



EHESP

Filière Directeur des Soins

Promotion : **2018**

Date du Jury : **Décembre 2018**

**La dynamique partenariale Université
/ Directeur des Soins : un enjeu pour
la professionnalisation des étudiants**

Sophie NOURRY

Remerciements

Je tiens à exprimer ma gratitude à toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire par leur disponibilité et la richesse des échanges que nous avons pu partager : les représentants des Conseils Régionaux, les conseillers pédagogiques régionaux de l'ARS, les enseignants universitaires et le Doyen de la Faculté de Santé, les directeurs des soins, les directeurs d'IFSI ainsi que les équipes pédagogiques.

Une mention particulière à Madame Sylvie SOLORZANO pour ses questionnements incessants et ses remarques constructives ainsi qu'à Madame Catherine CHEVREUX-DAGORET pour son accompagnement méthodologique dans ce travail et à Monsieur François GIRAUD-ROCHON, mon tuteur de positionnement.

A mes collègues de promotion pour cette année créative et stimulante.

A Laurent, Romain, Marie et Juliette pour leur soutien inconditionnel et indéfectible durant tout mon parcours de formation.

«Savoir où l'on veut aller, c'est très bien ; mais il faut encore montrer qu'on y va.»

Emile ZOLA

Sommaire

Introduction	1
1 La dynamique partenariale, un moteur pour concilier universitarisation et professionnalisation des étudiants.....	5
1.1 La formation infirmière : de l'universitarisation à l'université	5
1.1.1 L'universitarisation : une définition aux contours flous et polysémiques	5
1.1.2 La genèse de l'universitarisation : une logique de l'histoire alliée à une volonté de rupture	6
1.1.3 Les promesses et les ombres de l'universitarisation infirmière à ce jour... ..	8
1.1.4 Le devenir du processus d'universitarisation : une accélération en cours pour être à l'Université	10
1.2 La professionnalisation des étudiants infirmiers	12
1.2.1 La professionnalisation en formation : induire des compétences au profit de l'employabilité.....	12
1.2.2 Les enjeux de la professionnalisation des étudiants infirmiers.....	14
1.2.3 Le regard des étudiants sur l'universitarisation : un gain relatif pour la professionnalisation.....	15
1.3 La dynamique partenariale Université / IFSI : un intersystème entre une logique professionnalisante et une logique académique.....	16
1.3.1 Le partenariat et de la dynamique partenariale : entre interaction et interdépendance	16
1.3.2 La dynamique partenariale Université / IFSI : un pivot pour le DS.....	18
1.3.3 Les enjeux de la dynamique partenariale : une affirmation identitaire et une organisation efficace	19
1.3.4 Dynamique partenariale et professionnalisation	21
2 Phase empirique du travail : impact de la dynamique partenariale Université / IFSI sur la professionnalisation des étudiants	23
2.1 La méthodologie de l'enquête : une approche qualitative au service de l'expression des acteurs de la dynamique partenariale	23
2.1.1 La phase exploratoire et le choix des hypothèses	23

2.1.2	Le choix de la population et des lieux d'enquête	24
2.1.3	La méthode de recueil et de traitement des données.....	24
2.1.4	Les limites de l'étude	25
2.2	Les résultats de l'enquête	25
2.2.1	Les représentations actuelles de l'universitarisation de la formation infirmière chez les acteurs : entre enjeux, freins et accélération	25
2.2.2	La question de la professionnalisation par l'Université : une vision contrastée et en débat pour les différents acteurs	28
2.2.3	Les départements universitaires, une opportunité pour la professionnalisation des étudiants au détriment des structures pyramidales	29
2.2.4	Un enrichissement possible du processus de professionnalisation lorsque la stratégie de formation est le fruit d'une construction partenariale.....	34
2.2.5	Des interactions relativement fortes entre universitaires et DIFSI / formateurs au bénéfice de la professionnalisation des étudiants	38
3	Le leadership stratégique du DS, levier de la dynamique partenariale IFSI / Université au service de la professionnalisation des étudiants infirmiers	43
3.1	Un management des directeurs de soins favorisant l'acculturation des formateurs à la logique universitaire pour améliorer l'aspect professionnalisant du dispositif	43
3.1.1	Favoriser une politique de recrutement et de formation en lien avec les exigences universitaires pour dégager une plus-value dans la professionnalisation des étudiants	44
3.1.2	Développer une stratégie managériale pour acculturer les formateurs aux logiques universitaires	46
3.1.3	Initier des mesures concrètes pour mettre en œuvre politique et stratégie managériales	47
3.2	Une dynamique multipartenariale pour développer l'innovation pédagogique et la recherche	47
3.2.1	Placer la recherche paramédicale et les innovations au centre des politiques de formation et d'établissement	47
3.2.2	Initier une stratégie co-construite de manière triangulée et articulée autour de la recherche paramédicale et de l'innovation	48
3.2.3	Mettre en œuvre des innovations et des actions partenariales avec l'université.....	49
3.3	Un leadership stratégique pour accompagner la transformation	49

3.3.1	Anticiper pour accompagner la transformation	50
3.3.2	Une stratégie de communication du DIFSI, clé de voûte de la dynamique partenariale au service de la professionnalisation des étudiants	51
3.3.3	Le DIFSI de demain : un metteur en lien, un passeur de frontières ?	52
	Conclusion	53
	Bibliographie	55
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ARS	Agence Régionale de Santé
CAC	Commission d'Attribution des Crédits
CEFIEC	Comité d'Entente des Formations Infirmières et Cadres de Santé
CIFI	Centre d'Innovation en Formation Infirmière
CM	Cours Magistral
CNU	Conseil National des Universités
CPR	Conseiller Pédagogique Régional
CPU	Conférence des Présidents d'Université
CR	Conseil Régional
CSF	Cadre de Santé Formateur
CVEC	Contribution Vie Etudiante et de Campus
DEUG	Diplôme d'Etudes Universitaires Générales
DIEF	Département des Instituts et Ecoles de Formation
DIFSI	Directeur d'Institut de Formation en Soins Infirmiers
DS	Directeur des Soins
DUSI	Département Universitaire en Sciences Infirmières
ECTS	European Credits Transfer System
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
HCPP	Haut Conseil des Professions Paramédicales
HCERES	Haut Conseil d'Evaluation de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur
ICOGI	Instance Compétente pour les Orientations Générales de l'Institut
IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers
IGAENR	Inspection Générale de l'Administration de l'Education Nationale et de la Recherche
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
IPA	Infirmier de Pratique Avancée
LMD	Licence – Master - Doctorat
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
RU	Référent Universitaire
SIDIIEF	Secrétariat International des Infirmières et Infirmiers de l'Espace Francophone
TD	Travail Dirigé
UE / UI	Unité d'Enseignement / Unité Intégrative
UFR	Unité de Formation et de Recherche

Introduction

Le nombre d'infirmiers en exercice n'a cessé d'augmenter ces dernières années en France avec une hausse de 70% entre 2000 et 2017 ce qui en fait la première profession de santé en terme d'effectifs avec plus de 660 611 professionnels en 2017¹. En parallèle, la demande en soins infirmiers progresse en lien avec le vieillissement de la population et la chronicisation des pathologies. A cela s'ajoute une reconfiguration du système de santé et de l'offre de soins qui s'oriente vers une prise en soins davantage territorialisée, tournée vers l'ambulatoire et la prévention dans un contexte de pénurie médicale. Pour faire face à ces enjeux, une transformation et un décloisonnement des professions paramédicales s'avèrent nécessaires afin de disposer des compétences permettant d'appréhender les métiers de demain et de favoriser l'exercice interprofessionnel ainsi que la recherche paramédicale. Une profonde mutation de l'ingénierie de formation initiale des étudiants infirmiers a donc été décidée et elle s'est traduite par l'entrée dans un processus d'universitarisation de cette formation.

Ce choix de se tourner vers l'Université ne s'est pas fait au hasard et peut s'appuyer sur deux éléments.

Le premier est en lien avec le résultat de différentes études au niveau international qui ont démontré que « *plus les infirmiers ont un niveau de formation élevé, plus ils réalisent des soins de qualité auprès des patients* »² d'où le rapport de l'Institut de Médecine (IOM) aux Etats-Unis qui recommande que la proportion d'infirmiers titulaires d'une licence passe de 50% à 80% en 2020. Il préconise également que des parcours de formation plus efficaces soient créés à l'Université afin que les infirmiers obtiennent des diplômes universitaires plus élevés. Pour compléter ces résultats, DALL et ses collègues ont prouvé que le salaire consacré à l'expertise infirmière s'avère économiquement favorable à la fois pour le système de santé et la société car ce salaire pour un infirmier de grade universitaire serait « *d'emblée compensé à hauteur de 75% par une réduction des coûts médicaux et hospitaliers directs imputables aux erreurs, accidents, complications et mortalité [...] auxquels viennent s'ajouter des bénéfices indirects pour les patients et leurs proches tels que notamment l'adhésion aux traitements, une meilleure qualité de vie et l'adoption de comportements de santé aux différents niveaux de prévention* »³.

Le second élément a trait à une élévation de la formation infirmière au niveau universitaire dans de nombreux pays d'Europe et d'Amérique du Nord qui ont, pour

¹ DREES, 2018, « 53% d'infirmiers en plus entre 2014 et 2040, une forte hausse qui répond à la demande de soins », *Etudes et Résultats*, n°1062, p.1.

² AIKEN L., 2011, « Nurses for the future », *The New England Journal of Medicine*, p. 196.

³ DALL T.M, CHEN Y.F., SEIFERT R.F. & al., 2009. « The economic value of professional nursing », *Medical Care*, n°47, p. 101.

certain, déjà développé des programmes doctoraux en soins infirmiers depuis de nombreuses années. Cette élévation du niveau de formation est cependant à nuancer car une grande hétérogénéité persiste dans les profils de formation en termes de niveaux d'études, de conditions d'admission, de nombre d'heures requis pour l'obtention du diplôme mais aussi en termes de référentiel de compétences et de contenus de formation⁴⁵. En Europe, la Suisse a été pionnière dans le domaine, puisqu'elle a instauré dès 2006 un « Bachelor en sciences infirmières » sur une durée de 3 ans qui ouvre ensuite aux formations post-grades et aux spécialisations. Elle propose également un « Master of science » en sciences infirmières et un troisième cycle qui existe à l'Université de Lausanne depuis 2008⁶.

Fort de ces éléments mais aussi pour répondre aux exigences des accords de Bologne de 2002 relatifs à la réforme de la formation universitaire, le gouvernement français a inscrit l'enseignement supérieur infirmier dans le schéma LMD en 2009. La dimension professionnalisante de la formation infirmière a cependant été préservée avec le maintien d'une alternance intégrative mais l'enjeu est d'augmenter le niveau de compétences des étudiants notamment par le biais de savoirs académiques objectivés et basés sur des données probantes. Ainsi, depuis cette date, il est conféré aux étudiants infirmiers en sus du diplôme d'Etat un grade licence, à condition que les IFSI aient établi un partenariat avec une université. Pour formaliser ce partenariat, chaque institut via un GCS-IFSI a signé une convention tripartite avec le Conseil Régional et l'Université de référence pour définir entre autres les modalités de coopération entre les deux principaux acteurs, à savoir l'Université et les IFSI. Or à ce jour, ce partenariat est loin d'être mis en œuvre de manière totale et effective sur tout le territoire ce qui peut expliquer que presque dix ans après, le processus d'universitarisation de la formation infirmière reste inachevé pour une part importante des IFSI. Notre expérience professionnelle en tant que cadre de santé formateur en IFSI puis très récemment dans des fonctions de DIFSI ainsi que nos stages effectués durant la formation de DS nous ont permis de confirmer ces disparités dans la formalisation et la mise en œuvre du partenariat. Sur notre région d'exercice d'origine, ce dernier s'avère complexe et peu avancé, bien qu'une convention constitutive quadripartite ait été signée. Des travaux d'harmonisation sur les contenus pédagogiques et les évaluations ont été engagés entre référents disciplinaires universitaires et cadres de santé formateurs de l'ensemble des IFSI sur trois UE

⁴ SIDIIEF, FSI Université de Laval, 2008, *Profil de formation en soins infirmiers dans différents pays francophones*. [visité le 15/07/2018], disponible sur internet : www.sidiief.org

⁵ CIFI, 2010, *Analyse et mise en contexte des profils de formation infirmière dans différents pays francophones : rapport rédigé pour le SIDIIEF*, Montréal: CIFI - Faculté des sciences infirmières - Université de Montréal.

⁶ SIDIIEF, 2011, *La formation universitaire des infirmières et infirmiers : une réponse aux défis des systèmes de santé*, Québec : SIDIIEF, p.16.

contributives, mais les orientations et les principes communs retenus dans ces groupes de travail ne sont que très partiellement appliqués au niveau de chaque institut. Viennent s'ajouter à cela des divergences de positionnement des DIFSI en regard du processus d'universitarisation et un manque d'implication de certains universitaires dans le partenariat, avec des contenus dispensés parfois sans prendre en compte la nécessité de les adapter au public pour qu'ils puissent les transférer en situation professionnelle. Notre stage effectué au sein d'un DIF nous a permis d'explorer une autre approche et une autre vision de ce partenariat qui semblent plus abouties avec une volonté d'améliorer l'aspect professionnalisant de la formation, notamment dans la dimension d'interprofessionnalité. En effet, hormis les enseignements magistraux assurés par des universitaires, une collaboration inter-filières avec les étudiants en médecine existe depuis plusieurs années pour des projets en lien avec la Santé Publique. Plus récemment, un comité préfigurateur d'un DUSI avec à sa tête un DS a été créé et dans ce cadre, différentes commissions composées à la fois d'universitaires et de cadres de santé formateurs ainsi que de professionnels experts ont été mises en place. Ce projet de DUSI est structuré sur le même modèle que les autres départements universitaires et est inscrit au sein de l'UFR de santé au même titre que médecine et pharmacie. Il semble à ce jour favoriser la collaboration entre les différents acteurs et apporter une réelle plus-value pour les étudiants.

Pour enrichir notre questionnement, nous avons choisi de réaliser deux entretiens exploratoires auprès de DS en établissement de santé pour identifier si depuis la mise en place de l'universitarisation de la formation infirmière, ils avaient pu constater une évolution dans le processus de professionnalisation des étudiants. Ils reconnaissent n'avoir aucune donnée objectivée pour nous répondre mais leur perception est que les étudiants auraient davantage besoin d'être accompagnés sur des actes techniques spécifiques. Lors de la prise de poste, ils seraient également moins autonomes. Ils les voient par contre plus réflexifs, avec une capacité plus importante pour se questionner. Les DS évoquent aussi le manque de flexibilité des étudiants, le fait qu'ils restent moins longtemps sur un poste mais ils ne mesurent pas si ces comportements sont en lien avec les évolutions de la formation ou dus à un effet générationnel. Ils considèrent que cette thématique de la professionnalisation serait intéressante à objectiver.

Ainsi, la mise en place du processus d'universitarisation de la formation infirmière, presque dix ans après avoir débuté, apparaît comme Université dépendante dans le sens où chaque Université et les IFSI qui y sont rattachés n'en sont ni au même niveau d'achèvement, ni au même niveau de partenariat. Elle est aussi institut dépendante car chaque IFSI conserve une spécificité territoriale en termes d'offre de stage, de besoins en santé de la population, d'attractivité ... qu'il faut conjuguer avec les exigences d'une

formation universitaire. Elle semble également dépendante de la volonté des acteurs, que cela soit les universitaires comme les DIFSI et les cadres de santé formateurs ce qui vient interroger leur niveau de connaissance réciproque, leur stratégie de communication mais aussi leur niveau de collaboration autour de projets et d'objectifs communs. De plus, cette hétérogénéité de mise en œuvre vient questionner la cohésion de la multiplicité des acteurs qui interviennent en formation infirmière, bien sûr l'Université et les IFSI mais aussi l'ARS et le Conseil Régional, chacun ayant des enjeux qui peuvent parfois s'opposer. Enfin, cela remet au centre la qualité des professionnels formés en termes de compétences pour répondre aux enjeux des évolutions de métiers actuels et aux besoins de santé de la population et donc la contribution des universitaires au processus de professionnalisation des étudiants infirmiers. Au cœur de ces deux dimensions, professionnalisation et universitarisation, le DS, directeur d'institut apparaît comme un acteur clé pour faire vivre ce partenariat, d'où notre question de départ :

En quoi la dynamique partenariale Université / IFSI peut-elle constituer un enjeu pour la qualité du processus de professionnalisation des étudiants infirmiers ?

Au regard de cette question, nous avons envisagé trois hypothèses :

- H1: Un cadre d'action partenarial structuré type DUSI permettant différents niveaux de collaboration contribue à améliorer la qualité du processus de professionnalisation des étudiants.
- H2: Un pilotage sur des objectifs communs via une stratégie de formation co-construite par universitaires et DIFSI est une plus-value dans le processus de professionnalisation des étudiants infirmiers.
- H3: La qualité des interactions entre les acteurs parties prenantes de la dynamique partenariale Université / IFSI favorise la mise en œuvre de dispositifs de formation plus professionnalisants.

Après avoir apporté un éclairage contextuel et conceptuel à notre problématique, nous présenterons la phase empirique de notre travail pour déterminer si la dynamique partenariale instaurée entre le DIFSI / les équipes pédagogiques et les universitaires peut constituer une réelle plus-value dans le processus de professionnalisation des étudiants infirmiers avant de préconiser quelques pistes d'actions qui pourraient être utiles au DIFSI pour impulser une dynamique partenariale bénéfique pour les étudiants et la qualité du dispositif de formation.

1 La dynamique partenariale, un moteur pour concilier universitarisation et professionnalisation des étudiants

Pour déterminer le rôle que peut jouer le DIFSI dans le partenariat avec l'Université, nous avons choisi de développer au préalable trois concepts : l'universitarisation qui est le socle sur lequel repose notre réflexion, notamment dans les différentes étapes qui ont permis à la formation infirmière d'être aujourd'hui considérée comme « *partie intégrante de l'université* » pour Stéphane LE BOULER⁷, la professionnalisation et plus particulièrement celle des étudiants infirmiers qui reste l'enjeu majeur de notre formation, et la dynamique partenariale qui est le liant entre les deux concepts précédents pour comprendre en quoi elle pourrait constituer une plus-value pour la professionnalisation.

1.1 La formation infirmière : de l'universitarisation à l'université

Depuis 2009, la formation infirmière s'inscrit dans un processus d'universitarisation issu de la logique des accords de Bologne de 2002 relatifs à l'harmonisation des formations universitaires dans l'Union Européenne. Il s'agit dans un premier temps de clarifier cette notion d'universitarisation pour ensuite étudier sa genèse en formation infirmière, en comprendre les enjeux mais aussi les freins à son achèvement.

1.1.1 L'universitarisation : une définition aux contours flous et polysémiques

Le terme d'universitarisation est apparu dans les années 2000 mais il constitue un néologisme. Etymologiquement, le terme universitarisation vient du latin « Universitas » signifiant « *acte de connaître* ». Le suffixe « sation » renvoie à un processus d'action. Ainsi l'universitarisation pourrait se traduire comme « aller de l'avant vers l'acte de connaître » avec une nécessité d'élaboration dans le temps, une suite d'opérations vers un but.

Selon BOURDONCLE, l'universitarisation peut se définir comme « *le processus qui rend universitaires des formations et des institutions alors qu'elles existaient ailleurs auparavant qu'à l'université* ». ⁸ Elle comprend trois aspects⁹ :

- **un rapprochement structurel** qui peut se faire par expansion, par absorption ou par fusion. Ce rapprochement peut être vu comme une intégration fonctionnelle, organique ou physique dans les structures universitaires habituelles. C'est le cas pour les DUSI notamment, qui peuvent être considérés comme un département universitaire au même titre que celui en médecine, en pharmacie au sein d'une entité plus importante qui serait l'UFR santé.

⁷ Propos de Stéphane LE BOULER lors de son intervention auprès des DIFSI le 20 septembre 2018 à Paris.

⁸ BOURDONCLE R., 2007, « Universitarisation », *Recherche et formation*, n°54, p. 138.

⁹ *Ibid*

- **des changements dans la nature des savoirs mobilisés ainsi qu'une disciplinarisation de ces savoirs** « c'est-à-dire leur élaboration selon les règles de construction du savoir admises dans la communauté disciplinaire »¹⁰. Ainsi, la formation infirmière basée initialement sur des savoirs dits incorporés devrait passer sur une logique de savoirs dit professés reposant sur des données probantes, bénéfiques à la fois en termes de spécialisation disciplinaire mais aussi d'avancées scientifiques dans les pratiques professionnelles en renforçant leur efficacité et donc leur crédibilité.

- **la confrontation des professionnels issus des instituts de formation à un nouveau statut** car l'Université recrute davantage ses enseignants sur la base de leurs travaux de recherche que sur leur expérience professionnelle et leurs qualités pédagogiques.

Cette définition vient soulever la question de la manière dont un dispositif de formation professionnalisant peut devenir universitaire, dans sa forme, dans ses rapports aux savoirs et dans le statut des formateurs qui y exercent. Pour comprendre d'où nous vient l'idée d'universitariser les formations paramédicales, nous allons maintenant faire un retour rapide sur la genèse du processus d'universitarisation en formation infirmière.

1.1.2 La genèse de l'universitarisation : une logique de l'histoire alliée à une volonté de rupture

Cette genèse repose sur deux éléments centraux : le poids de notre histoire professionnelle et la volonté de rompre avec les logiques de formation précédentes.

La profession infirmière a beaucoup évolué au cours du temps, passant d'une logique de vocation issue de notre filiation religieuse à une logique de métier avec une professionnalisation progressive. Elle s'est organisée en parallèle du développement des soins dans les hôpitaux et la formation infirmière s'est construite dans cette même logique avec principalement trois grandes étapes :

- une formation basée sur les actes techniques et les soins d'hygiène et de confort jusqu'en 1970
- le programme de 1979¹¹ va évoluer vers des enjeux de prise en charge globale de la personne soignée avec une durée de formation passant de 28 à 33 mois et une part de stages représentant 50% du temps de formation
- le référentiel de formation de 1992 avec le décret du 23 mars 1992¹² va notamment accentuer la place du jugement clinique autonome de l'infirmier avec la mise en œuvre

¹⁰ *Ibid* p. 141.

¹¹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA FAMILLE. Arrêté du 12 avril 1979 relatif au programme d'enseignement et à l'organisation des stages en vue de la préparation du diplôme d'Etat d'infirmier. Journal officiel du 14 avril 1979.

des diagnostics infirmiers et le profil d'un infirmier bénéficiant d'une meilleure reconnaissance sociale avec des changements d'appellation : école en IFSI, élève en étudiant. En complément, l'arrêté du 23 mars 1992¹³ va instaurer un diplôme infirmier polyvalent, avec une absence de distinction entre infirmier en soins généraux et infirmier du secteur psychiatrique. Le dossier de soins devient également *un « instrument de formalisation et donc de visibilité du travail infirmier »*.¹⁴

Ainsi, jusqu'en 2009, la formation infirmière reste une formation professionnelle supérieure non universitaire, centrée sur la reproduction de savoirs professionnels, l'expérience pratique et les valeurs humanistes, avec une logique de contenu, sous la responsabilité des IFSI et dont les enseignements sont assurés essentiellement par des professionnels de santé locaux. Cette formation en alternance a pour but de réduire l'écart entre situation de formation et situation professionnelle pour répondre aux objectifs de l'alternance intégrative.

« *Le référentiel de formation infirmier de 2009 s'inscrit en rupture complète avec le programme de 1992 et les programmes antérieurs, non seulement sur le fond mais sur la forme* »¹⁵. Il est issu de discussions sur l'universitarisation des étudiants infirmiers qui ont débuté en 2003 avec le rapport DEBOUZIE¹⁶ du 20 juillet 2003 relatif à la mise en place d'une première année commune pour les professions de santé à l'Université. L'année suivante, le rapport BERLAND¹⁷ qui porte sur la coopération et la délégation de tâches entre professions de santé montre la nécessité plus que jamais d'adapter les formations paramédicales en rehaussant leur niveau et en revoyant leurs approches aux nouveaux enjeux des métiers de demain. Enfin en 2008, les travaux d'ingénierie de la formation en soins infirmiers débutent et aboutissent à l'obtention d'un grade licence en sus du diplôme d'Etat pour les étudiants infirmiers. Cela traduit un rapprochement des IFSI avec l'Université sous forme d'un partenariat conjuguant formation professionnelle et

¹² MINISTERE DE LA SANTE. Décret n°92-264 du 23 mars 1992 relatif aux études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier et d'infirmière [en ligne]. Journal officiel, n°72 du 25 mars 1992. [visité le 10 juillet 2018], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006078889&dateTexte=20050725>

¹³ MINISTERE DE LA SANTE. Arrêté du 23 mars 1992 relatif aux conditions d'admission dans les centres de formation en soins infirmiers préparant au diplôme d'Etat d'infirmier. Journal officiel, n°72 du 25 mars 1992.

¹⁴ ACKER F., 1997, « Sortir de l'invisibilité. Le cas du travail infirmier ». *Raisons Pratiques*, n°8, p.72.

¹⁵ KOZLOWSKI J., 2012, « Réforme de la formation initiale infirmière : avant / après », *FHF*, n° 545, p.36.

¹⁶ DEBOUZIE D., 2003, Rapport de mission : Commission pédagogique nationale de la première année des études de santé, Paris : Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées, 49 p.

¹⁷ BERLAND Y., 2003, *Rapport de mission : Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences*, Paris : Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées, 57 p.

universitaire¹⁸ qui doit être formalisé par la signature d'une convention tripartite entre la Région, l'Université et les IFSI. Pour cela, les établissements publics de santé, supports d'un IFSI se regroupent en GCS pour faciliter cette signature tripartite.

L'arrêté du 31 juillet 2009¹⁹ va constituer un aboutissement des différents travaux engagés. Les IFSI sont dorénavant sous la double tutelle du ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche et du Ministère de la Santé mais ils vont rester financés par le Conseil Régional²⁰. Le nouveau référentiel va s'inscrire dans une logique de compétences, avec une approche par situation et par processus disciplinaires et met en avant la pratique réflexive et l'analyse de pratiques. Les unités d'enseignement ont une structuration proche de celle des programmes universitaires. Un système d'ECTS permet soit une possibilité de changement d'orientation par le biais de passerelles possibles, soit la poursuite des études universitaires en pratiques avancées par exemple. L'objet du référentiel de formation est de professionnaliser le parcours de l'étudiant de part son alternance intégrative entre un parcours universitaire et une trajectoire professionnelle. Les IFSI ne sont plus les seuls responsables des enseignements, puisque sur six domaines, trois sont placés sous la responsabilité de l'Université (Sciences Humaines et Droit, Sciences biologiques et médicales, Méthodes de travail et Anglais). Si l'organisation des épreuves d'évaluation et de validation est à la charge des IFSI, il n'en demeure pas moins que l'Université met en place des enseignements universitaires, participe aux dispositifs d'évaluation sous sa responsabilité et à la CAC. Nous voyons bien dès lors qu'il apparaît comme impératif pour universitaires et DIFSI / formateurs d'une part, de définir des modalités de partenariat pour pouvoir clarifier ce qui va relever de chacun des partenaires et d'autre part, de formaliser un cadre d'action permettant une collaboration effective, les textes ne déclinant pas de manière précise ces modalités.

Après avoir décrit les principaux changements induits dans le référentiel de 2009, il est maintenant intéressant d'en aborder les enjeux mais aussi les freins actuels.

1.1.3 Les promesses et les ombres de l'universitarisation infirmière à ce jour...

Avant d'aborder les freins qui empêchent la finalisation du processus d'universitarisation sur l'ensemble du territoire national à ce jour, nous allons rappeler au préalable les enjeux de cette universitarisation que François-Xavier SCHWEYER²¹ décrit sous trois dimensions :

¹⁸ NOEL-HUREAUX E., « En quoi l'universitarisation de la formation infirmière modifie-t-elle la transmission ? » in Biennale internationale de l'éducation, de la formation et des pratiques professionnelles, *Atelier 21 : Formation au métier du soin*, Juillet 2012, Paris, Paris : HAL, pp.3-5.

¹⁹ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'Infirmier. Journal officiel, n°0181 du 7 août 2009.

²⁰ Cf. Annexe 1 : Modélisation du processus d'universitarisation en formation infirmière

²¹ SCHWEYER F-X., 2008, « L'universitarisation de la formation en soins infirmiers : les promesses et leurs ombres », *Recherche en soins infirmiers*, n° 93, p.120.

- **une dimension institutionnelle** qui concerne le rapprochement des IFSI avec l'Université non en termes d'inclusion mais davantage en termes de partenariat ou de cohabilitation en inscrivant la formation infirmière dans le système LMD.

- **une dimension pédagogique** avec la possibilité de parcours de formation pluriels vers d'autres disciplines et l'ouverture à la recherche afin d'enrichir la formation au bénéfice des usagers et des professionnels et de développer les apports infirmiers en Santé Publique, l'objectif ultime étant de créer une discipline infirmière.

- **une dimension professionnelle** avec une reconnaissance et un équilibre des relations de travail entre professionnels médicaux et paramédicaux mais aussi des perspectives de mobilité au niveau national (reprise de cursus de formation, réorientations, secondes carrières) comme à l'international dans le cadre du programme ERASMUS par exemple, permettant ainsi une distanciation par rapport au contexte de travail, une confrontation à d'autres façons de faire, d'être et la stimulation des aptitudes réflexives des étudiants, la recherche de sens et l'adaptation au changement.

Cependant malgré les promesses induites par les différentes réformes depuis 2009, le processus d'universitarisation de la formation infirmière tarde à se mettre en place dans notre pays qui se trouve « *dans les 40% des pays européens qui ne sont pas encore dans le LMD, mais juste dans le L.* »²² En effet, depuis plus de 15 ans, de nombreux rapports ont documenté cette complexité et la multiplicité des obstacles financiers, institutionnels, mais aussi culturels qui freinent le processus.

En terme économique tout d'abord, les Régions continuent à financer les formations paramédicales sans certitude que les étudiants vont poursuivre leur exercice professionnel sur le territoire. De plus, la question des moyens alloués peut rendre difficile l'équilibre entre le Conseil Régional, l'établissement de santé support de l'institut et l'Université car « *d'une part, le système politico-administratif local est complexe et d'autre part, la bureaucratie universitaire peut tutoyer celle de l'hôpital et les usages mandarinaux de la première ont quelques parentés avec la seconde* »²³. Le rapport IGAS – IGAERN²⁴ de 2013 met également en avant une contestation du montant de la compensation des charges par l'Etat de la part des Conseils Régionaux, un mécompte financier de l'Université, des GCS très formels et un rattachement des IFSI à l'établissement support source de difficulté, notamment en termes de suivi budgétaire et d'investissement.

²² DANAN J-L., « Formation en santé et université : point d'étape », in 73èmes Journées Nationales d'Etudes du CEFIEC, *Dans une formation en mouvement, Gardons le cap !*, 6 juin 2018, Strasbourg, Info CEFIEC Hors Série n°7, p.10.

²³ SCHWEYER F-X, *Opus citatum*.

²⁴ MARSALA V., ALLAL P., ROUSSEL I., 2013, *Les formations paramédicales : Bilan et poursuite dans l'intégration du dispositif LMD*, Paris : IGAS, IGAENR, 93 p.

En terme institutionnel ensuite, il existe une complexité dans la «*gouvernance du dispositif de formation avec une multiplicité d'acteurs*»²⁵ dans le cursus et la gestion de la formation. L'Université se retrouve avec la responsabilité d'une partie des contenus et des évaluations de la formation théorique en partenariat avec les IFSI, induisant ainsi des difficultés dans les organisations pédagogiques. En 2013, la prise en charge des UE contributives²⁶ par l'Université est uniquement de 50 à 75% avec une variation en fonction des universités et deux tendances en termes d'organisations : la dispensation de la totalité des CM par des enseignants universitaires en présentiel, en visioconférence ou sous forme de cours enregistrés et des TD assurés en quasi-totalité par les CSF en fonction des préconisations universitaires, ou bien la coordination des enseignements par un référent disciplinaire qui co-construit en partenariat avec des formateurs. Deux facteurs principaux sont à l'origine de ce choix : les ressources enseignantes universitaires disponibles et l'éloignement à l'Université des IFSI. En ce qui concerne les évaluations, l'Université peut faire le choix de piloter la formation par les examens ou non. Différentes fragilités sont enfin mises en exergue : un manque d'articulation entre formation universitaire et formation professionnelle avec la nécessité de mettre en place un coordonnateur, une rigidité de l'organisation des stages, des conditions de passage en année supérieure trop laxistes.

Au niveau culturel enfin, il existe un risque de sentiment de suprématie de l'Université en termes de qualité des savoirs et de statut des enseignants, avec une tendance à valoriser les savoirs académiques et le statut d'enseignant-chercheur alors qu'il reste nécessaire d'associer étroitement les milieux professionnels. Ainsi, l'alternance intégrative qui occupe une place importante dans le parcours de professionnalisation des étudiants infirmiers peut se trouver reléguée au second plan au profit de démarches plus conceptualisantes centrées sur la recherche et la logique disciplinaire davantage que sur la compréhension des pratiques et des terrains réels d'exercice.

1.1.4 Le devenir du processus d'universitarisation : une accélération en cours pour être à l'Université

L'année 2016 va contribuer à proposer des leviers pour lever ces difficultés. En février, la Grande Conférence de Santé²⁷ va introduire différentes mesures : la mesure 5 dont l'objectif est de renforcer les prestations sociales des étudiants paramédicaux, la mesure 6 en lien avec les conditions de déploiement d'une offre publique de formation pour toutes les professions de santé paramédicales et enfin la mesure 13 qui est de

²⁵ SCHWEYER F-X, *Opus citatum*.

²⁶ MARSALA V., ALLAL P., ROUSSEL I., *Opus citatum*.

²⁷ GRANDE CONFERENCE NATIONALE DE SANTE, *Accompagner le progrès en santé : nouveaux enjeux professionnels*, 11 février 2016, Paris - Conseil Economique, Social et Environnemental, 19 p.

confier à moyen terme aux universités l'encadrement pédagogique des formations paramédicales. Pour mettre en œuvre ces mesures, le rapport IGAS-IGAENR de juin 2017²⁸ présente différentes propositions : alignement des bourses et accès aux services de l'Université pour les étudiants infirmiers, maîtrise des frais de scolarité, suppression du concours d'entrée et sélection par Admission Post-Bac (APB), soutien à l'innovation pédagogique, accès à un ENT numérique universitaire, développement de la simulation, création d'un corps de bi-appartenants et d'une discipline en sciences infirmières avec élargissement du CNU, modification des instances de gouvernance des IFSI, ...

Suite à ces propositions, différents dispositifs expérimentaux tels que les DUSI ont été mis en place mais c'est sous l'impulsion récente des pouvoirs publics avec la mise en place d'une politique d'universitarisation « résolue » que le processus a connu une réelle accélération. La mission en date du 29 août 2017 confiée à Stéphane LE BOULER avait pour objectif de « *préciser les étapes à venir de cette intégration et d'instruire les décisions à envisager à cette fin* ». ²⁹ Cette mission a permis de dégager 4 axes d'évolution nécessaires : le développement de l'interprofessionnalité en mettant en place des modules de formation interprofessionnels tels que le service sanitaire, la promotion de la recherche en ouvrant des voies de qualification pour des enseignants-chercheurs en sciences infirmières, la création de nouveaux parcours étudiants en simplifiant le recrutement à l'entrée (suppression du concours d'entrée et admission par Parcours Sup) et en inscrivant les étudiants à l'Université et enfin la promotion des initiatives territoriales en facilitant le déploiement du numérique, en rapprochant les équipes pédagogiques dans les GHT, ...

Pour compléter ces mesures propres à la formation infirmière, le Plan Etudiant 2017³⁰ vient transformer les études universitaires de premier cycle avec l'objectif d'accompagner tous les étudiants vers la réussite en instaurant une sélection à l'entrée en fonction des compétences et des connaissances et non plus par tirage au sort, en créant un contrat de réussite pédagogique, en rattachant les nouveaux étudiants au régime général de la Sécurité Sociale et en fusionnant les contributions « Vie étudiante » avec la mise en place de la CVEC. Ces éléments trouvent leur concrétisation dans la loi ORE du 8 mars 2018³¹ et sont applicables aux étudiants infirmiers, de part leur statut universitaire.

²⁸ DEBEAUPUIS J., ESSID A., ALLAL P. & al., 2017, *Pour une meilleure intégration des formations paramédicales à l'université : Mise en œuvre des mesures 5, 6 et 13 de la Grande Conférence de Santé*, Paris : IGAS – IGAERN, 219 p.

²⁹ MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR, DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION, 2018, *L'universitarisation des formations en santé*, Dossier de presse, Paris : MSS / MESRI, 22 p.

³⁰ MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE, MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR, DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION, 2017, *Plan Etudiants : Accompagner chacun vers la réussite*, Paris : MEN / MESRI, 38 p.

³¹ MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE, MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR, DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION. Loi n°2018-166 du 8 mars 2018 relative à l'orientation et à la réussite des étudiants. Journal officiel, n°0052 du 9 mars 2018.

A ce jour, le parcours des étudiants est modifié avec la suppression pour l'année à venir du concours. De nouvelles instances de gouvernance³² sont mises en place dès cette rentrée : une instance compétente pour les orientations générales de l'institut (ICOGI) et trois sections relatives aux situations disciplinaires, au traitement pédagogique des situations individuelles et à la vie étudiante. Le développement de l'interprofessionnalité est en cours avec la mise en place du service sanitaire et l'officialisation de l'exercice infirmier en pratique avancée³³ avec un double objectif : pour les patients d'abord, l'amélioration de la qualité des parcours et pour les professionnels infirmiers ensuite, la reconnaissance de compétences vers un haut niveau de maîtrise.

Après avoir clarifié le processus d'universitarisation de la formation infirmière, nous allons maintenant étudier le concept de professionnalisation.

1.2 La professionnalisation des étudiants infirmiers

La formation des professionnels de santé a eu besoin d'être repensée en regard des transformations de notre système de santé, de l'évolution des besoins en santé de la population qui nécessitent une évolution des compétences des paramédicaux. Depuis les années 1980, la notion de professionnalisation n'a cessé de prendre de l'ampleur pour répondre à ces transformations.

1.2.1 La professionnalisation en formation : induire des compétences au profit de l'employabilité

Dans le monde anglo-saxon, la professionnalisation se réfère à « *dynamique d'autonomisation, de reconnaissance sociale et statutaire par un groupe socio-professionnel donné* »³⁴ en lien avec une spécialisation des savoirs et des compétences, un idéal de service et une formation de haut niveau, comme ce peut être le cas en France pour les médecins.

BOURDONCLE met en évidence cinq dimensions au processus de professionnalisation³⁵ : la professionnalisation de l'activité, la professionnalisation du groupe exerçant l'activité, la professionnalisation des savoirs, la professionnalisation des

³² MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR, DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION. Arrêté du 17 avril 2018 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux. Journal officiel, n°0092 du 20 avril 2018.

³³ MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR, DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION. Décret n°2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée. Journal officiel, n°0164 du 19 juillet 2018.

³⁴ BOURDONCLE R., 1991, « La professionnalisation des enseignants : analyses sociologiques anglaises et américaines », *Revue française de pédagogie*, n°94, p.75.

³⁵ BOURDONCLE R., 2000, « Autour des mots : professionnalisation, formes et dispositifs », *Recherche et formation*, n°35, p. 118.

personnes exerçant l'activité et la professionnalisation de la formation. Mais son approche reste centrée sur la transmission des savoirs alors que le processus de professionnalisation nécessite des savoirs d'action c'est-à-dire des combinaisons de savoirs à utiliser en situation formative ou professionnelle.

MAUBANT donne un sens différent à ce terme, en le plaçant du côté des instituts de formation et considère la professionnalisation comme « *un processus destiné à induire des compétences professionnelles qui vont rendre les acteurs plus employables, plus adaptables sur le marché du travail* »³⁶. Cette professionnalisation repose alors sur le principe d'alternance intégrative.

Pour WITTORSKI, la professionnalisation relève avant tout d'une « *intention sociale* »³⁷ et de ce fait, elle se situe au carrefour d'un débat faisant prévaloir, du côté « organisation », la logique des compétences et du côté « acteurs », la logique de qualification avec une quête de professionnalité ou d'identité. Pour lui, la professionnalisation³⁸ revêt trois sens différents :

- « **la professionnalisation des activités** », au sens de l'organisation sociale d'un ensemble d'activités qui permet la construction et la légitimité des savoirs professionnels. Elle repose en formation infirmière sur la volonté d'articuler formation universitaire et pratique professionnelle enseignée à l'IFSI et en stage.

- « **la professionnalisation des acteurs** », au sens à la fois de la transmission/production de savoirs et de compétences nécessaires pour exercer la profession, et de la construction d'une identité de professionnel. Le référentiel de formation infirmière va dans ce sens puisqu'il s'inscrit dans une logique de compétences élaborées lors de la confrontation à l'exercice professionnel en stage et par la volonté de développer l'identité professionnelle des étudiants.

- « **la professionnalisation des organisations** », au sens de la formalisation d'un système d'expertise dans et par l'organisation. En lien avec l'évolution des formes d'organisation du travail, les sujets sont ainsi conduits à transformer un certain nombre d'activités professionnelles qui vont les amener à construire de nouvelles compétences et/ou de nouveaux savoirs.

Pour parvenir à la professionnalisation, WITTORSKI propose différentes voies dont certaines sont présentes dans le référentiel de formation infirmière, notamment une « *logique de la réflexion et de l'action* » en lien avec la mise en place d'une alternance intégrative stage/formation et donc la confrontation des savoirs académiques en situation pour produire des compétences, la « *logique de réflexion sur l'action* » qui utilise la

³⁶ MAUBANT P., PIOT T., 2011, « Etude des processus de professionnalisation dans les métiers adressés à autrui », *Les Sciences de l'éducation – Pour l'Ere nouvelle*, vol. 44, p.8.

³⁷ FERNANDES S., 2009, « Wittorski, R., Professionnalisation et développement professionnel », *Questions Vives* [En ligne], vol.5, n°11, p.1. [visité le 1/07/2018], disponible sur internet : <http://questionsvives.revues.org/632>

³⁸ *Ibid*, pp.1-2.

pratique réflexive afin de faire un retour sur l'action pour transformer les compétences acquises en savoirs d'action transférables dans d'autres situations, la « *logique de traduction culturelle par rapport à l'action* » qui correspond aux situations de travail où un tiers (tuteur, conseiller) assure une fonction de transmission de savoirs, de co-construction de pratiques nouvelles et de modification des façons de voir la situation et enfin la « *logique de l'intégration/assimilation* » où les savoirs théoriques acquis en formation sont intégrés en connaissance par les individus pour prendre la forme de compétences différentes selon les situations rencontrées, avec notamment le travail sur des situations prévalentes dans le cadre des UI.

Trois conceptions de la professionnalisation peuvent être déduites de ces définitions : la professionnalisation comme constitution d'une profession, la professionnalisation en termes d'institutionnalisation de l'activité et enfin la dimension qui nous intéresse qui concerne la professionnalisation en termes de « fabrication » d'un professionnel par la formation avec en corollaire un besoin accru de légitimité et d'efficacité des pratiques. Il s'agit d'articuler l'acte de travail et l'acte de formation mais aussi l'acte de réflexion/recherche à propos des conditions de transformation des pratiques professionnelles et l'acte de formation. Un schéma synthétique du concept de professionnalisation de l'étudiant infirmier est décliné en Annexe 2.

1.2.2 Les enjeux de la professionnalisation des étudiants infirmiers

Quatre enjeux principaux de professionnalisation³⁹ peuvent être mis en exergue.

Le premier est de pouvoir **gérer les changements** et de s'adapter à ces changements en restant productifs ce qui nécessite polyvalence et capacités d'innovation. En formation infirmière, l'analyse des pratiques est une réponse possible à cet enjeu car elle permet de conscientiser ses expériences vécues et les compétences acquises dans l'action pour les transférer dans d'autres situations.

Le second est de structurer la formation pour qu'elle soit au plus près des situations de travail contribuant ainsi à **développer des dispositifs d'organisation qualifiante**.

Le troisième est de convertir les identités des apprenants pour qu'ils **incorporent la culture et l'identité de la profession**.

Le quatrième enjeu en référence à BOURDONCLE est **le professionnisme** qui consiste à utiliser des stratégies pour transformer les activités en profession et ainsi obtenir un statut social plus prestigieux entraînant par là-même une revalorisation de la position et du salaire, **la professionnalité** qui vise à optimiser la qualité du travail fourni et sa productivité en ajustant en permanence les compétences requises sur le terrain et l'offre de formation et **le professionnalisme** qui a trait à la conscience professionnelle.

³⁹ BOISSART M., 2017, *La formation infirmière à l'ère de l'universitarisation. Ingénieries, enjeux et défis de professionnalisation*, SETES : Noisy-le-Grand, pp.127-130

En conclusion, dans un contexte en pleine mouvance, il s'agit de former des futurs professionnels :

- « - *investis et engagés dans leur travail au quotidien, dans la profession et pour la profession,*
- *capables de s'adapter à des évolutions rapides et de faire face à l'incertitude,*
- *combinant et mobilisant des ressources pour apporter des réponses en adéquation avec les attentes des bénéficiaires de soins,*
- *capables d'innover et d'ajuster leurs actions dans des situations de travail non prescrites,*
- *capables de coopérer. »⁴⁰*

1.2.3 Le regard des étudiants sur l'universitarisation : un gain relatif pour la professionnalisation

Pour appréhender de manière plus complète le processus de professionnalisation, il est intéressant de voir quel regard les principaux intéressés portent sur le sujet. Pour cela, nous nous sommes référés à une récente enquête du CEFIEC⁴¹ menée de mars à mai 2018 auprès des étudiants infirmiers de 2^{ème} année, bien qu'elle ne soit pas exhaustive.

Quatre axes ont été explorés. Concernant l'attractivité du métier et la sélection, 81.2% des étudiants enquêtés considèrent la profession comme attractive avec de réelles possibilités d'évolutions professionnelles comme les IPA, ce qui peut aller dans le sens d'une vision positive de l'universitarisation et de la professionnalisation. Pour le dispositif de sélection, ils sont les deux tiers à souhaiter qu'il soit maintenu à l'identique. S'agissant des conditions de vie et d'apprentissage, ils sont la moitié à considérer leurs conditions équivalentes aux autres formations universitaires, notamment pour l'accès aux bourses, à la bibliothèque universitaire et au suivi médical mais pas pour les activités culturelles et sportives. Pour ce qui est en lien avec la professionnalisation, deux tiers des étudiants apprécient que le processus soit co-construit entre formateurs et professionnels de terrain. Ils plébiscitent également le suivi pédagogique individuel et la diversité des moyens pédagogiques utilisés en formation (cours en présentiel, visioconférence, technologies numériques). A contrario, le passage complet à l'Université les interpelle quant à la qualité professionnelle de la formation, même si cela permettra, selon eux, le développement de la recherche en soins infirmiers. Ils ne semblent pas considérer le partenariat IFSI / Université comme apportant une plus-value à leur professionnalisation, contrairement au partenariat avec les lieux de stage.

⁴⁰ *Ibid*, p.4

⁴¹ ASCENCIO P., « Formation infirmière : Constats et Perspectives », (in 73èmes Journées Nationales d'Etudes du CEFIEC, *Dans une formation en mouvement, Gardons le cap !*, 6 juin 2018, Strasbourg, Info CEFIEC Hors Série n°7, p.8.

Globalement, les étudiants ne montrent pas de réelle opposition au processus d'universitarisation mais ils l'abordent davantage en termes d'accès bénéfique à des services universitaires. Pour les autres aspects, ils semblent vouloir maintenir un statu-quo avec ce qui existe actuellement ce qui ne va pas dans le sens d'un réel gain en terme de professionnalisation.

Nous allons maintenant étudier ce qu'est la dynamique partenariale pour comprendre en quoi elle peut impacter sur le processus de partenariat.

1.3 La dynamique partenariale Université / IFSI : un intersystème entre une logique professionnalisante et une logique académique

1.3.1 Le partenariat et de la dynamique partenariale : entre interaction et interdépendance

Avant de clarifier la notion de dynamique partenariale, nous allons définir au préalable ce qu'est le partenariat. Au niveau étymologique, il signifie association mais renvoie aussi au terme *partitio* qui signifie séparation. Dans la relation de partenariat, nous pouvons donc être en permanence en recherche d'un équilibre, d'un compromis, d'un consensus entre opposition et coopération.

Très utilisée dans le domaine du marketing, la notion de partenariat s'est étendue au domaine du sanitaire, du social et de l'éducation. DHUME la définit comme « *une méthode d'action coopérative fondée sur un engagement libre, mutuel et contractuel d'acteurs différents mais égaux qui constituent un acteur collectif dans la perspective d'un changement des modalités de l'action [...] et élaborent à cette fin un cadre d'action adapté au projet qui les rassemble, pour agir ensemble à partir de ce cadre.* »⁴²

Le partenariat se rapproche donc des concepts de collaboration et de coopération mais il va plus loin. La **collaboration** et la **coopération** renvoient aussi à l'idée de travailler ensemble dans un objectif commun avec une mise en relation, des rencontres, des informations réciproques, une interdépendance entre les différents acteurs qui peut aboutir à un accord plus ou moins formel mais la nuance est qu'elles n'impliquent pas l'idée de négociations préalables à la recherche d'un but commun. Il se distingue également de la notion de **coordination** qui suppose davantage « *un agencement d'actions dans le dessein de rationaliser et de rendre cohérent* ». ⁴³ Coordination, coopération et collaboration peuvent cependant favoriser et contribuer au partenariat.

⁴² DHUME F., 2002, « Qu'est-ce que le partenariat ? Contribution à la construction d'un espace de sens. », *ISCRA* [en ligne], p.4. [visité le 10/08/2018], disponible sur internet : <https://www.iscra.org/fichier.php?id=34>

⁴³ VEYSSET-PUIJALON B., 2006, « Coordination » in BARREYRE J-Y, BOUQUET B. / éd., *Nouveau dictionnaire critique d'action sociale*, 2^{ème} édition, Montrouge : Bayard, pp. 146-147.

Pour ARDOUIN⁴⁴, il relève d'une ingénierie des politiques dans le sens où il définit les droits et obligations de chacun, où il permet la mise en œuvre d'actions par le biais de la contractualisation et où il implique une compréhension mutuelle⁴⁵ à tous les stades de la démarche : la négociation, le suivi, l'évaluation, l'exécution du projet et le fonctionnement. Il relève ensuite d'une ingénierie des dispositifs avec la mise en place d'une dynamique participative qui peut s'observer à travers le degré d'implication dans la prise de décision et le degré d'initiatives. Cette participation peut être de fait, volontaire, imposée ou provoquée. Enfin, il relève d'une ingénierie des pratiques avec le renforcement des capacités de chacun des acteurs qui se fonde entre autres, sur la formation et le choix du moment d'intervention.

Pour mettre en œuvre un partenariat, il faut donc définir un cadre d'action mais qui pour être mis en musique va nécessiter une collaboration des différents acteurs pour rendre la démarche participative et une analyse des besoins pour favoriser la mise en synergie des ressources. Enfin, un soutien et un échange mutuel d'expérience vont permettre à chacun de s'enrichir mutuellement et de s'acculturer à la logique de l'autre⁴⁶.

Nous allons maintenant préciser la notion de dynamique partenariale. Selon le Larousse, la dynamique renvoie à l' « *ensemble des forces qui entraînent, provoquent un mouvement, une évolution à l'intérieur d'une structure en développement* ». ⁴⁷ Associée au concept de partenariat, elle impliquerait l'idée de mouvement et d'évolution dans la mise en place du processus d'universitarisation et de professionnalisation des étudiants infirmiers, un levier pour avancer.

Pour GASSE, il s'agit d'un « *processus d'action par lequel les différents éléments du partenariat entrent en interaction et se révèlent interdépendants.* » ⁴⁸ La dynamique partenariale dépend de la logique et de la relation entre acteurs selon trois types ⁴⁹ :

- **le monopole** c'est-à-dire que les partenaires ont une relation exclusive entre eux dans un ou plusieurs domaines. Ce monopole peut être *institutionnel* avec des règles et des normes propres, *référentiel* avec un découpage du champ d'action et de référence de chacun en lien avec son expertise et *affectif* avec des zones de pouvoir et d'affluence.

- **la concurrence** qui induit dans la relation compétition et rivalité avec l'idée de dépasser l'autre dans ses compétences et ses registres d'intervention.

⁴⁴ ARDOUIN T., 2003, *Ingénierie de formation pour l'entreprise*, Paris : Dunod, p. 24.

⁴⁵ GASSE S., 2011, « La dynamique partenariale en contexte décentralisé : une conception de l'ingénierie au sein de l'expertise éducative », *TransFormations*, n° 5, p.52.

⁴⁶ Cf. Annexe 3.

⁴⁷ LAROUSSE. Définition dynamique. [visité le 10/08/2018], disponible sur internet : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/dynamique/27079?q=dynamique#26939>

⁴⁸ GASSE S., *Opus citatum*, p. 54.

⁴⁹ *Ibid*, pp. 50-51.

- **la complémentarité** qui est au service de l'action commune et privilégie les ressources de chacun avec une idée de cohésion qui permet à la fois de valoriser les acteurs et la qualité de l'action attendue.

Pour MERINI, les deux premiers sont « *des relations de type frontal, qui visent la soumission ou l'évacuation de l'autre* »⁵⁰ alors que le troisième est celui qui est visé. Par conséquent, chaque acteur ne pèse pas le même poids dans la relation partenariale et la difficulté consiste à orchestrer ces zones d'affluence entre pouvoir et nécessité. Ce peut être le cas en formation infirmière et l'essentiel est d'en avoir conscience pour que les étudiants ne soient pas pris entre ces différentes tensions. En effet, dans la dynamique partenariale, il est essentiel qu'un des acteurs ne prenne pas le pouvoir sur les autres pour aboutir à une relation asymétrique de type vertical mais que « *les acteurs se reconnaissent mutuellement égaux et agissant dans une optique d'échanges réciproquement utiles et enrichissants* »⁵¹, créant ainsi une relation horizontale.

En conclusion, le partenariat Université / IFSI apparaît comme un intersystème entre une logique universitaire centrée sur les savoirs académiques et sur la recherche et une logique professionnalisante, basée sur des savoirs expérimentiels et pratiques, dans un système d'alternance. La constitution de ce partenariat s'avère la condition nécessaire pour induire un processus de changement et une pratique plurielle qui agence l'hétérogénéité des acteurs. Quant à la dynamique partenariale mise en œuvre, elle doit contribuer « *à remettre le processus de changement au centre de l'attention collective* »,⁵² constituant ainsi un véritable levier pour achever l'universitarisation.

1.3.2 La dynamique partenariale Université / IFSI : un pivot pour le DS

Marielle BOISSART⁵³ va plus loin et a montré que la dynamique partenariale est un pivot de fonctionnement pour rendre le dispositif de formation en soins infirmiers opérant et répondre aux finalités de la réforme. La cohésion des acteurs au sein de cette dynamique est gage de réussite du changement et de repère pour l'étudiant.

Le partenariat IFSI / Université a mis des années à se formaliser car il se situait à l'interface des pro-universitaires en formation infirmière qui y voyaient un moyen de reconnaissance sociale de la profession et ceux qui avaient peur de perdre l'essence du métier. Une première expérimentation de partenariat a été menée dans les années 1977 à l'UFR de Bobigny avec un DEUG soins qui était superposé aux deux premières années

⁵⁰ MERINI C., 1999, *Le partenariat en formation. De la modélisation à une application*, Paris : L'Harmattan, p.93.

⁵¹ GASSE, *Opus citatum*, p. 51.

⁵² PERRENOUD P., 1999, « Le pilotage négocié du changement dans les systèmes éducatifs », in LURIN J., NIDEGGER C., *Expertise et décisions dans les politiques de l'enseignement*, Genève : Service de la recherche en éducation, pp. 88-103.

⁵³ BOISSART M., *Opus citatum*, p.16.

de formation au diplôme d'Etat Infirmier et dont les enseignements étaient assurés par des infirmiers ayant le statut de chargé de cours d'université.

A l'heure d'aujourd'hui, les composantes du partenariat IFSI / Université peuvent se décliner de la manière suivante :

- une mise en synergie des différents acteurs
- des objectifs communs qui sont le fruit d'une négociation entre ces acteurs avec l'idée qu'il peut aussi y avoir des objectifs distincts pour chacun des acteurs
- une acculturation à la logique de l'autre tout en conservant son identité professionnelle
- une temporalité qui doit s'approprier et s'affranchir des contraintes
- la présence d'une convention qui stipule les rôles et missions de chacun, ses responsabilités mais dont la mise en œuvre doit être effective pour parler de partenariat.

Le DS, directeur d'IFSI de par ses activités et ses compétences est un acteur à part entière dans cette dynamique partenariale. En effet, dans le cadre de la compétence 9 « Conduite des démarches de développement des partenariats pour assurer la continuité de la prise en charge de l'usager »⁵⁴, il élabore et met en œuvre des projets de formation en partenariat notamment avec l'Université, pour proposer une offre de formation de qualité. Dans ce cadre, il réalise des activités⁵⁵ en relation avec les partenaires extérieurs, plus particulièrement avec l'Université avec qui il devrait proposer, coordonner et évaluer la politique de formation. Il participe à la rédaction de la convention constitutive du GCS et doit être en capacité d'évaluer son environnement et de négocier avec ses partenaires.

1.3.3 Les enjeux de la dynamique partenariale : une affirmation identitaire et une organisation efficace

Après avoir décrit les composantes de la dynamique partenariale, nous allons en aborder les deux enjeux principaux.

Le premier est organisationnel : un partenariat implique un contrat, une démarche de projet et une action collective qui met en jeu des interactions entre plusieurs acteurs qui peuvent aller d'un simple échange d'informations à une véritable coopération avec une relation fréquente, continue et formelle.

⁵⁴ EHESP. Référentiel de compétences du directeur des soins [en ligne]. 2017. [visité le 25 août 2018], disponible sur internet : <https://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2017/12/formation-DS-referentiel-de-competences-mai-nov2017.pdf>

⁵⁵ EHESP. Référentiel métier du directeur des soins [en ligne]. [visité le 25 août 2018], disponible sur internet : <https://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2008/06/Referentiel-metier-de-Directeur-trice-des-soins.pdf>

En regard de cet enjeu, MERINI⁵⁶ décrit cinq principes indispensables pour qu'un partenariat soit efficace dans un système de formation : le principe de besoin (perception du partenariat comme bénéfique dans le processus de formation), le principe d'association (partage de valeurs et d'idées par les partenaires), le principe d'interacteurs (chacun a son identité et ses valeurs qui lui sont propres), le principe de rupture (un partenariat implique des changements pour chacun des acteurs qui peuvent être plus ou moins bien vécus) et le principe de risque (celui de s'exposer au regard de l'autre et ainsi de voir ses missions, son identité remises en question). Nous pouvons en conclure que la qualité d'un partenariat peut s'apprécier en fonction des intérêts communs et singuliers des partenaires, du pilotage du projet envisagé, des interactions existantes au sein des organisations et de leur capacité à évoluer⁵⁷

Le second enjeu est identitaire et il est éminemment lié aux conditions d'émergence et aux sources de déclenchement du partenariat qui vont impacter sur l'engagement des acteurs dans le processus suivant que le partenariat est imposé (moindre engagement en cas de désaccord), impulsé (mise en évidence d'un leader qui va piloter et mettre en place le projet), volontaire. Il peut aussi être lié à l'identité même des acteurs, à leur pouvoir qui varie en fonction de leur légitimité et aux résultats du partenariat. KADDOURI⁵⁸ compare cet enjeu à un effort de guerre où chacun va défendre son identité et l'aborde en fonction d'une typologie : validation identitaire, crédibilisation, réhabilitation, sauvetage. La dynamique partenariale Université / IFSI reprend bien les éléments de cette typologie. Il s'agit de se faire reconnaître officiellement par l'obtention d'un diplôme universitaire d'où une validation, de légitimer notre identité sur la scène internationale et d'obtenir une reconnaissance par nos pairs d'où une crédibilisation. Il s'agit aussi d'une compensation identitaire pour suivre une formation de type universitaire comme les médecins d'où un sauvetage et de la crainte que la formation ne perde son aspect professionnalisant pour devenir essentiellement conceptualisante d'où une préservation.

Face à ces enjeux, des préalables⁵⁹ sont donc à développer pour que cette dynamique partenariale soit partagée entre les différents acteurs. Il s'agit de produire du conflit pour négocier en confrontant ses représentations mutuelles pour pouvoir partir de ce que l'on fait et pas de ce que l'on croit faire et pour s'inscrire dans une reconnaissance réciproque de la légitimité des stratégies des uns et des autres. Il est important aussi de clarifier ensemble la notion de partenariat pour pouvoir préciser le cadre de l'action, en définissant des références et des principes communs pour se comprendre. Il s'agit

⁵⁶ MERINI C., *Opus citatum*, p.16.

⁵⁷ BOISSART M., *Opus citatum*, p.89.

⁵⁸ KADDOURI M., 1997, « Partenariat et stratégies identitaires : une tentative de typologisation », *Education permanente*, n°131, pp. 109-126.

⁵⁹ DHUME, *Opus citatum*, pp. 5-6.

également de construire ensemble le sens de l'action et la stratégie en termes d'enjeux internes, externes et mutuels en se mettant d'accord sur les objectifs, les finalités et les conditions du travail à mener. Pour cela, il faut donc favoriser la cohérence de l'action : clarifier les interfaces, les interactions, les interférences et mettre en place une démarche collective. Enfin, il est nécessaire de travailler la temporalité du processus en regard des contraintes de chacun, du temps utile pour construire un dispositif complexe et de la durée nécessaire au changement et au repositionnement des uns et des autres. Même si les contraintes (charges de travail...) sont les arguments majoritaires avancés pour ne pas se rencontrer, il s'agit de rompre avec cela et de faire primer les valeurs pour mettre en œuvre le changement, tout en restant vigilant à ne pas avoir d'attentes démesurées par rapport à l'autre.

La mise en place d'une dynamique partenariale partagée entre universitaires et DIFSI / équipe pédagogique nécessite de déterminer une stratégie et un cadre d'actions communs et de s'inscrire dans une compréhension réciproque des logiques des deux partenaires pour faire naître un objectif commun : assurer une qualité du processus de professionnalisation des étudiants infirmiers.

1.3.4 Dynamique partenariale et professionnalisation

Il est maintenant intéressant de questionner la dynamique partenariale Université / IFSI pour savoir si elle peut représenter une opportunité dans le développement du processus de professionnalisation des étudiants par la rencontre de savoirs élaborés et validés par la recherche, l'appropriation de savoirs d'actions et la construction d'un champ disciplinaire propre. Elisabeth NOEL-HUREAUX⁶⁰ a fait le constat que même si les conventions de partenariat avaient donné un cadre réglementaire à la coopération entre Université et IFSI, il restait à identifier les composantes de fonctionnement que ce soit en termes de structuration du cadre ou de la part des acteurs. Une prise de contact a bien été engagée entre les deux partenaires depuis 2009 pour prendre en compte les différences de logique de ces deux univers de formation et pour adapter les représentations de l'étudiant vis-à-vis de son entrée dans la vie professionnelle, avec un partage important entre les IFSI ce qui n'est pas le cas pour les universités où les échanges ont été rares et très ciblés. La mise en œuvre de la dynamique partenariale reste complexe en l'espèce car elle associe d'autres concepts entre la concertation, la collaboration et la coopération qui impliquent un partage des tâches et des responsabilités

⁶⁰ NOEL-HUREAUX E., « Universitarisation des savoirs infirmiers et professionnalisation des acteurs » in Biennale internationale de l'éducation, de la formation et des pratiques professionnelles, *Atelier 4 : Coopérer*, 30 Juin – 3 Juillet 2015, Paris, Paris : HAL, 10 p. [hal-01188454](https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01188454)

tout en gardant la singularité de chacun. Elle a des conséquences pour les acteurs en induisant des transformations dans les relations et les actions en fonction du type de partenariat établi mais aussi pour les structures, les organisations, les publics associés, les valeurs, la culture de chacun. Pour mener à bien cette dynamique de partenariat, il s'avère nécessaire de changer de logiques, notamment en ce qui concerne la professionnalisation en définissant le coopérer pour qu'il « *ne soit ni le collaborer, ni le co-construit, ni le co-muniquer mais peut-être la combinaison de ces différentes modalités relationnelles* »⁶¹ afin que chacun puisse s'approprier son rôle. Il s'agit d'avoir une vision élargie du savoir qui « *ne doit pas se cantonner à une identité institutionnelle unique, en y ajoutant de la richesse dans la façon d'aborder l'apprentissage, d'autant que la finalité du savoir n'a de sens que s'il donne davantage de prise sur le réel.* »⁶² Ainsi les étudiants infirmiers peuvent s'ouvrir à de nouvelles perspectives et à de nouvelles façons d'appréhender la réalité en décentrant leur formation jusqu'alors orientée exclusivement sur l'exercice professionnel vers un projet professionnel construit sur la poursuite d'études en master dans un univers plus large des potentialités de leur profession.

Pour conclure, la dynamique partenariale Université / DIFSI constitue un espace de négociations où les stratégies de communication et de relations de chacun des acteurs sont la traduction de leur dynamique, un facteur de changement en termes de rôles, d'objet, de modalités d'action, de positionnement et un objet de transactions, notamment identitaires. Elle va être un vecteur dans l'engagement de chacun des partenaires pour permettre une plus-value dans la qualité du processus de professionnalisation des étudiants infirmiers.

Après avoir clarifié les différents concepts, il s'agit maintenant d'aller étudier sur le terrain la dynamique partenariale universitaires/ DIFSI pour voir en quoi elle peut impacter sur la qualité du processus de professionnalisation des étudiants infirmiers.

⁶¹ *Ibid*, p.8

⁶² *Ibid*, p.9

2 Phase empirique du travail : impact de la dynamique partenariale Université / IFSI sur la professionnalisation des étudiants

2.1 La méthodologie de l'enquête : une approche qualitative au service de l'expression des acteurs de la dynamique partenariale

L'enquête que nous avons choisi de réaliser a pour objet d'étudier la dynamique partenariale mise en œuvre dans le cadre du processus d'universitarisation de la formation infirmière entre les deux groupes d'acteurs principaux, à savoir d'une part les universitaires et d'autre part, les DIFSI / CSF et de voir quel impact cette dynamique peut avoir sur la qualité du processus de professionnalisation des étudiants infirmiers.

Notre méthodologie se décompose en différentes étapes que nous allons décrire.

2.1.1 La phase exploratoire et le choix des hypothèses

Pour pouvoir cerner notre objet d'étude, la première étape de notre travail a consisté en une revue de littérature au niveau national et international pour mesurer l'impact de l'universitarisation sur la qualité du processus de professionnalisation des étudiants infirmiers. Nous avons essentiellement trouvé des articles mettant en lien niveau de formation universitaire et qualité des soins. Pour compléter cette revue, nous avons réalisé des entretiens non directifs auprès de deux DIFSI et de deux DS en établissements de santé afin de déterminer si notre questionnement de départ pouvait constituer un intérêt pour notre profession et de voir quel regard ils portaient sur la professionnalisation des étudiants depuis l'universitarisation de la formation.

La seconde étape a permis de confronter nos apports expérimentiels, contextuels et conceptuels ainsi que les données issues de la phase exploratoire pour préciser notre question de départ et dégager ainsi trois hypothèses qui nous ont paru pertinentes à explorer en regard de notre future fonction de DIFSI et en lien avec la récente accélération du processus d'universitarisation.

Les hypothèses reprennent trois composantes de la dynamique partenariale en regard de leur impact potentiel sur la qualité du processus de professionnalisation des étudiants infirmiers, à savoir :

- le cadre d'action avec la structuration des différents niveaux de collaboration des partenaires
- le pilotage sur des objectifs communs avec la stratégie co-construite par les deux partenaires principaux
- la qualité des interactions entre les différents acteurs du partenariat

2.1.2 Le choix de la population et des lieux d'enquête

Notre problématique se situant dans un contexte d'évolution du processus d'universitarisation de la formation infirmière, nous avons choisi d'explorer la dynamique partenariale de quatre « territoires » universitaires qui en sont à une avancée différente du processus et de quatre IFSI situés à des distances variables de l'Université (deux à proximité du site, deux plus éloignés) pour avoir une représentation la plus large possible de notre objet d'étude.

Sur chaque territoire, nous avons interviewé les deux partenaires principaux en jeu dans le processus d'universitarisation à savoir les universitaires et les DIFSI /CSF auxquels nous avons ajouté des représentants du Conseil Régional et un CPR de l'ARS pour enrichir notre vision du partenariat. De plus, dans chaque groupe d'acteurs, les profils sont diversifiés pour recueillir des données les plus représentatives possibles⁶³.

Sur les 20 entretiens prévus, 19 ont été réalisés, le Doyen de la Faculté de Médecine du territoire 3 ayant été indisponible.

Nous avons fait le choix de ne pas interroger les étudiants infirmiers et les DS en établissement de santé, même s'ils sont des acteurs incontournables dans la professionnalisation des étudiants car nos hypothèses sont davantage centrées sur la compréhension des dynamiques stratégiques et managériales du partenariat en amont du processus de professionnalisation.

2.1.3 La méthode de recueil et de traitement des données

Nous avons privilégié une approche qualitative et choisi de réaliser une étude transversale c'est-à-dire de recueillir nos données en une seule fois, à un instant t à l'aide d'un entretien semi-directif. Le choix de l'outil nous a semblé approprié car il favorise la liberté d'expression tout en facilitant l'explicitation des propos. Il permet également de recueillir des données qualitatives et s'utilise sur des échantillons de population de petite taille ce qui est notre cas.

Notre recueil de données a débuté par l'élaboration de guides d'entretien (Annexe 5) que nous avons testés pour nous assurer de la clarté des questions posées. Nous avons ensuite réalisé nos entretiens en présentiel et par téléphone. Ces entretiens, d'une durée de 30 minutes à 1 heure ont été enregistrés.

Notre traitement des données a compris une phase de retranscription in extenso des entretiens de manière anonyme puis ensuite une phase d'analyse de contenu avec une catégorisation des principales thématiques rencontrées en regard de nos hypothèses⁶⁴.

⁶³ Voir Tableau synthétique des profils de la population enquêtée en Annexe 4

⁶⁴ Voir Trame de la grille d'analyse des données en Annexe 6

2.1.4 Les limites de l'étude

Les résultats obtenus dans notre enquête ne sont en aucun cas généralisables mais valables uniquement pour l'échantillon enquêté, au vu de sa faible représentativité, notamment pour l'ARS. Cependant, la temporalité de l'étude étant relativement courte, il semblait difficile d'élargir notre champ d'enquête qui nous a cependant permis d'apporter un éclairage à notre future pratique de DS et d'enrichir nos savoirs et nos compétences.

Une autre limite de ce travail a été la période d'enquête qui s'est déroulée principalement sur l'été. Il a été plus complexe de fixer des rendez-vous avec les universitaires qui étaient en congés.

Enfin, le profil même des enquêtés peut constituer un biais puisqu'un des référents universitaires a exercé une profession paramédicale pendant plusieurs années avant d'obtenir un doctorat et il a été contraint de choisir entre son statut professionnel et son statut universitaire alors qu'il aurait souhaité devenir bi-appartenant ce qui peut orienter ses réponses. De même, l'élu régional interviewé est chirurgien et est en relation de proximité avec le CHU rattaché à l'université ce qui peut expliquer un lien très fort avec le Doyen de la Faculté de médecine et influencer sur les relations qu'il a avec les universitaires.

2.2 Les résultats de l'enquête

Notre analyse comprend une première partie descriptive concernant la vision que les différents acteurs parties prenantes du partenariat ont de l'universitarisation de la formation infirmière et de la dimension professionnalisante de l'Université pour identifier si chacun a la même approche de ces deux concepts puis une seconde partie comparative reprend chacune de nos hypothèses.

2.2.1 Les représentations actuelles de l'universitarisation de la formation infirmière chez les acteurs : entre enjeux, freins et accélération

A. Des enjeux politiques et professionnels

Les universitaires comme les formateurs en IFSI ont une perception globalement identique des enjeux liés à l'universitarisation qui sont centrés autour de deux axes évoqués par SCHWEYER auxquels se rajoute un enjeu plus macro au niveau politique.

Tout d'abord, **l'enjeu principal retrouvé chez les différents acteurs est professionnel** et il est décrit à travers le prisme de l'ouverture et de la reconnaissance identitaire. Un CSF précise que « *les voies s'élargissent, les possibilités pour les apprenants s'élargissent* » (E11) à différents niveaux allant de l'amont à l'aval du parcours de formation des étudiants. Pour les CSF (4/5), cela permettrait une ouverture dès l'entrée vers d'autres profils « *qui auraient plus envie de poursuivre des études, de se remettre en question, qui ne viendraient pas des mêmes cursus en terme de*

baccalauréat et qui auraient l'envie de ne pas s'arrêter à être infirmier ». Au cours de la formation, il y aurait « *une mobilité possible des étudiants au niveau européen* » (E7). Une fois le cursus terminé, cela élargirait le champ des possibles au-delà de l'accès à des spécialités infirmières ou à des fonctions d'encadrement, pour évoluer vers les IPA par exemple et permettrait l'ouverture à davantage de pluriprofessionnalité pour répondre à la complexification des métiers. In fine, pour le Doyen, « *c'est la possibilité d'ouvrir vers de nouveaux grades universitaires* ».

L'universitarisation favoriserait également la reconnaissance identitaire où « *l'infirmier pourrait avoir son propre espace dans un espace pluriprofessionnel* » (E11) mais aussi une « *reconnaissance de ses talents* » (E8), « *une montée en niveau et en compétences des formateurs et des formés* » (E6). De plus, pour le Doyen, « *l'universitarisation n'est pas un grand coup de balai en disant : on va tout changer, on va mettre des universitaires à la place. Le rôle d'enseignement et d'encadrement des directeurs d'institut et des formateurs doit absolument être préservé. La question est de rajouter quelque chose en plus, pas de changer.* » Enfin, l'universitarisation permettrait un rééquilibrage des relations entre médicaux et paramédicaux : « *ramener un pouvoir médical moins important, travailler ensemble dans des équipes pluridisciplinaires plus partagées avec une place plus en collaboration avec les médecins* » (E11).

L'enjeu pédagogique est nettement moins évoqué (3/19). Il apparaît comme « *une ouverture plus large sur d'autres savoirs* », « *un développement de savoirs infirmiers, de recherche...* » pour deux formateurs et comme la possibilité de « *faire de la recherche plus facilement* » pour le Doyen.

Le troisième enjeu est d'ordre politique. Il est abordé uniquement par les personnes qui sont concernées par cet aspect (le CR, le Doyen et un DIFSI). Pour le Doyen, cet enjeu est le reflet de divergences politiques entre l'Etat et les Régions qui dépassent le processus en lui-même et peut constituer pour les CR un prétexte pour s'opposer notamment sur l'aspect financier mais aussi en terme d'affichage de réussite par crainte de perdre des formations qui « *ont un taux d'insertion professionnelle proche de 100% au détriment d'autres formations dans lesquelles la réussite est moins bonne* ». Les CR, quant à eux, voient un impact positif de l'universitarisation « *au niveau de l'offre de soins sur le territoire, avec en particulier les infirmiers en pratiques avancées* » mais plus mitigé en terme financier avec la crainte que « *cela ne coûte que plus cher pour une qualité que l'on n'espère qui ne réduira pas* », crainte réfutée dans le récent rapport LE BOULER⁶⁵ qui précise que l'universitarisation n'induirait pas un surcoût.

⁶⁵ MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR, DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION, 2018, *L'universitarisation des formations en santé, Opus citatum.*

B. La volonté des acteurs et la quête identitaire, principaux freins à l'avancée du processus

L'avancée du processus d'universitarisation est globalement « à la fois université dépendante et personne dépendante » pour la quasi-totalité des enquêtés (18/19). Deux freins principaux sont identifiés comme obstacle à cette avancée.

Le premier concerne la volonté des acteurs en lien avec des différences de logiques : « les directions des CH / CHU veulent garder leurs instituts comme ils sont et leurs DS comme directeurs et de l'autre côté, l'université va dans un autre sens car elle ne connaît que les enseignants-chercheurs » (E10). Cela peut être aussi lié à l'absence « de réelle envie ou motivation, au niveau des instituts de formation » (E7) et à un manque d'implication des universitaires en lien avec la distance géographique IFSI – Université (12/19) ou la volonté d'obtenir des financements pour couvrir leurs frais (3/19).

Le deuxième est principalement identitaire et culturel en lien avec des représentations qui persistent en termes de complexe d'infériorité vis-à-vis du corps médical : « à l'heure actuelle, les médecins sont toujours les savants et les infirmières sont les exécutantes » (E12). De plus, pour le CR1, « les professionnels infirmiers veulent une reconnaissance par le biais de la formation qu'ils n'obtiendront jamais par le biais du métier. »

Les freins financiers et institutionnels évoqués dans la partie conceptuelle ne sont pas repris par les différents acteurs, notamment les CR qui se disent favorables à une avancée du processus.

C. Une vision d'accélération de l'universitarisation dans la mouvance des réformes actuelles

Concernant la perception des évolutions du processus d'universitarisation, les visions sont divergentes entre universitaires et équipes de formation en ce qui concerne l'aspect réglementaire. Les référents universitaires n'ont qu'une vision approximative des réformes en cours voir des attendus les concernant.

Par contre unanimement, universitaires, DIFSI, CSF et CR voient et vivent une évolution en deux temps dans la mise en œuvre du processus d'universitarisation. Pendant presque dix ans, ils décrivent le processus comme stagnant, voire en retard : « nous n'avons pas beaucoup d'avance dans le domaine, je ne crois pas l'université si prête que cela à travailler avec les IFSI et à être sur un mode de professionnalisation » pour un RU du territoire 1, « l'universitarisation est restée incomplète et inachevée avec un certain nombre d'incompréhensions, voire de réticences » pour le chargé de mission du même territoire et pour le DIFSI1, « il n'y a pas eu une réelle plus-value », le GCS-IFSI a été créé mais « juste parce que c'était une obligation réglementaire ».

Cependant, depuis les derniers mois, ils décrivent une accélération significative en lien avec les différentes réformes réglementaires et juridiques mises en œuvre par le gouvernement. Le Doyen évoque « *un mouvement national qui est inéluctable* » avec pour le DIFSI2, une opportunité de finaliser la création du DUSI et de recruter un enseignant-chercheur puisque la CNU l'a intégré dans ces textes. Le RU1 chargé de mission précise que cette accélération va « *dans le sens d'une intégration des étudiants et des formations à l'Université* ». Dans la notion d'intégration, il perçoit différents niveaux « *du plus simple comme la sienne qui est incomplète au plus abouti sous la forme de DUSI* ». Il positive également les réformes récentes pour faire avancer le processus : « *c'est un grand chantier qui s'ouvre* ». Le DIFSI4, comme le CR4 ne voient aucune évolution à ce jour mais pensent que cela va venir rapidement.

2.2.2 La question de la professionnalisation par l'Université : une vision contrastée et en débat pour les différents acteurs

Concernant la vision de la professionnalisation des étudiants depuis le passage à l'université de la formation infirmière, elle apparaît comme une question complexe à traiter pour tous.

Pour les universitaires, « *l'Université n'était pas traditionnellement faite pour former des professionnels* » (E2) mais elle a développé progressivement la capacité à le faire via les IUT, la faculté de médecine, ... Cependant, « *elle préparerait à la professionnalisation plus qu'elle ne professionnaliserait* » dans le sens où ce serait « *la confrontation véritable au métier qui professionnaliserait mais il serait aussi essentiel d'acquérir un certain nombre de concepts fondamentaux qui permettraient en situation de répondre à des problèmes concrets* ». (E1)

Pour les DIFSI, cette visée professionnalisante de l'Université est filière dépendante : il y aurait une « *dualité entre ces deux logiques si l'on regarde les filières de Sciences Humaines, en Sciences...mais si on prend les étudiants en médecine, ce ne serait pas le cas* », l'universitarisation permettrait la professionnalisation (E10). L'un d'entre eux nuance aussi le sens donné au terme professionnalisation qui pour lui est à distinguer de l'employabilité : il existe une « *dualité professionnalisation / employabilité qui sont deux notions parfois confondues, notamment pour les CR qui ont tendance à parler de professionnalisation alors qu'il s'agit davantage d'employabilité c'est-à-dire de la mise en adéquation de l'offre d'emploi sur le territoire et des professionnels disponibles* » (E8).

Chez les formateurs, nous retrouvons la dualité entre logique universitaire et logique de professionnalisation abordée précédemment : « *l'université est reconnue pour la production de savoirs académiques et la crainte est que la formation infirmière se résume à cela* » sauf « *si des professionnels issus de la filière infirmière continuent à former les étudiants infirmiers* » (E12). Cependant, le CSF2 voit dans l'universitarisation un moyen

d'enrichir la professionnalisation avec un partenariat triangulaire possible Université / IFSI / Lieux de stage. Cette notion est mise en exergue par NOEL-HUREAUX⁶⁶ avec l'idée de « *repenser la triangulation entre ces différents lieux de savoirs que sont les IFSI, l'Université et les lieux de soins, c'est ne plus cantonner le savoir à une identité institutionnelle unique [...] et se décentrer d'une pensée binaire* ».

Quant au conseiller pédagogique de l'ARS, il a une vision de la professionnalisation directement liée à l'opérationnalité de l'exercice infirmier : « *c'est pouvoir faire une analyse pertinente des situations cliniques pour adapter les gestes à réaliser et non faire des mémoires de 300 pages* ». Pour lui, « *l'université ne professionnalise pas* » et il privilégie une approche par les pairs.

Enfin, les représentants des CR parlent d'employabilité davantage que de professionnalisation et évoquent en lien avec l'universitarisation, une crainte de « *perdre la professionnalisation et le lien avec les terrains de stage* ».

En conclusion, nous pouvons constater que la vision professionnalisante de l'Université semble contrastée entre les différents acteurs et comme n'allant pas de soi. L'Université préparerait à la professionnalisation et professionnaliserait partiellement en fonction des filières. Une plus-value apparaît cependant concernant la notion d'alternance triangulée comme source d'enrichissement du processus de professionnalisation des étudiants.

Après avoir décrit les représentations de l'universitarisation et de la professionnalisation par l'Université pour les enquêtés, nous allons maintenant étudier si la dynamique partenariale IFSI / Université peut contribuer à améliorer la qualité du processus de professionnalisation des étudiants infirmiers.

2.2.3 Les départements universitaires, une opportunité pour la professionnalisation des étudiants au détriment des structures pyramidales

Pour vérifier notre première hypothèse, nous allons analyser la structuration des niveaux de collaboration universitaires / DIFSI-CSF puis dégager la plus-value éventuelle de cette structuration sur la professionnalisation des étudiants.

A. Des niveaux de structuration du partenariat territoires dépendants

Pour plus de clarté, nous avons choisi de modéliser la structuration de la dynamique partenariale de chaque territoire sous forme de schémas figurant en Annexe 7.

Sur le territoire 1, le processus d'universitarisation en est encore au début de sa maturation. **La structuration du partenariat apparaît davantage comme un modèle de type pyramidal allant du niveau macro au niveau micro.** L'Université et les IFSI

⁶⁶ NOEL-HUREAUX E., 2015, *Opus Citatum*, p 9.

constituent deux blocs séparés qui se réunissent pour collaborer de manière ponctuelle et en fonction de la volonté des acteurs. Ce partenariat est formalisé dans le cadre de la convention quadripartite et est davantage centré sur un aspect réglementaire et sur une désignation structurée d'acteurs que sur une collaboration effective. Le pilotage du système se fait au niveau de chaque bloc par les DIFSI et le chargé de mission universitaire qui met en place des réunions d'information des RU auxquelles peu de monde participe. Il laisse une autonomie aux RU géographiques et disciplinaires pour engager le partenariat avec les IFSI. Ces derniers, malgré l'expression d'une volonté de s'investir, mettent en exergue « *une complexité de leurs missions de coordination* » en lien avec « *un manque de cadrage initial* », « *un manque d'explicitation du dispositif* », « *un manque de moyens* » et des « *contraintes matérielles importantes* » pour se réunir avec les 11 référents d'UE de chacun des IFSI. L'harmonisation des contenus d'enseignement dans les différents IFSI s'avère également difficile, en lien avec « *la multiplicité des interlocuteurs* » et « *l'absence de pouvoir décisionnel identifié* » pour appliquer les orientations prises dans les groupes de travail RU / CSF.

Sur le territoire 2, le processus d'intégration fonctionnelle des IFSI à l'Université est en cours d'achèvement avec la mise en place en 2018 d'un DUSI qui a la même structuration que les autres départements de la Faculté de santé. Ce DUSI est dirigé par le DIFSI du CHU et non par un coordinateur médical par « *choix conjoint Université / DIFSI* ». Le Doyen siège dans le Comité de Direction « *pour amorcer le cadre d'un exercice interprofessionnel dès l'instance de direction et favoriser d'emblée le dialogue* ». Le DUSI comporte également cinq commissions composées de RU et de CSF des trois IFSI, chacune étant pilotée par un DIFSI. Le département « *permet de structurer les différents niveaux de collaboration entre les universitaires et les DIFSI / CSF et d'identifier les compétences qui vont être nécessaires pour construire une stratégie de formation* ». Il fixe le cadre de l'action sur lequel les deux partenaires sont en d'accord. De manière opérationnelle, les étudiants infirmiers des trois IFSI sont intégrés à l'Université : ils ont accès à la plateforme pédagogique universitaire ainsi qu'aux services de l'Université, moyennant le reversement par les IFSI d'une contribution financière via la taxe d'apprentissage. Un ingénieur pédagogique a été embauché pour aider les enseignants et les CSF à innover et à médiatiser leurs supports d'enseignement. Pour le Doyen, un point reste néanmoins à faire évoluer : « *la rigidité des maquettes pédagogiques* ». Enfin, comme pour le territoire précédent, le RU souligne « *un manque de temps dédié pour assurer ses missions avec les IFSI, en regard d'autres priorités professionnelles importantes qui sont pour lui la recherche* ».

Sur le territoire 3, le modèle est un mixte entre les obligations réglementaires dans le cadre de la convention quadripartite et le DUSI. Il se présente sous la forme d'un **département des formations paramédicales très structuré** qui est piloté par un

coordonnateur administratif assurant les aspects logistiques du partenariat (inscription des étudiants en IFSI à l'Université, ...), la relation avec les responsables pédagogiques, la coordination de la mutualisation des UE et des évaluations ainsi que la coordination du partenariat en lui-même. Deux médecins sont responsables pédagogiques IFSI et interviennent sur tous les aspects pédagogiques relatifs à la formation en soins infirmiers. Chaque UE contributive est co-coordonnée par un enseignant universitaire, le plus souvent médecin PU-PH et par un DIFSI, « *le coordonnateur universitaire étant le meneur, le leader de la coordination de chaque UE* ». Des instances en transversal permettent d'assurer le suivi et l'évolution du partenariat : au niveau supra, un « *comité de suivi pédagogique annuel où sont présents tous les représentants de la convention pour faire un bilan sur le partenariat* », un COPIL et un Directoire composés d'universitaires et de DIFSI pour faire connaître le partenariat et prendre des décisions.

Le point fort de ce modèle est un « *cadre d'action clairement défini et mis en œuvre de manière effective, avec pour les étudiants les mêmes évaluations pour l'ensemble des IFSI* ». Par contre, des points restent à améliorer : les frais d'inscription à l'Université qui sont à la charge des étudiants et « *un manque d'implication de certains IFSI, en lien avec les frais engendrés pour les structures les plus éloignées* ».

Sur le territoire 4, la structuration du partenariat se fait dans le cadre de la convention comme pour le territoire 1, même si un projet de DUSI est en cours d'élaboration. Des commissions régionales ont permis de travailler conjointement les UE contributives et d'arriver à la mise en place d'évaluations identiques sur tous les IFSI du territoire depuis un an.

Globalement, la structuration du cadre d'action de la dynamique partenariale entre universitaires et DIFSI / CSF est perçue de manière très positive par la majorité des personnes interviewées (16/19). Quand il existe, un rôle central est reconnu au coordonnateur universitaire qui est décrit comme un « *facilitateur de dialogue entre universitaires et personnel des instituts* » (E14).

B. Le modèle de structuration de la dynamique partenariale Université / IFSI : un facteur influençant la qualité de la professionnalisation des étudiants

Pour le territoire 1 où la structuration du partenariat n'en est qu'à ses prémices, en toute logique, « **aucun bénéfice direct sur la qualité du processus de professionnalisation** » (E2) n'est perçu par les différents acteurs (7/7). Selon le DIFSI1, « *la même satisfaction qu'avant 2009 est exprimée par les DS des établissements employeurs par rapport à l'employabilité des étudiants* ». Pour lui, il y a également « *une absence réelle de connaissance du professionnel qui était attendu et qui serait attendu demain de la part des universitaires* ». Le formateur va dans le même sens : « *la*

structuration du partenariat avec l'Université ne va pas les aider à être professionnels plus facilement ». Il est aussi sceptique sur l'égalité des chances prônée dans le cadre de l'universitarisation afin que *« tous les étudiants aient les mêmes droits, quel que soit le lieu de l'institut »*, notamment en termes d'accès au numérique et à la BU. Pour le CR, *« l'enjeu est de ne pas perdre ce volet professionnalisation et de rentrer dans un système de gestion à gros flux »*. Cependant, les RU, le DIFSI et le CSF considèrent que **la structuration du cadre d'actions peut être une plus-value indirecte sur la professionnalisation des étudiants** en permettant *« la promotion de la recherche en sciences infirmières et la possibilité de continuer vers des masters infirmiers en pratique avancée »*, en contribuant à *« la collaboration entre étudiants en santé »* avec le service sanitaire et en *« upgradant les compétences des formateurs »* par l'obtention de diplômes universitaires ce qui pourrait *« rejaillir positivement sur ce qui est enseigné dans les IFSI et relever le niveau des étudiants »*.

Pour le territoire 2, **le gain d'une structuration en DUSI sur la professionnalisation des étudiants est unanime pour les enquêtés** et ce, en regard des trois dimensions de la professionnalisation décrites par BOURDONCLE. La plus-value se situe tout d'abord au niveau du professionnalisme avec pour le Doyen, le développement d'une *« compétence autonome infirmière pour construire un métier qui a une indépendance, pour développer une notion d'équipe qui est complémentaire »*, et pour le RU, la mise en place *« de la partie recherche en sciences infirmières pour permettre une poursuite d'études universitaires aux étudiants »*. Elle se situe ensuite au niveau du professionnalisme avec l'acquisition de compétences en lien avec l'interprofessionnalité *« où chacun a son rôle qui n'est pas le même, qui est complémentaire et où chacun dans son rôle a des compétences à développer pour que ses missions soient remplies de la façon la plus pertinente possible »* (E4). Ainsi des projets entre étudiants médicaux et paramédicaux comme la simulation, les séminaires interprofessionnels permettraient une possible évolution *« des représentations respectives de chacun »* pour le Doyen et le RU. Le dernier niveau concerne la professionnalité avec le fait de savoir agir en contexte. La mutualisation et le travail en commun RU / CSF au sein du DUSI dans les commissions pédagogiques permet d'une part, d'orienter l'ingénierie de formation *« vers la contribution de l'enseignement médical au développement des savoirs des étudiants qui passe obligatoirement par la professionnalisation c'est-à-dire les compétences cliniques dont va avoir besoin un professionnel de santé demain pour pouvoir être performant, autonome »* (DIFSI) et d'autre part, d'*« avoir le souci d'adapter les enseignements à des incontournables utiles en situation professionnelle »* (RU). Enfin, le DIFSI intègre le rôle des instances et notamment celui de la section vie étudiante qui peut *« faire évoluer les comportements des étudiants en les entraînant à se positionner sur des sujets d'actualité tels que la qualité de vie en formation »*.

Pour le territoire 3, la question de la professionnalisation est « *intéressante car c'est un recul que l'Université n'a pas* » pour le RU. Ce dernier a exercé au Québec et précise qu'« *à l'Université, le département en sciences infirmières est un département fort qui permet à des gens de se spécialiser, de sortir à différents niveaux de compétences.* » Donc pour lui comme pour le DIFSI, **il existe sans nul doute un lien à objectiver entre structuration en département et professionnalisation des étudiants**. Deux bénéfices principaux d'un cadre d'actions structuré sont néanmoins mis en exergue par le CSF : au-delà d'outiller les étudiants, le cadre va apporter « *le mode d'emploi, dans comment on utilise l'outil, comment on vit l'outil, comment on le fait évoluer, comment on le critique* » par le biais de références théoriques qui consolident les pratiques. Il va permettre également l'ouverture à recherche pour que les étudiants « *comprennent ce qu'ils font, les impacts de ce qu'ils font, non en termes de recherche fondamentale mais simplement par des principes de réflexivité* ». Pour le RU, la présence dans la structuration de CSF va aussi « *permettre de rester centré sur l'adaptation des bonnes pratiques en fonction des différents contextes* ». Le DIFSI met cependant un bémol à ces bénéfices en ce sens que la structuration serait génératrice d'iniquités entre les étudiants mais le retour des DS en gestion comme les résultats aux évaluations et au DE ne pointent « *pas de différences notables en ce qui concerne les étudiants des différents IFSI rattachés à l'université* ».

Pour le territoire 4, **le DIFSI comme le CR ne voient pas de plus-value en termes de professionnalisation des étudiants, en lien avec l'amorce de structuration du partenariat**. Le CR émet des craintes concernant la professionnalisation « *qu'il se passe comme pour les médecins aujourd'hui qui sont de très bons théoriciens mais qui n'ont pas le même ressenti du terrain* ». Cependant pour lui, l'impact est difficile à mesurer car « *c'est tout l'écosystème qui change aujourd'hui et pas seulement les infirmiers* ».

En conclusion de cette partie, l'H1 semblerait vérifiée : le modèle de structuration du cadre d'action partenarial Université / IFSI influencerait sur la qualité du processus de professionnalisation des étudiants infirmiers. En effet, sur les territoires 2 et 3 où le cadre d'action partenarial est structuré sous la forme de départements universitaires avec une déclinaison de différents niveaux de collaboration, les acteurs voient unanimement un bénéfice de cette structuration sur la professionnalisation des étudiants. A contrario, sur les territoires 1 et 4 qui sont davantage sur un modèle pyramidal avec peu de collaborations, aucun gain direct sur la professionnalisation n'est verbalisé par les enquêtés. Des bénéfices indirects sont toutefois évoqués. Il est à noter que la mesure de la professionnalisation des étudiants à l'aide d'indicateurs fiables n'est pas effectuée actuellement mais qu'elle repose sur la perception subjective des acteurs.

2.2.4 Un enrichissement possible du processus de professionnalisation lorsque la stratégie de formation est le fruit d'une construction partenariale

Pour vérifier notre seconde hypothèse, nous allons analyser les niveaux d'élaboration et de mise en œuvre d'une stratégie de formation commune sur les quatre territoires universitaires avec les freins possibles puis étudier ensuite l'impact potentiel d'une stratégie co-construite Université / IFSI sur la professionnalisation des étudiants.

A. Une stratégie de formation peu formalisée et partiellement co-construite par les partenaires Université / DIFSI

Sur le territoire 1, il n'existe pas « *de projet structuré institut / Université* », ni « *de véritable stratégie commune pour savoir comment on fonctionne à un niveau macro, à un niveau méso, à un niveau micro mais cela est davantage au coup par coup et repose uniquement sur la bonne volonté des différents acteurs* » pour les RU, le DIFSI et les CSF. Cependant, ce manque de formalisation n'a pas empêché le travail en commun sur certaines UE : « *on a co-construit avec le référentiel et on construit progressivement avec les pistes qui nous sont données par les référents disciplinaires et les travaux qui sont menés au niveau de la région* » tout en ayant soin d'intégrer les intervenants locaux qui « *jouent le jeu et ont demandé l'habilitation par l'Université* » pour le DIFSI.

Sur le territoire 2, un projet stratégique commun entre IFSI et Université a été formalisé dans le cadre du DUSI selon six axes : ingénierie pédagogique et évaluation, innovations pédagogiques et simulation, interdisciplinarité et service sanitaire, développement de la recherche paramédicale, stages et intégration à l'Université. Tous les acteurs sauf le CR s'accordent à dire que « *l'existence d'une collaboration antérieure de travail entre l'Université et les IFSI* » a été facilitante. Le Doyen met également en exergue deux autres éléments : « *l'accord entre les équipes dirigeantes sur des objectifs communs* » et la mise en place de projets communs comme le service sanitaire qui « *permettent aux gens de se parler, de se comprendre en parlant le même langage* ». Cependant, il n'existerait pas de déclinaison opérationnelle de cette stratégie : pour le RU, « *l'absence de stratégies communes entre RU disciplinaires, de directives communes pour l'ensemble des UE et de temps communs pilotés par le Doyen* » fait que « *chacun agit un petit peu à sa sauce* ».

Sur le territoire 3, « *la stratégie de formation mise en place a été co-construite, enrichie avec le temps, formalisée, structurée [...] et ce travail se fait en permanence* » pour le RU. Contrairement au territoire précédent, la stratégie est déclinée du niveau macro au niveau micro, avec « *une co-construction des contenus des UE et des évaluations par un coordinateur universitaire qui travaille de concert avec le co-coordinateur IFSI dans le cadre d'un comité de construction du programme qui est composé de formateurs de différents IFSI du partenariat.* » Pour le formateur, le rôle du

Doyen est également fondamental dans la mise en place de cette stratégie commune à laquelle viennent s'ajouter « *de vraies volontés* » des différents acteurs.

Sur le territoire 4, « *la stratégie de formation construite avec les instituts n'intéresse pas l'Université* » pour le DIFSI car ces projets sont davantage centrés sur l'opérationnalité. Il aborde plutôt « *d'éventuelles grandes orientations stratégiques partagées et une déclinaison territoriale de celles-ci* » mais rien n'a été réellement formalisé à ce jour. Une plus-value en terme de stratégie serait de développer la recherche avec la création de masters et de doctorats sans toutefois « *se perdre dans les mirages de l'universitarisation* ».

B. Des freins politiques, structurels et relationnels à la mise en place d'une stratégie de formation commune

Pour expliquer ces différences dans l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie commune formalisée, trois freins sont principalement abordés.

Le frein majoritairement évoqué (10/19) est politique. Il concerne « *le manque d'impulsion par le Doyen d'une stratégie de formation commune* » (E2), ainsi que l'absence de concertation avec les Doyens d'autres disciplines notamment les Sciences Humaines ce qui « *entraîne un manque d'homogénéisation du point de vue de l'esprit de la formation* » (E1). Le positionnement de l'ARS et des CR est également évoqué, notamment lorsque « *les décisions d'autorité sont davantage prises par l'ARS que par l'Université* » (E2) ou lorsque « *les circuits de financement par les CR ne vont pas dans le sens de projets communs* » (E8). De plus, au niveau des intervenants locaux, le risque est qu'ils se désengagent de la formation infirmière « *en se voyant imposer des éléments de contenus d'enseignement pour soi-disant harmoniser, uniformiser* » (E7).

Le second frein est davantage relationnel. Il peut naître de « *l'absence de consensus actuel en lien avec les conflits de personnes* » (E1) concernant un projet commun. Pour un DIFSI 1, « *regrouper 11 instituts de formation autour d'un même besoin commun, c'est compliqué* » avec des craintes réelles ou potentielles de se voir disparaître, de voir remettre en question ce qui faisait leur fondement. Pour le CSF3, il peut y avoir « *un manque de connaissances et un manque d'intérêt de la part de l'autre partenaire et puis peut-être aussi un peu du complexe d'infériorité des formateurs* ».

Enfin, **le dernier frein est d'ordre structurel.** Le Doyen décrit « *un manque de souplesse par rapport aux enseignements en lien avec toute la contrainte des textes réglementaires extrêmement serrés et impératifs* ». L'éloignement géographique de certains IFSI par rapport à l'Université peut également constituer un frein à la présence d'universitaires pour assurer les enseignements.

C. La stratégie partenariale de formation, une opportunité pour développer la professionnalisation des étudiants quand elle est effective

Sur le territoire 1, **l'absence d'une stratégie commune de formation co-construite entre universitaires et DIFSI** entraîne «*un manque d'adaptation des contenus des enseignements par les universitaires aux besoins de la profession* ». Pour compenser cela, le DIFSI accentue une stratégie de formation avec les établissements de santé par le biais de travail sur des dossiers communs, de participation des formateurs à des groupes institutionnels car «*tout le monde est persuadé, y compris les médecins, de l'utilité de maintenir un IFSI au plus proche du CH, en termes de recrutement et pour se dire on les forme pour être de futurs collaborateurs* ». Pour le CSF, «*les projets de formation sont construits uniquement dans les instituts, même si les préconisations faites au niveau des groupes avec l'Université sont prises en compte*» et il suggère de les construire à trois pour «*faire mieux pour les étudiants* ». Le CR conclut par «*qui paie décide*», en considérant que quels que soient les stratégies et les projets communs, il reste détenteur du pouvoir de décision concernant le financement de la formation.

Sur le territoire 2, **le lien stratégie commune / professionnalisation apparaît comme très fort pour les différents acteurs**, par le fait que la stratégie ait été formalisée via un projet stratégique Université / DIFSI. Ce projet «*est une réelle plus-value pour les étudiants* » (E5) et a contribué à «*la mise en œuvre pratique du processus d'universitarisation (inscription des étudiants infirmiers à l'Université, recrutement d'enseignants universitaires infirmier en cours, ...)* » (E4). Il prend en compte «*des orientations communes, des postulats communs, des principes communs* » (E8) qui sont repris dans le projet pédagogique de chaque IFSI avec en sus les spécificités territoriales de chacun telles que les besoins de la population, l'environnement, les ressources disponibles pour former les professionnels de demain. L'objectif est qu'au sein de cette stratégie commune, chaque IFSI puisse bénéficier de «*marges de manœuvre légitimes*», d'«*opportunités qui contribuent à la construction de la professionnalisation pour ne pas aller à l'encontre de l'intérêt commun qui est l'étudiant* » (E8). Pour le DIFSI, ce projet va devoir également s'inscrire et s'intégrer dans le projet d'établissement sur des axes communs tels que la politique de stage, la qualité de vie au travail, ... Concernant les enseignements à proprement parler, le Doyen met en avant comme objectif commun «*une certaine liberté d'enseignement comme c'est le cas à l'Université c'est-à-dire que les enseignants sont libres dans la façon d'organiser leurs enseignements* », tout en considérant que les étudiants doivent absolument avoir certaines connaissances et compétences pour s'intégrer dans le marché du travail. La stratégie commune est enfin déclinée dans chaque commission de travail du DUSI, notamment «*l'évolution de la politique de stage qui doit être en adéquation avec les compétences d'un infirmier aujourd'hui* ». Le travail engagé dans le cadre de la commission recherche va dans le

même sens : « *l'intérêt est de permettre aux étudiants d'intégrer dans leur fonctionnement la recherche comme étant l'outil d'évaluation des évolutions de leurs pratiques professionnelles.* » Enfin dans le cadre de la commission pédagogique, « *c'est le débat pédagogique qui s'instaure entre les deux parties (Université et IFSI) qui permet de critiquer et de prendre des décisions qui sont faites pour déterminer quelles compétences sont à développer pour former les futurs professionnels aux exigences des métiers de demain* » (E8).

Pour le territoire 3, le DIFSI évoque le fait que dans son expérience professionnelle passée en IFSI avec deux autres universités, il y avait « *peu de discussion mais parfois des décisions unilatérales de l'Université* », malgré des orientations communes DIFSI / Université prises en amont. Avec l'Université actuelle, le responsable administratif prend très peu de décisions seul et favorise une « *latitude dans la discussion* » pour décliner le projet commun. Du coup, le fonctionnement est assez consultatif avec pour visée la professionnalisation des étudiants. Le CSF confirme cette plus-value d'une stratégie co-construite pour la professionnalisation qui permet d'« *apporter une qualité aux propositions pédagogiques et puis surtout de dépasser, de faire grandir les apprenants, les paramédicaux dans une autre dimension* ».

Pour le territoire 4, **il n'existerait pas de réelle stratégie commune donc de plus-value possible concernant le processus de professionnalisation des étudiants.** Le DIFSI imagine pour l'avenir « *des cadrages régionaux dans les projets pédagogiques, comme un peu un PRS* » et voit aussi le référentiel de l'HCERES comme « *un levier pour travailler un projet commun* ».

En conclusion de cette partie, l'H2 semble pour partie vérifiée. En effet, pour les territoires 1 et 4, il n'existe pas de stratégie commune et effective avec l'Université avec pour le territoire 1 davantage un renforcement du partenariat avec le CH support donc au final, pas d'impact sur la professionnalisation possible. Pour les territoires 2 et 3, la stratégie est présente au niveau macro et se dessine de manière très structurée jusqu'au niveau micro pour le 3 alors que pour le 2, les RU n'ont pas de directives ni de méthodologie communes pour décliner leur partenariat avec les IFSI. Cependant, les acteurs de ces territoires constatent globalement une plus-value dans la qualité du processus de professionnalisation en lien avec le fait de mettre en place une stratégie et des objectifs communs. Deux notions sont également mises en exergue : l'idée d'une stratégie commune triangulée déjà évoquée précédemment et la notion d'un projet stratégique de formation conjuguant les objectifs communs Université / IFSI, les axes institutionnels du projet d'établissement et les spécificités territoriales de chaque institut.

2.2.5 Des interactions relativement fortes entre universitaires et DIFSI / formateurs au bénéfice de la professionnalisation des étudiants

Concernant notre hypothèse 3, nous allons analyser les interactions présentes au niveau des principaux partenaires à savoir les universitaires et les CSF avec un focus sur le DIFSI en prenant en compte les CR et l'ARS ce qui nous permettra d'étudier ensuite si la qualité de ces interactions peut influencer sur la professionnalisation des étudiants

A. Des interactions dépendantes du territoire et des niveaux de collaboration

Concernant les interactions au niveau micro, elles se déroulent davantage entre les RU et les CSF en lien avec les enseignements des UE contributives. Elles sont territoriales et personnes dépendants. Sur le territoire 1, les rapports sont déclarés comme très bons avec les CSF pour les deux RU enquêtés. A l'inverse, pour les CSF, les interactions sont différentes en fonction de la personnalité des RU : *« certains imposent jusqu'à l'évaluation alors que d'autres sont très aidants et confortent les équipes pédagogiques dans les dispositions qu'elles prennent en instaurant une vraie relation de confiance »* ce qui peut impacter sur la participation des formateurs aux groupes de travail avec l'Université. Par contre, les deux CSF se sentent *« très en marge »* car peu d'universitaires viennent dispenser des enseignements en présentiel, en lien avec l'éloignement géographique de leurs IFSI. Le CR va dans le même sens et s'inquiète du manque d'équité pour les étudiants devant *« les terribles distorsions existant dans la présence d'universitaires sur les IFSI »*. Sur le territoire 2, les interactions RU / CSF sont très satisfaisantes avec une volonté réciproque de *« s'acculturer à la logique de l'autre pour pouvoir dialoguer »*. Pour le CSF, *« tout le travail engagé a permis de démystifier l'Université et de faire fi des représentations du passé »* pour s'inscrire dans une réelle collaboration. Sur le territoire 3, pour le RU, le partenariat *« est monté en puissance dans le temps, en termes de nombre d'UE coordonnées et de qualité »*, avec au départ, *« un travail de création de liens et de dialogue »* qui est devenu à ce jour, *« une vraie dynamique partenariale »* reposant sur la volonté de l'ensemble des acteurs, même s'il existe des exceptions. Cette vision est partagée par le DIFSI et le CSF qui insistent sur la *« qualité du partenariat en termes de co-construction et de dialogue »*. Pour le territoire 4, un travail commun a été engagé pour réaliser des maquettes régionales qui a abouti pour le DIFSI *« à trouver un compromis qui est bon dans l'ensemble »* mais dont la déclinaison opérationnelle reste très disparate selon les IFSI en lien avec une implication universitaire géographiquement dépendante. Par contre, le DIFSI qualifie les interactions avec les RU de *« relation de prestataire c'est-à-dire certains universitaires font des cours mais il est peu envisagé de dire que tel cours ne convient pas. »*

Concernant les interactions au niveau macro, elles se déroulent principalement entre les universitaires et les DIFSI auxquels viennent s'ajouter deux autres acteurs : le CR et l'ARS. Ces interactions ont surtout une dimension politique et de dialogue. Dans les instances, les RU déclarent avoir « *la même attitude, les mêmes réflexes* » qu'à l'Université et pour eux, « *le positionnement des équipes pédagogiques, est bien en lien avec un grade licence avec les mêmes exigences, la même rigueur* ». Réciproquement, pour deux DIFSI, la présence des RU dans les instances « *est très positive car elle permet d'établir un dialogue dans la continuité avec un représentant de l'Université ce qui est valorisant* ». Le CPR voit la réforme de la nouvelle gouvernance des IFSI de manière très positive car « *elle recentre l'ARS sur la mission de contrôle de la qualité des dispositifs pédagogiques ce qui semble pertinent et logique* ». Par contre, le DIFSI4 imagine difficilement une gouvernance universitaire, car pour lui, les universitaires « *entendent et écoutent ses prérogatives mais pas plus* ».

Plus globalement, sur le territoire 1, « *la communication est bloquée à tous les niveaux* » pour les universitaires et les DIFSI qui sont « *en mauvais rapport ou en absence de rapport avec l'Université* ». Deux facteurs peuvent venir expliquer ce blocage pour ces derniers : le fait de ne pas faire preuve de cohésion entre DIFSI « *avec des demandes différentes, des divergences d'opinions* » et le fait que « *l'Université voit les IFSI plutôt comme une ressource financière* » ce qui peut s'expliquer pour le CR « *par leur manque de moyens financiers* ». Même si la vision des CSF concernant l'universitarisation est beaucoup plus positive qu'en 2009 pour le DIFSI, leur positionnement peut également contribuer à ce blocage car « *certaines imaginent encore qu'ils n'auront plus leur place demain* » avec une forme d'opposition à l'Université qui exprime aussi « *la crainte de ce que l'universitarisation risque d'engendrer pour leur propre personne* ». Cependant, le chargé de missions voit dans les évolutions législatives récentes « *une vraie opportunité qu'il ne faut pas encore rater pour travailler ensemble [...] : c'est vraiment le binôme et l'interaction forte entre les universitaires et les formateurs qui permettra d'intégrer ce partenariat* ». Quant au CR et au CPR, ils se positionnent comme des « *facilitateurs* » de la dynamique partenariale, le premier « *en se battant pour avoir des conventions correctes avec l'Université et pour que les étudiants aient les meilleures possibilités d'intégration* », « *en encourageant le développement du master en pratique avancée* » et en privilégiant un « *système de gestion par institut qui responsabilise les acteurs locaux avec un rapport gagnant-gagnant* », le second « *en favorisant une co-construction entre les partenaires* » au niveau du GCS-IFSI.

Sur le territoire 4, les interactions et la communication sont aussi complexes entre les différents partenaires avec pour le DIFSI une difficulté à se projeter sur la manière dont le partenariat va être décliné : « *intégration, juxtaposition ou complémentarité* ». Il qualifie les interactions actuelles avec l'Université comme manquant de transparence,

avec une attente de contrepartie financière de la part du CR et un manque de positionnement du Doyen qui est « *dans un consensus mou* ». Il souhaite que les étudiants prennent de la place dans le partenariat pour défendre l'aspect professionnalisant de la formation. Le point positif pour lui est le travail commun entre les DIFSI qui a été une vraie opportunité pour instaurer « *une dynamique avec l'Université support* ». Le CSF est plus nuancé et considère que les interactions sont « *Université dépendantes en fonction des sensibilités des Doyens mais aussi du positionnement des DS* ». Il voit cependant une évolution positive avec de « *réelles co-construction RU-CSF* ». Quant au CR, « *il n'est pas question pour lui de donner plein pouvoir à l'Université pour gérer le budget* » s'il reste le financeur. Il reconnaît néanmoins entretenir d' « *excellentes relations à la fois avec les IFSI et l'Université* » mais qu'il qualifie d' « *intuiti personae* » en lien avec son statut professionnel. Dans l'interaction, l'Université a pour lui « *un rôle centripète* » car « *elle a tendance à regrouper les formations, à les attirer vers elle avec une reconcentration probable des IFSI* ». Il introduit enfin un partenaire « *supplémentaire* » qui pour lui va prendre une place prégnante dans les années à venir : les directeurs d'établissement support d'IFSI, qui sont de réelles parties prenantes dans le partenariat avec « *un positionnement qui ne sera pas neutre, notamment sur les implantations d'IFSI* ».

Sur les territoires 2 et 3, les interactions entre les partenaires principaux sont décrites réciproquement de manière très positive avec des termes comme « *excellentes* », « *pertinentes* », « *efficaces* », « *riches* ». Un bémol sur le territoire 2 concerne le CR avec qui la relation est plus compliquée pour le Doyen et le DIFSI. Le CR soulève deux problématiques posées par ce partenariat : « *le fait que l'Etat n'ait jamais compensé les pertes financières liées à la prise en charge du fonctionnement des formations paramédicales* » et « *le fait de basculer sur l'enseignement supérieur qui met en déséquilibre toute sa politique de l'emploi par rapport à la formation professionnelle* ». Pour le DIFSI, il paraît donc impératif de trouver « *un terrain d'entente avec lui qui passera par une clarification des circuits financiers* ».

B. Des gains pour la professionnalisation perçus lorsque les interactions sont de qualité au niveau micro

La qualité des interactions dans la dynamique partenariale contribue à développer deux composantes du processus de professionnalisation des étudiants pour plus de la moitié des personnes enquêtées.

La première est la maîtrise des compétences socles de la profession en favorisant une approche pédagogique centrée sur la réussite facilitée lorsque les interactions entre RU disciplinaires et formateurs sont fortes. Le RU2 a engagé avec les CSF « *un travail assez progressif d'année en année pour adapter les enseignements au*

niveau des étudiants les plus en difficulté ». De même, pour le RU3, « *la volonté des responsables pédagogiques et des DIFSI au sein du partenariat est d'évaluer les étudiants sur la base de connaissances essentielles à maîtriser pour devenir un bon infirmier donc les QCM sont construits avec ces notions d'essentiels.* ». Le CS1 précise également que pour certaines UE, « *il y a une réelle volonté des RU d'avancer avec les étudiants infirmiers, de voir comment au travers des savoirs magistraux ils peuvent apporter des éléments pertinents pour l'analyse de situations professionnelles complexes pour servir la professionnalisation* ». Le CSF3 se voit enfin comme un « *metteur en musique des connaissances apportées par les universitaires* » au bénéfice de la professionnalisation des étudiants mais souligne néanmoins l'importance du suivi pédagogique pour « *ne pas perdre les étudiants, tout en essayant de tirer vers le haut* ».

La seconde est le développement de l'interprofessionnalité par la confrontation aux autres étudiants en santé. Cette confrontation est permise par la fréquence et la qualité des interactions entre RU et CSF qui se sont construites au fil du temps : « *la rencontre avec les universitaires a été l'occasion d'apprendre à nous connaître et de faire tomber nos représentations mutuelles pour prendre conscience que nous avons la même optique : travailler ensemble au bénéfice des étudiants* ». (E13)

Par contre, deux DIFSI relativisent l'impact de la qualité de leurs interactions avec les universitaires, privilégiant en premier lieu celles avec les acteurs de terrain : « *la direction et les professionnels médicaux et paramédicaux du CH voient les étudiants comme des personnes qui intégreront leur équipe demain* » pour le DIFSI1 et le DIFSI4 « *reste très attaché au territoire, au rapprochement avec les établissements de santé* », en s'impliquant et en engageant les CSF dans une trentaine de commissions (CLUD, commission du médicament, CLIN...) pour mieux former les apprenants. Il rajoute que la professionnalisation ne se fait que si on a un lien fort avec le cœur de métier et « *le cœur de métier, ce n'est pas l'université, mais l'hôpital au sens large* ».

In fine, la qualité des interactions Université / IFSI constituerait une plus-value seulement pour la moitié des enquêtés et essentiellement au niveau micro c'est-à-dire entre RU et CSF ce qui est logique car c'est à ce niveau que les relations sont décrites comme très satisfaisantes, même si c'est parfois personne dépendante. A un niveau macro, la qualité des interactions est plus complexe avec pour un territoire une rupture dans la communication Université / DIFSI et pour un autre, un manque de transparence de la part de l'Université ce qui conduit les deux DIFSI de ces territoires à privilégier une interaction forte avec les lieux de stage davantage qu'avec les universités pour assurer la professionnalisation des étudiants. Sur les deux autres territoires, les interactions sont décrites comme étant de qualité et favorisant la co-construction, sans qu'un lien explicite soit identifié avec la professionnalisation.

Pour conclure, la phase empirique de notre travail nous a permis de mettre à l'épreuve nos hypothèses. Sur les quatre territoires universitaires explorés, il ressort que les différentes composantes de la dynamique partenariale apparaissent en interdépendance et permettent de dégager deux tendances de dynamique. La première est structurée selon un modèle de département universitaire avec une stratégie de formation co-construite par l'Université et les IFSI, déclinée aux différents niveaux de collaboration avec des interactions décrites par les acteurs comme de qualité. La seconde est structurée selon un modèle pyramidal avec une absence de stratégie de formation effective et formalisée et avec un manque de transparence ou une rupture dans la communication entre Université et DIFSI à un niveau macro qui a pour conséquence de renforcer les interactions avec les établissements de santé. La première dynamique constituerait une plus-value pour le processus de professionnalisation des étudiants infirmiers notamment en termes d'élévation de leur niveau de compétences et de développement d'une interprofessionnalité alors que la seconde non, la professionnalisation se centrant essentiellement sur les lieux de stage.

Dans un contexte d'accélération de l'intégration des formations paramédicales à l'Université et en regard de l'analyse de l'impact de la dynamique partenariale Université / IFSI sur la qualité du processus de professionnalisation des étudiants infirmiers, il semble maintenant important de voir comment le DIFSI peut se positionner en termes politique, stratégique et managérial pour accompagner les équipes pédagogiques dans les transformations à venir et pour optimiser le partenariat avec l'ensemble des acteurs parties prenantes dans la formation, plus particulièrement l'Université, au bénéfice de la professionnalisation des étudiants et donc in fine de la qualité des soins délivrés aux usagers du système de santé.

3 Le leadership stratégique du DS, levier de la dynamique partenariale IFSI / Université au service de la professionnalisation des étudiants infirmiers

Le DS exerçant en institut de formation a un rôle central à jouer dans la dynamique partenariale à construire avec l'Université, dans le cadre de l'accélération du processus d'universitarisation. Amanda DUBRAY dans sa récente allocution lors des Journées Nationales du CEFIEC présente le DIFSI comme « *un manager exerçant un leadership stratégique et le pilote d'un projet de formation et d'institut qui tient compte de l'évolution du contexte, des besoins des usagers et de l'évolution des métiers. Il exerce dans une visée d'accompagnement aux changements et du développement de l'innovation et de la recherche.* »⁶⁷ Il s'agit ainsi de compétences similaires à celles d'un Doyen de faculté.

L'enquête que nous avons réalisée nous permet de dégager trois enjeux potentiels pour améliorer la qualité de la dynamique partenariale avec l'Université et contribuer ainsi à une plus-value dans l'aspect professionnalisant du dispositif de formation : favoriser une acculturation des formateurs à la logique universitaire, accompagner et développer l'innovation pédagogique et la recherche en soins infirmiers, anticiper les transformations. Nous allons donc développer nos pistes de préconisations⁶⁸ en regard de ces trois enjeux

3.1 Un management des directeurs de soins favorisant l'acculturation des formateurs à la logique universitaire pour améliorer l'aspect professionnalisant du dispositif

L'acculturation peut se définir comme « *l'ensemble des phénomènes résultant du contact direct et continu entre des groupes d'individus de cultures différentes avec des changements subséquents dans les types de cultures originales de l'un ou des deux groupes* ». ⁶⁹Le modèle de BERRY⁷⁰ postule que le processus acculturatif se résume dans le choix entre le maintien de l'héritage culturel et de l'identité et la recherche et le maintien d'échanges avec l'autre groupe. Cette ambivalence peut se retrouver chez les CSF qui vont osciller entre le désir de conserver leur logique de professionnalisation antérieure, leur identité professionnelle et la volonté de travailler avec les universitaires. Vouloir favoriser l'acculturation des cadres formateurs va donc signifier pour le DS prendre en

⁶⁷ DUBRAY A., « Place du directeur des soins dans le processus d'universitarisation », in 73èmes Journées Nationales d'Etudes du CEFIEC, *Dans une formation en mouvement, Gardons le cap !*, 6 juin 2018, Strasbourg, Info CEFIEC Hors Série n°7, p.7.

⁶⁸ Cf Annexe 8 : Tableau récapitulatif des préconisations

⁶⁹ REDFIELD R., LINTON R., HERSKOWITS M.J., 1936, « Memorandum for the study of Acculturation », *American Anthropologist*, n° 38, p. 149.

⁷⁰ MOKOUNKOLO R., PASQUIER D., 2008, « Stratégies d'acculturation : cause ou effet des caractéristiques psychosociales ? L'exemple de migrants d'origine algérienne », *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, n°79, p. 57.

compte cette ambivalence présente dans l'équipe pédagogique ainsi que les différentes stratégies d'acculturation qui en découlent à savoir : l'assimilation c'est-à-dire adopter la culture de l'autre, l'intégration qui consiste à maintenir des éléments de la culture d'origine tout en empruntant ceux de l'autre groupe, la séparation où la personne conserve son héritage et évite les échanges avec l'autre groupe et la marginalisation avec une absence de relation avec le groupe d'origine et le groupe d'accueil. Il va devoir d'une part, adapter sa politique managériale et d'autre part, mettre en œuvre une stratégie de communication efficace.

3.1.1 Favoriser une politique de recrutement et de formation en lien avec les exigences universitaires pour dégager une plus-value dans la professionnalisation des étudiants

Pour accompagner les équipes pédagogiques dans une acculturation à la logique universitaire et ce afin d'améliorer l'aspect professionnalisant de la formation, le DIFSI dispose de deux leviers : la politique de recrutement et la politique de formation continue.

*** Le premier levier concerne la politique de recrutement.**

Le premier objectif du DS va donc se jouer lors du remplacement des CSF : il va s'agir de recruter des professionnels dans l'équipe qui pourront être vecteurs de changement. En effet, lors de sa prise de poste, le DIFSI va « hériter » d'une équipe avec parfois jusqu'à 50% de personnes qui vont partir à la retraite dans les 5 années à venir ou des CSF qui vont se réorienter par crainte des répercussions sur leur statut de l'intégration à l'Université. Le recrutement va donc constituer une réelle opportunité pour inscrire une logique universitaire dans l'équipe pédagogique : il va permettre de repérer des formateurs potentiels qui sont titulaires d'un master, d'un doctorat ou qui a minima vont s'inscrire dans une dynamique de diplomation universitaire.

Son deuxième objectif serait de veiller à la diversité des diplômes universitaires dans l'équipe pour que cela ait du sens en direction de la professionnalisation des étudiants. Il pourra s'agir de masters / doctorats en Ethique, en Sociologie, en Santé Publique voire explorer le versant des pratiques avancées et ne pas se centrer uniquement sur des masters en Sciences de l'Education. En effet, cette pluralité de masters permet d'avoir une dynamique de recherche, d'ingénierie de formation qui s'ouvre et ne se ferme pas.

Un troisième objectif sera de travailler la politique de mobilité conjointement avec la direction et notamment la DRH et le DS en gestion afin de casser la logique que tout cadre de santé a la compétence pour être formateur. Ainsi, le DS devra se positionner pour ne pas se voir imposer des professionnels qui n'auraient ni la motivation, ni la compétence dans le domaine.

Un quatrième objectif est de décloisonner le recrutement : faire un appel à candidature aux cadres de santé en interne et en externe sur des compétences attendues car nous sommes convaincus que la chronicité du recrutement en interne peut devenir pénalisante et que la formation est plus riche avec des professionnels issus de différents horizons et de différentes structures. En lien avec cet objectif, se pose aussi la question du profil de recrutement à privilégier : un cadre de santé sans diplôme universitaire ou un infirmier titulaire d'un master. A égalité de compétences, nous pensons qu'il faut s'orienter davantage vers un cadre de santé qui a déjà effectué a minima un stage en pédagogie.

Un dernier objectif en lien avec le recrutement est de collaborer avec la DRH et la direction des soins sur le repérage des potentiels et des talents non seulement en unité de soins mais aussi en institut car il faut transformer ces potentiels et utiliser ces talents qui auraient à un moment un projet professionnel orienté vers la formation, à temps complet ou à temps partiel. Nous pouvons imaginer à l'avenir des équipes de formateurs plus réduites et des intervenants ponctuels issus de divers horizons ou avec des expertises diversifiées pour pouvoir construire un projet de formation cohérent.

***Le second levier concerne la politique de formation continue de l'équipe pédagogique.**

Le premier objectif du DS pourrait être de favoriser la diplomation universitaire des formateurs pour permettre une montée en compétences afin de répondre aux enjeux des métiers de demain et d'adapter les futurs professionnels à ces exigences. Il s'agit donc de valider à la fois des masters en lien avec le projet professionnel de l'agent mais aussi en lien avec la pertinence au regard du projet stratégique de l'institut. Comme pour le recrutement, il semble nécessaire de privilégier la pluralité et la pertinence des masters. Ce peut être par exemple un master en Sciences de l'Education avec une option sur la pédagogie des générations dont l'intérêt va être de comprendre en quoi la prise en compte des modes d'apprentissage des générations présentes en formation infirmière va permettre le changement dans nos modes d'enseignement et d'accompagnement des étudiants.

Le second objectif va porter sur la définition d'actions de formation continue des formateurs pour mettre en adéquation leur niveau aux compétences attendues et s'intégrer dans une démarche d'évolution. Cet objectif peut plus particulièrement concerner les formateurs qui ne souhaitent pas s'inscrire dans une formation diplômante universitaire soit parce qu'ils sont en fin de carrière, soit parce qu'ils ont un projet autre que la formation.

3.1.2 Développer une stratégie managériale pour acculturer les formateurs aux logiques universitaires

Pour asseoir sa politique de recrutement et de formation, le DS va devoir axer sa stratégie managériale à deux niveaux à notre sens.

* **Le premier niveau concerne les projets** : projet stratégique commun, projet d'institut, projet managérial qui doivent s'inscrire plus globalement dans le projet d'établissement.

Concernant le projet stratégique commun avec l'université, il s'agit pour le DS de le négocier et de le co-construire avec les différents partenaires (universitaires, CSF mais aussi plus largement professionnels de terrain, étudiants), en explicitant les systèmes symboliques de chacun, les valeurs qui permettent d'éclairer les situations et d'éviter les conflits puis en déterminant des objectifs communs. Il pourrait se structurer autour d'axes concernant notamment la professionnalisation des étudiants et des cadres formateurs, l'interprofessionnalité à la fois chez les étudiants et les formateurs. Ce projet sera à présenter en ICOGI⁷¹ qui « valide le projet de l'institut ». Ce projet peut être mené à l'échelle d'un GHT si celui-ci est composé de plusieurs instituts de formation.

Le projet d'institut devra prendre les orientations communes du projet stratégique mais aussi tenir compte des spécificités locales et s'articuler entre autres autour d'un axe consacré à la politique de formation continue et de recrutement des cadres formateurs et autour d'un axe en lien avec l'universitarisation. Il s'agit d'utiliser ce projet d'institut comme un levier dynamisant en positionnant par exemple chacun des formateurs sur un axe du projet et comme un élément moteur pour préparer les équipes aux enjeux de demain, pour la formation mais aussi plus globalement pour le système de santé.

* **Le second niveau concerne les acteurs**. Le DS aura un rôle moteur :

○ Avec l'équipe pédagogique pour accompagner les CSF dans une dynamique de formation certifiante universitaire en suscitant l'envie. Il s'agit aussi de créer une dynamique managériale qui impulse une vision positive de l'universitarisation auprès des cadres afin de faire évoluer leur vision des universitaires et favoriser leur participation aux groupes de travail / commissions en lien avec les UE contributives, notamment les impliquer dans la co-construction des sujets d'évaluation.

○ Avec l'équipe de direction pour faire évoluer leurs représentations des CSF et leur faire comprendre qu'être formateur est une mission particulière qui demande une compétence particulière.

⁷¹ MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR, DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION. Arrêté du 17 avril 2018 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux – article 9.

- Avec la direction des soins pour faire participer les cadres de santé aux instances, aux groupes de travail institutionnels pour maintenir une relation de proximité avec les lieux de stage et renforcer les bénéfices de l'alternance intégrative
- Avec les universitaires pour travailler sur leur vision de la formation infirmière et des missions du cadre formateur et pour faire vivre la formation.

3.1.3 Initier des mesures concrètes pour mettre en œuvre politique et stratégie managériales

Il va s'agir de travailler sur les profils de poste des CSF pour les adapter aux exigences universitaires. Ce travail pourra s'effectuer avec le Doyen, tout en étant vigilant à rester en collaboration avec la DRH de l'établissement-support qui va valider la fiche de poste.

Lors de l'entretien annuel d'évaluation et de formation des formateurs, le DS devra s'attacher à détecter des potentiels et des compétences des CSF pour s'engager dans une formation de type master / doctorat ou les accompagner dans l'expression de leur projet professionnel.

Une proposition de master collectif ou des formations d'équipe pourrait être faite pour fédérer les formateurs autour d'objectifs de formation communs. Cela peut permettre également à chacun de se sentir solidaire et d'oser s'investir dans une formation diplômante. Il est important aussi pour le DS de se positionner par rapport au temps de travail qui peut être consacré à préparer le diplôme, sachant que les flux sont tendus.

Dans un contexte législatif mouvant, il s'agit d'informer de manière claire l'équipe sur les évolutions réglementaires en lien avec la nouvelle gouvernance, les pratiques avancées, mais aussi les faire verbaliser sur leurs craintes, les réassurer si besoin pour les aider à cheminer dans l'appropriation de l'universitarisation et éviter une rupture.

Enfin, le DS doit impulser une dynamique pour amener les formateurs à participer à des journées scientifiques, des journées professionnelles où il y a des échanges de pratiques pour leur permettre d'ouvrir leur horizon.

3.2 Une dynamique multipartenariale pour développer l'innovation pédagogique et la recherche

3.2.1 Placer la recherche paramédicale et les innovations au centre des politiques de formation et d'établissement

La qualité du processus de professionnalisation des étudiants infirmiers peut se traduire par le développement de la recherche paramédicale et l'utilisation d'innovations pédagogiques.

Cela passe en premier lieu par **une réflexion conjointe des DS en établissement de santé et en institut de formation autour de la mise en place d'une politique d'innovation et de recherche comme axe du projet de soins et du projet d'institut**. Cette politique peut se décliner par l'accès des formateurs à des masters dans le domaine des NTIC et du multimédia pour pouvoir développer une ingénierie de formation plus connectée mais aussi tournée vers la formation continue pour adultes afin de développer cet axe qui constitue pour l'IFSI une réelle plus-value financière.

L'innovation peut se faire aussi à travers **la place laissée aux étudiants dans les instances de gouvernance des instituts**, notamment dans la section vie étudiante⁷² ce qui peut leur permettre de développer des compétences utiles à leur professionnalisation. Pour cela, il s'agit qu'ils se décentrent de leurs préoccupations liées à la vie quotidienne à l'institut pour qu'ils apportent un point de vue pertinent sur leur vision du métier mais aussi sur la qualité des conditions de vie étudiante, notamment en lien avec le rapport récent sur la QVT⁷³. Ils sont aussi des acteurs de la démarche qualité et peuvent servir comme les usagers d'étudiants-traceurs⁷⁴ pour améliorer la qualité du dispositif de formation.

Une politique de mobilité nationale voire internationale des étudiants et des formateurs peut constituer enfin un levier de professionnalisation en travaillant à la fois avec l'Université en charge de cette thématique et avec les DS en établissement de santé qui doivent être parties prenantes pour recevoir en échange des étudiants étrangers. Il faut avoir conscience que s'engager dans le dispositif ERASMUS est un vrai challenge en lien avec le temps d'obtention de la charte, le temps de constitution du dossier, le temps pour faire les partenariats et obtenir les finances.

3.2.2 Initier une stratégie co-construite de manière triangulée et articulée autour de la recherche paramédicale et de l'innovation

Un des leviers pour le DS peut être de **mettre en place une stratégie co-construite de manière triangulée IFSI / Université / CH** sur les thématiques de la recherche et de l'innovation pour s'adapter aux nouvelles formes d'apprentissage des étudiants. Il peut par exemple s'agir de mener un projet commun sur le profil et les compétences attendues chez les futurs professionnels.

Le DS va aussi devoir être vigilant à faire **formaliser les axes de collaboration en lien avec cette thématique dans la convention tripartite** tels qu'avoir un référent universitaire ERASMUS qui peut expliciter et faciliter les démarches en lien avec

⁷² MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR, DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION. Arrêté du 17 avril 2018 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux – article 34.

⁷³ MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR, DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION, 2018, *15 mesures pour le bien-être des étudiants en santé*, Dossier de presse, Paris : MSS / MESRI, 17 p.

⁷⁴ STERVINO C., 2018, *Intervention sur la démarche qualité en IFSI*, EHESP, 26 avril, Rennes.

l'élaboration du dossier mais ce peut être aussi un référent universitaire HCERES pour accompagner les IFSI dans la mise en œuvre d'une démarche qualité qui permette de répondre aux exigences universitaires.

La **question budgétaire est également un élément stratégique primordial à prendre en compte** pour développer la recherche et l'innovation car en tant que DS, nous faisons des choix dans la conduite de projets. Investir dans un doctorat pour un seul formateur peut avoir un impact sur l'accès à des actions de formation pour le reste de l'équipe. Tout dépend ce que le DS souhaite prioriser dans le projet stratégique.

Enfin, l'objectif avec les formateurs peut être **d'impulser une dynamique pédagogique** pour leur faire comprendre qu'innover n'est pas inventer en permanence mais exploiter jusqu'au bout les outils dont ils disposent.

3.2.3 Mettre en œuvre des innovations et des actions partenariales avec l'université

Concrètement, la mise en place d'innovations pédagogiques contribuant à la professionnalisation des étudiants peut se faire par des ateliers de simulation de processus complexes en pluriprofessionnalité. La création ou le partage d'une plateforme pédagogique avec l'Université mais aussi les cas cliniques virtuels, les serious game, ... sont des approches qui favorisent l'engagement des étudiants dans les apprentissages et participent à leur professionnalisation.

Il peut également s'agir de créer des projets co-construits avec l'Université en lien avec les UE contributives, tels qu'une Pharmacup entre les différents IFSI par exemple pour faire progresser les étudiants dans les calculs de dose en générant une compétition constructive.

Enfin, pour aller plus loin que les préparations existantes concernant l'entrée en IFSI, il pourrait être intéressant d'ouvrir des Diplômes Universitaires sur les bases des contenus de ces formations afin de valoriser les connaissances et les compétences acquises par l'obtention d'ECTS et par l'attribution de points bonus au niveau de Parcours Sup qui permettrait d'intégrer plus facilement un IFSI. Cette initiative pourrait également contribuer à développer, en tant qu'institut, des formations universitaires et ancrer notre démarche d'intégration à l'Université par une dynamique partenariale plus étroite.

3.3 Un leadership stratégique pour accompagner la transformation

Le leadership est le « *processus par lequel une personne influence un groupe de personnes pour atteindre un objectif commun.* »⁷⁵ Cela va au-delà de la posture de manager du DS dont la légitimité est avant tout hiérarchique avec des objectifs qu'il faut

⁷⁵ NORTHOUSE P., 2016, *Leadership : Theory and Practice*, 7^{ème} édition, Los Angeles : Sage, p.6.

atteindre. Faire preuve de leadership, c'est être visionnaire avec une légitimité qui vient du groupe, c'est une reconnaissance et non un statut. Dans un contexte d'accélération de l'intégration des formations paramédicales à l'Université, exercer un leadership pour le DS peut s'avérer nécessaire afin d'accompagner les transformations qui depuis plus de 10 ans viennent bouleverser l'organisation du dispositif de formation mais aussi les principaux acteurs, comme nous avons pu le constater dans la phase empirique de notre travail. Nous avons choisi de parler de transformation davantage que de changement car les bouleversements sont de grande ampleur ce qui dans la théorie des organisations, se rapproche davantage du concept de transformation qui se définit comme « *une modification majeure de grande envergure d'une organisation qui traduit une réponse d'adaptation ou une démarche de développement* »⁷⁶ tandis que le changement est décrit comme « *un processus graduel d'adaptation des organisations* ». ⁷⁷ En effet, l'universitarisation de la formation infirmière a entraîné une modification majeure du modèle prévalent en introduisant une approche par compétences, en modifiant l'alternance intégrative avec une évolution de la visée professionnalisante de la formation, en privilégiant une approche par processus et non plus par organe mais aussi en mettant sur le devant de la scène un nouveau partenaire : l'Université. Elle a créé une véritable rupture à la fois pour les CSF et pour les DIFSI et les récentes mesures gouvernementales nécessitent de notre part, une stratégie d'anticipation.

3.3.1 Anticiper pour accompagner la transformation

Le processus d'universitarisation a nécessité pour les différents acteurs une maturation mais l'accélération récente peut constituer un motif de rupture et raviver les craintes, notamment chez les CSF. Le positionnement et la politique stratégique du DS va donc être un levier essentiel dans l'accompagnement de la transformation.

Le premier objectif du DIFSI peut donc être de mettre en place une stratégie proactive avec les universitaires car il nous semble indispensable de ne pas attendre et de « forcer » les portes afin d'engager un partenariat effectif. Il s'agit de lever les obstacles et de dépasser les a priori de chacun. Les expérimentations actuelles de DUSI semblent être un modèle qui facilite la dynamique partenariale à tous les niveaux de collaboration au bénéfice des étudiants.

Un second objectif est de co-construire une politique de mutualisation avec les universitaires. Il s'agit de mutualiser les forces humaines pour harmoniser les maquettes pédagogiques et les évaluations mais aussi de réfléchir à la mutualisation des aspects financiers pour donner un poids beaucoup plus important au DUSI par exemple.

⁷⁶ BRASSARD A., 2003, « Adaptation, transformation et stratégie radicale de changement », *Revue des sciences de l'éducation*, n°29, p. 270.

⁷⁷ *Ibid*, p. 253.

Le troisième objectif serait de contribuer à l'évolution du statut des CSF. Nous sommes actuellement dans une période de transition, avec un modèle qui va prendre corps en fonction du statut que le gouvernement et la conférence des doyens d'université pourraient accorder. Il ne semble pas imaginable que l'ensemble des CSF aient un statut universitaire d'enseignant-chercheur au même type de salaire et au même temps d'enseignement. Il faut plutôt envisager la création d'un statut universitaire avec d'un côté, des CSF qui soient enseignants-chercheurs avec pour mission de développer la recherche et la formation à la recherche et de l'autre des CSF qui soient davantage centrés sur leurs missions actuelles avec une place centrale laissée à l'accompagnement en stage et à la formation clinique. Notre réflexion est aussi centrée sur les concepts de mono-appartenance et de bi-appartenance. Le concept de mono-appartenance peut être vu sous deux aspects : soit avec un rattachement à l'Université, soit avec un rattachement à un établissement hospitalier. Le concept de bi-appartenance peut s'envisager avec un rattachement à l'Institut ou à l'Université et un rattachement à un établissement de santé. BOYER pense qu'il faudrait aller plus loin en donnant « *la même dignité savante à l'expertise en matière d'enseignement, d'intégration des connaissances et d'application qu'à celle en matière de recherche* »⁷⁸ en appliquant les quatre dimensions des universités professionnalisées américaines de WHITEHEAD avec les « scholars » qui sont centrés sur la transmission des savoirs académiques, les « discoverers » qui font de la recherche scientifique et les « inventors » qui appliquent ces savoirs pour répondre aux besoins sociaux, les transmettent (teaching) aux étudiants.

3.3.2 Une stratégie de communication du DIFSI, clé de voûte de la dynamique partenariale au service de la professionnalisation des étudiants

L'objectif global de cette préconisation est d'essayer de mieux travailler ensemble et de se comprendre ce qui nécessite donc beaucoup de communication.

Le préalable à la mise en place de toute stratégie de communication est de dégager le profil des différents acteurs parties prenantes dans le partenariat : leurs missions, leur cursus pour nous permettre de comprendre leur point de vue et leur prise de position.

Le premier niveau stratégique est la mise en place d'un dialogue avec le Doyen de la faculté en santé. Cela permet de connaître sa position par rapport au processus d'universitarisation et de lui expliquer nos attentes dans la dynamique partenariale. Il s'agit ensuite de clarifier la notion de professionnalisation afin que les attendus soient ensuite partagés avec les RU et les intervenants pour qu'ils adaptent leurs contenus, leurs méthodes pédagogiques à cette finalité. Dans le cadre du dialogue, il serait

⁷⁸ BOYER E.L., 1990, « Scholarship Reconsidered : Priorities of the Professorate » in BOURDONCLE R., 2007, « Universitarisation », *Recherche et formation*, n°54, p. 147.

intéressant sur certaines thématiques de travail de convier les Doyens de Sciences Humaines pour qu'ils puissent également donner leur avis sur les axes stratégiques. Un objectif moins ambitieux peut être déjà de les informer sur le projet stratégique pour qu'ils puissent le transmettre aux RU de leurs disciplines qui participent à la formation.

Le second niveau est la communication des avancées du dispositif et des réformes (enjeux et modalités de mise en œuvre du service sanitaire, suppression du concours d'entrée, avancées de l'universitarisation...) à la direction des soins de l'établissement-support mais aussi avec l'encadrement. Cela peut se faire dans le cadre de réunions CS / CSS. Il s'agit de créer une dynamique propice à l'échange. L'information peut aussi concerner l'ensemble des terrains de stage. Le développement du partenariat IFSI / stages est aussi à réinterroger dans ce cadre mais aussi celui avec les lycées.

Le troisième niveau serait d'arriver à fédérer les IFSI dans le cadre du GHT, voire du territoire universitaire pour mutualiser et harmoniser les pratiques.

3.3.3 Le DIFSI de demain : un metteur en lien, un passeur de frontières ?

En tant que DS, nous devons amorcer une réflexion sur nos missions, notre profil et notre devenir car nous devons ***être acteur de notre propre transformation*** pas à titre individuel mais bien au sein d'un collectif.

Les évolutions des missions du DS vont dans le sens d'une coordination des instituts de formation sur un territoire, voire dans la direction de plusieurs instituts. L'exercice professionnel se fera donc à un niveau plus macro que celui d'aujourd'hui et le DS pourra ***être un « metteur en lien »*** entre ces formations encore culturellement très imprégnées du paramédical vers l'Université ou avec l'Université ou à côté de l'Université avec pour mission de protéger les volontés des deux parties, qu'elles soient universitaires ou paramédicales.

Le positionnement des DS pourrait aussi gagner en légitimité par l'acquisition de diplômes universitaires niveau 1, si nous considérons que les universitaires ont une culture très ouverte mais à condition de s'inscrire vraiment dans leur esprit universitaire mais nous pouvons également ***réinterroger le rôle de l'EHESP dans sa dynamique de former des DS*** et dans la vision qu'il a de la place du DS en formation, dans ses missions avec l'Université, voire même de la place du DS dans le système de santé.

Il peut enfin être aussi ***un véritable passeur de frontière*** c'est-à-dire « *un véritable constructeur de coopération lors de projets mêlant différents groupes sociaux* »⁷⁹, « *un traducteur dont l'action conduit à une construction conjointe non seulement des entités en circulation mais également des frontières et des territoires* »⁸⁰.

⁷⁹ ROUTELOUS C., LAPOINTE L., VEDET I., 2014, « Le rôle des passeurs de frontières dans la mise en place de collaboration pluridisciplinaire en médecine », *Journal de gestion et d'économie médicales*, Vol 32, p. 486.

⁸⁰*Ibid.*

Conclusion

Depuis presque dix ans, la réforme de la formation infirmière est mise en œuvre sur le territoire national afin de répondre à une exigence de transformation et de décloisonnement des métiers en lien avec les évolutions des besoins en santé de la population et la reconfiguration du système de soins, dans un contexte budgétaire contraint. Mais force est de constater, à travers les quelques facettes abordées dans ce travail, que l'universitarisation de la formation infirmière n'est pas achevée et reste pour les formateurs et les universitaires une aventure incertaine, d'autant plus lorsqu'elle est associée à la notion de professionnalisation. Pourtant, le contexte international s'avère favorable avec une élévation de la formation infirmière dans de nombreux pays et un lien établi entre niveau de formation des infirmiers et qualité des soins. Cependant des freins persistent : les Conseils Régionaux qui sont les financeurs ne veulent pas perdre le maillage territorial de ces formations qui constituent à la fois une source d'employabilité locale mais aussi un enjeu politique dans l'affichage du taux d'insertion professionnelle, en les confiant à une Université forcément plus indépendante et qui plus est avec une approche parfois centripète du processus. De plus, certains professionnels de santé et cadres formateurs ont encore des doutes sur les bénéfices de l'universitarisation sur le processus de professionnalisation des étudiants infirmiers.

Dans ce contexte, l'objectif de notre enquête a été d'explorer la dynamique partenariale Université / IFSI pour voir si elle pouvait constituer une plus-value pour la dimension professionnalisante du dispositif de formation et sur le niveau de compétences des étudiants. Après analyse, il se dégage globalement deux types de dynamique partenariale : l'une où le cadre d'action est structuré sur un modèle de département avec une stratégie co-construite par les universitaires et les DIFSI / CSF, impulsée par les Doyens de Faculté en Santé où la qualité des interactions entre partenaires est appréciée par les différents acteurs avec un bémol pour un des Conseils Régionaux et l'autre, où le cadre est pyramidal, descendant avec des interactions peu fréquentes et personnes dépendantes et une stratégie de formation commune peu formalisée laissant un libre arbitre à chacun des interlocuteurs. Pour les acteurs des territoires concernés, la première dynamique semble être vecteur de professionnalisation des étudiants, en termes de compétences cliniques, de connaissances davantage objectivées et d'interprofessionnalité avec une visée de développement de la recherche via une compétence autonome infirmière, à contrario de la seconde où la professionnalisation reste l'apanage des terrains de stage.

Avec l'accélération récente des réformes gouvernementales pour que la formation infirmière soit intégrée à l'Université, le Directeur des Soins en institut s'avère un acteur incontournable pour accompagner les équipes pédagogiques et plus largement les professionnels de santé dans les transformations en cours et à venir et pour impulser une dynamique coopérative avec l'Université afin de co-construire ensemble un partenariat vecteur de professionnalisation et une véritable stratégie de formation sur des bases scientifiques ou Evidence-based Policy car « *l'origine essentielle du système des professions vient du mariage entre les universitaires et certaines catégories de praticiens* »⁸¹.

Plus largement, à l'heure où la place du Directeur d'IFSI est en questionnement, il nous appartient d'être acteur de notre propre transformation pour devenir un passeur de frontières doté d'un leadership stratégique en terme notamment de communication afin de favoriser l'acculturation réciproque des cadres de santé formateurs et des universitaires mais aussi d'intégrer les établissements de santé et notamment les directions des soins dans les réflexions menées pour développer une véritable politique triangulée de professionnalisation des étudiants infirmiers in fine pour assurer une qualité des soins au bénéfice des usagers du système de santé.

⁸¹ PARSON T., 1968, « Professions » in *International Encyclopedia of the Social Science*, New-York : Collier Macmillan, p.546.

Bibliographie

OUVRAGES

ARDOUIN T., 2003, *Ingénierie de formation pour l'entreprise*, Paris : Dunod, 270 p.

BOISSART M., 2017, *La formation infirmière à l'ère de l'universitarisation. Ingénieries, enjeux et défis de professionnalisation*, Noisy-le-Grand : Setes, 376 p.

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

NORTHOUSE P., 2016, *Leadership : Theory and Practice*, 7^{ème} édition, Los Angeles : Sage, 531 p.

PARSON T., 1968, « Professions » in *International Encyclopedia of the Social Science*, New-York : Collier Macmillan, pp. 536-547.

PERRENOUD P., 1999, « Le pilotage négocié du changement dans les systèmes éducatifs » in LURIN J., NIDEGGER C., *Expertise et décisions dans les politiques de l'enseignement*, Genève : Service de la recherche en éducation, pp. 88-103.

VEYSSET-PUIJALON B., 2006, « Coordination » in BARREYRE J-Y, BOUQUET B. / éd., *Nouveau dictionnaire critique d'action sociale*, 2^{ème} édition, Montrouge : Bayard, pp. 146-147.

PERIODIQUES

ACKER F., 1997, « Sortir de l'invisibilité. Le cas du travail infirmier », *Raisons Pratiques*, n°8, pp. 65 -93.

AIKEN L., 2011, « Nurses for the future », *The New England Journal of Medicine*, pp.196-198.

BERRY J-W., 2005, « Acculturation: Living successfully in two cultures », *International Journal of Intercultural Relations*, n°29, pp. 697-712.

BOURDONCLE R., 1991, « La professionnalisation des enseignants : analyses sociologiques anglaises et américaines », *Revue française de pédagogie*, n°94, pp.73-92.

BOURDONCLE R., 2000, « Autour des mots : professionnalisation, formes et dispositifs », *Recherche et formation*, n°35, pp. 117-132.

BOURDONCLE R., 2007, « Universitarisation », *Recherche et formation*, n°54, pp.135-149.

BOYER E.L., 1990, « Scholarship Reconsidered : Priorities of the Professorate » in BOURDONCLE R., 2007, « Universitarisation », *Recherche et formation*, n°54, p. 147.

BRASSARD A., 2003, « Adaptation, transformation et stratégie radicale de changement », *Revue des sciences de l'éducation*, n°29, pp. 253–276.

DALL T.M, CHEN Y.F., SEIFERT R.F. & al., 2009, « The economic value of professional nursing », *Medical Care*, n°47, pp. 97-104.

DHUME F., 2002, « Qu'est-ce que le partenariat ? Contribution à la construction d'un espace de sens. », *ISCRA* [en ligne], 6 p. [visité le 10/08/2018], disponible sur internet : <https://www.iscra.org/fichier.php?id=34>

DREES, 2018, « 53% d'infirmiers en plus entre 2014 et 2040, une forte hausse qui répond à la demande de soins », *Etudes et Résultats* [En ligne], n°1062, pp. 1-6. [visité le 15/07/2018], disponible sur internet : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1062.pdf>

FERNANDES S., 2009, « Wittorski, R., Professionnalisation et développement professionnel », *Questions Vives* [En ligne], vol.5, n°11, pp. 1-3. [visité le 1/07/2018], disponible sur internet : <http://questionsvives.revues.org/632>

GASSE S., 2011, « La dynamique partenariale en contexte décentralisé : une conception de l'ingénierie au sein de l'expertise éducative », *TransFormations*, n° 5, pp. 47-55.

IVERNOIS J-F., 2008, « Enseignements à tirer d'une expérience française : les sciences infirmières à l'UFR de Bobigny », *Recherche en Soins Infirmiers*, n°93, pp. 111-113.

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

KOZLOWSKI J., 2012, « Réforme de la formation initiale infirmière : avant / après. », *FHF*, n° 545, pp. 36-37.

MAUBANT P., PIOT T., 2011, « Etude des processus de professionnalisation dans les métiers adressés à autrui », *Les Sciences de l'éducation – Pour l'Ere nouvelle*, Vol. 44, pp. 7-11.

MOKOUNKOLO R., PASQUIER D., 2008, « Stratégies d'acculturation : cause ou effet des caractéristiques psychosociales ? L'exemple de migrants d'origine algérienne », *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, n°79, p. 57-67.

PIOT T., 2015, « Les ressources mobilisées par les diplômés en soins infirmiers en début de carrière », *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*, Vol.48, pp. 103-123.

REDFIELD R., LINTON R., HERSKOWITS M.J., 1936, « Memmorandum for the study of Acculturation », *American Anthropologist*, n° 38, pp. 149-152.

ROUTELOUS C., LAPOINTE L., VEDET I., 2014, « Le rôle des passeurs de frontières dans la mise en place de collaboration pluridisciplinaire en médecine », *Journal de gestion et d'économie médicales*, Vol 32, pp. 481- 499.

SCHWEYER F-X., 2008, « L'universitarisation de la formation en soins infirmiers : les promesses et leurs ombres », *Recherche en soins infirmiers*, n° 93, p.120.

WITTORSKI R., 2008, « La professionnalisation », *Savoirs*, n°17, pp. 11-35.

TEXTES DE LOIS

EHESP. Référentiel de compétences du directeur des soins [en ligne]. 2017. [visité le 25 août 2018], disponible sur internet :

<https://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2017/12/formation-DS-referentiel-de-competences-maj-nov2017.pdf>

EHESP. Référentiel métier du directeur des soins [en ligne]. [visité le 25 août 2018], disponible sur internet : <https://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2008/06/Referentiel-metier-de-Directeur-trice-des-soins.pdf>

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE, MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR, DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION. Loi n°2018-166 du 8 mars 2018 relative à l'orientation et à la réussite des étudiants [en ligne]. Journal officiel, n°0052 du 9 mars 2018. [visité le 25 août 2018], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000036683777&categorieLien=id>

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE. Arrêté du 12 avril 1979 relatif au programme d'enseignement et à l'organisation des stages en vue de la préparation du diplôme d'Etat d'infirmier. Journal officiel du 14 avril 1979.

MINISTERE DE LA SANTE. Décret n°92-264 du 23 mars 1992 relatif aux études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier et d'infirmière [en ligne]. Journal officiel, n°72 du 25 mars 1992. [visité le 10 juillet 2018], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006078889&dateTexte=20050725>

MINISTERE DE LA SANTE. Arrêté du 23 mars 1992 relatif aux conditions d'admission dans les centres de formation en soins infirmiers préparant au diplôme d'État d'infirmier. Journal officiel, n°72 du 25 mars 1992.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'Infirmier [en ligne]. Journal officiel, n°0181 du 7 août 2009. [visité le 10 juillet 2018], disponible sur internet :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020961044&categorieLien=id>

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR, DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION. Arrêté du 17 avril 2018 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux [en ligne]. Journal officiel, n°0092 du 20 avril 2018. [visité le 10 juillet 2018], disponible sur internet :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000036819285&categorieLien=id>

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR, DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION. Décret n°2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée [en ligne]. Journal officiel, n°0164 du 19 juillet 2018. [visité le 10 août 2018], disponible sur internet :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000037218115&dateTexte=&categorieLien=id>

CONFERENCES

ASCENCIO P., « Formation infirmière : Constats et Perspectives », *in* 73èmes Journées Nationales d'Etudes du CEFIEC, *Dans une formation en mouvement, Gardons le cap !*, 6 juin 2018, Strasbourg, Info CEFIEC Hors Série n°7, 27 p.

DANAN J-L., « Formation en santé et université : point d'étape », *in* 73èmes Journées Nationales d'Etudes du CEFIEC, *Dans une formation en mouvement, Gardons le cap !*, 6 juin 2018, Strasbourg, Info CEFIEC Hors Série n°7, 27 p.

DUBRAY A., « Place du directeur des soins dans le processus d'universitarisation », in 73èmes Journées Nationales d'Etudes du CEFIEC, *Dans une formation en mouvement, Gardons le cap !*, 6 juin 2008, Strasbourg, Info CEFIEC Hors Série n°7, 27 p.

GRANDE CONFERENCE NATIONALE DE SANTE, *Accompagner le progrès en santé : nouveaux enjeux professionnels*, 11 février 2016, Paris - Conseil Economique, Social et Environnemental, 19p.[visité le 10 août 2018], disponible sur internet :

http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/11_02_2016_grande_conference_de_la_sante_-_feuille_de_route.pdf

NOEL-HUREAUX E., « En quoi l'universitarisation de la formation infirmière modifie-t-elle la transmission ? », in Biennale internationale de l'éducation, de la formation et des pratiques professionnelles, *Atelier 21 : Formation au métier du soin*, Juillet 2012, Paris, Paris : HAL, 10 p. [halshs-00790578]

NOEL-HUREAUX E., « Universitarisation des savoirs infirmiers et professionnalisation des acteurs » in Biennale internationale de l'éducation, de la formation et des pratiques professionnelles, *Atelier 4 : Coopérer*, 30 Juin – 3 Juillet 2015, Paris, Paris : HAL, 10 p. <hal-01188454>

RAPPORTS

BERLAND Y., 2003, *Rapport de mission : Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences*, Paris : Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées, 57 p.

CIFI, 2010, *Analyse et mise en contexte des profils de formation infirmière dans différents pays francophones : rapport rédigé pour le SIDIIEF*, Montréal: CIFI - Faculté des sciences infirmières - Université de Montréal. [visité le 15/07/2018], disponible sur internet : www.sidiief.org

DEBOUZIE D., 2003, *Rapport de mission : Commission pédagogique nationale de la première année des études de santé*, Paris : Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées, 49 p.

DEBEAUPUIS J., ESSID A., ALLAL P. & al., 2017, *Pour une meilleure intégration des formations paramédicales à l'université : Mise en œuvre des mesures 5, 6 et 13 de la Grande Conférence de Santé*, Paris : IGAS – IGAERN, 219 p.

MARSALA V., ALLAL P., ROUSSEL I., 2013, *Les formations paramédicales : Bilan et poursuite dans l'intégration du dispositif LMD*, Paris : IGAS- IGAERN, 93 p.

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE, MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR, DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION, 2017, *Plan Etudiants : Accompagner chacun vers la réussite*, Paris : MEN / MESRI, 38 p.

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR, DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION, 2018, *L'universitarisation des formations en santé*, Dossier de presse, Paris : MSS / MESRI, 22 p.

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR, DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION, 2018, *15 mesures pour le bien-être des étudiants en santé*, Dossier de presse, Paris : MSS / MESRI, 17 p.

SIDIIEF, FSI Université de Laval, 2008, *Profil de formation en soins infirmiers dans différents pays francophones*. [visité le 15/07/2018], disponible sur internet : www.sidiief.org

SIDIIEF, 2011, *La formation universitaire des infirmières et infirmiers : une réponse aux défis des systèmes de santé*, Québec : SIDIIEF, 52 p. [visité le 15/07/2018], disponible sur internet :

<https://www.sidiief.org/wp-content/uploads/Memoire-Texte-integral-Francais1.pdf>

SITE INTERNET

LAROUSSE. Définition dynamique. [visité le 10/08/2018], disponible sur internet : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/dynamique/27079?q=dynamique#26939>

COURS

STERVINO C., 2018, *Intervention sur la démarche qualité en IFSI*, EHESP, 26 avril, Rennes.

Liste des annexes

Annexe 1 : Modélisation du processus d'universitarisation de la formation infirmière

Annexe 2 : Schéma synthétique du concept de professionnalisation de l'étudiant infirmier
(à partir de BOISSART - 2017 - p.130)

Annexe 3 : Schéma de la mise en œuvre de la dynamique partenariale (GASSE – 2011)

Annexe 4 : Tableau synthétique des profils de la population enquêtée

Annexe 5 : Trame de la grille d'entretien

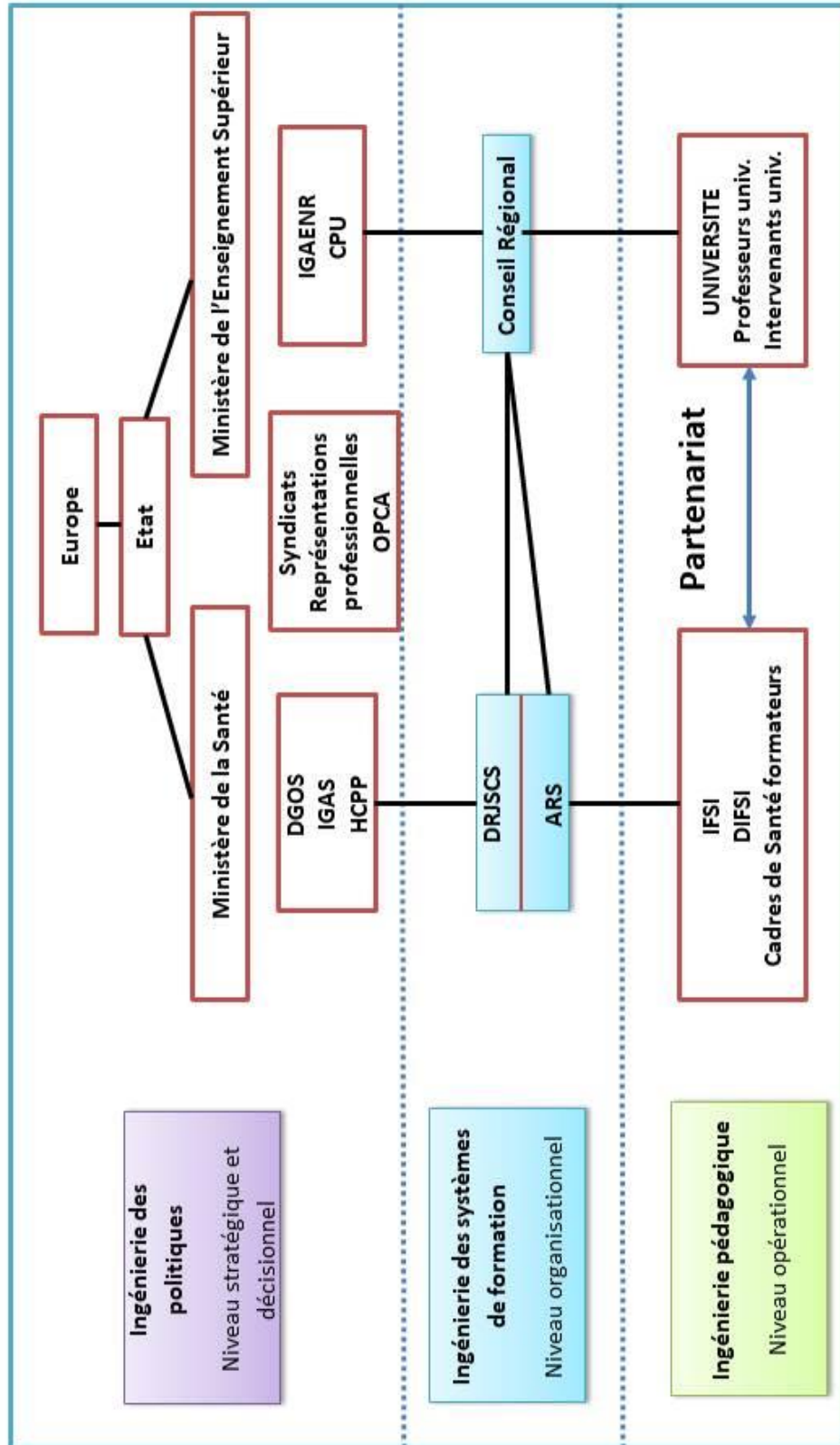
Annexe 6 : Trame de la grille d'analyse des données

Annexe 7 : Modélisation de la structuration des niveaux de collaboration au sein de
chaque territoire universitaire

Annexe 8 : Tableau récapitulatif des préconisations

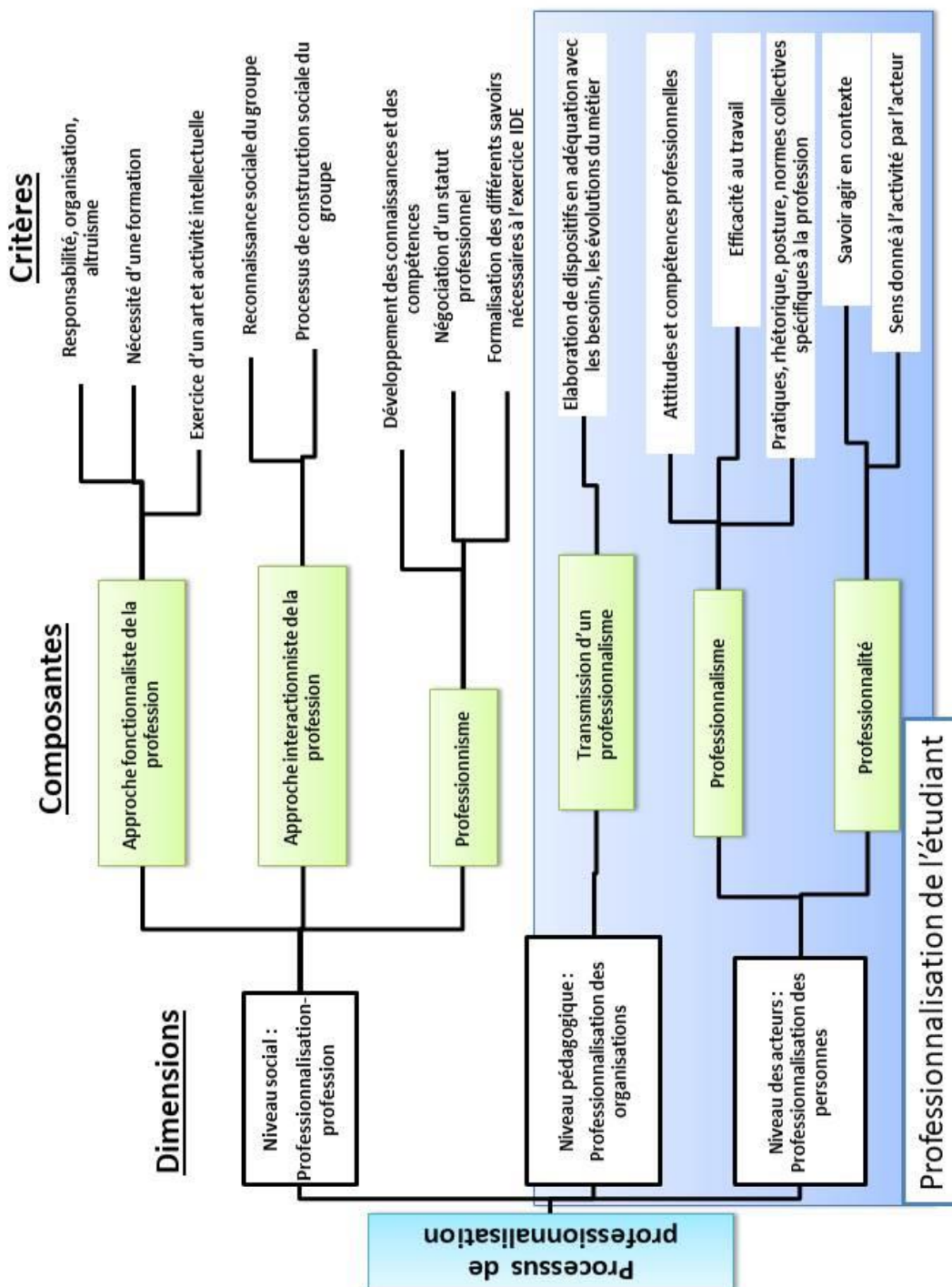
Annexe 1

Modélisation du processus d'universitarisation de la formation infirmière



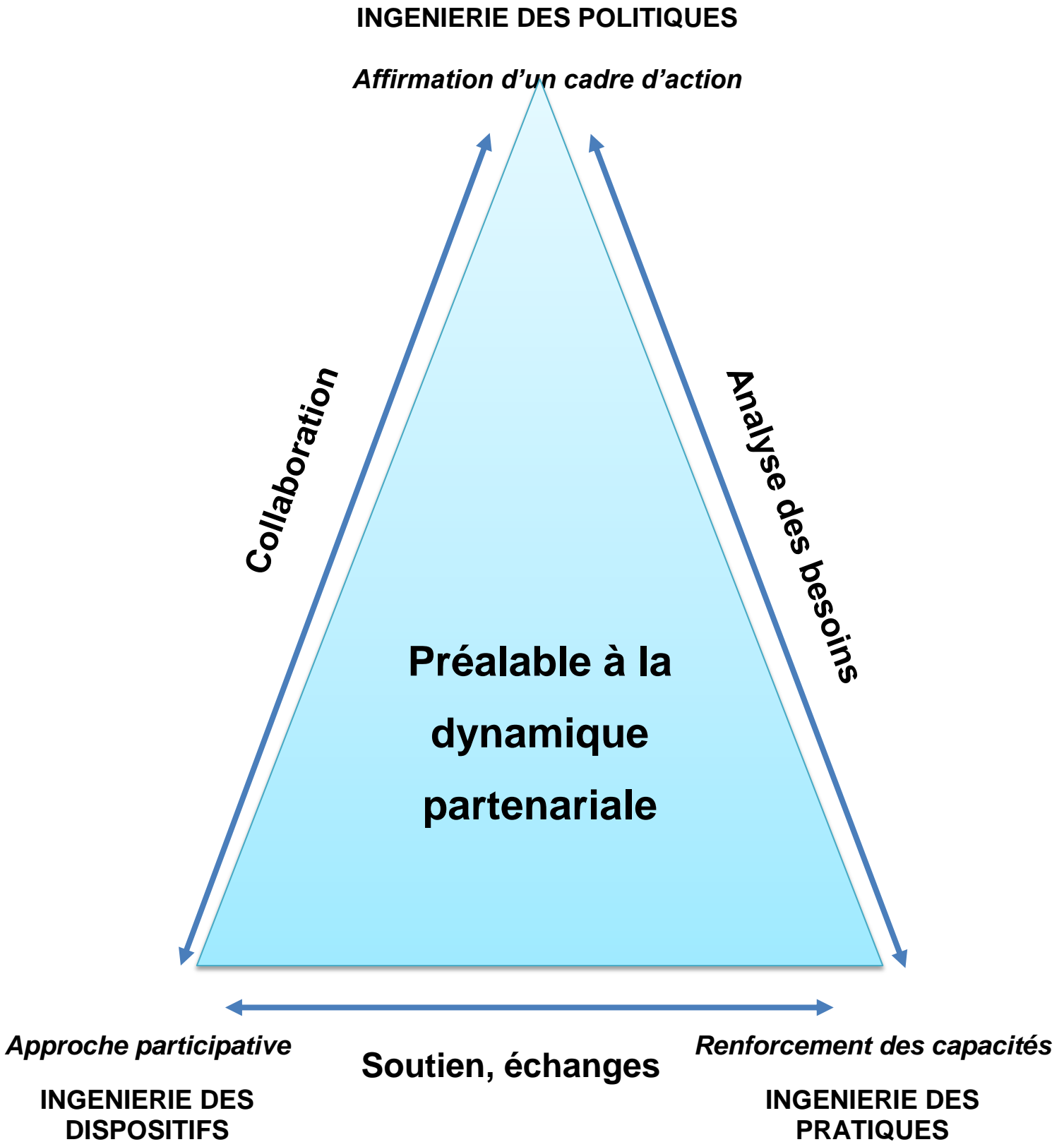
Annexe 2

Schéma synthétique du concept de professionnalisation de l'étudiant infirmier (à partir de BOISSART – 2017 p. 130)



Annexe 3

Schéma de la mise en œuvre de la dynamique partenariale (GASSE – 2011)



Annexe 4

Tableau synthétique des profils de la population enquêtée

Catégorie	Codage entretien	Statut	Profil	Territoire universitaire
UNIVERSITAIRES	E1	RU1	<p>Docteur en Droit Public Maître de conférence des universités en Droit Public et en Sciences Politiques Responsable pédagogique de la Faculté de Droit et de Sciences Politiques sur une ville située à 2h30 de l'université et assure des enseignements à l'université de référence RU géographique IFSI depuis 2009 RU disciplinaire IFSI pour UE 1.3 depuis 2016 Chargé d'enseignement sur un IFSI Siège aux instances IFSI : CAC, Conseil pédagogique</p>	Territoire 1 11 IFSI sur 4 départements
	E2	RU1	<p>Masseur-Kinésithérapeute et cadre de santé en rééducation pendant 25 ans dans le secteur de la Gériatrie Titulaire d'un doctorat en Sciences du Sport Maître de conférence universitaire et chercheur RU géographique IFSI depuis 2016 RU disciplinaire IFSI pour initiation à la recherche depuis 2009 Chargé d'enseignement sur plusieurs IFSI du territoire universitaire en présentiel Siège aux instances IFSI : CAC, Conseil pédagogique</p>	Territoire 1
	E3	Chargé de mission	<p>Chargé de mission à l'université sur le thème coordination de l'universitarisation des formations d'auxiliaires médicaux Professeur d'Université rattaché à l' UFR Sciences de Santé Doctorat en pharmacologie et chercheur dans le domaine cardio-vasculaire Chargé de mission et non de coordination pédagogique depuis 2014 Pas de structure de coordination pédagogique sur l'université actuellement RU géographique IFSI RU disciplinaire IFSI pour UE 2.1 et 2.2 Chargé d'enseignement pour la physiologie et l'initiation à la recherche sur plusieurs IFSI Siège aux instances IFSI : CAC, Conseil pédagogique.</p>	Territoire 1

	E4	Doyen	Doyen de la Faculté de Santé depuis 2017 Directeur du département de Médecine depuis 2015 PU-PH depuis 2011 Réanimateur médical Investi dans la pédagogie A pour priorité dans le cadre de son mandat de faire aboutir le rapprochement avec les IFSI dans le cadre d'un DUSI	Territoire 2 3 IFSI sur un Département
	E5	RU 2	Maître de Conférence Universitaire Enseignant-chercheur en Histologie Doctorat en Histologie RU disciplinaire pour l'UE 2.1 depuis 2009 Membre du bureau du DUSI et des Commissions Spécialisées du DUSI	Territoire 2
	E6	RU 3	Responsable administrative du département des formations paramédicales à l'UPEC depuis 2018 Docteur en biologie marine	Territoire 3 10 IFSI sur 3 départements
DIRECTEURS D'IFSI	E7	DIFSI 1	Directeur des soins Directeur IFSI/IFAS depuis 6 ans Filière initiale infirmière Administrateur suppléant GCS - IFSI Titulaire du Master 2 AMES	Territoire 1 IFSI à 1h30 de l'Université
	E8	DIFSI 2	Directeur des soins depuis 20 ans Directeur IFSI/Ecole de puéricultrice En charge du développement et de la recherche paramédicale sur le CHU Filière initiale infirmière Coordonnateur DIF et GHT / formation Directeur du DUSI	Territoire 2 IFSI à proximité Université
	E9	DIFSI 3	Directeur des soins Directeur IFSI/IFAS depuis 2 ans Filière initiale infirmière (expérience de CSF et de coordinateur pédagogique dans deux autres IFSI) Siège aux instances du département des formations paramédicales et co-ordonne des UE contributives avec des universitaires	Territoire 3 IFSI à proximité Université
	E10	DIFSI 4	Directeur des soins Directeur de la formation, de la recherche et de l'innovation au sein du CH Directeur IFSI/IFAS depuis 8 ans Filière initiale infirmière	Territoire 4 IFSI à 1h de l'Université
	E11	CSF 1	Cadre de santé formateur en IFSI depuis 2006 Responsable de la formation continue Filière initiale infirmière Pas de référence d'UE en lien avec l'Université Titulaire d'un Master 2. Chargé de communication CEFIEC	Territoire 1 IFSI à 1h30 de l'Université

CADRES DE SANTE FORMATEURS	E12	CSF 1	Cadre de santé formateur en IFSI depuis 2003 Filière initiale infirmière Référence d'UE en lien avec l'Université Délégué suppléant CEFIEC Part en retraite dans 3 ans	Territoire 1 IFSI à 2h30 de l'Université
	E13	CSF 2	Cadre de santé formateur en IFSI depuis 2006 Coordonnateur pédagogique depuis 2017 Filière initiale infirmière Fait partie du bureau du DUSI et de différentes commissions spécialisées Engagé sur les projets interprofessionnels de séminaire de Santé Publique Titulaire d'un Master 1 en Sociologie	Territoire 2 IFSI à proximité Université
	E14	CSF 3	Cadre de santé formateur en IFSI puis cadre supérieur de santé en IFSI et en IFCS depuis 2008 Coordonnateur pédagogique Filière initiale infirmière, plutôt dans le secteur réanimation Co-responsable d'un Master en lien avec l'Université Titulaire d'un Master 2 en Sciences de l'Education - Doctorant	Territoire 3 IFSI à proximité Université
	E15	CSF 4	Cadre de santé formateur en IFSI puis cadre supérieur de santé responsable de l'ingénierie de la formation et de la qualité en IFSI/IFAS Doctorat en Sciences humaines et Sociales Qualifié aux fonctions de Maître de Conférence Universitaire Enseignant-chercheur	Territoire 4 IFSI à 1h30 de l'Université
CONSEILS REGIONAUX	E16	CR 1	Chef du service des formations sanitaires et sociales à la Direction de la carte des formations, de l'apprentissage et des formations sanitaires et sociales du Conseil Régional Titulaire d'un Doctorat	Territoire 1
	E17	CR 2	Chef du service Formations sanitaires et sociales à la Direction de l'Emploi et de la Formation Professionnelle du Conseil Régional	Territoire 2
	E18	CR 4	Conseiller Régional délégué à la Santé, à la Silver Economy et aux Formations Sanitaires et sociales depuis 2013 Chirurgien-orthopédiste à proximité du CHU et de l'Université	Territoire 4
ARS	E19	CPR 1	Directeur des Soins Conseiller pédagogique et technique ARS depuis 2018 A exercé comme directeur d'IFSI sur un CHU et un CH	Territoire 1

Annexe 5

Trame de grille d'entretien

MEMOIRE DE FIN DE FORMATION Dynamique partenariale IFSI / Université et professionnalisation des étudiants

Préalable : présentation, objet d'étude, modalités (durée, enregistrement des données, anonymat)

Présentation	Pouvez-vous vous présenter ? <ul style="list-style-type: none">- Fonction occupée- Diplôme universitaire- Parcours professionnel- Missions en lien avec Université et/ou avec la formation infirmière Durée de ces missions- Caractéristiques du territoire d'exercice : nombre IFSI, distance / université...
Représentations de l'universitarisation et de la professionnalisation	Quelles représentations avez-vous de l'universitarisation de la formation infirmière ? <ul style="list-style-type: none">- Enjeux : professionnels, identitaires, pédagogiques, institutionnels- Freins : économiques, culturels, institutionnels- Vision : stagnation / accélération, aboutie / inaboutie En quoi l'université peut-elle contribuer à la professionnalisation des étudiants ? <ul style="list-style-type: none">- Liens avec les formations professionnalisantes- Eléments de professionnalisation : contenu / savoirs académiques, adaptation au contexte, utilisation des NTIC De votre point de vue, depuis la mise en place de l'universitarisation de la formation infirmière, y voyez-vous un impact sur la professionnalisation des étudiants ? <ul style="list-style-type: none">- Différencier professionnalisation / employabilité- Indicateurs de professionnalisation : niveau de compétences, développement de compétences en recherche, interprofessionnalité...
Cadre d'action de la dynamique partenariale et professionnalisation	Comment est structurée votre collaboration avec l'Université /IFSI ? Quels en sont les points forts et les freins ? <ul style="list-style-type: none">- Cadre : convention tripartite, DUSI...- Niveaux de collaboration : Doyen / DIFSI, RU / CSF,

	<p>Coordinateur Université/IFSI...</p> <ul style="list-style-type: none"> - Objet / éléments des collaborations - Place CR, ARS, établissement-support dans la structuration - Freins : acteurs, cadre réglementaire, moyens... <p>Pour vous, la manière dont est structurée cette collaboration peut-elle constituer une plus-value pour la professionnalisation des étudiants ?</p> <p>Si oui, en quoi ?</p> <p>Si non, pourquoi ?</p>
<p>Pilotage des objectifs communs et professionnalisation</p>	<p>Quelle stratégie de formation avez-vous mis en place avec l'Université / les IFSI ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Existence d'un projet stratégique / de formation / d'institut - Pilotage de la stratégie - Objectifs communs - Place des acteurs dans la stratégie - Mise en œuvre de la stratégie : co-construction, collaboration, coopération... - Freins à la mise en place d'une stratégie commune <p>La stratégie partenariale de formation mise en œuvre constitue-t-elle une opportunité pour la professionnalisation des étudiants ?</p> <p>Si oui, en quoi ?</p> <p>Si non, pourquoi ?</p>
<p>Qualité des interactions et professionnalisation</p>	<p>Quelles relations entretenez-vous avec.... ?</p> <p>Comment qualifieriez-vous ces relations / interactions ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niveau micro : enseignements... - Niveau macro : instances, réunions stratégiques... - Regard sur les différents acteurs : Doyen, RU, DIFSI, CSF, CH-support, CR, ARS, Etudiants - Freins <p>Quel impact a la qualité des interactions que vous entretenez sur la professionnalisation des étudiants ?</p>
<p>Leviers et préconisation</p>	<p>Pistes pour rendre le dispositif plus professionnalisant</p>

Annexe 6

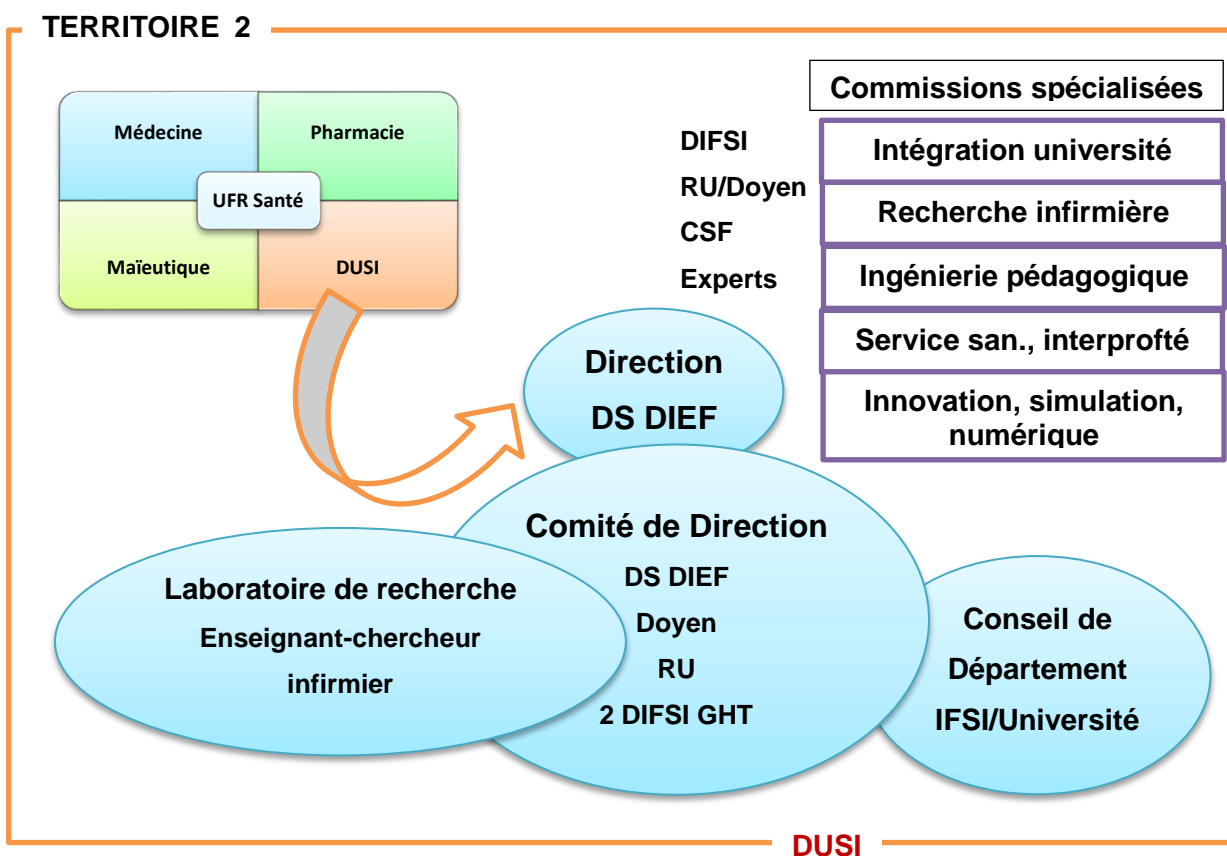
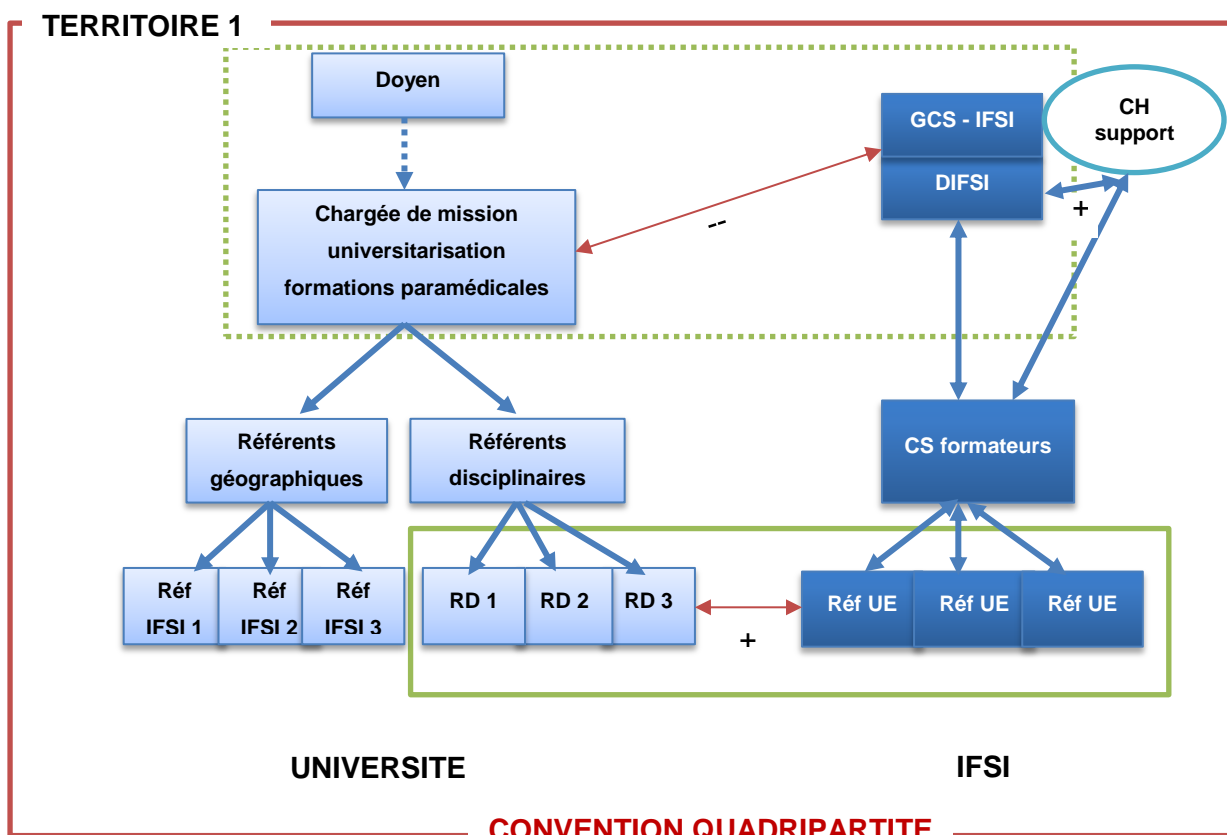
Trame de la grille d'analyse des données

Catégorie / thème	Indicateurs / Indices			E1...	.E19	
Représentation du processus d'universitarisation	Enjeux	Institutionnels				
		Professionnels	Reconnaissance			
			Ouverture			
		Pédagogiques				
	Politiques					
	Freins	Volonté des acteurs				
		Identitaires et culturelles				
		Financiers				
		Institutionnels				
	Vision	Accélération				
		Stagnation				
		Aspects règlementaires				
	Universitarisation et professionnalisation	Université professionnalisante	Oui			
Non						
Type professionnalisation		Compétences				
		Recherche				
		Interprof				
Employabilité						
H1 : Cadre d'action partenarial et professionnalisation	Structuration	Modèle	Pyramidal			
			Dptmt			
		Niveau de collaboration	Micro			
			Macro			
			Coordinateur			
		Objet	Enseignement			
			Instances			
			Autres			
		Freins	Mque moyens			
			Contraintes			
	Acteurs ++					
	Mque cadrage					
	Apports	Etudiants				
Autres						

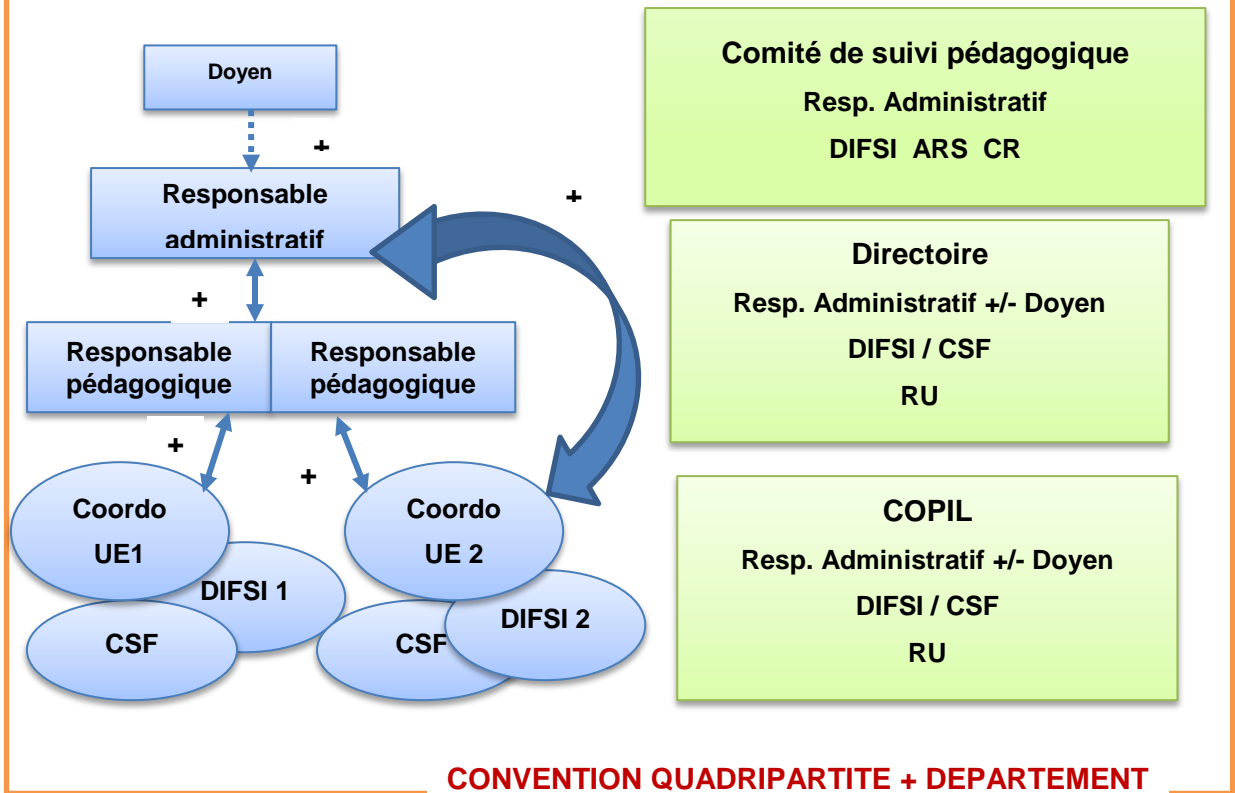
	Professionnalisation	Oui	Compétences				
			Poursuite études				
			Interprofessionn				
			Autre				
			Recherche				
		Non	Théorie>pratique				
			Iniquité				
			Alternance				
		H2 Stratégie partenariale et professionnalisation	Stratégie	Projet formalisé			
Stratégie co-construite							
Travail commun fonction acteurs							
Enseignements co- construits							
Collaboration antérieure							
Objectifs communs							
Stratégie mise en œuvre							
Freins	Politique						
	Relationnel						
	Structurel						
Professionnalisation	Oui						
	Non						
	Répercussions				Etudiants		
					CSF		
Enseigne ments							
H3 Interactions et professionnalisation	Interactions		Micro	Oui			
		Non					
		Macro	Instances	Oui			
				Non			
			Globale	Oui			
				Non			
	Professionnalisation	Oui	Compétences				
			Interprofessionnalité				
		Non					

Annexe 7

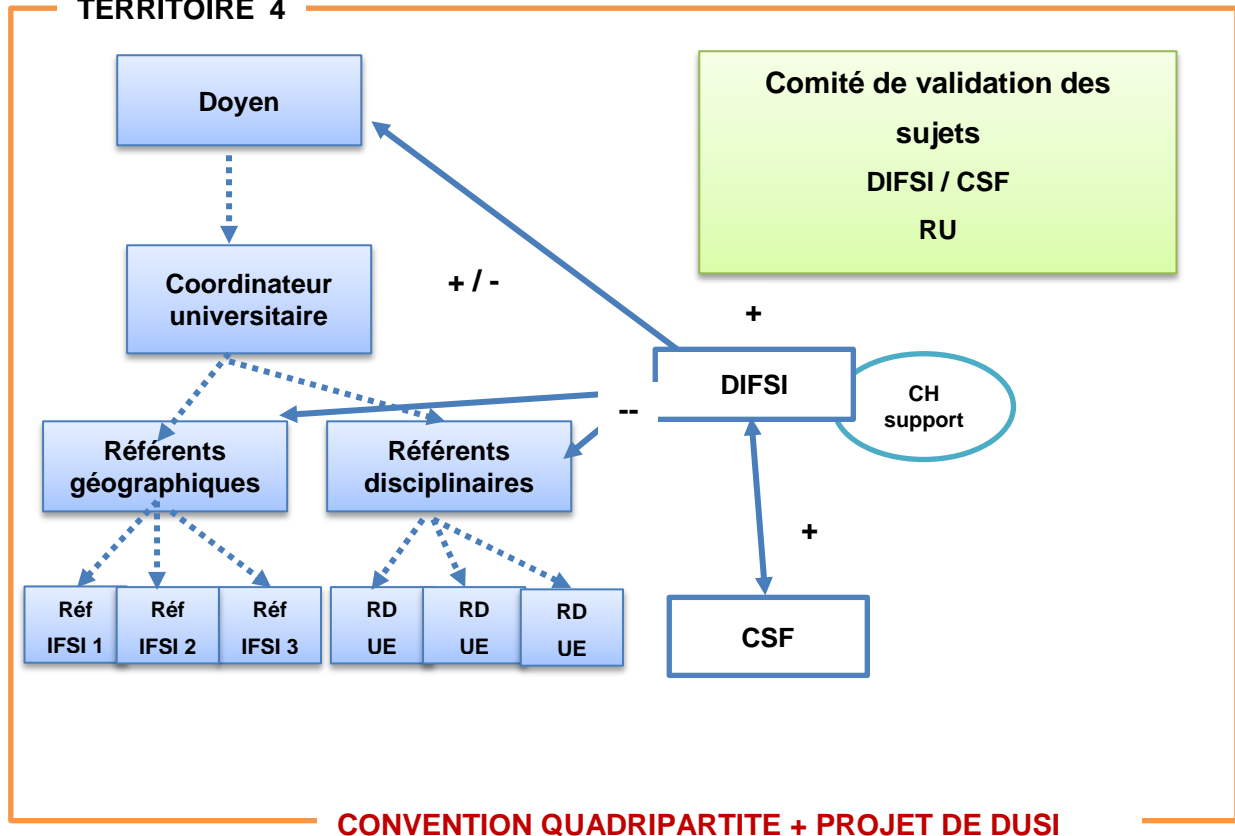
Modélisation de la structuration des niveaux de collaboration au sein de chaque territoire universitaire



TERRITOIRE 3



TERRITOIRE 4



Annexe 8

Tableau récapitulatif des préconisations

Mettre en œuvre un management favorisant l'acculturation des formateurs à la logique universitaire pour améliorer l'aspect professionnalisant du dispositif		
Dimensions	Objectifs	Mise en œuvre
Politique	Favoriser une politique de recrutement et de formation en lien avec les exigences universitaires	<p>Recruter des CSF vecteurs de changement : repérage de professionnels titulaires a minima d'un Master ou souhaitant s'inscrire dans une dynamique de diplomation universitaire</p> <p>Travailler sur la politique de mobilité conjointement avec la DRH</p> <p>Décloisonner le recrutement</p> <p>Collaborer avec la DRH/DS sur une politique de repérage des potentiels et des talents en IFSI et en unité de soins</p>
	<i>Politique de recrutement</i>	<p>Favoriser la diplomation universitaire des formateurs pour permettre une montée en compétences</p> <p>Définir des actions de formation continue pour mettre en adéquation le niveau de formation des CSF aux compétences attendues et en s'intégrant dans une démarche d'évolution</p>
Stratégique	Développer une stratégie managériale pour acculturer les formateurs aux logiques universitaires	<p>Négocier et co-construire un projet stratégique de formation avec les différents acteurs à faire valider en ICOGI</p> <p>Prendre en compte dans le projet d'institut les axes stratégiques communs ainsi que les spécificités locales</p> <p>Inscrire le projet d'institut dans la cadre plus global du projet d'établissement</p>
	<i>Concernant les projets</i>	<p>Créer une dynamique managériale qui impulse une vision positive de l'Université</p> <p>Faire participer les CSF aux différents projets institutionnels du CH-support</p> <p>Travailler avec les universitaires sur leurs représentations de la formation infirmière</p>
	<i>Concernant les acteurs</i>	

Opérationnelle	Initier des mesures concrètes pour mettre en œuvre la politique et la stratégie managériales	<p>Décliner des profils de postes de CSF en adéquation avec les exigences universitaires</p> <p>Repérer les potentiels des CSF lors de l'entretien annuel d'évaluation et les accompagner dans l'évolution de leur projet professionnel</p> <p>Proposer un Master collectif pour fédérer l'équipe et aider à oser.</p> <p>Informers les CSF sur les évolutions législatives, leur faire verbaliser leurs craintes si besoin et les réassurer</p> <p>Amener les formateurs à participer à des journées professionnelles pour favoriser le partage d'expériences</p>
Développer l'innovation pédagogique et la recherche par le biais d'une dynamique multipartenariale		
Dimensions	Objectifs	Mise en œuvre
Politique	Placer la recherche paramédicale et les innovations au cœur des politiques de formation et d'établissement	<p>Induire une réflexion conjointe DIFSI / DS en établissement de santé autour de la mise en place d'une politique d'innovation et de recherche comme axe du projet de soins / de formation</p> <p>Favoriser l'implication des étudiants dans les instances de gouvernance de l'IFSI et dans la démarche qualité pour les responsabiliser et contribuer à leur professionnalisation</p> <p>Permettre une politique de mobilité nationale voire internationale des étudiants et des formateurs</p>
Stratégique	Initier une stratégie de formation co-construite de manière triangulée et articulée autour de la recherche paramédicale et de l'innovation	<p>Formaliser les axes de collaboration autour de cette stratégie dans la convention tripartite (réfèrent universitaire ERASMUS, HCERES...)</p> <p>Prioriser les orientations stratégiques en regard des contraintes budgétaires</p> <p>Impulser une dynamique pédagogique autour de l'innovation</p>
Opérationnelle	Mettre en œuvre des innovations pédagogiques et des actions partenariales autour de la recherche avec l'Université	<p>Proposer des ateliers de simulation en interprofessionnalité, des serious game...</p> <p>Développer les outils numériques à l'IFSI</p> <p>Créer des projets avec l'Université type Pharmacup</p> <p>Transformer les préparations d'entrée en IFSI existantes en Diplôme Universitaire</p> <p>Intégrer les articles scientifiques dans l'ensemble des UE pour favoriser l'acculturation à la recherche</p>

Exercer un leadership stratégique pour accompagner la transformation

Dimensions	Objectifs	Mise en œuvre
Politique	Anticiper les transformations	<p>Co-construire une politique de mutualisation des ressources et d'harmonisation des contenus avec les universitaires</p> <p>Mettre en place une stratégie pro-active avec l'Université pour rendre effectif le partenariat</p> <p>Contribuer à l'évolution du statut des CSF</p>
Stratégique	Mettre en œuvre une stratégie de communication pour impulser une dynamique coopérative avec l'Université	<p>Identifier le profil des différents acteurs parties prenantes dans le partenariat</p> <p>Mettre en place un dialogue avec le Doyen de la Faculté de santé</p> <p>Communiquer sur les avancées du dispositif et des réformes en interne et en externe</p> <p>Fédérer les IFSI du GHT</p>
Opérationnel	Etre pro-actif dans la transformation de notre fonction	<p>Etre un metteur en lien à un niveau macro entre formations et Université en protégeant les volontés des deux parties</p> <p>Etre titulaire d'un diplôme universitaire de niveau 1</p> <p>Réinterroger le rôle de l'EHESP dans la dynamique de formation des DS</p> <p>Devenir un véritable passeur de frontières</p>

NOURRY

Sophie

Décembre 2018

Directeur des Soins

Promotion 2018

La dynamique partenariale Université / Directeur des Soins : un enjeu pour la professionnalisation des étudiants

Résumé :

Depuis presque 10 ans, la réforme de la formation infirmière est en marche pour répondre aux évolutions des besoins en santé de la population et à une reconfiguration de notre système de soins. Malgré des études qui ont montré les bénéfices d'une élévation du niveau de compétences des professionnels sur la qualité des soins, le processus d'universitarisation des formations paramédicales n'est pas encore achevé à ce jour, avec une visée professionnalisante de l'Université qui n'est pas encore totalement démontrée.

Dans ce contexte, la dynamique partenariale entre l'Université et les IFSI apparaît être un levier à la fois pour achever l'intégration à l'Université de la formation infirmière et pour contribuer à la professionnalisation des étudiants infirmiers. Elle dépend cependant des personnes et des territoires. Deux profils de dynamique partenariale semblent se dégager de notre étude. Le modèle avec un cadre d'actions très structuré sous forme d'un département universitaire où les interactions sont de qualité et la stratégie de formation formalisée et co-construite par les acteurs du partenariat constituerait une réelle plus-value pour les étudiants alors que le second plus pyramidal et moins formalisé favoriserait un renforcement du partenariat non pas avec l'Université mais avec les terrains de stage.

Avec l'accélération récente des réformes, le Directeur des Soins en institut s'avère donc un acteur incontournable dans l'accompagnement des transformations en cours et à venir et dans l'impulsion d'une dynamique coopérative avec l'Université. Il doit devenir un véritable passeur de frontières doté d'un leadership stratégique pour favoriser l'acculturation réciproque des cadres de santé formateurs et des universitaires mais aussi pour intégrer l'ensemble des professionnels de santé dans le développement d'une véritable politique triangulée de professionnalisation des étudiants infirmiers.

Mots clés :

Universitarisation, Professionnalisation, Dynamique partenariale, Etudiants infirmiers, Directeur des soins, Formation infirmière

L'Ecole 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.