



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur des soins

Promotion 2002

**Adaptation à l'emploi
et recrutement des infirmiers :
un légitime partenariat entre
Direction des soins et Direction
d'institut de formation.**

Brigitte LAVIEILLE-SCHERB

Sommaire

1 - INTRODUCTION	4
2 - CONTEXTE ET CADRE CONCEPTUEL	7
2.1 FORMATION EN ALTERNANCE.....	7
2.1.1 <i>Définition.....</i>	7
2.1.2 <i>Historique.....</i>	7
2.1.3 <i>Alternance : un « méta système interface » entre l'école et l'entreprise</i>	9
2.1.4 <i>Aspect pédagogique de l'alternance en formation</i>	10
2.1.4.1 <i>Plusieurs modèles</i>	10
2.1.4.2 <i>Alternance, complexité et interdisciplinarité</i>	11
2.1.5 <i>Aspect socio-économique de l'alternance en formation.....</i>	11
2.1.5.1 <i>Aspect social</i>	11
2.1.5.2 <i>Aspect économique</i>	14
2.1.6 <i>Alternance et formation des infirmiers.....</i>	16
2.2 LE PARTENARIAT.....	21
2.2.1 <i>Définition, aspect théoriques.....</i>	21
2.2.2 <i>Le partenariat : mode de relation privilégié des nouveaux rapports sociaux.....</i>	22
2.2.3 <i>Partenariat, transversalité et système de santé.....</i>	23
2.2.4 <i>Partenariat, transversalité et professions paramédicales</i>	23
2.2.5 <i>Le partenariat pour une mise en œuvre de l'alternance</i>	24
2.2.6 <i>Le partenariat DSSI directeur IFSI</i>	25
3 - PROBLÉMATIQUE.....	27
4 - HYPOTHÈSE	30
5 - LE CADRE DE L'ÉTUDE.....	31
5.1 CONDITIONS DE L'ÉTUDE	31
5.1.1 <i>Méthodologie et terrain d'enquête.....</i>	31
5.2 ANALYSE DE L'ÉTUDE.....	33
5.2.1 <i>Autour de la question d'adaptation à l'emploi du personnel infirmier.....</i>	33
5.2.1.1 <i>Des écarts</i>	33
5.2.1.2 <i>Des lacunes</i>	35
5.2.2 <i>Autour de la question du recrutement à la sortie des écoles.....</i>	37
5.2.3 <i>Quels sont, globalement les avantages d'un partenariat DEP / DSSI ?.....</i>	37
5.2.4 <i>Etre en accord avec les évolutions sociales et celles de l'environnement.....</i>	40
5.2.5 <i>Des freins au partenariat entre institut et établissement.....</i>	41
5.2.6 <i>Quels changements, la nouvelle formation des directeurs de soins peut-elle amener ?... 42</i>	42

5.2.7	<i>Les autres partenaires possibles, souhaitables</i>	42
5.2.8	<i>Les perspectives d'évolution</i>	43
6 -	PROPOSITIONS	44
6.1	PREMIÈRE ÉTAPE : CONCEVOIR DES PROJETS, ÉLABORER DES STRATÉGIES COMMUNES	44
6.2	DEUXIÈME ÉTAPE : MISE EN ŒUVRE CONCRÈTE.....	44
6.3	CRÉER, PROMOUVOIR DES INSTANCES AU SERVICE DU PARTENARIAT.....	48
6.4	ÉLABORER DES PROCÉDURES AU SERVICE DU PARTENARIAT	49
6.5	POUR S'INSCRIRE DURABLEMENT DANS UNE LOGIQUE DE TRAVAIL EN CONCERTATION.....	49
6.6	EN ÉVALUER L'EFFICACITÉ.....	50
7 -	CONCLUSION	51
	BIBLIOGRAPHIE	52
	LISTE DES ANNEXES	54
	ANNEXE 1 Grille des entretiens	55
	ANNEXE 2 Répartition des secteurs de responsable formation	56
	ANNEXE 3 Trame d'élaboration d'un livret d'accueil des stagiaires	58

Liste des sigles utilisés

ANIG	Association Nationale des Infirmiers Généraux
CAP	Certificat d'Aptitude Professionnelle
CEFIEC	Comité d'Entente des Formations Infirmières et Cadres
CSS	Cadre Supérieur de Santé
CSSI	Commission du Service de Soins Infirmier
DEP	Directeur d'Ecole Paramédicale
DRH	Directeur des Ressources Humaines
ENSP	Ecole Nationale de la Santé Publique
GPEC	Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers
IG	Infirmière Générale
IUFM	Institut Universitaire de Formation des Maîtres
RTT	Réduction du Temps de Travail

1 - INTRODUCTION

Maintes interrogations jalonnent la vie professionnelle. Parmi celles qui ont pu retenir mon attention, d'abord en temps qu'infirmière, puis, par la suite, en tant que cadre, j'ai choisi d'en traiter trois dans ce travail de préparation aux fonctions de directeurs de soins.

Il s'agit de questions relatives à l'adaptation à l'emploi des jeunes diplômés, à l'optimisation du recrutement de ceux-ci, et enfin aux problèmes de concertation et de communication entre les directions de soins et les directions d'instituts de formation aux fonctions d'infirmier.

En effet, encadrer des stagiaires, les évaluer, relève du travail quotidien d'une infirmière. Gérer l'adaptation à l'emploi de ces nouveaux agents dans les services, relève d'une des missions des cadres. C'est à l'occasion de ces exercices professionnels que j'ai pu, d'une part, observer des écarts assez importants entre ce qui pouvait faire l'objet d'enseignement dans les écoles et la réalité du travail, et d'autre part, apprécier l'impact de la qualité de l'accueil sur le désir des étudiants à vouloir se joindre aux équipes à l'issue de leur formation, cet impact étant d'autant plus précieux que le manque de personnel progressait.

Faire état de ces interrogations, chercher à comprendre, élucider ces problèmes relève, en tout premier lieu, du niveau de collaboration de ces différents acteurs et, bien évidemment, de la politique des directions concernées conduite à cet égard.

Toutefois, j'ai souvent regretté que le dialogue avec les responsables de la formation sur ces différents points fût assez difficile. Faute de temps, de volonté ? Il n'appartenait pas véritablement aux cadres du terrain de se prononcer délibérément sur ce phénomène. Le désir d'une plus grande collaboration avec les partenaires de la formation, d'une écoute réciproque était, en revanche, très présent. La majorité d'entre eux comptaient sur la direction du service infirmier de l'institution, pour initier un véritable débat.

La question « adéquation – formation – emploi », dans la sphère singulière hospitalière, a toute sa valeur. La prise en charge des patients se modifie au gré des progrès scientifiques, des évolutions technologiques et culturelles. On ne peut pas faire l'économie d'une analyse des pratiques professionnelles et d'une mise perspective des modes d'enseignements, du contenu de la formation avec les compétences requises pour l'exercice de ces métiers dans les services hospitaliers.

La formation initiale en alternance doit garantir cette adéquation. Ce type de formation correspond bien à l'actuelle tendance à l'échelon national comme européen, d'optimisation

des moyens et outils de formation pour une meilleure adéquation entre la formation et l'emploi.

Actuellement, les établissements de santé sont confrontés à une pénurie du personnel infirmier et à des difficultés de recrutement. Ce problème n'est pas nouveau. Il se pose régulièrement. Déjà dans les années 90, une crise à peu près semblable avait donné lieu à des recherches sur les origines de ce phénomène¹ et à des éléments de réponse possibles pour pallier ce manque. Parmi les différentes causes identifiées, d'aucuns soulevaient déjà des problèmes de formation des personnels, d'accueil des élèves sur leur lieu de stage, et de partenariats conflictuels entre les institutions (écoles et établissements). Le Conseil de l'Europe, également ému par ces difficultés de recrutement, recommandait² aux ministres des Etats membres de promouvoir la recherche infirmière pour améliorer la qualité des soins, cette question devenant encore plus pertinente en période de rareté du personnel. D'autres causes ont pu être soulevées telle que celle de l'image, des métiers, des institutions aux yeux des jeunes étudiants. En effet, il est reconnu que la réputation, l'image d'une entreprise ou d'un établissement interviennent à 40 % sur le choix du lieu de travail des candidats,

Les métiers hospitaliers évoluent et tous les protagonistes sont appelés, si ce n'est enjoint, à collaborer, à se rencontrer et à mieux se connaître pour mener à bien leurs missions avec le plus de cohérence possible.

Il serait inepte de croire, encore aujourd'hui, avoir la possibilité de mener seul et diriger avec clairvoyance une activité ou encore un service. La prise en charge des patients doit être plurielle et coordonnée. La prise de responsabilités au sein d'une direction hospitalière doit l'être également. Dans une entreprise, stratégiquement, pour bâtir des scénarios volontaristes de développement et d'adaptation continue à l'environnement, il est dangereux de ne s'en tenir qu'aux prévisions. Il faut avoir une vue prospective, envisager les futurs possibles. A cette fin, la concertation pluridisciplinaire et les différents angles d'observation sont essentiels.

Ces problèmes d'adaptation à l'emploi, de recrutement et de concertation se posent avec d'autant d'acuité que le contexte économique contraint et incite de plus en plus à réfléchir en

¹ Walter HESBEEN, in « Les difficultés de recrutement des personnels infirmiers en France », 1993.

² Recommandation de 1996 du Conseil de l'Europe pour développer et promouvoir la recherche infirmière.

terme de productivité et d'efficacité. Les réponses à envisager doivent évoluer, être adaptées à l'environnement.

Fort de ce constat et m'appuyant sur le fait que la formation des infirmiers est une formation dispensée en alternance (50 % école, 50% stage), il m'est parut intéressant de mener une réflexion sur le partenariat entre les directeurs de service de soins et les directeurs d'instituts de formation en soins infirmiers. Une réflexion commune et un partenariat bien conduit seraient-ils susceptibles de réduire les écarts entre la formation et les besoins en compétences professionnelles sur le terrain ? Pourrait-on mettre en place des actions qui améliorent sensiblement le recrutement ; et enfin comment inscrire cette démarche dans une logique de travail en complémentarité et en accord avec les grandes tendances actuelles de concertation, de transversalité d'interdisciplinarité.

Ce travail portera en première intention sur les concepts d'alternance en formation et de partenariat. Ces concepts seront déclinés au regard de la sphère hospitalière. La problématique et l'hypothèse construites autour de ces éléments d'interrogation et de recherche feront suite à cet exposé. L'analyse des entretiens donnera lieu à une réflexion personnelle sur la contribution de l'infirmière générale à l'existence et la pérennité de ce partenariat et sera illustrée de propositions concrètes d'actions.

2 - CONTEXTE ET CADRE CONCEPTUEL

2.1 FORMATION EN ALTERNANCE

2.1.1 Définition

Gérard Malglaive et Anita Weber³ attribuent l'origine du terme «alternance» appliquée à la formation, à celle dispensée dans les maisons rurales de la fin 1940. Ces maisons étaient destinées aux jeunes agriculteurs, pour apprendre le métier de la terre mais aussi pour innover, combattre la routine et les modèles traditionnels.

2.1.2 Historique

Il peut être avancé que globalement, et ce, jusqu'au XVIII^{ème} siècle, la formation et l'apprentissage des métiers se sont fait au contact des anciens. Cependant, dès le XVI^{ème} siècle, on remarque que la transmission des savoirs nécessaires à l'exercice de ces métiers, s'exerce parfois en des lieux distincts des lieux de travail.

Ce n'est véritablement qu'à partir du siècle des Lumières, qu'apparaît l'idée « d'école professionnelle » avec le lien théorie-pratique, où l'on met « à l'épreuve » les théories énoncées.

Petit à petit, l'idée de construction des savoirs à partir de la pratique sera reléguée et l'on aboutira à la particularité française du « tout école », y compris pour les métiers ouvriers. Cette distance prise avec les savoirs issus de l'expérience fera que **l'apprentissage** sera dévalorisé par rapport aux **études** : « *l'échelle des mérites est celle du succès scolaire, selon des filières intellectuellement privilégiées* »⁴.

Les mutations structurelles et technologiques rapides des entreprises mettent en évidence « une distorsion entre leurs besoins et les qualifications disponibles aux sorties des écoles⁵. » La crise économique des années 70, le nombre croissant de jeunes qui quittent le système scolaire sans formation relancera le débat sur la nécessité d'un lien efficace entre l'école et l'entreprise avec comme corollaire, une progression dans la mise en œuvre de

³ G. MALGLAIVE et A. WEBER, « Théorie et pratique, approche critique de l'alternance en pédagogie » in revue française de pédagogie, n° 61, octobre 1982.

⁴ Raymond POUPARD, Le Débat, in « Construire la formation professionnelle en alternance. » p 20

⁵ Raymond POUPARD, Le Débat : Faisons le point, in « Construire la formation professionnelle en alternance. » p 16

formations alternées. Toutefois, cette alternance est plutôt adoptée par défaut comme une alternative au tout école, que comme une méthode pédagogique à part entière.

Les formations en alternance vont d'abord concerner les jeunes en difficultés scolaires pour les préparer au CAP.

L'apprentissage est restauré avec la loi de juillet 1971. « *Le principe d'alternance ne s'est jusqu'ici appliqué qu'aux filières de scolarisation destinées aux élèves en situation d'échec scolaire. En France, c'est sur la base de l'échec à instruire et à cultiver les jeunes de moins de 16 ans que l'école se rapproche de la production. En 1979, ce processus s'étend aux lycées d'enseignement professionnel pour instaurer une véritable éducation concertée.* »

Après la loi du 23 juillet 87⁶ et la démarche du haut comité Education Economie⁷, la voie est ouverte à ce type de formation pour la préparation de diplômes supérieurs ou équivalents au baccalauréat⁸. L'université adopte aussi ce type de formations pour certains cursus (par exemple, la formation d'ingénieur).

Ce concept est donc polysémique ; il s'applique aussi bien : aux stages d'intégration à la vie professionnelle sans formation dans un établissement ou école, à des séquences éducatives des élèves de lycées professionnels, à des périodes de formation pour l'obtention d'un baccalauréat professionnel, à l'apprentissage, aux contrats de qualifications, d'adaptation, d'emploi solidarité qu'à la formation initiale des professeurs d'école ou des professionnels paramédicaux.

Aujourd'hui, en France, avec les problèmes d'emplois récurrents pour certains secteurs de production, et sous l'effet des recommandations d'organisations européennes⁹ et internationales, un consensus assez large s'organise autour d'une part, de la nécessité de faire de l'entreprise un lieu de formation, et d'autre part, de favoriser de plus en plus, les voies de formation alternées, la finalité étant de proposer une formation qualifiante en lien avec l'emploi.

Des études de prospective, cofinancées pour moitié par l'Etat, sont menées sur la gestion des ressources humaines dans les entreprises pour les éclairer notamment, sur les évolutions prévisibles des emplois et des besoins de formation dans des secteurs en mutations économiques et ou technologiques. Ces études servent de base à la mise en œuvre de plans d'actions dans ces secteurs pour apporter une réponse concrète aux besoins prévisibles et souhaitables de recrutement et de formation.

⁶ Loi du 23 juillet 1987 sur l'apprentissage, Philippe SEGUIN

⁷ Loi du 10 juillet 1989 d'orientation sur l'éducation, Lionel JOSPIN

⁸ Le baccalauréat professionnel a été décerné pour la première fois en 1987.

⁹ Programme « Léonardo » pour l'accentuation des contacts et échanges entre établissement et centre de formation professionnelle des différents pays de l'union européenne. 1995.

Il s'agit bien de répondre à une nécessité socio-économique, d'élever le niveau de formation et de qualification des jeunes pour améliorer leurs conditions d'insertions professionnelles.

La formation en alternance « *s'inscrit dans un itinéraire de formation et de préparation des jeunes à une insertion professionnelle et sociale*¹⁰ ».

Cependant, la progression de l'alternance a été moins importante qu'il eût peut-être été nécessaire. Les deux systèmes, école et travail, sont encore en compétition voire en opposition parfois. Ces rationalités différentes ont des difficultés à se frayer un chemin commun. D'une façon schématique, les entraves à cette progression sont de plusieurs natures. Elles peuvent être identifiées en trois grandes catégories.

Premièrement, l'hésitation des entreprises à s'engager pleinement dans cette démarche. Deuxièmement, la défense des territoires réservés : l'artisanat et les chambres des métiers qui, craignant la concurrence, s'opposent au développement de toute forme d'apprentissage en dehors de leur domaine et l'Education Nationale travaille selon la logique de ses filières et de ses critères de réussite. Troisièmement, la persistance d'une certaine idéologie où la valeur sociale est défavorable aux métiers artisanaux, industriels et commerciaux.

De surcroît, les modalités de l'alternance prêtent toujours à polémique dès lors qu'il s'agit d'un débat à visée économique. Quelle répartition du temps entre l'école et l'entreprise, le temps entreprise est-il uniquement formation ou aussi un temps de production, rémunération ou non rémunération ? Les apprentis le sont, les jeunes sous statut scolaire ne le sont pas dans la majorité des cas.

2.1.3 Alternance : un « méta système interface » entre l'école et l'entreprise

La formation en alternance est une formation articulée avec deux systèmes opposés voire contradictoires : le système travail, le système école. Elle n'est pas pour autant un simple passage d'un lieu d'apprentissage ou de formation à un autre selon un rythme défini. Elle est « *la condition nécessaire d'une articulation entre théorie et pratique* »¹¹.

Elle peut représenter une chance d'ouverture équilibrée entre ces deux systèmes si la formation est placée au cœur de la pratique professionnelle. Il faut idéalement éviter les juxtapositions et organiser de vraies complémentarités.

¹⁰ Michel DRAGHI « Contribution à la clarification du concept d'alternance » in Les formations en alternance p 27.

¹¹ Philippe PERRENOUD « Articulation théorie-pratique et formation de pratiques réflexives en alternance » in alternance et complexité en formation. p 10.

Son principe d'action repose dans le partage de la responsabilité de la formation entre un établissement (entreprise) et un organisme de formation (école). Ce partage de la responsabilité des actions de formation doit alors être clair et explicite.

L'alternance a pour vocation d'une part, de permettre aux élèves de réaliser l'articulation des savoirs avec la construction des compétences professionnelles et d'autre part, de faire évoluer leur représentation de l'entreprise et de l'acte d'apprendre. Une réflexion commune (école / entreprise) doit être menée sur la création de conditions favorables aux élèves pour qu'ils puissent donner un sens à ce qu'ils apprennent et de l'inscrire dans un projet d'apprentissage personnel. L'alternance se joue à trois : l'entreprise, l'organisme de formation et l'apprenant.

Une réflexion sur l'alternance peut s'envisager sous deux aspects. Un premier aspect pédagogique, s'intéressant aux modes d'apprentissage et d'acquisitions de compétences, un second aspect, socio-économique centré sur la cohérence du lien école entreprise et ses bénéfices potentiels.

2.1.4 Aspect pédagogique de l'alternance en formation

2.1.4.1 Plusieurs modèles

Différents modèles de mise en œuvre de l'alternance ont été décrits. Parmi les plus connus nous citerons¹² : **l'alternance fusion** (prima de la logique productive sur le lieu de formation), **l'alternance juxtapositive** (deux lieux, deux logiques), **l'alternance complémentarité** ou associative (comblement réciproque des lacunes des deux institutions), **l'alternance articulation** (principe de complexité, d'interaction, de projet pédagogique partagé par tous les acteurs). Ce dernier type induit une démarche **réflexive**¹³, c'est-à-dire de reconnaître comme compétence réelle la capacité de construire les compétences en situation. Celle-ci est une réponse adaptée à la complexité des tâches et des situations professionnelles.

¹² Typologie de M.C. COMBES in « Alternance enjeux et débats ». 1996

¹³ Philippe PERRENOUD, visée réflexive et démarche clinique de formation in « Alternance et complexité en formation » p.15.

2.1.4.2 Alternance, complexité et interdisciplinarité

Selon André Geay¹⁴, l'école, au sens large, fonctionne dans son principe sur le « *primat de la logique déductive et formelle* ». A tout problème il y a une solution, ce qui suppose que le problème soit donné par l'enseignant.

Dans la vie sociale et professionnelle, l'individu doit pouvoir lui-même identifier les problèmes, ce qui requiert d'autres aptitudes ; cela sollicite « *une intelligence de la complexité* ¹⁵ », c'est-à-dire « *une pensée capable de contextualiser, de relier et de tisser ensemble le général et le particulier.* » L'école nouvelle repose sur la démarche réussir, comprendre. L'alternance peut s'entendre alors comme une spécificité où la question du travail (référence à la situation de travail) est au centre des apprentissages, et repose sur l'hypothèse du travail formateur. Pour cet auteur, « *c'est cette centration sur le travail qui donne à l'école de l'alternance une place privilégiée pour le développement d'une intelligence de la complexité.* »

Cette démarche sera d'autant plus efficace qu'elle s'enrichira de séquences **interdisciplinaires** comprenant un enseignement généraliste et professionnel intervenant **ensemble** sur l'analyse de situations professionnelles vécues.

2.1.5 Aspect socio-économique de l'alternance en formation

2.1.5.1 Aspect social

Le postulat d'une construction identitaire et sociale au travail par l'adhésion à certaines valeurs collectives et individuelles, est largement admis.

L'alternance par le contact récurrent avec les lieux et les modes de travail participe pleinement de cette construction. Les avantages d'une formation en alternance deviennent alors aisément perceptibles.

➤ *Le travail : une notion moderne*

D. Génelot¹⁶, dans son ouvrage « *Manager dans la complexité* », fait référence à la réflexion prospective de Jean Boissonnat¹⁷, conduite sur l'avenir du travail pour le commissariat

¹⁴ André GEAY est responsable formation à la Chambre de commerce et d'industrie de Poitiers et professeur d'université associé à Tours.

¹⁵ André GEAY cite : J.L LEMOIGNE/ E.MORIN : l'intelligence de la complexité, l'Harmattan 1999.

¹⁶ Dominique GENELOT est président d'INSEP CONSULTING.

général du plan en 1995. Il distingue trois fonctions du travail : une fonction de production, une fonction de rémunération, et une fonction d'insertion sociale et d'épanouissement personnel. C'est sur cette dernière fonction que porteront les observations suivantes.

➤ *Le travail comme instance de socialisation*

Selon Claude Dubar¹⁸, on peut distinguer trois grands courants théoriques du concept de socialisation.

- La socialisation comme détermination sociale des pratiques individuelles. Socialisation : un mécanisme macro-social. Il existe un ordre social global où la socialisation est une intégration à cet ordre qui exerce des contraintes sur les socialisés (Durkheim, Bourdieu),
- La socialisation comme construction sociale des identités. Socialisation : des processus micro-sociaux. La socialisation est le fil qui relie les hommes et les moments, qui introduit de la cohérence dans le désordre. Elle regarde le social à l'échelle d'une vie (Hugues, Becker, Strauss),
- La socialisation comme double transaction : biographique et relationnelle. Socialisation : un apprentissage des rapports sociaux. C'est la relation qui compte, relation entre la société et l'individu, relation entre les groupes, les statuts, les positions entre le macro et le micro-social ; Dubar et Sainsolieu (1992 : la double transaction).

Cette dernière approche étant la plus récente, c'est sur celle-ci que s'appuie notre réflexion.

Le lieu de travail est une **instance de socialisation**. L'élève, l'apprenti à l'occasion de ses stages, de ces temps de travail dans « l'entreprise » entre en rapport avec « la culture d'entreprise », l'esprit du lieu constitué d'un ensemble de normes, d'habitudes, d'organisations, de rites, de valeurs et de traditions. Cette confrontation ne sera pas sans influence ou incidence sur sa personnalité sociale. Il s'appropriera ces divers éléments et se positionnera par rapport à eux. Ces éléments apportent le fondement de son identité et son statut social, à travers l'appartenance à un groupe professionnel et même au-delà, à une grande organisation.

Le processus de socialisation peut être désigné comme une construction conjointe de l'individu et de ses partenaires. « *C'est l'acquisition progressive et toujours menacée d'une*

¹⁷ Jean BOISSONNAT était alors président de la Commission générale du plan.

¹⁸ Claude DUBAR est professeur de sociologie, Université de Versailles Saint-Quentin en Yvelines.

vision du monde, d'un ensemble de traits culturels, de pratiques langagières, de postures corporelles, de croyances intimes qui s'intègrent à la personnalité et constituent le personnage social, tout autant individuel que collectif. »¹⁹

Pour autant que ces théories soient largement admises, il convient cependant de les nuancer quelque peu.

Si le travail garde encore aujourd'hui une fonction de socialisation prépondérante, il n'apparaît plus toujours comme l'essentiel de cette construction sociale identitaire. **L'émergence de nouvelles valeurs et l'évolution du rapport au travail** modifient en partie ce paysage.

Ces évolutions dans les mentalités seront deux composantes majeures à prendre en compte par les dirigeants, dans un proche avenir, pour l'organisation pratique du travail au sein de leurs établissements.

➤ La recherche de nouvelles valeurs

Elle se caractérise par un questionnement sur la nature même de l'entreprise, sur ses fonctions, ses finalités, ses logiques économiques et sociales.

Si les valeurs de productivité, d'amélioration technologique, de bien-être des salariés ont été celles des dernières décennies, aujourd'hui elles ne sont plus si prégnantes. Sans avoir disparues, d'autres valeurs, encore mal identifiées (mode de redistribution des gains de productivité, partage du travail, économie mondiale, environnement etc.), émergent et battent en brèche ces valeurs refuges. Cette mouvance représente pour les dirigeants une nouvelle source de complexité.

Dans la sphère hospitalière, ces incertitudes portent sur la nature des missions, sur les fonctions, les finalités, les logiques qui président aux fonctionnements et au devenir des établissements de santé et de leur employés. Il devient difficile de mettre en évidence les missions essentielles d'un établissement de santé. (Par exemple : les frontières entre le sanitaire et le social perdent de leur pertinence).

¹⁹ Claude DUBAR, « La socialisation : paradigmes, méthodes et implications théoriques. » in Formation et socialisation au travail. p 31

➤ La relation au travail

Celle-ci s'est sensiblement modifiée. André Gorz²⁰ établit une distinction entre trois types de travail : *le travail* au sens classique du terme, *le travail pour soi*, et *l'activité autonome* « *Autonomie et réalisation de soi par une activité librement consentie.* »

Les jeunes, aujourd'hui sont de plus en plus attentifs à la possibilité de se réaliser dans le travail mais aussi à l'extérieur. Le travail ne représente plus l'essentiel de leur identité. Les activités annexes, le mode de vie, devenus très importants, ainsi que le temps de loisir renforcé, concourent à cette construction identitaire plurielle où l'on recherche son épanouissement aussi bien dans d'autres activités que dans celles du travail classique.

Pour ce qui concernent les étudiants infirmiers, on observe certaines modifications de comportement vis à vis du travail. Ceux-ci aspirent à posséder certains biens de consommation, à accéder à certains loisirs ou modes de vie incompatibles avec le niveau de ressource précédent l'entrée véritable dans la vie active. Ils exercent alors, à dessein, une activité salariée annexe à leur scolarité. Ce comportement influe notablement sur les résultats et l'acquisition des savoirs théoriques. Ces évolutions ne peuvent pas laisser les partenaires de la formation, les directions d'établissement comme des instituts sans interrogation.

2.1.5.2 Aspect économique

L'alternance en formation peut procurer deux bénéfices essentiels pour l'entreprise ou l'établissement.

D'une part, une juste correspondance entre les compétences de l'employé et celles attendues sur le lieu de travail, ces compétences devant s'inscrire dans une perspective de dynamique globale d'amélioration des prestations.

D'autre part, les possibilités qu'offre ce système de formation pour favoriser le recrutement, l'intégration des nouveaux agents et leur fidélisation.

➤ *Adéquation offre demande, adaptation à l'emploi*

Cette première réflexion porte sur l'acquisition de compétences en plus grande harmonie avec les exigences de l'économie. L'alternance doit permettre une **liaison efficace** entre

²⁰ André GORZ cité par D.GENELOT in : « Manager dans la complexité » p34. André GORZ est l'auteur de l'ouvrage « Capitalisme, Socialisme, Ecologie. »1991.

école et entreprise. Il doit y avoir corrélation entre évolution économique, technologique du milieu d'exercice des métiers et évolutions des pratiques professionnelles.

Le marché du travail est un marché qui a besoin d'informations pour fonctionner, évoluer s'adapter. Dans les périodes de forts changements technologiques et organisationnels, comme c'est le cas aujourd'hui, les qualifications des emplois évoluent souvent plus rapidement que les qualifications des personnes. *« L'alternance permet de traiter ces deux processus : la construction des compétences dans l'activité de travail et leur reconnaissance nécessaire pour faire évoluer l'organisation du travail. »*²¹

L'alternance peut être une réponse adaptée aux questions de **compétences sociales** et de **professionnalité**. Celles-ci résultent des capacités d'un individu à raisonner, à décider, à s'adapter aux contraintes nouvelles, à coopérer, à communiquer. Ces capacités sont largement requises dans les entreprises. Elles contribuent à la performance des organisations modernes du travail.

➤ *Recrutement, intégration, fidélisation des personnels*

Cette seconde réflexion s'oriente vers les mécanismes d'attractivité d'une entreprise et ceux de fidélisation de leurs personnels.

Des enquêtes menées au sein des ANPE mettent en lumière certains critères déterminants du choix du métier et du lieu d'exercice. En premier lieu, intervient l'image du métier. Certains métiers attirent plus que d'autres réputés pénibles ou associés à des pratiques peu valorisantes. Les possibilités d'évolution professionnelle sont aussi un critère pris en compte ainsi que, bien évidemment, l'image publique de l'entreprise. Les pratiques d'intégration apparaissent essentielles. Elles sont parfois négligées et ont donc une influence délétère. En effet, *« ne pas se donner les moyens, pour une entreprise [...] revient souvent, aujourd'hui, à subir un turn-over pénalisant et à accroître les coûts du recrutement. »*²²

Pour la fidélisation des personnels, la réflexion est à peu près identique. Il est généralement admis que *« la motivation et l'implication durable des salariés sont le corollaire de l'engagement des entreprises vis à vis d'eux. »* Dans les plans d'actions proposés aux entreprises pour agir sur le recrutement, il est indiqué : de soigner le premier accueil, de favoriser la mise en place d'une fonction tutorale, d'articuler gestion des compétences et

²¹ Y. LICHTENBERGER, les défis contemporains de l'alternance, in « Construire la formation professionnelle en alternance ». p 97.

²² Des freins dans les pratiques d'intégration et de fidélisation in « Agir sur les difficultés de recrutement et l'attractivité des entreprises » p 25

évolution de l'organisation du travail, de réduire les causes de pénibilité, d'améliorer les conditions de vie au travail.

La période de stage est une période propice à attirer les futurs professionnels. La qualité de l'accueil, du tutorat et de l'encadrement ont une influence certaine sur le choix ultérieur de l'élève à rejoindre, une fois diplômé, les équipes professionnelles de cet établissement. Il est facile de mettre en rapport direct les problématiques de recrutement et de fidélisation des personnels avec les leviers d'action que l'alternance peut procurer aux entreprises et aux instituts de formation pour faire face à ces difficultés.

2.1.6 Alternance et formation des infirmiers

En France, les formations telles que celles des médecins, des professions juridiques ou encore des administrations ne se réclament pas de l'alternance mais en possèdent toutefois les caractéristiques. *« L'alternance constitue une caractéristique forte du système de formation professionnelle du champ sanitaire et social. »*

La formation des infirmiers n'échappe pas à la règle.

➤ Historique

« L'histoire des infirmières est une histoire faite par elles-mêmes au rythme de l'évolution des besoins et de la demande sociale ; elle n'est pas une histoire subie. Des Augustines de l'Hôtel-Dieu du XIII^{ème} siècle à l'infirmière du XXI^{ème} siècle, les bons soins se sont transformés en une véritable discipline. »²³

Les étapes essentielles de l'évolution des soins infirmiers et de leur enseignement sont empreintes d'un souci constant de s'adapter aux évolutions de la science et des techniques médicales. Petit à petit se développera, en parallèle, un savoir propre infirmier, le tout s'inscrivant dans une logique de prise en charge globale des patients, résidents, usagers.

La formation des infirmiers a largement évolué. Elle trouve néanmoins toujours ses fondements sur ce nécessaire lien théorie pratique, caractéristique majeure de l'alternance. Plusieurs différences avec l'apprentissage ou les formations alternées décrites précédemment sont cependant à prendre en compte.

Cette formation fait intervenir non pas une « entreprise » mais un « système entreprise ». En effet, l'apprentissage du métier d'infirmier repose sur, d'une part, l'acquisition de savoirs

²³ Texte emprunté à l'introduction du Que sais-je n°3052 « Le métier d'infirmière en France » C.DUBOYS FRESNEY et G. PERRIN p 3.

théoriques et d'autre part sur la formation pratique pendant un nombre précis de stage dans plusieurs institutions et systèmes d'offre de soins.

Les modalités de l'organisation de l'apprentissage théorique ne sont pas contractuelles. Elles sont réglementaires. Le programme théorique est fixé par arrêté ministériel²⁴ assorti d'une circulaire relative aux études conduisant au diplôme d'infirmier.²⁵

Si l'évolution de la formation des infirmiers est jalonnée d'événements plus ou moins déterminants pour son histoire, elle est toujours empreinte de la nécessité de s'adapter le plus rapidement et le plus justement à son environnement. L'alternance y contribue largement.

Les modalités de la formation initiale sont régulièrement réexaminées au regard des nouvelles contraintes, évolutions de l'environnement social, politique, culturel. De la création du brevet de capacité professionnelle²⁶ en 1922 et le premier programme d'enseignement en 1924²⁷, plusieurs réformes des études adapteront cet apprentissage (1938,1951,1961,1972, 1979,1992). La durée de cette formation passera de 22 mois à 4640 heures (3 ans) pour le programme de 1992.

Actuellement, les établissements de santé sont confrontés à une pénurie du personnel infirmier et à des difficultés de recrutement. La crise des années 90 donna lieu à des travaux de recherches sur les origines de ce phénomène et, entre autres, dans les problèmes évoqués, celui de la formation initiale des infirmiers fut un élément pris en compte.

Le programme de formation fut donc révisé et donna lieu à la réforme la plus récente des études de 1992. Le diplôme unique (suppression des écoles d'infirmiers psychiatriques) devait correspondre à l'évolution de la prise en charge des patients, au niveau institutionnel comme au niveau de la demande de l'utilisateur, plus globale et ainsi à une nécessaire polyvalence des infirmiers.

Le décret relatif aux actes en 1993²⁸ venait régir l'étendue de la mission et l'exercice de la fonction. Depuis la loi de 1978²⁹ qui introduit le rôle propre infirmier et modifie aussi un article du code de la Santé (L372) relatif à l'exercice illégal de la profession de médecin, un décret

²⁴ **Arrêté du 28 septembre 2001** modifiant l'arrêté du 23 mars 1992 modifié relatif au programme des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier.

²⁵ **Circulaire D.G.S. / 2C/ D.H.O.S./P2 n° 2001/ 475** du 03 octobre 2001.

²⁶ 1^{er} diplôme infirmier, **décret du 27 juin 1922**.

²⁷ **Arrêté du 24 juin 1924** fixant les programmes types des écoles d'infirmières de l'Etat français (JO du 14 septembre 1924).

²⁸ **Décret du 15 mars 1993** relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la fonction d'infirmier.

²⁹ **Loi du 31 mai 1978 n° 78-615**

relatif à l'exercice de la profession d'infirmière était nécessaire pour l'application de cette loi. Trois décrets se succéderont de 1881, 1884 et 1993.

Toutefois, progressivement, on constatera que les nouveaux diplômés, même considérés comme de bons débutants, la formation se voulant la plus généraliste possible, n'ont pas acquis certains savoirs à l'issue de leur formation. Ces lacunes ne leur autorisent pas une autonomie suffisante pour exercer pleinement leur fonction qui évolue, se complexifie.

De ce fait on assistera à un renforcement d'un temps de formation consacré exclusivement à cette adaptation à l'emploi.

Aujourd'hui, une nouvelle pénurie d'infirmier met le système d'offre de soins en difficulté. Ces difficultés sont majorées par un contexte à fortes contraintes : financière, demande croissante des usagers pour une prise en charge coordonnée, personnalisée et opérante, et une forte évolution des règles sécuritaires. Ces différentes exigences nécessitent de nouvelles compétences mais aussi du personnel opérationnel très rapidement.

En 2001, des décrets et arrêtés viennent modifier l'organisation des stages pendant la durée des études, les modalités de sélection des personnes au concours d'entrée, ainsi que les épreuves du diplôme d'Etat. L'élément le plus innovant, en ce qui concerne les stages, se caractérise par un stage professionnel effectué à l'issue de la formation et au-delà du diplôme. Cette période fut réclamée par le CEFIEC comme stage pré-professionnel afin de mettre l'étudiant en situation de prise de responsabilité, d'entraînement à son exercice ultérieur. Il peut être effectué dans un service qui ne sera pas celui d'affectation. La plupart des directions d'établissement ont fait le choix de restreindre le cadre de ces stages, aux futurs lieux d'exercice pour effectuer une adaptation à l'emploi rapide, efficace et moins coûteuse puisque contenue dans le temps d'apprentissage.

Le nombre d'heures destinées au temps de stage reste le même. C'est la répartition de ceux-ci à l'intérieur de ce temps global qui est laissée à l'appréciation des instituts de formation. Les stages ont ainsi la même durée. Leur gestion s'en trouve donc facilitée pour les instituts comme pour les établissements.

Quant à l'évolution des pratiques elle fera aussi l'objet d'adaptation et donnera lieu au nouveau décret d'actes du 11 février 2002³⁰.

³⁰ **Décret n° du 11 février 2002** relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

➤ Organisation de la formation

Le temps de formation en institut est fixé à 2240 heures partagées entre un enseignement théorique obligatoire de 2080 heures et un temps d'enseignement théorique optionnel obligatoire de 160 heures.

Le temps de formation en stage correspond à 1680 heures de stages cliniques obligatoires, et 700 heures de stages laissés à l'appréciation des équipes pédagogiques. Ce temps équivaut à 68 semaines de stage. Les 20 semaines de stage organisées librement par les équipes enseignantes des instituts de formation en soins infirmiers se déroulent dans trois disciplines différentes, «*en fonction du potentiel de stage, du projet pédagogique de l'institut de formation en soins infirmiers et du projet professionnel de l'étudiant. [...] Est mis en place un stage de projet professionnel d'une durée de huit semaines au minimum et de douze semaines au maximum [...] en fin de formation*³¹». Le suivi pédagogique est estimé à 140 heures. La partie réservée au stage soit 2380 heures représente environ 52 % de l'enseignement. Au total cette formation se déroule sur 4760 heures.

➤ Responsabilités

L'arrêté du 30 mars 1992³² précise³³ que « les *instituts de formation en soins infirmiers sont dirigés par un **directeur qui est responsable** [...] de l'organisation de l'enseignement théorique et clinique.* » De plus, ce directeur choisit les services hospitaliers et autres où les étudiants effectuent leurs stages³⁴. Il transmet cette liste au MISF. Celui-ci a pouvoir de supprimer des terrains de stages de cette liste qu'il n'estime pas suffisamment formateurs. En même temps, il est recommandé d'agir en **étroite collaboration avec les structures d'accueil**. En effet, «*l'organisation des stages relève de la compétence des instituts de formation en soins infirmiers en collaboration avec les responsables des structures d'accueil. Les objectifs de 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.** Chaque stage doit faire l'objet d'une analyse qualitative afin d'évaluer le degré de réalisation des projets.* »

³¹ **Arrêté du 28 septembre 2001** modifiant l'arrêté du 23 mars 1992 modifié relatif au programme des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier. **Article 1er.**

³² **Arrêté du 30 mars 1992** relatif aux conditions de fonctionnement des IFSI.

³³ **Arrêté du 30 mars 1992, Titre II article 2**

³⁴ **Arrêté du 30 mars 1992, Titre III article 7**

Le directeur des soins, coordonnateur général des soins dans les structures d'accueil, a lui aussi une pleine responsabilité dans la formation des étudiants et dans le déroulement de leurs stages. En effet : « *il (le coordonnateur) contribue à l'élaboration des programmes de formation et est responsable des étudiants lors de leur stage au sein de l'établissement. [...] Il est membre de droit des conseils techniques des écoles ou instituts de formation des professionnels de soins de l'établissement.* »³⁵

Le directeur de L'IFSI transmet une fois par an, au cours du premier trimestre scolaire un rapport de fonctionnement au DDASS. Celui-ci a pour objet de permettre au directeur départemental d'évaluer l'adéquation entre les objectifs fixés, les moyens mis en œuvre et les résultats pédagogiques obtenus.

➤ Indemnités de stage. Contrat d'étude.

Les indemnités de stage

Les étudiants vont désormais percevoir une indemnité de stage « *fixée par semaine de stage à 23 € en 1^{ère} année, 30€ en 2^{ème} année, 40€ en 3^{ème} année* ».

Une indemnité complémentaire peut être perçue par les étudiants à l'occasion de leur stage de projet professionnel dès lors « *qu'ils s'engagent à présenter leur candidature au concours sur titre organisé par l'établissement public ou à signer un contrat dans l'établissement de santé privé où ils accomplissent leur stage.* »³⁶

Le stage de projet professionnel peut faire l'objet d'une indemnisation particulière en plus de celle déjà perçue. Celle-ci est octroyée le plus souvent quand l'étudiant effectue son stage dans le service ou il sera affecté en temps que professionnel.

Les contrats d'études

Les étudiants, s'ils en font la demande, peuvent se voir attribuer un contrat d'étude qui leur garantit une rémunération pendant une ou deux années ou sur la durée totale des études. Ces contrats sont à la discrétion des directions d'établissements. Ils sont assortis d'un engagement de servir égal à la durée de celui-ci.

Les contrats d'études ne modifient pas la perception des indemnités de stage.

³⁵ **Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002** portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière. **Titre I Art 4, § 5**

³⁶ **Circulaire D.G.S. / 2C/ D.H.O.S./P2 n° 2001/ 475** du 03 octobre 2001 **III-2b**

2.2 LE PARTENARIAT

2.2.1 Définition, aspect théoriques

Ce mot est issu de l'anglais « partner » qui vient lui-même du vieux mot français « parçonner » c'est-à-dire associé.

Dans le **Dictionnaire Robert** : « le partenaire s'oppose à l'adversaire, au rival ». Il existe une dimension qui est celle de « s'associer pour réaliser, ensemble la réussite, l'harmonie ». Selon **Philippe Ligneau**³⁷, le partenariat nécessite le respect de trois logiques. Une première de **règles du jeu**, claires et comprises par les protagonistes, une deuxième de **complicité** : on joue ensemble pour gagner, nécessité d'un objet commun, d'une identité d'objectifs et enfin une troisième d'**égalité**, plus ou moins relative. « *On ne se respecte vraiment que lorsqu'on est à peu près du même niveau* ».

Ce même auteur caractérise le partenariat selon deux axes : l'un « institutionnel » correspondant aux partenariats conventionnels, plus ou moins formalisés et l'autre « opérationnel », organique où une structure peut lui être dédiée pour l'organisation des droits et des devoirs réciproques. Les partenariats de type institutionnels n'ont parfois qu'une portée symbolique alors que les opérationnels sont le plus souvent des partenariats de terrain avec des traductions concrètes.

A partir de ces données, les limites du partenariat sont perceptibles. Au travers d'un effet « pervers » où, au moyen de lutte contre les cloisonnements, le partenariat devient *a contrario* un renforcement de ces mêmes barrières dès lors que les partenaires n'ont pas réussi à dépasser certaines logiques corporatistes réductrices. Limites aussi, quant à la qualification des partenaires, quant aux enjeux de pouvoirs.

Se pose alors le problème d'un besoin de clarification de ces modes de coopération avec, comme corollaire, l'émergence d'un droit partenarial ou encore d'un code de déontologie partenarial pour assainir les relations entre partenaires. Le concept de partenariat peut être mis en lien avec les fondements philosophiques et économiques des théories du contrat, le contrat stigmatisant la nature du lien, du type de relation entre deux partenaires. Le substrat juridique du vocabulaire partenarial serait contenu dans cette « *idéologie du contrat* » avec une résurgence moderne issue de la pensée de Proudhon et de son « principe fédératif » où « *le contrat social est plus qu'une fiction : c'est un pacte positif, effectif, qui a réellement été proposé, discuté, adopté et qui se modifie régulièrement à la volonté des contractants.* ».

Philippe Ligneau ajoute, en référence aux mutations socio-politiques actuelles, que « *l'esprit partenarial peut redorer le blason du pouvoir, rénover sa légitimité* ».

³⁷ Philippe LIGNEAU, professeur émérite à la faculté de droit et des sciences sociales de Poitiers.

2.2.2 Le partenariat : mode de relation privilégié des nouveaux rapports sociaux

D'une façon schématique, il est admis aujourd'hui que l'on assiste à une transformation sociétale s'orientant de plus en plus vers une société de type polyarchique. Le pouvoir est de plus en plus éclaté entre des acteurs de plus en plus nombreux. En effet, on observe à la fois, une augmentation de la complexité des systèmes, une augmentation générale des savoirs, et une augmentation quantitative des mouvements corporatistes et de divers groupements sociaux. L'émergence des mouvements associatifs (exemple du mouvement AIDS) et leurs impacts sur les politiques sont très significatifs de cette nouvelle donne.

On constate à la fois une appropriation de la citoyenneté par les individus (plus d'expression) et une balkanisation par la multiplication d'entités qui se différencient et qui possèdent un pouvoir certain.

Le rôle de l'Etat a évolué. La décentralisation est un exemple de déstabilisation forte du rapport entre l'Etat et les collectivités locales. Une prise en compte **concertée** des situations locales et des besoins apparaît comme indispensable. Le partenariat constitue « *un passage obligé dans la conception et la mise en œuvre des politiques. [...] En réponse à la complexité des problèmes à affronter*³⁸ ». Dans ce jeu d'acteurs, tout le monde possède une parcelle de pouvoir.

Cette évolution générale fait qu'on ne peut plus raisonnablement agir et ou construire une politique sans avoir intégré le concept de **transversalité**. Il est impératif de créer des liens entre les différentes entités. Le partenariat peut être le moyen le plus sûr de lutter contre les cloisonnements, les féodalités, les conflits de pouvoir et d'intérêts et la rigidité des différentes logiques qui s'affrontent. La négociation prévaut sur la contrainte.

Le paradigme dominant est que la bonne décision est la décision consensuelle. « *Nous devons préférer, toutes les fois que c'est possible, aux arguments d'autorité des négociations réelles, loyales méthodiques et, s'il y a lieu les formaliser dans des conventions.* » (J.O., 27 mai 1988, p 7381)³⁹ La difficulté majeure réside dans la capacité des partenaires d'entendre et de tenter de comprendre leurs différentes rationalités.

Il leur faut pouvoir créer des espaces de liberté, des espaces de choix en se recentrant sur des objectifs, finalités communes. Trouver les **centres d'intérêts partagés**. Le concept de

³⁸ Bertrand SACHS, sociologue, in « Partenariat en théorie et en pratique » liaisons sociales n° 95 2001.

³⁹ Propos de Michel ROCARD, circulaire du 29 mai 1988 relative à la méthode de travail du gouvernement, repris par Philippe LIGNEAU in « Partenariat en théorie et en pratique » liaisons sociales n° 95 2001.

partenariat permet l'adhésion à des principes politiques en mutation vers **l'horizontalité, la collaboration, la transparence**.

2.2.3 Partenariat, transversalité et système de santé

Il a beaucoup été reproché au système de santé, en tant que structure et institution, d'offrir des lieux de soins où la prise en charge des besoins du patient était beaucoup trop segmentée. Le peu, voire l'inexistence parfois, de liens entre les différentes étapes du processus de prise en charge des usagers obérait, pour une part certaine, les conditions de sa pleine réussite. Cette logique se retrouve autant à un niveau micro-social, c'est-à-dire à l'échelle de l'individu lui-même et au tout qu'il représente, qu'à un niveau macro-social, c'est-à-dire au niveau d'une nation et de tous les citoyens qui la constituent.

Les nouvelles attentes de la part des usagers se sont exprimées à l'occasion des Etats Généraux de la santé en 1999. Ils concernaient en particulier le besoin d'information, de transparence de fonctionnement des systèmes institutionnels et de **coordination des intervenants**. Il apparaîtrait désormais presque inepte de raisonner en terme de prise en charge des besoins de santé en dehors de toute notion de transversalité.

On peut difficilement concevoir l'action des établissements dans un cadre restreint. Il doit être un maillon de réseau au minimum ville / hôpital. Son action peut s'étendre à un niveau territorial comme acteur de développement local. Ce postulat nécessite, *ipso facto*, que **l'organisation interne** de ces établissements permette cette **transversalité**, qu'elle se donne les moyens d'organiser des **partenariats efficaces**. Les formations **initiales ou continues** des professionnels de santé sont donc directement sollicitées par ces évolutions ainsi que les cadres de la fonction publique formés à l'ENSP.

2.2.4 Partenariat, transversalité et professions paramédicales

Les professionnels paramédicaux interviennent, à différents moments et à des niveaux qui les distinguent, dans la prise en charge sanitaire et ou sociale des patients, usagers, résidents, *etc*. La formation initiale de ces professionnels intègre, bien évidemment, cette dimension transversale. Pour une prise en charge optimale d'un individu, échelle moindre, ou d'un groupe d'individus, il convient d'établir des liens fonctionnels entre ces différents intervenants sans pour autant établir de liens hiérarchiques.

Si tant est que le dénominateur commun des activités de ces professionnels soit la prise en considération des demandes de l'utilisateur, les réponses plurielles doivent être à minima, organisées, au mieux cohérentes. En principe, les professionnels de la santé, au sens large,

devraient avoir intégré ces notions puisqu'elles apparaissent comme **constitutives de l'exercice de leur art ou métiers**. Selon Raymonde Tailleux⁴⁰, pour prendre en compte ces dimensions, le système de formation doit « *privilégier trois pistes : l'acquisition d'un minimum de langage commun et de culture entre les professionnels qui partagent un même champ d'intervention, l'apprentissage de la confrontation par la différence dès la formation initiale : cheminement vers des territoires partagés, et enfin une prise en charge de qualité de l'usager.* »

2.2.5 Le partenariat pour une mise en œuvre de l'alternance

➤ *Un pré-requis de l'alternance*

Le **principe d'action** de l'alternance est contenu dans le **partage des responsabilités** de la formation entre « l'entreprise » et l'organisme de formation. Pour sa mise en œuvre concrète, et pour obtenir les bénéfices escomptés d'une formation en alternance, ce principe de partage des responsabilités doit se traduire par un partenariat **effectif, actif et exigeant**. Il est indispensable de créer des synergies entre ces différents acteurs, partenaires de la formation. Il est fondamental **d'organiser les complémentarités**, permettre l'affrontement des différences, au service d'une construction professionnelle. La pleine réussite de ces formations est subordonnée à **l'implication** des établissements et instituts de formation et à leur capacité de **conjuguer leurs efforts** et **coordonner leurs actions** autour et avec les étudiants.

Comme il a été énoncé préalablement, l'alternance en formation porte en elle une certaine complexité, dans laquelle interviennent, s'affrontent, se conjuguent les différentes conceptions des savoirs et représentations de la fonction des différents acteurs. On en déduit aisément que cette situation, qui pourrait nuire à la bonne compréhension du concept d'alternance, appelle des **clarifications** pour sa mise en application. Le partenariat nécessite pour cela, la création et l'utilisation **d'outils d'application** et **d'évaluation**, **d'instances**, de **logiques organisationnelles** à son service.

⁴⁰ Raymonde TAILLEUX, formations des personnels et politiques publiques in « L'alternance et complexité en formation ».

➤ *Une incidence sur les organisations*

Pour mesurer l'incidence du partenariat sur les organisations de l'établissement et de l'institut de formation, il serait peut être judicieux de s'appuyer sur la double distinction faite par Philippe Ligneau entre un partenariat dit **institutionnel** assez formel et un partenariat dit organique plus **opérationnel**, et d'y adjoindre un troisième niveau intermédiaire, à savoir un niveau de partenariat dit **organisationnel**.

Le niveau institutionnel correspond aux liens formalisés entre les institutions au niveau réglementaire tel que le conseil technique où siègent de droit et le directeur de l'institut et le directeur des soins de l'établissement de rattachement.

Le niveau organisationnel concerne tout ce que l'organisation interne des établissements et des instituts met en place pour le faire exister : commissions, participation aux instances, procédures.

Le niveau opérationnel s'intéresse aux résultats et, plus concrètement, comment ce partenariat est traduit au quotidien chez les acteurs de terrain (exercice de la fonction tutorale, les référents, les modalités d'accueil et d'encadrement des stagiaires).

Cette grille de lecture permet aux directeurs de soins de rechercher et d'envisager les différents niveaux d'intervention possibles, les axes de développement à promouvoir.

2.2.6 Le partenariat DSSI directeur IFSI

➤ *La formation des directeurs de soins*

Jusqu'à avril 2002, les directeurs d'écoles paramédicales et les Infirmiers Généraux ne suivaient pas le même cursus de formation. Les éléments qui différenciaient ces parcours portaient essentiellement sur trois éléments :

(a) Les modalités et contenus des épreuves écrites et orales du concours.

(b) Le niveau d'organisation géographique :

Depuis 1995, le concours des IG est devenu national alors que celui des directeurs d'écoles est resté régional au niveau des DRASS.

(c) La formation :

Dix mois continus à L'ENSP pour les IG,

75 jours de formation (Formation Adaptation Emploi) à PARIS ou à LYON et 15 jours de stages en IFSI ou autres instituts de formation (par exemple les IUFM).

Depuis le décret du 19 avril 2002⁴¹ les IG et les DEP auront le même grade à savoir celui de directeur des soins.

Un nouveau corps d'encadrement de la fonction publique hospitalière a été créé. Il ne fait plus la distinction entre DEP et IG. Il permet ainsi aux postulants de poursuivre la même formation à l'ENSP. Les directeurs de soins ont la possibilité, initialement ou ultérieurement, en fonction de leur désir d'évolution professionnelle, de s'orienter vers l'une ou l'autre fonction.

« Les directeurs de soins peuvent être chargés : de la coordination générale des activités de soins[...] de la direction du service de soins infirmiers [...] de la direction d'un institut de formation préparant aux professions paramédicales ou de la direction d'un institut de formation des cadres de santé...⁴² »

➤ *Les liens formels*

Dans les établissements hospitaliers qui possèdent un institut de formation en soins infirmiers, le Directeur du service de soins est membre de droit du conseil technique de l'institut. De la même façon le directeur de l'école paramédicale est membre de droit de la CSSI.

⁴¹ **Décret n°2002-550 du 19 avril 2002** portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière.

⁴² **Décret n°2002-550 du 19 avril 2002** portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière. **Art 3 : 1 § et 2§.**

3 - PROBLEMATIQUE

Comme il a été décrit préalablement, la formation initiale des infirmiers peut être considérée comme une formation dispensée en alternance. Un temps d'apprentissage théorique en institut couplé d'un temps de mise en pratique ou confrontation au réel dans un établissement de santé le plus souvent.

Cette formation doit, *a minima*, produire de « bons débutants ». Bons débutants dans le sens où l'acquisition de nouveaux savoirs, le développement de nouvelles compétences seront obligatoires au fil du temps, puisque indispensable à la nécessité d'évoluer et de s'adapter. Les établissements qui emploient ces personnels ont une forte exigence envers la formation de ceux-ci. Ils souhaitent par ailleurs bénéficier, par le biais des acteurs de l'alternance, des avantages de celle-ci en terme de dynamique de progression et d'amélioration, et d'obtenir *in fine*, une meilleure qualité des prestations et une image de l'institution valorisée.

En effet, une formation initiale en alternance permet de développer une posture réflexive qui incline vers un exercice du métier plus collectif, une analyse des pratiques en lien avec les démarches qualités. La formation des IDE doit être une réponse adaptée, cohérente aux besoins. Elle doit savoir, bien évidemment, prendre les orientations nécessaires pour s'adapter à l'environnement, répondre aux exigences du moment. L'hôpital évolue, les métiers se transforment, ceux de demain se construisent aujourd'hui.

Les étudiants ont leurs propres représentations des professions. Ils ont des attentes. Tenter de les observer, de les analyser, contribue à appréhender ou à percevoir les mutations qui s'amorcent. Ces mutations s'inscrivent dans une évolution du système de santé et encore plus globalement dans une évolution sociétale. Les changements d'un métier, par exemple celui des infirmiers, s'entendent aussi conjointement à ceux des autres professions (prenons l'exemple du projet d'une université de santé avec une période d'enseignement commun à toutes les professions de santé, médicales et paramédicales). Envisager les futurs possibles relèvent de la responsabilité des directeurs de soins.

Ce temps de formation est partagé entre l'institut et les établissements. Dès lors, il semble évident que la responsabilité de la qualité de cette formation l'est également. Il y a une double responsabilité quant à la qualité du projet de formation et d'encadrement des stagiaires, quant à la qualité des nouveaux professionnels. Cette double responsabilité est aussi engagée quant à l'anticipation des modes d'exercices professionnels, et ne l'oublions pas, quant à la réputation en *intra* et *extra muros* des institutions.

Cette responsabilité partagée met en lumière d'une part, la relation d'interdépendance des institutions l'une vis à vis de l'autre et, d'autre part, le bénéfice qu'elles peuvent attendre et obtenir d'un partenariat compris et réussi.

Aujourd'hui, être partenaire prend tout son sens dans l'évolution des rapports sociaux inhérente à la complexité des missions confiées aux établissements de santé. Le concept de transversalité n'est pas un terme seulement à la mode. Il caractérise précisément le mode de prise en charge des besoins de santé de l'utilisateur.

Les directeurs des soins ont pour mission essentielle de mettre en œuvre une politique du service de soins ayant pour vocation d'offrir aux patients la meilleure prise en charge paramédicale possible. Il est indispensable de former des gens capables d'évoluer, de préférence en synergie avec des collègues, dans une dynamique d'établissement. Les différents partenaires des soins, au sens large, doivent se retrouver sur une conception partagée de la prestation de soins. La forte articulation théorie pratique de la formation initiale alternée plaide pour une continuité du modèle de formation et du modèle de fonctionnement professionnel. Le rôle des directions apparaît alors éminemment important pour donner un sens au travail quotidien, fédérer les équipes autour d'une finalité de qualité des prestations et de service rendu. Le dialogue entre les partenaires doit être incité et entretenu. Les objectifs communs doivent être réalisables donc pragmatiques et concrets, tout en maintenant une nécessaire ambition. Il ne s'agit pas de formuler de vœux pieux mais de traduire quotidiennement, au lit du patient cette politique en actions concrètes et évaluables. Cette tâche est difficile et il est indispensable de recueillir les points de vue différents. Différence, complémentarité, le ton est donné aux nouveaux rapports professionnels.

Si, comme nous l'avons évoqué, il est légitime de rechercher les moyens d'optimiser l'adéquation formation adaptation à l'emploi, il semble tout aussi important de ne pas faire l'économie d'une réflexion sur les capacités de ces institutions à attirer les professionnels dont elles ont besoin. Il paraît indispensable de contribuer au développement de l'attractivité de l'établissement envers les professionnels et à la recherche d'éléments qui permettent de mieux les intégrer.

Un partenariat efficace entre une direction de soins et une ou des directions d'écoles paramédicales permet d'obtenir des renseignements précieux quant aux orientations stratégiques à adopter.

Les modes de fonctionnement de ces différents interlocuteurs sont très disparates. Cette relation entre école et hôpital qui apparaît pourtant essentielle, est parfois dans la réalité quasi inexistante ou réduite à sa plus simple expression.

Aujourd'hui le législateur marque d'une empreinte forte les liens entre un ex-infirmier général et un directeur d'institut en leur octroyant le même qualificatif de directeur des soins. Au-delà du simple aspect de rééquilibrage pécuniaire, ne serait-il point opportun voire nécessaire, de se saisir de ces mutations, pour repenser ou améliorer une politique de partenariat entre ces différents décideurs. Cette réflexion peut s'étendre, et c'est l'avenir, aux autres filières paramédicales qui constitueront l'ensemble du service de soins.

4 - HYPOTHESE

Au vu de la problématique exposée préalablement, nous proposons l'hypothèse suivante.

Hypothèse

Dans les établissements hospitaliers, pour contribuer à l'offre de prestations de soins de qualité aux usagers, des compétences sont attendues, aspect qualitatif, des effectifs en personnel sont requis, aspect quantitatif. Dès lors, il est souhaitable et légitime, pour un directeur de soins, de rechercher les moyens **d'optimiser l'adéquation formation-adaptation à l'emploi**, d'identifier les éléments qui concourent au **développement de l'attractivité de l'établissement**, de conduire ces actions dans une perspective d'ajustement régulier aux exigences réglementaires et dans **l'anticipation des évolutions sociales**.

L'alternance en formation des personnels paramédicaux représente un **levier d'action** intéressant, mais il nécessite, pour être utilisable (mis en mouvement), un **partenariat effectif** DS établissement / DS écoles paramédicales.

L'application concrète de ces partenariats résulte d'une **volonté politique avérée** et explicite de la part des différentes directions concernées. Les directeurs de soins peuvent contribuer, et c'est leur mission, à la mise en œuvre et à la pérennité de ceux-ci.

5 - LE CADRE DE L'ETUDE

5.1 CONDITIONS DE L'ETUDE

5.1.1 Méthodologie et terrain d'enquête

➤ *La démarche méthodologique*

Ce mémoire est un mémoire professionnel ayant pour vocation d'éclairer l'impétrant sur un des aspects de sa future fonction. C'est pour le moins tel que j'ai tenté de le traiter.

La démarche méthodologique a consisté à mener préalablement quelques entretiens exploratoires pour cerner un peu mieux le sujet.

Par la suite, le choix du mode d'enquête a porté sur les entretiens semi-directifs. En effet, cette méthode me paraissait plus adaptée car elle laissait la possibilité aux interviewés d'enrichir encore la discussion et d'amener ainsi de nouvelles réflexions. Cette méthode d'enquêter m'a permis de construire petit à petit, le sujet et d'éclairer les pistes de recherche et de propositions.

Les entretiens devaient permettre d'explorer :

1) Ce qui motive la mise en œuvre d'un partenariat :

Sur l'adaptation à l'emploi :

- L'existence d'écart observés entre les compétences attendues des nouveaux diplômés et celles observées sur le terrain,
- La nature et les causes identifiées de ces écarts et, par-là même, les responsabilités des directions engagées dans ces processus de formation en alternance.

Sur le recrutement des nouveaux diplômés :

- Les éléments qui favorisent l'attractivité,
- Le taux de candidats recrutés au sein les promotions d'écoles.

Sur l'ensemble des bénéfices qu'un tel partenariat école / hôpital peut procurer aux deux organismes et organisations.

2) Les freins à la mise en œuvre et l'optimisation de ces partenariats.

3) Les perspectives d'évolution.

➤ *L'analyse des entretiens*

La grille d'entretien figure en annexe 1.

Les commentaires ont été analysés et regroupés par thème pour plus de clarté.

➤ *Les établissements et instituts*

Les établissements où ont eu lieu les enquêtes sont des établissements possédant un IFSI, ainsi que des écoles de spécialités. Le choix de ces établissements a été motivé au regard de notre futur lieu d'exercice.

Dans deux établissements, les relations entre ces deux types de partenaires étaient très différentes, à savoir d'un côté un partenariat actif, de l'autre très peu de relations entre la DSSI et la DEP. Le partenariat, dans ce cas précis, s'effectuait à un niveau subalterne. Le DEP était en relation étroite avec l'encadrement de proximité pour l'organisation des stages. Il n'existait pas de politique de direction conduite en collaboration, et donc les actions menées pour l'accueil et l'encadrement des stagiaires restaient circonscrites aux services et perdaient ainsi une partie de leur intérêt.

Le terme d'actif employé pour qualifier un type de partenariat s'appuie sur l'existence d'outils, de procédures mis en place ainsi que différents modes d'organisations développés au sein de l'établissement. Ce terme d'actif ne présage en rien de l'incidence du partenariat sur l'adaptation à l'emploi ou sur le recrutement. Cette incidence était au départ postulée, et ne fait donc pas ici l'objet d'une étude. (Il est tout de même intéressant de noter que dans le premier établissement décrit, 50 % en moyenne des élèves sont recrutés à l'issue de leur formation, alors qu'on atteint à peine les 20% pour l'autre établissement).

➤ *La population*

La population interrogée regroupe des directeurs du service de soins infirmiers DSSI ou IG, des directeurs d'écoles paramédicales en activité et des directeurs de ces deux catégories en formation. Pour alimenter quelque peu cette réflexion, j'ai choisi aussi de recueillir l'avis éclairé de certaines personnalités telles que la présidente du CEFIEC.

Au total il s'agit de 14 entretiens répartis comme suit :

IG	4
DEP IFSI	4
DEP IBODE	1
DEP IADE	1
DEP en formation	2
IG en formation	2

➤ *Les limites de l'enquête*

Le nombre de personnes rencontrées et d'établissements constitue en lui-même une limite à la recherche. L'échantillon de population est assez restreint.

Il aurait été intéressant d'explorer aussi l'avis d'autres partenaires comme les DRH ou encore les médecins quant aux questions plus précises sur les compétences infirmières ou le recrutement de cette catégorie de personnel. Le temps imparti ne m'a pas laissé cette opportunité et je n'ai donc pas fait ce choix.

Ce travail, compte tenu de ses limites, est plus à considérer dans un cadre exploratoire que dans un cadre de recherche. Il n'a pas cette prétention.

Néanmoins, il nous a permis de mieux nous situer par rapport à la problématique énoncée, et d'envisager quelques pistes de propositions concrètes d'actions.

5.2 ANALYSE DE L'ETUDE

5.2.1 Autour de la question d'adaptation à l'emploi du personnel infirmier

5.2.1.1 Des écarts

Dans le domaine des compétences infirmières, un décalage est souvent constaté entre les attentes des établissements de santé et les formations dispensées en IFSI.

Les DS des établissements estiment que ce décalage est plus ou moins marqué suivant les instituts de formation. Les directeurs de soins et les directeurs d'écoles paramédicales s'entendent dans la majorité des cas, sur la nature de ce décalage.

Ces écarts peuvent être répertoriés selon quatre ordres⁴³ :

➤ *Ecart d'ordre social*

Celui-ci repose sur des représentations différentes du rôle des acteurs infirmiers dans la production de soins.

Les instituts construisent leur enseignement en regard des textes qui régissent l'exercice de la fonction d'infirmière. Ils abordent l'ensemble des rôles infirmiers (rôle propre et rôle prescrit) d'une façon qui leur paraît complémentaire et équilibrée alors que sur le terrain, ces mêmes rôles sont exercés d'une façon beaucoup plus inégale et différenciée. Il est à noter que le rôle prescrit est le plus souvent très largement prioritaire dans le quotidien infirmier. Il est à noter qu'au-delà des représentations, ce rôle joué est lié étroitement au contexte (pénurie de personnel, défaut d'organisation au sens large) et peut expliquer en partie cette prééminence du rôle prescrit, souvent faute de temps. Il est aussi très dépendant des individus qui l'assurent. Certaines personnes possèdent une habileté manuelle et organisationnelle qui leur permet de dégager du temps pour enrichir la relation avec les patients, d'autre non.

➤ *Ecart d'ordre opérationnel et managérial*

Il s'agit d'une distorsion entre les différentes techniques gestuelles et organisationnelles enseignées et celles pratiquées dans les établissements de santé. Deux axes majeurs de cette distorsion peuvent être dégagés :

- La non prise en compte par l'IFSI des réalités du terrain.
Certains critères d'efficience et d'adaptabilité sont négligés au profit d'une construction théorique dont le caractère opérationnel semble limité,
- Une priorité donnée par les établissements de santé aux critères de rapidité au détriment parfois de la qualité des soins.

D'autre part, il faut noter que l'évaluation des élèves en stage et l'enseignement en institut portent essentiellement sur les soins directs. Cette restriction ne permet pas d'aborder et d'évaluer suffisamment toutes les activités afférentes aux soins, l'inscription de ces soins

⁴³ Cette classification est issue d'un travail de recherche conduit par **Hervé BRIZON-SERPOLET** (Directeur du groupement de formation professionnelle de l'hospitalisation privée du Languedoc-Roussillon) Elle a été reprise pour guider les entretiens et clarifier l'analyse.

dans une équipe pluridisciplinaire, pluri-professionnelle et la notion d'organisation. Ces compétences sont pourtant largement requises (professionnalisme, compétences sociales).

➤ *Ecart d'ordre professionnel*

- Les formateurs, enseignants, loin des réalités quotidiennes de l'utilisation de techniques et matériels nouveaux sont parfois chargés de l'enseignement théorique et surtout pratique de ceux-ci aux étudiants. Cet enseignement devient vite obsolète, faute de sollicitation des infirmiers de terrain ou de non réactualisation des connaissances des enseignants.
- Les tuteurs ou les infirmiers référents font parfois défaut sur le terrain. Il s'agit plus encore d'un problème de continuité. Le turn-over du personnel dans les établissements ne facilite pas la prise en charge des étudiants. Les 35 heures, par la réduction du temps de présence global et du temps de transmission, rencontre avec les autres collègues, accentuent cette difficulté. Les quotas qui ont augmenté et la pénurie de personnel viennent encore aggraver une situation qui peut devenir précaire.

➤ *Ecart d'ordre stratégique*

Les projets pédagogiques et les projets de soins ne trouvent pas toujours une véritable articulation entre eux.

Au-delà de la formation initiale des infirmiers, la mission de formation continue dévolue aux instituts ne sont pas toujours en cohérence avec les plans de formation des établissements partenaires.

5.2.1.2 Des lacunes

Au-delà des écarts constatés relatifs aux représentations du métier, aux contenus des enseignements, à la qualité des formateurs et enseignants, à l'articulation des projets institutionnels, les personnes interrogées se rejoignent dans l'ensemble pour soulever les problèmes de lacunes qu'ont les étudiants à l'issue de leur formation.

Celles-ci sont de deux ordres principalement :

➤ *Défaut de maîtrise des gestes techniques*

L'enseignement se diversifie ; il faut encore plus de polyvalence sur un temps total de formation qui n'augmente pas. Les stages hospitaliers sont moins nombreux et durent peu de temps au profit de nouvelles disciplines extra hospitalières. En outre, la psychiatrie, depuis 1992, est devenue un enseignement obligatoire.

Ce contenu, pour certains directeur d'écoles, équivaut à un saupoudrage. En effet, comment aborder de plus en plus de disciplines toutes plus complexes les unes que les autres sans prétendre augmenter la durée des études ?

Autre remarque émergente : cette polyvalence est très réclamée par les établissements de soins. En effet, la rotation des personnels permet une plus grande marge de manœuvre en terme de répartition des effectifs.

Cependant, chaque discipline, dans le même temps, se complexifie et l'on s'achemine vers de plus en plus de spécialisation.

On touche aux limites de la polyvalence.

➤ *Défaut de connaissance théorique*

Le problème du travail des étudiants :

Les étudiants ont, pour la plupart d'entre eux, une activité salariée annexe. Parfois, celle-ci équivaut à un emploi à mi-temps. Ce temps de travail (Mac Donald ...) devient trop prééminent. Pour concilier une activité rémunérée, activité rendue nécessaire par les conditions de vie quotidienne, avec leur cursus d'apprentissage, les étudiants n'aspirent pas forcément à l'excellence mais se contentent souvent d'obtenir la moyenne requise pour la validation des modules. Leur ambition se limite ainsi et le niveau des promotions n'est pas très élevé. Ce manque de connaissances théoriques est très dommageable pour la compréhension des problèmes et des besoins des patients ainsi que pour l'application et la surveillance de leur traitement.

Le comportement des étudiants vis à vis de la formation

Ce comportement a évolué, ce qui n'est pas spécifique à cette catégorie d'étudiant. Cependant, ce changement soulève de nouvelles questions quant à la posture à adopter à son égard. Les étudiants remettent facilement en cause les décisions de notations,

acceptent parfois difficilement les remarques, ou pour le moins exigent une argumentation très rigoureuse.

5.2.2 Autour de la question du recrutement à la sortie des écoles

Les DS interrogées, d'autant que leur établissement d'affectation sont situés dans la région Ile de France, à forte concurrence, sont vivement impliquées dans la problématique de recrutement. Elles attendent beaucoup des instituts pour trouver du personnel. Par contre, les directeurs des écoles, pour ce qui les concerne, apparaissent plus partagés. D'aucuns, se sentent « redevables » envers l'établissement partenaire du nombre d'étudiants qui iront travailler dans cet établissement, d'autres au contraire manifestent une certaine indifférence à ce problème. Cependant, ils admettent volontiers avoir la possibilité de favoriser, le cas échéant, les établissements qui leur fournissent un nombre certain de lieux de stage.

Ils peuvent décider, dès qu'ils reçoivent des propositions d'emplois pour les étudiants, de ne considérer que les demandes provenant d'établissement qui accueillent leurs stagiaires.

Il existe des disparités quant au pourcentage d'étudiant qui rejoindront l'établissement ou siège l'IFSI. Dans cette enquête, le taux varie de 20 à 50% entre les deux établissements.

5.2.3 Quels sont, globalement les avantages d'un partenariat DEP / DSSI ?

La majorité des personnes interrogées sont favorables à ce partenariat.

Elles motivent leur réponse en arguant principalement qu'il permet de construire des stratégies communes pour conduire une politique et des actions conjointes.

80 % des personnes interrogées estiment qu'un partenariat ne doit pas se limiter aux liens institutionnels mais doit pouvoir se traduire véritablement en actions concrètes, être bénéfique aux deux institutions.

Il poursuit plusieurs objectifs tels que :

➤ *D'adapter la formation des étudiants aux besoins, l'améliorer, la faire évoluer*

Les écarts sont de plusieurs natures. Il convient donc de tenter de les réduire à différents niveaux.

Niveau conceptuel :

Il s'agit de trouver un point d'accord sur « le produit fini », c'est-à-dire tenter de répondre à la question : de quel professionnel avons-nous besoin ? A cette fin, il semble nécessaire de :

- Partager des éléments de prospective en terme d'évolution prévisible des métiers.
- Obtenir un minimum de consensus sur une conception des soins qui tient compte des contraintes structurelles et conjoncturelles.
- Connaître et reconnaître les limites, les contraintes et les difficultés de chacun.
- Trouver des articulations entre les projets pédagogiques et les projets de soins

Niveau organisationnel :

Il s'agit de répondre à une seconde question : comment bien former ces futurs professionnels dont l'institution a besoin ?

Réponse : en élevant le niveau d'encadrement et de formation.

Il serait nécessaire pour cela de :

- Considérer la formation comme une prestation avec un certain niveau de qualité
 - Qualité de l'offre de formation : connaître les programmes, le déroulé,
 - Qualité des formateurs, qualité du tutorat,
 - Qualité de l'offre de stage : repérage des pôles d'excellence sur les établissements,
 - Qualité des terrains de stages,
 - Choix des situations professionnelles formatrices,
 - Pouvoir envisager une relation de type : client fournisseur,
 - Pouvoir négocier par exemple un programme minimum d'acquisition garantie.
- S'inscrire ensemble dans une démarche d'amélioration de la qualité de la formation
 - En commençant par se sentir responsable de sa prestation,
 - Travailler sur le référentiel emploi et le référentiel formation avec mise en confrontation des disparités dans une même perspective de qualité de la prestation soins. L'alternance et donc un partenariat bien conduit permettraient ainsi de mettre en regard des compétences et des emplois,
 - Travailler les modalités de recrutement et de formation des cadres,

- Travailler à densifier, créer et améliorer la formation des tuteurs, des référents de stage,
- Travailler sur l'amélioration de l'organisation des services quant à la qualité de l'accueil et de l'encadrement des stagiaires,
- Organiser des vraies complémentarités dans cette prise en charge des étudiants puisque la polyvalence porte en elle ses propres limites.

➤ *Contribuer à la politique générale d'amélioration de la qualité de l'établissement*

- Adapter, moderniser les organisations de travail
 - Introduire par le biais des élèves et des formateurs un regard critique sur les modes d'organisation, : les pratiques professionnelles,
 - Responsabiliser les agents, faire remonter l'information susceptible d'être pertinente sur les difficultés rencontrées sur le terrain.
- Mobiliser l'ensemble des ressources
 - Utiliser les compétences pédagogiques, méthodologiques des formateurs pour conduire des travaux au sein de l'établissement,
 - Inciter l'encadrement à mener des actions de formation, à participer, à contribuer à valoriser l'image de l'institution.

➤ *Agir sur le recrutement*

L'ensemble des personnes interrogées exprime que la qualité de l'encadrement au sens large des stagiaires (accueil, tutorat), ainsi que l'image de l'institution ont une incidence avérée sur le recrutement : exemple des hôpitaux militaires où 80% des personnes recrutées ont effectué un stage dans l'institution.

Les directeurs interrogés ont émis des propositions en terme d'actions à initier ou promouvoir pour favoriser l'embauche des nouveaux personnels. Elles peuvent être regroupées comme suit :

- Des actions autour de l'image de l'établissement,
- Des actions autour de la représentation du métier,
- Des actions autour de l'accueil et l'encadrement des stagiaires,
- Des actions autour de la réflexion sur l'évolution des métiers.

- Offrir aux personnels hospitaliers une tribune au sein des instituts pour promouvoir leur établissement.
- Organiser des forums, rencontres à thèmes, journées d'études, etc.

Les leviers permettant d'améliorer l'efficacité du recrutement :

- Agir sur la qualité on agit sur le recrutement.
- Améliorer les conditions d'accueil et d'encadrement des stagiaires,
- Argumenter auprès des directions d'établissement l'octroi de contrats d'étude sur une année ou sur la totalité des études.

➤ *Concevoir et Argumenter des projets*

- Mettre en commun des projets qui pourraient être similaires ou se recouper.
- S'associer pour les argumenter et les conduire.

➤ *La formation continue*

Au-delà du partenariat pendant la formation initiale, il ne faut pas omettre de penser à toute la qualité de cette relation qui permet de tisser des liens et donc d'agir au-delà de cette formation initiale. Prenons l'exemple de la formation continue : en effet, les IFSI concourent à la prise en charge de la formation continue en assurant un certain nombre d'interventions pédagogiques. Un lien entre le projet de formation et l'IFSI paraît judicieux.

5.2.4 Etre en accord avec les évolutions sociales et celles de l'environnement

En majorité, les personnes interrogées estiment que le contexte a largement évolué et qu'il est nécessaire de s'adapter. En effet, appréhender la complexité des tâches et tenter de répondre aux missions qui nous (DEP et DS) incombent, à savoir, poursuivre l'ambition du « juste soin », sont des objectifs que l'on ne peut poursuivre sans un effort d'ouverture, de décloisonnement, de lutte contre les corporatismes vieillissants.

Les capacités à construire des liens, mettre en relations les expertises, les spécificités à contextualiser sont essentielles pour tenter d'adapter le plus justement son exercice professionnel aux besoins de la personne soignée.

C'est avant tout avoir la volonté de s'inscrire dans une logique de partenaires, de compétences transversales, de partage, de complémentarité.

Pour tenter de mieux comprendre, appréhender les évolutions des métiers et des professionnels, il est nécessaire d'observer les comportements des élèves, les grandes tendances, d'identifier leurs attentes et leur représentation de la fonction.

5.2.5 Des freins au partenariat entre institut et établissement

Les freins observés sont, aux dires des interviewés de cinq natures :

➤ *La volonté des individus*

Il ressort nettement des entretiens que la qualité du partenariat dépend bien évidemment des individus. Lorsque deux personnes ne souhaitent pas collaborer, le rapprochement entre l'institut et l'établissement peut s'avérer tout de même mais à un niveau subalterne. L'inconvénient majeur de ce mode de fonctionnement, tel qu'il a pu être observé dans un des établissements enquêtés, réside dans un manque de stratégies, de projets de direction. Des actions sont conduites mais elles restent isolées et ponctuelles.

La capacité à collaborer et à conjuguer ses expertises avec d'autres collègues est un critère à prendre en compte pour l'évaluation de la grande majorité des personnels d'une institution hospitalière. Ce critère doit s'appliquer tout autant aux cadres de direction.

➤ *Le manque de temps*

C'est un facteur important. Il faut être efficace. On ne peut pas multiplier indéfiniment les réunions. Le temps disponible est compté. Il est essentiel pour cette raison que les directions puissent établir des systèmes de communication performants.

➤ *L'habitude de travailler seul*

La disponibilité des uns et des autres relève autant d'une façon de travailler que d'un seul problème d'emploi du temps. L'habitude de contacter même très rapidement des partenaires n'est pas encore un comportement largement adopté.

➤ *Les corporatismes*

Entre les directions de soins d'établissements et celles des instituts de formation les liens ne sont pas toujours très chaleureux. Ces divergences se retrouvent au niveau de

l'encadrement. Cette relation peut se schématiser, d'une façon outrancière, comme celle souvent conflictuelle du couple : théorie et pratique.

➤ *L'éloignement géographique*

Quand un établissement dépend d'un centre hospitalier, les relations sont d'emblée plus importantes. Dans la majorité des cas, l'appartenance à un même établissement est propice au renforcement des liens de partenariat.

L'éloignement géographique rend les déplacements plus difficiles. Mener des actions de formation conjointes devient plus délicat, de même qu'assister aux réunions ou aux groupes de travail.

5.2.6 Quels changements, la nouvelle formation des directeurs de soins peut-elle amener ?

Les DEP sont très en attente de cette nouvelle formation. Les DSSI sont plus dans l'expectative, mais estiment tout de même que de pouvoir travailler ensemble, de pouvoir se connaître et créer des liens aura sûrement une incidence bénéfique. Ces deux mondes, parfois très différenciés et cloisonnés, pourront se rencontrer et se confronter. Autre avantage soulevé : cette formation permettra de créer des passerelles entre les deux fonctions et chacun pourra, au décours ou initialement, avoir le choix de l'une ou l'autre fonction.

Pour la plupart des personnes interviewées, le développement de la double compétence permettra de posséder un même niveau de connaissances, un même niveau de reconnaissance.

Les futurs directeurs de soins auront le même système de référence de formation ce qui ne peut que favoriser leur travail en partenariat.

5.2.7 Les autres partenaires possibles, souhaitables

Il faudrait encore pouvoir s'ouvrir davantage vers les autres filières paramédicales, renforcer les liens avec le corps médical, avec le personnel administratif pour confronter les différentes logiques. Cet effort pourrait s'illustrer par la promotion d'actions de formation commune.

5.2.8 Les perspectives d'évolution

Les perspectives d'évolution du partenariat sont contenues essentiellement dans :

- La formation commune des directeurs de soins va dans le sens d'un renforcement des liens fonctionnels.
- La formation des professionnels paramédicaux : il existe un projet d'université de santé avec une année commune pour toutes les professions de santé, médicales et paramédicales.

Ce projet pose une interrogation quant au devenir des instituts de formation. Seront-ils transformés en instituts universitaires professionnels ou techniques ? Garderont-ils la forme qu'ils possèdent aujourd'hui après cette première année universitaire ? Il pose de surcroît une interrogation quant au devenir des formateurs au sein de ces instituts. Seront-ils issus de la filière cadre de santé comme actuellement ou devront-ils posséder des titres universitaires ?

6 - PROPOSITIONS

Les avantages d'un partenariat effectif entre les directeurs de soins chargés de la direction d'une école paramédicale et les directeurs de soins des établissements ne sont plus à démontrer. Je souhaite, pour ma part, contribuer fortement à leur existence et à leur pérennité si tant est que la formation des infirmiers s'effectuera encore dans les écoles professionnelles que nous connaissons. Si demain, il devait en être autrement, le rapprochement avec l'enseignement ne pourrait être que bénéfique. Dans la perspective d'avoir un jour en charge la coordination de l'ensemble des activités paramédicales, j'ajouterai que cette réflexion peut se concevoir et s'étendre aux autres formations.

Pour mener à bien cette politique au service du partenariat, il convient de l'organiser. Nous pouvons imaginer un déroulement en deux étapes : la première consiste à définir les projets dans toutes leurs dimensions, la seconde à les mettre concrètement en œuvre.

6.1 PREMIERE ETAPE : CONCEVOIR DES PROJETS, ELABORER DES STRATEGIES COMMUNES

Après s'être concerté, avoir élaboré, collaboré à des projets, il devient primordial d'adopter des stratégies communes pour garder ce lien, cette cohérence. Ces stratégies se construiront au fur et à mesure des besoins. Il est indispensable de les traduire concrètement en outils, en instances et en procédures au service de ce partenariat. Il sera essentiel de faire état de cette collaboration entre les directions au travers des différents documents institutionnels comme les rapports d'activité, les projets de soins et d'établissement.

6.2 DEUXIEME ETAPE : MISE EN ŒUVRE CONCRETE

Construire des outils au service du partenariat

➤ *Des outils de management*

Des projets :

- Le projet de soins et le projet pédagogique doivent trouver une articulation. Cela donnera du sens à toutes les actions qui seront par la suite conduites conjointement. Celles-ci

pourront ainsi s'ancrer dans une logique de travail en interdisciplinarité et trouver leur fondement dans une philosophie des soins partagée.

- Les rapports d'activité des services respectifs doivent pouvoir faire état de cette collaboration par le rendu, bilan d'étape des travaux menés en collaboration.

Des organisations :

Au niveau de l'encadrement, il peut être créé des secteurs de formateurs calqués sur les secteurs des CSS (cf. Annexe 2). Pour avoir observé cette pratique⁴⁴ dans un des établissements enquêtés, je suis convaincu de son impact sur le renforcement des liens qu'elle apporte entre les cadres de terrain et les cadres formateurs. En ayant la charge de secteurs, ceux-ci sont responsabilisés et sont donc amenés à se rencontrer plus régulièrement et à échanger. Certains problèmes seront donc gérés au plus près. Le principe de subsidiarité s'applique.

Des travaux :

Les travaux de groupe des cadres peuvent être enrichis des compétences pédagogiques et méthodologiques des cadres formateurs. Il serait souhaitable de faire appel plus souvent à leur compétence dans le cadre de travaux institutionnels.

Les cadres de terrain peuvent être sollicités pour des sessions d'enseignement, de formation. Leur connaissance de la réalité de terrain est nécessaire pour rester adapté aux techniques en vigueur.

Un exemple de travaux pouvant être conduits en collaboration entre les cadres de terrain et les cadres formateurs :

- Le travail sur l'évaluation des élèves.

Compte tenu des difficultés d'évaluation de certaines compétences d'une part, et d'autre part du défaut de justesse dans la note attribuée en stage, l'adoption de nouveaux critères et d'une attitude commune vis à vis de la notation serait bénéfique aux deux institutions.

Les grilles d'évaluation des élèves en stage sont fournies par les stagiaires et donc par l'école. Il n'est pas fait mention d'une façon suffisamment explicite des capacités de l'étudiant à communiquer et à échanger avec ses collègues et tous les partenaires des soins (les médecins, les autres professions paramédicales), à faire appel aux différentes expertises. En effet, il est illusoire de prétendre pouvoir répondre à tous les besoins d'un

⁴⁴ un document faisant état de la répartition en secteur est joint en annexe 1

patient et à toutes les interrogations et problèmes. Ce qui, à mon avis, est essentiel pour un professionnel du XXI^{ème} siècle, c'est d'être apte à mettre en rapport ces différents niveaux d'expertise et de savoir le faire rapidement en hiérarchisant, en sachant dégager les priorités.

Ces capacités aujourd'hui ne font pas l'objet d'une évaluation précise et fiable.

- La notation :

50 % des notes sont attribuées en stage. Elles interviennent alors pour moitié dans le processus de validation des connaissances professionnelles. Il est souvent reproché aux écoles de laisser « passer » des candidats en année supérieure qui n'ont pas le niveau requis. La responsabilité des tuteurs en stage est tout autant engagée dans ces problèmes.

Si cette action est conduite correctement et est à l'initiative des directions de soins au sens large, en terme de management, il y aura une incidence. A travers cet exemple concret, on comprend comment on peut s'inscrire durablement dans une logique de travail concerté.

➤ *Des outils de gestion des ressources humaine*

- Organisation du Recrutement des cadres de terrain et des cadres formateurs :

En accord avec le DRH, il pourrait être envisagé d'avoir un double regard sur les aptitudes managériales et pédagogiques du postulant. En effet, ces capacités sont requises pour mener à bien des missions d'encadrement et de proximité et d'encadrement supérieur. Ce double regard a aussi un autre intérêt relatif à la mobilité des cadres.

Dans le cadre d'une politique relative à ce sujet, il convient d'avoir préalablement pu testé et évaluer les compétences de l'individu pour le poste proposé ou demandé.

Se pose justement, avec acuité, ce problème d'actualisation des connaissances techniques des soins du formateur. La plupart d'entre eux, même s'ils ont une identité disciplinaire ou théorique, devraient avoir une familiarité actualisée avec le métier.

Les choix relatifs à la « formation » et la qualification des formateurs peuvent faire l'objet d'une véritable réflexion d'équipe de direction.

- Evaluation des cadres terrain et des cadres formateurs

Sans avoir l'intention de mener à plusieurs les entretiens d'évaluations des cadres, il serait très utile néanmoins de s'enquérir de l'avis des différents partenaires sur la façon de servir des cadres.

- Actions favorisant le recrutement de nouveaux diplômés

L'attribution des contrats d'études :

Cette décision émanant de la direction générale de l'établissement hospitalier devrait pouvoir être débattue avec les directeurs d'école, faire l'objet d'une stratégie commune d'établissement (hôpital, institut de formation). En effet, la primauté d'une problématique sociale ou celle encore de la valeur travail / réussite influe sur le choix des bénéficiaires. Adopter l'une ou l'autre attitude aura une incidence sur la qualité des personnels recrutés à l'issue de la formation. Cette politique participe de la réputation d'une institution.

La valorisation des travaux des étudiants :

Qu'elle soit collective ou individuelle, cette reconnaissance des étudiants aura des répercussions sur leur désir de rejoindre l'établissement.

Il peut s'agir de leur participation à des travaux de groupes institutionnels ou encore de valoriser individuellement un travail, une étude en les publiant ou pour le moins les citant dans une revue interne à l'établissement.

- Actions favorisant l'anticipation et le suivi de ces recrutements

Tableau de bord sur le recrutement des infirmiers débutants, leur centre de formation. Profils des élèves par institut de formation.

Les promotions d'élèves peuvent être un site (centre) d'observation d'évolutions des tendances, des représentations des métiers. Il convient de les recueillir et de les analyser pour tenter d'y puiser les germes, les prémices du changement. L'école et les stages sont des instances de socialisation, des vecteurs de valeurs du travail, où l'on se construit à l'envi une identité professionnelle, des appartenances. L'élève en formation est un candidat potentiel à l'emploi, le considérer comme tel participe déjà d'un travail sur l'attractivité. Ces différents aspects sont autant de leviers qu'une direction de soins peut actionner pour mener à bien ses missions. Pour se faire des travaux d'école de cadres ou encore des travaux de recherche en soins infirmiers peuvent être conduits sur ce thème et être utilisés à des fins prospectives.

➤ *Des outils de « marketing » pour développer l'attractivité*

Organiser des Forums d'exposition, des Journées d'études à thème.

Présenter les établissements, donner les profils d'établissement. Pour mener à plus grande échelle ces actions et renforcer leur impact il serait souhaitable de constituer un réseau départemental de directeurs de soins et de directeurs d'école pour optimiser la formation et le recrutement.

Rencontrer les délégués de promotion.

6.3 CREER, PROMOUVOIR DES INSTANCES AU SERVICE DU PARTENARIAT

Les instances sont au service des institutions et de leurs membres pour échafauder des projets, procéder aux arbitrages, organiser des travaux, valider les décisions prises.

En ce qui concerne le service de soins, la CSSI peut être une instance très utile pour organiser ce travail en partenariat.

Il peut aussi être créé d'autres types d'instances telle que « la commission pour le développement des soins et des outils » dont nous avons constaté l'existence dans un des établissements enquêtés. Cette commission a eu pour vocation, par exemple, d'assurer le suivi des équipes pour l'implantation d'une méthode de recueil de la charge en soins ainsi que le développement des transmissions ciblées. Ces formations étaient dispensées conjointement aux personnels de terrain et personnels de l'institut. La finalité étant justement de limiter les décalages entre l'enseignement et la pratique. Il était important que les élèves puissent aborder en cours et retrouver sur leurs lieux de stages des mêmes habitudes de travail et les mêmes outils.

Il me semble essentiel que les infirmiers acquièrent une véritable maîtrise des gestes techniques le plus rapidement possible ainsi qu'une connaissance précise des traitements médicamenteux les plus courants. C'est à ce prix qu'ils auront toute latitude pour se consacrer à la démarche de soins et répondre plus librement à la demande de l'utilisateur. En effet, maîtriser les gestes techniques, connaître la pharmacologie, signifie prodiguer des soins en toute sécurité et sans dommages (douleur, erreur de dosage).

Actuellement, les stages étant relativement courts dans le milieu hospitalier, il faut pouvoir trouver des lieux « d'entraînement » pour l'acquisition de ces gestes. De telles commissions doivent permettre de mettre en exergue ces problématiques et de pouvoir trouver localement des solutions rapidement efficaces.

6.4 ELABORER DES PROCEDURES AU SERVICE DU PARTENARIAT

Toutes les relations et les actions qui participent au développement du partenariat ne peuvent évidemment pas faire l'objet de procédures.

Néanmoins, il convient de formaliser par écrit celles qui signifient et matérialisent l'engagement des politiques de directions. La qualité du partenariat repose en grande part sur un effort de clarification des modes de coopération. Cette clarification présente l'avantage de contrer, en partie, les problèmes liés à la personnalité des partenaires et ainsi, de contribuer à sa pérennité.

Les modalités de recrutement des cadres, le déroulé et les critères d'une séance d'évaluation, l'encadrement des stagiaires (charte de l'encadrement, livret d'accueil) peuvent faire l'objet de procédures (cf. Annexe 3). Les méthodes d'élaboration des projets, des rapports, toutes les organisations et les modes de fonctionnement doivent aussi être formalisés par écrit, validés et actualisés. Un exemple de trame d'élaboration d'un livret d'accueil est joint en annexe. Il s'agit d'un support méthodologique destiné aux équipes des services de soins pour rédiger leur livret d'accueil des stagiaires.

6.5 POUR S'INSCRIRE DURABLEMENT DANS UNE LOGIQUE DE TRAVAIL EN CONCERTATION

➤ Au niveau directionnel

S'il s'agit véritablement d'une politique de direction, il apparaît nécessaire d'inviter, si ce n'est pas le cas, les DEP à participer aux réunions de direction, de les solliciter pour l'élaboration du projet de formation et d'envisager avec eux les ressources de l'institut pour des formations en interne.

Inscrire la formation des IDE comme une vraie responsabilité de direction. A cette fin, il serait utile de prendre la décision de choisir ensemble les meilleures situations professionnelles formatrices et envisager d'étendre ponctuellement des séquences de formation à d'autres secteurs ou filière paramédicales. Il s'agirait aussi de rencontrer les autres partenaires : par exemple, recueillir l'opinion des médecins sur leurs attentes par rapport au travail des IDE, en CSSI, prendre l'habitude de convier d'autres professionnels paramédicaux, médicaux administratifs aux instances, commissions pour trouver des synergies.

Pour toutes les actions devant favoriser le recrutement préalablement évoqué comme l'organisation de forums, elles ne peuvent s'entendre sans l'engagement de la direction dans son ensemble. Travailler à améliorer l'image de l'institution est une responsabilité de toutes les directions ; un institut est aussi une vitrine, il doit pouvoir être exploitable à cette fin.

➤ *Au niveau des professionnels de terrain*

Rencontrer les collègues des secteurs médico-techniques pour envisager des actions de formation conjointes trouver d'autres lieux de formations, exploiter le plus possible les ressources existantes

Donner la possibilité aux cadres de pouvoir moduler entre eux ces séquences pédagogiques. Cette décision émanant de la direction présenterait l'avantage d'induire ou de renforcer chez les cadres une attitude d'ouverture sur d'autres possibilités de collaboration.

6.6 EN EVALUER L'EFFICACITE

Toutes ces actions, décisions ne doivent pas rester stériles mais être réellement utiles et efficaces. Pour mesurer l'impact de ces nouvelles pratiques, il faut les assortir bien évidemment d'outils d'évaluation, d'indicateurs. Ceux-ci doivent être simples d'utilisation et permettre quand même de mesurer assez justement l'efficacité des actions mises en place.

Il peut s'agir, à titre d'exemple :

En ce qui concerne le recrutement :

- De données quantifiées issues des statistiques établies pour la GPEC,
- Du suivi, avec le directeur des ressources humaines, des recrutements, de leurs origines,
- De suivi du nombre de stagiaires et du nombre de recrutés.

En ce qui concerne l'adaptation à l'emploi :

- D'enquêtes de satisfactions relatives au déroulé et contenu des stages auprès des élèves,
- De la mise en parallèle de l'utilisation du stage de projet professionnel, et de la réduction de la période d'adaptation à l'emploi,
- Du taux de réussite au Diplôme d'Etat,
- Du niveau des promotions,
- Des résultats d'évaluation des professionnels.

En ce qui concerne la politique générale :

- Des bilans d'étape relatifs aux actions conduites des projets de soins et pédagogiques
- Du listing des opérations contenues dans les bilans d'activités.

7 - CONCLUSION

Pour conclure, je m'attacherai à retenir l'essentiel de ce qui a pu ressortir des entretiens menés : un partenariat entre une direction des soins et une direction d'institut de formation apparaît, aux yeux de la majorité des personnes interrogées, tout à fait envisageable et avantageux. De leur propre avis, le succès d'une telle coopération dépend, en tout premier lieu, de la volonté des partenaires à œuvrer en complémentarité.

Tels qu'ils ont pu être décrits et proposés, des outils, des instances et des procédures doivent servir cette ambition et assurer la pérennité de ces relations. Ce rapprochement est profitable aux deux institutions ; il sert surtout, et c'était sa première ambition, l'optimisation de la prestation de soin. Comme l'a récemment exprimé Mme Gelly, présidente de l'Association Nationale des Infirmiers Généraux, *«le fil conducteur de nos actions est le respect de l'être humain en lui apportant : performance, excellence, sécurité et droit de savoir.⁴⁵»* Pour toutes ces raisons, la formation ad hoc des paramédicaux relève d'une ambition légitime. Les difficultés organisationnelles au sein des institutions hospitalières, induites par la mise en place de la RTT et la pénurie des infirmiers, nous incitent à rechercher tous les moyens disponibles pour gérer, avec efficacité et en complémentarité, l'offre de soins.

Possédant cette volonté et étant convaincue de son intérêt pour l'institution, il me reste néanmoins à construire et surtout entretenir ces liens coopératifs. Plus que jamais, nous sommes incités à travailler en pluridisciplinarité. C'est pourquoi, à l'issue de ce travail, il me paraît tout à fait opportun d'envisager nouer et conserver, avec mes futures collègues de la formation, des liens étroits. Ces liens auront l'avantage d'agir sur l'adaptation à l'emploi des nouveaux diplômés, sur une meilleure adéquation entre l'enseignement et la fabrication de compétences correspondant aux exigences du terrain, sur le recrutement et l'emploi de ces mêmes personnels et enfin sur l'effort que nous devons fournir pour ouvrir nos réflexions à d'autres systèmes de références.

⁴⁵ Phrase extraite de l'éditorial des cahiers de L'ANIG n° 5ème semestre 2002.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

Alternance et complexité en formation

P. LHEZ, D. MILLET, B. SEGUIER

Education, santé, travail social

Editions : Seli Arslan octobre 2001 189 p.

Agir sur les difficultés de recrutement et l'attractivité des entreprises

R. SAGE, D. BRISSON

Editions LIAISONS réseau éditions ANACT 85 p. novembre 2001.

Construire la formation professionnelle en alternance

R. POUPARD, Y. LICHTENBERGER, JM. LUTTRINGER, C. MERLIN.

Les Editions d'organisations, 1995, 218 p.

Les difficultés de recrutement des personnels infirmiers en France

W. HESBEEN

Editions ENSP, 1993.

Les formations en alternance

C. LE PESSAILLES, M.A. MOILLEBOUIS

Recherche en formation continue

La Documentation Française 402 p.

Manager dans la complexité

D. GENELOT, JL. LEMOIGNE

Editions INSEP CONSULTING 357 p. 3ème édition 2001.

Prospective et compétitivité

P. A. BUIGUES

Stratégie et management

Editions MC GRAW-HILL 1985 139 p.

Réussir la formation en Alternance

J. SCHNEIDER, B. LEFAVRAIS

EDITIONS INSEP 214 p.

ARTICLES :

N. BARBIER, A. NKOUM, Pour un bon usage de l'alternance à l'intention des personnels de santé ».Objectif soins, formation pédagogie, mars 2001 n°34, p. 14-16.

M.C. COMBES, l'Alternance enjeux et débats, collection « cahier travail et emploi », la documentation française (1996).

R. MAGNON, une recommandation du Conseil de l'Europe pour développer et promouvoir la recherche infirmière. Objectifs Soins n° 51 p. 23-26, 1997.

G. MALGLAIVE et A. WEBER, Théorie et pratique, approche critique de l'alternance en pédagogie, Revue française de pédagogie, n° 61 octobre, 1982.

REVUES

Informations sociales.

Le partenariat en théorie et en pratique

n° 95 2001 éditions C.A.F.

MEMOIRES

S. RIGON-JOFFROY : L'encadrement des élèves infirmiers : un atout dans la stratégie de l'infirmière générale pour gérer les difficultés de recrutement des infirmiers, 1990, 103 p.

LAZARE, S. JUAN : La formation professionnelle infirmière en institut et en service de soins : un partenariat conflictuel ? MST de gestion et animation des systèmes de formation : option formateurs en soins. Université de Paris 9 Dauphine, 1999.

LISTE DES ANNEXES

- N°1** Grille des entretiens
- N°2** Répartition des secteurs de responsable formation
- N°3** Trame d'élaboration d'un livret d'accueil des stagiaires

ANNEXE 1

Grille des entretiens

Existe-t-il selon vous, des problèmes d'adaptation à l'emploi des nouveaux diplômés (infirmier) ?

Si oui, de quelle nature sont ces écarts, ces lacunes dont l'encadrement aurait pu vous faire part ?

Quelles peuvent être leurs origines ?

Le recrutement : peut-on améliorer le recrutement des nouveaux diplômés ?

Un partenariat bien conduit entre une direction des soins et une direction d'un institut peut-il réussir à réduire ces écarts ?

Quelles actions conjointes peuvent être menées pour améliorer le recrutement ?

Quels autres avantages peuvent présenter ce type de partenariat ?

Quels inconvénients ?

Correspond-il aux tendances actuelles, s'inscrit-il dans une évolution de l'environnement ?

Que pensez-vous du nouveau cursus de formation des directeurs d'instituts en soins infirmiers ?

Quels sont, selon vous les réticences et les résistances à la mise en place de partenariat ?

Quelles en sont les perspectives d'évolution ?

ANNEXE 2

Répartition des secteurs de responsable formation

PROJET REFERENT FORMATEUR PAR SECTEUR

Objectif :

- Renforcer les liens de coopération I.F.S.I./Services de soins
- Faire percevoir aux étudiants cette dimension de coopération
- Permettre aux formateurs une insertion plus grande dans la vie hospitalière :
 - * Projet institutionnels et médicaux
 - * Fonctionnement, ressources et limites des services de soins
- Se considérer mutuellement comme partenaire à part entière dans la formation des étudiants infirmiers et aides-soignants :
 - * Mieux se connaître et mieux se comprendre, communiquer plus fréquemment et plus simplement
- Faciliter la mise en œuvre de projets communs

Moyens :

- Utiliser la structure d'organisation en secteurs
- Avoir des interlocuteurs privilégiés

Au niveau de l'I.F.S.I, chaque enseignant serait référent d'un secteur (tableau joint au verso)

Le choix est fait en fonction des enseignements dont il a habituellement la charge et de la promotion prioritairement en stage dans le service

Thèmes pouvant être travaillés :

- Informations sur les nouvelles modalités d'évaluation en stage (grille Planchette de la DRASS)
- Concertation sur les capacités d'accueil des étudiants en stage
- Informations sur les projets, discussion sur les questionnements
- Organisation des évaluations
- Développement d'une politique de tutorat
- Protocole d'accueil et d'encadrement...

REPARTITION DES SECTEURS

MEDECINE	CHIRURGIE	[]	CARDIOLOGIE PNEUMOLOGIE
C.I.S :	C.I.S :	C.I.S :	C.I.S :
Endocrinologie (Méd.1) Gastro-médecine (Méd.2) Neurologie/EEG Gastrologie 1 Endoscopie digestive	CO A/ORL/Stomato/OPH CO B CV 1 CV 2 Consultations externes Consultations urologie	Médecine physique Rhumatologie Dermatologie Oncologie Hématologie HDJ hémato/oncologie Consultations rhumatologie	Cardiologie générale Cardio-réanimation Pneumologie 1 Pneumologie 2 Consultations cardiologie Consultations pneumologie Consultations hémodynamique

ATERNITE GYNECOLOGIE	MAISON DE RETRAITE LONG SEJOUR	REVEIL LOURD SMUR	PSYCHIATRIE
C.I.S :	C.I.S :	C.I.S :	C.I.S :
Maternité/gynécologie Réanimation néonatalogie (C.I :) Pédiatrie (C.I :) Pédopsychiatrie (C.I :)	A - 1 ^{er} étage A - 2 ^{ème} étage A - 3 ^{ème} étage A - 4 ^{ème} étage Médecine gériatrique	Réveil lourd SMUR Urgences (C.I : Mme) Réanimation polyvalente (C.I :)	Secteur Hospitalisation + HDJ Secteur Hospitalisation + HDJ Structures extra-hosp. de chaque secteur

ANNEXE 3
Trame d'élaboration
d'un livret d'accueil des
stagiaires

TRAME D'ELABORATION
DU LIVRET D'ACCUEIL ET
D'ENCADREMENT DES
STAGIAIRES DANS UNE
UNITE DE SOINS

Voici les éléments constituant le livret d'accueil et d'encadrement des stagiaires aides-soignants et infirmiers dans une unité de soins. Ce protocole comporte des éléments descriptifs de l'unité et du déroulement du stage, qui sont indispensables au stagiaire pour la compréhension du fonctionnement de l'unité, son adaptation et la mise en œuvre de ses objectifs de stage. L'intérêt d'un tel outil est multiple tant pour le stagiaire que pour l'équipe soignante assurant l'encadrement.

Si vous souhaitez plus d'informations ou une aide à la mise en place de ce livret, vous pourrez trouver un correspondant au niveau de l'IFSI « C.CLAUDEL » et une disquette pourra vous être fournie.

**LIVRET D'ACCUEIL ET
D'ENCADREMENT DES
STAGIAIRES INFIMIERS ET
AIDES-SOIGNANTS DANS LE
SERVICE DE ...**

Equipe soignante du service de ...

Mr X (Aide-soignant)

Me Y (IDE)...

Equipe enseignante de l'IFSI

Me X (Cadre infirmier)...

(phrase d'accueil type ou à élaborer en équipe)

**Nous vous souhaitons la bienvenue dans notre service de ...
du Centre Hospitalier**

**Nous avons élaboré ce protocole d'encadrement dans
l'objectif d'améliorer nos méthodes d'encadrement, ceci
afin que vous puissiez bénéficier d'un stage constructif et
agréable pour tous.**

L'équipe soignante de...

PROTOCOLE D'ENCADREMENT DES STAGIAIRES DANS LE SERVICE **DE...**

I . Présentation du Centre Hospitalier

- I .1- Présentation générale
- I .2- Plan de l'Hôpital
- I .3- Moyens d'accès

II . Présentation du service de ...

- II .1- Profil du service
- II .2- Constitution de l'équipe
- II .3- Organisation du service
- II .4- Outils de travail
- II .5- Circulation des informations
- II .6- Projet du service

III . Rappel des concepts en lien avec l'encadrement

- III .1- Le soignant
- III .2- Les soins infirmiers
- III .3- Le stagiaire
- III .4- L'apprentissage
- III .5- L'encadrement
- III .6- Le référent
- III .7- L'évaluation

IV . La procédure d'encadrement

- IV .1- Préparation du stage
- IV .2- Le premier jour de stage
- IV .3- Déroulement du stage
- IV .4- Listing des soins spécifiques au service et fiche de suivi de l'apprentissage du stagiaire
- IV .5- Les objectifs de stage spécifiques au service de ...
- IV .6- Les modes d'évaluation

V . Documents réservés au stagiaire

- la feuille de présentation du stagiaire
- les objectifs de stage généraux
- les objectifs de stage spécifiques et personnels
- la fiche de suivi de l'apprentissage des soins spécifiques au service de...
- la feuille d'évaluation de fin de stage

VI . Annexes

VII . Fiches techniques et informations diverses sur les pathologies dans le service de ...

II . PRESENTATION DU SERVICE DE...

II . 1- Profil du service

- nombre de lits
- situation géographique dans l'Hôpital
- pathologies accueillies
- nombre d'entrées /an
- durée moyenne de séjour...

II .2- Constitution de l'équipe

- équipe médicale
- équipe paramédicale
- intervenants paramédicaux

II .3- Organisation du service

- roulement et horaires
- effectifs

II .4- Outils de travail

- sectorisation (sectorisation IDE matin et AM, sectorisation AS...)
- planification des soins (globale ou individuelle...)
- dossiers de soins (individuels, feuilles de surveillance dans le DSI...)
- transmissions orales et écrites (horaires, transmissions ciblées...)

II .5- Circulation des informations

- informations concernant les patients (diverses réunions de rencontre inter équipe, gestion des rendez-vous, staff...)
- informations concernant le fonctionnement du service et de l'Hôpital (tableaux d'affichage, bibliothèque...)

II .6- Projet du service

- objectifs
- moyens

III . RAPPELS DES CONCEPTS

Il s'agit dans ce chapitre de redéfinir les concepts sur lesquels vous allez baser l'élaboration du protocole d'encadrement de votre service.

En neurologie, ils ont fait l'objet d'une réunion particulière du groupe de travail.

Nous nous sommes référés aux définitions du DICTIONNAIRE DES SOINS INFIRMIERS – AMIEC 1996 – R.MAGNON et G.DECHANOZ.

III . 1- Le soignant

III .2- Les soins infirmiers

III .3- Le stagiaire

III .4- L'apprentissage

III .5- L'encadrement

III .6- Le référent

III .7- L'évaluation

D'autres concepts peuvent faire l'objet de cette réflexion si l'équipe en ressent le besoin pour élaborer son propre document.

IV . LA PROCEDURE D'ENCADREMENT

IV .1- Préparation du stage

- affichage dans l'unité du nom des stagiaires, dates et modalités de stage, objectifs de stage...
- conditions de prise de rendez-vous des stagiaires avec le cadre infirmier pour se présenter, proposer leur planning...
- modalités de l'entretien des stagiaires avec le cadre infirmier...

IV .2- Le premier jour de stage

- accueil des stagiaires par (le référent, le cadre infirmier ou un soignant...) à 9H.
- visite des locaux du service et distribution d'un plan vierge du service aux stagiaires.
- présentation des membres de l'équipe présente ce jour
- présentation de l'organisation générale du service et de sa spécificité, en s'appuyant sur le protocole d'encadrement (ce protocole sera donné aux stagiaires pour lecture pendant la fin de la matinée.)
- En fin de matinée, le référent ou une autre personne répond aux questions des stagiaires.
- Aux transmissions, les stagiaires se présentent à l'ensemble de l'équipe et annonce ses objectifs de stage...

IV .3- Déroulement du stage

Les 2^{ème} et 3^{ème} jours de stage sont une période d'adaptation pendant laquelle le stagiaire va observer le fonctionnement du service, les outils de travail, la spécificité des patients accueillis dans le service de...

Le stagiaire ne prend pas de patient en charge et suit une IDE pour les étudiants IDE 3^{ème} année et une aide-soignante pour les étudiants IDE 1^{ère} année et les élèves aides-soignants.

- attribution des patients à prendre en charge par le stagiaire

(exemple de modalités : pendant les transmissions orales du 3^{ème} jour de stage, par l'équipe soignante aidée des référents et du cadre infirmier, dans des secteurs différents...+ affichage du nom des patients pris en charge par les stagiaires dans la salle de soins...

- suivi du stage

- exemple de modalité particulière du déroulement du stage dans le service de ... : **chaque stagiaire passera une journée au laboratoire d'explorations fonctionnelles**, afin d'observer les techniques et le fonctionnement de cette unité (donner les horaires de cette journée et les objectifs de celui-ci).
- suivi du stage sous la forme d'un tableau (à consulter par les stagiaires et par les membres de l'équipe quand ils se questionnent sur les modalités de déroulement du stage). Cf. page suivante.