



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur des soins

Promotion : **2007**

Date du Jury : **Septembre 2007**

**Partenariat entre directeurs des soins
gestion et formation : vers une
formation professionnalisante des
étudiants en soins infirmiers.**

Christine BOUSSOUAK

Remerciements

Remerciements,

A Anne ROGINSKI et Gonzalo ALVAREZ,

Responsable et animateur de l'atelier mémoire, pour leur disponibilité et leurs conseils avisés qui nous ont permis de cheminer tout au long de notre réflexion,

A Claudie GAUTIER et Eric LEGRAND,

Avec leur regard averti sur les différentes phases d'avancement de notre recherche par la lecture du projet de mémoire et de la note d'étape,

Aux professionnels,

Qui ont accepté d'être interviewés, de façon bienveillante et spontanée, et nous ont permis d'étayer et d'enrichir notre recherche,

A deux amis, compagnons de route,

Qui par leur présence, leur authenticité et leurs rires,
M'ont aidée et soutenue dans ce travail,

A mon amie Lydie,

Pour sa patience, sa compréhension, et les moments agréables de détente partagés.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 Eléments de réflexion basés sur l’alternance, et la nécessité d’un projet partagé entre l’hôpital et l’institut de formation	5
1.1 Qu’est ce que l’alternance ?	5
1.1.1 Définition	5
1.1.2 Les différents types d’alternance	6
1.1.3 Les intentions pédagogiques du stage en entreprise.....	8
1.1.4 Les logiques du centre de formation et de l’entreprise.....	8
1.1.5 L’alternance pour les professionnels paramédicaux en formation	9
1.2 Le projet comme élément structurant et fédérateur	14
1.2.1 Le projet : définition	14
1.2.2 Le projet d’établissement.....	15
1.2.3 Le projet de soins	15
1.2.4 Le projet d’école	16
1.2.5 Le projet pédagogique.....	17
1.2.6 Le projet professionnel de l’étudiant : la construction de l’identité professionnelle	17
1.3 Le partenariat : lien incontournable pour une formation professionnalisante	19
1.3.1 La notion de partenariat	19
1.3.2 Les différents niveaux du partenariat.....	20
1.3.3 La complexité des liens	21
1.3.4 Le partenariat : clé de voûte d’une alternance professionnalisante.....	22
1.3.5 La professionnalisation.....	22
2 L’enquête : une méthodologie adaptée pour définir la recherche, exploiter les données, développer l’analyse et la synthèse.....	25
2.1 La phase exploratoire	25
2.1.1 La recherche documentaire	25
2.1.2 La pré enquête sur le terrain	25
2.2 La définition de la recherche	26

2.2.1	La présentation des établissements et la justification des choix	26
2.2.2	La présentation des acteurs interviewés	26
2.3	La méthode d'investigation.....	27
2.3.1	Le choix des méthodes	27
2.3.2	Les modalités des entretiens	28
	? Le guide d'entretien	28
	? L'entretien test	28
	? La présentation des entretiens	28
2.3.3	Les limites de la méthode d'investigation	29
2.4	La méthode d'exploitation des données.....	29
2.4.1	La synthèse et l'analyse des entretiens	29
2.4.2	La synthèse et l'analyse de contenu des projets de soins et projets pédagogiques	30
2.4.3	L'analyse comparative entre les deux méthodes	30
2.5	L'analyse et la synthèse des entretiens et des projets.....	30
2.5.1	Hypothèse 1 :L'organisation des stages dans la formation en alternance : un levier pour un véritable partenariat entre DSG et DSF.	30
2.5.2	Hypothèse 2: Des écarts entre pratique professée et pratique exercée : un nécessaire partenariat entre le lieu d'apprentissage et le lieu de formation.	33
2.5.3	Hypothèse 3 : Des projets et travaux communs entre l'hôpital et l'IFSI favorisent le partenariat entre les DSG et les DSF.....	37
2.5.4	Hypothèse 4 : La qualité des relations inter personnelles entre les DSG et DSF est déterminante dans le partenariat.....	40
2.6	L'analyse globale des résultats	43
3	Les perspectives et les propositions d'actions	45
3.1	Le développement d'un réel partenariat.....	45
3.1.1	La communication.....	45
3.1.2	La négociation et la mise en place d'une organisation structurant l'alternance...	46
3.1.3	La formation à l'ENSP.....	47
3.2	Une formation en alternance de qualité.....	48
3.2.1	L'alternance et l'encadrement des étudiants.....	48
3.2.2	La prise en compte des retours d'expérience	49
3.2.3	La place du DSG dans la conception d'une formation en alternance professionnalisante.....	49
3.3	La mobilisation des partenaires autour d'un projet fédérateur.....	50

3.3.1	Un projet négocié, fondé sur des valeurs	50
3.3.2	La construction d'outils au service du partenariat	50
3.3.3	L'articulation entre projet de soins et projet pédagogique	52
3.4	La place du DSG et du DSF dans la formation professionnalisante de l'étudiant.....	53
Conclusion.....		55
Bibliographie		57
Liste des annexes		I
Annexe 1: grille d'entretien DS, CSS, CS		
Annexe 2: grille d'entretien DRH		
Annexe 3: grille d'entretien IDE		
Annexe 4: procédure d'encadrement des stagiaires		
Annexe 5: livret d'accueil pour les stagiaires IDE-AS		
Annexe 6: répertoire des lieux de stage		

Liste des sigles utilisés

CFA :	Centre de formation pour adultes
CGS :	Coordonnateur général des soins
CSIRMT :	Commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique
DPAS :	Diplôme professionnel d'aide-soignant
DRASS :	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DRH :	Directeur des ressources humaines
DS :	Directeur des soins
DSF :	Directeur des soins formation
DSG :	Directeur des soins gestion
ENSP :	Ecole nationale de santé publique
IDE :	Infirmier(e) diplômé(e) d'Etat
IFSI :	Institut de formation en soins infirmiers
LMD :	Licence master doctorat
SROS :	Schéma régional de l'organisation sanitaire
T2A :	Tarifcation à l'activité
VAE :	Validation des acquis et de l'expérience

INTRODUCTION

Contextuellement, l'évolution technologique et socioculturelle, la complexité des organisations et la variabilité des situations amènent le monde de l'entreprise à s'adapter pour répondre non seulement avec efficacité mais aussi avec efficience aux exigences de ce nouveau contexte.

Le système hospitalier n'échappe pas à cette dynamique. Que cela soit dû aux progrès scientifiques, aux nouvelles questions éthiques soulevées par ces bouleversements, à la survenue de drames sanitaires ou encore à la maîtrise des coûts de la santé et aux réajustements législatifs pour y parvenir, force est de constater que les structures de soins et de formations professionnelles en santé sont en pleine mutation.

Le cadre législatif¹ relatif à la nouvelle gouvernance impose aux établissements de soins depuis le 1^{er} janvier 2007, de se réorganiser en pôles d'activités, entités économiques dotées d'une délégation de gestion de la part du Directeur d'établissement. Ce cadre met en place la contractualisation entre la coordination du pôle et la direction générale de l'établissement. Il vise, par ailleurs, à ajuster au mieux les ressources et les moyens disponibles aux besoins de santé de la population et à rendre plus réactives les structures de soins à l'évolution de la demande des usagers. Les modes de financement des établissements de santé se modifient progressivement avec la mise en place de la tarification à l'activité (T2A). Les prises en charge des patients évoluent avec le développement des alternatives à l'hospitalisation et des réseaux. La version 2 du manuel d'accréditation des établissements de soins s'applique, maintenant, à l'évaluation des pratiques professionnelles transformant ainsi la procédure d'accréditation en procédure de certification. La gestion des risques et la recherche de l'amélioration continue de la qualité deviennent une préoccupation constante de tous les acteurs du système de soins.

D'autre part, la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales transfère à la région les compétences de l'Etat en matière de gestion de la formation professionnelle. Ce transfert de compétences donne au président du conseil régional le pouvoir de prononcer l'agrément du directeur de l'institut de formation en soins

¹ Ordonnance n°2005-406 du 02 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé,

Décret n°2005-421 portant diverses dispositions relatives au fonctionnement des établissements de santé et modifiant le code de la santé publique.

infirmiers (IFSI), mais la détermination des quotas et l'accès en formation reste de la compétence de l'Etat donc de ses services déconcentrés et, dans ce cas, la DRASS.

Son objectif est d'ajuster le système de formation professionnelle à la demande et aux besoins régionaux en matière de personnel qualifié. Le budget des IFSI est maintenant financé et géré par la région. L'universitarisation de la formation des professions de santé s'organise avec l'obligation européenne de mise en place du système de reconnaissance des diplômes : licence, master, doctorat (LMD).

Parallèlement, la validation des acquis de l'expérience (VAE) devient la quatrième voie d'accès aux diplômes après les voies scolaires et universitaires, l'apprentissage et la formation professionnelle continue. Elle concerne aujourd'hui le diplôme professionnel d'aide-soignant (DPAS).

Toutes ces transformations sont sources de nombreux changements dans les pratiques des soignants et nécessitent un accompagnement de la part des dirigeants.

Pour les futurs professionnels en soins infirmiers, l'enjeu est de leur apporter une formation professionnalisante qui leur donne les capacités de s'intégrer rapidement dans les établissements de soins par la formation en alternance.

La professionnalisation est un processus qui présuppose l'acquisition de savoirs et l'utilisation efficiente de ces savoirs et qui s'inscrit dans un projet. C'est une dynamique, une transformation en interaction avec l'environnement social. La professionnalisation est ce difficile parcours sans cesse inachevé qui tend vers l'excellence de l'exercice d'une profession.

Patricia BENNER² distingue cinq étapes dans l'apprentissage professionnel sur le lieu de travail : l'étape de noviciat, celle de débutant, celle de compétences à proprement parler, celle de performance, et enfin celle d'expertise. C'est l'expérience au lieu de travail qui permet de définir ces cinq étapes, notamment dans les différentes façons d'être plus ou moins efficace dans la pratique professionnelle.

La professionnalisation est une transformation empirique du sujet tout au long de sa vie professionnelle. Pour l'étudiant en soins infirmiers, elle commence dès son entrée en IFSI.

La formation en alternance, constituée par 50% de temps à l'école et 50% de temps en stages, implique communément les cadres de santé des structures de soins et les cadres formateurs des instituts de formation et engage la responsabilité conjointe des

² P BENNER, « Du novice à l'expert, excellence en soins infirmiers », Inter-Editions, 1995.

établissements de santé et de formation. La place des directeurs des soins est prépondérante dans ce dispositif.

Le thème de ce travail est lié à notre future prise de poste de directeur des soins dans un établissement public de santé et s'inscrit dans la continuité d'un parcours professionnel en gestion.

Nous envisageons d'exercer notre fonction de directeur des soins au sein d'un hôpital public et de travailler en complémentarité avec mes collègues directeurs des soins en IFSI. C'est pourquoi nous nous intéressons aux relations entre les directeurs des soins gestion (DSG) et les directeurs des soins formation (DSF). Car, bien que nos secteurs d'activités soient différents, notre finalité reste identique : la qualité des soins.

Notre expérience professionnelle, les éléments de ce contexte et une recherche documentaire, complétée par des entretiens préliminaires auprès d'acteurs impliqués, nous amènent à dresser les constats de départ suivants :

- **L'accueil et l'encadrement en stage des étudiants en soins infirmiers est peu ou pas formalisé et dépend de la volonté des acteurs.** L'hétérogénéité de l'encadrement ne permet pas toujours à l'étudiant de bénéficier d'un tutorat. Pourtant, de la qualité de ces deux critères dépend le bon déroulement du stage, l'acquisition de nouvelles connaissances, le développement de compétences et l'implication de l'étudiant. Ils revêtent une importance majeure et impactent sur le projet professionnel du futur soignant.
- **Un écart est observé entre la pratique professée et la pratique exercée.** Cet écart, bien que nécessaire à la construction du projet professionnel de l'étudiant et à la remise en question de l'idéal qu'il s'était construit, mérite pour autant réflexion car les logiques d'apprentissage de l'IFSI et de l'établissement de soins sont contradictoires.
- **Les projets de soins et les projets pédagogiques sont le plus souvent élaborés de façon distincte,** sans concertation préalable approfondie entre les DSG et les DSF. Il n'existe pas ou peu d'articulation entre les projets. Les projets communs entre l'hôpital et l'IFSI qui y est adossé sont encore rares, voire exceptionnels.
- **La collaboration entre le directeur des soins gestion et le directeur des soins formation est souvent peu formalisée.** Elle repose sur la volonté individuelle de ses acteurs et se manifeste essentiellement dans l'organisation des stages. Le développement d'un partenariat entre le lieu de formation et le lieu d'apprentissage reste encore difficile.

Face à ces constats, la problématique d'une formation professionnalisante pour l'étudiant en soins infirmiers se pose car elle associe l'enseignement professionnel dispensé dans les instituts de formation à l'acquisition d'un savoir faire développé sur les terrains de stage en lien avec l'enseignement reçu. La formation en alternance dispensée aux

étudiants en soins infirmiers peut être un levier d'action pour optimiser la collaboration entre le directeur de soins gestion (DSG) et le directeur de soins formation (DSF) et contribuer, ainsi, à la formation de professionnels compétents.

Ceci suppose un partenariat efficace entre la direction des soins et la direction de l'institut de formation en soins infirmiers (IFSI) afin que ces deux décideurs oeuvrent dans le même sens.

De par leur position et leur rôle institutionnel au sein de la structure de soins et de formation, de leur possible mobilité fonctionnelle entre la gestion et la formation telle que le prévoit le décret 2002-550 du 19 avril 2002 qui régit leur statut, les directeurs des soins ont une place essentielle et un rôle à jouer dans les évolutions en cours. Ils sont responsables de l'organisation, de la qualité des soins et de la formation des personnels paramédicaux et impulsent ces changements dans les politiques de soins qu'ils élaborent.

Ces constats nous conduisent à formuler la question de départ suivante :

En quoi le développement d'un projet commun, dans le cadre d'un partenariat entre la direction des soins et la direction de l'institut de formation, peut-il contribuer à une formation professionnalisante de l'étudiant en soins infirmiers ?

Cette question nous amène à formuler quatre hypothèses :

- Dans le cadre du dispositif de formation en alternance, les DSG et DSF ont un rôle important dans l'organisation des stages qui peut représenter un levier pour un véritable partenariat.
- Les écarts entre pratique professée et pratique exercée sont observés et nécessitent un indispensable partenariat entre le lieu d'apprentissage et le lieu de formation.
- Des projets et travaux communs entre l'hôpital et l'IFSI sont encore insuffisants pour parler de véritable partenariat.
- Les relations inter personnelles entre les deux DS jouent un rôle fondamental dans le partenariat.

Ce travail sera constitué de trois parties :

Il portera, en première intention, sur les éléments de réflexion basés sur la formation en alternance, la notion de projet et le partenariat. Une deuxième partie traitera de la méthodologie retenue pour la phase d'investigation et d'exploitation des données, de la synthèse et de l'analyse des résultats de l'enquête menée sur le terrain. Les perspectives et propositions d'actions en lien avec la formulation des hypothèses constitueront le troisième volet de ce mémoire.

1 Éléments de réflexion basés sur l'alternance, et la nécessité d'un projet partagé entre l'hôpital et l'institut de formation

Associé au stage, le terme « alternance » fait l'objet d'une description littéraire abondante qui laisse entrevoir une perception complexe et encore floue de ce concept.

Le Petit Robert³ définit l'alternance comme étant « *une succession répétée, dans l'espace ou dans le temps, qui fait réapparaître tour à tour, dans un ordre régulier, les éléments d'une série.* »

L'alternance est un véritable moyen d'apprentissage car elle offre la possibilité à l'apprenant d'occuper une place centrale. Dans cette juxtaposition de fréquences théoriques et professionnelles, elle lui permet de mettre son savoir au profit de son savoir faire et inversement. L'alternance est au service de la construction des compétences professionnelles.

1.1 Qu'est ce que l'alternance ?

La notion d'alternance est complexe et nécessite de se référer à plusieurs auteurs afin d'en apporter un éclairage, une typologie et de préciser son articulation entre l'hôpital et l'institut de formation.

1.1.1 Définition

RAYNAL et RIEUNIER⁴ définissent l'alternance comme « *dispositif de planification de la formation basé sur un principe d'interaction entre des situations de formation et des situations de production* ».

Le sens pédagogique de l'alternance diffère en fonction de l'articulation, situation de formation et situation de travail. L'alternance est la réponse pédagogique la mieux adaptée à la formation initiale des infirmiers. Les interrelations entre les professionnels qui gravitent autour de l'étudiant, sur les lieux de stage et à l'IFSI, majorent les moyens mis à la disposition du développement des connaissances, des capacités et des compétences. Ceci nous amène à définir les différents modèles d'alternance.

³ Dictionnaire Petit Robert, 1970, page 48.

⁴ F.RAYNAL, A RIEUNIER, « Pédagogie, dictionnaire des concepts clés », ESF éditeur, Paris, 2003, page 267.

1.1.2 Les différents types d'alternance

TILMAN et DELVAUX⁵ distinguent quatre formes d'alternance.

- **L'alternance fusion** : un seul organisme assure la formation dans une activité productive, les apprentissages dépendent de ce qui se vit dans le travail productif ; les situations de formation et les situations de production ont lieu sur le même site, nous citerons pour exemple l'apprentissage sur le tas, les classes entreprise.
- **L'alternance juxtaposition** : les situations de formation et les situations productives coexistent sans lien entre elles, les problèmes rencontrés en situation professionnelle n'ont pas d'écho en situation de formation ; il y a partage de temps productif en entreprise et temps d'apprentissage en centre de formation (français, mathématiques...), exemple formation en CFA.
- **L'alternance complémentarité** : les tâches d'apprentissage sont réparties entre le lieu de production et le centre de formation avec pour objectif commun la maîtrise d'une profession définie, le lien est institutionnel ; le stage en entreprise en est un exemple.
- **L'alternance articulation** : c'est un dispositif d'alternance intégrative dans lequel le lieu de formation et l'entreprise concourent ensemble à l'acquisition de compétences requises pour exercer un métier ; les apprentissages théoriques et pratiques peuvent s'effectuer dans l'entreprise et/ou dans le lieu de formation, les expériences faites en situations de production sont examinées en situation de formation et inversement, le lien est structurel ; on peut se référer aux maisons familiales rurales.

HOUSSAYE⁶, lui, différencie trois formes d'alternance dans lesquelles il précise les fondements pédagogiques.

- **L'alternance juxtaposition** : dans ce cadre, il estime que les stages sont souvent destinés à faire prendre conscience du milieu professionnel et ne font pas l'objet d'une exploitation véritable ou alors que l'exploitation se fait à part dans l'école. La pratique est une discipline à côté des autres. Le transfert espéré est un transfert de motivation, l'intérêt éprouvé au contact du terrain pouvant se reporter sur les études.

Dans la juxtaposition, le questionnement des formés n'est pas le point de départ de la dynamique d'enseignement. Les objectifs de cette forme d'alternance sont de motiver pour les études, de dépasser les appréhensions professionnelles et de réassurer sur les capacités professionnelles. La pratique est considérée comme un lieu d'essai, d'application mais pas d'apprentissage.

⁵ F.TILMAN, E.DELVAUX, Manuel de la formation en alternance, Editions Chronique Sociale, 2002, 174 pages.

⁶ J.HOUSSAYE, « L'alternance, se former plus », Pratiques et apprentissage de l'Education, Octobre 1991.

- **L'alternance exploitation** : dans cette formule, la recherche d'introduction d'un minimum de réalité professionnelle dans la formation est pressentie. Il est essayé d'utiliser l'expérience professionnelle dans le processus d'apprentissage et de modifier le rapport traditionnel enseignant enseigné en une relation d'accompagnement. Il y a un va et vient entre les lieux et les savoirs. L'étudiant se sent acteur de sa formation car les apports, les recherches et les observations répondent à des besoins ressentis dans l'articulation entre les domaines. Les objectifs de l'alternance exploitation sont d'exprimer les connaissances, d'analyser les expériences et de valoriser les différents moments.
- **L'alternance production** : ici, travailler et se former se présentent comme une seule et même activité. Toutes les occasions sont saisies pour relier pratique et théorie, action et recherche, passage à l'acte et mise en mots. L'apprentissage est réalisé dans et par l'activité. La mise en œuvre permet l'élaboration et la reconstruction des savoirs. Dans la pédagogie du travail, le lieu de formation est avant tout le lieu de production. C'est en pratiquant les choses qu'on les apprend. C'est sur cette base que vont pouvoir s'élaborer les savoirs scientifiques liés à la pratique de la production et à la connaissance de la société.

Selon HOUSSAYE⁷ la plupart des pratiques d'alternance actuelles relèvent de l'alternance juxtaposition sur le plan de la pratique et de l'alternance exploitation sur le plan du discours. MATHY-PIERRE⁸ parle d'« alternance déductive » si la situation de travail est le lieu d'application de la formation, certains appellent cette forme d'alternance « fausse alternance ».

Dans le cas où les contenus de formation prennent appui sur l'expérience acquise en entreprise, elle parle d'« alternance inductive ». Pour elle, la « véritable alternance » articule souvent l'alternance inductive et déductive en coordonnant les apprentissages réalisés en situation professionnelle et ceux effectués en situation de formation.

Nous pouvons ajouter à cela, que la prise en compte des acquisitions d'expérience et des connaissances, des modes et des rythmes individuels d'apprentissage ainsi que l'autoformation sont en relation étroite avec l'alternance.

D'où l'importance de repérer les éléments pédagogiques apportés par une immersion en entreprise.

⁷ J.HOUSSAYE, « L'alternance, se former plus », Pratiques et apprentissage de l'Education, Octobre 1991.

⁸ MATHY-PIERRE, 1998.

1.1.3 Les intentions pédagogiques du stage en entreprise

TILMAN et DELVAUX⁹ répertorient quatre intentions pédagogiques dans le stage en entreprise.

L'observation : l'étudiant a pour mission de découvrir les caractéristiques du métier, l'organisation du travail, les différentes relations professionnelles, les équipements et matériels utilisés.

La socialisation : au travers de l'activité productive et l'apprentissage du métier, l'apprenant développe des capacités à conserver des relations sociales et accepter des normes de vie collective et professionnelle.

La qualification : l'apprenant a pour objectif d'acquérir les bases du métier.

Le perfectionnement : le stage permet aux personnes ayant un bagage professionnel, de rechercher ce qui n'a pu être apporté par le centre de formation, comme apprendre à traiter des situations complexes.

L'intention pédagogique permet de trouver la forme d'alternance qui convient le mieux. Dans le cas où la forme d'alternance est imposée, il reste à chercher comment atteindre les buts visés ainsi que les moyens complémentaires à mettre en œuvre pour faire acquérir les apprentissages. Car, dans le cadre de la formation en soins infirmiers, la conception de l'alternance est légitimée¹⁰ et constitue la condition sine qua non de la naissance de compétences chez le futur professionnel. Elle nécessite de prendre en compte les différentes logiques formative et empirique.

1.1.4 Les logiques du centre de formation et de l'entreprise

Chacune de ces deux parties fonctionne avec des logiques d'apprentissage antagonistes. Pour l'entreprise, l'apprentissage est une activité subordonnée à la finalité première qui est la *production*. Pour le centre de formation, la finalité est de mettre en place un *dispositif d'apprentissage* afin d'assurer la formation des étudiants.

⁹ F.TILMAN, E.DELVAUX, Manuel de la formation en alternance, Editions Chronique Sociale, 2002, 174 pages.

¹⁰ Le décret du 23 mars 1992 relatif à la formation en soins infirmiers et ses additifs.

L'ordonnance de 1996 relative à l'évaluation des pratiques.

L'arrêté du 6 septembre 2001 relatif à l'évaluation des connaissances et des aptitudes acquises au cours des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier.

Le décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties 4 et 5 du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code, comportant des actes, règles et déontologie professionnels.

Nous pouvons nous rendre compte que dans ce cadre, les contenus d'apprentissage seront différents dans les deux lieux et que la place accordée à la théorie ne sera pas identique. En général, les formateurs conçoivent la théorie dans une entité fermée et complète, les applications pratiques découlent des principes théoriques. En entreprise, les savoirs théoriques n'ont d'intérêt et de sens, que s'ils sont utiles pour agir et seront mobilisés selon les besoins de l'action. On assiste à un conflit symbolique entre producteurs/tuteurs et formateurs sur le lien entre théorie et pratique. Les tuteurs pensent que formaliser explicitement est inutile et la trop grande formalisation du savoir-faire porte le risque de banalisation de leurs compétences. Ils estiment souvent que seules les situations concrètes et l'expérience des anciens peuvent former.

Les formateurs ont une idée opposée, pour eux la véritable maîtrise professionnelle n'existe que si elle est formalisée explicitement et implique la métacognition. Ils recherchent la verbalisation du vécu du stagiaire et celle des apprentissages réalisés. L'objet d'apprentissage devient lui même un point de désaccord, le tuteur initie le stagiaire à un travail précis dans une entreprise donnée, alors que le formateur utilise l'entreprise pour former le futur professionnel dans un champ plus large. TILMAN et DELVAUX¹¹ relèvent des antagonismes dans le monde de l'entreprise à propos de l'apprentissage.

Certains souhaitent une formation amenant le futur professionnel à être directement opérationnel à la sortie du centre de formation et d'autres veulent des professionnels polyvalents, capables d'être mobiles et adaptables à divers postes. Nous pouvons le constater avec la formation initiale infirmière, en ce qui concerne les établissements de soins spécialisés et les établissements de soins ayant à gérer les ressources humaines de multiples secteurs et nécessitant un personnel infirmier mobile et adaptable.

1.1.5 L'alternance pour les professionnels paramédicaux en formation

Les stages constituent l'élément central de cette alternance.

Le stage, du latin « stagium », est historiquement un lieu d'enjeux entre le système de formation et le système de production.

A) Les stages dans le programme de formation initiale des IDE

Les stages sont envisagés comme un temps privilégié de la pratique professionnelle. Ils s'effectuent en milieu hospitalier et en secteur extrahospitalier, dans des structures bénéficiant d'un encadrement adapté.

¹¹ F.TILMAN, E.DELVAUX, Manuel de la formation en alternance, Editions Chronique Sociale, 2002, 174 pages.

Le programme prévoit que l'enseignement clinique doit être assuré par du personnel diplômé qui prépare progressivement les étudiants aux responsabilités qu'impliquent les soins infirmiers. Deux stages de santé publique sont prévus au cours des trois années de formation. Lorsque le terrain ne comporte pas de personnel infirmier, l'étudiant peut être encadré par du personnel non infirmier.

L'organisation des stages relève des compétences de l'IFSI en collaboration avec les responsables des différentes structures d'accueil.

Les objectifs de ces stages sont définis par les équipes enseignantes des IFSI en liaison avec les personnes responsables de l'encadrement des étudiants sur le lieu de stage.

La durée hebdomadaire du stage est de trente cinq heures par semaine.

Le programme prévoit que tous les étudiants doivent effectuer des stages en rapport avec le contenu de l'enseignement théorique parallèlement suivi.

Répartition des stages cliniques dans le programme

DISCIPLINES	SEMAINES	HEURES
MEDECINE	8	280
CHIRURGIE	8	280
SANTE MENTALE ou PSYCHIATRIE	8	280
PEDIATRIE ou PEDO- PSYCHIATRIE	4	140
SANTE PUBLIQUE	8	280
GERIATIE ou GERONTO- PSYCHIATRIE	8	280
REANIMATION- URGENCES-SOINS INTENSIFS-BLOC OPERATOIRE	4	140
TOTAL	48	1680

Au cours des stages, deux semaines de nuit au minimum sont effectuées en 2^{ème} ou 3^{ème} année.

- Vingt semaines (700 heures) de formation clinique sont laissées à l'appréciation de l'équipe pédagogique en sachant que huit à douze semaines représentent la durée du stage pré professionnel en troisième année. Ce stage doit être effectué avant celui où l'étudiant est présenté aux épreuves de mise en situation professionnelle du diplôme d'état.

- Au total, la **formation clinique** des étudiants infirmiers représente soixante huit semaines de stages soit **2380 heures**.

- Chaque année de formation doit comporter au minimum douze semaines de stages, soit **420 heures**.

Les **enseignements théoriques** des modules obligatoires et optionnels représentent eux, une durée de soixante quatre semaines soit **2240 heures**. Le temps de **suivi pédagogique** est de quatre semaines soit **140 heures** réparties au cours des trois années de formation.

Chaque IFSI construit son plan de formation en regard de ces prescriptions et des possibilités qu'offre la réalité du terrain. Des variabilités peuvent donc être observées dans l'organisation des stages des différents IFSI.

B) Le stage dans la formation

La découverte du monde du travail permet l'évolution personnelle de l'étudiant, mais représente aussi une confrontation au réel quelquefois difficile et une remise en question de l'idéal qu'il s'était construit. L'apprentissage du métier amène l'étudiant à faire évoluer ses représentations. Au fur et à mesure des expériences, le projet professionnel va se modeler en tenant compte des contraintes, des normes et de la réalité de la profession. L'étudiant va acquérir des compétences en apprenant par son travail et, au delà de l'apprentissage pratique, les apprentissages contextualisés vont favoriser l'intégration de savoirs variés et en cela développer une certaine autonomie dans la formation ainsi qu'un positionnement en tant que personne.

L'identité professionnelle de l'apprenant se construira sur l'intégration de valeurs, de capacités, de compétences ainsi que sur la confrontation à la réalité professionnelle à partir des rencontres et des expériences. Le stage donne un sens à l'exercice professionnel par la confrontation de l'étudiant à ses futures responsabilités. Il permet de rencontrer des professionnels avec des conceptions et des méthodes différentes. Il ne représente pas seulement la possibilité d'effectuer des actes techniques, mais aussi et surtout de faire naître une compétence réalisable qu'en situation. Ces approches permettent à l'étudiant de comparer, de s'interroger et de réfléchir.

Les stages vont permettent de développer un sentiment d'appartenance, une identité professionnelle à travers les valeurs et les savoirs.

Enfin, l'immersion dans une équipe et les contraintes avec lesquelles elle travaille, mettent à l'épreuve les capacités d'adaptation essentielles à la professionnalité.

C) L'apprentissage en stage

Souvent, l'enseignement est perçu de manière traditionnelle par un grand nombre de partenaires. Le service de soins compte sur l'apprentissage de base à l'IFSI et il est demandé à l'étudiant d'appliquer ce qui est appris à l'école. L'alternance repose sur une interaction entre deux temps de formation et on peut soit :

- Théoriser à partir du vécu, d'une pratique
- Théoriser et appliquer ensuite.

En réalité, le va et vient est permanent entre les deux lieux de formation : la théorie peut venir avant ou après en fonction des différentes expériences faites par les étudiants.

Ce qui nous paraît important, c'est de tirer parti des apports des étudiants, d'induire leur réflexion, de susciter leur questionnement et de les amener à réfléchir sur les situations. Les savoirs construits dans la pratique en stage naîtront de l'observation et de la production d'actes.

Il est important de comprendre que la reproduction d'un geste ne démontre en aucun cas que l'étudiant en a compris le sens. L'apprentissage sera effectif, s'il est accompagné d'un questionnement, de conseils, d'échanges afin que l'étudiant puisse développer sa propre façon de faire à partir des principes fondamentaux. Pour que le stage soit réellement un lieu de formation, l'étudiant ne doit pas se trouver happé dans un travail de production sans formation, c'est à dire qu'il doit apprendre en produisant mais il ne doit pas produire sans apprendre.

En ce sens, l'étudiant ne peut se retrouver en situation d'apprentissage s'il est intégré à un poste de travail, considéré comme productif en venant compléter une équipe en sous-effectif ou en répondant à une charge de travail trop élevée. Ceci se traduit par un apprentissage non effectif non encadré et non réajusté et des conséquences au regard de la sécurité du patient.

Apprendre en produisant, c'est l'objectif du stage, a contrario, produire à la place d'apprendre, c'est une déviance du stage.

Le stagiaire se trouve dans deux logiques différentes, celle de la production et celle de la formation. La formation en alternance implique une approche constructiviste du développement des compétences où l'apprenant est actif. Dans un tel cadre, les différents intervenants jouent un rôle de médiation et reconnaissent à l'apprenant la capacité de prendre en charge son propre cheminement de formation. L'expérience du formé est à prendre en compte dans l'apprentissage et doit s'articuler avec la formation théorique.

Le projet personnel et professionnel de l'étudiant dépendra des représentations qu'il a de l'avenir, du travail, de la profession, sur ce qu'il établit entre son choix professionnel et l'investissement exigé ainsi que de ses conceptions de l'apprentissage.

Le pouvoir sur sa formation sera favorisé par l'explicitation des représentations et la confrontation de celles-ci entre elles et avec les réalités. En ce sens, il est nécessaire que l'ensemble des partenaires concourent à la formation des apprenants, les aident dans le dépassement de leur rapport au savoir par l'utilisation de processus de transmission cohérents et qu'ils soient facilitateurs dans l'appropriation des apprentissages.

D) Le tutorat

Pour améliorer l'accompagnement des étudiants en soins infirmiers, la mise en place d'un tutorat est nécessaire. En effet, pour comprendre et appréhender les situations de soins dans les services, l'étudiant doit pouvoir bénéficier d'un encadrement rigoureux et réfléchi.

Le manque de connaissance lié à des pré requis limités, au parcours de l'étudiant, ou à son année d'étude, induit souvent un manque de discernement dans la prise en charge du patient. Aussi, faute d'un accompagnement adapté, l'acquisition peut s'avérer difficile et la maîtrise de certains soins infirmiers improbables dans des situations d'urgence souvent pluriquotidiennes.

Cette professionnalisation de l'étudiant doit donc s'effectuer dans des structures bénéficiant d'un encadrement adapté afin de permettre au futur professionnel de réajuster et d'approfondir ses connaissances, de transposer les soins abordés en travaux pratiques ou en cours, et de réfléchir sur de nouvelles organisations de soins. Le tutorat vise à faire atteindre des compétences professionnelles à l'étudiant.

D'après VILLENEUVE¹², « *le tutorat est un processus continu d'échanges qui permettent l'élaboration d'une analyse réflexive sur un objet de travail. Il contribue au développement de la compétence professionnelle dans le contexte organisationnel* ».

Ainsi, le tutorat est une activité planifiée qui permet d'établir une continuité dans l'acquisition des savoirs, en termes de connaissances, d'habiletés, d'attitudes et de valeurs.

Un partenariat entre l'institut de formation et les structures accueillant les stagiaires devrait être initié autour d'un projet commun visant la mise en place d'une démarche de tutorat afin de favoriser la professionnalisation de l'étudiant.

¹² L.VILLENEUVE, « L'encadrement du stage supervisé », Montréal Saint Martin, 199 pages.

1.2 Le projet comme élément structurant et fédérateur

Le projet est défini au travers d'une pluralité de lectures qui tentent de préciser ce concept souvent peu épargné par les dérives de son utilisation. En général, lorsque nous ne comprenons pas bien une problématique professionnelle ou lorsque le malaise s'installe dans une institution, nous construisons des projets.

Or, la notion de projet traduit le besoin de progrès et est le fruit d'une démarche de projection. Le projet est source de renouveau et de compétitivité. Il implique généralement plusieurs intervenants et mobilise de l'énergie.

Face à la mouvance actuelle du monde hospitalier, le projet est une réponse incontournable à l'innovation que requiert cette adaptation. La démarche projet s'inscrit désormais dans les pratiques courantes des établissements hospitaliers et des instituts de formation.

1.2.1 Le projet : définition

Le terme projet semble parfois contenir quelque chose de l'ordre de l'utopie, du songe, de l'espoir dans lequel ne seraient pas encore inclus les moyens de son exécution ou de sa réalisation.

« Le projet relève souvent du fantasmatique, de cet espace de liberté qui est donné à l'homme et qui lui permet de gommer le poids des contingences ». Broch Mc, Cross F.

Plus classiquement, le dictionnaire Robert définit le projet comme étant : *« l'image d'une situation, d'un état que l'on pense atteindre ».*

Le Grand Larousse encyclopédique indique : *« ce que l'on se propose de faire, but que l'on veut atteindre ».*

Dans la définition de projet se côtoient deux aspects : celui de l'intention et celui de la programmation des moyens à mettre en œuvre.

Un projet permet de définir clairement une stratégie, il donne du sens et fédère l'ensemble des acteurs autour d'objectifs communs. Le projet est ce qu'on a l'intention de faire dans un avenir plus ou moins lointain, il peut être de nature concrète ou intellectuelle, simple ou complexe ; il peut conduire à une réalisation individuelle ou collective.

Il implique une anticipation de l'objectif à atteindre, une gestion du temps, une confrontation, une négociation permanente entre partenaires pour évaluer sans cesse par rapport au prévu. Ceci implique une régulation continue. Cette notion revêt une importance majeure pour les établissements de santé.

1.2.2 Le projet d'établissement

Le texte fondateur est la loi de 1991¹³ qui modifie considérablement la stratégie de l'hôpital et incite à élaborer un diagnostic partagé, imposant la vision d'une politique globale et prospective de l'établissement au sein de la région. Il est élaboré pour cinq ans.

Il s'inscrit dorénavant dans le cadre du SROS 3⁴ qui prévoit et suscite les évolutions nécessaires de l'offre de soins préventifs, curatifs et palliatifs ainsi que les adaptations et complémentarités, notamment les coopérations possibles entre les établissements de santé.

Le projet médical constitue la pièce maîtresse du projet d'établissement. Il propose des orientations stratégiques pour l'évolution de l'organisation des soins, sur les activités du plateau technique et sur les activités de proximité.

Le projet d'établissement positionne l'institution comme un maillon essentiel du système de santé. Il mobilise les acteurs et développe la lisibilité interne des actions dans le but d'accompagner les changements. Il donne du sens et confère une vision prospective aux professionnels de santé. Il permet de comprendre le présent pour engager l'avenir.

Sa déclinaison au niveau du service de soins infirmiers permet alors une cohérence et une convergence entre la politique d'établissement et les orientations définies dans le projet de soins.

1.2.3 Le projet de soins

Il fait partie intégrante du projet d'établissement. Il décrit la politique de soins qui sera mise en œuvre pour les cinq ans à venir en définissant les grandes orientations nécessaires pour la prise en charge de l'usager. Le projet de soins est un processus dynamique qui prend en compte les problèmes de santé et les ressources de la personne soignée.

Il est rédigé par le directeur des soins gestion et implique pour son élaboration une collaboration multi professionnelle qui devrait intégrer le directeur des soins de l'IFSI.

Il doit être un outil orienté vers l'apprentissage des professionnels et futurs professionnels de santé et la mise en synergie des compétences.

Il doit permettre de clarifier la finalité et les buts que se donne la direction des soins, de construire son identité, d'élaborer son cadre de fonctionnement, de fédérer les acteurs autour d'un même projet, enfin de mettre en cohérence l'ensemble des actions menées par les directeurs des soins de l'établissement et de l'institut de formation. Il doit prendre

¹³ Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

¹⁴ Ordonnance du 4 septembre 2003 SROS de troisième génération

en compte trois dimensions : la dimension éducative en fonction du profil des jeunes accueillis, des métiers et des niveaux de formation auxquels l'établissement prépare, la dimension de l'alternance et du modèle que l'hôpital veut faire vivre et auquel il se réfère, et enfin, la dimension du management propre à développer les compétences individuelles et collectives au sein de l'établissement, le rôle et les missions de chacun dans ce système.

Cette même dynamique de projection se retrouve au niveau des instituts de formation.

1.2.4 Le projet d'école

Il relève de la responsabilité du directeur des soins.

Le projet d'école est encore peu formalisé dans les instituts de formation. Pourtant, dans le cadre de la régionalisation et de la politique d'accréditation et de qualité, il va recouvrer une place prépondérante.

Le projet d'école ne repose pas sur des textes législatifs ou réglementaires. La notion de projet est en lien avec la démarche pédagogique et l'organisation de la formation.

Il prend en compte le potentiel de l'institut et l'analyse de l'environnement. Il est en phase avec les autres projets institutionnels et participe à l'orientation stratégique de l'établissement. Trois éléments fondamentaux déterminent les préalables du projet d'école :

- L'analyse de l'horizon stratégique qui décrit le contexte géographique, celui de l'emploi, l'évolution de l'exercice de la profession d'infirmière et plus largement le rapport au travail.
- Le diagnostic de l'existant qui s'appuie sur l'ensemble du potentiel humain et décrit ce qui se passe à l'intérieur de l'école. Il permet d'avoir une connaissance à la fois groupale et individualisée des étudiants et des formateurs.
- Le directeur des soins en charge de l'institut qui définit son rôle dans la conduite du projet d'école et des projets qui en découlent et, par là même, exprime son propre positionnement de responsable et de décideur.

La construction du projet d'école repose sur sept grands points fondamentaux : les valeurs associées à l'institut, ses fonctions et missions ainsi que ses finalités, les principes pédagogiques, les dispositifs ou moyens pédagogiques ainsi que les instances. L'enseignement en soins infirmiers doit porter les valeurs de référence définies par l'institut de formation.

Le projet d'école, au même titre que le projet d'établissement, doit permettre de déterminer la place de l'IFSI dans son environnement.

1.2.5 Le projet pédagogique

Il vient en complément du projet d'école. Il traduit le programme des études défini par la réglementation et les grands concepts retenus pour la mise en œuvre de la formation. Il nécessite la participation de l'ensemble des cadres formateurs qui le rédigent. Il définit la place de l'étudiant dans le dispositif de formation.

Le projet pédagogique doit permettre à l'étudiant d'exprimer ses intentions, désirs, valeurs dans l'espace-temps de la formation afin de le transposer ensuite dans le futur. Il appartient à l'équipe enseignante d'apporter les moyens et méthodes pour le mettre en place afin de guider le futur professionnel dans sa recherche. Il doit donc proposer à l'étudiant : responsabilisation, choix, créativité dans un objectif d'autonomie, lui permettant d'être acteur de sa formation. Enfin, il doit amener l'étudiant à une meilleure connaissance de lui et de la profession à laquelle il se destine afin de comparer et de mesurer l'écart entre ses valeurs et les valeurs professionnelles.

Le projet pédagogique et le projet de soins ont la même finalité : donner du sens à l'action et apporter une visibilité aux acteurs que sont les étudiants et professionnels de la santé. C'est dans cette même logique que s'inscrit le projet professionnel de l'étudiant.

1.2.6 Le projet professionnel de l'étudiant : la construction de l'identité professionnelle

Selon VASSILEFF¹⁵, « *le projet, c'est l'action de prendre quelque chose en soi et de le jeter devant soi, d'apporter dans la réalité de l'environnement une part plus ou moins large de son désir* ».

Ainsi, la projection consiste à donner du sens à ses actes à partir de ses propres valeurs, de ses propres conceptions.

Pour BONNIOL,¹⁶ « *Le projet professionnel est un processus d'appropriation par le formé de l'ensemble des valeurs et des principes qui régissent la profession à laquelle il se destine* ».

La professionnalisation de l'étudiant passe par sa responsabilisation et sa capacité à prendre en charge sa formation. Cette démarche s'inscrit dans un processus d'auto questionnement et d'auto évaluation qui débute dès sa formation initiale et se poursuit

¹⁵ J.VASSILEFF, « La pédagogie du projet en formation jeunes et adultes », Chronique Sociale, Lyon, 1988.

¹⁶ J.J.BONNIOL, « La passe ou l'impasse, le formateur est un passeur » Cahier en Question n°1, Aix-en-Provence, 1996.

tout au long de sa carrière. Il s'agit pour lui, d'identifier ses valeurs personnelles et de les confronter aux valeurs professionnelles afin qu'il construise « *son soi professionnel* ». ¹⁷

L'étudiant conduit une réflexion sur ses compétences, ses comportements professionnels, ses désirs et intentions, ses choix, ses motivations, ses ressources et ses difficultés.

Il compare sa représentation à celle des autres étudiants, des formateurs, des soignants et des soignés. Il mesure les contradictions, les similitudes, les écarts par rapport à ses représentations.

Le projet comme élément structurant ne peut contribuer à la professionnalisation des étudiants que s'il s'inscrit dans un partenariat entre les acteurs impliqués dans la formation.

Le monde des pratiques soignantes est complexe. Cette réalité dépasse parfois les capacités d'adaptation des étudiants, surtout lorsqu'ils sont confrontés à un univers professionnel très spécialisé durant leur stage. Leur projet professionnel peut alors leur donner l'illusion de contrôler leur angoisse, qui est de ne pas arriver à comprendre cette complexité. Le projet, s'il peut-être considéré comme « filtre de la réalité » peut desservir l'étudiant en transformant la complexité d'une manière qui lui soit plus acceptable mais certainement moins contrôlable. Un dispositif « d'alternance articulation » peut amener l'étudiant à gérer cette complexité.

Le projet professionnel de l'étudiant est l'expression d'une intention personnelle dans la filière infirmière, constamment réajustée au fur et à mesure de sa réflexion et de son expérience personnelle. En ce sens, le projet professionnel est dynamique, modulable, modifiable, individualisé. Il peut être formalisé par un document écrit propre à l'étudiant, dans lequel celui-ci exprime ses intentions d'ordre professionnel, fait régulièrement le point par rapport à ses expériences et ses connaissances, confronte ses valeurs aux valeurs professionnelles, réajuste ses objectifs et précise à nouveau ses intentions.

Dans ce cadre, un suivi pédagogique est mis en place par l'équipe enseignante afin de connaître l'évolution du projet, de constater les progrès et les écarts et de guider l'étudiant pour qu'il arrive en fin de formation à un choix professionnel éclairé.

Le projet professionnel de l'étudiant prend ainsi tout son sens dans le dispositif de la formation en alternance. La notion de partenariat en assure la cohérence.

¹⁷ C. EYMARD-SIMONIAN, « S'entraîner à l'élaboration et à la gestion du projet professionnel », 2^{ème} Edition Masson 1993.

1.3 Le partenariat : lien incontournable pour une formation professionnalisante

Le partenariat est un terme très utilisé aujourd'hui. Il est né empiriquement entre l'idéologie et le désir d'efficacité. Il se trouve d'un point de vue théorique dans une situation inachevée puisque en cours d'élaboration conceptuelle. Il est soutenu par une forte demande sociale incitant les institutions et les acteurs à travailler ensemble. Il apparaît à la fois comme une stratégie de sortie de crise et comme une solution au problème de la prise en compte des différences culturelles, ethniques, sociales qui peuvent menacer l'équilibre des organisations mais qui aspirent à une homogénéisation. Pour être véritablement actif, le partenariat suppose d'abord la reconnaissance de l'autre ou des autres comme pairs.

L'alternance qui constitue le dispositif de formation des étudiants est une interface à construire entre le système de formation et celui du travail. Elle implique un partage de responsabilité et dépend du partenariat dans lequel les actions vont s'inscrire, basé sur la qualité de la réflexion et de la concertation. La notion de partenariat connote une forme de complexité et évoque souvent une dimension horizontale, mutuelle, lorsqu'il s'agit de l'élaboration de projets communs entre les organisations issues de champs variés telles que l'hôpital et l'institut de formation. Cette notion est décrite par différents auteurs.

1.3.1 La notion de partenariat

LANDRY¹⁸ souligne que les partenariats sont distingués selon le type d'acteurs impliqués, selon le champ d'action et selon la nature des relations. Les deux premières distinctions permettent de situer le contexte dans lequel le partenariat se développe. La dernière distinction est la plus intéressante et pour LANDRY, le partenariat de réciprocité suppose une relation d'intégration entre les partenaires organisationnels, la construction de relations formelles, fréquentes, continues, qui permettent une coopération étroite entre les organisations qui collaborent à un projet éducatif commun. Il situe le partenariat dans un « *continuum qui va de l'information mutuelle d'une part, à la fusion d'autre part* ».

Ceci implique une nécessaire entente de départ, l'égalité requise des partenaires pour que l'on puisse parler d'un mode de relation et de collaboration qui relève d'un vrai partenariat.

¹⁸ C.LANDRY, « Conclusion générale et proposition d'un cadre d'analyse du partenariat ». Québec. Presses de l'université du Québec.1994.

Le partenariat résulte là d'une entente réciproque entre les parties, qui, de façon volontaire et égalitaire, partagent un objectif commun et le réalisent en utilisant de façon convergente leurs ressources respectives.

A contrario, ZAY¹⁹ insiste moins sur « l'entente et l'égalité et met en exergue les différences, voire les divergences de valeurs ou d'intérêts entre les partenaires. De ces différences, dépendrait même le potentiel innovateur des collaborations construites ». Ainsi, ce partenariat défini comme action commune négociée, implique d'emblée la reconnaissance d'une division, d'une possible confrontation des parties impliquées, d'une tension dépassée par la construction négociée d'une action commune où chacun conserve ses objectifs propres, tout en acceptant de contribuer à un objectif commun. Dans ce cadre là, il y a donc coopération, mais potentiellement conflictuelle.

CLENET et GERARD²⁰ soulignent que « le partenariat ne suppose pas une unicité de valeurs de départ ». Par conséquent, la créativité pratique et institutionnelle est plus forte et la visée est alors de chercher les démarches qui contribueront à construire le partenariat. C'est en particulier le cas pour les formations en alternance et cela nous amène à décrire les différentes strates du partenariat.

1.3.2 Les différents niveaux du partenariat

L'une des conditions essentielles pour l'établissement du partenariat est que chaque partenaire dispose des pouvoirs et de la marge de manœuvre indispensables et nécessaires pour prendre des décisions en vue de réaliser le projet commun.

Le partenariat ne se décrète pas, il se construit. Dans le cadre de la formation en alternance, il se fonde à trois niveaux par un partage de responsabilité :

- Institutionnel : c'est la contractualisation entre plusieurs organisations telles que les professions représentées par les branches professionnelles et les entreprises.
- Organisationnel : il y a contractualisation entre deux institutions, l'organisme de formation et l'entreprise.
- Opérationnel : la contractualisation est établie entre trois acteurs : l'étudiant, le tuteur et le formateur. Ce niveau implique l'étudiant dans la construction de son projet professionnel.

L'interaction systémique entre ces trois niveaux et entre chacun des acteurs est réelle.

¹⁹ D.ZAY, « Etablissements et partenariat en France ». Québec. Presses de l'université du Québec. 1994.

²⁰ J.CLENET, C.GERARD, « Partenariat et alternance en éducation. Des pratiques à construire ». Paris. L'Harmattan. 1994.

L'action de formation du tuteur et l'action pédagogique du formateur sont étroitement dépendantes du partenariat dans lequel ces actions s'inscrivent. La capacité de l'étudiant à construire son projet professionnel est dépendante du cadre institutionnel et pédagogique dans lequel il se forme.

Nous mesurons là l'impérieuse nécessité du développement d'un partenariat entre le directeur des soins gestion et le directeur des soins formation, notamment dans le cadre des projets de soins et pédagogique.

1.3.3 La complexité des liens

La mise en œuvre du partenariat exige donc une contractualisation qui permette d'identifier les complémentarités entre les différents protagonistes institutionnels.

Pour autant, dans le cadre de l'alternance, la relation est complexe et nécessite d'identifier la demande et les intérêts de chacun.

L'étudiant est le bénéficiaire et doit par conséquent recevoir une formation qui lui permette d'obtenir, parallèlement au diplôme et à la qualification, les compétences requises pour son insertion professionnelle. Il est, lui aussi, partenaire dans le sens où il est indispensable de l'associer aux différentes étapes de la construction du parcours de sa formation.

L'établissement de santé est en premier lieu client car il demande à l'institut de formation de former des étudiants capables d'être des acteurs dans le monde professionnel. Cependant, l'hôpital et les structures extra-hospitalières qui accueillent le stagiaire sont également partenaires car elles sont co-formatrices des futurs professionnels avec l'institut de formation.

Le financeur qu'est le conseil régional est client au sens le plus évident du terme puisqu'il finance tout ou partie la formation concernant les instituts de formation. Il est aussi partenaire dans la mesure où il incite les instituts à s'engager dans une démarche de certification.

Considérer l'étudiant comme un client, c'est le placer au centre du dispositif de la formation en répondant à ses besoins.

Ces notions de « client » et de « partenaire » font apparaître la complexité des liens entre les acteurs et doivent permettre à chacun d'identifier leur rôle et leurs responsabilités pour contractualiser aux différents niveaux.

1.3.4 Le partenariat : clé de voûte d'une alternance professionnalisante

Ce partenariat nécessite une double négociation. Il s'agit d'une part de la coopération qui précise ce qui est assuré par chacune des deux parties dans le dispositif de formation comme par exemple les tâches et, d'autre part, de la coordination qui doit définir les modalités matérielles comme la répartition du temps centre de formation/entreprise, apprentissages, statut du stagiaire, rémunération...

LE DOUARON²¹ définit la négociation comme une « *situation de communication inscrite dans la durée pour la recherche d'un accord sur un objet pour lesquels les protagonistes sont en interdépendance mais opposés par les intérêts divergents dans un contexte donné* ». Il précise qu'en matière d'alternance, le but de l'engagement des partenaires est clair mais pas commun, car il procède d'une logique propre à chacun et en cela nécessite une négociation. Selon cet auteur, la détermination des trois objets clés de la mise en œuvre de la formation en alternance ne donne pas lieu le plus souvent à une négociation.

En ce qui concerne la conception du dispositif de formation, elle ne repose pas sur une négociation puisque les acteurs ne sont pas encore identifiés comme partenaires. Cependant, ce moment devrait être le moment du repérage des systèmes d'intérêt des entreprises. La recherche des partenaires qui devrait être le temps fort d'une négociation, s'apparente plus à un consensus. La convention ne précise pas en général les tâches ou modalités et ne précise pas le rôle du tuteur.

Enfin, la formation est mise en œuvre selon les propres représentations de chacun au risque d'entrer dans une logique de conflits si les réalisations s'éloignent trop de ce qui est attendu par chacune des parties. Afin d'évoluer vers une démarche négociée, il est nécessaire d'identifier et de reconnaître l'existence de la pluralité des logiques dans l'utilisation de l'alternance. De plus, il serait utile d'élargir les marges de négociation au regard des rythmes d'alternance trop standardisés, des plans de formation préconstruits de manière unilatérale par le centre de formation ainsi qu'en ce qui concerne les pratiques d'évaluation uniformisées, c'est à dire ne prenant pas en compte la spécificité du terrain.

Ceci nous amène tout naturellement à aborder le processus de professionnalisation de l'étudiant.

1.3.5 La professionnalisation

La notion de professionnalisme s'est développée dans un contexte de recherche de compétitivité accrue. Ce concept vient de l'industrie et donne à la formation une approche en terme d'investissement et non de dimension sociale. L'émergence de cette notion n'est

²¹ P.LE DOUARON, « Alternance et négociation ».Education permanente. N°115, 1993.

donc pas du fait du hasard car elle a pour origine des facteurs socio-économiques auxquels l'hôpital participe. Ceux-ci se traduisent par le contrôle des coûts et la nécessité de professionnels efficaces et compétents capables de se remettre en question, de réaliser des soins de qualité en situations complexes et variées et ayant atteint une certaine maîtrise de leur métier. Le concept de compétence qui a fait l'objet de nombreux travaux développés par LE BOTERF²², est largement associé à celui du professionnalisme.

La professionnalisation du savoir infirmier est liée à la connaissance qui se décline à quatre niveaux :

- *La connaissance empirique*, qui est liée à l'expérience, aux situations professionnelles et au savoir-faire,
- *La connaissance intellectuelle* qui est la capacité de nommer ses actes et de manier avec pertinence les concepts propres à la profession d'infirmière,
- *La connaissance rationnelle* qui est attachée au raisonnement professionnel et à ses conséquences,
- *La connaissance responsable* qui permet de décider et d'agir en connaissance de cause par la problématisation des situations de soins.

Nous pouvons dire que la véritable professionnalisation infirmière passe par un questionnement perpétuel qui implique le renouvellement constant des connaissances professionnelles car comme l'exprime Guylène Nicolas²³, « *si les compétences se transfèrent, les connaissances, doivent, quant à elles s'acquérir* ». La compétence, en effet, ne relève pas seulement de la somme des savoirs, savoir-faire et savoir être nécessaires à l'exercice d'une profession ou d'un métier. Elle s'appuie sur un savoir agir, mais aussi sur un savoir combiner et raisonner en situation. Elle se développe dans la multiplicité et la variété des expériences vécues. Le professionnel est capable de choisir un mode de traitement adapté à la situation. Dans le cadre de la formation en alternance des étudiants en soins infirmiers, cette professionnalisation passe par les stages en milieu professionnel qui sont fondamentaux pour permettre l'émergence des compétences professionnelles.

Au regard de ces éléments de réflexion, nous présentons les méthodes d'investigation et d'exploitation des données que nous avons adoptées et qui nous semblent les plus adaptées au thème traité.

²² G.LE BOTERF, « Développer la compétence es professionnels », « Construire les compétences individuelles et collectives ». Paris, Edition Organisation.

²³ G.NICOLAS, Maître de conférences, Université Cézanne, Aix-Marseille.

2 L'enquête : une méthodologie adaptée pour définir la recherche, exploiter les données, développer l'analyse et la synthèse.

Elle comporte l'établissement d'un constat basé sur l'expérience professionnelle confortée à partir d'une étude documentaire, d'une enquête de terrain pour recueillir les données, du traitement et de l'analyse des informations recueillies.

Pour l'enquête de terrain, le choix a été de recourir à des entretiens semi directifs. Ceux-ci permettent, grâce à l'utilisation des techniques de reformulation telles que les « questions de relance », d'obtenir des réponses plus riches que par questionnaire et d'approfondir le sujet traité.

L'étude d'une relation partenariale et son impact sur la professionnalisation des étudiants se prête, à notre sens difficilement à la rigidité de questions fermées ou à choix multiples. Un entretien dirigé facilite la mise en confiance de l'interlocuteur et la richesse des échanges.

Ceci a nécessité une phase exploratoire.

2.1 La phase exploratoire

Elle est constituée par la recherche bibliographique de documents et la pré enquête sur le terrain.

2.1.1 La recherche documentaire

Elle s'appuie sur la consultation du catalogue bibliographique informatisé proposé par l'ENSP à Rennes. A partir de mots clés, cette recherche permet de collecter les ouvrages, les périodiques et les articles abordant le thème de l'étude.

2.1.2 La pré enquête sur le terrain

Cette démarche méthodologique s'est déroulée sur le terrain par des entretiens exploratoires auprès de professionnels de la santé qui s'expriment sur leur vécu. Elle a permis d'évoquer cette volonté de travailler ensemble.

Des champs communs et des problématiques identiques sont retrouvés et cela démontre que certains domaines partagés peuvent être explorés.

2.2 La définition de la recherche

Elle a été effectuée dans des établissements publics et auprès de professionnels de la santé.

2.2.1 La présentation des établissements et la justification des choix

L'enquête s'est déroulée dans quatre centres hospitaliers implantés dans trois régions différentes.

Les entretiens ont eu lieu parallèlement avec les instituts de formation avec lesquels elles ont des liaisons directes de proximité.

Les centres de formation sont tous rattachés aux établissements de santé cités. Ils assurent des formations paramédicales initiales.

Les centres hospitaliers retenus offrent la possibilité de faire une analyse comparative inhérente à leur vocation et à leur taille quasiment similaire.

La multiplicité des lieux d'enquête aide à établir si un fait ou un élément recueilli est tout à fait spécifique ou plutôt commun. Cela permet d'accorder une validité plus large aux conclusions apportées.

2.2.2 La présentation des acteurs interviewés

Puisque nous abordons le thème du partenariat entre les directeurs de soins gestion et directeurs de soins formation dans le cadre de la formation en alternance des étudiants infirmiers, il nous a semblé essentiel d'interviewer un maximum de coordonnateurs et de directeurs des soins. Pour autant, la professionnalisation concerne un éventail plus large d'acteurs et il nous a donc paru judicieux d'étendre les interviews à l'ensemble de cette population.

? La présentation de la population étudiée

2 Coordonnateurs Général des Soins (CGS) et 2 Directeurs des Soins (DS) gestion, 4 DS formation, 1 Directeur des Ressources Humaines (DRH), 1 cadre supérieur de santé (CSS), 2 Cadres de Santé (CS) en soins infirmiers et 2 infirmières composent la population interviewée. Nous avons recherché certaines caractéristiques : fonction, formations, année d'entrée dans l'institution, ancienneté dans la fonction.

? Les caractéristiques et justification de la population

La sollicitation des CGS et DS gestion ainsi que des DS formation en poste dans la même institution permet d'entendre deux discours, de les comparer et de les confronter. Ceci afin d'appréhender le thème traité avec une totale objectivité de part et d'autre.

L'interview du DRH dans un des établissements où s'est déroulé un des stages a été une opportunité, bien qu'au départ de l'enquête nous n'avions pas envisagé de nous entretenir avec cette population. Le DRH a préalablement occupé des fonctions de DS.

Le CSS interviewé, mandaté par le CGS, a animé un groupe de travail mis en place entre l'IFSI et l'hôpital dont l'objectif était la construction d'outils communs pour les étudiants en stage. Ces échanges apportent un éclairage sur les conditions préalables de mise en place d'un tel travail entre les deux entités.

La rencontre avec les CS, population directement impliquée dans l'organisation de la prise en charge des étudiants sur les terrains de stage et leur évaluation a été très riche au niveau des informations recueillies concernant l'encadrement des stagiaires.

Les entretiens menés auprès des professionnels infirmier(e)s ont permis d'identifier la nature et le sens donné au tutorat apporté aux étudiants en stage, et de pointer les difficultés rencontrées.

2.3 La méthode d'investigation

Elle comporte trois phases : le choix des méthodes, les modalités des entretiens et les limites.

2.3.1 Le choix des méthodes

Nous avons retenu deux méthodes d'investigation : les entretiens semi directif et l'analyse des contenus des projets de soins et projets pédagogiques, ainsi que des projets formalisés ou en cours de formalisation entre les structures hospitalières et les instituts de formation.

? L'entretien semi directif : Le choix de cet outil est lié à la recherche des représentations et des valeurs des personnes interrogées et d'en recueillir leur vécu.

A l'inverse du questionnaire, l'entretien est une technique plus proche des acteurs, plus ouverte à leurs perceptions. Il donne accès au sens qu'ils confèrent à leurs pratiques, aux légitimations qu'ils fournissent à leurs actions.

Ainsi, il permet de recueillir des éléments de réflexion très riches et nuancés tout en accédant à un maximum d'authenticité.

Pour toutes ces raisons, cette méthode d'entretien est la plus appropriée à notre recherche. Pour cela, l'entretien comporte une série de questions relativement ouvertes afin de laisser parler l'interviewé librement, dans les mots qu'il souhaite et dans l'ordre qui lui convient. Par contre, il était important de recentrer l'interviewé chaque fois qu'il s'écartait des objectifs poursuivis.

La prise de notes, après accord des personnes interviewées, a été la plus exhaustive possible. L'objectif était de ne pas perdre d'information et de pouvoir restituer le plus précisément possible les déclarations et opinions des acteurs. Chaque personne a participé de façon volontaire à cette étude. Chaque entretien a fait l'objet d'une réécriture des propos le jour même ou dès le lendemain de l'interview. Les données recueillies ont été traitées afin d'assurer l'anonymat des personnes et des lieux.

?L'analyse des projets : 4 projets de soins et 4 projets pédagogiques ont été étudiés dans les établissements où ont été menés les interviews. L'objectif est de rechercher les corrélations ou les divergences entre les projets de soins et les projets pédagogiques de chaque établissement et d'identifier l'existence et la nature des projets formalisés ou en cours de formalisation.

2.3.2 Les modalités des entretiens

?Le guide d'entretien

C'est une trame qui donne des consignes générales afin de bien cibler les questions en rapport avec les hypothèses évoquées. Trois guides d'entretiens²⁴ différents ont été élaborés inhérents à la population interviewée.

Ces guides ont été réalisés lors de l'atelier d'aide au recueil des données proposé dans le cadre de l'accompagnement du mémoire par l'école nationale de santé publique (ENSP).

?L'entretien test

Il permet de se rendre compte si les questions du guide d'entretien sont bien comprises. Il a pour but de vérifier la pertinence des thèmes et de tester le guide d'entretien définitif. Les guides ont également été testés lors des ateliers mémoire proposés dans le cadre de notre formation à l'ENSP.

?La présentation des entretiens

Les contacts ont été pris par téléphone. Dans la mesure où les interviewés étaient informés de notre présence dans l'institution et de notre éventuelle sollicitation, il nous a été répondu favorablement dans la totalité des cas et tous les entretiens ont pu être honorés. Les entretiens ont été menés dans les bureaux des enquêtés. Dans la mesure où les entretiens étaient planifiés, les conditions d'interview ont été bonnes.

Les échanges ont commencé par une présentation rapide de notre situation professionnelle actuelle et un bref retour sur notre expérience. Puis nous avons abordé le

²⁴ Voir annexes 1, 2 et 3.

thème de notre travail en essayant de faire un lien direct avec la position de la personne interviewée.

Les entretiens ont duré entre 30 et 60 minutes, soit une moyenne de 45 minutes.

Tous les entretiens ont été fidèlement retranscrits pour effectuer une analyse plus concise des propos tenus par la population interviewée. Des expressions et des formules évocatrices sont dégagées des entretiens pour enrichir et renforcer l'argumentation au moment de l'analyse.

2.3.3 Les limites de la méthode d'investigation

? *Un échantillon restreint* : Cette étude s'est limitée à un champ de recherche comprenant quatre établissements de santé et à l'interview de quatorze professionnels. Toutefois, les informations recueillies gagneraient à être confirmées par une enquête sur un échantillon plus large et plus représentatif qui concernerait plus de structures hospitalières.

? *L'absence de certaines catégories professionnelles* : Cette investigation aurait pu prendre en compte d'autres corps de métiers, notamment les professionnels médico-techniques et de rééducation, la question de la professionnalisation étant la même.

2.4 La méthode d'exploitation des données

Ces analyses se présentent sous forme de tableaux récapitulatifs avec des reprises de phrases significatives des interviewés. Ces grilles sont élaborées au regard des quatre hypothèses et de la problématique de départ. Ces analyses permettent d'apprécier l'influence du partenariat entre le DSG et le DSF pour tendre vers une formation professionnalisante de l'étudiant en soins infirmiers.

Ensuite, une synthèse des éléments recueillis est effectuée et les résultats obtenus sont comparés avec chaque hypothèse afin de proposer une analyse globale.

2.4.1 La synthèse et l'analyse des entretiens

Une synthèse verticale et transversale des entretiens est élaborée.

- Synthèse verticale : A partir de la retranscription des entretiens, nous classons sous forme de tableaux l'essentiel des données par acteurs et par établissements.
- Synthèse transversale : Nous procédons ensuite à une lecture transversale reprenant les points communs et les différences exprimés par les DSG et les DSF.

Six thèmes principaux orientent l'analyse : la place du partenariat entre l'hôpital et l'institut de formation avec l'existence ou non de projets communs, le niveau d'intervention du DSG et DSF dans la formation en alternance, la place des stages, du projet professionnel de l'étudiant dans la formation en alternance, les écarts observés entre pratique professée et pratique exercée en lien avec la professionnalisation de l'étudiant. Enfin, la corrélation entre projet de soins et projet pédagogique.

2.4.2 La synthèse et l'analyse de contenu des projets de soins et projets pédagogiques

L'analyse des projets permet de croiser avec les propos des interviewés et de vérifier la cohérence des méthodes d'investigation. Cette étude fait ressortir les éléments prenant en compte l'organisation des stages, ainsi que l'accueil et la prise en charge des étudiants en stage.

Elle apporte également des éléments significatifs dans l'implication des acteurs à l'élaboration de ces projets notamment dans le cadre du partenariat entre les DS.

2.4.3 L'analyse comparative entre les deux méthodes

A partir des deux étapes précédentes, nous avons confronté les synthèses. Cette étude comparative apporte des éléments complémentaires, notamment sur les divergences ou les convergences entre le discours des DS et la formalisation de projets.

2.5 L'analyse et la synthèse des entretiens et des projets

La confrontation des informations recueillies avec les hypothèses émises au départ met en exergue les éléments suivants :

2.5.1 Hypothèse 1: Dans le cadre du dispositif de formation en alternance, les directeurs de soins gestion et formation ont un rôle important dans l'organisation des stages qui peut représenter un levier pour un véritable partenariat.

A) Le niveau d'intervention des DSG et des DSF dans la formation en alternance

Les DSG²⁵ et DSF interviewés expriment qu'il est de « 50-50 » de part et d'autre notamment pour l'organisation des stages et la dynamique de management impulsée par les DS auprès de l'encadrement. Le positionnement du DS est significatif. Il donne du sens à la politique qu'il souhaite développer par l'intermédiaire de ses collaborateurs. Le DSG M parle de « *management par délégation* ». Le DSF M évoque « *des relations de proximité immédiate en IFSI, à contrario de l'hôpital où les strates sont différentes* » ce qui peut rendre plus difficile la diffusion de l'information. Les DSF interviewés n'ont pas de CSS au sein des IFSI et entrevoient moins de complexité dans le management en institut.

Les stages constituent le lieu commun et l'interface entre l'institut de formation et l'hôpital. Ils représentent un enjeu majeur dans le processus de professionnalisation de l'étudiant en soins infirmiers. Ce postulat est reconnu à la fois par les DSG et les DSF et peut se révéler être un levier de changement dans le partenariat entre les DSG et DSF.

B) L'organisation des stages

La gestion des stages est réalisée par les formateurs et le DSF. L'organisation et leur planification se font sur l'année et directement avec les services. Pour les DSG A et M, la préparation des stages n'incombe pas aux DSG, mais ce sont les cadres qui évaluent et déterminent le nombre de stagiaires qu'ils peuvent accueillir.

Ce quota est défini en début d'année à la demande des DSG et transmis ensuite aux DSF et DSG. Tous deux conviennent *« qu'en cas de difficultés rencontrées sur le terrain mais aussi par le centre de formation, ils s'engagent à redéfinir ensemble les capacités d'accueil dans les services en accord avec l'encadrement »*

Les DSF envoient la liste des stagiaires et des stages aux DSG et aux CSS pour information. Ils demandent leur accord après négociation avec les services et les DSG sont simplement renseignés et mis au courant du choix des terrains.

Dans le projet pédagogique A, il est inscrit que *« le choix de l'organisation des stages relève de la compétence et de la responsabilité de l'institut de formation qui collabore avec les structures d'accueil »*.

Le DSF A indique *« qu'un CS consacre 30% de ses missions à organiser les stages en fonction des capacités d'accueil et du projet professionnel de l'étudiant »*. Dans le même hôpital, *« un CSS est l'interlocuteur privilégié pour les réservations et conventions de stage »*.

Le DSF G indique que *« des critères de qualité sont imposés par la DRASS pour les stages et notamment en terme d'accueil »*. Ainsi, un travail en binôme entre l'IFSI et le même centre hospitalier est mis en place. Un point est fait tous les mois pour évaluer les demandes de stages d'autres IFSI. Les demandes de stages optionnels extérieures sont vues directement avec l'IFSI.

Le DSF A et le DSF G témoignent que le partenariat fonctionne bien avec leurs homologues DSG des établissements respectifs et indiquent que *« cette coopération est indispensable pour l'anticipation que nécessite la planification de la programmation des stages »*.

Il en est de même pour l'organisation des mises en situation professionnelles du diplôme d'Etat ».

²⁵ Lire DSG et CGS dans tout le texte

C) La place des DSG

Pour les directeurs de soins, le DSG n'est pas directement impliqué dans l'encadrement des étudiants mais il a un droit de regard et une vision globale de l'ensemble. L'encadrement et l'aspect organisationnel sont pris en charge par l'encadrement de terrain, les formateurs et les DSF.

Le DSG est sollicité en cas de litige et prévenu si des problèmes sont rencontrés dans un service ou avec un étudiant. Les situations délicates sont étudiées en concertation avec les cadres qui remontent les difficultés par l'intermédiaire de l'encadrement supérieur.

Le DSG est responsable des stagiaires en stage. Il prend la responsabilité d'autoriser l'ouverture ou la fermeture d'un terrain de stage. Il a un droit de regard sur la planification des stages et des quotas.

Il est responsable de l'évaluation de la qualité des terrains de stage et garant de la formation des étudiants en stage. Il centralise les informations et connaît les catégories de stagiaires accueillis dans l'établissement. Il a une influence majeure sur l'optimisation de son encadrement et se préoccupe du déroulement et des conditions d'accueil des stagiaires.

D) Validation de l'hypothèse 1 : les éléments recueillis démontrent une organisation des stages partagée et une opportunité pour développer le partenariat entre DSG et DSF.

Finalement, le DSG n'est pas directement impliqué dans l'organisation des stages. C'est avant tout une négociation entre le centre de formation et l'encadrement de terrain. *« quand tout va bien, le rôle du DSG est plutôt faible ».*

Pour autant, les DSG s'accordent à dire qu'un véritable partenariat avec l'IFSI existe et le DSG M indiquant *« quand il y a complémentarité, le stage constitue un lieu commun pour la professionnalisation de l'étudiant »*, *« pour cela, il doit être en cohérence avec le projet pédagogique et le projet professionnel de l'étudiant ».*

En conclusion, cette hypothèse est partiellement validée car le partenariat entre les DSG et DSF dans l'organisation des stages est palpable, même si l'étude réalisée montre que l'implication des DSG est plutôt faible dans le dispositif.

2.5.2 Hypothèse 2 : Des écarts entre pratique professée et pratique exercée sont observés et nécessitent un partenariat entre le lieu d'apprentissage et le lieu de formation.

A) Un écart théorie / pratique reconnu et nécessaire

La plupart des DS qui évoquent le sujet affirment qu'il existe un décalage entre les concepts et le terrain, mais que celui-ci s'avère indispensable à la construction professionnelle de l'étudiant. Pour autant, le DSG A souligne que « *ces écarts sont nécessaires s'ils ne sont pas trop importants car ils permettent l'adaptation et la confrontation des pratiques* ».

Le DSF G indique que « *ces écarts sont liés au contexte du terrain ; les IFSI travaillent sur des normes et les services de soins évaluent des situations réelles d'apprentissage* ».

Pour le DSF M, « *l'école vise un idéal qui passe par le cadre règlementaire et ce qui est conforme aux valeurs de la profession* ». Il poursuit en disant « *qu'un projet commun entre l'institut et les différents partenaires de terrain de stage donnerait du sens sans réduire cet écart qui est indispensable à la construction de l'étudiant* ».

Dans ce contexte, nous pouvons faire référence à TILMAN et DELVAUX qui parlent d'*alternance articulation* qui se définit par un dispositif d'alternance intégrative dans lequel le lieu de formation et l'entreprise concourent ensemble à l'acquisition de compétences requises pour exercer un métier. HOUSSAYE évoque l'*alternance exploitation* dans laquelle on cherche à introduire un minimum de réalité professionnelle dans la formation.

L'expérience professionnelle est utilisée dans le processus d'apprentissage. Il y a un va et vient entre les lieux et les savoirs. L'étudiant se sent acteur de sa formation car les apports, les recherches et les observations répondent à des besoins ressentis dans l'articulation entre les domaines.

Les professionnels IDE interviewés expriment des attentes qui se traduisent par des critères « *d'efficacité, d'opérationnalité, et de rapidité dans la réalisation des soins* », enfin, « *de curiosité intellectuelle, d'une capacité de l'étudiant à prendre des initiatives et à faire le lien entre les apports théoriques produits par l'IFSI et la pratique exercée en stage* ».

Ainsi, les IDE pensent que la formation en alternance n'est pas toujours adaptée, inhérente à ce décalage entre la pratique professée et la pratique exercée.

Pour le DSF M, l'attente se situe « *au niveau des compétences techniques et comportementales* ». « *Le contexte théorique doit être mis en lien avec un savoir faire et l'expérience professionnelle* ».

D'après le DSF G, « *cet écart est géré par l'organisation d'un bilan de stage dès le lundi matin par les formateurs pour analyser les pratiques professionnelles, réfléchir sur les différentes situations rencontrées par l'étudiant et travailler sur les jugements de valeurs* ». En parallèle, un groupe de parole en présence d'un psychologue est proposé aux étudiants « *pour permettre l'expression de situations difficiles* ».

Dans le même ordre d'idée, le CS interviewé exprime que « *la mise en place d'un tutorat permettrait d'améliorer l'encadrement des étudiants en stage, réduirait cet écart observé et assurerait un meilleur suivi de leur activité* ».

B) L'encadrement en stage : un tutorat jugé utile mais difficilement réalisable

Les DSG et les DSF interrogés sont très favorables à l'encadrement des étudiants en stage par un tutorat. Cependant, les difficultés liées à la pénurie de personnel, à la mobilité des équipes, au manque d'engagement et d'intérêts de certains cadres...ne facilitent pas son implantation.

Par contre, les avis divergent quant à la signification du terme « tutorat ». Certains parlent de tuteur, d'autres de référent. Les deux doivent cependant bénéficier d'une formation régulière et continue afin que l'IFSI et le terrain puissent être considérés comme deux lieux d'apprentissage.

Ainsi, les possibilités données à l'étudiant de formaliser à partir d'une pratique deviennent significatives car elles émanent d'une situation professionnelle que l'étudiant se sera appropriée. La démarche de conceptualisation doit s'appuyer sur une pratique maîtrisée ou en voie de l'être.

Aussi, la durée des stages étant relativement courte, elle implique le respect de certains impératifs :

- Identifier précisément les objectifs personnels de l'étudiant, lesquels étant en lien avec son projet professionnel, les exigences de l'institut, de la formation et les « offres » du service.
- Proposer des situations professionnelles en lien avec ces objectifs et ces exigences.
- Faciliter l'accès de l'étudiant à des situations d'autoformation et par la même de formalisation à partir d'une pratique professionnelle et notamment de situations professionnelles qu'il aura appréhendé plusieurs fois.

Ainsi, la recherche de dimensions pertinentes vécues passe par cette formalisation pour que l'expérience prenne du sens. L'étudiant peut ainsi se percevoir comme sujet capable d'alternance : conceptualiser une action vécue sur un lieu de stage.

Pour CHARLON²⁶, « *Il s'agit de passer de la transmission d'un savoir défini à priori à une démarche de questionnement à partir de situations professionnelles observées ou à observer pour y accrocher tous les apprentissages nécessaires, qu'ils soient théoriques, procéduraux, comportementaux ou gestuels* ».

Quand l'étudiant aura intériorisé cela, le lieu et le temps n'auront plus d'importance. Le savoir en action sera mobilisable partout où l'étudiant se trouvera, que ce soit en institut de formation ou en stage.

Les IDE interviewées précisent que la prise en charge des stagiaires dans le service s'organise autour de quatre points essentiels : la désignation d'un tuteur pendant toute la période du stage, la remise du livret d'accueil spécifique à l'étudiant dès son arrivée avec présentation du service et de l'équipe, un temps d'entretien avec le CS pour déterminer les objectifs du stagiaire, enfin un temps d'évaluation planifié à mi-stage.

La plupart des DSG affirme que l'encadrement en stage est essentiel pour permettre à l'étudiant de se construire professionnellement et d'acquérir les compétences requises à sa future fonction. Pour autant, cet encadrement n'est pas toujours formalisé ni précisé dans le projet de soins.

Pour le DSF M, l'encadrement des stagiaires doit également impliquer les cadres formateurs sur le terrain.

C) Les enjeux de la professionnalisation : l'acquisition de compétences par une alternance construite.

L'accompagnement de l'étudiant en situation de travail lui permet de construire ses compétences professionnelles et de tendre vers la professionnalisation.

Selon le DSF M, « *la formalisation du dispositif d'accompagnement apporté à l'étudiant concoure à l'émergence et à la structuration de son projet professionnel* », en :

- structurant sa conception des soins et de la profession infirmière en regard des valeurs, des données théoriques, des textes législatifs, des évolutions démographiques et technologiques,
- en facilitant son adaptation dans des situations multiples et variées par la prise en compte de ses potentialités et de ses ressources,
- en repérant l'évolution de son projet professionnel au regard de ses objectifs personnels,

²⁶ E.CHARLON, « La formation en alternance, les enjeux du projet pédagogique » Revue soins formation pédagogie encadrement, 1993.

- en s'inscrivant dans un processus d'auto questionnement et d'auto évaluation pour réajuster et repreciser ses intentions.

Cette démarche nécessite qu'un suivi pédagogique soit mis en place par l'équipe enseignante. Pour le DSF M, il se traduit par l'élaboration d'un document écrit propre à l'étudiant nommé « *cahier d'itinérance* ». Ce cahier offre à l'étudiant un support d'expression de son trajet professionnel dans un processus d'accompagnement.

Le DSF A, parle « *d'itinéraire de formation et de carnet de stage afin d'inscrire l'étudiant dans une continuité par rapport à l'alternance* ». « *Le suivi est théorisé par un support: il est organisé quatre fois par an et est obligatoire. Pour les étudiants en difficultés, un contrat pédagogique est formalisé et signé. Une analyse des difficultés est faite avec la mise en place d'objectifs* ». « *des CS et CSS de l'hôpital peuvent être amenés à y participer* ».

A l'unanimité, les DSG et DSF conviennent que la construction des compétences et le développement d'un partenariat entre les DSG et DSF facilitent la professionnalisation. Le DSF A interviewé pense que la construction des compétences implique trois acteurs :

- L'IFSI: « *La formation des formateurs est à repenser pour induire une réflexion sur le faire pédagogique et s'adapter au réel dans le contexte donné* ».
- Les terrains de stage: « *Il faut accompagner les équipes pour favoriser leur inscription dans les évolutions actuelles, en les fédérant autour de projets* ».
Il préconise également « *qu'une supervision des pratiques professionnelles soit envisagée une fois par mois* » car selon lui, « *la formation de compétences n'est pas réductible à l'addition des savoirs théoriques et pratiques et doit être centrée sur un troisième espace réflexif que constitue l'analyse des pratiques* ».
- L'étudiant : « *des groupes de paroles doivent être institués pour faciliter l'expression des étudiants notamment quand des situations difficiles ont été vécues en stage* ».

Le DSG M évoque « *la nécessité de réactualiser les cours théoriques afin d'inciter le questionnement pour tendre vers une plus grande cohérence avec la professionnalisation* ». Selon lui, « *La professionnalisation passe par l'innovation et la créativité des professionnels* ».

D) Validation de l'hypothèse 2: les éléments recueillis révèlent une nécessaire alternance partenariale pour satisfaire aux exigences de cette formation.

La professionnalisation passe par la construction de l'identité professionnelle et l'acquisition de compétences, toutes deux issues de la compréhension des écarts entre la pratique professée et la pratique exercée. Pour ce faire, l'engagement des deux parties par la mise en place d'un partenariat semble indispensable.

En conclusion, cette hypothèse est validée car les DSG et DSF interviewés comprennent la nécessité et les enjeux d'un partenariat entre l'institut de formation et les structures de soins. Pour autant, dans leur pratique, ce partenariat n'est pas toujours visible et réel.

2.5.3 Hypothèse 3 : Des projets et travaux communs entre l'hôpital et l'IFSI sont encore insuffisants pour parler de véritable partenariat.

A) Des projets de soins et projets pédagogiques formalisés mais souvent élaborés distinctement

Tous les DS interrogés ont un projet de soins ou pédagogique formalisé. Le projet de soins s'appuie sur une analyse de l'exercice paramédical, les valeurs auxquelles adhèrent les paramédicaux et les missions qui leurs sont conférées. Il contribue au projet d'établissement et fédère le service de soins. Le projet pédagogique est l'outil qui contient les moyens de mise en œuvre des textes officiels, les objectifs de formation, les modalités théoriques et pratiques. Il fédère l'équipe enseignante.

Tous les projets reprennent les divers textes régissant les professions, les études et les règles institutionnelles. A la lecture de ces projets, peu rappellent le renforcement et le rôle prédominant des stages dans la formation en alternance.

Pour les DSG interviewés, le lien entre le projet de soins et le projet pédagogique revêt un intérêt. L'offre de stage pourrait être notamment l'outil qui en fasse le lien.

Pour autant, le DSG M indique « *qu'il est difficile d'intégrer tous les projets pédagogiques de chaque institut lorsque l'établissement est amené à accueillir en stage des étudiants de toute la région* ». Cela le conduit à élaborer son projet de soins sans complètement tenir compte des spécificités de chaque lieu de formation.

Quant aux DSF, ils assurent « *qu'il faut retrouver des valeurs communes, la place des stages dans la formation, la prise en compte de l'accueil et de l'encadrement des étudiants en stage* ».

Les professionnels IDE interrogés ne connaissent pas le projet pédagogique de l'IFSI. Quant aux cadres, ils en prennent connaissance lorsque l'IFSI les convie pour leur présenter en début d'année.

Le DSF A et le DSF G participent à la conception du projet de soins et à son comité de pilotage. Ceci leur permet d'être consultés et d'exprimer leurs attentes en matière de compétences requises par les CS de proximité pour l'encadrement des étudiants en stage.

Pour le DSG A, « *le projet de soins doit être en articulation avec le projet de formation. Le DS de l'IFSI doit participer à son élaboration. Une mauvaise ou l'absence d'articulation entre les projets est un élément freinateur au partenariat* ».

Les DS gestion et formation sont globalement favorables à l'articulation entre le projet de soins et le projet pédagogique et expriment la volonté de travailler ensemble.

Pour le DSF M interrogé, la finalité d'un travail en commun serait « *que l'étudiant puisse faire le choix de son projet professionnel et de son itinéraire de formation* ».

Les projets de soins et de formation ont tous deux une finalité commune : la qualité des soins. Cependant, ils sont conçus séparément sans vraiment de collaboration préalable entre les DS gestion et formation. Ils sont peu articulés entre eux pour exprimer une politique commune intégrant la formation au service du projet de soins, de la qualité des soins et de leur organisation.

B) Des outils formels et des situations de rencontre prééminents

A défaut de mieux élaborer ensemble les projets de soins et les projets pédagogiques, les DSF et les DSG interviewés témoignent de leur volonté de travailler en commun par la mise en place de groupes de travail impliquant l'IFSI et l'hôpital.

Le DSF A exprime « *que les travaux sont relatifs* :

- *Aux notions d'encadrement, d'alternance et des différences entre accompagnement, tutorat, référent.*
- *A la conceptualisation de tout ce qui peut faire du lien, notamment la notion de compétences, de projet professionnel de l'étudiant et de l'écart.*
- *A la formalisation de fiches signalétiques des services pour faciliter le choix des étudiants sur les lieux de stage en lien avec leur projet professionnel* ».

Le DSG M indique que « *des groupes de travail sont répartis dès le départ entre le DSG et DSF et que dans le projet de soins, le DSF est référent d'un groupe de travail* ».

D'autre part, « *des projets communs sont aussi initiés par le projet de soins en ce qui concerne la formation et la qualité, par la CSIRMT qui permet l'expression des personnels, enfin par l'évaluation des pratiques professionnelles* ».

Le DSF A travaille en partenariat avec le DSG A du même établissement. Cette collaboration se définit par des groupes de travail et des réunions organisées et planifiées trois à quatre fois par an.

Les thèmes de ces travaux sont divers :

- Le livret d'accueil qui est un outil d'auto évaluation des acquisitions en stage. Il est validé par le tuteur de stage,
- Le stage de professionnalisation avec les objectifs sous-tendus de recrutement et de fidélisation,
- La charte sur l'encadrement des étudiants et les notions de tuteur et de référent. Ce travail ayant été initié par la région.
- Enfin, la participation du DSG A à l'IFSI est effective. Il se déplace auprès des étudiants et présente le centre hospitalier en abordant la formation continue et les possibilités de carrière.

Le DRH M affirme également que *« des groupes de réflexion sur : le dossier de soins, l'accueil des étudiants, l'encadrement et autres peuvent constituer un levier pour favoriser le partenariat s'il n'existe pas »*.

Les professionnels IDE interviewés ne participent pas à des groupes de travail communs entre l'IFSI et le centre hospitalier. Les raisons invoquées sont « le manque de temps et la méconnaissance de ces groupes de travail ».

L'entretien mené auprès du CSS M montre *« qu'un projet commun a été élaboré. Il a été porté par le DSG et le DSF. Ce projet émanait de recommandations de la DRASSIF et portait sur l'encadrement des stagiaires. L'objectif poursuivi était la formalisation d'un outil commun : référentiel étudiant IDE et référentiel étudiant AS »*. *« Pour ce faire, un appel à candidature a été fait en réunion de CSS et à l'IFSI »*.

Le vécu relaté est très positif. *« Malgré des échanges quelques fois conflictuels entre les CS formateurs et des CS du terrain, il a permis d'exprimer des conceptions différentes et d'avancer par rapport à des divergences d'opinion »*.

D'autre part, les DSG et DSF témoignent de leur implication à la CSIRMT et au conseil technique de l'institut.

La volonté et l'engagement des DSG et DSF, la qualité des soins qui oblige à fonder des politiques de formation et de soins sur une conception commune du soin et la politique d'encadrement des soignants sont autant d'éléments qui incitent et favorisent un travail en partenariat par le développement de projets entre DSG et DSF.

C) Validation de l'hypothèse 3 : les éléments recueillis témoignent de l'émergence de travaux et projets communs.

En conclusion, l'articulation entre politique de soins et politique de formation est souhaitée par les DS. La question est celle de la formalisation de ces politiques, mais les prémices d'un partenariat sont réelles par l'élaboration concrète de travaux et de projets en commun. Cette hypothèse est donc validée.

2.5.4 Hypothèse 4: La qualité des relations inter personnelles entre les DSG et DSF est déterminante dans le partenariat.

A) Des relations de pouvoir

La construction du partenariat se heurte à des problématiques de pouvoir qui peuvent altérer les relations entre les DSG et DSF et ralentir la production des projets et des travaux en commun.

Le degré d'investissement des acteurs dans cette relation va de pair avec l'importance, la stabilité et la reconnaissance de leur position institutionnelle.

Le DSG M dit qu' « *Il ne faut pas de confusion sur la place des uns et des autres. Le DSG et le DSF ont tous deux des missions complémentaires. Le DSF° n'est pas sous la hiérarchie du DSG. Il y a nécessité de s'inscrire dans un processus avec un espace d'autonomie* ».

Pour le DSF M, le partenariat intègre la notion de partage : « *on ne vient pas empiéter sur les plates bandes, on a à un moment donné des zones en commun* ».

Il poursuit : « *La collaboration° professionnelle trouve son fondement autour d'objectifs, de rencontres formalisées, de réunions en commun* » et il cite pour exemple les réunions de CSS auxquelles le DSG le convie systématiquement.

Selon lui « *il faut tenir compte des contraintes et des préoccupations du partenaire, faire des concessions, avoir une reconnaissance mutuelle entre DS, et faire en sorte qu'il n'y ait pas d'enjeu de pouvoir* ». Le partenariat est une « *stratégie des petits pas. Il faut faire preuve d'ouverture et prendre de la hauteur* ».

Le DSF A interviewé pense que la notion de pouvoir dans le partenariat peut perdre de son importance si « *une politique de soins et une politique de formation centrée sur l'étudiant est la priorité* ».

D'après lui, « *une réflexion conduite sur les valeurs professionnelles, inscrites et formalisées dans le projet de soins et le projet de formation permet de dépasser cette notion d'enjeu de pouvoir* ».

Le DSF A est du même avis et estime que le partenariat n'est pas uniquement basé sur la relation personne dépendant. Il indique : « *si il y a une entité hospitalière, si la formation des professionnels, les valeurs, les convictions, les finalités et les stratégies sont les priorités données à la politique et à la visée du projet, alors le partenariat est possiblement réalisable et durable* ». Dans ce cadre là, la relation affective perd toute son importance au prorata d'une relation professionnelle qui engendre des relations de confiance, et permet ainsi la mise en place d'un partenariat assuré. Pour le DSG M, « *le principe du partenariat est dans la confiance* ».

Le DSG A interviewé évoque le critère de franchise : « *la spontanéité dans les relations de travail est le fondement d'un partenariat qui incite au partage notamment en cas de difficultés* ».

Pour faciliter les relations, le DSF A évoque « *l'importance de la parole et l'utilité des échanges* », notamment lorsque ceux-ci expriment des divergences d'opinions. Le DSF G parle « *d'échanges sans censure et un langage clair* ». Les notions de franchise, de tolérance, de sincérité et d'ouverture d'esprit sont souvent invoquées.

Ainsi, des enjeux de pouvoir entre les partenaires peuvent altérer leur relation dans le travail. Pour autant, le partenariat est possible et envisageable si la place de l'étudiant reste la priorité définie par les professionnels.

B) Des relations qui se bonifient avec le temps

La plupart des DS décrivent des relations dégradées voire inexistantes dans le passé. Cette absence de collaboration se caractérise par un manque de dialogue, de volonté commune de travailler ensemble et d'implication dans la mise en place d'outils.

Tous les DS interviewés s'accordent à dire qu'aujourd'hui les relations s'améliorent et qu'ils trouvent un intérêt à collaborer. « *les relations sont bonnes et se passent bien* ». Pour le DSG A, « *l'amélioration des relations est aussi une question de générations* ».

Tous ont abordé la notion de volonté commune pour les préalables à un partenariat.

Le CSS interrogé indique qu'au sein de son établissement, le partenariat entre le DSG et le DSF a été immédiat. Il s'est fait à l'initiative des 2 DS, arrivés en même temps au centre hospitalier et tous deux issus de la même promotion de l'ENSP. La volonté du DSG est d'intégrer complètement l'IFSI dans l'hôpital.

Le DSG A organise des réunions de CS et de CSS de tous secteurs confondus et y convie systématiquement les cadres enseignants.

Selon lui, « *l'encadrement des étudiants est un levier de changement managérial ; le recrutement, un moyen de fidélisation des élèves et un indicateur de qualité des soins* ».

Le DSF G parle « *d'attentes des deux côtés estimant que l'IFSI mène une réflexion centrée davantage sur les soins et la notion de qualité, et l'hôpital basé principalement sur l'apprentissage clinique et les pratiques professionnelles* ». Selon lui, « *la démarche doit venir des instituts qui sont centrés sur la pédagogie. Le DSG G est centré sur le patient* ». « *L'IFSI a une vue prospective du métier, elle donne l'impulsion* ».

Pour le CS enquêté, « *l'articulation entre l'institut et l'hôpital pourrait se concrétiser dans le cadre de l'accompagnement des étudiants en stage avec des objectifs partagés sur le développement des compétences. Ceci favoriserait la collaboration entre les cadres des services et les cadres formateurs malgré les préoccupations et missions différentes de chacun* ».

Tous, à ce jour, ont pris conscience de l'importance de la formation des futurs professionnels. Celle-ci ne peut être professionnalisante que si les parties impliquées travaillent en commun pour œuvrer dans le même sens. L'encadrement des étudiants en stage et l'élaboration d'outils sont vraisemblablement, au regard des entretiens menés, le levier à ce partenariat, notamment dans le cadre de la formation en alternance dispensée aux étudiants en soins infirmiers.

C) Les facteurs favorisant le partenariat

Les DS interrogés ont, au décours des entretiens, cité des mots qui caractérisent les relations partenariales qu'ils entretiennent avec leurs homologues. Ils évoquent :

- La connaissance et la reconnaissance mutuelle : au-delà de la reconnaissance des personnes, les DSF enrichissent cette notion par la reconnaissance des structures et des missions.
- Le respect des personnes et des spécificités de chacun : les DSG insistent sur cet aspect et disent que « *les DS doivent tenir compte des spécificités, respecter les différences de chacun et accepter l'autre tel qu'il est* ».
- La confiance mutuelle et le regard positif sur l'autre se traduisent par le développement d'une solidarité entre DS.
- La volonté réelle de travailler ensemble et de créer un véritable partenariat basé sur des objectifs communs.
- La collaboration et la complémentarité basées sur la qualité des relations humaines et l'écoute.
- La connaissance du travail de l'autre : le DSF G indique que « *le meilleur moyen de respecter l'identité de l'autre, c'est de bien connaître ce qu'il fait sans remettre en question les identités professionnelles de chacun* ». Il est nécessaire que les limites et les compétences soient bien réparties.

D) Validation de l'hypothèse 4 : les éléments recueillis indiquent des relations interpersonnelles basées sur des principes fondateurs

Les DS sont unanimes pour dire que les relations interpersonnelles sont enrichies par des principes fondateurs essentiels et interdépendants, constitutifs d'un véritable partenariat. Il s'agit de la reconnaissance de l'autre, de la reconnaissance mutuelle, du respect, de la confiance et de la volonté de travailler ensemble.

Les enjeux de pouvoir existent et engendrent des freins et des conflits dans les relations de travail, pour autant, cette relation de pouvoir ne devrait pas exister puisque DSF et DSG sont en liaison fonctionnelle, sans aucun pouvoir hiérarchique. Ainsi, nous pouvons dire que l'hypothèse 4 est validée et que les relations interpersonnelles entre les deux DS importent fondamentalement dans le partenariat.

2.6 L'analyse globale des résultats

L'analyse globale des données recueillies comparée aux hypothèses de départ montre que les Directeurs de soins Gestion et Formation sont engagés dans un processus de partenariat dont l'intensité de la production est proportionnelle à la proximité institutionnelle des acteurs, à leurs affinités personnelles facilitant une communication interpersonnelle et suscitant l'envie de travailler ensemble. La bonne entente des acteurs permet d'amorcer et de faciliter ce partenariat qui semble émergent et palpable aujourd'hui entre les structures hospitalières et les instituts de formation qui y sont adossés.

Les acteurs trouvent un intérêt à faire évoluer ce partenariat potentiellement conflictuel car lié à des enjeux de pouvoir, vers une relation porteuse de sens et productrice de compétences pour les futurs professionnels en soins infirmiers.

La clarification de leurs enjeux respectifs, l'identification de leur domaine de compétences et la reconnaissance du travail de chacun les aide à dépasser le stade du conflit pour évoluer vers un partenariat solide et durable. Cette construction est renforcée par la volonté de ne pas tenir compte de la dimension affective dans le travail et de considérer la formation dispensée aux étudiants en soins infirmiers comme la priorité essentielle.

Cette formation en alternance qui implique à la fois les professionnels des instituts et des établissements hospitaliers prend désormais tout son sens.

Les stages en constituent le lieu commun et l'interface. Ils représentent une importance essentielle dans le processus de professionnalisation de l'étudiant en soins infirmiers et constituent un levier de changement et d'évolution dans le partenariat.

L'expérience professionnelle est utilisée dans le processus d'apprentissage et les DS mesurent la nécessité de travailler ensemble notamment en ce qui concerne l'encadrement des étudiants en stage. Cet accompagnement en situation de travail permet à l'étudiant de construire des compétences professionnelles et de tendre ainsi vers la professionnalisation.

Les projets de soins et projets pédagogiques ne sont pas encore élaborés en commun, toutefois les DSG et les DSF voient un intérêt à participer à leur conception. En revanche, de plus en plus de travaux entre les instituts de formation et les hôpitaux se mettent en place et se concrétisent.

L'objectif étant de développer des valeurs communes pour permettre à l'étudiant de faire le choix de son projet professionnel et de son itinéraire de formation.

Le partenariat entre les professionnels est viable si :

- les rapports entre les acteurs sont définis par des règles de fonctionnement validées par tous,
- la place et le rôle de chacun sont déterminés en fonction de la clarification de leurs enjeux,
- les domaines de compétences spécifiques à chacun sont reconnus,
- la relation est productrice de projets concrets, utilisables, propres à améliorer les situations de travail et intégrés dans la politique générale de développement de l'établissement de soins et de formation.
- Enfin et surtout, si l'étudiant en soins infirmiers est l'axe central et la priorité majeure que se donnent les professionnels de la santé pour améliorer la formation en alternance et la faire évoluer vers une formation professionnalisante.

Pour en assurer la solidité, l'élément fondateur de ce partenariat est la détermination d'une identité entre Directeur des soins assise sur des bases communes aux secteurs d'activité de la gestion et de la formation.

La formation actuelle des Directeurs des soins à l'ENSP contribue à forger cette identité et deux CGS G et DSF interviewés en sont l'illustration. Ceci constitue une note positive et encourageante, même si les effets de la formation ne sont pas toujours mesurables sur cet éventuel partenariat.

L'analyse globale de l'étude de terrain nous amène naturellement à aborder les perspectives et préconisations d'actions envisageables au regard des écarts identifiés entre les hypothèses et la réalité des situations observées.

3 Les perspectives et les propositions d'actions

Elles découlent d'une part, des conclusions tirées de nos entretiens sur le terrain, et d'autre part, de la littérature. Nous avons vu que les stages constituent au sein de la formation en alternance un temps d'apprentissage privilégié d'une pratique professionnelle. Afin que ce stage devienne réellement un temps de formation professionnalisant pour l'étudiant, il nous paraît indispensable que le Directeur des Soins Gestion s'investisse dans l'encadrement des étudiants en stage en collaboration avec les services et les instituts de formation.

3.1 Le développement d'un réel partenariat

Les avantages d'un partenariat effectif entre les DS chargés de la direction d'une école paramédicale et les DS des établissements ne sont plus à démontrer. Pour autant, la conduite d'une politique au service du partenariat convient d'être organisée. Le partenariat est en cours de construction et ses effets commencent à être perceptibles.

3.1.1 La communication

La pratique communicationnelle représente la phase préalable d'un partenariat d'action : avant d'agir ensemble, il faut parvenir à se comprendre et à réaliser une entente rationnellement motivée entre les deux parties. Il y a néanmoins des conditions à réunir pour que cette intercompréhension puisse aboutir et ces conditions sont plus éthiques que cognitives.

Comme nous avons pu l'identifier au décours des entretiens, se comprendre ce n'est pas seulement connaître le métier de l'autre, mais c'est aussi assurer un respect mutuel. C'est tenir compte du point de vue de l'autre, et donc adopter une attitude sociale « *modeste et attentive* », sans pour autant abandonner ses convictions.

Pour établir un partenariat efficient, les DS ont une grande part de responsabilité dans la communication des projets de soins et des projets pédagogiques. Leur investissement dans un travail de proximité et d'accompagnement avec l'encadrement facilite les relations interpersonnelles, établit un climat de confiance, de solidarité et suscite une appartenance à un collectif soignant paramédical. La convivialité facilite grandement la communication entre les partenaires et engendre une confiance mutuelle.

Pour R. FONTENEAU²⁷: « *Un partenariat qui fonctionne bien, produit souvent de la convivialité entre les acteurs partenaires, ce qui constitue un ciment parfois déterminant lorsque les difficultés apparaissent* ».

Le DSG crée une ambiance de travail chaleureuse et un climat de confiance. Il amène les acteurs à percevoir les enjeux et à participer à cette dynamique. Il propose, accompagne, incite, suscite, fait cheminer pour maintenir les motivations et faire perdurer la démarche.

3.1.2 La négociation et la mise en place d'une organisation structurant l'alternance

Les entretiens menés auprès des professionnels de santé ont confirmé que l'hôpital et l'IFSI ont deux logiques potentiellement sources de conflits. TILMAN et DELVAUX évoquent des logiques antagonistes : logique d'apprentissage des services et logique d'enseignement pour les centres de formation.

Ainsi, la prise en compte des interactions et des tensions entre ces logiques antagonistes est essentielle. Pour diminuer ces tensions, il est nécessaire de rechercher l'équilibration et la négociation entre les deux espaces de formation. En effet, l'équilibration conduit à un modèle émergeant à l'interface des deux logiques qu'il est difficile de développer et de maintenir. C'est pourtant à ce niveau que la qualité risque d'émerger, car gérer les tensions entre les logiques contradictoires et les rendre compatibles, est un des enjeux principaux de l'alternance.

Favoriser la réussite du système d'alternance et rechercher l'adéquation avec les objectifs des actions de formation demande une organisation qui relève d'une ingénierie de projet partenarial. Sa mise en œuvre implique le respect des compétences de chacun, des conditions de coopération nécessaires à l'alternance, sans pour autant nier les identités.

Pour les responsables et les acteurs de formation, des temps d'échanges et des instances communes doivent être organisés pour que la relation s'organise entre les deux lieux d'apprentissage.

Ces instances peuvent concerner la politique de formation mais aussi l'organisation, la pédagogie et l'évolution de la formation en alternance. Le développement et la bonne gestion de l'alternance dépendent en partie de la capacité des acteurs de se doter de telles instances et d'outils communs de gestion.

²⁷ R.Fonteneau, «Partenariat interne et qualité de soins », *Revue Soins Formation Pédagogie Encadrement*, n°18, 2ème trimestre 1996.

Ces instances de concertation sont les canaux relationnels qui permettent de se retrouver et d'envisager la formation en terme de responsabilité partagée mais également de se connaître et de travailler autour d'un objectif commun : l'étudiant en formation. En ce qui concerne le service de soins, la CSIRMT peut-être l'instance pour organiser ce travail en partenariat.

La finalité étant de limiter les décalages entre pratique professée et pratique exercée afin que les étudiants puissent aborder en cours et retrouver sur les lieux de stages les valeurs communes du soin.

3.1.3 La formation à l'ENSP

L'accélération du processus relationnel est conditionnée par la valeur et la dimension de l'identité professionnelle des Directeurs de soins. La formation à l'ENSP facilite la construction de l'identité professionnelle par l'acquisition d'une culture commune propice à la compréhension mutuelle et à la diminution de certaines appréhensions.

Un des défis de notre prochaine prise de fonction est d'arriver à reproduire sur le terrain l'esprit fédérateur impulsé par la formation en vue d'organiser une responsabilité partagée. L'ENSP favorise l'inter professionnalité et la rencontre de plusieurs métiers de base de l'hôpital (infirmier, technicien en analyse biomédicale, manipulateur en électroradiologie médicale et masseur-kinésithérapeute).

Ceci permet de confronter des sensibilités, des logiques et des cultures professionnelles différentes. Néanmoins, nos fonctions d'encadrement ou de formation nous ont déjà rapprochés, ce qui facilite une compréhension et un respect mutuels évitant toute réaction corporatiste.

D'autre part, l'inter fonctionnalité dans la formation réunit des DS fonction gestion et fonction formation. Se former ensemble doit inciter à la construction de projets communs entre instituts de formation et établissements de santé et doit permettre un partage de ressources. L'intégration des deux fonctions en formation à l'ENSP permet d'échanger sur les fonctions respectives, complémentaires et intégrées des Directeurs des soins.

Au-delà de leur expertise en gestion des soins ou en formation, les DS peuvent se rejoindre sur leur objet commun : le soin. Le recentrage sur celui-ci est une démarche fédératrice qui donne du sens à leur action. Il leur permet d'identifier les fondements d'une politique de soin et de formation pour les articuler ensemble ou au mieux, n'en faire qu'une.

3.2 Une formation en alternance de qualité

Nous avons mis en évidence que l'alternance dans la formation des étudiants en soins infirmiers est devenue une nécessité incontournable dont les stages constituent le pivot. Cependant, le développement d'une alternance de qualité ne peut être pertinent et durable qu'après un examen attentif des conceptions et des pratiques ainsi que d'une cohésion qualitative des deux.

3.2.1 L'alternance et l'encadrement des étudiants

L'encadrement des étudiants en stage est fondé sur une coopération entre les acteurs où chacun peut réguler ses pratiques en les partageant avec l'autre. Le tutorat est une fonction essentielle dans la gestion de l'alternance car elle est l'interface entre deux mondes qui ont peu l'occasion de coopérer. Il peut contribuer au dépassement des classiques oppositions théorie / pratique en les surpassant par des conceptions où la formation est la résultante des interactions entre des lieux et des logiques parfois contradictoires.

Pour être pertinente, cette fonction formatrice et délicate de gestion d'un processus participatif doit être négociée, reconnue et valorisée. Les DS interviewés ont réaffirmé cette notion et précisé que la responsabilité du CS reste totale dans l'encadrement des stagiaires.

Pour cela, il doit veiller à entretenir le partenariat avec l'institut de formation et mobiliser le potentiel de chaque membre de son équipe. Le tutorat revêt deux grandes fonctions : une mission de socialisation professionnelle et une mission de transmission des pratiques professionnelles. Le tuteur est la locomotive, le coordinateur de l'entreprise formatrice. Il doit être vécu comme une responsabilité partagée et reconnue par toute l'institution et non comme une fonction isolée.

Le tutorat est devenu une véritable fonction stratégique qui vise à transmettre des pratiques professionnelles, donc à organiser un parcours initiatique. Il est le pivot de la formation sur le lieu de travail et réintroduit l'entreprise comme acteur de la formation des étudiants en soins infirmiers.

Le DSG participe à la mise en œuvre et au suivi de la démarche pour garantir l'usage d'une méthodologie et d'outils communs sur l'ensemble de l'hôpital afin de promouvoir une politique de soins et une cohérence institutionnelle.

Selon S. DE FOURNAS, « *le tutorat facilite l'accueil et l'intégration des étudiants grâce à un accompagnement personnalisé. L'hôpital est alors une entreprise tutrice qui se donne ainsi les moyens de transmettre son savoir-faire* »²⁸.

Ainsi, les services deviennent de véritables structures apprenantes et l'alternance dans la formation est résolument intégrative.

3.2.2 La prise en compte des retours d'expérience

L'alternance remet continuellement en question les modes de formation. Elle incite à la recomposition et à l'innovation en matière de pédagogie : partir de l'expérience des apprenants, accorder de la valeur aux savoirs d'action, ne pas évaluer que des savoirs théoriques. Elle suscite, d'autre part, des relations renouvelées entre les acteurs de l'alternance, incite à la connaissance de l'autre monde, notamment quand les attitudes prises restent ouvertes et quand les décisions sont négociées.

Enfin, elle encourage à développer des actions nouvelles entre organisations qui reconnaissent qu'elles gagnent à coopérer. Sans renier nos propres intérêts, nous pouvons les dépasser au bénéfice des apprenants et dans celui des organisations qui s'engagent dans l'alternance. La prise en compte des retours d'expérience est fondamentale pour tendre vers une formation professionnalisante car l'étudiant s'inscrit dans un processus d'auto questionnement et d'auto évaluation qui lui permet de procéder sans cesse à des réajustements.

3.2.3 La place du DSG dans la conception d'une formation en alternance professionnalisante

Les conceptions et les pratiques de l'alternance sont évolutives et toujours en reconstruction afin de garantir la pertinence des actions face à la diversité et à la singularité des situations où les environnements changent et se modifient. Aussi, pour construire une alternance de qualité, professionnalisante pour l'étudiant, le DSG s'engage à mettre en place une organisation structurant cette alternance. Elle passe par la communication, la négociation, le respect des spécificités de chacun, et la mise en place d'instances de concertation et de régulation.

²⁸ S.De Fournas, « Le tutorat infirmier à la Fondation Hôpital Saint-Joseph ». Objectifs Soins, juin-juillet 2000, n° 87, p 4.

La qualité de la formation repose avant tout sur les acteurs et les relations qu'ils entretiennent. Ils conçoivent et développent des organisations singulières, souples et adaptées qui laissent place aux initiatives. La réussite de la formation suppose une articulation entre les projets pédagogique, de soins et de l'étudiant.

La notion de co-investissement implique, par conséquent, la négociation entre les deux partenaires des conditions de réalisation du projet de formation au service du futur professionnel en soins infirmiers.

3.3 La mobilisation des partenaires autour d'un projet fédérateur

Le projet est la substance qui permet de fédérer les acteurs, de développer et d'asseoir le partenariat de manière durable dans le temps.

3.3.1 Un projet négocié, fondé sur des valeurs

Tout projet est ancré dans des valeurs directrices qui sous-tendent les actions entreprises et conduites autour de l'alternance.

La mobilisation se construit par des intentions ou des objectifs à atteindre qui sont négociés. C'est l'élaboration conjointe du projet qui garantit la communauté de travail et l'engagement des partenaires. Les acteurs ont des logiques contradictoires qui sont assorties d'un langage et d'une idéologie propres qui exigent par conséquent une première négociation sur le sens des mots.

L'ingénierie de projet mobilise des compétences spécifiques reconnues et partagées. La personne initiatrice du projet développe des actions d'écoute, de mise en relation, de négociation, de mobilisation nécessaire pour lancer des processus d'innovation. Le DSG peut tenir le rôle déterminant de « porteur du projet » qui fédère l'ensemble des partenaires.

Les processus nécessaires à l'innovation dépendent de sa personnalité et de ses attitudes positives. Au-delà de cette dynamique individuelle, c'est l'engagement d'un groupe porteur autour des valeurs et des actions développées qui assure l'évolution de la formation en alternance et de sa professionnalisation.

3.3.2 La construction d'outils au service du partenariat

Au-delà d'une organisation structurée, le partenariat nécessite un fondement de base qui se traduit par la définition de règles déterminées dès le départ. Celles-ci font l'objet d'élaboration de documents qui sont validés par l'ensemble des acteurs et engagent les parties dans le pilotage et le suivi de l'action.

Ces outils souples, adaptés aux acteurs et aux situations formalisent l'engagement des partenaires dans l'élaboration et l'accompagnement dans la formation et apportent paradoxalement une garantie à cette souplesse, car ils peuvent aussi présenter le risque de figer les rapports. La garantie du partenariat réside alors davantage dans les attitudes que dans l'utilisation stricte des instruments néanmoins nécessaires.

La qualité de la formation en alternance subsiste dans les capacités à concevoir des modèles complexes qui passent par des démarches et des outils simples faisant appel aux intelligences et au professionnalisme plutôt qu'à des outils compliqués et sophistiqués.

Pour J. SCHNEIDER, « *il n'y a pas un modèle de l'alternance applicable comme une recette. Cependant, il existe des démarches communes et des outils que chacun devra adapter dans le contexte qui lui est propre* ». ²⁹

La construction d'outils au service du partenariat peut également concerner l'encadrement et l'accueil des étudiants en stage³⁰. Nous savons que les temps de stage représentent près de 50% du programme des études des professions paramédicales. Or, les services travaillent souvent de façon isolée et il n'existe pas toujours de politique générale sur l'ensemble de l'établissement. Certains lieux de stage élaborent leurs propres moyens pour évaluer la progression de l'étudiant, et ce n'est pas forcément fait en lien avec l'institut de formation.

Le DSG impulse une dynamique dans la politique d'encadrement menée dans l'établissement qu'il inscrit dans le projet de soins. C'est ainsi qu'il incite et contribue à l'élaboration d'une trame commune standard de projet d'encadrement pour l'ensemble des services, certains pouvant être personnalisés en fonction des contraintes et des spécificités des services.

Ce projet global d'encadrement est l'assise, la fondation de chaque projet d'encadrement qui apporte une certaine cohérence et uniformisation de l'accueil des étudiants en stage. Ce projet se conçoit en équipe. Il se traduit par un document écrit communiqué aux différents partenaires de la formation. Il est évolutif et peut-être modifié selon l'organisation d'un stage ou des objectifs de stage.

²⁹ J Schneider, « Réussir la formation en alternance », INSEP Editions, 1999. p. 29.

³⁰ Voir annexe 4.

L'élaboration d'un livret d'accueil³¹ spécifique à l'étudiant construit en partenariat entre les services de soins et l'institut de formation constitue également un outil commun générateur de critères et d'indications utiles à l'étudiant. Il lui permet de personnaliser son parcours de formation en lien avec son projet professionnel. Ainsi, il se responsabilise et devient complètement acteur de sa formation.

Le répertoire des lieux de stage³², qui est un exemple évoqué par le DSF A lors de son interview, propose un outil au futur professionnel qui répertorie l'ensemble des offres de stage à partir d'un modèle de fiches commun à l'ensemble des services. « *C'est un outil élaboré au niveau des terrains de stage, en concertation avec l'école. Il est mis à la disposition des étudiants pour programmer leurs stages. Il est revu chaque année parce que les disponibilités de stage évoluent* ».

Ce répertoire améliore l'accueil et l'information des stagiaires qui sont au cœur des préoccupations du DSG. Les offres de stage favorisent l'intégration des étudiants en stage et préparent sa venue dans l'établissement de santé. Collectées sous forme de répertoire, les offres de stage sont adressées in fine aux centres de formation.

3.3.3 L'articulation entre projet de soins et projet pédagogique

Les projets de soins et les projets pédagogiques existent dans les hôpitaux et instituts de formation enquêtés. Toutefois, nous l'avons relevé, leurs élaborations sont faites distinctement et il n'y a pas ou très peu d'articulation entre les deux projets.

Or, pour donner du sens à toutes les actions qui seront menées conjointement entre l'établissement de santé et l'IFSI, projet de soins et projet pédagogique doivent trouver une articulation où la préoccupation essentielle reste le soin. Ainsi, les actions conduites pourront s'ancrer dans une logique de travail en interdisciplinarité et trouver un fondement dans une philosophie de soins partagée.

Les projets sont dans l'obligation de coexister avec d'autres projets avec une attention particulière aux frontières communes et zone d'interférence. Selon JP.BOUTINET : « *Interférence et emboîtement se feront par la négociation qui donnera l'occasion d'infléchir, de corriger, de modifier certaines perspectives choisies, pour les rendre compatibles avec les impératifs des autres projets* ». ³³ Un projet, dans sa conception, fédère les acteurs autour d'objectifs communs et implique à la fois une négociation

³¹ Voir annexe 5.

³² Voir annexe 6.

³³ JP.Boutinet, « Anthropologie du projet ». Paris : Presses Universitaires de France, 2001.p.209.

permanente et une régulation continue. Ainsi, engagés dans ce processus, les partenaires qui ont décidé de travailler ensemble s'inscrivent dans des relations durables qui leur permettent, non seulement d'anticiper, mais également d'évaluer les objectifs déterminés et donc de réajuster sans cesse par rapport au prévu.

3.4 La place du DSG et du DSF dans la formation professionnalisante de l'étudiant

La qualité de la formation en alternance pour les étudiants en soins infirmiers est à construire et à entretenir. Elle ne peut pas être totalement imposée aux acteurs, et il convient de la susciter et de la générer. La prise en compte d'une ou plusieurs des propositions citées permet à la formation de gagner en qualité et d'amener les futurs professionnels de santé à se responsabiliser en personnalisant leur parcours de formation par le développement de leur projet professionnel.

La coopération entre les acteurs impliqués, issus de deux mondes différents avec des logiques et des points de vue divergents est une richesse à exploiter car ce travail de recherche nous a permis de démontrer que le partenariat ne signifie pas la perte de l'identité des partenaires, mais au contraire, le respect de leur spécificité qui est mise au service de la formation de l'étudiant.

Le développement du partenariat reste complexe car il repose avant tout sur les acteurs et les relations qu'ils entretiennent. La négociation, la communication et la transparence dans les relations, souvent évoquées par les personnes interviewées, sont les préalables et les fondements d'un partenariat durable. Ils permettent aux acteurs engagés, de travailler dans la confiance, chacun étant reconnu dans le domaine de compétences qui lui est propre. Ce travail en interdisciplinarité donne de la cohérence aux actions entreprises et permet à l'étudiant comme aux professionnels de la santé, de s'inscrire dans une démarche pourvue de sens car l'interaction systémique entre le cadre institutionnel, le cadre pédagogique et l'étudiant est réelle.

Les DSG et DSF sont tous deux impliqués dans la politique d'encadrement des étudiants et s'accordent à dire que le partenariat favorise le développement de la qualité de la formation en alternance. Les interviews menées dans le cadre de l'enquête d'une part, la formation à l'ENSP et l'évolution des mentalités d'autre part, nous permettent de constater que les DS ont pris conscience de la nécessité de coopérer.

Les stages, s'ils sont le lieu commun d'apprentissage, permettent l'émergence et l'acquisition des compétences attendues.

Le concept de la compétence est l'enjeu de la professionnalisation qui passe par une formation en alternance construite et structurée où l'étudiant est au centre du dispositif.

Conclusion

Le partenariat entre instituts et terrains de stage dans l'alternance est une composante importante dans la formation des futurs professionnels. Il est par conséquent indispensable de déterminer la responsabilité et l'engagement de chaque partenaire. Les DS doivent faire preuve d'inventivité pédagogique pour créer et mettre en scène des situations d'apprentissage qui apportent une plus-value éducative et fasse vivre l'alternance intégrative dans la formation initiale des IDE.

Les différents partenaires doivent se retrouver sur une conception partagée de la prestation de soins. La forte articulation théorie / pratique de la formation alternée plaide pour une continuité du modèle de formation et du modèle professionnel. Le dialogue entre partenaires doit être suscité et entretenu, des objectifs communs doivent être réalisables donc pragmatiques et concrets. En cela, le DS a un rôle fédérateur dynamisant. Il est un catalyseur des énergies pour donner du sens aux actions, créer des liens et faire en sorte de les entretenir.

La qualité d'une formation en alternance tient souvent à la cohérence des projets avec des principes organisateurs et des stratégies pédagogiques. Elle nécessite un engagement permanent des acteurs sachant se remettre en question et se saisir des idées nouvelles. C'est être capable de repenser la formation autrement, de la co-construire de manière négociée et partenariale et d'accompagner les étudiants dans leur projet.

Dans des contextes professionnels et organisationnels en forte mutation, il devient primordial que chacun soit capable de faire évoluer ses fonctions dans des collectifs élargis. Un partenariat nécessite des réglages permanents des relations partenariales. Sa pérennité passe par des bases communes solides et entretenues tenant compte des réalités de terrain, en constance mouvance et de la conjoncture hospitalière.

Aujourd'hui, le législateur marque d'une empreinte forte les liens entre les DS des deux fonctions. Beaucoup d'efforts sont en cours pour harmoniser les objectifs des uns et des autres. Nous allons concentrer nos énergies sur la mise en place d'une organisation réfléchie et formalisée permettant aux services de devenir des structures apprenantes. Le challenge est de travailler en réel partenariat pour une formation professionnalisante centrée sur les futurs professionnels. Avec un partage des responsabilités clair et explicite, le partenariat aura une réelle légitimité et toute sa raison d'être dans la conduite conjointe de la formation initiale des IDE. Il pourrait s'étendre aux autres formations paramédicales.

Bibliographie

TEXTES REGLEMENTAIRES

Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

Décret du 23 mars 1992 relatif à la formation en soins infirmiers et ses additifs.

Ordonnance de 1996 relative à l'évaluation des pratiques.

Arrêté du 6 septembre 2001 relatif à l'évaluation des connaissances et des aptitudes acquises au cours des études conduisant au Diplôme d'Etat d'Infirmier.

Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de Directeur des Soins de la fonction publique hospitalière.

Ordonnance du 4 septembre 2003, Schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération.

Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties 4 et 5 du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code, comportant des actes, règles et déontologie professionnels.

Loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales.

Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

Décret n°2005-421 portant diverses dispositions relatives au fonctionnement des établissements de santé et modifiant le code de la santé publique.

OUVRAGES

BENNER P. *Du novice à l'expert, excellence en soins infirmiers*. InterEditions. Paris, 1995.

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

CREMADEZ M. et GRATEAU F. *Le management stratégique hospitalière*. Edition Masson. InterEditions. Paris, 1997. 448 p.

CROZIER M. *Le phénomène bureaucratique*. Editions du Seuil. Paris, 1963.

CROZIER M. et FRIEDBERG E. *L'acteur et le système*. Editions du Seuil. Paris, 1992. 500 p.

DUBARD C. *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*. Collection Armand Collin. Paris. 262 p.

GEAY A. *L'école de l'alternance*. L'Harmattan. Paris, 1998.

LE BOTERF G. *Développer la compétence des professionnels. Construire les compétences individuelles et collectives*. Edition d'organisation. Paris. 214 p.

LEVY-LEBOYER C. *La gestion des compétences*. Edition d'organisation. Paris, 1996. 165 p.

PEPEL P. *Se former pour enseigner*. Edition Bordas. Paris, 1988.

SCHNEIDER J. *Réussir la formation en alternance*. INSEP Editions. Paris, 1999. 214 p.

TILMAN F. et DELVAUX E. *Manuel de la formation en alternance*. Edition Chronique Sociale. Paris, 2002. 174 p.

VASSILEFF J. *La pédagogie du projet en formation jeunes et adultes*. Edition Chronique Sociale. Lyon, 1988.

ARTICLES DE PERIODIQUES

BLANC B. La place du projet dans le projet pédagogique. *Soins formation pédagogie encadrement*, 1993, n°7, 3^e trimestre.

BONNIOL JJ. La passe ou l'impasse, le formateur est un passeur. *Cahier en question*, Aix en Provence 1996, n°1.

DE FOURNAS S. Le tutorat infirmier à la Fondation Hôpital Saint Joseph. *Objectifs soins*, juin- juillet 2000, n°87. p 4.

EYMARD- SIMONIAN C. S'entraîner à l'élaboration et à la gestion du projet professionnel. *Masson*, 2^e Edition. 1993

FONTENEAU R. Partenariat interne et qualité de soins. *Revue soins formation pédagogique encadrement*, 1996, n°18, 2^e trimestre.

GAUDEL A. et al. La formation par les pairs. *Soins cadres*, février 2004, n°49.

JOUTARD T. Professionnalisation et transfert de compétence. *Soins cadres*, mai 2004, n°50.

KRANKENPFLEGE. Compétence et humanité: l'identité infirmière s'affirme. *Soins IDE*.

MOREAU D. Entre compagnonnage et partenariat, ensemble dans l'alternance. *Soins cadres*, février 2004, n°49.

NEULAT P. Accompagner le processus de professionnalisation. *Objectif soins*, janvier 2006, n°142.

SACHS B. Partenariat en théorie et en pratique. *Liaisons sociales*, 2001, n°95.

ZAMBONI MA. et BENAMEUR P. Tutorat: penser l'encadrement pour mieux former. *Objectif soins*, décembre 2006, n°151.

La formation en alternance, les enjeux du projet pédagogique. *Revue soins formation pédagogie encadrement*, 1993.

AUTRES PUBLICATIONS

ANADON M., CANARIO B. et al. *Le partenariat: définitions, enjeux, pratiques*. Edition Education permanente, 1997, n°131. 219 p.

BAGROS P., LECAT B. et al. *L'alternance, une alternance éducative?*. Edition Education permanente, juin 2005, n°163. 171 p.

BOUTINET JP. *Anthropologie du projet*. Presses universitaires en France. Paris, 2001. p 209.

HOUSSAYE J. *L'alternance, se former plus*. Pratiques et apprentissages de l'éducation. Octobre 1991.

LANDRY C. *Conclusion générale et proposition d'un cadre d'analyse du partenariat*. Presses de l'université du Québec. Québec, 1994.

LANDRY C. et MAZALON E. *Les partenariats école- entreprise dans l'alternance au Québec: un état des recherches*. Edition Education permanente, n°131. Québec, 1997.

LE DOUARON P. *Alternance et négociation*. Edition Education permanente, n°115. 1993.

LEGAULT GA. *Crise d'identité professionnelle et professionnalisme*. Presses de l'université du Québec. Québec, mai 2005.

MAROY C. *Le partenariat: concept ou objet d'analyse?*. Edition Education permanente, n°131. 1997.

RAYNAL F. et DELVAUX E. *Pédagogie, dictionnaire des concepts clés*. Edition Chronique sociale. 2002. 174 p.

THIETART RA. *Le management*. Edition Que sais-je, 11^e édition. Paris, 2004. 127 p.

VILLENEUVE L. *L'encadrement du stage supervisé*. Montréal Saint Martin. 199 p.

ZAY D. *Etablissements et partenariat en France*. Presses de l'université du Québec. Québec, 1994.

Dictionnaire Petit Robert, 1970. p 48.

DOCUMENTS ELECTRONIQUES

<http://www.cadredesante.com>: L'alternance: de la nécessité d'un partenariat entre cadres formateurs et cadres de terrain pour la professionnalisation des étudiants infirmiers. PAPIN AC. 16 juillet 2004

<http://www.cadredesante.com>: La démarche qualité de la formation en IFSI. DURAND C. 30 avril 2005.

MEMOIRES

BETOULLE F. *Le directeur des soins et la fusion de deux IFSI : émergence d'une identité nouvelle et stratégie d'accompagnement du changement*. Mémoire Directeur des soins: Ecole Nationale de la Santé Publiques Rennes, 2004. 61 p.

DO CHI D. *Directeur des soins formation/ Directeur des soins gestion: un partenariat générateur de compétences*. Mémoire Directeur des soins: Ecole Nationale de la Santé Publique Rennes, 2005. 53 p.

Liste des annexes

Annexes non publiées

Annexe 1 : grille d'entretien DS, CSS, CS

Annexe 2 : grille d'entretien DRH

Annexe 3 : grille d'entretien IDE

Annexe 4 : procédure d'encadrement des stagiaires

Annexe 5 : livret d'accueil des stagiaires IDE-AS

Annexe 6 : répertoire des lieux de stage : exemple de fiche descriptive de deux service de soins