DE REFLEXION</b> .....	<b>5</b>
<b>1.1 Le partenariat, une pratique à construire pour une formation professionnalisante</b> .....	<b>5</b>
1.1.1 De la collaboration au partenariat : des notions à éclairer .....	5
1.1.2 Les différents types de partenariat .....	8
1.1.3 Les trois niveaux du partenariat .....	9
1.1.4 Les enjeux du partenariat.....	10
1.1.5 Les stratégies identitaires.....	10
1.1.6 La relation partenariale.....	11
1.1.7 Le partenariat dans la formation par alternance .....	12
1.1.8 Le partenariat dans la formation infirmière, une coresponsabilité des directeurs des soins .....	13
<b>1.2 Les représentations sociales</b> .....	<b>14</b>
1.2.1 La genèse d'un processus .....	14
1.2.2 D'une définition.....	15
1.2.3 ... à la construction d'une représentation sociale .....	16
1.2.4 Les théories de la représentation sociale .....	17
1.2.5 La dynamique évolutive des représentations sociales .....	20
1.2.6 Les représentations du partenariat dans la formation par alternance .....	22
<b>2 UNE ENQUETE DE TERRAIN POUR COMPRENDRE LE PARTENARIAT</b> .....	<b>25</b>
<b>2.1 Méthodologie de l'étude</b> .....	<b>25</b>
2.1.1 Le choix de la population étudiée .....	26
2.1.2 La pratique d'entretien et d'analyse de documents.....	28
2.1.3 Les limites de la méthode d'enquête .....	28
<b>2.2 Analyse des entretiens et des projets</b> .....	<b>30</b>
2.2.1 Analyse des entretiens .....	30
2.2.2 Analyse des projets.....	30
2.2.3 Analyse comparative des deux méthodes d'investigation.....	30

<b>2.3</b>	<b>Le diagnostic .....</b>	<b>30</b>
2.3.1	Les modalités de mise en œuvre du partenariat entre les deux DS .....	30
2.3.2	Les éléments limitant le partenariat .....	34
2.3.3	Les incidences d'un faible partenariat sur les acteurs de l'alternance .....	35
2.3.4	Les leviers au partenariat.....	36
2.3.5	Les perspectives d'évolution du partenariat entre les deux DS .....	39
2.3.6	Synthèse du diagnostic.....	39
<b>3</b>	<b>PERSPECTIVES ET PRECONISATIONS .....</b>	<b>41</b>
<b>3.1</b>	<b>La confiance, élément moteur du partenariat.....</b>	<b>41</b>
3.1.1	Le rôle de la formation à l'EHESP.....	41
3.1.2	La confiance entre les directeurs des soins, un enjeu stratégique .....	42
3.1.3	Les instances, un rôle déterminant dans la construction de la confiance ....	43
<b>3.2</b>	<b>Un projet de formation co-construit par les deux directeurs des soins .....</b>	<b>44</b>
3.2.1	Un projet négocié autour de valeurs et d'objectifs communs .....	45
3.2.2	Articulation entre projet de soins, projet d'institut et projet pédagogique .....	45
3.2.3	Du diagnostic au pilotage du projet.....	46
3.2.4	La communication autour du projet.....	47
<b>3.3</b>	<b>La formalisation du projet.....</b>	<b>47</b>
3.3.1	Une formation au tutorat co-construite par les acteurs, un préalable indispensable.....	47
3.3.2	L'articulation des parcours de formation et des parcours patients.....	49
3.3.3	L'apprentissage par la simulation.....	52
	<b>Conclusion .....</b>	<b>55</b>
	<b>Bibliographie.....</b>	<b>57</b>
	<b>Liste des annexes.....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

<b>APP</b>	Analyse des Pratiques Professionnelles
<b>CAC</b>	Commission d'Attribution des Crédits
<b>CH</b>	Centre Hospitalier
<b>CHS</b>	Centre Hospitalier Spécialisé
<b>CHU</b>	Centre Hospitalier Universitaire
<b>COFIL</b>	Comité de pilotage
<b>CP</b>	Conseil Pédagogique
<b>CS</b>	Cadre de santé chargé d'unités de soins
<b>CSF</b>	Cadre de santé chargé de formation
<b>CSS</b>	Cadre supérieur de santé
<b>CSIRMT</b>	Commission de Soins Infirmiers, Rééducation et Médico-Techniques
<b>DGOS</b>	Direction Générale de l'Offre de Soins
<b>DPC</b>	Développement Professionnel Continu
<b>DRH</b>	Direction des Ressources Humaines
<b>DS</b>	Directeur des Soins
<b>DSES</b>	Directeur des Soins en Etablissement de Santé
<b>DSIF</b>	Directeur des Soins en Institut de Formation
<b>EHESP</b>	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
<b>ENSP</b>	Ecole Nationale de la Santé Publique
<b>ESI</b>	Etudiant en Soins Infirmiers
<b>ETP</b>	Equivalent Temps Plein
<b>GIP</b>	Groupement d'Intérêt Public
<b>GPMC</b>	Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences
<b>HAS</b>	Haute Autorité de Santé
<b>IFSI</b>	Institut de Formation en Soins Infirmiers
<b>LMD</b>	Licence, Master, Doctorat
<b>PRE</b>	Plan de Retour à l'Equilibre
<b>TFE</b>	Travail de Fin d'Etudes
<b>TP</b>	Travaux Pratiques

## Introduction

Le monde de la santé est aujourd'hui en pleine mutation, marqué par un contexte économique fortement contraint, au sein duquel il est demandé aux différents acteurs de collaborer, pour une plus grande efficacité et performance. Le domaine de la formation n'échappe pas à cette évolution.

Depuis septembre 2009, la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession d'infirmier<sup>1</sup> s'inscrit dans la réforme induite par le principe de Bologne qui vise à harmoniser le système européen de formation et d'évaluation de l'enseignement supérieur par l'introduction d'un système de grades académiques Licence-Master-Doctorat (LMD). A l'issue de leur formation, les étudiants en soins infirmiers acquièrent à la fois un diplôme d'Etat et un grade de Licence. Cette entrée dans le modèle universitaire a entraîné de nombreux changements inscrits dans un référentiel de formation lui-même constitué d'un référentiel d'activités et d'un référentiel de compétences. Ce référentiel de formation qui s'articule autour d'une approche par compétences décline notamment de nouveaux principes pédagogiques fondés sur la réflexivité, les missions des responsables de l'encadrement clinique en stage, ainsi que de nouvelles modalités d'évaluation des étudiants.

La formation, qui s'effectue grâce à un dispositif d'alternance, est réalisée à parité entre des temps de formation théorique et des temps de formation clinique. Dans ce cadre, le rôle de chaque acteur a été défini, faisant émerger la nécessaire collaboration entre les professionnels de terrain et les professionnels des instituts de formation, la finalité de la formation étant clairement énoncée dès les premières lignes du référentiel : « l'étudiant est amené à devenir un praticien autonome, responsable et réflexif »<sup>2</sup>.

Mais qu'en est-il de la collaboration entre les directeurs des soins en établissement de santé (DSES) et les directeurs des soins en institut de formation (DSIF) ? Le décret du 7 janvier 2014 modifiant le décret du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la Fonction Publique Hospitalière ainsi que le référentiel métier des directeurs des soins de mars 2010 font référence à la collaboration entre le DSES et le DSIF dans la formation clinique des étudiants en soins infirmiers. En effet, alors que le DSES « propose la définition d'une politique d'accueil et d'encadrement des étudiants et élèves en stage en collaboration avec les directeurs des instituts et écoles de formations, met en œuvre cette

---

<sup>1</sup> Lire indifféremment infirmier ou infirmière.

<sup>2</sup> MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE, DE LA SOLIDARITE ET DE LA VILLE – MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Annexe III de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, JORF, n° 0181 du 07 août 2009.

politique »<sup>3</sup>, le DSIF est quant à lui responsable « du partenariat avec les établissements pouvant accueillir les stagiaires »<sup>4</sup>.

Cette question de la collaboration est régulièrement interrogée dans les mémoires des élèves directeurs des soins de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) car elle constitue un enjeu majeur dans le processus de professionnalisation<sup>5</sup> des étudiants en soins infirmiers et reste encore aujourd'hui freinée par un certain nombre de paramètres dont nous avons pu prendre la mesure au cours de notre expérience professionnelle de cadre de santé chargé de formation en Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI).

Alors que le statut et la formation communs des directeurs des soins depuis 2002 devraient permettre une meilleure connaissance et compréhension des missions de chacun, nous pouvons malgré tout évoquer des zones d'incompréhension mutuelles entre le DSIF et le DSES construites sur des représentations et un manque de connaissance des organisations, du travail et des responsabilités de chacun d'entre eux. Ceci conduisant le DSIF à estimer que le DSES est principalement centré sur des problématiques organisationnelles alors que ce dernier pense que le DSIF est trop éloigné de la réalité du terrain. Peu d'échanges sont alors observés entre les deux directeurs des soins en dehors de problématiques ponctuelles concernant le cursus de formation des étudiants en soins infirmiers.

De plus, comme l'indique la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) dans son bilan du référentiel de formation datant de mai 2013, il existe « une diminution du nombre de rencontres tuteur-étudiant-enseignant »<sup>6</sup>. Ainsi, les cadres de proximité font remarquer aux cadres formateurs une moindre présence de ceux-ci sur les terrains de stage. De leur côté, les cadres formateurs regrettent une implication limitée des cadres de proximité et des professionnels de terrain au sein de l'institut.

Ceci est sans doute à mettre en lien avec un autre constat qui est l'absence d'articulation entre le projet pédagogique de l'institut et le projet de soins de l'établissement, alors que pour J.R LEDOYEN, directeur de la filière des directeurs de soins de l'EHESP « des liens

---

<sup>3</sup> MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES, MINISTERE DE LA REFORME DE L'ETAT, DE LA DECENTRALISATION ET DE LA FONCTION PUBLIQUE. Décret n° 2014-7 du 7 janvier 2014 modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière, JORF, n° 0007 du 9 janvier 2014.

<sup>4</sup> Référentiel métier de Directeur (trice) des soins en établissement et en institut de formation, DGOS, mars 2010, [visité le 02/04/2013], disponible sur le site internet : [http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Referentiel\\_metier\\_de\\_Directeur\\_des\\_soins.pdf](http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Referentiel_metier_de_Directeur_des_soins.pdf)

<sup>5</sup> La professionnalisation définit les processus et dispositifs visant à garantir, pour les entreprises et les individus, l'élaboration des compétences nécessaires pour faire face à des situations de travail complexes, in CONJARD P., DEVIN B., 2007, *Agir sur la professionnalisation : acquérir et transmettre des compétences*, 1<sup>ère</sup> édition, Paris : Anact, p. 23.

<sup>6</sup> MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, Direction Générale de l'Offre de Soins, Bilan référentiel infirmier mai 2013, impact de la réforme sur les conditions de travail dans les IFSI et les établissements de santé.

très forts doivent être tissés entre les directeurs des soins exerçant dans ces deux types de structures de manière à ce que le projet pédagogique tienne compte du projet de soins de l'établissement »<sup>7</sup>. Cela se traduit par l'absence de travaux et/ou projets communs entre l'IFSI et le Centre Hospitalier (CH), notamment en termes de mise en œuvre de parcours professionnalisants permettant le développement des compétences<sup>8</sup> des étudiants, et en termes d'accompagnement au tutorat des équipes soignantes.

Ainsi, le manque de collaboration entre les deux directeurs des soins, pourtant co-responsables du processus de professionnalisation des étudiants en soins infirmiers, a-t-il une influence sur l'ensemble des acteurs interagissant au sein de cette formation par alternance.

En tant que futur directeur des soins d'un Institut de Formation en Soins Infirmiers adossé à un Centre Hospitalier, la collaboration entre le DSIF et le DSES nous semble être un enjeu majeur dans un processus de rapprochement de deux logiques, une logique de formation et une logique de production, afin de donner davantage de cohérence dans la formation des infirmiers et d'adapter celle-ci aux évolutions pratiques dans la mesure où le véritable exercice s'effectue dans les établissements de santé.

De plus, dans un contexte de changement des politiques de santé et à l'heure où la prise en charge des patients s'oriente vers la structuration de parcours de soins, les deux directeurs des soins doivent collaborer à la mise en œuvre de parcours de stages permettant la professionnalisation des étudiants en soins infirmiers (ESI), au service de la qualité des soins dispensés aux patients.

Enfin, dans un contexte fortement concurrentiel entre les établissements de santé, la collaboration entre le DSIF et le DSES peut représenter un levier d'action afin de rendre l'établissement plus attractif auprès des ESI et fidéliser les jeunes professionnels recrutés dans le but de limiter le turn over infirmier.

Notre réflexion, guidée par les éléments issus du constat, nous amène à développer la problématique suivante :

**« Quels sont les freins et les leviers à la collaboration entre le directeur des soins en institut de formation et le directeur des soins en établissement de santé dans le processus de professionnalisation des étudiants en soins infirmiers ? »**

---

<sup>7</sup> DE MONTALEMBERT L., septembre 2012, « Directeur des soins : un métier en mutation », Objectif soins et management, n° 208, pp. 24-26.

<sup>8</sup> « Avoir des compétences, c'est avoir des ressources (savoir, savoir-faire, aptitudes comportementales, aptitudes physiques, méthodes de raisonnements) pour agir avec compétence, c'est-à-dire être capable d'agir et de réussir dans une situation de travail donnée » in LE BOTERF G., 2013, *Construire les compétences individuelles et collectives*, 6<sup>ème</sup> édition mise à jour et enrichie, Paris : Eyrolles, p.109.



Cette problématique induit un ensemble de questionnements qui serviront d'architecture à notre travail de recherche :

- Que disent les textes qui fixent le cadre de la collaboration entre le directeur des soins en institut de formation et le directeur des soins en établissement de santé ?
- Quelles sont les modalités de mise en œuvre de la collaboration par les deux directeurs des soins ?
- Quels sont les éléments limitant la collaboration entre les deux directeurs des soins ?
- Quelles peuvent être les incidences d'une faible collaboration sur les différents acteurs de l'alternance ?
- Quels peuvent être les leviers à la collaboration entre les deux directeurs des soins ?

Afin de cerner le sujet, la première partie de notre travail apporte un éclairage sur les notions de collaboration et de coopération, avant de se centrer sur les concepts de partenariat et de représentations sociales. La seconde partie présente la méthodologie de l'enquête ainsi que les résultats des entretiens semi-directifs réalisés auprès de professionnels et d'étudiants en soins infirmiers, au sein de deux Centres Hospitaliers situés dans deux régions différentes<sup>9</sup>. Le diagnostic, réalisé à partir de l'analyse des données recueillies auprès des personnes enquêtées, nous permet dans une troisième partie de proposer des préconisations. Ces préconisations portent sur des actions à mettre en œuvre concernant la construction d'une relation de confiance entre les deux directeurs ainsi que sur la mise en œuvre d'un projet de formation co-construit par les deux directeurs des soins, afin d'améliorer leur collaboration.

---

<sup>9</sup> La méthodologie est détaillée dans le chapitre 2.

# 1 ELEMENTS DE REFLEXION

La formation des étudiants en soins infirmiers repose sur le dispositif d'alternance intégrative qui consiste à mettre en relation et en interaction les instituts de formation et les établissements de santé, permettant la professionnalisation des étudiants grâce à l'acquisition de savoirs et de compétences professionnelles. La collaboration entre les différents acteurs impliqués dans le processus d'apprentissage des étudiants est essentielle et interroge le rôle du Directeur des Soins en Institut de Formation et celui du Directeur des Soins en Etablissement de Santé. Pour autant, s'agit-il de collaboration, de coopération ou de partenariat ? Il nous paraît important de revenir sur ces différentes notions afin de mieux cerner le cadre de notre travail.

De plus, l'alternance, qui conjugue une logique de production et une logique de formation, à la fois différentes et complémentaires, nécessite une évolution des représentations entre les acteurs afin de co-construire un système de formation cohérent. C'est pourquoi nous aborderons dans un second temps le concept de représentations sociales.

## 1.1 Le partenariat, une pratique à construire pour une formation professionnalisante

### 1.1.1 De la collaboration au partenariat : des notions à éclairer

#### A) La collaboration

Selon le dictionnaire Larousse, le terme latin *collaborare* signifie « travailler avec quelqu'un ». Il est à l'origine du verbe « collaborer » qui veut dire « travailler de concert avec quelqu'un d'autre, l'aider dans ses fonctions : participer avec un ou plusieurs autres à une œuvre commune<sup>10</sup> ».

Pour D.GARDNER, la collaboration est « un processus et un résultat dans lesquels sont partagés les intérêts et les conflits qui ne peuvent pas être résolus par un seul individu. Le processus de collaboration implique une synthèse de différentes perspectives pour mieux comprendre des problèmes complexes. Le résultat de la collaboration est le développement de solutions intégratives qui vont au-delà d'une vision individuelle<sup>11</sup> ». Ses attributs en sont la planification, la prise de décision, la résolution de problème, l'établissement d'objectifs, les responsabilités et la communication.

---

<sup>10</sup> Définitions : collaborer – Dictionnaire de français Larousse, [visité le 20 juillet 2014], disponible sur le site internet <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/collaborer/17140>.

<sup>11</sup> GARAND E., COLIN C., 2009, « Pratiques collaboratives, formation interprofessionnelle, interdisciplinarité, partenariat et autres termes associés : recension de définitions et concepts », Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle, Université de Montréal, p. 1.

## B) La coopération

Etymologiquement, coopérer est emprunté au latin *cooperari* qui signifie « faire quelque chose conjointement avec quelqu'un ».

Le terme coopération dérive quant à lui du latin *cooperatio* qui veut dire « part prise à une œuvre commune <sup>12</sup>».

Pour L.MUCCHIELLI, il s'agit d'une « participation intentionnelle et coordonnée des membres d'un groupe (ou de 2 ou plusieurs personnes) dans une action commune<sup>13</sup> ».

Dans la sociologie des organisations, la coopération est abordée selon trois approches différentes. Dans la première, de type philosophique, fondée sur la théorie de la justice, il est synonyme d'équité. Selon J. RAWLS, « il ne peut y avoir de coopération que si chaque acteur dans l'organisation a le sentiment que les charges communes ou les difficultés que connaît l'entreprise sont partagées de manière équitable pour tous<sup>14</sup> ». Dans la seconde approche basée sur le thème de l'incertitude et de l'innovation, la coopération est alors assurée à travers le jeu des acteurs. La troisième approche concerne la gestion par projets en tant que réponse à la recherche de transversalité par la mobilisation d'experts issus de services différents qui travaillent de manière simultanée et non plus séquentielle. La coopération suppose alors une volonté consciente, soit des acteurs de la coopération, soit d'un organisateur, pour amener les individus à coopérer. Pour F.DHUME, elle apparaît donc comme un construit collectif, « dans le sens d'une action collective qui est réalisée par la participation effective et la contribution concrète d'un ensemble de personnes<sup>15</sup> ». En cela elle ne peut avoir un caractère permanent car elle est le témoin de la réalité mouvante des relations au sein des organisations. Pour cet auteur, la coopération, à la fois registre global et structure spécifique, peut être resituée au sein d'un continuum qui va de l'échange d'informations à l'agir ensemble. Elle se différencie alors de la coordination qui relève d'un « macro-management » et s'étudie plus à travers les règles, les conventions et les objets qu'à travers les acteurs.

Information réciproque	consultation	coordination	concertation	coopération	partenariat/cogestion	fusion
Registre de l'information		registre de la coordination		registre de la coopération		

<sup>12</sup> DHUME-SONZOGNI F., 2006, *La coopération dans l'action publique : de l'injonction du faire ensemble à l'exigence de commun*, Paris : L'Harmattan, p. 43.

<sup>13</sup> BELLENGER L., PIGALLET P., 1996, *Dictionnaire de la formation et du développement personnel*, Paris : ESF, p.80.

<sup>14</sup> AMBLARD H., BERNOUX P., HERREROS G., 2005, *Les nouvelles approches sociologiques des organisations*, 3<sup>ème</sup> édition augmentée, Paris : Seuil, p. 275.

<sup>15</sup> DHUME-SONZOGNI F., *op. cit.*, p. 48.

En tant que registre global, la coopération se caractérise par des structures interinstitutionnelles de projets d'action communs. En tant que structure spécifique, même si elle correspond à une coproduction de projet entre institutions, elle présente un degré d'intégration et de complexité structurelle inférieur à celui du partenariat.

### C) Le partenariat

Le mot « partenariat » n'apparaît, selon G. PINEAU qu'en 1984, et en 1987 dans le Petit Larousse Illustré, sous la définition suivante : « système associant des partenaires sociaux ou économiques<sup>16</sup> ».

Il provient du substantif « partenaire », apparu dans la littérature à partir du XVIII<sup>ème</sup> siècle, lui-même issu du latin *partitio, partitionis* (partage, séparation, division) qui a donné en ancien français les termes « parçonier » et « parçon » (partage, butin) puis en anglais « partner », altération de « parcener » qui signifie « personne associée à une autre ». Ainsi deux dimensions s'opposent : « l'avec » et « le contre », ce qui explique que la relation partenariale soit paradoxale, interactive et évolutive car organisée autour du double aspect « agir avec » et dans le même temps « agir contre » l'autre. Dans le verbe « partager », la même ambiguïté se retrouve. Au sens propre, il signifie « diviser, séparer » alors qu'au sens figuré il veut dire « prendre part à, comme dans « partager la responsabilité de... »<sup>17</sup> ».

Selon C. MERINI, le partenariat en formation est « une manière de mobiliser des systèmes de ressources et d'intérêts autour d'un problème commun situé parfois en amont, en aval ou en marge de l'action de formation<sup>18</sup> » mais c'est également « le moyen d'harmoniser et de donner de la cohérence<sup>19</sup> » à un système de formation en alternance.

Ainsi, le partenariat en formation apparaîtrait comme une forme supérieure de coopération et consisterait à « agir de concert et en complémentarité à partir des différences de chacun pour résoudre un problème reconnu comme commun dans un ensemble de synergies et d'intérêts organisés<sup>20</sup> ».

A ce stade de notre travail et en nous appuyant sur les travaux de J.CLENET et C. GERARD<sup>21</sup>, il nous semble important de préciser qu'il existe deux niveaux de partenariat dans les pratiques de formation en alternance : le partenariat interinstitutionnel (ou organisationnel) qui se traduit par la signature de conventions et le partenariat interactoriel (entre les acteurs) qui se traduit par la mise en œuvre d'actions communes. C'est à ce deuxième niveau que nous ferons référence tout au long de notre étude.

---

<sup>16</sup> MERINI C., 1999, *Le partenariat en formation : de la modélisation à une application*, Paris : L'Harmattan, p. 15.

<sup>17</sup> MERINI C., *ibidem*.

<sup>18</sup> MERINI C., *ibid.*

<sup>19</sup> MERINI C., *ibid.*

<sup>20</sup> MERINI C., *ibid.*

<sup>21</sup> CLENET J., GERARD C., 1994, *Partenariat et alternance en éducation, des pratiques à construire*, Paris : L'Harmattan, p. 119.

### 1.1.2 Les différents types de partenariat

Une typologie du partenariat peut s'effectuer en fonction du type d'acteurs impliqués, du champ d'action ou de la nature des relations. Nous nous appuyerons sur cette dernière distinction issue des travaux de C. LANDRY.

#### A) Le partenariat de service

Il se met en œuvre lorsque l'école est en demande de formation vis-à-vis de l'entreprise et que celle-ci est sans capacité d'embauche. La finalité poursuivie par les deux partenaires est le développement des habiletés socioprofessionnelles de l'élève mais dans ce type de partenariat l'école est dépendante de l'implication personnelle des acteurs de l'entreprise. Centré sur les relations interindividuelles, il néglige les relations formelles entre les organisations.

#### B) Le partenariat négocié

Dans ce type de partenariat, l'entreprise joue le rôle de demandeur de main d'œuvre et l'école celui de fournisseur. Une relation de confiance mutuelle s'installe entre les deux partenaires autour de deux intérêts communs : la qualification et l'embauche. Les relations interindividuelles sont dépassées au profit de structures de collaboration, telles que l'intervention des acteurs de l'entreprise dans des activités scolaires.

#### C) Le partenariat de réciprocité

Pour C. LANDRY, ce type de partenariat suppose une relation d'intégration entre les partenaires organisationnels, la construction de relations formelles, fréquentes, continues qui permettent « une coopération étroite entre les organisations qui collaborent à un projet éducatif commun<sup>22</sup> ».

Comme nous l'avons spécifié précédemment, le partenariat s'inscrit dans un continuum allant de l'information mutuelle à la fusion. Toujours pour cet auteur, un « vrai partenariat » doit être construit sur une entente de départ et une égalité entre les deux partenaires. Ainsi avance-t-il que « le partenariat résulte d'une entente réciproque entre des parties qui, de façon volontaire et égalitaire, partagent un objectif commun et le réalisent en utilisant de façon convergente leurs ressources respectives<sup>23</sup> ».

Au contraire, pour D. ZAY qui donne une définition minimale du partenariat comme étant « une action commune négociée<sup>24</sup> », celui-ci suppose des différences, des divergences de

---

<sup>22</sup> LANDRY C. in MAROY C., février 1993, « Le partenariat : concept ou objet d'analyse ? », *Education Permanente*, n°131, p. 30.

<sup>23</sup> LANDRY C. in MAROY C., *ibidem*.

<sup>24</sup> ZAY D., février 1997, « Le partenariat en éducation et en formation : émergence d'une notion transnationale ou d'un nouveau paradigme ? », *Education Permanente*, n°131, p.15.

valeurs ou d'intérêts entre les parties, la reconnaissance d'un possible conflit nécessitant la réalisation de compromis et permettant une plus grande innovation dans la construction de la coopération. Ainsi, « dans le partenariat, chacun conserve ses objectifs propres, tout en acceptant de contribuer à un objectif commun<sup>25</sup> ».

De la même manière, J. CLENET et C. GERARD estiment que le partenariat ne se fonde pas sur des valeurs communes ni sur des confiances *a priori* mais plutôt sur des systèmes d'action et des jeux de pouvoirs des acteurs. En effet, ce serait dans la confrontation des logiques, savoirs, acteurs et enjeux différents, donc dans l'hétérogénéité, que naîtrait la créativité de la construction du partenariat.

Quels que soient les auteurs, le partenariat apparaît donc comme « une pratique à construire<sup>26</sup> », entre acteurs d'organisations différentes et relations où cohabitent des dimensions complémentaires et opposées.

### 1.1.3 Les trois niveaux du partenariat

A partir des travaux de J. SCHNEIDER, P. PERRIER-GUSTIN, dans son mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique (ENSP), décrit trois niveaux de partenariat ayant une incidence sur les organisations<sup>27</sup> :

- **Le niveau institutionnel**, où s'élaborent et se décident les lois et les règles qui régissent la formation professionnelle. Il correspond aux liens formalisés entre les institutions tels que le Conseil Pédagogique (CP) et la Commission des Soins Infirmiers et de Rééducation Médico-Techniques (CSIRMT) où le directeur des soins coordonnateur général des soins siège de droit.
- **Le niveau organisationnel** concerne tout ce qui est mis en œuvre en interne par les instituts de formation et les établissements de santé pour faire exister le partenariat : procédures, participation de professionnels à la Commission d'Attribution des Crédits (CAC), commissions diverses.
- **Le niveau opérationnel** traduit le partenariat au quotidien pour les acteurs de terrain qui font vivre l'alternance : exercice de la fonction tutorale, modalités d'accueil et d'encadrement des stagiaires.

---

<sup>25</sup> ZAY D. *ibidem*.

<sup>26</sup> MAROY C., février 1993, « Le partenariat : concept ou objet d'analyse ? », *Education Permanente*, n°131, p. 31.

<sup>27</sup> PERRIER-GUSTIN P., 2004, *Directeur des soins gestion / Directeur des soins formation : duo ou dualité ?*, Rennes : Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, Filière Directeur des soins, p. 11.

Il nous semble que les directeurs des soins occupent une place prépondérante dans le second niveau qu'ils doivent chercher à développer dans une interface entre deux systèmes aux logiques différentes. Cette relation mobilise échanges mais aussi abandons et se développe dans la coopération/opposition, ce qui nécessite d'en comprendre les enjeux et les stratégies identitaires.

#### **1.1.4 Les enjeux du partenariat**

Il est essentiel de comprendre les enjeux sous-jacents à toute pratique partenariale car de ceux-ci dépend notamment l'implication des différents acteurs. En premier lieu, l'origine du partenariat (conditions d'émergence), les raisons du déclenchement et le processus de construction de l'objet du partenariat influent sur les représentations des acteurs à travailler ensemble ainsi que le rapport affectif que les partenaires construisent vis-à-vis de l'objet et à l'égard des autres acteurs du partenariat. Secondairement, l'identité des acteurs joue un rôle sur les dynamiques individuelles des futurs partenaires juste avant leur implication dans le partenariat ainsi que sur les stratégies identitaires qui se développent dans les inter-systèmes et les interfaces. Le pouvoir au sein du partenariat permet quant à lui, d'identifier la légitimité et l'égalité de traitement de chacun dans le partenariat car le pouvoir qui s'exprime dans le partenariat prend ancrage auprès des positions des différents acteurs sur le marché. « En ce sens, le terme égalitaire du partenariat cache mal une réalité de relations asymétriques dans laquelle on bute toujours sur les rapports de force stratégiques<sup>28</sup> ». Enfin, le dernier enjeu est caractérisé par les représentations que les partenaires peuvent avoir des résultats et des effets de l'action partenariale ainsi que du plaisir ou déplaisir qu'ils peuvent tirer du partenariat.

Ainsi, les enjeux supposent-ils l'existence d'identités distinctes et complémentaires entre les acteurs qui s'exprime à travers « une intentionnalité à agir ensemble<sup>29</sup> ». Ils sont alimentés par des intérêts individuels et/ou collectifs qui permettent l'expression de l'identité de chaque partenaire.

#### **1.1.5 Les stratégies identitaires**

Selon M. KADDOURI, les stratégies identitaires résultent de l'effet conjugué de plusieurs facteurs tels que la prise de conscience de l'existence d'écarts entre les différentes identités dont l'individu est porteur, la volonté ou pas d'agir pour réduire, annuler ou transformer les écarts ressentis et constatés entre ces différentes identités ainsi qu'un recours différent au

---

<sup>28</sup> VENNIN B. et DE BANVILLE E. in KADDOURI M., février 1997, « Partenariat et stratégies identitaires : une tentative de typologisation », *Education Permanente*, n°131, p. 114.

<sup>29</sup> KADDOURI M., février 1997, « Partenariat et stratégies identitaires : une tentative de typologisation », *Education Permanente*, n°131, p. 125.

partenariat en fonction des dynamiques dans lesquelles chacun se trouve impliqué. Cela permet de distinguer cinq types de stratégies identitaires :

- **Les stratégies de validation identitaire** pour lesquelles le partenariat a une fonction de consécration identitaire, par la reconnaissance sociale, professionnelle voire personnelle obtenue.
- **Les stratégies de crédibilisation identitaire** où le partenariat apparaît comme le moyen de légitimer une identité nouvellement acquise ou déjà existante mais pas encore reconnue par les pairs.
- **Les stratégies de réhabilitation identitaire** où le partenariat est utilisé pour faire reconnaître une identité professionnelle et renforcer un positionnement interne au sein de l'organisation.
- **Les stratégies de sauvetage identitaire** pour lesquelles le partenariat apparaît comme le moyen de compensation d'une identité, donnant à l'acteur « un équilibre provisoire dans l'attente de la conquête d'une nouvelle identité professionnelle et sociale<sup>30</sup> » qui se concrétisera dans une autre organisation.
- **Les stratégies de préservation identitaire** assurent la préservation d'une identité menacée par l'existence même du partenariat, notamment lorsque celui-ci est imposé et que les acteurs concernés ne peuvent s'y soustraire.

Le partenariat est le résultat d'une intentionnalité, des volontés et dynamiques qui traversent l'action partenariale. C'est pourquoi il peut tout aussi bien être constructif, légitimant ou renforçant des identités ou à l'inverse, porter atteinte à une identité individuelle et/ou collective. Il apparaît à la fois comme étant un travail d'ajustement et de compromis, car traversé par des luttes d'intérêts et de valeurs et comme étant un travail impliquant des transactions au plan fonctionnel ou symbolique que nous retrouvons dans la relation partenariale.

### 1.1.6 La relation partenariale

Selon C. MERINI<sup>31</sup>, la relation partenariale est constituée de trois dimensions caractéristiques : une dimension de monopole institutionnel, référentiel ou affectif qui permet aux partenaires d'affirmer leur exclusivité sur un ou des domaines donnés et d'établir des zones d'influence ; une dimension de concurrence qui s'appuie exclusivement sur le désir de dépasser l'autre dans ses compétences et ses registres d'intervention ainsi que sur le désir de créer une exclusivité permettant d'établir de nouveaux monopoles ; une dimension de complémentarité dont l'objectif est de rendre l'action complète en mettant les

---

<sup>30</sup> KADDOURI M., *ibidem*.

<sup>31</sup> MERINI C., *op. cit.*, p.91.



ressources de chacun au service de l'action commune, dans la recherche de cohérence autour d'un acteur central qui est l'étudiant.

Dans la relation partenariale, la régulation des échanges se fait d'une part autour du résultat attendu pour chacun des systèmes formation-production, d'autre part autour de la recherche de l'équilibre des gains (ex : la reconnaissance). En effet, l'alternative équilibre/déséquilibre règle le jeu des échanges entre les partenaires. Tant que la situation est déséquilibrée, les échanges s'organisent dans la dynamique existant entre les trois dimensions de la relation, la dimension de concurrence entretenant le déséquilibre. Ainsi, lorsque l'équilibre des gains est atteint, la situation partenariale gagne en confort mais perd ses rapports de force et donc sa dynamique fondamentale.

### 1.1.7 Le partenariat dans la formation par alternance

Il existe de multiples formes d'alternance qui articulent plus ou moins théorie et pratique, milieu de la formation et milieu de la production, répertoriées en différentes typologies : juxtapositive, intégrative, empirique, associative, copulative, inductive... D'après R. FONTENEAU, l'alternance partenariale en serait une forme plus élaborée car pour cet auteur « il n'y a pas d'alternance sans une organisation partenariale pertinente<sup>32</sup> ». Dans l'alternance partenariale, l'apprenant doit être situé au centre de l'interface d'un système spatio-temporel construit par les différents partenaires et vers lequel convergent les différents processus mis en œuvre par ceux-ci.

Selon cet auteur, il est ainsi possible de distinguer quatre dimensions du partenariat qui font système et déterminent les caractéristiques de l'alternance :

- **Le projet de l'alternance partenariale** : il est indispensable dans la pédagogie de l'alternance car « il n'y a pas de partenariat efficace sans un projet reconnu par tous les partenaires<sup>33</sup> ». En effet, nombre se détériorent car les acteurs ont oublié certains aspects du projet initial. Afin de parer à ces difficultés, il convient que celui-ci soit discuté, rédigé voire signé par l'ensemble des partenaires. De plus, afin que ce projet ne soit pas utopique et qu'il puisse vivre « il doit s'articuler à partir d'acteurs bien définis, dans un espace-temps socialement repérable<sup>34</sup> ».
- **Les acteurs de l'alternance partenariale** : R. FONTENEAU constate que les acteurs, qu'ils appartiennent à l'institut de formation ou au lieu de stage, ont tendance à ne percevoir le partenariat que depuis leur point de vue intra-institutionnel. Or, dans le cadre de l'alternance partenariale, il est nécessaire pour les acteurs de se décentrer du jeu institutionnel pour recentrer l'acte de formation

---

<sup>32</sup> FONTENEAU R., février 1993, « L'alternance partenariale », *Education Permanente*, n°115, p. 30.

<sup>33</sup> FONTENEAU R., *ibidem*.

<sup>34</sup> FONTENEAU R., *ibid*.

sur l'apprenant, ce qui les oblige à réactualiser leur identité professionnelle. En effet, selon l'auteur, « être partenaire, c'est accepter de modifier son identité en fonction du projet défini avec les autres partenaires<sup>35</sup> ».

- **Le temps de l'alternance partenariale** : toute formation s'inscrit dans un temps qui généralement est préprogrammé. L'organisation dans le temps est alors bien définie et repérable sur un calendrier plus ou moins précis. La réussite de l'alternance partenariale dépend de la capacité des organisations en présence à négocier un temps commun à l'alternance qui soit suffisamment cohérent pour que l'apprenant ait l'impression de ne vivre qu'un seul temps.
- **L'espace de l'alternance partenariale** : il constitue la scène sur laquelle évolue l'apprenant au cours de sa formation. Selon R. Fonteneau, l'apprenant est le seul à pouvoir en repérer les contours et donner de la cohésion aux espaces spatio-temporels, lieux à la fois de consonance et de dissonance qui lui permettent de s'exprimer différemment et d'apprendre. Par ailleurs, chaque espace ayant ses propres règles, sa symbolique et ses contraintes culturelles, « les partenaires doivent se rencontrer tour à tour dans les différents espaces, pour actualiser leurs représentations et aider l'apprenant dans sa démarche formative<sup>36</sup> ».

Pour réussir l'alternance partenariale il ne suffit pas simplement de respecter les conditions évoquées ci-dessus. En effet, pour que cette alternance soit de qualité, il est essentiel que « les informations échangées et produites soient continuellement en liaison avec le projet de formation<sup>37</sup> » permettant à une logique tripolaire (didactique, production, formation) de se substituer à la logique bipolaire (didactique, production) qui prévaut généralement dans les pratiques d'alternance. Les directeurs des soins chargés respectivement d'un institut de formation ou d'un établissement de santé ont alors un rôle essentiel à jouer.

### **1.1.8 Le partenariat dans la formation infirmière, une coresponsabilité des directeurs des soins**

L'alternance, vue comme l'interface d'un système articulant théorie et pratique, implique le partage des responsabilités entre les différents acteurs du partenariat, notamment les directeurs des soins qui sont les principaux protagonistes. Selon le décret du 7 janvier 2014 modifiant le décret du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière, le directeur des soins, directeur d'institut de formation,

---

<sup>35</sup> FONTENEAU R., *ibid.*

<sup>36</sup> FONTENEAU R. *ibid.*

<sup>37</sup> FONTENEAU R. *ibid.*

est responsable « de l'organisation de l'enseignement théorique et pratique<sup>38</sup> ». De plus, il choisit les lieux de stage au sein desquels les étudiants effectuent leur formation pratique. Le directeur des soins, coordonnateur général des soins, exerce également une responsabilité dans la mesure où « il propose la définition d'une politique d'accueil et d'encadrement des étudiants et élèves en stage en collaboration avec les directeurs des instituts et écoles de formation, met en œuvre et évalue cette politique. Il est membre des conseils techniques et pédagogiques des instituts de formation des professionnels de soins de l'établissement<sup>39</sup> ». Le référentiel métier de Directeur(trice) des soins de mars 2010 reprend ces notions pour chacun des acteurs tout en introduisant la responsabilité « du partenariat avec les établissements pouvant accueillir les stagiaires<sup>40</sup> » en ce qui concerne le directeur des soins en institut de formation.

A travers ces textes est clairement posé le principe de coresponsabilité de chacun des directeurs des soins dans ce système d'interface. Ainsi doivent-ils construire ensemble « les règles du jeu » d'un partenariat négocié dont la finalité est la professionnalisation des étudiants en soins infirmiers. Pour autant, le partenariat ne se décrète pas mais « requiert une volonté d'agir pour qu'émerge un projet commun<sup>41</sup> » dans un partage du pouvoir de former, fondé davantage sur la différence que sur la concurrence, au-delà des représentations des uns et des autres. Ainsi, les consonances et dissonances cognitives entre les différents pôles de l'alternance doivent être respectées et admises comme source d'énergie et de synergie de l'alternance partenariale.

## 1.2 Les représentations sociales

### 1.2.1 La genèse d'un processus

La notion de représentation n'est pas nouvelle et déjà au XVIII<sup>ème</sup> siècle, E. KANT parlait des représentations pour désigner les objets de notre connaissance.

Plus tard, E. DURKHEIM aborde les représentations sous un angle essentiellement sociologique. Il établit une distinction entre représentations individuelles et représentations collectives. Les premières découlent de la conscience propre à chaque individu et sont

---

<sup>38</sup> MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES, MINISTERE DE LA REFORME DE L'ETAT, DE LA DECENTRALISATION ET DE LA FONCTION PUBLIQUE. Décret n° 2014-7 du 7 janvier 2014 modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière, JORF, n° 0007 du 9 janvier 2014.

<sup>39</sup> *Ibidem*.

<sup>40</sup> Référentiel métier de Directeur (trice) des soins en établissement et en institut de formation, DGOS, mars 2010, [visité le 02/04/2013], disponible sur le site internet : [http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Referentiel\\_metier\\_de\\_Directeur\\_des\\_soins.pdf](http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Referentiel_metier_de_Directeur_des_soins.pdf)

<sup>41</sup> CLENET J., GERARD C., 1994, *partenariat et alternance en éducation : des pratiques à construire*, Paris : L'Harmattan, p. 40.

perçues comme des entités éphémères et fluctuantes alors que les secondes découlent de la société dans sa globalité. Cette vision, construite à partir de sociétés traditionnelles au sein desquelles les faits sociaux occupent une place centrale, est uniforme et homogène. Après un relatif abandon des recherches sur les représentations suite aux travaux d'E. DURKHEIM, il faut attendre les années 1960 et les travaux de S. MOSCOVICI, pour envisager les représentations sous une forme plus dynamique, construites dans la conflictualité sociale de la division croissante du travail des sociétés contemporaines. Par ailleurs, P. BOURDIEU, à travers le concept d'habitus qui est générateur de pratiques nouvelles et celui de champ social qui permet aux personnes dominées de mettre en place des pratiques de résistance, ouvre la question de l'innovation sociale. C'est sur ces apports sociologiques que les représentations sociales ont trouvé consistance, en devenant en psychologie sociale des composantes dynamiques et évolutives de la pensée, permettant de les concevoir comme des processus et non plus comme de simples contenus. En sciences sociales, elles sont devenues un outil d'investigation majeur des interactions humaines.

### 1.2.2 D'une définition...

Selon les travaux de D. JODELET, représenter signifie « tenir lieu de, être à la place de<sup>42</sup> ». La représentation est donc le représentant mental de quelque chose : objet, personne, événement, idée... par quoi elle s'apparente au symbole, au signe. Mais représenter c'est aussi re-présenter, c'est-à-dire « rendre présent à l'esprit, la conscience<sup>43</sup> ». En cela, la représentation est la reproduction mentale d'autre chose : objet, personne, événement matériel ou psychologique. Ainsi, la représentation sociale signifie toujours quelque chose à quelqu'un et fait apparaître quelque chose de celui qui la livre, sa part d'interprétation. Par conséquent, « elle n'est pas simple reproduction mais *construction* et comporte dans la communication une part d'*autonomie* et de *création individuelle* ou *collective*<sup>44</sup>».

Il est alors possible d'en dégager six caractères fondamentaux :

- elle est toujours représentation d'un objet ;
- elle a un caractère imageant et la propriété de rendre interchangeable le sensible et l'idée, le percept et le concept ;
- elle a un caractère symbolique et signifiant ;
- elle a un caractère constructif ;
- elle a un caractère autonome et créatif ;
- elle comporte toujours quelque chose de social.

---

<sup>42</sup> JODELET D., Représentation sociale : phénomènes, concept et théorie, in MOSCOVICI S. / éd. 2011, *Psychologie sociale*, 2<sup>ème</sup> édition Quadrige, Paris : PUF, p. 368.

<sup>43</sup> JODELET D., *Ibidem*.

<sup>44</sup> JODELET D., *Ibid.*

Partant des éléments consensuels des principaux aspects qui composent la représentation et à partir des travaux de S. MOSCOVICI, D. JODELET et C. GUIMELLI, B. GAFFIE propose la définition suivante : « une représentation sociale se présente comme un ensemble de connaissances, croyances, schèmes d'appréhension et d'action à propos d'un objet socialement important. Elle constitue une forme particulière de connaissance de sens commun qui définit la réalité pour l'ensemble social qui l'a élaborée dans une visée d'action et de communication<sup>45</sup> ».

### 1.2.3 ... à la construction d'une représentation sociale

A partir des travaux de référence d'E. DURKHEIM et S. MOSCOVICI, de nouveaux champs d'études sont apparus avec de nouvelles recherches, qui permettent de formuler la manière dont s'élabore la construction d'une représentation sociale. Une première optique s'attache à l'activité purement cognitive par laquelle le sujet construit sa représentation, rendue sociale à partir d'une dimension de contexte (sujet en situation d'interaction sociale) et d'une dimension d'appartenance (sujet social faisant intervenir des valeurs véhiculées par son groupe d'appartenance). Une seconde approche met l'accent sur les aspects signifiants de l'activité représentative. Le caractère social de la représentation découle de l'utilisation de systèmes de codes et d'interprétations fournis par la société ou de la projection de valeurs sociales. Un troisième courant aborde la représentation comme une forme de discours dont le caractère social provient de l'appartenance sociale du sujet parlant. La quatrième optique place l'acteur social au centre de la représentation. Celle-ci reflète les normes institutionnelles et les idéologies liées à la position et à la place occupées par l'acteur. Pour le cinquième courant idéologique, la dynamique des représentations est déterminée par les relations intergroupes. Enfin, une dernière approche base l'activité représentative sur la reproduction des schèmes de pensée socialement établis.

Ainsi est-il possible d'envisager les représentations sociales comme des processus dynamiques construits par et pour les interactions sociales quotidiennes. Présentant quatre grandes fonctions, elles sont modélisées de la manière suivante :

- **La fonction de savoir** car tout acte de représentation est acte de connaissance. Les représentations sociales dotent les acteurs sociaux de savoirs qu'ils vont intégrer dans un cadre compréhensible de significations. Cette fonction participe donc à l'élaboration d'un champ de référence commun qui permet aux individus de comprendre et d'expliquer le réel puis d'orienter leurs pratiques sociales.
- **La fonction d'orientation** dans la mesure où les représentations sont prescriptives de comportements et interviennent dans la définition de la finalité de l'action.

---

<sup>45</sup> GAFFIE B., in VALENCE A., 2010, *Les représentations sociales*, Bruxelles : De Boeck, p. 28.

- **La fonction identitaire** car les représentations permettent de situer les individus et les groupes dans le champ social.
- **La fonction de justification** dans la mesure où les représentations permettent, *a posteriori*, de justifier les prises de position et les comportements en adéquation avec la réalité du groupe.

Ces différentes études des phénomènes représentatifs se recoupent parfois et abordent la double question à la base de la théorie, à savoir comment le social intervient dans l'élaboration psychologique de la représentation sociale et comment cette élaboration psychologique intervient dans le social.

#### 1.2.4 Les théories de la représentation sociale

Deux grandes orientations théoriques sont distinguées en psychologie sociale : la théorie du noyau développée par l'école dite « d'Aix en Provence » et issue des travaux de J.C. ABRIC et C. GUIMELLI ainsi que la théorie des principes organisateurs développée par l'école « Genevoise » à partir principalement des travaux de W. DOISE.

##### A) La théorie du noyau central

S. MOSCOVICI a mis en évidence deux processus majeurs qui rendent compte de la façon dont le social transforme une connaissance en représentation et de la façon dont cette représentation transforme le social. Le processus d'objectivation, par une mise en images des notions abstraites, donne une texture matérielle aux idées, fait correspondre des choses aux mots, donne sens à des schémas conceptuels. Il peut être décomposé en trois phases :

- **Une phase de construction sélective** par sélection et décontextualisation des éléments de l'objet. Les informations font l'objet d'un tri en fonction de critères culturels et normatifs, permettant une appropriation de l'information par l'individu dans son propre univers.
- **Une phase de schématisation structurante** par la formation d'un « noyau figuratif » où une structure imageante reproduit de manière visible une structure conceptuelle.
- **Une phase de naturalisation** où les éléments du noyau figuratif sont concrétisés et deviennent des entités objectives.

Ce modèle de l'objectivation est généralisable à toute représentation. Le processus d'ancrage concerne quant à lui, l'enracinement social de la représentation et de son objet. La manière dont il va se réaliser traduit l'insertion sociale d'un individu et l'appropriation par les groupes d'une représentation émergente.

J.C. ABRIC propose d'enrichir ce cadre théorique. Selon lui, « une représentation sociale est un ensemble organisé et structuré d'informations, de croyances, d'opinions et d'attitudes ; elle constitue un système sociocognitif particulier composé de deux sous-systèmes en interaction : un système central et un système périphérique<sup>46</sup> ».

Le système central, composé d'éléments inconditionnels en nombre limité, structure et génère le sens de l'ensemble du champ représentationnel considéré. Il est la base consensuelle et non négociable de la représentation, ses composantes sont nécessairement associées à l'objet de représentation. Ainsi, le noyau central détermine-t-il la fonction génératrice de la représentation en donnant une valeur à ses éléments constitutifs ainsi que la fonction organisatrice en déterminant la nature des liens qui unissent entre eux les différents éléments de la représentation. Correspondant au système de valeurs et aux conditions socio-historiques des groupes, il se caractérise également par la stabilité et la cohérence de sa structure. En effet, il est marqué par le système de normes de l'environnement auquel il appartient et dépend très peu du contexte social immédiat.

Le système périphérique est plus flexible et plus sensible car déterminé par le contexte immédiat et composé d'éléments conditionnels. Il possède trois fonctions : une fonction de « régulation » qui adapte les éléments du système central aux caractéristiques de la situation concrète ; une fonction de « défense » qui protège le système central de l'environnement en intégrant la nouveauté et en gérant les informations contradictoires ; une fonction de « concrétisation » qui rend la situation compréhensible et permet d'intégrer l'histoire du sujet dans la représentation. Par ailleurs, les éléments périphériques sont prescripteurs de comportements et constituent la partie opérationnelle de la représentation.

Ainsi, la combinaison de ces deux systèmes permet « l'élaboration de représentations sociales individualisées mais néanmoins organisées autour d'un noyau central commun dont la signification est partagée par l'ensemble du groupe<sup>47</sup> ».

---

<sup>46</sup> ABRIC J.C., in VALENCE A., 2010, *Les représentations sociales*, Bruxelles : De Boeck p. 46.

<sup>47</sup> LHEUREUX F., RATEAU P., GUIMELLI C., in VALENCE A., 2010, *Les représentations sociales*, Bruxelles : De Boeck p.48.

<b>Système central</b>	<b>Système périphérique</b>
Lié à la mémoire collective et à l'histoire du groupe	Permet l'intégration des expériences et des histoires individuelles
Consensuel	Supporte l'hétérogénéité du groupe
Stable Cohérent Rigide	Souple Supporte des contradictions
Résiste au changement	Evolutif
Peu sensible au contexte immédiat	Sensible au contexte immédiat
Génère la fonction de la représentation Détermine son organisation	Permet l'adaptation à la réalité concrète Permet la différenciation du contenu Protège le système central

*Caractéristiques de la structure centralité/périphérie d'une représentation sociale selon les travaux de J.C. ABRIC (1994)*

#### B) La théorie des principes organisateurs

Issue des travaux de W. DOISE, cette théorie se veut plus dynamique que la conception structurale dans la mesure où elle se donne pour objectif de rendre compte de la générativité des représentations sociales et de leur rôle dans le maintien des rapports sociaux.

Selon cette théorie, « les représentations sociales désignent les principes générateurs de prises de position qui sont liées à des insertions spécifiques dans un ensemble de rapports sociaux et organisant les processus symboliques intervenant dans ces rapports<sup>48</sup> ». A la différence de la théorie du noyau central, la théorie des principes organisateurs se focalise non plus sur le « consensus » mais sur la source d'hétérogénéité des dynamiques représentationnelles. En effet, les insertions sociales ne sont jamais identiques et, s'il existe des mêmes cadres ou des mêmes points de référence à un ensemble d'individus, cela ne veut pas dire que tous ces individus vont y faire référence de la même manière ou avec la même importance.

W. DOISE, pour conceptualiser les principes organisateurs, prend appui à la fois sur la théorie des champs sociaux de P. BOURDIEU et sur les travaux de S. MOSCOVICI concernant les processus d'objectivation et d'ancrage, qu'il adjoint aux principes organisateurs. Selon lui, l'objectivation facilite la communication par la construction de références partagées et s'insère dans la dynamique des champs sociaux. Sa fonction sociale se traduit par sa participation à la distinction des groupes. En ce qui concerne l'ancrage, il en distingue trois types qui dépendent des rapports sociaux : l'ancrage psychologique qui concerne les prises de position individuelle et l'organisation de leur

<sup>48</sup> DOISE W., in VALENCE A., 2010, *Les représentations sociales*, Bruxelles : De Boeck p.71.



contenu ; l'ancrage psychosociologique qui porte sur la diversité des positionnements sociaux impulsant les prises de position ; l'ancrage sociologique qui s'appuie sur les variations relevant de la position des groupes sociaux dans l'environnement sociétal.

Dans cette modélisation, les dynamiques représentationnelles sont la résultante des rapports sociaux, l'individu étant perçu en tant qu'acteur social au moyen de ses positions et appartenances sociales. Mais les représentations sociales sont des objets en perpétuel mouvement avec un caractère de variabilité intergroupe et temporel qu'il est nécessaire d'appréhender afin de mieux en cerner les contours.

### **1.2.5 La dynamique évolutive des représentations sociales**

Les représentations sociales, en tant que systèmes socio-cognitifs, sont en relation d'interdépendance permanente avec les pratiques, les discours et le monde social où elles se produisent, par conséquent elles sont amenées à évoluer voire à se transformer.

A partir des théories du noyau central et des principes organisateurs, il est possible de distinguer deux démarches d'analyse : la première vise à saisir l'impact des facteurs extérieurs (pratiques sociales, interactions de communication), source de changement à l'intérieur des représentations ; la seconde tente de comprendre le lien entre des contextes sociaux spécifiques et l'expression des représentations, à travers des variables telles que les croyances, les appartenances sociales ou les convictions politiques.

#### A) Représentations et pratiques sociales

Grâce à une démarche anthropologique et culturelle, C. FLAMENT<sup>49</sup> considère les pratiques sociales comme étant le principal levier aux transformations des représentations. Selon lui, les pratiques inhabituelles seraient à l'origine d'une adaptation sociocognitive, dans la mesure où elles amèneraient des individus à adopter des pratiques vis-à-vis d'un objet en désaccord avec les représentations qu'ils se font de cet objet. Ainsi, existerait-il deux cas de désaccord entre pratiques et représentations :

- Les pratiques sont en contradiction explicite avec la représentation, induisant une transformation radicale de celle-ci, en rupture avec le passé. C. FLAMENT et JC ABRIC distinguent alors trois processus intervenant dans la transformation radicale : les transformations progressives où les pratiques nouvelles n'entraînent pas de rupture brutale avec la représentation initiale car elles ne sont pas en totale contradiction ; les transformations résistantes où les pratiques sont en contradiction avec la représentation mais rendent encore possible l'activation de son système de défense par la transformation d'éléments (ou schèmes) périphériques normaux en

---

<sup>49</sup> FLAMENT C., 1989, Structure et dynamique des représentations sociales, in JODELET D. / éd 2003, *Les représentations sociales*, 4<sup>ème</sup> tirage, Paris : PUF, p. 224-239.

schèmes étranges afin de protéger le noyau central ; les transformations brutales qui s'observent lorsque les pratiques nouvelles sont clairement en contradiction avec le cœur de la représentation sans que puisse s'activer son système de protection, entraînant la transformation immédiate du système central et donc la déstructuration de la représentation.

- Les pratiques sont admises par la représentation car les circonstances les rendent fréquentes alors qu'auparavant elles étaient rares. La transformation de la représentation est alors progressive, sans rupture avec le passé.

Selon cette modélisation, la transformation de la représentation ne s'obtient qu'après épuisement du système de protection par les éléments périphériques qui servent de zone de tampon, et atteinte du système central. Mais ces différentes transformations ne peuvent s'obtenir que si elles se conjuguent avec l'irréversibilité de la situation. Selon L. SOUCHET et E. TAFANI<sup>50</sup>, l'irréversibilité renvoie aux situations où les données de l'environnement vont nécessiter l'abandon de l'ancien système de pratiques au profit de nouvelles pratiques qui s'inscrivent dans le long terme. A l'inverse, une situation est jugée réversible si elle nécessite l'adoption de nouvelles pratiques qui peuvent être mises en œuvre de manière temporaire et provisoire, car conjoncturelle, et abandonnées au profit d'un retour à la normale.

## B) Représentations et systèmes de communication

Les phénomènes de communication dans la dynamique des représentations sociales sont appréhendés à partir du paradigme de l'influence sociale.

La première théorie est celle de la persuasion qui présuppose que les impacts possibles d'un message influant modifient les opinions mais également les attitudes et comportements des individus. Deux modèles s'opposent :

- **Le modèle de traitement heuristique et systématique (THS)** applique les règles sociocognitives au message « (« on peut faire confiance aux experts », « la majorité a souvent raison »)<sup>51</sup> » qui permettent de formuler un jugement rapide.
- **Le modèle de la probabilité d'élaboration (ELM)** également appelé modèle périphérique et central se base plutôt sur les aspects sémantiques du message en appréhendant de manière minutieuse chaque argument afin de fonder les jugements.

---

<sup>50</sup> SOUCHET L., TAFANI E., 2004, Pratiques, engagement et représentations sociales : contribution expérimentale à un modèle de la dynamique représentationnelle, « *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale* », 63, p. 81-92 in VALENCE A., 2010, *Les représentations sociales*, Bruxelles : De Boeck, p. 96.

<sup>51</sup> VALENCE A., 2010, *Les représentations sociales*, Bruxelles : De Boeck, p. 103.

La théorie de la conversion, développée par S. MOSCOVICI, place quant à elle la notion de conflit à la base des mécanismes d'influence. Selon cette théorie, le conflit naît de l'exposition d'un individu à des messages induisant des points de vue divergents quant à la structure d'opinion préexistante, plaçant l'individu face à une alternative : « soit ils réfutent les informations nouvelles et en minimisent la portée (...), soit ils les intègrent, au risque d'une mise en cause de leur représentation antérieure<sup>52</sup> ».

Ainsi, les pratiques sociales et les systèmes de communication apparaissent clairement avoir un impact sur la dynamique des représentations sociales. Cependant, il ne faut pas faire abstraction de deux autres variables que sont la représentation globale de la situation ainsi que l'implication psychosociale. La première est liée à l'histoire des groupes, à leur système de normes et de valeurs ainsi qu'à la mémoire collective. L'appropriation de la situation s'envisage alors à partir d'une part de l'autonomie des personnes et des groupes, d'autre part de la mémoire collective (situation chargée des affects qui mettent en jeu l'identité sociale du groupe). La seconde est liée au rapprochement entre le fait de se sentir concerné et de pouvoir s'approprier la situation. En effet, il existerait un lien entre l'implication et ce que l'individu juge positivement ou au contraire rejette, que cela soit pour les connaissances ou les comportements sociaux.

### **1.2.6 Les représentations du partenariat dans la formation par alternance**

J. CLENET et C. GERARD reprennent l'idée de P. BERNOUX selon laquelle ce sont « les acteurs qui créent le système<sup>53</sup> ». En effet, chaque acteur, dans n'importe quel système, a besoin de se positionner, se représenter le monde qui l'entoure. Ainsi, chacun construit ses propres représentations du partenariat et oriente ses discours et actions en fonction de celles-ci. De plus, lorsque les acteurs entrent en interaction, en interdépendance, « il se crée alors des synergies dont l'ensemble produit n'est pas réductible à la somme des parties<sup>54</sup> ».

Après avoir enquêté auprès de plusieurs acteurs concernés par un système de formation par alternance, ces auteurs font émerger les représentations de chacun en ce qui concerne le partenariat. Ainsi, pour les formateurs, il semble qu'il y ait opposition entre le monde professionnel et le monde de l'école. Afin que ceux-ci puissent s'interpénétrer, des échanges fondés sur une culture et des référents communs apparaissent nécessaires. Le directeur de l'institut de formation estime quant à lui que, pour produire une formation de

---

<sup>52</sup> VALENCE A., *ibidem*.

<sup>53</sup> CLENET J., GERARD C., 1994, *Partenariat et alternance en éducation, des pratiques à construire*, Paris : L'Harmattan, p. 91.

<sup>54</sup> CLENET C., GERARD C., *ibidem*.

qualité, il est souhaitable d'établir des liens très forts avec l'environnement socio-professionnel et notamment l'entreprise. Cela peut se faire par la délivrance d'un message positif lors de rencontres fréquentes. Pour cet acteur du partenariat « entre l'école et le monde de l'entreprise, il doit y avoir reconnaissance, envie de se dire des choses...<sup>55</sup> ». Enfin, pour le chef d'entreprise, il est important que l'information circule entre les acteurs afin de faire cohabiter la culture de l'entreprise et la culture de l'école.

Ainsi, même si chacun des acteurs développe une logique singulière, il interagit plus ou moins avec d'autres acteurs, le but n'étant pas « de réduire l'autre dans son propre projet mais d'intégrer du projet de l'autre dans son propre projet<sup>56</sup> » ce qui passe par un minimum de compréhension du projet et de la logique de l'autre.

Selon J. CLENET et C. GERARD, pour qu'un système partenarial fonctionne, les représentations des acteurs doivent être actuelles par rapport aux finalités du système et non pas construites sur le passé, certes empreint d'expériences, mais souvent inadapté. De plus, elles doivent être comprises par les autres car « on ne peut être partenaire que dans la mesure où on a compris la logique de l'autre, même si on est en désaccord, à condition que les énergies puissent se rejoindre sur quelque chose de collectif dans lequel les jeunes formés ressentiront même inconsciemment une certaine cohérence : celle d'un système partenarial finalisé où les énergies des uns comprises par les autres déclencheront des énergies actualisantes porteuses de progrès<sup>57</sup> ».

Cette représentation du partenariat est tout à fait transposable à la formation par alternance des étudiants en soins infirmiers auprès des acteurs que sont notamment le DSIF, le DSES, les formateurs et les professionnels de santé, mais également l'étudiant placé au centre du dispositif. Ainsi, pour D. MOREAU, l'alternance bien comprise permet-elle de conjuguer des logiques différentes mais aussi complémentaires au sein d'un partenariat tripartite, apprenant, IFSI et lieu de stage, qui permet à l'étudiant de se sentir évoluer dans une cohérence intellectuelle formative, malgré l'alternance géographique. Ce partenariat implique un travail d'ajustement concerté, une modestie de chacun des acteurs ainsi qu'une reconnaissance mutuelle par une évolution des représentations. « Former ensemble dans le respect des différences et dans l'enrichissement qu'elles procurent est un travail de fond, d'endurance et de persévérance<sup>58</sup> » qui suppose que les acteurs fassent parfois évoluer leurs habitudes, leurs représentations, leur système d'actions afin de dynamiser le système d'alternance.

---

<sup>55</sup> CLENET J., GERARD C., *ibid.*

<sup>56</sup> CLENET J., GERARD C., *ibid.*

<sup>57</sup> CLENET J., GERARD C., *ibid.*

<sup>58</sup> MOREAU D., février 2004, « Entre compagnonnage et partenariat, ensemble dans l'alternance », Soins Cadres, n° 49, p. 55.



## 2 UNE ENQUETE DE TERRAIN POUR COMPRENDRE LE PARTENARIAT

La présentation du cadre conceptuel nous a aidé à enrichir notre réflexion sur notre sujet d'étude. Elle a permis de guider l'étude que nous avons réalisée sur le terrain dont l'objectif était de mieux comprendre les freins et les leviers au partenariat entre le DSIF et le DSES. Dans cette seconde partie du travail, nous allons aborder la méthodologie de la recherche ainsi que l'analyse qui nous permettra secondairement d'extraire des préconisations professionnelles.

### 2.1 Méthodologie de l'étude

Partant d'un constat issu de notre pratique professionnelle et d'échanges avec des collègues de la promotion, selon lequel la collaboration entre le DSIF et le DSES serait freinée par un certain nombre de paramètres, dont les représentations sociales, nous avons souhaité, en tant que futur directeur des soins d'un institut de formation amené à travailler avec le DSES, comprendre plus précisément quels pouvaient être les freins et les leviers à cette collaboration, d'où notre question de départ :

**« Quels sont les freins et les leviers à la collaboration entre le directeur des soins en institut de formation et le directeur des soins en établissement de santé dans le processus de professionnalisation des étudiants en soins infirmiers ? »**

Compte tenu des éléments recueillis dans le cadre de la recherche conceptuelle, le partenariat est la forme de coopération la plus élaborée dans la formation par alternance. Ceci nous amène à envisager une reformulation de notre question de départ et de nos axes de recherche de la manière suivante :

**« Quels sont les freins et les leviers au partenariat entre le directeur des soins en institut de formation et le directeur des soins en établissement de santé dans le processus de professionnalisation des étudiants en soins infirmiers ? »**

- Que disent les textes qui fixent le cadre du partenariat entre le DSIF et le DSES ?
- Quelles sont les modalités de mise en œuvre du partenariat entre les deux directeurs des soins ?
- Quels sont les éléments limitant le partenariat entre les deux directeurs des soins ?
- Quelles peuvent être les incidences d'un faible partenariat sur les différents acteurs de l'alternance ?
- Quels peuvent être les leviers au partenariat entre les deux directeurs des soins ?

### **2.1.1 Le choix de la population étudiée**

A l'origine de notre travail, nous avons choisi de réaliser une monographie sur trois établissements. A la lecture de notre projet de mémoire, les correcteurs nous ont proposé d'effectuer une démarche clinique au sein d'un seul établissement. Mais compte-tenu des premiers résultats obtenus auprès des différents acteurs de l'établissement sélectionné et en accord avec les correcteurs lors de l'élaboration de notre note d'étape du mémoire, nous avons choisi d'effectuer une analyse comparative entre deux centres hospitaliers.

Devant prendre un poste de directeur des soins en institut de formation rattaché à un Centre Hospitalier (CH), nous avons choisi d'étudier un terrain comparable à celui sur lequel nous allons travailler. Ainsi, avons-nous exclu de notre étude les IFSI adossés à un Centre Hospitalier Universitaire (CHU).

Nous avons fait le choix de réaliser l'étude au sein de l'un des CH de notre région d'appartenance. Le second CH est situé dans une autre région. Les deux CH et instituts sont différents car il nous semblait intéressant d'observer si les problématiques de partenariat entre les deux directeurs des soins étaient similaires dans des établissements de capacités différentes.

**Le CH n°1** est implanté dans un bassin de population d'environ 176 000 habitants. D'une capacité d'accueil de 1196 lits et places, il emploie 2353 Equivalents Temps Plein (ETP) personnels non médicaux et 212 ETP personnels médicaux. Issu de la fusion du CH et du Centre Hospitalier Spécialisé (CHS), il est réparti sur quatre sites géographiques différents. Ceux-ci sont regroupés en un pôle administratif et sept pôles d'activités médicales. Le DSES a effectué toute sa carrière professionnelle au sein de cet établissement. Issu de la promotion 2010 de l'EHESP, il occupe le poste depuis octobre 2010.

**Le CH n°2** a une capacité d'accueil de 558 lits et places, il emploie 1121 ETP personnels médicaux et non médicaux. Son bassin d'attraction représente plus de 100 000 personnes. Organisé en six pôles d'activités médicales et un pôle administratif, il est l'établissement de référence de son territoire de santé. Le DSES, issu de la promotion 2009 de l'EHESP, occupe le poste sur l'établissement depuis dix-huit mois, après une expérience de quatre ans dans un CHS d'une autre région. Il a également en charge la Direction de la Qualité et Gestion des Risques, la Direction de la Communication et des Relations avec la Clientèle. Il est aussi Directeur, référent du pôle Mère-Enfant.

Les instituts de formation sont tous deux rattachés aux établissements de santé et présentent également des profils différents.

**L'institut n°1** a une capacité d'accueil de 100 étudiants infirmiers, 60 élèves aides-soignants et possède un service de formation continue, dont le DSIF a été responsable pendant plusieurs années avant d'effectuer sa formation à l'EHESP. L'IFSI est situé sur l'un des sites du CH, distant de quelques kilomètres du site principal au sein duquel se trouve le bureau du DSES. A l'issue de sa formation à l'EHESP en 2008, le DSIF a exercé une mission transversale pendant six mois auprès de la Direction des Ressources Humaines (DRH) du CH, avant de prendre le poste à l'IFSI. Il assure des gardes administratives et est membre du Comité de Direction.

**L'institut n°2**, implanté sur le site même du CH, a une capacité d'accueil de 63 étudiants infirmiers, 40 élèves aides-soignants et possède également un service de formation continue. Il a la particularité d'être constitué en Groupement d'Intérêt Public (GIP), issu de la fusion des deux IFSI précédemment rattachés respectivement au CH et au CHS. Il est constitué à 66% par le CH et à 33% par le CHS. Le DSIF est recruté et évalué par le Directeur du CH. Issu de la promotion 2008 de l'EHESP, il occupe le poste depuis 2011, après une expérience de trois ans dans un autre IFSI de la région. Il n'assure pas de gardes administratives.

Nous avons interrogé vingt-deux acteurs<sup>59</sup> concernés à des niveaux différents par le partenariat entre le DSIF et le DSES. Ainsi, dans chacun des établissements, avons-nous interviewé :

- le Directeur d'établissement<sup>60</sup>
- le DSIF
- le DSES
- deux cadres de santé chargés de formation (CSF)
- deux cadres de santé chargés d'unités de soins (CS)
- deux tuteurs
- deux étudiants en soins infirmiers

Ces acteurs ont été choisis de deux manières :

- par appel à candidature de la part des DSES et DSIF en ce qui concerne les cadres formateurs, les cadres d'unités de soins et les tuteurs,
- sur proposition de noms d'étudiants par les DSIF, sélectionnés parmi les étudiants du semestre 6, étant jugés plus aptes à répondre aux questions du fait d'une plus grande distanciation sur leur formation et d'une implication pour certains d'entre eux en tant que représentants des étudiants.

---

<sup>59</sup> Annexe I

<sup>60</sup> Le directeur d'établissement s'entend en tant que chef d'établissement. Dans la suite de notre travail, nous écrirons de manière simplifiée « le directeur ».



### **2.1.2 La pratique d'entretien et d'analyse de documents**

Afin de confronter à la théorie le ressenti des acteurs, nous avons retenu la méthode d'enquête par entretiens semi-directifs. En effet « l'enquête par entretien est particulièrement pertinente lorsque l'on veut analyser le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques, aux événements dont ils ont pu être témoins actifs, lorsque l'on veut mettre en évidence les systèmes de valeurs et les repères normatifs à partir desquels ils s'orientent et se déterminent. Elle aura pour spécificité de rapporter les idées à l'expérience du sujet<sup>61</sup> ». Nous avons élaboré un guide d'entretien pour chaque catégorie d'acteurs<sup>62</sup>. Les questions ont été établies à partir des quatre derniers axes de notre recherche cités ci-dessus. Tous les entretiens se sont déroulés après une prise de rendez-vous. Dix-neuf entretiens ont été réalisés sur le lieu d'exercice professionnel des personnes interrogées, deux entretiens d'étudiants ainsi que l'entretien d'un tuteur ont été effectués par téléphone. L'ensemble des acteurs a été préalablement informé du thème général du travail de recherche, de la durée approximative de l'entretien. Tous les entretiens ont été enregistrés avant une retranscription intégrale, associée à une prise de note littérale. Ils ont ensuite fait l'objet d'une analyse par thèmes en regard des questions posées.

Nous avons également choisi de réaliser une analyse de contenu des projets de soins et projets pédagogiques des deux établissements avec un focus sur leur articulation en ce qui concerne la formation des étudiants en soins infirmiers. Les informations obtenues, croisées avec les réponses des personnes interviewées nous ont permis de percevoir le niveau de partenariat entre les DSIF et les DSES de chaque établissement.

### **2.1.3 Les limites de la méthode d'enquête**

Si la méthode d'enquête par entretiens semi-directifs nous est apparue la plus adaptée à notre objet d'étude, elle peut présenter en elle-même un biais dans la mesure où le discours recueilli reflète l'état d'esprit de la personne interviewée à un moment donné, ce discours pouvant être différent à un autre moment.

Par ailleurs, nous n'avons pas testé l'intégralité de nos grilles d'entretien compte tenu du délai imparti pour effectuer cette recherche. Etant donné la disponibilité des acteurs, nous avons débuté nos entretiens par les interviews des étudiants et seul ce guide d'entretien a été testé afin d'être remanié.

---

<sup>61</sup> BLANCHET A., GOTMAN A., 2010, *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*, 2<sup>ème</sup> édition, Paris : Armand Colin, p. 27.

<sup>62</sup> Annexe II

Après réajustement de notre travail lors de la rédaction de la note d'étape, nous avons choisi de réaliser les entretiens sur deux établissements, ce qui ne permet pas une exhaustivité de l'étude. En effet, le faible nombre d'entretiens réalisés auprès des différentes catégories d'acteurs ne donne pas une représentation significative du partenariat entre les directeurs des soins. De plus, les entretiens n'ont pas tous été réalisés dans les mêmes conditions. Même si la durée prévisible de l'entretien avait été annoncée, deux d'entre eux ont dû être écourtés du fait d'une modification de dernière minute de l'agenda des personnes interrogées. Deux entretiens d'étudiants ont également dû être effectués par téléphone, entre la fin du stage du semestre six et la proclamation des résultats du diplôme d'Etat. Un entretien de tuteur a été effectué par téléphone à distance des autres entretiens, du fait des vacances.

D'autre part, l'analyse des projets de soins et des projets pédagogiques s'est révélée complexe et reste peu exploitable dans la mesure où les projets de soins des deux établissements de santé ne sont pas actualisés, pour des raisons institutionnelles (absence de Directeur des soins pendant plusieurs années, Plan de Retour à l'Equilibre). En effet, le projet de soins du CH n°1 s'inscrit dans le projet d'établissement 2011-2015 mais n'a pu être mis en œuvre, et celui du CH n°2 prend en compte la période 2005-2009, antérieure à la réingénierie de la formation infirmière. De plus, au sein de l'IFSI n°1 il n'existe pas jusqu'alors de projet pédagogique, nous avons dû nous référer à un projet en cours de rédaction.

Un autre élément à prendre en considération est sans doute le peu d'ancienneté des deux Directeurs d'établissements. L'un est directeur intérimaire depuis le mois de février alors que le second est nommé sur le CH depuis le mois d'avril. Ces éléments ont été portés à notre connaissance après la prise de rendez-vous.

Enfin, notre statut d'élève directeur des soins a pu biaiser certaines réponses, même si nous avons garanti l'anonymat des réponses afin de faciliter la libre expression des personnes interrogées.

Ainsi, les résultats extraits de ce travail ne peuvent être généralisés. Ils permettent d'éclairer nos réflexions et de proposer des préconisations professionnelles qui nous seront utiles dans notre future fonction.

## **2.2 Analyse des entretiens et des projets**

### **2.2.1 Analyse des entretiens**

Dans un premier temps, nous avons effectué une analyse de chaque entretien. A partir de la retranscription de ceux-ci, nous avons établi une grille d'analyse de contenu. Pour chaque établissement, nous avons classé les données par acteur et par axe de recherche au sein desquels nous avons identifié des sous-thèmes. Puis dans un second temps nous avons procédé à une analyse transversale du corpus afin de confronter les données et faire émerger la cohérence mais aussi les divergences dans le discours des acteurs.

### **2.2.2 Analyse des projets**

Pour chacun des établissements, nous avons réalisé une analyse comparative des projets de soins et des projets pédagogiques, à partir d'une grille de lecture qui comporte les items suivants : éléments formalisant le partenariat, principes et valeurs, corrélations/liens et oppositions/contradictions.

### **2.2.3 Analyse comparative des deux méthodes d'investigation**

A partir des deux étapes précédentes, nous avons croisé les données des discours et celles des écrits. Cela nous a permis de dégager des éléments complémentaires, notamment sur les divergences ou convergences entre le discours des directeurs des soins et la formalisation des projets.

Après avoir défini la méthodologie de l'étude et d'analyse des données, nous allons maintenant construire notre diagnostic, au regard de notre problématique.

## **2.3 Le diagnostic**

### **2.3.1 Les modalités de mise en œuvre du partenariat entre les deux DS**

Les entretiens ont cherché à mettre en évidence le type de relations entretenues par les deux DS ainsi que des exemples de mise en œuvre du partenariat.

#### **Le type de relation**

Au sein des deux établissements, les relations entre les deux DS sont de nature très différente. Pour le CH n°1, le Directeur estime que les relations entre le DSES et le DSIF sont bonnes. Cependant, le discours des deux DS est très différent. En effet, le DSIF affirme travailler en toute transparence avec le DSES mais dans le même temps reconnaît que le partenariat se passe mieux avec les établissements extérieurs. Pour sa part, le DSES qui

pensait que le fait de connaître le DSIF depuis longtemps serait un facteur favorisant leur relation, reconnaît que celle-ci s'est dégradée dans le temps au point qu'aujourd'hui elle estime ne pas avoir de collaboration approfondie avec sa collègue, par manque de transparence et de confiance, constat qu'elle verbalise de la manière suivante : « j'essaie d'avoir une attitude transparente avec elle mais je ne suis pas en confiance ». Elle va jusqu'à affirmer qu'elle a de meilleures relations avec les directeurs fonctionnels (qualité, logistique). Ceci est corroboré par l'un des CS qui pense que les relations sont extrêmement tendues entre les deux DS du fait d'un manque de transparence et d'un conflit d'intérêt qui rendent leur travail en commun très difficile.

A contrario, au sein du CH n°2, la relation entre les deux DS est jugée bonne par l'ensemble des membres de l'encadrement. En effet, le Directeur estime que les relations sont bonnes, construites sur des échanges simples et réguliers. Les DS quant à eux, pensent qu'ils ont une relation particulière privilégiée car issus de la même filière et du même corps. La DSES va même jusqu'à affirmer que « notre relation est plus fluide que la relation de certains cadres formateurs et cadres d'unités entre eux ». L'ensemble des cadres interrogés pensent que les deux acteurs ont une relation construite sur une communication libre, avec une véritable volonté de rapprochement et de travail en partenariat. L'un des cadres d'unité de soins va jusqu'à dire qu'ils s'apprécient.

A travers ces propos, nous appréhendons combien la confiance est déterminante dans la relation entre les partenaires. E. SIMON, reprenant les travaux de F. BIDAULT et JC. JARILLO, définit la confiance comme étant « une croyance dans le comportement de l'autre dont on suppose qu'il va être dicté par la poursuite d'un intérêt commun à long terme plutôt que par la volonté de maximiser l'intérêt personnel à court terme<sup>63</sup> ». La confiance apparaît alors « comme le ciment dans les relations d'échange<sup>64</sup> », nécessitant des communications fréquentes et une certaine proximité. Cette confiance interpersonnelle s'appuie sur des caractéristiques objectives attribuées au partenaire, qui sont l'intégrité, l'honnêteté, la fiabilité, la compétence, la réputation et l'histoire de la relation. Ainsi, dans le CH n°1, l'un des cadres d'unité de soins fait remarquer que de manière historique, les relations ont toujours été conflictuelles entre les deux DS, alors que dans le CH n°2, un cadre formule exactement l'inverse.

---

<sup>63</sup> SIMON E., juin 2007, « La confiance dans tous ses états », *Revue française de gestion*, n° 175, p. 86.

<sup>64</sup> SIMON E., *ibidem*.

Par ailleurs, nous faisons le constat qu'au sein des deux établissements, tuteurs et ESI ne peuvent se prononcer sur le type de relations entretenues entre les deux DS. Deux d'entre eux disent même ne pas connaître le DSIF ou le DSES. Seul un ESI de l'IFSI n°2 pense qu'ils entretiennent de bonnes relations car il était représentant des étudiants de troisième année à la CSIRMT et a pu constater leur travail de partenariat lors de la résolution d'une problématique particulière concernant les ESI.

### **Les exemples de mise en œuvre du partenariat**

Nous faisons le constat qu'en fonction du type de relation entretenue par les deux DS, le partenariat est plus ou moins effectif.

**Au sein du CH n°1**, le partenariat s'exprime principalement à travers les cadres de santé et les professionnels. L'ensemble des personnes interviewées cite comme exemples la participation des cadres aux épreuves de sélection, la réalisation d'enseignements théoriques par les professionnels de terrain ainsi que leur participation aux soutenances des Travaux de Fin d'Etudes (TFE), la collaboration entre les CSF et les tuteurs lors de visites de stages ainsi que lors de problématiques concernant des situations individuelles d'étudiants.

Pour sa part, le DSES verbalise le fait « qu'il n'y a pas de projet affiché avec l'IFSI » du fait d'une difficulté à travailler ensemble. Il souhaiterait travailler avec l'IFSI à la rédaction d'une charte d'encadrement mais craint « qu'il n'y ait pas de collaboration dans la construction du document ». Concernant les projets communs menés entre le CH et l'IFSI, il utilise des termes forts en s'exprimant ainsi : « la formation au tutorat est emblématique de nos difficultés alors que c'est un thème qui devrait nous rassembler ». En effet, celle-ci a dû être externalisée, faute d'entente entre les deux DS sur son contenu. Ceci est corroboré par différents acteurs. L'un des cadres d'unité de soins exprime le fait « qu'il n'y a pas de travail de construction sur l'encadrement des ESI ». Un CSF estime que « le partenariat est unilatéral : les décisions sont prises par l'équipe de l'IFSI, les projets sont menés par l'IFSI et présentés ensuite dans les services », alors que le DSIF reconnaît qu'il n'existe pas de lien entre le projet pédagogique et le projet de soins dont il n'a pas connaissance. Le DSES exprime exactement la même chose concernant le projet pédagogique. Cependant, selon C. CATTIAUX, l'alternance intégrative dont l'enjeu est la professionnalisation et la construction de l'identité professionnelle de l'étudiant, implique une nouvelle posture des acteurs, nécessitant « une concertation permanente entre les différents lieux d'apprentissage qui pourrait se traduire par une volonté affirmée commune dans la cohésion des projets de soins institutionnels et des projets pédagogiques<sup>65</sup> ».

---

<sup>65</sup> CATTIAUX C., mai 2009, « Le stage, une coopération revisitée pour une dynamique d'apprentissage réinventée », Soins Cadres, supplément au n°70, p. S5.

**Au sein du CH n°2**, nous constatons les mêmes participations des acteurs aux jurys, aux enseignements et aux visites de stage. Cependant, le discours des acteurs est très différent. En effet, pour le DSIF, il est important de « travailler ensemble pour une seule direction : la direction des soins », alors que le DSES précise que « le DSIF n'est pas un sous-directeur mais mon *alter ego* ». De ce fait, le partenariat est beaucoup plus effectif et perceptible dans le discours des acteurs. En effet, le DSES a travaillé avec le DSIF sur le projet pédagogique et le projet d'enseignement de l'IFSI et, lors de la rédaction prochaine du nouveau projet de soins, le DSES souhaite associer le DSIF afin d'y inscrire un axe formation. De plus, il estime qu'en tant que membre de la CSIRMT, il est important que le DSIF connaisse les projets du CH. Selon le DSIF et deux cadres, ils travaillent également ensemble lorsqu'un ESI se trouve en difficulté sur un lieu du stage ou lorsqu'un stage n'est pas validé par la Commission d'Attribution des Crédits (CAC). Ils analysent les situations ensemble afin d'envisager des axes d'amélioration et font le choix commun du lieu de stage complémentaire pour l'ESI. Par ailleurs, huit personnes interrogées au sein des cadres, des tuteurs et des ESI, citent le projet concernant le livret d'accueil des étudiants en stage qui inclut la rédaction de situations de soins prévalentes, comme étant l'un des éléments phares du partenariat car il associe les cadres des unités de soins, les cadres formateurs et les tuteurs. Enfin, cinq personnes (Directeur, DSIF, 1 CS et 2 ESI) citent également la formation au tutorat comme étant un projet porté par les deux DS et venant renforcer le partenariat.

### **L'analyse des projets de soins et des projets pédagogiques**

L'analyse des projets de ces deux établissements vient corroborer le discours des acteurs. Même s'ils ne disposent pas de valeurs communes entre projet de soins et projet pédagogique et restent centrés respectivement sur le patient pour les projets de soins et sur l'étudiant pour les projets pédagogiques, ils sont tous deux élaborés à partir d'une réflexion participative (agents et cadres ou équipes pédagogiques) prenant en compte les cadres réglementaires dans lesquels ils s'inscrivent et mettent en exergue la qualité de la prise en charge des patients. De plus, des éléments de partenariat sont identifiés.

**Les projets pédagogiques** s'appuient sur le principe de l'alternance intégrative et identifient le rôle de chacun des acteurs. Dans le futur projet pédagogique de l'IFSI n°1, le référent de suivi pédagogique « fait le lien entre l'IFSI et les membres de l'équipe soignante ». Un chapitre « partenariat IFSI/Stages » est identifié, formalisé soit par un temps annuel d'informations entre l'IFSI et les structures d'accueil, soit par des temps de rencontres plus individualisées dans une unité de soins. Dans le projet pédagogique de l'IFSI n°2, il est spécifié : « le formateur référent de stage assure la liaison et l'échange

d'informations entre l'IFSI et le terrain ». De plus, « les analyses de situations professionnelles se réalisent en collaboration avec les professionnels de terrain ».

**Les projets de soins** quant à eux, formalisent clairement des axes de partenariat avec les IFSI. Pour le CH n°1 il s'agit « d'optimiser la politique institutionnelle d'encadrement des étudiants » alors que pour le CH n°2 il s'agit « d'actualiser projet pédagogique et projet d'encadrement des étudiants ».

Cependant, en croisant l'analyse des projets et le discours des acteurs, nous constatons une mise en œuvre du plan d'actions plus effective au sein du CH n°2.

A travers cette analyse, nous appréhendons toute la complexité de la mise en œuvre du partenariat. En effet, selon C. MAROY, il s'agit à la fois d'un travail d'ajustement et de compromis, qui « n'est évidemment pas linéaire, ni lisse ; il est réversible, il est aussi traversé par des luttes d'intérêts et de valeurs<sup>66</sup> ». Cependant, les différents partenaires impliqués dans l'interface partenariale ne doivent pas perdre de vue l'apprenant, élément central du dispositif d'alternance intégrative, vers lequel doivent converger les différents processus générés par les partenaires et permettant la professionnalisation des étudiants en soins infirmiers.

Percevant la complexité de la relation et de la mise en œuvre d'actions partenariales, et afin d'aller plus loin dans notre réflexion, nous avons alors cherché à comprendre ce qui pouvait faire obstacle au partenariat entre les deux directeurs des soins.

### **2.3.2 Les éléments limitant le partenariat**

#### **Les représentations sociales**

Les représentations sociales sont citées par onze personnes sur les vingt-deux interrogées dans les deux établissements comme étant un frein au partenariat entre les deux DS. Le premier argument donné est une connaissance non exhaustive du métier de chacun. En effet, pour J. CLENET et C. GERARD, entre le milieu du travail et de la formation, « les représentations des uns et des autres sont parfois loin de s'accorder, les finalités des uns divergent avec celles des autres<sup>67</sup> », ce qui rend plus difficile la construction du partenariat. Cependant, il existe un profil différent entre les deux établissements car au sein du CH n°2, aucun des tuteurs ni ESI n'a cité ce critère, préférant celui de manque de temps. Nous pouvons émettre l'hypothèse que ne faisant pas partie de l'équipe d'encadrement, ils sont moins confrontés à cette problématique.

---

<sup>66</sup> MAROY C., février 1993, « Le partenariat : concept ou objet d'analyse ? », *Education Permanente*, n°131, p. 34.

<sup>67</sup> CLENET J., GERARD C., *op. cit.*, p. 28.

### **Le manque de temps**

Le second élément cité à neuf reprises est le manque de temps entre les deux DS. Au sein du CH n°2 il est nommé cinq fois, notamment par deux CS et un CSF, argumentant le fait que le DSES cumule plusieurs fonctions. Même s'il semble qu'entre les deux établissements, c'est au sein de ce CH qu'il existe un partenariat plus efficient, le manque de temps apparaît malgré tout comme un critère limitant pour les personnes qui souhaiteraient travailler davantage ensemble.

### **Les relations interpersonnelles**

L'élément « relations interpersonnelles compliquées » est cité à six reprises, dont quatre fois au sein du CH n°1 (Directeur, DSES, CSF, CS). Selon E. SIMON cité précédemment, il peut être mis en lien avec l'élément « manque de confiance » nommé à cinq reprises dont trois fois au sein du CH n°1 (DSES, CS, ESI). Ainsi, l'un des CS s'exprime de la manière suivante : « il y a un gros manque de confiance entre les deux personnes qui se répercute à tous les niveaux ».

### **L'éloignement géographique entre les deux entités**

Enfin, le facteur « éloignement géographique » est exprimé exclusivement au sein du CH n°1 par quatre acteurs (2 ESI, CSF, CS) ce qui peut s'expliquer par la différence de positionnement des IFSI au sein des deux établissements.

### **2.3.3 Les incidences d'un faible partenariat sur les acteurs de l'alternance**

Après avoir identifié un certain nombre de freins au partenariat entre les deux DS, il nous est apparu pertinent d'en appréhender les incidences sur les différents acteurs de l'alternance.

#### **Incidences sur les étudiants**

D'une manière générale, l'intégralité des acteurs interviewés estime que le faible niveau de partenariat entre les deux DS a une incidence directe sur les ESI. Douze d'entre eux (quatre au sein du CH n°1 et huit au sein du CH n°2) pensent que cela concerne la qualité de la formation avec un manque de formalisation de celle-ci, un manque de cohérence dans l'alternance, un mauvais accueil en stage ainsi que des difficultés d'encadrement, notamment par manque de motivation et d'implication des professionnels de terrain. Un ESI s'exprime ainsi : « un travail de qualité pour former les ESI ne peut pas être fait s'il n'y a pas une collaboration directe et authentique entre les 2 DS ». Onze personnes (sept sur le CH n°1 et quatre sur le CH n°2) estiment quant à elles qu'il s'agit de difficultés dans l'acquisition des compétences par les ESI. Pour certains de ces acteurs, un lien est établi



entre la qualité de la formation et la professionnalisation des ESI. Ainsi, un CS dit : « les ESI sentent le manque de cohérence entre l'IFSI et le CH, ce qui peut les mettre en difficulté dans l'acquisition des compétences ». Au sein du CH n°2, un lien est établi par le Directeur, un CS et un tuteur, entre la qualité de la formation et le recrutement sur l'établissement. En effet, pour le tuteur, « une mauvaise qualité d'accueil et d'encadrement donne une mauvaise image du CH. Cela ne pousse pas les futurs professionnels à postuler sur l'établissement ». Pour le Directeur, il s'agit d'un « réel frein au recrutement ».

### **Incidences sur les professionnels de santé**

Par ailleurs, pour sept personnes (l'ensemble des cadres et un tuteur du CH n°1 et deux CS dans le CH n°2), le faible partenariat entre les deux DS a une incidence sur les CS et les CSF, se manifestant par un faible niveau de coopération entre eux. Ainsi, un CS du CH n°1 verbalise le fait que « chacun travaille de son côté sans véritable partenariat : il n'y a pas de projet d'encadrement des ESI ». Un CSF quant à lui, pense que « les ESI ressentent le manque de collaboration entre les CSF et les CS et se servent de cette faille pour jouer sur les deux terrains ». En effet, pour D. MOREAU, un travail de concertation entre l'IFSI et les services de soins est essentiel pour que les ESI se sentent évoluer dans une cohérence intellectuelle formative. Lorsqu'une réflexion est menée entre les CSF et les professionnels de terrain, chaque pôle institutionnel participant à la formation sait ce que l'autre partenaire met en œuvre et dans quel objectif. « Il devient plus difficile de dénigrer, et l'alternance, indispensable dans la formation au soin, n'est plus le moyen rêvé pour l'apprenant de se tirer d'affaire en opposant le stage à l'IFSI<sup>68</sup> ».

Face à l'expression par les différentes personnes interrogées sur le terrain de ces facteurs limitant le partenariat et leurs incidences sur les acteurs de l'alternance, il nous semblait essentiel d'explorer au cours des entretiens les éléments pouvant être mis en œuvre afin de faciliter ce partenariat.

### **2.3.4 Les leviers au partenariat**

#### **Un projet de formation commun**

Cité par dix-neuf personnes, un projet de formation commun, articulant le projet de soins et le projet pédagogique apparaît nettement comme pouvant être un levier au partenariat. Ainsi, pour le Directeur du CH n°1 « il est clairement un levier à la collaboration entre les deux DS. L'accueil des ESI dans les services légitime le fait que le projet de formation initiale soit intégré dans la réflexion du projet de soins ». Un CSF de ce même établissement

---

<sup>68</sup> MOREAU D., février 2004, « Entre compagnonnage et partenariat, ensemble dans l'alternance », Soins Cadres, n° 49, p. 53.

renforce cette idée en exprimant le fait qu'un projet de formation institutionnel doit se situer dans une politique « du faire ensemble ». Ce discours est confirmé par Y. BUBIEN et P. BOURREL qui, dans un article intitulé « partenariat hôpital – école, une alliance entre instituts de formation et unités de soins » écrivent que « les liens entre projet de soins et projet pédagogique doivent être développés afin de veiller à la meilleure articulation possible entre eux pour faire vivre et optimiser ce partenariat<sup>69</sup> ». Cependant, le DSES de ce même établissement ne peut envisager un tel projet car il pense « qu'il faut d'abord une vraie confiance pour avoir envie de mener des projets ensemble ». Pour les autres acteurs des deux établissements, l'intérêt d'un projet commun serait d'instaurer davantage de cohérence dans la formation et de liens entre les professionnels de l'IFSI et du CH dans la perspective d'une plus grande qualité de formation. Un ESI du CH n°2 estime qu'un projet de formation commun permettrait « une plus grande uniformisation des pratiques et davantage de cohérence entre la théorie et la pratique ». Cela est renforcé par le discours du DSES et d'un tuteur qui pensent que certains Travaux Pratiques (TP) devraient pouvoir être réalisés par des professionnels de terrain en co-animation avec les CSF. Pour sept de ces acteurs (CS, CSF, tuteurs, ESI), ce projet pourrait être formalisé par davantage de communication et de temps d'échanges notamment entre les CSF et les tuteurs de stage. Un CSF du CH n°1 donne comme exemple « d'organiser des rencontres de façon semestrielle avec un pôle » alors que les deux tuteurs du CH n°2 souhaitent davantage d'accompagnement de la part des CSF autour du portfolio. Un ESI de ce même établissement souhaite quant à lui « davantage de rencontres entre les CSF et les CS sur des thèmes communs en lien avec la formation pour davantage de cohérence ». Enfin, sur les deux établissements, les CS et les tuteurs interrogés pensent que le projet commun peut être formalisé par la mise en place de parcours individualisés de stage, articulés aux parcours de soins des patients sur l'hôpital, favorisant à la fois l'acquisition des compétences par les étudiants et une amélioration de la qualité des prises en charge des patients.

### **Le management**

Un autre levier abordé essentiellement par les Directeurs et DS est le management des DS par le Directeur. Pour le Directeur du CH n°1, le partenariat doit être « naturel et spontané ». En cas de difficultés se présentant dans le cadre d'un projet de formation commun, il estime avoir à intervenir une fois par an auprès des DS pour connaître les difficultés et l'état d'avancement du projet. Le DSES estime quant à lui que le management du Directeur pourrait être un levier mais qu'il serait vécu plutôt comme une contrainte : « il doit poser des

---

<sup>69</sup> BUBIEN Y., BOURREL P., août 2014, « Partenariat hôpital-école, une alliance entre instituts de formation et unités de soins », Soins Cadres, n° 91, p. 22.

objectifs aux DS, les faire travailler ensemble ». Il rajoute : « je le ferai parce que je suis un bon petit soldat, mais cela n'a pas de sens ».

Au sein du CH n°2, le discours des acteurs est de nouveau très différent. Le Directeur estime qu'il n'est pas nécessaire qu'il intervienne auprès des deux DS car le partenariat se déroule dans de bonnes conditions. Il précise qu'en cas de dysfonctionnement il interviendrait pour « poser des objectifs à chacun d'entre eux sur les sujets qu'ils ont à travailler en commun et les réunir à une fréquence déterminée pour s'assurer de la bonne réalisation de ces objectifs ». Pour sa part, le DSES estime que le rapport des deux DS au Directeur n'est pas le même de par leur positionnement respectif différent au niveau stratégique. Pour avoir vécu une expérience dans un précédent établissement, il pense qu'une direction fonctionnelle (la communication est citée en exemple) assurée par le DSIF pourrait renforcer leurs relations et leur partenariat.

### **La Gestion Prévisionnelle des Métiers et des compétences (GPMC)**

Au sein du CH n°2, la GPMC, avec l'instauration de parcours professionnalisants des cadres sur l'établissement est citée par trois acteurs comme pouvant être un levier au partenariat entre les deux DS. Pour le Directeur et le DSES, un travail de réflexion doit s'organiser entre le Directeur des Ressources Humaines (DRH) et les deux DS afin de mettre en œuvre des parcours professionnalisants, notamment à travers une mobilité entre l'IFSI et le CH. En effet, pour le DSES « l'aspect pédagogique est important pour un cadre d'unité de soins, cela lui permet une distanciation et une conceptualisation ». Un CS pense pour sa part que cette mobilité des cadres permettrait de « combler l'écart entre l'IFSI et le CH car nous avons tous le même objectif : la qualité de prise en charge des patients par des professionnels compétents ».

Ainsi, à travers le partenariat entre les deux DS, s'agit-il de mettre en œuvre une politique managériale des ressources humaines centrée sur l'instauration de parcours professionnalisants individualisés permettant le développement des compétences et, par là-même, de maintenir un niveau de performance satisfaisant de l'établissement. Pour G. LE BOTERF « le développement des compétences des professionnels n'est plus seulement considéré comme relevant de la formation, mais comme résultant de parcours individualisés incluant le passage par des opportunités diverses de professionnalisation<sup>70</sup> ».

---

<sup>70</sup> LE BOTERF G., L'ingénierie de la formation : quelles définitions et quelles évolutions ?, in CARRE P., CASPAR P. / éd. 2011, *Traité des sciences et des techniques de formation*, 3<sup>ème</sup> édition revue et actualisée, Paris : Dunod, p. 391.

### **2.3.5 Les perspectives d'évolution du partenariat entre les deux DS**

Lors de nos entretiens, nous avons sollicité les personnes interviewées sur les perspectives d'évolution qu'elles sont susceptibles d'entrevoir dans le partenariat entre les deux directeurs des soins, dans le processus de professionnalisation des étudiants en soins infirmiers.

La majorité des personnes interrogées, qu'il s'agisse du Directeur, des DS, des cadres ou des tuteurs, perçoit l'évolution du partenariat à travers la réalisation de travaux menés de manière conjointe entre les différents acteurs, dans le cadre d'un projet de formation commun. Cela permettrait de renforcer les liens entre institut de formation et services de soins et de réduire les incohérences entre théorie et pratique dans la formation. De plus, la réflexion conjointe, la contribution mutuelle des professionnels des deux systèmes d'activités sont un atout majeur pour améliorer et accroître les compétences individuelles et collectives. Ainsi, la notion de coresponsabilité, de co-construction, et de co-évaluation prendrait tout son sens dans la construction d'une véritable alternance intégrative.

### **2.3.6 Synthèse du diagnostic**

Les éléments rapportés par les personnes interrogées montrent que les représentations sociales que peuvent avoir les directeurs des soins du métier de chacun ainsi que les difficultés relationnelles sont un frein à leur partenariat. Ainsi, des relations interpersonnelles conflictuelles marquées par un manque de transparence, ne permettent pas l'instauration d'une relation de confiance nécessaire à la mise en œuvre de ce partenariat.

Il faut également tenir compte de deux autres critères que sont l'éloignement géographique entre l'IFSI et le CH ainsi que le manque de temps entre les deux DS pour travailler ensemble, du fait d'un cumul de fonctions. Ces derniers éléments, même s'ils viennent se rajouter aux éléments précédents, ne nous semblent pas être déterminants car au-delà se joue la question de la véritable volonté de rapprochement et de travail en partenariat, ceci dans le respect des missions et des responsabilités de chacun, mais également dans un objectif commun qui est la formation de futurs professionnels compétents.

Un faible niveau de partenariat entre les deux directeurs des soins a une forte incidence sur la qualité de la formation et la professionnalisation des étudiants. D'une part, il entraîne une moindre coopération entre les CS et les CSF et entre les tuteurs et les CSF, se traduisant par l'absence de projet d'encadrement des ESI. D'autre part, il a une incidence directe sur les ESI qui ressentent un manque de cohérence entre le travail prescrit et le travail réel.

Le principal levier identifié par les acteurs consiste en la formalisation d'un véritable projet de formation, co-construit par les deux DS à partir d'une articulation entre projet de soins et projet pédagogique, afin d'instaurer davantage de liens entre les professionnels de l'IFSI et du terrain, notamment entre les CSF et les tuteurs, et davantage de cohérence dans la formation.

Par ailleurs, le management des DS par le Directeur a été abordé au cours des entretiens comme pouvant être un levier au partenariat lors de difficultés. Cependant, par la formulation d'objectifs et l'obligation de rencontres formelles entre les deux DS, il apparaîtrait plutôt comme une contrainte, dont l'impact positif sur la confiance interpersonnelle et la volonté de travailler ensemble resterait à vérifier.

Enfin, la GPMC, avec l'instauration de parcours professionnalisants des cadres, incluant une mobilité entre le CH et l'IFSI est également citée comme pouvant être un levier au partenariat entre les deux DS, dans la mesure où elle permettrait le développement des compétences individuelles et collectives et le maintien d'un certain niveau de performance de l'établissement.

Grâce aux éléments conceptuels mobilisés dans la première partie de notre travail, aux données recueillies auprès des professionnels et leur analyse, nous sommes maintenant en mesure de formuler des préconisations professionnelles qui vont nous permettre de nous projeter dans notre future fonction.

### **3 PERSPECTIVES ET PRECONISATIONS**

Les préconisations que nous allons développer s'appuient d'une part sur des éléments conceptuels et d'autre part sur des propositions recueillies auprès des personnes enquêtées. Elles tiennent compte à la fois des facteurs limitant le partenariat qu'il va s'agir de réduire, et des leviers qu'il sera nécessaire de renforcer.

#### **3.1 La confiance, élément moteur du partenariat**

E. SIMON, dans son article intitulé « La confiance dans tous ses états », reprend les recherches de plusieurs auteurs, selon lesquels la confiance joue un rôle de ciment dans les relations d'échange. En effet, la confiance interpersonnelle caractérise la confiance placée par des individus dans d'autres individus. Elle est perçue comme une importante ressource sociale qui facilite la coopération et permet une meilleure coordination des interactions. La coopération entre les partenaires est alors influencée à la fois par la confiance et par le degré d'engagement. En cela, le partenariat implique un réel engagement de la part des acteurs. Il s'inscrit dans une démarche volontariste de rapprochement des protagonistes autour d'objectifs communs. A travers ceux-ci, la confiance va se développer grâce à un dialogue, des interactions fréquentes entre les individus et une certaine proximité. Ainsi, pour C. DONADA et G. NOGATCHEWSKY<sup>71</sup>, la confiance se développe dans le temps entre les partenaires et s'approfondit au fur et à mesure que la relation se développe. Elle se traduit alors par davantage de coopération, d'action jointe, de coordination, d'implication des partenaires et d'acceptation de normes relationnelles (partage d'informations, résolution de conflits, communication).

##### **3.1.1 Le rôle de la formation à l'EHESP**

Depuis 2002, directeurs des soins en instituts de formation et directeurs des soins en établissements de santé bénéficient d'une formation commune à l'EHESP. Cette formation, construite sur l'inter-professionnalité et l'inter-filiarité, permet notamment le partage d'expériences. Ainsi, la confrontation d'idées, de logiques et de cultures différentes engage-t-elle à avoir une réflexion sur la compréhension des missions et des responsabilités de chacun, afin de favoriser la construction d'une identité professionnelle partagée.

---

<sup>71</sup> DONADA C., NOGATCHEWSKY G., juin 2007, « La confiance dans les relations interentreprises », *Revue française de gestion*, n°175, p. 119.

L'esprit fédérateur de la formation permet à chacun d'entre nous, au-delà de notre expertise, de diminuer les zones d'incompréhensions respectives et d'instaurer un respect mutuel et un climat de confiance, nous incitant à nous projeter dans la construction de projets communs.

### **3.1.2 La confiance entre les directeurs des soins, un enjeu stratégique**

La mise en œuvre d'une alternance partenariale nécessite l'engagement du DSIF et du DSES qui va dépendre des enjeux identifiés par chacun, notamment en termes de rapports de pouvoir et de légitimité au sein du partenariat, mais également en termes de stratégies identitaires développées ainsi que du type de relation partenariale instaurée : relation de monopole, de concurrence ou de complémentarité.

En effet, en fonction du positionnement de chacun au sein de ces trois éléments, la relation de confiance s'établira de façon différente. Pourtant, de cette relation de confiance instaurée entre les deux directeurs des soins dépendra le degré d'engagement et de performance des autres partenaires : cadres d'unités de soins, cadres formateurs, tuteurs et étudiants.

Afin d'instaurer cette relation de confiance qui se construit essentiellement sur des bases cognitives et affectives, le directeur des soins nouvellement nommé dans un établissement (IFSI ou CH) doit, lors de sa prise de fonction, rencontrer son homologue, ce qui lui permettra de mesurer l'existence d'une certaine attraction entre eux. En effet, pour J. BOUCHET cité par P. PERRIER-GUSTIN « l'attraction définit, à l'intérieur d'une relation, la dimension émotionnelle à l'égard des autres et se caractérise par l'expression d'une attitude positive envers autrui et par le désir de se rapprocher d'autrui<sup>72</sup> ». Celle-ci est favorisée par la proximité spatiale, affective et référentielle, ainsi que par la notion de similitude ou de complémentarité entre les acteurs, permettant une reconnaissance des missions, des responsabilités mais également des compétences de chacun.

Secondairement, cette relation de confiance nécessite des interactions fréquentes pour s'établir dans le long terme. La communication, le partage d'informations autour de situations individuelles d'étudiants, de la construction de parcours professionnalisants, de la mise en œuvre du référentiel de formation infirmier et de ses ajustements en fonction des modifications réglementaires sont autant d'éléments sur lesquels les deux DS peuvent s'appuyer pour développer la confiance et favoriser une coopération fructueuse et durable. Mais cette confiance peut également naître à partir de temps plus formels tels que la participation respective aux instances.

---

<sup>72</sup> PERRIER-GUSTIN P., *op. cit.*, p. 19.

### **3.1.3 Les instances, un rôle déterminant dans la construction de la confiance**

Les instances représentatives de la formation infirmière et du service de soins sont respectivement le Conseil Pédagogique (CP) et la CSIRMT. Selon l'Annexe II de l'Arrêté du 21 avril 2007<sup>73</sup>, le directeur des soins, coordonnateur général ou son représentant, le directeur des soins, est membre de droit du CP de l'institut de formation rattaché à l'établissement public de santé. Concernant la CSIRMT, le décret du 30 avril 2010<sup>74</sup> précise que les directeurs des soins chargés des instituts de formation et écoles paramédicaux rattachés à l'établissement participent aux séances de la commission avec voix consultative.

La participation de chacun des DS à ces instances permet une meilleure connaissance des projets respectifs ainsi que la mise en œuvre de ceux-ci. Nos entretiens nous ont montré que la CSIRMT au sein du CH n°2 a permis la mise en œuvre de groupes de travail en partenariat entre le CH et l'IFSI dont l'objectif est la formalisation des livrets d'accueil et des situations prévalentes, pour un meilleur niveau d'encadrement et une plus grande professionnalisation des étudiants.

De plus, dans un contexte pédagogique et hospitalier en forte évolution mais également contraint, la participation du DSIF à des réunions de cadres de pôles ou réunions de cadres permet des échanges autour de sujets pédagogiques et/ou organisationnels concernant la professionnalisation des ESI. De la même manière, le DSES peut participer à des réunions sur l'IFSI afin d'échanger avec l'équipe pédagogique autour de sujets tels que l'offre de stage : capacité d'accueil des services, ouverture d'un nouveau terrain de stage et projet d'encadrement des ESI ; ou permettre la réalisation de bilans partagés (évaluation de certains stages par exemple).

Enfin, lors de modifications de l'Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, telles que celles survenues dans l'Arrêté du 26 septembre 2014, des temps de rencontres avec les tuteurs de stage peuvent être organisés par le DSIF et le DSES afin d'en permettre une meilleure appropriation par les professionnels.

Comme nous l'avons vu dans la première partie de notre travail, la communication joue un rôle important dans la dynamique évolutive des représentations sociales. Grâce à la participation des DS à ces temps d'échanges, la relation de proximité s'instaure, contribuant

---

<sup>73</sup> MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE, Arrêté du 2 août 2011 modifiant l'arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, JORF, n° 0183 du 9 août 2011.

<sup>74</sup> MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Décret n° 2010-449 du 30 avril 2010 relatif à la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques dans les établissements publics de santé, JORF, n° 01404 du 5 mai 2010.



à installer des rapports de confiance, de reconnaissance et de transparence entre eux, autour de leur expertise professionnelle, et favorisant par là-même l'évolution des représentations.

Cette confiance, évolutive par nature, va mettre plusieurs mois à se construire et se développer entre les deux DS, jusqu'à devenir éventuellement un véritable mode de gouvernance, comme nous avons pu le constater au sein du CH n°2. En cela elle nous semble être un socle indispensable à la formalisation d'un projet de formation co-construit par les deux DS.

### **3.2 Un projet de formation co-construit par les deux directeurs des soins**

Un des principaux enjeux de l'alternance intégrative est d'articuler et faire collaborer l'hôpital et l'IFSI dont les logiques sont différentes mais complémentaires, dans une altérité admise et acceptée, qui participe à la professionnalisation des ESI. Pour réussir cette alternance, un véritable projet de formation institutionnel doit être co-construit par le DSIF et le DSES, afin de permettre une synergie.

Selon JP. BOUTINET, le projet est « une anticipation opératoire, individuelle ou collective d'un futur désiré<sup>75</sup> ». L'anticipation opératoire comprenant deux composantes, à savoir un but, un objectif, mais également un plan pour atteindre l'objectif fixé, qui précise les étapes intermédiaires et les stratégies à développer.

X. ROEGIERS, dans son article « la logique de projet comme fondement d'une action d'éducation ou de formation » fait une distinction entre le « projet projeté » et le « projet agi ». Le premier concerne des projets qui comprennent une visée, une projection, ainsi qu'une action planifiée, mais qui ne comprennent pas la réalisation de l'action proprement dite (le projet de vie). Le second, reprenant la définition de JP. BOUTINET, est un projet dont l'anticipation opératoire débouche sur la réalisation d'une action identifiable dans le temps. « Il n'est pas seulement l'action planifiée, il est aussi l'action exécutée<sup>76</sup> » (le projet de formation), en cela il se définit en termes d'entrées, de processus et de produit.

Nous retiendrons cette dernière acception pour élaborer notre projet et décliner notre plan d'action.

Compte tenu des résultats obtenus auprès des personnes enquêtées, le DSIF et le DSES vont devoir travailler ensemble afin de co-construire le projet de formation. Ainsi, les

---

<sup>75</sup> BOUTINET JP., 2005, *Anthropologie du projet*, Paris : PUF, p. 77.

<sup>76</sup> ROEGIERS X., 2007, Chapitre 5. « La logique de projet comme fondement d'une action d'éducation ou de formation » in *Analyser une action d'éducation ou de formation*, De Boeck Supérieur, p. 176.

éléments contextuels relationnels identifiés lors des entretiens prennent ici tout leur sens. En effet, un différend relationnel tel que nous l'avons constaté au sein du CH n°1 peut, à lui seul, entraver le projet. De plus, en fonction de la confiance établie entre le DSIF et le DSES, le projet sera plus ou moins effectif et prendra plus ou moins de temps à se mettre en place.

### **3.2.1 Un projet négocié autour de valeurs et d'objectifs communs**

Le projet de formation doit être un projet négocié entre les deux DS, mais également par l'ensemble des acteurs de l'alternance, car c'est dans la stratégie de négociation que s'effectue la recherche d'une articulation optimale des convergences et divergences entre les partenaires, basée sur une reconnaissance mutuelle.

Comme nous l'avons perçu lors de l'analyse des entretiens et des projets des établissements enquêtés, il existe peu de liens entre les projets de soins et les projets pédagogiques. Pourtant, afin que le projet de formation soit fédérateur, il est important qu'il soit fondé sur des valeurs directrices qui sous-tendent les actions conduites autour de l'alternance et de la professionnalisation des ESI. En effet, le projet de soins et le projet pédagogique doivent trouver une articulation qui donne du sens à toutes les actions qui seront entreprises de manière conjointe. Comme l'affirme JP. BOUTINET, le projet pédagogique doit cohabiter avec d'autres projets avec une attention particulière aux frontières communes et zones d'interférence. Ainsi « interférence et emboîtement se feront par la négociation qui donnera l'occasion d'infléchir, corriger, modifier certaines perspectives choisies, pour les rendre compatibles avec les impératifs des autres projets<sup>77</sup> ».

Aujourd'hui, dans un contexte sanitaire complexe marqué par la compétitivité, ces projets doivent s'articuler autour d'une logique de compétences individuelles et collectives, tant pour les ESI que pour les professionnels de santé, dans un objectif commun de professionnalisation, afin de permettre une meilleure qualité des soins dispensés et donc une qualité de prise en charge optimale des patients.

### **3.2.2 Articulation entre projet de soins, projet d'institut et projet pédagogique**

La formalisation du partenariat à travers un projet de formation co-construit par les deux directeurs des soins se fera par l'intermédiaire des projets de soins, d'institut et pédagogique, tout en prenant appui sur le projet d'établissement. En effet, le projet de soins et le projet d'institut comporteront le même axe prioritaire qui pourrait s'intituler « Formation-professionnalisation des étudiants » et s'articuleront autour de celui-ci. Ces projets

---

<sup>77</sup> BOUTINET JP., *op.cit.*, p. 203.

déclineront les objectifs stratégiques. Le projet pédagogique, quant à lui, déclinera des objectifs opérationnels, c'est-à-dire la manière dont, à travers les choix pédagogiques effectués pour les trois années de formation, les actions s'articuleront avec les enseignements.

L'ensemble de ces projets fera l'objet d'une co-évaluation à partir d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs.

### **3.2.3 Du diagnostic au pilotage du projet**

Afin de mettre en œuvre ce projet, un diagnostic doit être effectué à partir d'une analyse documentaire des projets de soins et pédagogique et de l'existence d'une articulation entre eux ; des projets d'encadrement mis en œuvre par les services de soins, des résultats d'enquêtes de satisfaction réalisées auprès des étudiants ou des professionnels des services de soins, mais également à partir d'enquêtes ou de questionnaires permettant de recenser les besoins des professionnels de santé et des étudiants ainsi que les souhaits de l'équipe pédagogique.

Ce diagnostic permet également d'identifier les ressources, c'est-à-dire les acteurs et les compétences disponibles afin de définir les objectifs stratégiques et opérationnels du projet.

Grâce à l'élaboration du diagnostic, le projet pourra être formalisé : contexte, acteurs, actions, indicateurs de suivi et d'évaluation. Un planning sera défini à l'aide par exemple d'un diagramme de GANTT qui permettra de situer dans le temps les différentes phases, tâches et ressources du projet. Des jalons pourront également être positionnés afin de mieux suivre la progression du projet.

Afin de piloter le projet, un comité de pilotage, de suivi et d'évaluation (COPIL) sera instauré. Outre la présence du DSIF et du DSES, il pourra être constitué de deux cadres supérieurs de santé (CSS) issus respectivement de l'IFSI et du CH, d'un cadre d'unité de soin et d'un cadre formateur. Ce COPIL, chargé de prendre les décisions stratégiques, d'assurer le suivi du projet et d'en valider les étapes d'avancement, se réunira une fois par trimestre.

Plusieurs groupes de travail seront également constitués dont les missions seront la déclinaison opérationnelle des axes prioritaires définis dans le projet ainsi que l'articulation du projet de soins et du projet pédagogique autour des valeurs et objectifs communs définis auparavant. En fonction du thème de travail, les groupes seront constitués de CSF, de CS et de professionnels du terrain dont le nombre sera à définir plus précisément.

Les membres du COPIL et des groupes de travail seront recrutés à la fois sur la base du volontariat et de leur envie de participer au projet mais également de leurs compétences managériales et pédagogiques, reconnues par leurs supérieurs hiérarchiques respectifs.

### **3.2.4 La communication autour du projet**

La stratégie déployée et la finalité du projet doivent être clarifiées et portées à la connaissance de tous les acteurs du partenariat afin d'en permettre leur compréhension, leur appropriation ainsi que leur adhésion. Pour cela, la mise en place d'un plan de communication est nécessaire, impulsé par les deux directeurs des soins auprès des CSS. Celui-ci doit être formalisé dès le début du projet afin de faciliter la communication tout au long du projet et instaurer un discours commun. Ce plan de communication peut notamment préciser les méthodes utilisées pour collecter et conserver les informations, les destinataires des informations, une description de l'information (format, degré de détail), le calendrier d'émission de l'information ainsi que la méthode de mise à jour du plan de communication. Il permettra de communiquer à la fois en interne et en externe sur le projet, en fonction du déroulé des jalons posés.

### **3.3 La formalisation du projet**

La réforme de la formation infirmière a entraîné un changement de paradigme qui a modifié profondément les rôles de chacun des acteurs qui accompagnent les étudiants dans leur parcours de professionnalisation. L'alternance intégrative nécessite de revisiter le partenariat entre l'IFSI et le terrain, construit non plus sur une juxtaposition mais sur une coresponsabilité, co-construction et co-évaluation de la formation, nécessitant une concertation permanente entre les différents lieux d'apprentissage.

Dans cette dynamique et à partir du diagnostic identifié lors des entretiens, nous déclinons le projet autour de trois objectifs qui sont :

- Formaliser une formation au tutorat co-construite par l'IFSI et le CH
- Articuler les parcours de formation des étudiants et les parcours des patients
- Intégrer les professionnels dans l'apprentissage des actes de soins enseignés à l'IFSI.

#### **3.3.1 Une formation au tutorat co-construite par les acteurs, un préalable indispensable**

Le référentiel de formation des infirmiers pose les principes de la formation clinique en stage et identifie le tuteur de stage comme représentant la fonction pédagogique du stage. Volontaire pour exercer cette fonction, il s'agit d'un professionnel expérimenté ayant développé des capacités ou des compétences spécifiques et un intérêt pour l'encadrement des étudiants. Sa principale mission est d'assurer un accompagnement des étudiants et d'évaluer leur progression dans l'acquisition des compétences.

Cependant, pour L. SERAUDIE « de nombreux professionnels éprouvent des difficultés avec le nouveau référentiel... comme l'institut de formation se base sur notre travail d'encadrement via nos appréciations pour valider le stage, notre responsabilité en tant que tuteur ou professionnel de proximité s'est accrue<sup>78</sup> », alors que de nombreux tuteurs n'ont à ce jour pu bénéficier d'une formation au tutorat pour les accompagner dans leur nouvelle mission.

D'autre part, comme nous avons pu le constater au sein du CH n°1, la formation n'est pas assurée par l'IFSI mais par un organisme extérieur, faute d'entente entre les deux entités.

Toutefois, la co-construction par l'IFSI et le terrain d'une formation au tutorat nous semble être un préalable indispensable à la professionnalisation des étudiants en soins infirmiers. Ce projet pourra être construit à partir des besoins réels des tuteurs. Dans un premier temps, les deux DS organiseront une rencontre entre les CSF, les maîtres et les tuteurs de stage au cours de laquelle les professionnels pourront s'exprimer sur les points forts, les difficultés rencontrées, les besoins en termes d'explicitation de vocabulaire, d'appropriation du portfolio, de méthodes pédagogiques.

Secondairement, le groupe de travail sera constitué. Il sera supervisé par un CSF et un CS, pressentis par les deux DS. Pourront également faire partie du groupe deux tuteurs, appartenant de préférence à deux pôles différents, choisis par les CS de leur unité respective pour leur appétence à l'encadrement des ESI et leurs compétences pédagogiques ; ainsi que deux CSF identifiés par le DSIF.

La mission de ce groupe sera la formalisation de la formation au tutorat. Il s'agira alors de déterminer :

- Le public concerné
- La durée de la formation
- Le nombre de participants par groupe
- Le coût individuel de la formation
- Les objectifs pédagogiques
- Les contenus pédagogiques
- Les critères d'évaluation de la formation
- La plaquette de présentation
- Le planning annuel des sessions de formation
- Les personnes chargées d'effectuer les sessions de formation

---

<sup>78</sup> SERAUDIE L., novembre 2013, « Tuteur et nouveau référentiel de formation », Soins Cadres, supplément au n°88, p. S17.

La formation, réalisée à l'IFSI par les CSF intègrera des méthodes pédagogiques interactives et pourra éventuellement s'appuyer sur la simulation d'encadrement d'étudiants à partir de situations professionnelles vécues par les tuteurs et formalisées sous forme de scénarii. Dans la mesure où elle intègrera des apports cognitifs et une analyse des pratiques professionnelles (APP), elle pourra faire l'objet d'un projet de Développement Professionnel Continu (DPC).

Afin d'aller plus loin, cette formation pourra s'enrichir de rencontres semestrielles organisées par un CSS et un CSF, réunissant les tuteurs autour d'échanges sur des cas concrets issus de leur pratique quotidienne, leur permettant d'analyser leur propre pratique tutorale.

Cette articulation interactive entre l'IFSI et le CH permettra de rompre la dichotomie entre théorie et pratique, d'avoir un langage commun entre les acteurs permettant un meilleur niveau de professionnalisation des ESI et des tuteurs.

Parallèlement à ce groupe de travail, un second groupe réfléchira quant à lui à l'articulation entre les parcours de formation des étudiants et les parcours des patients au sein du CH.

### **3.3.2 L'articulation des parcours de formation et des parcours patients**

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative « aux patients, à la santé et aux territoires » confirme l'organisation interne médicale et médico-technique de l'hôpital public en pôles d'activité dont l'un des principes est d'améliorer le parcours patient, par une organisation plus souple.

De son côté, le référentiel de formation, dans l'Annexe III de l'Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, organise le parcours de l'étudiant en stage, précisant que « les étudiants peuvent effectuer leur stage dans une unité, un pôle dont les activités sont de même nature... » et peuvent également se rendre quelques jours sur d'autres lieux et insérer le stage dans un contexte environnemental, afin de mieux comprendre le parcours des personnes soignées.

Il nous semble par conséquent intéressant de faire se rejoindre les deux types de parcours, afin de permettre une plus grande professionnalisation des étudiants. En effet, en stage au sein d'un pôle, l'étudiant pourra suivre le parcours du patient et appréhender sa prise en charge dans sa globalité. Nous pouvons donner comme exemple le parcours du patient en chirurgie, pour lequel l'étudiant pourra appréhender sa prise en charge aux consultations externes, au bloc opératoire et en service d'hospitalisation complète ou ambulatoire.

Cela rejoint l'idée de G. LE BOTERF<sup>79</sup> selon laquelle la logique de professionnalisation est une logique de parcours « à la carte » qui prévaut sur des cursus identiques pour tous, tout en tenant compte de « points de passage obligés ».

Pour mettre en œuvre ce type de parcours, cela suppose une coopération entre les différents acteurs du partenariat : directeurs des soins, cadres supérieurs de santé, cadres de santé d'unités de soins, cadres de santé formateurs et tuteurs, mais également avec le responsable de la cellule stage si elle existe, pour que les apprentissages se construisent de façon cohérente et prennent du sens.

En fonction du contexte, le groupe de travail chargé de ce projet sera supervisé par deux CSS, issus respectivement de l'IFSI et du CH. Il sera également composé de CSF référents de stage, de cadres de santé d'unités de soins et de tuteurs représentants des pôles différents. Le nombre précis de représentants de chacune de ces catégories sera à affiner ultérieurement.

La mission de ce groupe de travail s'articulera autour de plusieurs axes :

- L'instauration de parcours de formation individualisés, synchronisés aux parcours des patients
- La mise en œuvre d'une politique commune de l'encadrement des ESI sur l'ensemble de l'établissement
- Une facilitation de l'intégration des étudiants au sein des équipes soignantes
- Une amélioration de la qualité de la prise en charge des patients

Pour cela, la création d'outils sera indispensable, tels que :

- **La charte d'encadrement** qui formalisera l'engagement de l'IFSI et du CH dans l'encadrement des ESI, notamment au travers des objectifs précédemment cités. Le groupe sera chargé de la rédaction de la charte.
- **Le livret d'accueil et d'encadrement** pour chacun des pôles. Il sera formalisé par le groupe de travail, à partir des livrets de chaque unité de soins. Les membres du groupe de travail pourront venir en appui des CS et des tuteurs de chaque unité de soins afin de les accompagner dans l'identification des situations de soins prévalentes, des activités de soins et compétences spécifiques pouvant être acquis dans l'unité.

---

<sup>79</sup> LE BOTERF G., in CARRE P., CASPAR P., *op. cit.*, p. 391.

Ce livret comprendra :

- ✓ une présentation du pôle clinique, à savoir le nombre de lits, les différentes unités de soins, le personnel médical et paramédical, ainsi que le type de public pris en charge ;
  - ✓ les modalités d'accueil des étudiants au sein de chaque unité de soins ;
  - ✓ les objectifs spécifiques de chaque unité de soins
  - ✓ les objectifs pédagogiques communs au pôle et l'accès aux différentes activités transversales identifiées au sein du pôle (hémovigilance, éducation thérapeutique par exemple) ;
  - ✓ une identification des référents au sein du pôle : tuteurs et CSF référent IFSI.
- 
- **Le guide d'accueil**, destiné aux CS et aux tuteurs des unités de soins. Il permettra d'aider les CS à recueillir les motivations, les attentes et les besoins des ESI lors de leur arrivée en stage et d'aider les tuteurs à définir le parcours de formation des ESI tout en tenant compte des possibilités du pôle.
  - **Le livret de progression** de l'ESI déclinera les activités de soins les plus courantes de chaque pôle. Utilisé quotidiennement par les ESI, il sera un véritable outil d'auto-évaluation. De plus, le tuteur pourra suivre de manière hebdomadaire la progression des ESI dans le développement de leurs compétences.
  - **La fiche de suivi** permettra la réalisation de bilans par les différents tuteurs assurant l'encadrement des ESI au sein des pôles afin de suivre leur progression et identifier de nouveaux objectifs. En fin de stage, cette fiche, couplée au livret de progression, permettra une plus grande objectivation de l'acquisition des éléments des compétences par les ESI.
  - **Le questionnaire de satisfaction** permettra d'évaluer la satisfaction de chaque étudiant à la fin du stage. Plusieurs critères seront pris en considération tels que la qualité de l'accueil, les modalités d'encadrement, l'atteinte des objectifs, la qualité des échanges avec les tuteurs. Les indicateurs iront de 1 à 4 en fonction du degré de satisfaction. 1 correspondant à « peu satisfait », 4 correspondant à « très satisfait ».

Pour l'IFSI, ce projet nécessitera de disposer non plus de CSF référents d'unités de soins mais de CSF référents de pôles, afin d'accompagner au mieux les ESI dans leur parcours de professionnalisation.



Compte tenu de l'importance de l'implantation de ce projet, nous envisageons éventuellement de le déployer de manière progressive, c'est-à-dire en débutant par un à deux pôles qui pourraient être pilotes dans l'expérience pendant quelques mois, avant un déploiement sur l'ensemble de l'établissement.

Ce travail permettra aux étudiants de répondre à l'évolution des prises en charge des patients mais il permettra également aux professionnels une amélioration de leurs pratiques professionnelles afin d'assurer une optimisation de la qualité de la prise en charge des patients, dans un enjeu de développement des compétences individuelles et collectives.

De plus, nous pensons que ce travail peut avoir un impact positif sur le recrutement et l'intégration des jeunes professionnels au sein de la structure hospitalière.

Dans un objectif de développement des compétences, il sera envisagé un dernier groupe de travail portant sur la simulation en santé, afin d'optimiser le partenariat entre les professionnels des unités de soins et les cadres de santé formateurs.

### **3.3.3 L'apprentissage par la simulation**

La simulation est une méthode pédagogique reconnue comme étant un facteur de sécurisation des pratiques.

Dans le rapport de mission du Professeur JC GRANRY, publié par la Haute Autorité de Santé (HAS) en janvier 2012, « le terme de simulation en santé correspond à l'utilisation d'un matériel (comme un mannequin ou un simulateur procédural), de la réalité virtuelle ou d'un patient standardisé pour reproduire des situations ou des environnements de soin, dans le but d'enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques et de répéter des processus, des concepts médicaux ou des prises de décision par un professionnel de santé ou une équipe de professionnels » (Chambre des représentants USA, 111<sup>th</sup> congress 02-2009)<sup>80</sup>.

Ce rapport fait état de dix propositions pour développer la simulation en santé. La proposition n°1 stipule que la formation par les méthodes de simulation en santé doit être intégrée dans tous les programmes d'enseignement des professionnels de santé à toutes les étapes de leur cursus (initial et continu), selon le principe éthique « jamais la première fois sur un patient ».

---

<sup>80</sup> GRANRY JC., MOLL MC., janvier 2012, Rapport de mission : 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 de la prévention des risques associés aux soins – Haute Autorité de Santé, 110 p. [visité le 22/09/2014], disponible sur le site internet [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-01/simulation\\_en\\_sante-rapport.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-01/simulation_en_sante-rapport.pdf)

L'arrêté du 26 septembre 2014 modifiant l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier modifie le référentiel de formation, en intégrant la simulation dans les modalités pédagogiques, en tant que « méthode pédagogique active et innovante, basée sur l'apprentissage expérientiel et la pratique réflexive<sup>81</sup> » (Guide des bonnes pratiques en matière de simulation en santé, HAS, décembre 2012). Elle privilégie le partenariat entre les professionnels de terrain et les cadres de santé formateurs dans le dispositif d'alternance intégrative.

Dans l'Annexe V de ce-dit arrêté, plusieurs unités d'enseignement sont évaluées en situation simulée<sup>82</sup>. Dans le projet, il nous paraît donc intéressant d'intégrer cet axe, en associant un professionnel de terrain dans les ateliers de simulation procédurale, animés par un cadre de santé formateur.

Le groupe de travail sera supervisé par un CSF ayant une formation universitaire en simulation en santé et sera composé à parité de CSF et de professionnels d'unités de soins, choisis pour leurs compétences pédagogiques et expérientielles. Il aura pour mission la mise en œuvre du projet simulation, avec pour objectifs :

- l'élaboration des objectifs pédagogiques
- la rédaction des scénarii à partir de situations cliniques et/ou professionnelles
- le cadrage des enseignements en termes de briefing et de débriefing
- les modalités d'évaluation des étudiants

Pour cela, des points de vigilance seront à prendre en considération, tels que :

- le choix des professionnels quant à leur expertise dans le soin considéré, telle que la transfusion sanguine ou la pose d'une perfusion sur une chambre à cathéter implantable. Il sera possible de faire appel aux professionnels de la cellule d'hémovigilance ou aux professionnels exerçant dans des services de cancérologie.
- les connaissances des professionnels en matière de méthodes pédagogiques, notamment de simulation car les professionnels devront adapter leur pédagogie aux étudiants et accepter de remettre en cause leur propre pratique.
- le cadrage de l'intervention avec un temps de briefing entre les professionnels et les cadres de santé formateurs sur les attendus en matière d'enseignement et d'évaluation.

---

<sup>81</sup> MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES, Arrêté du 26 septembre 2014 modifiant l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, JORF, n°0228 du 2 octobre 2014.

<sup>82</sup> Il s'agit des unités d'enseignement 4.4 S2 / 4.4 S4 / 4.4 S5.

Cet axe du projet nécessitera d'une part, la formation des CSF à la simulation et d'autre part, l'achat de matériel spécifique, représentant un coût budgétaire pour l'IFSI. Par conséquent, le DSIF devra intégrer ce projet à la fois dans le plan de formation de l'IFSI et dans le plan d'investissement en matériel pédagogique.

De plus, il pourrait faire l'objet d'un véritable projet en lui-même, dans le cadre d'un partenariat avec l'université et le Conseil Régional.

Toutefois, conscient du délai nécessaire pour mettre en œuvre ce projet, une première étape pourrait être la participation des professionnels aux temps de travaux pratiques dispensés sur l'IFSI, même si la méthode pédagogique n'est pas *stricto sensu* de la simulation en santé.

Si la simulation permet aux novices l'acquisition de compétences et le développement d'habiletés pratiques pour tendre vers l'automatisme, elle permet également aux professionnels intervenant dans les ateliers une analyse réflexive sur leurs pratiques et une actualisation de leurs connaissances. De plus, alors que les CSF sont dans une forme de pédagogie plutôt de type procédurale, les professionnels sont davantage dans une pédagogie expérientielle qui légitime leur présence aux yeux des étudiants. C'est dans cette complémentarité et dans l'écart avec le réel proposé par la simulation que la formation permet à l'étudiant de « combiner des ressources (connaissances, savoir-faire, qualités...) pour construire et mettre en œuvre des réponses pertinentes à des exigences professionnelles (résoudre un problème, faire face à un événement...)»<sup>83</sup>, contribuant ainsi à sa professionnalisation.

Cette expérience peut également permettre aux professionnels une meilleure compréhension du processus d'apprentissage des étudiants et de leurs éventuelles difficultés.

Enfin, elle peut être source de confiance entre les acteurs pour créer une dynamique favorable à vouloir travailler ensemble et décomplexifier les relations de partenariat.

***Les deux directeurs des soins ont un rôle stratégique déterminant à jouer pour mettre en œuvre ce projet partenarial. De leurs compétences à manager l'ensemble de leurs collaborateurs dépend le consensus établi au niveau des différents acteurs de l'alternance, nécessaire à l'établissement d'un partenariat horizontal qui respecte les prérogatives et les missions de chacun, au service de la formation et de la professionnalisation des étudiants en soins infirmiers.***

---

<sup>83</sup> LE BOTERF G., 2013, *Construire les compétences individuelles et collectives*, 6<sup>ème</sup> édition mise à jour et enrichie, Paris : Eyrolles, p.188.

## Conclusion

Le partenariat dans l'alternance intégrative est un élément essentiel de la qualité de la formation et de la professionnalisation des étudiants en soins infirmiers. Chaque partenaire s'inscrit dans un engagement en fonction des enjeux identifiés et des stratégies identitaires mises en œuvre. Ce partenariat se construit dans une interface entre deux systèmes aux logiques différentes où la relation partenariale doit se situer dans une recherche de cohérence autour d'un acteur central qui est l'étudiant.

Afin de développer et d'entretenir ce partenariat, les différents partenaires doivent dépasser les représentations sociales construites afin de se retrouver autour d'une conception partagée de la formation et de la qualité de la prestation de soins offerte aux usagers du système hospitalier. En cela, les directeurs des soins en institut de formation et en établissement de santé ont un rôle stratégique déterminant. Fédérateurs, ils permettent de créer une synergie auprès des différents acteurs de l'alternance partenariale, tout en respectant les identités individuelles.

Une enquête de terrain effectuée auprès d'étudiants et de professionnels investis dans l'alternance partenariale, tant à l'hôpital qu'au sein d'instituts de formation, nous montre en effet que les représentations sociales et les difficultés relationnelles entre le directeur des soins en institut de formation et le directeur des soins en établissement de santé sont un frein à l'instauration d'une relation de confiance entre eux, pourtant reconnue comme étant source de reconnaissance mutuelle d'une expertise professionnelle. Le partenariat, alors plus ou moins effectif, a une forte incidence sur la professionnalisation des étudiants en soins infirmiers, par manque de cohérence entre théorie et pratique et par manque de coopération entre les différents acteurs de l'alternance.

La majorité des personnes interrogées reconnaissent la nécessité de mettre en œuvre un projet de formation co-construit par les deux directeurs des soins, qui articule projet de soins et projet pédagogique autour d'un axe commun. Ce projet, élaboré en co-responsabilité, co-construction et bénéficiant également d'une co-évaluation permettrait à l'alternance intégrative de prendre tout son sens.

Nous sommes conscient que ce travail, limité à deux établissements, n'est pas exhaustif et ne peut être totalement représentatif du partenariat entre les directeurs des soins. Le choix d'un troisième établissement aurait peut-être nuancé l'écart très marqué entre ces deux établissements.

Les préconisations que nous avons formulées à partir des résultats de l'enquête et des éléments conceptuels reposent sur la confiance entre le directeur des soins exerçant en institut de formation et le directeur des soins exerçant en établissement de santé, et sur

leur stratégie commune à développer un partenariat à travers un projet de formation négocié et co-construit autour de valeurs et d'objectifs communs. Ce projet, articulé autour de la formation au tutorat, des parcours de formation des étudiants en lien avec les parcours des patients hospitalisés et enfin sur la participation des professionnels de terrain aux temps d'apprentissage pratique des étudiants à l'IFSI, participe à la professionnalisation des étudiants en soins infirmiers et au développement des compétences individuelles et collectives, au service de la performance hospitalière.

Les deux directeurs des soins, initiateurs et fédérateurs de ce projet doivent développer une stratégie commune permettant aux différents acteurs impliqués dans celui-ci de créer une dynamique favorable au partenariat permettant de faire évoluer les représentations sociales.

En tant que futur directeur des soins, ce travail de recherche nous a permis une réflexion sur les concepts de partenariat, de représentations sociales mais également de confiance interpersonnelle, renforçant notre souhait d'instaurer une véritable relation partenariale entre le directeur des soins en institut de formation et le directeur des soins en établissement de santé, dans l'objectif d'optimiser la professionnalisation des étudiants en soins infirmiers, au service de la qualité des soins.

Car en effet, comment demander aux cadres de santé formateurs, aux cadres de santé des unités de soins, aux tuteurs de stage de travailler ensemble, aux étudiants de faire du lien entre travail prescrit et travail réel si les deux directeurs des soins n'ont pas un véritable engagement à vouloir rapprocher deux logiques si différentes mais au demeurant si complémentaires pour construire une véritable alternance intégrative ?

C'est grâce à cette dynamique partenariale que nous aurons construite avec le directeur des soins de notre établissement de rattachement, que nous pourrons développer ce partenariat à l'ensemble des établissements qui accueillent en stage des étudiants de l'IFSI.

---

# Bibliographie

---

## Textes législatifs et réglementaires

### Lois

MINISTERE DE L'INTERIEUR, DE L'OUTRE MER ET DES COLLECTIVITES TERRITORIALES, MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE, DE LA SOLIDARITE ET DE LA VILLE, MINISTERE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS, DE LA FONCTION PUBLIQUE ET DE LA REFORME DE L'ETAT, MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE, 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, JORF n° 0167 du 22 juillet 2009.

### Décrets

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES, MINISTERE DE LA REFORME DE L'ETAT, DE LA DECENTRALISATION ET DE LA FONCTION PUBLIQUE. Décret n° 2014-7 du 7 janvier 2014 modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière, JORF, n° 0007 du 9 janvier 2014.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Décret n° 2010-449 du 30 avril 2010 relatif à la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques dans les établissements publics de santé, JORF, n° 01404 du 5 mai 2010.

### Arrêtés

MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE, DE LA SOLIDARITE ET DE LA VILLE – MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, JORF, n° 0181 du 07 août 2009.

MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE, Arrêté du 2 août 2011 modifiant l'arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, JORF, n° 0183 du 9 août 2011.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES,  
Arrêté du 26 septembre 2014 modifiant l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat  
d'infirmier, JORF, n° 0228 du 2 octobre 2014.

## Référentiels

Référentiel métier de Directeur (trice) des soins en établissement et en institut de formation,  
DGOS, mars 2010, [visité le 02/04/2013], disponible sur le site internet : [http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Referentiel\\_metier\\_de\\_Directeur\\_trice\\_des\\_soins.pdf](http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Referentiel_metier_de_Directeur_trice_des_soins.pdf)

## Ouvrages

AMBLARD H., BERNOUX P., HERREROS G., 2005, *Les nouvelles approches sociologiques des organisations*, 3<sup>ème</sup> édition augmentée, Paris : Seuil, 292 p.

BELLENGER L., PIGALLET P., 1996, *Dictionnaire de la formation et du développement personnel*, Paris : ESF, 336 p.

BLANCHET A., GOTMAN A., 2010, *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*, 2<sup>ème</sup> édition, Paris : Armand Colin, 128 p.

BOUTINET JP., 2005, *Anthropologie du projet*, 1<sup>ère</sup> édition Quadrige, Paris : Presses Universitaires de France, 405 p.

CARRE P., CASPAR P. / éd. 2011, *Traité des sciences et des techniques de formation*, 3<sup>ème</sup> édition revue et actualisée, Paris : Dunod, 619 p.

CLENET J., GERARD C., 1994, *Partenariat et alternance en éducation, des pratiques à construire*, Paris : L'Harmattan, 184 p.

CONJARD P., DEVIN B., 2007, *Agir sur la professionnalisation : acquérir et transmettre des compétences*, 1<sup>ère</sup> édition, Paris : Anact, 157 p.

DHUME-SONZOGNI F., 2006, *La coopération dans l'action publique : de l'injonction du faire ensemble à l'exigence de commun*, Paris : L'Harmattan, 330 p.

JODELET D., 1997, *Les représentations sociales*, 5<sup>ème</sup> édition, Paris : Presses Universitaires de France, 447 p.

LE BOTERF G., 2013, *Construire les compétences individuelles et collectives*, 6<sup>ème</sup> édition mise à jour et enrichie, Paris : Eyrolles, 302 p.

LE BOTERF G., 2010, *Professionaliser, construire des parcours personnalisés de professionnalisation*, 6<sup>ème</sup> édition, Paris : Eyrolles, 143 p.

MANNONI P., 2010, *Les représentations sociales*, 5<sup>ème</sup> édition mise à jour, Paris : Presses Universitaires de France, 127 p.

MERINI C., 1999, *Le partenariat en formation : de la modélisation à une application*, Paris : L'Harmattan, 223 p.

MONTOUSSE M., RENOARD G., 2012, *100 fiches pour comprendre la sociologie*, 5<sup>ème</sup> édition, Paris : Bréal, 234 p.

MOSCOVICI S. / éd. 2011, *Psychologie sociale*, 2<sup>ème</sup> édition Quadrige, Paris : Presses Universitaires de France, 618 p.

ROLLAND MC., ARENILLA L., 2000, *Dictionnaire de pédagogie*, Paris : Bordas, 288 p.

VALENCE A., 2010, *Les représentations sociales*, Bruxelles : De Boeck, 174 p.

## **Périodiques**

DONADA C., NOGATCHEWSKY G., juin 2007, « La confiance dans les relations interentreprises », *Revue française de gestion*, n°175, pp. 111-124.

FERNAGU-OUDET S., mars 2007, « Editorial », *Education Permanente*, n°172, pp.5-14.

FONTENEAU R., février 1993, « L'alternance partenariale », *Education Permanente*, n°115, pp. 29-34.

GEAY A., février 1993, « Pour une didactique de l'alternance », *Education Permanente*, n°115, pp. 79-88.



GEAY A., mars 2007, « L'alternance comme processus de professionnalisation : implications didactiques », *Education permanente*, n°172, pp. 27-38.

KADDOURI M., février 1997, « Partenariat et stratégies identitaires : une tentative de typologisation », *Education Permanente*, n°131, pp. 109-126.

LE DOUARON P., février 1993, « Alternance et négociation », *Education Permanente*, n°115, pp.111-118.

LANDRY C., MAZALON E., février 1997, « Les partenariats école-entreprise dans l'alternance au Québec : un état des recherches », *Education Permanente*, n°131, pp. 37-49.

MAROY C., février 1993, « Le partenariat : concept ou objet d'analyse ? », *Education Permanente*, n°131, pp. 29-36.

ROEGIERS X., 2007, Chapitre 5. « La logique de projet comme fondement d'une action d'éducation ou de formation » in *Analyser une action d'éducation ou de formation*, De Boeck Supérieur, pp. 175-214.

ROLLAND F., mars 2012, « L'alternance, la voie de la professionnalisation », *Objectifs soins*, n°204, pp. 39-43.

SIMON E., juin 2007, « La confiance dans tous ses états », *Revue française de gestion*, n° 175, pp. 83-94.

VOISIN A., février 1993, « Alternance ou alternances », *Education Permanente*, n°115, pp. 35-44.

ZAY D., février 1997, « Le partenariat en éducation et en formation : émergence d'une notion transnationale ou d'un nouveau paradigme ? », *Education Permanente*, n°131, pp. 13-28.

## Articles

BUBIEN Y., BOURREL P., août 2014, « Partenariat hôpital-école, une alliance entre instituts de formation et unités de soins », Soins Cadres, n° 91, pp. 21-24.

CATTIAUX C., mai 2009, « Le stage, une coopération revisitée pour une dynamique d'apprentissage réinventée », Soins Cadres, supplément au n°70, pp. S4-S7.

DE MONTALEMBERT L., septembre 2012, « Directeur des soins : un métier en mutation », Objectif soins et management, n° 208, pp. 24-26.

GARAND E., COLIN C., 2009, « Pratiques collaboratives, formation interprofessionnelle, interdisciplinarité, partenariat et autres termes associés : recension de définitions et concepts », Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle, Université de Montréal, pp. 1-10.

MOREAU D., février 2004, « Entre compagnonnage et partenariat, ensemble dans l'alternance », Soins Cadres, n° 49, pp. 52-55.

PADOVANI B., MAESTRACCI V., PILLET F., mai 2009, « Articuler les compétences du pôle avec l'apprentissage en alternance », Soins Cadres, supplément au n°70, pp. S22-S25.

SERAUDIE L., novembre 2013, « Tuteur et nouveau référentiel de formation », Soins Cadres, supplément au n°88, pp. S17.

## Mémoires

BOUSSEMAERE S., 2007, *Le partenariat entre les Directeurs des soins gestion et formation : vers une formation professionnalisante des étudiants en soins infirmiers*, Rennes : Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, Filière des Directeurs des soins, 57 p.

BOUSSOUAK C., 2007, *Partenariat entre directeurs des soins gestion et formation : vers une formation professionnalisante des étudiants en soins infirmiers*, Rennes : Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, Filière Directeur des soins, 53 p.

PAPE J., 2008, *Le partenariat des directeurs des soins « gestion et formation » une plus-value pour l'apprentissage des étudiants infirmiers*, Rennes : Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, Filière Directeur des soins, 35 p.

PERRIER-GUSTIN P., 2004, *Directeur des soins gestion / Directeur des soins formation : duo ou dualité ?*, Rennes : Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, Filière Directeur des soins, 59 p.

TEDESCO C., 2013, *L'acculturation à la qualité-sécurité des soins : l'impact du partenariat entre directeurs des soins institut de formation et établissement de santé*, Rennes : Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, Filière Directeur des soins, 59p.

## **Rapports / Communications**

GRANRY JC., MOLL MC., janvier 2012, Rapport de mission : 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 de la prévention des risques associés aux soins – Haute Autorité de Santé, 110 p. [visité le 22/09/2014], disponible sur le site internet [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-01/simulation\\_en\\_sante-rapport.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-01/simulation_en_sante-rapport.pdf)

Haute Autorité de Santé, décembre 2012, Evaluation et amélioration des pratiques – guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé, [visité le 22/09/2014], disponible sur le site internet [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-01/guide\\_bonnes\\_pratiques\\_simulation\\_sante\\_guide.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-01/guide_bonnes_pratiques_simulation_sante_guide.pdf)

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, Direction Générale de l'Offre de Soins, Bilan référentiel infirmier mai 2013, impact de la réforme sur les conditions de travail dans les IFSI et les établissements de santé.

## **Sites internet**

Définitions : collaborer – Dictionnaire de français Larousse, [visité le 20 juillet 2014], disponible sur le site internet <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/collaborer/17140>.

La gestion de projet, [visité le 25 septembre 2014], disponible sur le site internet <http://www.gestiondeprojet.net/articles/index.htm>.

Gestion de projet – Comment Ça Marche, [visité le 25 septembre 2014], disponible sur le site internet <http://www.commentcamarche.net/contents/979-comite-de-pilotage>.

Le projet ? – le LMAC-MP, [visité le 25 septembre 2014], disponible sur le site internet <https://www.google.fr/#q=le+projet+jean+pierre+boutinet>.

---

## Liste des annexes

---

Annexe I : Profils des personnes interrogées

Annexe II : Grilles d'entretiens

**ANNEXE 1 : PROFILS DES PERSONNES INTERROGÉES**

N°	Qualité	Date d'entretien	Durée et modalité d'entretien	Expérience professionnelle	Particularités
1	DG	17/07	39 min / face à face	1 <sup>er</sup> poste de Directeur depuis le 01/04/14	Plusieurs directions fonctionnelles auparavant
2	DG	06/06	47 min / face à face	DGA sur son CH depuis 2011 Directeur par intérim sur le CH depuis le 01/02/14	Plusieurs directions fonctionnelles et poste en ARH auparavant
3	DSIF	17/07	1h05 / face à face	1981 : DEI Expérience en Belgique francophone CSS et FF DS DSIF depuis 2008	Master gestion des organisations sanitaires et sociales
4	DSIF	02/06	55 min / face à face	DS mission transversale sur le CH auprès de la DRH pendant 6 mois DSIF depuis 2009	Coordinatrice régionale des maquettes universitaires
5	DSES	16/07	55 min / face à face	CSF en IFSI pendant 6 ans DS en établissement psychiatrique pendant 4 ans DS sur le CH depuis 18 mois	DEA en sciences de l'éducation
6	DSES	13/06	57 min / face à face	1981 : DEI 1985 : IBODE 2000 : CS 2010 : DSES	Master IAE option GRH
7	CSF	17/07	35 min / face à face	1985 : DEI 1994 : CS Depuis 2001 : CSF	Master gestion des risques Sur le quota des formateurs du CH
8	CSF	17/07	40 min / face à face	1997 : DEI 2008 : CS Depuis 2011 : CSF	Sur le quota des formateurs du CHS
9	CSF	15/07	46 min / face à face	1993 : DEI FF CSF pendant 7 ans 2009 : CS	Master 2 droit humanitaire international Master 1 en santé publique DU gestion de soins en milieu tropical DU médecine de catastrophe
10	CSF	15/07	25 min / face à face	1983 : DEI 1996 : CS Depuis 2008 : coordinatrice des stages et coordinatrice pédagogique	Master 2 ingénierie de projet

11	CS	16/07	41 min / face à face	1979 : DEI 2000 : CS, service de SSR	
12	CS	16/07	40 min / face à face	1995 : DEI FF direction IFAS pendant 6 ans 2002 : CS CS urgences depuis 6 mois	Mutation sur le CH depuis 6 mois
13	CS	15/07	59 min / face à face	1983 : DEI 1995 : CS 2008-2011 : CSF CS hémodialyse depuis 2012	Mise en œuvre du référentiel 2009
14	CS	15/07	38 min / face à face	1989 : DEI 2009 : CS Médecine neuro depuis 2010	
15	ESI	21/07	50 min / téléphone	BTS secrétariat de direction Déléguée médicale ESI de semestre 6	Membre de l'Association du développement des Soins Palliatifs Formation soignante en soins palliatifs Mutation sur l'IFSI en 2 <sup>ème</sup> année Représentant de la promotion Plusieurs stages effectués sur le CH
16	ESI	21/07	25 min / téléphone	BTS assistante de gestion ESI de semestre 6 Exercice professionnel en mairie et en restauration	Plusieurs stages effectués sur le CH
17	ESI	26/05	55 min / face à face	Restauratrice de livres anciens ESI de semestre 6	Master 2 histoire de l'art et d'archéologie Tous les stages effectués sur le CH
18	ESI	01/06	46 min / face à face	AS pendant 10 ans ESI de semestre 6	6 stages effectués sur le CH En formation professionnelle du CH
19	Tuteur	16/07	28 min / face à face	1997 : DEI Expérience en long séjour et SSR	Tuteur depuis 2009 Formation au tutorat
20	Tuteur	17/07	32 min / face à face	1991 : DEI Service de réanimation et urgences Depuis 2002 SSR gériatrique	Tuteur depuis 2009 Formation au tutorat
21	Tuteur	15/07	40 min / face à face	2008 : DEI Services de psychiatrie, cardiologie, soins intensifs de cardiologie	Tuteur depuis 2009 Pas de formation au tutorat
22	Tuteur	19/08	27 min / téléphone	1998 : DEI Service d'hémodialyse depuis 12 ans	Tuteur depuis 2009 Formation au tutorat en janvier 2014

## **ANNEXE II : GRILLES D'ENTRETIENS**

### **Rappel du cadre de l'entretien et présentation de l'enquête**

Dans le cadre de notre formation de directeur des soins à l'EHESP, nous effectuons une recherche sur le thème du partenariat entre le directeur des soins en institut de formation et le directeur des soins en établissement de santé dans le processus de professionnalisation des étudiants en soins infirmiers.

Cette interview a pour finalité d'étudier les freins et les leviers à ce partenariat dans le cadre de la formation en alternance des étudiants.

Si cela ne vous dérange pas, cet entretien va être enregistré afin de rapporter avec rigueur vos propos et d'envisager une observation de la réalité à un instant donné.

Pour vous assurer de la plus grande confidentialité, nous nous engageons à ce que la retranscription soit totalement anonyme.

Le résultat de cette recherche constituera notre mémoire de fin d'études.

---

### **DIRECTEUR D'ETABLISSEMENT**

- 1) Pouvez-vous me retracer brièvement votre parcours professionnel ?
- 2) Pouvez-vous me présenter votre établissement ?
- 3) Le DSIF et le DSES participent-ils tous les deux aux gardes administratives ? Sont-ils tous les deux membres du Comité de Direction ?
- 4) Que pouvez-vous me dire des relations qu'entretiennent les deux DS entre eux ? Comment ces relations ont-elles évoluées dans le temps ?
- 5) Dans le cadre de la formation des ESI, pouvez-vous me donner des exemples précis de partenariat entre le DSIF et le DESES au sein de la structure ?  
Relance :  
Si faible partenariat, quelles peuvent en être les freins ?  
Quelles incidences cela a-t-il au quotidien sur les différents acteurs de l'alternance ?
- 6) Quels sont les projets communs menés actuellement par le DSIF et le DSES ?  
Quelle a été leur stratégie de mise en œuvre ? Comment sont-ils formalisés ?

- 7) Pouvez-vous me présenter votre projet managérial auprès de l'équipe de direction ?  
Relance :  
Quelles sont vos attentes en matière de partenariat entre les deux DS ?  
Ce partenariat est-il aidé de votre part ?  
Quels avantages entrevoyez-vous à un partenariat efficient entre les 2 DS ?
- 8) D'après vous, quels peuvent être les leviers au partenariat entre les deux DS ?  
Relance :  
Quel pourrait être l'intérêt d'un projet de formation commun articulant projet pédagogique et projet de soins dans le processus de professionnalisation des ESI ?
- 9) Quelles sont selon vous les pistes d'évolution dans le partenariat entre les 2 DS ?
- 

## **DIRECTEUR DES SOINS**

- 1) Pouvez-vous me retracer brièvement votre parcours professionnel ?
- 2) Pouvez-vous me présenter votre structure (institut de formation ou établissement de santé) ?
- 3) Que pouvez-vous dire des relations que vous entretenez avec votre collègue (DSES ou DSIF) ? Comment ces relations ont-elles évoluées dans le temps ?
- 4) Dans le cadre de la formation des ESI, pouvez-vous me donner des exemples précis de partenariat et/ou projets que vous menez actuellement avec votre collègue (DSES ou DSIF) ?  
Relance :  
Quels objectifs poursuivez-vous dans ces projets communs ?  
De quelle manière sont-ils conduits ?
- 5) Quelles sont les situations qui amènent les CS et les CSF à travailler ensemble ?  
Relance :  
Quelles sont les difficultés rencontrées ?  
Quels sont les bénéfices attendus ?
- 6) Quels sont les freins au partenariat entre le DSIF et le DSES ?
- 7) Quelles peuvent être les incidences d'un faible partenariat sur les différents acteurs de l'alternance ?



- 8) D'après vous, quels peuvent être les leviers au partenariat entre les deux DS ?  
Relance :  
Quel pourrait être l'intérêt d'un projet de formation commun articulant projet pédagogique et projet de soins dans le processus de professionnalisation des ESI ?
- 9) Quelles sont selon vous les pistes d'évolution dans le partenariat entre les 2 DS ?
- 

### **CADRES DE SANTE**

- 1) Pouvez-vous me retracer brièvement votre parcours professionnel ?
- 2) Que pouvez-vous me dire des relations qu'entretiennent le DSES et le DSIF ?  
Comment ces relations ont-elles évoluées dans le temps ?
- 3) Dans le cadre de la formation des ESI, pouvez-vous me donner des exemples précis de partenariat entre les deux DS au sein de la structure ?
- 4) De quelle manière ce partenariat se traduit-il au niveau des cadres ?
- 5) Quels sont les projets communs menés actuellement entre l'IFSI et le CH ? Quelle a été leur stratégie de mise en œuvre ? Comment sont-ils formalisés ? Quelle a été votre participation à la construction et la mise en œuvre de ces projets ?
- 6) Quels sont les freins au partenariat entre le DSIF et le DSES ?
- 7) Quelles peuvent être les incidences d'un faible partenariat sur les différents acteurs de l'alternance ?
- 8) D'après vous, quels peuvent être les leviers au partenariat entre les deux DS ?  
Relance :  
Quel pourrait être l'intérêt d'un projet de formation commun articulant projet pédagogique et projet de soins dans le partenariat entre les 2 DS ?
- 9) Quelles sont selon vous les pistes d'évolution dans le partenariat entre les 2 DS ?

## **ETUDIANTS EN SOINS INFIRMIERS**

- 1) Pouvez-vous me présenter votre parcours scolaire et/ou professionnel antérieur à la formation infirmière ?
- 2) A quel moment de votre formation en êtes-vous (semestre) ?
- 3) Quel est votre parcours de formation en termes de stage ? Avez-vous au cours de votre formation, effectué des stages sur l'établissement de rattachement ? Combien ? Est-ce la majorité de vos stages ?
- 4) Que pouvez-vous me dire des relations qu'entretiennent le DSIF et le DSES ?
- 5) Dans le cadre de la formation des ESI, pouvez-vous me donner des exemples précis de partenariat entre les deux DS au sein de la structure ?
- 6) Quels sont d'après vous les freins au partenariat entre le DSIF et le DSES ?
- 7) Quelles incidences peuvent-ils avoir sur les différents acteurs de l'alternance ?
- 8) Selon vous, quels peuvent être les leviers au partenariat entre le DSIF et le DSES ?  
Relance :  
Quel pourrait être l'intérêt d'un projet de formation commun entre l'IFSI et l'établissement dans votre formation par alternance ?
- 9) En quoi un partenariat efficient entre le DSIF et le DSES du centre hospitalier de rattachement peut-il vous aider à vous professionnaliser ?
- 10) Quelles sont selon vous les pistes d'évolution possible dans le partenariat entre les deux DS ?
- 11) Avez-vous l'intention de postuler sur l'établissement ? Pourquoi ?

---

## **TUTEURS DE STAGE**

- 1) Pouvez-vous me retracer brièvement votre parcours professionnel ?
- 2) Qu'est-ce qui vous a motivé à devenir tuteur de stage ?  
Relance : depuis quand êtes-vous tuteur ? De quelle formation avez-vous bénéficié ?

- 3) Que pouvez-vous me dire des relations qu'entretiennent le DSES et le DSIF ?  
Comment ces relations ont-elles évoluées dans le temps ?
- 4) Dans le cadre de la formation des ESI, pouvez-vous me donner des exemples précis de partenariat entre les deux DS au sein de la structure ?
- 5) De quelle manière ce partenariat se traduit-il au niveau des tuteurs de stage ?
- 6) Quels sont les projets communs menés actuellement entre l'IFSI et le CH ? Quelle a été leur stratégie de mise en œuvre ? Comment sont-ils formalisés ? Quelle a été votre participation à la construction et la mise en œuvre de ces projets ?
- 7) Quels sont les freins au partenariat entre le DSIF et le DSES ?
- 8) Quelles peuvent être les incidences d'un faible partenariat sur les différents acteurs de l'alternance ?
- 9) D'après vous, quels peuvent être les leviers au partenariat entre les deux DS ?  
Relance :  
Quel pourrait être l'intérêt d'un projet de formation commun articulant projet pédagogique et projet de soins dans le processus de professionnalisation des ESI ?
- 10) Quelles sont selon vous les pistes d'évolution dans le partenariat entre les 2 DS ?

DA ROS

Florence

Décembre 2014

## Filière Directeur des Soins

Promotion 2014

« Le partenariat entre le directeur des soins en institut de formation et le directeur des soins en établissement de santé : des représentations sociales à la co-construction d'un projet de formation »

### **Résumé :**

La formation par alternance des étudiants en soins infirmiers suppose un partenariat étroit entre le directeur des soins en institut de formation et le directeur des soins en établissement de santé, mais également de l'ensemble des acteurs impliqués afin d'harmoniser et donner de la cohérence entre travail prescrit et travail réel.

Ce partenariat nécessite un travail d'ajustement et de compromis qui implique une évolution des représentations que chacun peut porter sur le métier de l'autre afin que s'établisse une confiance interpersonnelle indispensable à la dynamique du système d'alternance intégrative.

Tant la littérature que l'enquête menée auprès des étudiants en soins infirmiers et des professionnels issus de la formation et du terrain mettent en évidence la nécessité de la mise en œuvre d'un projet de formation co-construit par les deux directeurs des soins, articulant projet de soins et projet pédagogique afin d'optimiser la professionnalisation des étudiants.

Ce projet, négocié autour de valeurs et d'objectifs communs doit permettre le développement des compétences individuelles et collectives des étudiants en soins infirmiers mais également des professionnels de terrain, dans une visée d'amélioration continue de la qualité des soins dispensée aux patients.

### **Mots clés :**

Directeur des soins en institut de formation – directeur des soins en établissement de santé – partenariat – représentations sociales – professionnalisation – alternance intégrative – confiance – projet – compétences.

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