



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur des Soins

Promotion 2004

**DIRECTEUR DES SOINS GESTION /
DIRECTEUR DES SOINS FORMATION :
DUO ou DUALITÉ ?**

Patrice PERRIER-GUSTIN

Remerciements

Remerciements,

*A Karine CHAUVIN,
responsable de l'atelier mémoire, pour sa grande disponibilité et ses conseils
avisés qui nous ont permis de cheminer tout au long de notre réflexion.*

*A Séverine DEGUEN et Jean-Jacques FLAUX,
avec leur regard averti sur les différentes phases d'avancement de notre
recherche par la lecture du projet de mémoire et de la note d'étape.*

*Aux professionnels,
qui ont bien voulu se soumettre aux entretiens de façon bienveillante et
spontanée pour nous permettre d'étayer et d'enrichir notre recherche.*

Sommaire

INTRODUCTION	1
1.1 Contexte	1
1.2 Les constats	1
1 CADRE CONCEPTUEL	3
1.1 FORMATION EN ALTERNANCE	3
1.1.1 Du compagnonnage à la formation professionnelle par alternance.....	3
1.1.2 Comment définir la formation par alternance ?	4
1.1.3 Aspect pédagogique de l'alternance en formation	4
1.1.4 L'alternance comme système d'interface	5
1.1.5 L'alternance dans les formations paramédicales	7
1.2 PARTENARIAT	9
1.2.1 Définitions, aspects théoriques	9
1.2.2 Typologies du partenariat selon la nature des relations	9
1.2.3 Les trois niveaux du partenariat	11
1.2.4 Partenariat et interface.....	11
1.2.5 Partenariat et responsabilité	12
1.2.6 Une formation commune des Directeurs des Soins	12
1.3 ALTERNANCE PARTENARIALE	13
1.3.1 Vers une alternance partenariale... ..	13
1.3.2 Partenariat instituts de formation / terrains de stage	15
1.3.3 Quelle responsabilité dans le partenariat institut de formation/terrain de stage ?	16
1.4 RELATIONS INTERPERSONNELLES	17
1.4.1 Définition des relations en terme d'interaction.....	17
1.4.2 Les hypothèses actuelles sur la communication : L'école de Palo Alto	17
1.4.3 Nature et caractéristiques de la communication interpersonnelle.....	17
1.4.4 La relation interpersonnelle ou la relation à l'Autre	19
1.4.5 L'intelligence émotionnelle	20
2 MÉTHODOLOGIE	21
2.1 PROBLÉMATIQUE ET PHASE EXPLORATOIRE	21
2.1.1 Question de départ et problématique.....	21
2.1.2 Phase exploratoire.....	22
2.1.3 Hypothèses.....	22
2.2 DÉFINITION DE LA RECHERCHE	23
2.2.1 Présentation des établissements	23

2.2.2	Présentation des acteurs.....	23
2.3	MÉTHODE D'INVESTIGATION	24
2.3.1	Choix des méthodes	24
2.3.2	Le guide d'entretien et la grille d'analyse	25
2.3.3	L'entretien test.....	26
2.3.4	Les entretiens.....	27
2.3.5	L'analyse de contenu	27
2.4	MÉTHODE D'EXPLOITATION DES DONNÉES.....	28
2.4.1	Première étape : synthèse des entretiens	28
2.4.2	Deuxième étape : synthèse des analyses de contenu des projets de soins et des projets pédagogiques	28
2.4.3	Troisième étape : analyse comparative entre les deux méthodes d'investigation	28
3	ANALYSE ET SYNTHÈSE.....	29
3.1	ANALYSE DES HYPOTHÈSES	29
3.1.1	Hypothèse I / corrélation entre projet de soins et projet pédagogique	29
3.1.2	Hypothèse II / relations interpersonnelles	30
3.1.3	Hypothèse III / place du partenariat et l'organisation des stages	32
3.1.4	Hypothèse IV / outils formalisés	34
3.1.5	Perspectives.....	36
3.2	ANALYSE ET SYNTHÈSE AU REGARD DE LA PROBLÉMATIQUE.....	37
3.2.1	Rappel de la problématique	37
3.2.2	Des liens nécessaires inscrits dans les projets pour développer le partenariat et améliorer la coordination entre les centres de formation et les services	37
3.2.3	Des modalités de mise en œuvre d'un véritable partenariat	39
3.2.4	La place centrale de l'étudiant stagiaire dans la formation en alternance.....	40
3.2.5	L'accueil et l'encadrement de l'étudiant en stage: axe majeur du projet de soins	41
3.3	PERSPECTIVES ET PROPOSITIONS D' ACTIONS.....	41
3.3.1	Objectifs attendus d'un réel partenariat DSF / DSG	41
3.3.2	Une approche qualitative des formations en alternance.....	44
3.3.3	Vers un projet d'encadrement et d'accueil des stagiaires uniformisé et flexible ..	48
3.3.4	Le répertoire des lieux de stage	51
3.3.5	Autres pistes d'actions	52
	CONCLUSION	57
	BIBLIOGRAPHIE	59
	LISTE DES ANNEXES.....	I

Liste des sigles utilisés

CGS	Coordonnateur Général des Soins
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CTE	Comité Technique d'Etablissement
DEP	Directeur d'Ecole Paramédicale
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DS	Directeur des Soins
DSG	Directeur des Soins Gestion
DSF	Directeur des Soins Formation
ENSP	Ecole Nationale de la Santé Publique
ES	Etablissement de Santé
FF	Faisant Fonction
FPH	Fonction Publique Hospitalière
GPEC	Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
IG	Infirmiers Généraux
MER	Manipulateur d'Electro-Radiologie
PE	Projet d'Etablissement
PEC	Prise En Charge
PS	Projet de Soins
US	Unité de Soins

Tout au long de la recherche, nous utiliserons avec la même signification les termes :

- . Ecole – Institut – Centre de formation
- . Etudiant – Elève – Stagiaire

INTRODUCTION

1.1 Contexte

⊗ **Une trajectoire professionnelle bidirectionnelle** : Pendant près de 10 ans, j'ai assuré simultanément une fonction de cadre dans un service d'imagerie médicale et une fonction de cadre enseignant dans un Institut de formation de manipulateur en électroradiologie médicale (cumul de deux mi-temps). La formation des étudiants et leur encadrement ont toujours fait partie des mes préoccupations.

⊗ **Une opportunité législative (réglementaire) : Le décret n° 550 du 19 avril 2002** portant statut particulier du corps de directeur des soins de la FPH :

1°- Il mentionne l'implication du DS de gestion dans la formation initiale par alternance :

. Le DS Gestion est impliqué dans les conseils techniques des instituts et contribue à l'élaboration de programmes de formation ;

. La co-responsabilité des étudiants paramédicaux entre DSG et DSF : Le DSG a la responsabilité des étudiants en stage dans son établissement ;

. En cas d'absence du DS d'institut, le DS gestion peut assurer l'intérim.

2°- Il regroupe pour la 1^{ère} fois dans une formation commune à l'ENSP les deux fonctions de directeur des soins : Directeur des Soins Gestion (DSG) et Directeur de Soins Formation (DSF).

⊗ **Vers une harmonisation de la formation initiale des professionnels de santé** :

La commission pédagogique nationale fait des propositions pour mettre en place la 1^{ère} année d'études des professionnels de santé regroupant 14 professions médicales et paramédicales (rapport DEBOUZIE). Elle pourrait faire progresser les relations entre professionnels de santé et initier une culture commune. L'impact d'un tronc commun universitaire permettrait de développer un programme et des objectifs communs, de donner une conception partagée de ce qu'est un professionnel de santé et d'apprendre à connaître l'autre. Le rapport BERLAND intitulé « *Coopération des professionnels de santé : le transfert des tâches et des compétences* » va dans ce sens...

1.2 Les constats

⊗ **Une mauvaise coordination entre instituts et services hospitaliers** :

Au cours de ces années professionnelles, j'ai souffert du clivage important entre deux mondes différents dans lesquels je partageais mon activité. Cette expérience me conforte dans la nécessité d'entretenir la collaboration, de se connaître, se respecter, de respecter les limites de chacun et de s'alimenter les uns les autres. Ceci impose une réelle volonté politique des deux partis en présence.

⊗ **Des relations interpersonnelles souvent difficiles entre les responsables :**

Quand ces relations sont dégradées, elles détériorent les conditions de formation des étudiants. Les relations entre les DSG et DSF influent grandement sur la qualité de l'organisation de la formation par alternance. La quasi-inexistence de relations entre le directeur de l'institut et l'encadrement dans les services reposaient sur des luttes ancestrales interpersonnelles et je jouais un rôle de " tampon " tiraillé entre les deux structures.

⊗ **Une limite imprécise des champs de responsabilités :**

La formation par alternance engage la responsabilité des établissements de santé (ES) et de formation. Cette responsabilité n'est pas assez partagée et les enjeux culturels de ces terrains restent encore relativement vierges.

⊗ **Un suivi insuffisant des étudiants en stage :**

Sur les terrains de stage, les temps pédagogiques sont chronophages et il existe peu de possibilités pour un suivi pédagogique individualisé et personnalisé permettant un accompagnement fonction de la progression et de la maturation de l'étudiant s'appuyant sur la mise en place d'un réel tutorat.

⊗ **Un manque de reconnaissance des équipes pédagogiques sur les terrains de stage et une implication insuffisante des cadres de proximité dans les instituts.**

⊗ **L'augmentation des quotas dans les instituts génère une vulnérabilité du système :**

En effet les Etablissements de Santé sont saturés en demandes de stage, ce qui fait que le système hospitalier est vulnérable et les structures de soins sont porteuses de cette dangerosité. C'est pourquoi, le DS doit être un régulateur pour éviter une trop grande fragilisation des services d'où l'intérêt de s'intéresser aux stagiaires.

Ce contexte prégnant et les nombreux constats, nous amène tout naturellement à engager une réflexion sur la collaboration entre Directeur des Soins Gestion et Directeur de Soins Formation. Cela nous incite à nous interroger à notre tour sur l'impact des relations interpersonnelles sur la formation en alternance des étudiants paramédicaux et sur la place du Directeur des Soins dans l'organisation de la formation de futurs professionnels de santé.

Pour mener à bien cette recherche, nous avons choisi d'élaborer le cadre conceptuel de l'alternance, du partenariat et des relations interpersonnelles. Conjointement, nous avons conduit une exploration croisée de quatre établissements. Cette démarche préliminaire nous a permis de retracer la méthodologie suivie à travers la problématique dégagée lors de la phase exploratoire. Puis nous définissons la recherche, la méthode d'investigation et enfin la méthode d'exploitation des données. Une dernière partie, consacrée à l'analyse des hypothèses, est suivie de l'analyse globale au regard de la problématique d'où se dégagent des perspectives et des propositions d'action.

1 CADRE CONCEPTUEL

*“ Des pensées sans contenu sont vides,
des intuitions sans concept, aveugles ”*

Emmanuel Kant

(extrait de « Critique de la raison pure »)

1.1 FORMATION EN ALTERNANCE

L'alternance se développe en France sous des formes multiples. De ce point de vue, on assiste à un rapprochement entre deux systèmes de formation qui se sont longtemps opposés, l'école et l'apprentissage, sans que l'un ou l'autre n'y perde sa spécificité. Dans ce contexte, le concept d'alternance qui recouvre un champ d'activités important, souvent mal défini, appelle une réflexion susceptible de mieux l'éclairer. La formation en alternance s'inscrit dans un itinéraire de préparation des jeunes à une insertion professionnelle.

1.1.1 Du compagnonnage à la formation professionnelle par alternance

A) Du Moyen-Age jusqu'au XIX^{ème} siècle... une formation de terrain

Le compagnonnage mettait l'accent sur la formation pratique alors que l'Université se consacrait exclusivement à la formation théorique. Le compagnonnage est la première forme d'apprentissage expérientielle en alternance avec une base essentiellement pratique, au sein même des activités productrices. C'est alors que la totalité des formations aux métiers a été assurée par l'apprentissage au contact des « *anciens* », alors que le compagnonnage s'attardait sur la formation pratique.

B) A partir du XIX^{ème} siècle ... vers un enseignement théorique

L'industrialisation met en évidence les limites d'une formation exclusivement pratique. En effet, cet essor industriel exige un enseignement technique qui apparaît en 1880 avec les écoles manuelles d'apprentissage. Il a fallu près de deux siècles (fin du XIX^{ème}), pour réhabiliter et promouvoir le développement des formations alternées.

C) Une montée en puissance progressive de l'alternance

En France, la loi du 16 juillet 1971 sur la formation professionnelle, qui reconnaît l'entreprise comme lieu de formation, et celle de 1984 sur les formations en alternance, contribueront au développement de l'alternance dans le domaine de l'apprentissage professionnel. Aujourd'hui, 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 les voies de formation alternées.

L'alternance est définie par la loi du 12 juillet 1980 relative aux formations professionnelles alternées : « *Ces formations alternées associent une progression méthodologique et une pédagogie particulière des enseignements généraux, technologiques, des connaissances et des savoir-faire acquis par l'exercice d'une activité sur les lieux de travail* » (article 1).

L'évolution va vers une articulation de l'expérience et de la formation dans une alliance formation-entreprise. Mais l'association école-travail, entre apprentissages expérientiels et apprentissages formels a des vertus formatives qui n'ont rien d'automatique.

1.1.2 Comment définir la formation par alternance ?

Les dictionnaires “ Nouveau Petit Robert ” (1993) et “ Petit Larousse ” (2003) s'accordent pour définir l'alternance comme une succession répétée dans l'espace ou dans le temps, qui fait réapparaître tour à tour, dans un ordre régulier ou pas, les éléments d'une série. Devant l'abondance de définitions proposées par les auteurs, nous nous attarderons sur la plus évocatrice pour notre recherche. Le dictionnaire de pédagogie¹ entend par ce terme une formation organisée à la fois dans l'entreprise et dans un organisme de formation, créant ainsi une alternance entre une formation aux dimensions pratiques et une formation plus théorique. Au regard de ces définitions sur l'alternance, les auteurs s'accordent pour dire qu'il s'agit d'une méthode pédagogique et d'un mode de formation combinant une logique de travail avec une logique d'école.

1.1.3 Aspect pédagogique de l'alternance en formation

De nombreux auteurs ont identifié de multiples modèles et typologies de l'alternance. Dans son ouvrage, L. Clavier² décrit les principaux courants.

A) Une définition de l'alternance selon Bertrand Schwartz

Il voit trois logiques dans la formation en alternance : une logique de production-réalisation, une logique de recherche et une logique de transmission des savoirs. L'alternance est l'articulation de ces trois logiques autour d'une logique d'apprentissage.

Pour Bertrand Schwartz, « *l'élève au centre de son apprentissage réalise l'intégration de ses propres acquisitions, la fusion de ces trois logiques en un tout cohérent* ». Le stagiaire devient alors moteur de cette alternance. Roland Fonteneau³ reprend cette position centrale du stagiaire qui le dispose au centre de plusieurs systèmes en interaction.

B) Alternance et cognition de Georges Lerbet

Georges Lerbet⁴ définit trois types d'alternance à partir d'une analyse spatio-temporelle. Cette typologie fait référence à la manière dont les sujets vivent l'alternance.

. *L'alternance juxtapositive ou aléatoire* : Cette alternance met en place des temps et des espaces d'apprentissage indépendants les uns des autres. Aucun lien n'existe entre la formalisation du savoir et l'activité professionnelle. Dans ce cas, ce dispositif ne prend pas en compte le projet du stagiaire par rapport à sa pratique sur le terrain. Chaque lieu et temps de formation ont leurs propres logiques et objectifs qui ne sont pas forcément articulés entre eux.

. *L'alternance complémentaire ou associative* : Cette alternance reconnaît l'influence du terrain. Cependant, ce partenariat qui accorde une certaine place aux acteurs se soucie plus

¹ Le dictionnaire de pédagogie 2^{ème} édition, mars 2000, Ed BORDAS, p. 135-136

² L. Clavier, Evaluer et former dans l'alternance : de la rupture aux interactions. Paris : Harmattan, 2001. pp. 68-77

³ R. Fonteneau, L'alternance partenariale. Education Permanente, février 1993, n°115, pp. 29-34

⁴ G. Lerbet, Alternance et cognition. Education Permanente, février 1993, n°115, pp. 83-98

d'organiser les liaisons entre les institutions plutôt que des apprentissages. Le souhait est de « *contractualiser* » le partenariat école-entreprise en recherchant le plus souvent possible des « *occasions* » de mise en acte de ce partenariat.

. *L'alternance copulative ou intégrative* : Cette terminologie recouvre une intégration des modes de formation pratique et théorique l'un à l'autre. Pour G. Lerbet cite G. Bourgeon : « *Cette alternance est la co-pénétration effective des milieux de vie socioprofessionnelle et scolaire en une unité de temps formatif* ». Ce mode d'alternance implique une intégration et une articulation entre le milieu professionnel, le centre de formation et l'étudiant.

L'alternance intégrative prend le contre-pied de la juxtaposition. Elle s'attaque au morcellement des savoirs, en partant du postulat qu'un individu ne peut apprendre qu'à partir d'éléments qui ont du sens pour lui. Elle propose un processus davantage centré sur l'apprenant, à partir d'une logique de situations-problèmes et d'apprentissages expérientiels. Cette dernière approche nous paraît la plus intéressante à explorer compte tenu des aspects multiples suggérés par le concept.

C) Un aspect fonctionnel de l'alternance

Dans son livre, Patrice Pelpel⁵ s'attache à observer le fonctionnement de l'alternance. Dans tous les cas, seul le stagiaire vit la situation de l'alternance. Il doit être capable de mettre en rapport son activité sur le terrain avec l'enseignement qu'il a reçu. Le stagiaire vit cette double contrainte comme deux contraintes contradictoires. L'alternance, à la vue de ces problèmes fonctionnels, peut être le siège d'un contrat. Alors, le stagiaire n'est plus en face de deux contraintes contradictoires mais en face de deux logiques alliées dans un contrat.

D) L'alternance cognitive

L. Clavier⁶ cite Ignace Rak qui propose un type d'alternance intégrative : *l'alternance cognitive*. Elle établit un plan de collaboration entre centre de formation et entreprise dans lequel le centre délègue une partie de la formation qu'il a l'habitude de dispenser. Cela veut dire aussi, travailler à une formation des tuteurs qui doit être complémentaire à celle des formateurs, acquérir pour les tuteurs et les formateurs un langage commun.

1.1.4 L'alternance comme système d'interface

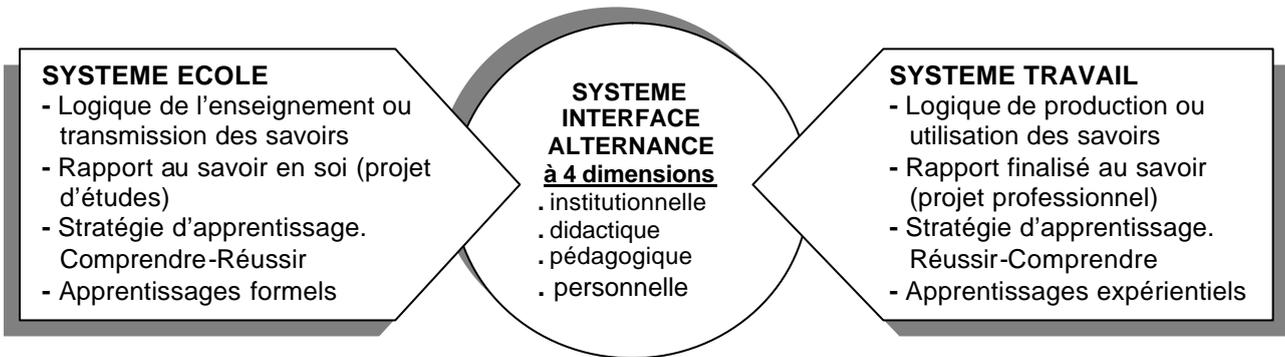
A) Une représentation schématique de l'alternance

Pour A. Geay, l'alternance apparaît d'abord comme la mise en relation de deux systèmes aux logiques contradictoires. Il affirme que « *sans interface, l'alternance est un leurre, elle ne peut pas fonctionner* ». Le schéma de la page suivante résume l'alternance considérée comme l'interface entre un système école et un système travail⁷ :

⁵ P. Pelpel, *Les stages de formation*. Paris : Bordas, 1989. 199 p.

⁶ L. Clavier, *Evaluer et former dans l'alternance*. Paris : Harmattan, 2001. p. 78

⁷ A. Geay, *L'alternance éducative*. Article tiré de *l'Actualité de la Formation Permanente* n°115, p. 8



Commentaire : Ces deux logiques hétérogènes sont irréductibles parce que contradictoires. C'est cette tension entre la logique des pratiques et la logique des discours qui explique l'échec des transferts d'apprentissage. C'est pourquoi le fondement de toute alternance tient dans l'existence d'un système interface qui met en relation les deux autres systèmes.

Pour J. Schneider, « *faire vivre l'alternance, c'est avant tout faire vivre ces interfaces* »⁸.

B) Les 4 dimensions de l'alternance

A. Geay analyse la formation par alternance, en tant que système interface comme un dispositif comportant 4 dimensions principales⁹ :

1 - Une dimension institutionnelle de partenariat en co-responsabilité : Le dispositif, qui est cogéré, s'intègre dans cette dimension institutionnelle, de même que les relations qu'entretient l'entreprise avec le centre et réciproquement. Elles nécessitent l'engagement des deux institutions dans *un projet commun de formation* où les responsabilités et les rôles de chacun sont clairement définis et confrontés régulièrement. L'un des enjeux importants de ce partenariat est la centration du dispositif de formation par alternance sur le stagiaire.

2 - Une dimension pédagogique ou relationnelle du tutorat et de savoir partagé : A. Geay, qui nomme cette dimension « *pédagogie de l'alternance* »¹⁰, insiste sur le côté communicationnel du tutorat mais aussi sur ce qu'il appelle « *le savoir partagé* ». Le formateur développe des savoirs formalisés tandis que le tuteur partage des savoirs pratiques avec le stagiaire sur le mode relationnel. Une pédagogie de l'alternance repose essentiellement sur des relations qui vont se développer entre les différents acteurs.

3 - Une dimension didactique : Il la définit comme « *l'étude systématique des processus de transmission et d'appropriation des connaissances* ». Il s'agit de l'organisation des savoirs dans une stratégie de formation spécifique à l'alternance. Concrètement, le principe de base est de construire des situations de formation à partir des situations de travail.

4 - Une dimension personnelle ou d'apprentissage personnalisé : La formation en alternance permet d'associer apprentissages expérientiels et apprentissages formels.

Par rapport à notre étude nous allons considérer les deux premières dimensions.

⁸ J. Schneider, *Réussir la formation en alternance*. Paris : INSEP Editions, 1999. p. 192

⁹ A. Geay, *L'école de l'alternance*. Paris : Harmattan, 1998. p. 79

¹⁰ A. Geay, *L'école de l'alternance*. Paris : Harmattan, 1998. p. 71

C) L'institut de formation et l'institution soignante : 2 systèmes complexes en interaction

. **Une approche systémique** : Nous pouvons aborder ces deux secteurs avec une approche systémique en les considérant comme des systèmes complexes en *interaction*. Ce terme à l'avantage de placer la relation entre l'école et le lieu de soins dans un contexte dynamique et un rapport de réciprocité. Ces deux structures s'admettent l'un à l'autre dans leur spécificité et se reconnaissent un objet commun : l'étudiant ou l'élève. Cette approche systémique d'une organisation apprenante se situe d'emblée comme un système ouvert en relation avec d'autres systèmes. G. Lerbet¹¹ aborde l'approche systémique à propos de la formation par alternance caractérisée par un flux d'échanges régulés de l'intérieur et par l'extérieur afin d'atteindre des équilibres plus ou moins stationnaires.

. **La question du sens** : L'approche systémique invite à considérer la question du sens. C'est à partir de la finalité que l'organisation se met en place et évolue et non l'inverse. La question du sens est la question première autour de laquelle vont pouvoir s'articuler les actions menées. En effet, il importe que l'organisme s'interroge sur : sa raison d'être, ses représentations de l'alternance et sa mission éducative. Pour J. Schneider, « *il n'est donc pas le reflet d'un "consensus mou" mais au contraire, le lieu d'affrontement des divergences de représentations et de points de vue, un lieu de négociation* »¹².

. **Des logiques contradictoires** : Comme le dit A. Geay, « *cette approche systémique de l'alternance va nous permettre de la décrire comme une mise en relation de deux systèmes aux logiques opposées sinon contradictoires voire même paradoxales...* »¹³.

On ne peut donc se contenter de penser l'alternance comme l'addition de deux lieux de formation complémentaires. A. Geay affirme que « *concevoir une alternance éducative, c'est relier ce que l'histoire a séparé, dépasser les divorces pour une nouvelle alliance, réintroduire de l'entre-deux, de la reliance (l'acte de relier implique une médiation), mais aussi du contradictoire et même du paradoxal, et donc de la complexité* »¹⁴.

1.1.5 L'alternance dans les formations paramédicales

La formation est conçue autour de l'alternance et de l'articulation entre apprentissage des connaissances et expérience du travail. Elle peut être organisée sous différentes formes et varie en fonction des besoins analysés par les professions.

A) Tableau comparatif des programmes d'études de professions paramédicales

La formation paramédicale est une formation professionnelle faisant appel à une pédagogie de l'alternance entre théorie et pratique. Sous forme d'un tableau de synthèse, l'**Annexe I** propose une comparaison de quelques programmes d'études de professions des trois filières

¹¹ G. Lerbet, Alternance et cognition. Education Permanente, février 1993, n°115, p. 66

¹² J. Schneider, *Réussir la formation en alternance*. Paris : INSEP Editions, 1999. 214 p. 98

¹³ A. Geay, *L'école de l'alternance*, Paris : Harmattan, 1998. p. 34

paramédicales (infirmière, médico-technique et rééducation). Les programmes contiennent les objectifs de la formation, le contenu et les caractéristiques de l'enseignement (temps théorique et pratique, nature des stages, niveau d'exigence requis).

B) La place des stages... une pratique dominante

. Comme le montre le tableau, le stage représente en moyenne près de 50% du temps de formation. L'étude des textes montre un renforcement des périodes de stage. Pour une formation professionnelle, le rapport au terrain est fondateur. Une alternance entre théorie et pratique est un retour permanent sur les leçons du terrain. Il apparaît que le stage est un temps fort de la formation. Il est une période de contact avec la pratique professionnelle et sa réalité quotidienne. Il contribue à donner du sens aux actions des étudiants et à forger leur identité professionnelle. *« Les stages cliniques constituent au sein de la formation un temps d'apprentissage privilégié d'une pratique professionnelle »*¹⁵.

En stage, l'étudiant peut alors se confronter aux exigences de la pratique et de la relation à l'autre, s'intégrer dans une équipe et dans une institution. Les stages sont pour l'étudiant un modèle puissant d'identification et d'intégration à la culture professionnelle.

. **Les terrains de stage, lieux de formation à part entière** : Parler d'alternance, comme l'analysent J. Clénet et C. Gérard, *« c'est reconnaître le rôle formateur de l'environnement socio-professionnel et de l'entreprise, préalable indispensable pour toute organisation ou acteur qui prétend s'engager dans des pratiques de formation en alternance... C'est aussi accepter d'emblée un partage du "pouvoir de former" entre l'entreprise et l'école, fondement essentiel d'une logique de partenariat »*¹⁶.

L'alternance se caractérise par une articulation interactive entre centre de formation et lieux de production, deux systèmes opposés voire contradictoires. Tous les travaux convergent pour montrer qu'un dispositif en alternance ne peut se résumer à la juxtaposition, ni même à l'association des logiques des différents partenaires, mais qu'il doit chercher une intégration des deux logiques. Nous voyons combien l'alternance reste un concept à éclairer et à préciser. L'alternance ne doit pas être une fin en soi mais une démarche d'accompagnement de sujets en formation.

Finalement, l'alternance apparaît bien comme ce moteur qui permet de dépasser les dichotomies classiques entre théorie et pratique, formation en école et travail sur le terrain. Encore faut-il construire lucidement cette alternance au moyen d'une organisation institutionnelle et pédagogique réellement partenariale.

¹⁴ Ibidem, p. 40

¹⁵ Annexe de l'Arrêté du 23 mars 1992, JO du 25 mars 1992

¹⁶ J. Clénet et C. Gérard, *Partenariat et alternance en éducation*, Harmattan, 1994, p. 145

1.2 PARTENARIAT

1.2.1 Définitions, aspects théoriques

C'est un terme qui a fait son apparition récemment en 1984 dans le dictionnaire Le Petit Robert. Ce mot d'origine anglo-saxonne trouve ses origines dans le monde sportif. Il est issu de l'anglais « *partner* » qui vient lui-même du vieux mot français « *parçonnier* » qui signifie associé. Selon Le Petit Robert, le partenaire s'oppose à l'adversaire, au rival, avec une dimension « *d'associer pour réaliser ensemble la réussite, l'harmonie* ». Mais contrairement au monde du sport dans lequel les acteurs tombent d'accord et s'engagent à respecter les règles, le partenariat a une valeur consensuelle. Aussi, dans la formation en alternance, les règles du jeu sont à construire par les deux partenaires sur la base de négociations.

Pour le Petit Larousse, 1992 : « *Le partenaire est quelqu'un dont on a besoin, qui aide à la réalisation d'une tâche. Cette union suppose la définition d'un cadre, d'une règle du jeu* ».

1.2.2 Typologies du partenariat selon la nature des relations

Pour clarifier la notion de partenariat, Christian Maroy¹⁷ propose les distinctions que D. Zay (1994) et C. Landry (1994) relèvent dans la littérature : les partenariats y sont distingués selon le type d'acteurs impliqués, selon le champ de l'action, selon la nature des relations. Cette dernière distinction est la plus intéressante car les deux premières sont surtout descriptives et permettent de situer le contexte dans lequel le partenariat se développe. Les autres typologies cherchent davantage à spécifier *la nature des relations* qui caractérisent le partenariat.

A) LANDRY - Les trois niveaux de partenariat

Ainsi pour Carol Landry (1994), le "*partenariat de réciprocité*" suppose une relation d'intégration entre les partenaires organisationnels, la construction de relations formelles, fréquentes, continues qui permettent une « *coopération étroite entre les organisations qui collaborent à un projet éducatif commun* ». Il s'agit là d'une forme idéale de collaboration, qui dépasse le seul "*partenariat de service*" où la relation se limite à des échanges ponctuels et informels d'informations et de ressources, sans objectif commun. Entre les deux, se situerait un "*partenariat associatif*". Il se propose de classer les modes de relations possibles. Il situe ainsi le partenariat dans un « *continuum qui va de l'information mutuelle d'une part, à la fusion d'autre part* », en passant par la consultation, la coordination, la concertation, la coopération, le partenariat et la cogestion. Landry souligne alors la nécessaire entente de départ, l'égalité requise des partenaires pour qu'on puisse parler d'un mode de relation et de collaboration qui relève d'un "vrai partenariat". Finalement, le partenariat résulte d'une entente réciproque entre des parties, qui, de façon volontaire et égalitaire, partagent un objectif commun et le réalisent en utilisant de manière convergente leurs ressources respectives.

¹⁷ C. Maroy, *Le partenariat : concept ou objet d'analyse ?* Education permanente n°131, 1997, p. 30

B) ZAY - Le partenariat : une action commune négociée

D'autres auteurs insistent moins sur l'entente et l'égalité pour mettre en exergue les différences, voire les divergences de valeurs ou d'intérêts entre les partenaires. D. Zay montre ainsi avec l'aide de l'étymologie, que le partenariat (défini de façon minimale comme « action commune négociée ») implique d'emblée la reconnaissance d'une possible confrontation des parties impliquées. Pour cet auteur, « *Dans le partenariat, chacun conserve ses objectifs propres, tout en acceptant de contribuer à un objectif commun* ». La coopération existe mais elle est potentiellement conflictuelle.

C) CLENET et GERARD - Le partenariat : une pratique à construire

Ils soulignent que le partenariat ne suppose pas une unicité de valeurs de départ ; à l'opposé, la créativité pratique et institutionnelle sera plus forte si elle s'enracine dans « *l'hétérogène, dans la tension créatrice* ». Leur propos est alors de dégager des démarches contribuant à construire le partenariat, en particulier dans le cas des formations par alternance.

Au-delà des différences entre ces auteurs, il est frappant de constater que le partenariat apparaît implicitement ou explicitement comme une « *pratique à construire* ». En effet, ce que les définitions évoquées signalent surtout, c'est l'élaboration entre les acteurs d'organisations différentes, de relations où cohabitent des dimensions complémentaires et opposées : coopération, coordination, collaboration, consensus, interdépendance d'une part ; divergences de valeurs ou d'intérêt, tensions, voire conflits d'autre part. Il s'agit donc d'une relation de coopération conflictuelle qui s'ébauche entre école et entreprise.

D) Caractéristiques d'un partenariat structurel

Dans son ouvrage "*Se former pour enseigner*", Patrice Pelpel¹⁸ décrit différentes formes de partenariat. Selon lui, on peut différencier trois types de partenariats : évènementiel, conjoncturel et structurel. Les professions paramédicales se situent dans un partenariat structurel présenté sous la forme du tableau de synthèse suivant :

	Partenariat structurel
Domaine	. Formation technologique ou professionnelle
Objectifs	. Vivre une expérience complémentaire de l'enseignement
Modalités	. Succession dans le temps de périodes d'enseignement et de périodes de terrain. Les objectifs, la durée et la périodicité sont définies par l'institution. Approche transdisciplinaire et individuelle de l'élève
Exemple	. Formation en alternance pour les formations paramédicales

Le partenariat dans la formation en alternance fait intervenir plusieurs acteurs aux logiques différentes. Ceci nous amène à évoquer la notion d'interface et de responsabilités.

¹⁸ P. Pelpel, *Se former pour enseigner*, Paris : Bordas, 1988

1.2.3 Les trois niveaux du partenariat

Pour mesurer l'incidence du partenariat sur les organisations, nous pouvons nous inspirer des trois niveaux de partenariat proposés par J. Schneider¹⁹ :

1 - *Le niveau institutionnel* est celui où s'élaborent et se décident les lois et les règles qui régissent la formation professionnelle. Il correspond aux liens formalisés entre les institutions au niveau réglementaire tel que le conseil technique et la commission de soins où siègent de droit les Directeurs de Soins Gestion et Formation.

2 - *Le niveau organisationnel* concerne l'organisme de formation et les entreprises. Il concerne tout ce que l'organisation interne des ES et des instituts met en place pour le faire exister : commissions, participation aux instances, procédures...

3 - *Le niveau opérationnel* s'intéresse aux résultats et, plus concrètement, traduit le partenariat au quotidien pour les acteurs de terrain qui font vivre l'alternance (exercice de la fonction tutorale, référents, modalités d'accueil et d'encadrement des stagiaires).

Cette grille de lecture permet aux DS de rechercher et d'envisager les différents niveaux d'intervention possibles, les axes de développement à promouvoir. Dans le cadre de notre recherche et de notre question de départ, nous développerons plus particulièrement les dimensions organisationnelles et opérationnelles du partenariat. En effet, les DS semblent occuper une place prépondérante dans ce second niveau. Cependant, au cours de l'étude nous garderons toujours à l'esprit que le partenariat se développe au travers de l'interdépendance très étroite entre ces trois niveaux.

1.2.4 Partenariat et interface

Le partenariat implique une articulation privilégiant une approche partenariale interdisciplinaire. Par conséquent, il incite à mettre en place des structures et des processus d'action et de formation fondant des stratégies non seulement efficaces mais éthiquement acceptables, grâce à des démarches et à des méthodologies appropriées.

L'alternance entre théorie et pratique n'est pas seulement un passage d'un lieu à un autre selon un rythme défini, mais elle est aussi la condition nécessaire d'une articulation et de l'existence d'un système interface. L'absence d'interface peut favoriser les écarts entre deux logiques travail et école. Cet écart serait le résultat de cette dualité contradictoire. Le partenariat n'est pas une fin en soi, un objectif à atteindre ; c'est un mode de fonctionnement et d'organisation des relations entre acteurs d'appartenances institutionnelles différentes. Aussi, il n'y a pas de bon ou de mauvais partenariat. Celui-ci résulte de *l'intentionnalité à agir ensemble*, des volontés et des dynamiques en présence, qui traversent l'action partenariale.

¹⁹ J. Schneider, *Réussir la formation en alternance*. Paris : INSEP Editions, 1999. 214 p. 39

1.2.5 Partenariat et responsabilité

L'idée de partenariat va amener à se positionner sur le partage des responsabilités entre organisme de formation et terrains de stage. Ce partage doit être clair et explicite. Il crée des synergies entre ces différents acteurs de la formation et permet l'affrontement des différences. La formation en alternance est une formation en co-responsabilité. A. Geay estime que « *le partenariat est plus fondamentalement un problème d'identité et de reconnaissance de l'identité de l'autre* »²⁰. Pour cet auteur, la notion de partenariat et de co-responsabilité font partie d'une ingénierie de la formation en alternance. 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 d'un partenariat.

C. Landry et E. Mazalon affirment : « *Pour développer le partenariat école-entreprise, le consensus au niveau des décideurs et des acteurs respectifs est sans aucun doute nécessaire pour l'établissement d'un partenariat horizontal afin de favoriser le respect des prérogatives et de la mission de chacun* »²¹.

1.2.6 Une formation commune des Directeurs des Soins

Jusqu'en avril 2002, les Directeurs d'Ecoles Paramédicales et les Infirmiers Généraux ne suivaient pas le même cursus de formation. Depuis le décret du 19 avril 2002, les IG et DEP ont le même statut de Directeur des Soins. Ce nouveau corps ne fait plus la distinction entre les deux et permet aux postulants de poursuivre la même formation à l'ENSP. Les DS 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 articles 1 et 2 de ce décret stipule : « *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...* »²².

La notion de partenariat est un mode de collaboration qui se situe à l'interface du champ consensuel et du champ relationnel des rapports entre des partenaires. C'est ainsi que les acteurs se retrouvent à jouer de nouveaux rôles et à établir des relations plus étroites avec des partenaires qui épousent des valeurs et des finalités différentes.

²⁰ A. Geay, *L'école de l'alternance*, Paris : Harmattan, 1998, p. 55

²¹ C. Landry et E. Mazalon, *Les partenariats école-entreprise dans l'alternance au Québec : un état des recherches*, Education permanente n°131, 1997, p. 46

²² Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des Directeurs des Soins de la Fonction Publique Hospitalière, Titre I, articles 1 et 2

1.3 ALTERNANCE PARTENARIALE

“ Il n’y a pas d’alternance sans partenariat et donc sans interface. Le concept de l’Ecole Alternance s’efforce de penser le système interface entre l’école et le travail comme une école de l’entre-deux capable de relier le savoir et l’action ”²³

A. Geay, *L’école de l’alternance*, 1998.

1.3.1 Vers une alternance partenariale...

R. Fonteneau a décrit l’alternance partenariale. Selon lui, il n’y a pas d’alternance efficace sans une organisation partenariale pertinente. Cette organisation répond à des règles de fonctionnement qui déterminent la nature de l’alternance considérée. *L’alternance partenariale* semble être une forme d’alternance plus élaborée que l’alternance « *juxtapositive* », « *associative* », et même « *copulative* ». Cette approche systémique du partenariat permet de comprendre comment de nouveaux systèmes émergent d’anciens systèmes qui deviennent alors sous-systèmes.

A) L’apprenant : centre de gravité de l’alternance partenariale

Entrer en partenariat pour organiser une formation par alternance c’est accepter de sortir de sa logique formative pour en créer une autre. L’alternance se concrétise par « *l’organisation de l’ensemble des processus qui lient les différents partenaires d’un système alternant dans un système spatio-temporel construit* »²⁴. Ce système constitue l’interface partenariale qui délimite une scène sur laquelle viennent jouer les différents acteurs du jeu partenarial. Le centre de gravité de cette relation partenariale, c’est *l’apprenant* vers lequel convergent les différents processus générés par les partenaires.

B) Les 4 conditions fondatrices de l’alternance partenariale

Selon Roland Fonteneau, l’alternance s’organise à partir des 4 grandes dimensions du partenariat : le projet, le temps, l’espace, les acteurs partenaires. Elles font système et définissent les caractéristiques de l’alternance partenariale :

1° - Le projet de l’alternance partenariale

L’auteur sus-cité affirme qu’un partenariat est fondé sur l’élaboration d’un projet commun reconnu par tous les partenaires, rédigé ensemble et même paraphé. Selon lui, beaucoup de systèmes de formation en alternance se détériorent car les acteurs oublient certains aspects du projet initial. Pour ce faire, il convient que celui-ci soit discuté préalablement par tous afin de lever d’entrée toute équivoque. L’engagement de la signature constitue la parade la plus efficace en cas de litige mais surtout de dérive partenariale. Pour que ce projet ne soit pas utopique, qu’il s’inscrive dans un milieu précis, il doit s’articuler à partir d’acteurs bien définis, dans un espace-temps socialement repérable.

²³ A. Geay, *L’école de l’alternance*. Paris : Harmattan, 1998. p. 175

²⁴ R. Fonteneau, *L’alternance partenariale*, Education permanente n°115, 1993, p.29

2° - Les acteurs de l'alternance partenariale

R. Fonteneau constate que les acteurs du lieu du stage ou du centre de formation ont tendance à ne percevoir le partenariat que depuis leur point de vue intra-institutionnel. Mais celui qui n'est pas fondamentalement intéressé par cette démarche formative qui implique un minimum de risque identitaire, ne fera aucun effort pour sortir de ses logiques cognitives. Chacun dans son institution bénéficie d'une identité relativement reconnue. Quand un acteur entre dans le jeu partenarial, il est obligé de confirmer sa valeur professionnelle et de réactualiser son identité professionnelle. C'est pour cela que peu d'alternances sont partenariales. Pour R. Fonteneau, « être partenaire, c'est accepter de modifier son identité en fonction du projet défini avec les autres partenaires »²⁵.

3° - Le temps de l'alternance partenariale

Toute formation s'inscrit dans un temps qui, généralement, est pré-programmé. L'organisation dans le temps est alors bien définie et repérable sur un calendrier plus ou moins précis.

4° - L'espace de l'alternance partenariale

Il constitue la scène sur laquelle va évoluer l'apprenant au cours de sa formation. De tous les acteurs du dispositif, il est le seul à pouvoir en repérer les contours et à pouvoir donner de la cohésion aux aspects spatio-temporels de l'alternance. Chaque espace a ses règles d'organisation, sa symbolique, ses contraintes culturelles. Dans l'alternance partenariale, les partenaires doivent donc se rencontrer tour à tour dans les différents espaces, pour actualiser leurs représentations et aider l'apprenant dans sa démarche formative.

C) Alternance riche, alternance pauvre

Mais il ne suffit pas de respecter les conditions évoquées ci-dessus pour réussir une formation de ce type. Comme tout système, le système de l'alternance partenariale est une organisation de processus qui se développent entre plusieurs acteurs. Pour qu'il y ait qualité il est fondamental que les informations échangées produites soient continuellement en liaison avec le projet de formation, et donc dans une perspective d'apprentissage de l'apprenant. Il faut aussi que les consonances et les dissonances cognitives des partenaires soient respectées et admises comme source de variété.

C'est à partir de l'écart nécessaire et suffisant entre les différents pôles de l'alternance que peuvent naître les énergies et les synergies de l'alternance partenariale. Ainsi, comme le souligne R. Fonteneau²⁶, une alternance apparemment riche de beaucoup de rencontres entre les partenaires est au bout du compte une alternance pauvre, alors que peu de rencontres intelligemment organisées dans une dynamique spatio-temporelle adaptée peuvent produire une alternance riche.

²⁵ R. Fonteneau, *L'alternance partenariale*, Education permanente n°115, 1993, p. 29

²⁶ Ibidem, p. 34

1.3.2 Partenariat instituts de formation / terrains de stage

A) Objectif

Ce partenariat a pour finalité de faire cheminer les étudiants dans leur formation. Par la recherche préalable d'un accord entre les deux lieux de formation, des objectifs sont à définir : déterminer les principes, les moyens et l'organisation de l'alternance, rendre le stage comme un temps de formation à part entière pour les étudiants et leur permettre d'appréhender les réalités professionnelles.

B) Place de la négociation dans le partenariat

Le partenariat nécessite des échanges, des interactions et des relations qui vont au-delà de la collaboration, entraînant une implication, un engagement mutuel avec partage des responsabilités. La négociation permet d'établir des règles du jeu en commun. Dans un partenariat constructif et dynamique, il devient fondamental d'organiser des complémentarités et de permettre l'affrontement des différences dans le but d'aider l'étudiant dans sa formation.

. Une construction nécessairement négociée :

Les deux entités associées ont des modes de fonctionnement dont la logique est différente. Il est donc illusoire de penser qu'elles pourraient se réunir en une seule, d'autant plus que la richesse de l'alternance réside justement dans leur antagonisme. Mais par ailleurs, le centre de formation et l'entreprise ont à mener un exercice commun, celui de conduire conjointement la formation d'une personne qui elle-même poursuit sa propre logique.

Pierre Le Douaron²⁷ définit la négociation comme une situation de communication inscrite dans la durée pour la recherche d'un accord sur un objet pour lequel les protagonistes sont en interdépendance mais opposés par des intérêts divergents.

. Négociation et partenariat

La notion de partenariat voit son contenu rendu confus par son acception courante dans le domaine du sport. En effet, deux partenaires d'une partie de tennis sont tombés d'accord sur le fait de jouer. Cet accord vaut engagement de respecter les règles du jeu, et de ce fait, il a une valeur consensuelle. En matière d'alternance, il en va tout autrement : le but de l'engagement des partenaires est clair pour chacun, mais il n'est pas commun, car il procède d'une logique propre à chaque partenaire. Ce partenariat ne saurait donc être que négocié.

C) Vers une vision écologique du processus de formation...

. L'évolution du processus de la formation et son fonctionnement va largement dépendre de la participation des principaux acteurs et de la façon dont ils interagissent. Cette « *vision écologique de la formation* »²⁸, évoquée par E. Souto Diez, est une nouvelle conception de

²⁷ P. Le Douaron, *Alternance et négociation*, Education permanente, n°115, février 1993, p. 113

²⁸ E. Souto Diez, *La vision écologique de la formation : une opportunité pour l'apprenant ?* Education Permanente, février 2001, n°147, p. 104-105

l'apprentissage fondée sur l'interaction entre les personnes et leur environnement. La pensée écologique en formation comporte et associe deux idées-clés : d'une part, l'idée de système et d'organisation par et pour les acteurs et les bénéficiaires ; d'autre part, l'idée des interactions entre acteurs impliqués dans le système de formation. L'écologie de la formation considère les personnes comme centres d'intérêt, en relation avec leur environnement.

. Les principales orientations de la vision écologique de la formation peuvent être résumées par les propositions suivantes :

- la qualité de la formation exige de prendre en considération les différents acteurs et leurs intérêts différents par rapport au problème avec une logique de dialogue et de négociation ;
- elle met en valeur l'apprenant avec une remise en question des aspects centraux du processus de formation et envisage des interactions entre les principaux acteurs ;
- la problématique de la qualité implique une pluralité de responsables qui prennent en compte une temporalité de la formation plus répartie et fournissent des services adaptés.

1.3.3 Quelle responsabilité dans le partenariat institut de formation / terrain de stage ?

Des textes définissent les responsabilités de chacun :

. L'arrêté du 30 mars 1992, relatif aux conditions de fonctionnement des IFSI précise aux articles 2 et 7: « *Les instituts de formation sont dirigés par un directeur qui est responsable de l'organisation de l'enseignement théorique et clinique [...] Le directeur choisit également les services hospitaliers où les étudiants effectuent leurs stages* »²⁹.

. L'article 4 du décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 nous dit que le DSG, responsable des soins au niveau des lieux de stage, a aussi une responsabilité dans l'encadrement des étudiants : « *Il 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 des instituts de formation* ». Quant au DSF, l'article 5 stipule « *qu'il est responsable de l'organisation de la formation initiale et continue dispensée à l'institut et de l'enseignement théorique et pratique* ». L'article 6 précise qu'« *un DS peut assister ou suppléer les DS, directeur d'institut* »³⁰.

Cette interface partenariale existe véritablement avec la place centrale de l'apprenant dans le système de formation par alternance. Cette partie conclut les concepts de l'alternance, dans laquelle il apparaît clairement que le partenariat dans l'alternance est bien finalement « *un partage du pouvoir de former* » (Clénet et Gérard, 1994).

“ L'alternance, c'est le mariage de raison entre deux pratiques hétérogènes mais complémentaires ”

Patrice Pelpel, 1989

²⁹ Arrêté du 30 mars 1992 relatif aux conditions de fonctionnement des IFSI, Titre II et III, articles 2 et 7

³⁰ Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des Directeurs des Soins de la Fonction Publique Hospitalière, Titre I, articles 4, 5 et 6

1.4 RELATIONS INTERPERSONNELLES

1.4.1 Définition des relations en terme d'interaction

D'après le dictionnaire Petit Larousse (2003, p. 555), les relations interpersonnelles concernent les relations entre les individus. En terme de synergie, ils sont en interaction.

Le dictionnaire Nouveau Petit Robert (1993, p. 1193) définit cette interaction comme étant une influence réciproque de deux personnes. C'est un mot de 1876 associant deux termes : *inter-* et *-action*, « *Action réciproque, interdépendance (interaction sociale)* ».

1.4.2 Les hypothèses actuelles sur la communication : L'école de Palo Alto

Un champ disciplinaire à part entière s'est constitué autour des notions de relations humaines et de communication interpersonnelle. La plupart des théoriciens s'accordent sur un certain nombre d'hypothèses qui fondent la représentation de la communication interpersonnelle. Ces hypothèses sont issues pour la plupart des travaux de « *l'Ecole de Palo Alto* » (G. Bateson, E. Hall, P. Watzlawick)³¹. Ils déclinent ces hypothèses sous la forme de principes qui ont valeur de règles conformément à la « *logique de la communication* » (définie par Watzlawick et proposée initialement par Bateson) : il est impossible de ne pas communiquer ; il existe deux niveaux dans toute communication : contenu et relation, explicite et implicite ; le sens d'une communication dépend de son contexte ; toute communication génère des règles implicites.

1.4.3 Nature et caractéristiques de la communication interpersonnelle

Fondement de toute vie sociale, cette communication est dyadique ; c'est-à-dire qu'elle survient entre deux personnes en présence l'une de l'autre. Le terme *communication* vient du latin « *communicare* » veut dire « *partager* ».

Les relations interpersonnelles sont uniques et irremplaçables. Elles impliquent une interdépendance des individus et une certaine ouverture de soi. Elles sont définies par la situation, l'intensité, la permanence dans le temps, le degré d'engagement des personnes. La communication satisfait d'abord le désir d'informer et de persuader. « *L'art de la communication interpersonnelle consiste à apprendre à décoder adéquatement les signes d'une autre personne et la signification qu'elle leur donne* »³².

A) Les particularités de la communication interdisciplinaire³³

La communication interdisciplinaire s'effectue essentiellement entre deux personnes qui interagissent et implique une conscience réciproque des interlocuteurs. Elle est un processus par lequel chacun s'ajuste au système particulier de communication de l'autre. Enfin, elle est fortement influencée par la culture, les valeurs et les attitudes.

³¹ S. Gehin, *Méthodes de communication interpersonnelle*. Paris : Eska, 2003. pp. 50-57

³² P. Simon., L. Albert, *Relations interpersonnelles*. Ottawa : Agence d'ARC inc., 1990

³³ J-A. De Vito et alii, *La communication interpersonnelle*. Québec : ERPI, 2001. p. 16

B) Les qualités de la relation

. **Son intégrité, sa spontanéité et sa véracité** : Dans un groupe, rien n'est plus déplaisant que celui qui se donne un rôle, qui se joue de ses collègues, qui refuse des renseignements ou qui semble posséder ses propres sources d'information. Au contraire, la spontanéité et la conduite sans détours atténuent les défenses.

. **L'importance de l'écoute** : C'est un processus par lequel un auditeur reçoit, comprend, mémorise et interprète un message pour ensuite y réagir. «*Savoir écouter les autres* » contribue, de façon importante, à l'amélioration des relations interpersonnelles.

. **La persuasion et la collaboration** : Dans les relations sociales, les gens aiment qu'on reconnaisse leur valeur et qu'on leur témoigne affection et intérêt. Il est nécessaire de manifester de la compréhension, du respect et du soutien pour autrui en faisant preuve d'empathie sans essayer de modifier l'attitude ou d'influencer son comportement. A l'opposé de la persuasion, se trouve la collaboration et la recherche d'une solution commune.

. **La transparence dans la relation** : Pour P. Simon et L. Albert³⁴, la *transparence* se définit comme une ouverture réelle à autrui. Au-delà des similitudes ou des différences, de la difficulté des échanges, la transparence à autrui rend possible graduellement une communication en profondeur. Si l'individu se montre transparent, celui qui sera en communication avec lui fera l'apprentissage de la *congruence*, sans réaction défensive à son égard.

C) Les obstacles à la communication interpersonnelle

. Un obstacle majeur aux communications interpersonnelles, d'après Carl Rogers³⁵, est la tendance naturelle de l'homme à porter des jugements ou à évaluer. On approuve ou désapprouve un message communiqué par autrui suivant une échelle de valeur qui est propre à soi. Cela crée des obstacles importants dans les communications. Il existe d'autres comportements défavorables au maintien et à l'amélioration d'une relation parmi lesquels nous retiendrons : les réactions suscitant des réactions défensives et le refus de négocier.

. **La gestion des conflits**³⁶

Tout d'abord, les désaccords relèvent non seulement d'une mauvaise communication mais surtout de problèmes relationnels. Un conflit se produit parfois lorsque deux personnes interdépendantes perçoivent une incompatibilité dans leurs objectifs personnels ou s'il existe un différend sur la façon de les atteindre.

Le conflit oblige à chercher une solution favorable aux deux parties par la collaboration. Dans le cadre d'une recherche de relations interpersonnelles positives, le style axé sur la *collaboration* est appelé « *gagnant-gagnant* » parce que les parties impliquées recherchent un gain mutuel. Les personnes tiennent à leur objectif ou à leur point de vue mais elles tiennent à

³⁴ P. Simon., L. Albert, *Relations interpersonnelles*. Ottawa : Agence d'ARC inc., 1990. p. 253

³⁵ Ibidem, p. 344

³⁶ J-A. De Vito, G. Chassé, C. Vezeau, *La communication interpersonnelle*. ERPI, 2001. pp. 317-326

conserver de bons rapports avec l'autre. La collaboration représente le meilleur mode de résolution des conflits interpersonnels. Cependant, elle exige beaucoup de temps et d'effort. La gestion des conflits est favorisée par deux facteurs³⁷ : « *Prendre conscience des intérêts réels de chacun et savoir écouter l'autre* ». Les personnes écoutées restreignent leur agressivité et elles sont davantage disposées à s'ouvrir au dialogue avec confiance. Dans un conflit interpersonnel, il importe de s'attaquer au problème, non aux personnes et de définir le conflit comme un problème mutuel d'une façon explicite.

D) L'attraction

A l'origine de la formation des relations interindividuelles, on trouve l'attraction. Pour J. Bouchet, « *l'attraction définit, à l'intérieur d'une relation, la dimension émotionnelle à l'égard des autres et se caractérise par l'expression d'une attitude positive envers autrui et par le désir de se rapprocher d'autrui* »³⁸. En d'autres termes, l'attraction correspond à l'expression d'affinités et d'un désir d'affiliation. Cet auteur définit des facteurs favorisant l'attraction :

. **La proximité** : La notion de "proximité" renvoie à celle de proximité physique, autrement dit de distance géographique. En fait, la proximité est un facteur d'attraction mutuelle dans la mesure où elle favorise les rencontres et la familiarité. Mais il faut aussi *interagir avec autrui* : En effet, voir régulièrement la même personne ne suffit pas toujours à favoriser une attraction mutuelle. Ainsi, l'interaction sociale augmente la probabilité d'une attraction.

. La similitude et la complémentarité :

- *Qui se ressemble s'assemble* : Les personnes qui ont les mêmes penchants se recherchent mutuellement. Nous sommes attirés par les individus qui partagent des opinions, des valeurs et des croyances similaires aux nôtres, autrement dit qui nous ressemblent.

- *Les contraires s'attirent* : Une fois la relation consolidée, les individus peuvent rechercher non pas des ressemblances, mais des différences. Chacun des partenaires doit permettre à l'autre de compenser ce qui lui manque, de satisfaire des besoins complémentaires.

1.4.4 La relation interpersonnelle ou la relation à l'Autre

Elle représente la forme de base du lien social. Elle nous fait entrer en contact avec d'autres personnes avec lesquelles nous échangeons des informations, des connaissances. Cette relation à autrui n'est pas homogène et uniforme ; elle comporte des niveaux et des modalités d'expressions distincts dont *la relation inter-personnelle ou la relation à l'Autre*.

A) Le lien social comme relation constructrice

Il s'agit de construire une relation qui se heurte souvent au monde chaotique de l'autre, parfois habité par des désirs contradictoires. G.N. Fischer affirme : « *Pour que le lien social*

³⁷ Ibidem pp. 332-333

³⁸ J. Bouchet et alii, *Psychologie sociale-Tome 2: Approches du sujet social et des relations interpersonnelles*. Paris : Bréal, 1996, p. 246

devienne constructif, il faut donc que la relation sorte l'autre de son propre chaos, pour créer en lui un monde intérieur plus vrai et plus harmonieux, en développant des relations où les différences soient reconnues et l'altérité de chacun acceptée »³⁹.

B) Les processus encourageants l'élaboration d'une relation constructrice

Le lien social devient constructeur lorsque la relation à autrui se constitue et se développe à l'intérieur de *cadres structurants*. Autrement dit, c'est à partir du moment où le lien social est structuré par des normes que la relation à l'autre va pouvoir se stabiliser et donner à chacun sa place. L'élément fondateur de tout rapport constructif à l'autre est l'importance et la valeur de la loi en termes de règles donnant consistance et sens à la relation.

1.4.5 L'intelligence émotionnelle

Pour B. Conti⁴⁰, elle reflète la façon dont une personne interagit avec les autres et utilise ses connaissances. Parmi les composantes de l'intelligence émotionnelle, l'échelle interpersonnelle nous intéresse plus particulièrement avec :

. **L'empathie** : « *est la capacité à se rendre compte, à comprendre et apprécier les sentiments d'autrui* ». Celui qui possède cette faculté est sensible à ce que ressentent les gens. Il est capable d'une « *lecture émotionnelle* » d'autrui. L'individu empathique s'occupe des autres, leur témoigne de l'intérêt et montre qu'il se soucie de ce qu'il leur advient.

. **L'aptitude à entretenir des relations interpersonnelles** : « *implique la capacité à établir et à maintenir des relations mutuellement satisfaisantes, qui se caractérisent par un contact étroit* ». Savoir entretenir des relations interpersonnelles positives se caractérise par la faculté à donner et recevoir de l'affection et à créer un climat de confiance avec autrui.

Nous sommes fondamentalement des êtres relationnels. Une meilleure connaissance de soi et des autres, une meilleure compétence dans les interrelations humaines, de la confiance et de l'empathie faciliteront la faculté de diagnostiquer la situation vécue et d'avoir le comportement adéquat pour que chacun puisse réaliser au mieux ses objectifs et parvienne à une véritable solution de compromis où chacun est assuré de gagner.

Dans la deuxième partie, intitulée « Méthodologie », nous allons définir plus précisément le cadre de notre recherche en posant quatre hypothèses à vérifier sur le terrain. Nous présentons la méthode d'investigation et d'exploitation des données que nous avons adoptée et qui nous semble la plus adaptée au thème étudié.

³⁹ G-N.Fischer, *Le lien social*. Recherche en soins infirmiers, sept 2002, n°70, p. 88

⁴⁰ G. Conti, dossier « *communication et interrelations* », <http://www.cvm.qc.ca.fr>

2 MÉTHODOLOGIE

“ On ne peut se passer d’une méthode pour se mettre en quête de vérité des choses ”

René Descartes
(extrait de « Discours de la méthode »)

2.1 PROBLÉMATIQUE ET PHASE EXPLORATOIRE

2.1.1 Question de départ et problématique

A) Choix du thème / La collaboration entre DSG et DSF

. Une recherche qui tient compte de l’inter-professionnalité et de l’inter-fonctionnalité :

La récente opportunité législative (décret n° 550-2002 du 19 avril 2002) et le rapprochement des fonctions de directeur des soins d’encadrement ou de formation sont des facteurs qui incitent à ne pas limiter la recherche qu’à un seul métier de base. Au contraire, le thème de ce mémoire permet d’ouvrir le domaine d’exploration en partant d’un postulat : la recherche aura une ouverture inter-professionnelle et inter-fonctionnelle à partir du moment où elle ne touche pas aux spécificités et concepts de base fondateurs de chaque profession. Par conséquent, nous nous limiterons aux problématiques communes à toutes les professions paramédicales.

. Une attention particulière à la dimension organisationnelle de la formation par alternance pour la construction des compétences :

Notre recherche se limite à cet aspect afin de pouvoir généraliser l’étude à l’ensemble des paramédicaux. Cependant nous ne nions pas que la formation par alternance constitue une modalité de formation permettant de s’approcher au plus près de la construction des compétences. Mais celles-ci sont spécifiques et donnent une identité culturelle qui fait l’essence même de chaque profession.

. Un champ peu exploré : les relations interpersonnelles entre acteurs :

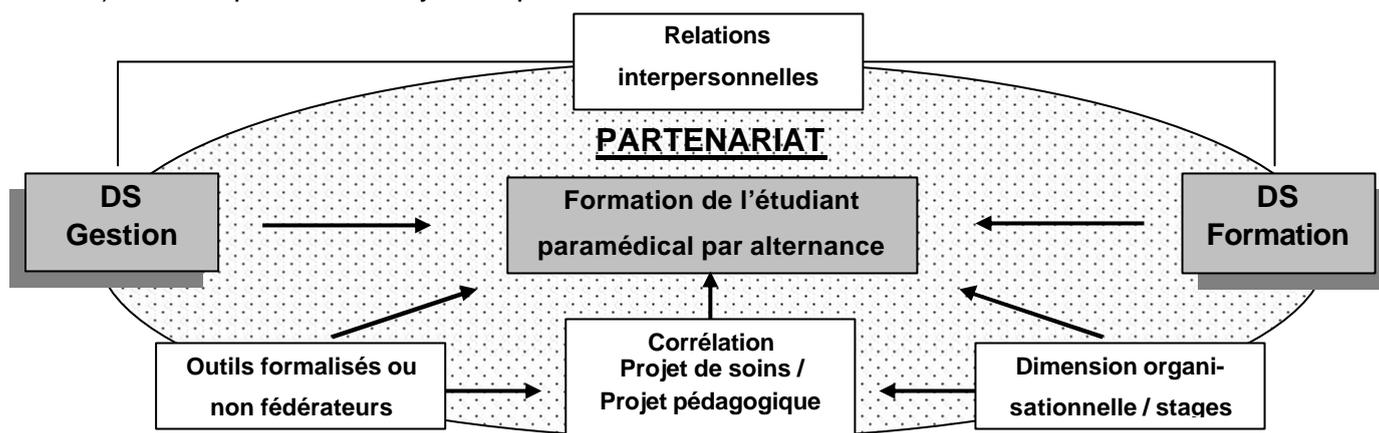
Du fait du développement de l’alternance, de nombreux travaux ont été conduits dans plusieurs domaines et particulièrement : le champ pédagogique ; l’ingénierie de la formation ; la qualité des centres de formation et des formateurs ; la dimension formatrice de l’entreprise et la fonction de tuteur. Toutefois, il est un champ que les travaux évoqués ci-dessus abordent peu : *celui des relations structurées ou informelles entre le centre de formation et l’entreprise*. A travers quelles relations, quels échanges, quels documents, le projet de formation est-il co-investi par les acteurs du monde de la formation et ceux du monde professionnel ?

Dans le cadre de cette étude, notre question de départ émane tout particulièrement de cette problématique.

B) Problématique / Question de départ

∞ **« En quoi les relations partenariales entre Directeur de Soins Gestion et Directeur de Soins Formation peuvent-elles influencer la formation par alternance des étudiants paramédicaux en stage ? »**

C) Représentation synthétique



2.1.2 Phase exploratoire

A) Phase exploratoire théorique : Stratégie de la recherche documentaire

. *Une recherche documentaire automatisée* : Elle est réalisée par l'investigation de moteurs de recherche et l'association combinée de mots-clés : alternance, partenariat, formation, relations interpersonnelles, projet pédagogique, projet de soins.

. *Une recherche manuelle* : Elle s'appuie sur la consultation du catalogue bibliographique informatisé proposé par l'ENSP et le centre de documentation du CHU de Clermont-Ferrand. A partir de mots-clés, cette recherche permet de collecter les ouvrages, les périodiques et les articles abordant le thème de l'étude.

B) Phase exploratoire sur le terrain

Cette démarche méthodologique s'est déroulée sur le terrain par des entretiens exploratoires avec des DS qui s'expriment sur leur vécu. Elle a permis d'évoquer cette volonté de travailler ensemble et en inter-filiarité. Des champs communs et des problématiques identiques sont retrouvées (dimensions relationnelle et organisationnelle). Toutefois, les spécificités et les cultures de chacune des professions ne sont absolument pas remises en cause. Cette phase exploratoire a démontré que certains domaines partagés pouvaient être explorés quelle que soit l'origine culturelle et professionnelle de chaque DS.

Finalement, la phase exploratoire nous a permis de poser les contours précis de notre problématique de recherche. Maintenant, nous esquissons nos hypothèses de travail.

2.1.3 Hypothèses

Afin de répondre à notre problématique, nous posons **quatre hypothèses** :

. **Hypothèse I - / Corrélation entre P. de soins et P. pédagogique** : Des liens entre projet de soins et projet pédagogique sont indispensables dans une formation par alternance pour une meilleure prise en charge des étudiants en stage.

. **Hypothèse II - / Relations interpersonnelles** : La qualité des **relations interpersonnelles** entre les 2 DS jouent un rôle fondamental dans le **partenariat** entre les terrains de stage et l'institut.

. **Hypothèse III - / Partenariat entre service et institut** : Le partenariat entre les deux Directeurs des Soins Gestion et Formation joue un rôle prépondérant sur **la coordination et l'organisation des stages**.

. **Hypothèse IV - / Outils formalisés ou non** : Des **outils formalisés ou non** favorisent **la collaboration et la coordination** entre les services hospitaliers et l'institut.

2.2 DÉFINITION DE LA RECHERCHE

2.2.1 Présentation des établissements

A) Présentation des quatre établissements

L'enquête s'est déroulée dans quatre établissements de santé implantés dans trois régions : trois Centres Hospitaliers Universitaires et un Centre Hospitalier. Les entretiens ont eu lieu dans ces structures différentes par la taille et leurs activités, parallèlement avec les instituts ou les écoles de formation avec lesquels elles ont des liaisons directes de proximité.

B) Les instituts ou écoles de formation

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

C) Justification de nos choix

Les centres hospitaliers retenus ont chacun leur identité propre, une histoire contingente, un environnement particulier. Ils offrent la possibilité de faire une analyse comparative entre les entretiens des Directeurs des Soins et les contenus des projets de soins et pédagogiques.

Ce choix permet une approche des fonctionnements et des organisations variables, ainsi qu'une étude des relations entre instituts de formation et service de soins.

La multiplicité des lieux d'enquête aide à établir si un fait ou un comportement est tout à fait spécifique à un lieu ou s'il est plus répandu ; le statut en est plus clair, la validité des conclusions moins restreinte.

2.2.2 Présentation des acteurs

A) Présentation de la population étudiée

2 Coordonnateurs Généraux des Soins, 2 Directeurs de Soins Gestion et 5 Directeurs de Soins Formation composent la population interviewée. L'**Annexe II**, sous forme d'un tableau synthétique, permet de présenter les acteurs qui ont participé aux investigations. Elle détermine certaines caractéristiques : fonction, formations, année d'entrée dans l'institution, ancienneté dans la fonction.

B) Caractérisation de la population

Afin de caractériser notre échantillon, bien que faible, nous élaborons des représentations graphiques reprises en **Annexe III** : Il est judicieux de solliciter des Directeurs des Soins Gestion et des Directeurs des Soins Formation qui sont en poste dans la même institution afin d'entendre les deux discours et ainsi pouvoir les comparer et les confronter à leurs projets (de soins ou pédagogique).

C) Justification du choix des acteurs

L'étude porte sur l'incidence des relations interpersonnelles entre deux Directeurs des Soins (DS Gestion et DS Formation) dans la formation en alternance des professions paramédicales. C'est pourquoi, les entretiens se limiteront à cette catégorie de personnel. Mais la recherche est élargie aux différentes catégories professionnelles paramédicales issues des filières infirmière, médico-technique et de rééducation.

2.3 MÉTHODE D'INVESTIGATION

2.3.1 Choix des méthodes

Deux méthodes d'investigation : des entretiens semi-directifs, et l'analyse de contenu des projets pédagogiques et des projets de soins.

A) L'entretien semi-directif

. **Problème du questionnaire** : Un questionnaire ne permet pas d'entrer dans la logique des pratiques, de rendre compte de leur richesse et de leur complexité, de restituer le sens des détails, de respecter les dynamiques d'action. De plus, une saisie informatique des données nécessite une bonne connaissance statistique et une bonne représentativité de la population.

. **Intérêt de l'entretien** : Au contraire du questionnaire, l'entretien est une technique plus proche des acteurs, plus ouverte à leurs représentations ; il donne accès au sens qu'ils confèrent à leurs pratiques, aux légitimations qu'ils fournissent à leur action. Ainsi, il permet de retirer des éléments de réflexion très riches et nuancés tout en accédant à un maximum d'authenticité et de profondeur.

Pour toutes ces raisons, cette méthode d'entretien est la plus appropriée à notre recherche.

. **L'entretien semi-directif** : Nous avons élaboré une série de questions relativement ouvertes afin de laisser parler l'interviewé librement, dans les mots qu'il souhaite et dans l'ordre qui lui convient. Par contre, nous nous sommes efforcés de recentrer les entretiens sur les objectifs chaque fois que l'interviewé s'en écartait.

Son objectif est de recueillir les représentations et le vécu des Directeurs des Soins, en vue de répondre à la question de départ. et à vérifier les hypothèses posées.

. **Intérêt de l'enregistrement sonore**: Il n'a pas rencontré de réticence de la part des personnes interviewées, à part L1 qui a manifesté une certaine appréhension, rapidement estompée à mesure de l'entretien. L'enregistrement est réalisé après accord des acteurs volontaires et le respect de l'anonymat est assuré. Les entretiens sont retranscrits in extenso afin de recueillir fidèlement les propos avec une grande exhaustivité et d'exploiter les données sous forme informatique.

. **Limites de l'entretien**: Contrairement au questionnaire, les éléments d'information et de réflexion recueillis par l'entretien ne se présentent pas d'emblée sous une forme qui appelle un mode d'analyse particulier. C'est pourquoi, nous avons choisi et conçu conjointement l'élaboration d'un guide et d'une méthode d'analyse des informations, ce qui nous a permis d'analyser systématiquement le contenu sous forme de tableaux synthétiques, toujours en regard des hypothèses.

L'entretien ne vise pas l'exhaustivité, ni la généralisation de l'étude mais bien le recueil de points de vue de professionnels dans l'exercice de leur fonction au quotidien.

B) L'analyse de contenus des projets de soins et des projets pédagogiques

L'objectif est de rechercher des corrélations ou des divergences entre les projets de soins et les projets pédagogiques de chaque établissement. Cette étude fait ressortir les éléments prenant en compte l'organisation des stages, ainsi que l'accueil et la prise en charge des étudiants en stage. La lecture de projets permet de croiser avec les propos des interviewés et de vérifier la cohérence entre les méthodes d'investigation.

C) Tableau récapitulatif des méthodes d'investigations et des lieux d'enquête

Régions	ES		Projets de Soins			Projets Pédagogiques		
			Nbre lits et places*	Acteurs		Instituts Ecoles	Quota Etudiants	Acteurs
Nord Pas de Calais	. CH A	1	954	DSG	1	- IFSI / AS	130 / 40	DSF
Normandie	. CHU C	2	1 788	CGS	2	- MER	25	DSF
					3	- IFSI / AS	150 / 50	DSF
Auvergne	. CHU F	3	2 052	DSG	4	- IBODE	20	DSF
Nord Pas de Calais	. CHRU L	4	2 544	CGS	5	- IADE	30	DSF

* Activité 2002

. Etude de 9 projets : 4 projets de soins - 5 projets pédagogiques
 . 9 entretiens dont 1 entretien test

2.3.2 Le guide d'entretien et la grille d'analyse

Il faut insister sur le fait que le guide d'entretien et la grille d'analyse ont été élaborés conjointement. En effet, tout au long de notre démarche, cette grille a été notre support de référence en particulier lors des différentes synthèses et analyses des entretiens.

A) Elaboration du guide d'entretien

C'est une trame qui donne les consignes générales communes afin de bien cibler les questions en rapport avec les hypothèses évoquées. L'**Annexe IV** correspond au guide qui a servi aux entretiens. Il est composé de cinq parties : les quatre premières posent des questions pour répondre aux hypothèses ; la dernière contient des questions portant sur les perspectives.

B) Elaboration de la grille d'analyse

. **Finalité de la grille** : Seule l'utilisation de méthodes construites et stables permet d'élaborer une interprétation qui ne prend pas pour repère ses propres valeurs et représentations, d'autant plus que le champ des investigations porte sur les structures propres à chacun des DS interviewés. C'est pourquoi, tout au long de notre analyse, nous nous sommes efforcés d'utiliser invariablement et systématiquement des tableaux de synthèse. Nous avons ainsi été contraints à prendre beaucoup de recul à l'égard des interprétations spontanées.

. **Composition de la grille** : Cette grille d'analyse est contenue dans l'**Annexe IV**. Elle repose sur une trame qui prend en considération les quatre hypothèses. Cette grille est établie par thèmes en fonction des hypothèses de travail et de manière à rendre les questions exploitables pour l'analyse.

Les thèmes d'analyse sont les suivants :

- I - La place du partenariat dans une formation par alternance ;
- II - Les relations entre les deux Directeurs des Soins ;
- III - La dimension organisationnelle des stages ;
- IV - Projet de soins / Projet pédagogique ;
- V - Perspectives d'évolution et d'amélioration.

2.3.3 L'entretien test

A) L'entretien pré test

Il permet de se rendre compte si les questions du guide d'entretien sont bien comprises. Il a été réalisé dans l'établissement C dans lequel le Directeur des Soins Formation C3 a bien voulu se prêter à cette interview. Celle-ci a pour but : de vérifier la pertinence des thèmes, de constituer un échantillonnage des lieux d'enquête et de tester le guide d'entretien.

B) L'ajustement

Pour le DSF enquêté, les questions ne présentent pas d'ambiguïté aussi bien sur la forme que le fond. Il faut signaler tout de même que nous avons précisé la question introductive ainsi que les questions de relance.

2.3.4 Les entretiens

A) Présentation des entretiens

L'**Annexe V** reprend la lettre de présentation de la recherche envoyée à chaque acteur au moment de la prise de rendez-vous des entretiens et détaille le planning des entretiens pour les neuf personnes interviewées dans les quatre établissements de santé. Un premier contact téléphonique a eu lieu avec les personnes sélectionnées qui ont donné spontanément leur accord à l'annonce et à la présentation du thème de la recherche. La trame de l'entretien n'est pas diffusée pour ne pas influencer les réponses.

Les entretiens ont duré entre 30 et 60 minutes, soit une moyenne de 43 minutes.

Tous les entretiens sont fidèlement retranscrits pour effectuer une analyse plus concise des propos tenus par les Directeurs des Soins interviewés. Des expressions et des formules évocatrices sont dégagées des entretiens pour enrichir et renforcer l'argumentation au moment de l'analyse.

B) Limites de la méthode d'investigation

. Un échantillon restreint

Cette étude s'est limitée à un champ d'étude comprenant quatre établissements de santé et à l'interview de neuf professionnels. Toutefois, les informations recueillies gagneraient à être confirmées par une enquête sur un échantillon plus large et plus représentatif qui concernerait plus de structures hospitalières et solliciterait non seulement d'autres acteurs mais aussi plus de catégories professionnelles.

. Une analyse des entretiens plus qualitative

Une recherche plus approfondie aurait pu nous permettre une analyse qualitative du contenu beaucoup plus poussée en particulier concernant la forme. Mais le temps imparti à cette recherche nous a incité à restreindre le périmètre de l'étude et les investigations.

2.3.5 L'analyse de contenu

Comme pour l'analyse des entretiens, une grille est élaborée à partir des hypothèses de travail pour analyser le contenu des projets de soins et des projets pédagogiques.

Quatre thèmes d'analyse font l'ossature de cette trame :

- I - Eléments formalisant un véritable partenariat ;
- II - Organisation des stages ;
- III - Corrélations / Liens ;
- IV - Oppositions / Contradictions.

2.4 MÉTHODE D'EXPLOITATION DES DONNÉES

Ces analyses se présentent sous forme de tableaux récapitulatifs présentés en annexe avec des reprises de phrases significatives des interviewés. Rappelons que ces grilles d'exploitation sont élaborées en même temps que le guide d'entretien, au regard des quatre hypothèses et de la problématique. Cependant, ces grilles se sont affinées suite aux investigations. Nous avons suivi trois étapes pour recueillir et synthétiser les informations contenues dans les entretiens ainsi que dans les projets de soins et pédagogiques.

2.4.1 Première étape : synthèse des entretiens

A) Synthèse verticale par acteurs et par établissements

A partir de la retranscription des entretiens, nous classons sous forme de tableaux l'essentiel des données par acteurs et par établissements. Pour étayer notre cheminement, l'**Annexe VI** propose un extrait de cette première analyse sur un des quatre établissements.

B) Synthèse transversale des entretiens par catégorie d'acteurs

Nous procédons ensuite à une lecture transversale reprenant les points communs et les différences entre les directeurs des Soins. L'**Annexe VII** reprend la synthèse complète de cette analyse transversale. Cinq thèmes principaux orientent l'analyse : la place du partenariat, les relations interpersonnelles, l'organisation des stages, les outils et les liens entre projet pédagogique / projet de soins. Un dernier item porte sur les perspectives d'évolution et permet de regrouper les avis des DS sur les cursus de formation commune (DS, cadres, 1^{ère} année de santé) et leurs suggestions en rapport avec le thème de la recherche.

2.4.2 Deuxième étape : synthèse des analyses de contenu des projets de soins et des projets pédagogiques

Nous avons réalisé une analyse comparative, par établissement de santé, entre les projets pédagogiques et les projets de soins. Comme pour la première étape, la grille de lecture est établie en même temps que l'élaboration du guide d'entretien. L'**Annexe VIII** présente l'intégralité de cette synthèse.

2.4.3 Troisième étape : analyse comparative entre les deux méthodes d'investigation

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

Ces tableaux de synthèse débouchent sur une première discussion qui est le point de départ de notre analyse hypothèse par hypothèse. Jusqu'à maintenant, nous avons défini le cadre méthodologique, les données émanant des deux méthodes d'investigation sont triées et répertoriées. A présent, nous allons analyser les hypothèses une par une, toujours au regard de notre problématique. Puis, nous prendrons du recul pour faire émerger de nouvelles perspectives et propositions.

3 ANALYSE ET SYNTHÈSE

“ L’acte de la découverte a un aspect disruptif et un aspect constructif. Il faut qu’il brise les structures de l’organisation mentale afin d’agencer une synthèse nouvelle ”

Arthur Koestler (extrait de « Le cri d’Archimède », p. 88)

3.1 ANALYSE DES HYPOTHÈSES

3.1.1 Hypothèse I / corrélation entre projet de soins et projet pédagogique

A) Des Directeurs des Soins partagés

. Tous les DSG estiment l’intérêt d’avoir un lien entre les deux projets. Ils sont très favorables à l’intégration du projet de soins dans le projet pédagogique. Certains affirment qu’il n’existe pas de lien (C1, F1) car il leur paraît difficile d’intégrer tous les projets pédagogiques de chaque institut lorsque l’établissement a une attractivité régionale. Comme le dit un DSG, « *un vrai projet de soins innovant doit être en corrélation avec le projet pédagogique qui tient lui-même compte des évolutions du projet de soins ; il existe un lien fort entre les deux* » (A1).

. Quant aux DSF, les avis sont très partagés. Les uns pensent qu’il n’existe pas de lien et chacun a sa spécificité (L2, C3). Les autres assurent qu’il faut retrouver des valeurs communes, la place des stages dans la formation, la prise en compte de l’accueil et de l’encadrement des étudiants en stage (A2, C2, F2). Pour F2, l’offre de stage est l’outil qui fait le lien entre les deux projets.

B) Des liens formalisés inscrits dans les projets de soins et pédagogiques

L’analyse de contenu des projets permet de retrouver certains éléments formalisant un véritable partenariat :

. **Des références à un système de valeurs communes partagées** : Le partage de valeurs communes est le facteur prépondérant qui ressort de cette analyse. Il s’agit du fondement et du principe de base à toute interdépendance entre projets de soins et pédagogique. D’ailleurs, des valeurs fondamentales se retrouvent dans tous les projets. Citons celles les plus fréquemment citées : *valeurs humanistes, respect (du travail et de l’autre), responsabilité et professionnalisme, esprit d’équipe*. Dans le projet de soins de l’établissement F, il est inscrit : « *une volonté de partager une réflexion sur des valeurs communes et de donner un sens au travail par le partage de nos valeurs* ».

. **Une organisation des stages formalisée et structurée** : L’analyse montre l’intérêt porté à l’organisation des stages aussi bien dans les projets de soins que les projets pédagogiques. Le projet de soins de l’établissement F met en avant les objectifs suivants : « *Adapter la formation des futurs professionnels en mettant en adéquation les offres de stage et le projet pédagogique des centres de formation* ». Il rajoute « *qu’une meilleure articulation entre écoles, services de soins et inter-écoles permet de pallier à certains dysfonctionnements* ».

. **Un cadre identique réglementaire et législatif** : Tous les projets reprennent les divers textes régissant les professions, les études et les règles institutionnelles. L'établissement F, à travers ses projets de soins et pédagogique, rappelle le renforcement et le rôle prédominant des stages dans la formation en alternance.

C) Un écart théorie-pratique reconnu et nécessaire

La plupart des DS qui évoquent le sujet affirment qu'il existe un décalage entre les concepts et le terrain, mais s'avère indispensable. Par contre, comme le dit un DSG : « *Laisser cet écart enrichissant, mais il ne faut qu'il soit un fossé trop important ; l'essentiel n'est pas de le combler, mais de l'expliquer* » (F1). Pour Les DS C1 et C3, « *un partenariat bien conduit permet de réduire l'écart* ». Un réel partenariat nécessite un projet de formation commun clairement bâti et défini à partir des projets de soins et pédagogiques. Pour A2, « *ce projet regroupe des points d'ancrage pour une cohérence et un lien avec les stages* ».

D) Réponse à l'hypothèse I: un décalage entre le discours des DS et le contenu des projets

. Même si les DS soulignent qu'il existe peu de lien et d'articulation entre projet de soins et projet pédagogique, ils sont en majorité catégoriques sur l'intérêt de créer des liens. Cependant, les grosses structures (CHU), qui reçoivent des étudiants de plusieurs instituts, soulignent la difficulté d'intégrer tous les projets pédagogiques dans l'unique projet de soins de l'établissement.

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

. L'hypothèse I est confirmée :

↳ Des liens entre projet de soins et projet pédagogique sont indispensables dans une formation par alternance pour une meilleure prise en charge des étudiants en stage.

3.1.2 Hypothèse II / relations interpersonnelles

A) Des relations qui évoluent avec le temps

. **Des relations dégradées voire inexistantes dans le passé** : Avant d'évoquer leurs propres relations, la plupart des DS décrivent les mauvaises relations, voire même leur inexistence, entretenues par les DS des générations antérieures. Cette absence de collaboration se caractérise par un manque de dialogue, de volonté commune de travailler ensemble et d'implication dans la mise en place d'outils.

. **Des relations qui se bonifient de manière significative avec le temps** : Pour la majorité des DS, les relations s'améliorent. Seul un DSG affirme que « *les relations se passent très mal* » (F1) et le justifie par « *des luttes de rivalités et de pouvoir entre DSF et DSG* ». Quant à C2, il ne trouve aucun intérêt à collaborer avec le DSG. Pour C3 et F1, ces relations restent très « *personne-dépendante* ». C'est pourquoi, ils estiment que les rapports restent parfois difficiles avec certaines écoles et seule la relation de pouvoir peut entacher cette relation. Pourtant, C3 affirme : « *La relation de pouvoir n'existe pas puisque DSF et DSG sont en liaison fonctionnelle, sans aucun pouvoir hiérarchique* ».

Excepté deux Directeurs des Soins (F1, C2), les autres estiment que les relations sont bonnes, voire très bonnes (A1, A2, F2, C3). Elles se passent bien si les DSF et DSG se situent « *en terme de professionnel, sans tenir compte de l'affectif* » (C1) et « *ils s'entendent bien si les deux se connaissent* » (F2). Pour une des DSF, l'amélioration des relations est une question de générations. Il affirme que « *les DS qui sortent de l'ENSP vont dans le même sens avec une volonté commune de travailler ensemble sur l'encadrement des étudiants en stage et de bâtir des outils* » (A2).

. **Les obstacles et les facteurs favorisant au partenariat** : Le tableau suivant met en forme les obstacles et les facteurs favorisant rapportés par les DS.

Obstacles au partenariat	Facteurs favorisant le partenariat
<ul style="list-style-type: none"> . Problèmes de personnes (A1, F2) . Jeux de pouvoir (F1, C3) . Manque de motivation des professionnels (A2, C1) . Manque d'habitude de travailler ensemble (C2) . Absence de rencontres entre institut et terrain (L1) . Difficultés à trouver des terrains de stage (A2) . DS qui n'ont pas connu l'alternance terrain/école (C1) 	<ul style="list-style-type: none"> . Bonne entente entre DSF et DSG (F1) . Pas de jeu de pouvoir (F1, C3) . Confiance et solidarité entre DS (L2, C3) . Volonté de travailler ensemble avec des objectifs communs (A1, A2, F1, L1) . Proximité : DS dans même structure (L1, A2, C2) . Qualité des relations humaines, écoute (L2, F2)

B) Mots-clés définissant les relations partenariales

Au cours de chaque entretien, les DS ont cité des mots pour caractériser les relations partenariales qu'ils entretiennent avec leurs homologues. Nous énumérons ces mots-clés par ordre décroissant entre terme de nombre de réponses :

1 - **Connaissance et reconnaissance mutuelle** (7/9) : Au-delà de la reconnaissance des personnes, deux DSF enrichissent cette notion par la reconnaissance des structures et des missions (A2, C3).

2 - **Respect des personnes et des spécificités de chacun** (6/9) : Les DSG (A1, L1) insistent particulièrement sur cet aspect en disant que « *les DS doivent tenir compte des spécificités, respecter les différences de chacun et accepter l'autre tel qu'il est* ».

3 - **Confiance mutuelle et regard positif sur l'autre** (6/9)

4 - **Volonté réelle de travailler ensemble et de faire un véritable partenariat** (6/9)

5 - **Collaboration et complémentarité** (5/9)

6 - **Connaissance du travail de l'autre** (4/9) : Pour L2, « *le meilleur moyen de respecter l'identité de l'autre, c'est de bien connaître ce qu'il fait sans remettre aucunement en question les identités professionnelles de chacun ce qui permet de travailler en commun et en collaboration* ». Pour L2 et C3, il est nécessaire de connaître les limites de chacun avec des compétences bien réparties. Pour L1, « *les spécificités de chacun sont valorisées car la connaissance du travail de l'autre permet le respect de nos propres identités* ».

Citons les autres mots qui sont ressortis des entretiens de manière moins significative : pas de lutte de pouvoir et de corporatisme (4/9) ; objectifs communs (4/9) ; écoute (3/9) ; transparence (4/9).

A propos de la transparence, A1 souligne l'intérêt dans un partenariat d'avoir « *des échanges sans censure et un langage clair* ». L1 renforce cette idée en basant le partenariat « *sur la franchise, la tolérance, la sincérité et l'ouverture d'esprit* ».

C) Réponse à l'hypothèse II : des relations interpersonnelles basées sur des principes fondateurs

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

. L'hypothèse II est confirmée :

↳ La qualité des relations interpersonnelles entre les 2 DS jouent un rôle fondamental dans le partenariat entre les terrains de stage et l'institut.

3.1.3 Hypothèse III / place du partenariat et l'organisation des stages

A) L'organisation des stages : un encadrement organisateur, une direction des soins seulement informée

. La gestion des stages est réalisée par les formateurs et le DSF. L'organisation et leur planification se font sur l'année et directement avec les services. Pour F1, la préparation des stages n'incombe pas aux DSG, mais ce sont les cadres qui évaluent le nombre de stagiaires qu'ils peuvent accueillir.

. Les DSF se contentent d'envoyer la liste des stagiaires et des stages au DSG. Ils demandent leur accord après négociation avec les services ; le DSG est simplement averti et informé du choix des terrains. Cependant, A1 émet l'intention de recenser dans les services les possibilités d'accueil. L1 renchérit en proposant « *de partir des difficultés rencontrées sur le terrain mais aussi par les centres de formation et voir ensemble pour redéfinir les capacités d'accueil* ». Dans le projet pédagogique de l'établissement A, il est inscrit que « *le choix de l'organisation des stages relève de la compétence et de la responsabilité de l'institut de formation qui collabore avec les équipes des structures d'accueil* ».

B) L'encadrement en stage : un tutorat ardemment désiré mais difficilement réalisable

- . La plupart des DS, aussi bien de gestion que de formation, sont très favorables à l'encadrement des étudiants en stage par un tutorat. Cependant, ils font remonter toutes les difficultés pour l'implanter sur les terrains (mobilité des équipes, 35h, pénurie de personnel, manque d'engagement et d'intérêt des cadres...).
- . Par contre, les avis divergent quant au mode de tutorat à instaurer. Les uns préfèrent plutôt un tutorat collectif impliquant toute l'équipe qu'un tutorat individuel (F1). Les autres s'orientent vers un référent attribué à chaque stagiaire (C2, L2). Deux DSG (F1, L1) proposent un référent pédagogique qui permet de plus responsabiliser et d'impliquer les formateurs dans les secteurs hospitaliers et la vie institutionnelle.
- . C2 et L2 estiment que la formation de référents est de la responsabilité du DSG qui se donne les moyens de préparer les agents des terrains. A1, A2 et C1 organisent des groupes de réflexion sur le tutorat (redéfinition et clarification des missions des tuteurs et des cadres, encadrement en stage, finalités et objectifs des stages). Enfin, F2 souligne le manque d'engagement et d'intérêt de l'encadrement concernant la formation et affirme « *qu'il ne faut pas s'étonner qu'un agent se désintéresse s'il sent que son cadre s'en fiche... L'exemple vient du dessus !* ».

C) Place des Directeurs des Soins Gestion : la responsabilité des stagiaires sans implication dans l'organisation de l'encadrement

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

- . **DSG destinataire des informations** : Il est informé sur les possibilités d'accueil dans les stages. Il reçoit le tableau prévisionnel des stages élaboré avec l'encadrement des services et le centre de formation.

- . **DSG sollicité en cas de litige** : Il est prévenu si des problèmes sont rencontrés dans un service ou avec un étudiant (manque de personnel, fermeture d'un stage...). Les situations délicates sont étudiées en concertation avec les cadres qui remontent les difficultés.

- . **DSG responsable des stagiaires en stage** (C1, F1, F2, L2) : Il prend la responsabilité de fermer ou d'autoriser l'ouverture d'un stage. « *Le DSG peut être amené à fermer temporairement un stage si l'équipe n'est plus en capacité d'encadrer. Alors, le DSG peut lancer une réflexion et retravailler les finalités et les objectifs du stage avec l'équipe* » (F1). De plus, il a un droit de regard sur la planification des stages et des quotas. Pour une partie des Directeurs des Soins, le DSG définit avec les cadres la capacité des terrains de stages.

- . **DSG responsable de l'évaluation de la qualité des terrains de stage** (C1, F2)

- . **DSG garant de la formation des étudiants en stage** (C1, A2) : Il a une vision sur la répartition globale des étudiants sur les terrains de stage. Il centralise les informations et

connaît les catégories des stagiaires accueillis dans l'établissement (F2, L2). Il a aussi une influence majeure sur l'optimisation de son encadrement. Il se préoccupe du déroulement et des conditions d'accueil des stagiaires, puis il fait un bilan régulier trimestriel (F2).

D) Réponse à l'hypothèse III : une organisation des stages partagée

Finalement, le DSG n'est pas directement impliqué dans l'organisation des stages ; c'est une négociation entre le centre de formation et l'encadrement de terrain. Comme le souligne A1, « le rôle du DSG est très faible quand tout va bien. Et à un moment donné, il initie la démarche, la pilote au départ pour essayer d'impulser les choses, puis il passe le relais à l'encadrement ».

. Par conséquent, l'hypothèse III est partiellement infirmée. Nous réactualisons sa formulation :

↳ Le partenariat entre les deux Directeurs des Soins Gestion et Formation joue un rôle prépondérant sur la coordination et l'organisation des stages : le DSF organise et coordonne les stages avec l'encadrement ; le DSG en a la responsabilité.

3.1.4 Hypothèse IV / outils formalisés

A) Des outils formels prééminents

Au cours des entretiens, les DS mettent fortement l'accent sur l'utilisation d'outils formalisés. Les outils informels, tels que le téléphone ou le courrier électronique, sont peu cités (A2, F2).

B) Des situations de rencontres sur la base de réunions et de groupes de travail

Nous répertorions les occasions en quatre grandes catégories, selon l'importance du nombre de situations partenariales évoquées :

1 - Les Conseils Techniques des instituts et la Commission du Service de Soins (8/9) :

La presque totalité des DS témoignent de leur implication dans ces deux instances comme membre à part entière.

2 - Les réunions (5/9) : Il s'agit plus particulièrement de réunions avec l'encadrement du terrain et les cadres. Au cours de celles-ci, A2 et F2 présentent leur projet pédagogique. F2 évoque des réunions régionales de Directeurs des Soins sous l'impulsion de la conseillère pédagogique et la DRASS. Enfin, L2 mentionne des réunions de direction d'informations et d'échanges dans lesquelles sont conviés les DSG et les DSF.

3 - Les groupes de travail (8/9) : Les axes de réflexion sont divers mais portent surtout sur l'encadrement des étudiants. D'autres actions sont à l'actif de ces groupes : élaboration de fiches de compétences des formateurs et des cadres de service ; étude comparative des décrets professionnels ; diagnostic pour l'élaboration du projet de soins ; travail sur le projet professionnel des étudiants ; travail sur les programmes de formation.

4 - La mise en place de formations en commun et en concertation (7/9) : Les thèmes sont très diversifiés. Citons par exemple : l'hygiène, les transmissions ciblées, les évolutions informatiques, les démarches qualité (association des instituts à l'élaboration de protocoles et au dossier informatisé ; évaluation de protocoles dans le cadre de travaux de fin d'étude).

D'autres occasions se présentent : quota des élèves en stage, soutien et aide à l'intégration d'un DS nouvellement nommé, gestion des personnels en commun...

C) Des outils qui facilitent la collaboration et l'encadrement des étudiants en stage

. **Un logiciel commun de gestion de stages** : L'établissement A l'utilise. Pour A1 et A2, cet outil leur paraît indispensable vue l'augmentation des quotas et des sureffectifs. Chaque DS doit avoir « *un droit de regard sur la gestion et l'accès à la base de données* » (A1).

. **Un projet d'encadrement** : Il doit se faire en concertation entre DSF et DSG pour avoir des bases communes et partager les mêmes valeurs. F2 rappelle que l'implication des deux DS est partagée dans ce projet, mais « *ce n'est pas simplement un tête-à-tête et sont aussi concernés l'encadrement, les personnels de terrain, ainsi que les formateurs* » (F2). Le projet d'encadrement découle de l'offre de stage ; il fait le lien entre projets de soins et pédagogiques. Pour F2, il se concrétise par une *charte formalisée* qui implique les acteurs.

. **Un répertoire des lieux de stage** : En partenariat avec les centres de formation, l'établissement L a mis en place un classeur des offres de stage qui contient des procédures portant sur l'accueil et l'encadrement des étudiants en stage. Cet outil d'accompagnement clair et accessible est émis dans les centres de formation et est réactualisé tous les ans. Afin de faciliter sa diffusion, ce répertoire est édité sous forme de CD-ROM. « *Cet outil est un guide de stage commun à l'ensemble de l'hôpital, facilite l'accueil des stagiaires et contient les objectifs spécifiques de chaque service* » (C3).

D'autres outils sont proposés : le tableau prévisionnel des stages (A2, F2), les conventions de stage (F2, L2), des outils de suivi internes spécifiques aux services comme le cahier d'encadrement ou les outils d'évaluation (F1, C2), le rapport d'activité (F1), l'organisation d'une formation sur l'encadrement des étudiants en stage (C2).

. **Vers l'élaboration d'une trame commune d'outils sur l'ensemble de l'établissement** :

Les établissements F et L proposent que les outils s'élaborent ensemble entre les centres de formation et les services avec la construction d'une trame commune. F1 remarque que beaucoup de services ont leurs propres référentiels et outils d'encadrement, ce qui rend plus difficile l'intégration des étudiants à chaque changement de stage.

D) Réponse à l'hypothèse IV

. Un des DSG résume bien les occasions en prétendant que : « *Les situations partenariales se créent en permanence et quasiment sur tout* » (C1). Le partenariat s'appuie sur l'élaboration, la mise en œuvre, l'exploitation d'outils formalisés et de moyens de liaison qui concrétisent le partenariat, mais aussi sur des activités et les contacts directs entre acteurs.

. L'hypothèse IV est confirmée :

↳ Des outils formalisés ou non favorisent la collaboration et la coordination entre les services hospitaliers et l'institut.

3.1.5 Perspectives

A) A propos des cursus de formations communes (DS, Cadre, 1^{ère} année de santé)

. **Une première année de santé bien perçue par les DS** : La plupart des DS sont favorables à la 1^{ère} année de santé (7/9). Pour eux, elle permet d'appréhender une culture commune à l'ensemble des professionnels de santé, tendre vers la connaissance de chaque profession, apprendre à se connaître et travailler ensemble. Ce tronc commun va faciliter le fonctionnement entre les filières et favoriser la solidarité, l'esprit d'ouverture, la complémentarité et le partenariat. Pour L1, « *cette année permet d'acquérir des bases communes et de montrer l'intérêt de tous les professionnels de centrer leurs objectifs sur le patient* ». De plus, cette année crée une cohérence et un partage de certaines disciplines évitant ainsi les corporatismes. Enfin, Pour A1 et C3, la reconnaissance des professions paramédicales passent par un diplôme universitaire.

Deux DS ont un avis plutôt négatif sur cette ouverture. A1 craint que cette année commune amoindrisse encore plus le niveau d'investissement des paramédicaux qui déjà diminue. C2 reste pessimiste sur sa mise en place et son organisation devant l'ampleur de la tâche : « *La culture commune est partie d'un vœu pieux, mais on n'a ni les moyens, ni les structures pour gérer des milliers d'étudiants dans le même temps* » (C2).

. **Une formation commune des DS qui fait l'unanimité** : Les DS interviewés sont tous très favorables à la formation commune à l'ENSP. Elle permet de mieux connaître les différents métiers, d'appréhender les spécificités de chacun et de créer des liens pour travailler ensemble à partir d'enjeux et d'objectifs communs. « *Elle réduit le fossé entre les centres de formation et les services* » (A2). Pour L1 et C3, cette formation encourage au décloisonnement. Comme le résume L1 : « *Au cours de la formation, on se découvre mutuellement car on se connaissait mais sans relation de proximité. Maintenant, cette approche commune permet de construire avec les autres plus simplement et donc de façon plus pertinente et efficace* ».

C2 est le seul à avoir une réticence, même s'il trouve un intérêt à acquérir une culture commune et concertée. En effet, il revendique que DSF et DSG ont des domaines de responsabilités et des spécificités différentes. Il ne veut pas entendre parler de hiérarchie et craint que « les DSG mettent la main sur les écoles » (C2).

B) Propositions et suggestions

. **Un Coordonnateur Général des Soins unique Gestion / Formation** (C3, F1, L1).

. **Un profil de cadre de santé avec une affectation à durée déterminée** (C1, C3) : Pour ces deux DS de l'établissement C, les enseignants sont complètement déconnectés de la vie institutionnelle et sont trop longtemps restés coupés des réalités professionnelles. Ceci crée des incohérences entre la théorie et la pratique. C'est pourquoi, cet établissement a mis en place une affectation des cadres à durée déterminée sur les postes de formateurs.

Elle se fait sur une base contractuelle de trois à six ans et repose sur l'alternance terrain / centre de formation des cadres de l'institution.

. **Une politique commune de recrutement des cadres entre DSF et DSG** (F1, C1, C3) : Ces acteurs admettent qu'il faut repenser la fonction cadre et le recrutement doit s'effectuer de manière concertée entre DSF et DSG.

. **La nécessité pour le DSG d'une expérience en pédagogie et inversement pour le DSF** : F1 avance que « *si le DSG n'a pas eu de connaissance en pédagogie, il méprise le travail fait dans ce domaine et manque de reconnaissance de la fonction de l'autre* ». Ce DS rajoute : « *On ne se reconnaît pas parce qu'on ne connaît pas les stratégies des uns et des autres* ».

. **Un partenariat contractuel** : F1 évoque l'éventualité d'une future gestion des centres de formation par le Conseil Général. Pour ce DS, « *il s'agit d'une réelle opportunité car la gestion se ferait sur une base contractuelle entre les deux parties, ce qui améliorerait les relations* ».

3.2 ANALYSE ET SYNTHÈSE AU REGARD DE LA PROBLÉMATIQUE

3.2.1 Rappel de la problématique

∞ En quoi les relations partenariales entre Directeur de Soins Gestion et Directeur de Soins Formation peuvent-elles influencer la formation par alternance des étudiants paramédicaux en stage ?

3.2.2 Des liens nécessaires inscrits dans les projets pour développer le partenariat et améliorer la coordination entre les centres de formation et les services

L'analyse du projet de soins de l'établissement F souligne fortement cette nécessité de coordonner. Il affirme : « *Afin de répondre aux besoins des établissements et d'anticiper sur les compétences requises par l'évolution des techniques, les différents partenaires intervenant dans la formation doivent développer des liens étroits et directs* ».

A) Des relations partenariales très formalisées, mais des contacts informels entre DSF et DSG sous-développés

Les éléments rapportés par les DS interviewés montrent la grande diversité des occasions et des situations de partenariat. Mais ces situations engagent plus particulièrement l'encadrement (cadres de service et formateurs). Les relations entre DSF et DSG sont moins fréquentes (conseil technique, commission du service de soins). Lorsque des contacts existent, la part d'informel dans ces relations est très peu développée. Pourtant les DS ont insisté sur la nécessité de bien connaître l'autre pour engager sur de bonnes bases un partenariat. Des problèmes de pouvoir et de personnes surgissent lorsque les relations sont détériorées. Certains DS estiment que les relations partenariales sont très personne-dépendantes et la qualité des relations pourrait s'améliorer par plus de convivialité.

B) Un écart théorie / pratique naturel et irréductible

Il est illusoire de rechercher la coïncidence absolue entre théorie et pratique, d'autant plus que cet écart est formateur. Il ne s'agit pas de rapprocher à tout prix les deux lieux de formation, mais au contraire d'admettre leur différence. Cependant, ce décalage ne doit pas être trop grand car il ne permettrait pas à l'étudiant de faire des liens. M. Fraty affirme : « *Il y a toujours un écart entre le travail prescrit et le travail réel. Cet écart est un gisement d'invention de la part des opérateurs. Il n'est pas une pathologie. C'est l'absence d'écart qui serait anormale* »⁴¹.

Ce décalage peut être appréhendé de manière *positive*. Plutôt que de se poser en termes de décalage l'éloignement, la non-conformité aux pratiques du terrain devrait ne pas relever d'une incohérence pédagogique mais plutôt d'une finalité pédagogique clairement affichée et nécessaire au processus de maturation de l'étudiant. Ce décalage doit être maîtrisé. Si la divergence devient trop forte, les injonctions paradoxales, si les normes, les valeurs, les projets n'ont rien de commun, le stagiaire perd ses repères. D'où l'intérêt de gérer ce décalage et d'établir des ponts, des régulations entre des deux lieux de formation.

En fin de compte, il s'agit de sortir de l'alternative binaire (on fait de la théorie en école et de la pratique en entreprise) dans laquelle l'alternance est trop souvent enfermée dans ses pratiques pédagogiques, pour entrer dans un entre-deux de communication et de compréhension qu'A. Geay nomme « *Ecole de l'Alternance* ». C'est donc reconnaître le décalage inévitable entre ce qui s'enseigne à l'école et ce qui s'apprend sur le terrain.

C) Le partenariat, le catalyseur de la collaboration terrain / centre de formation

Un des constats du projet de soins de l'établissement F est que par l'insuffisance de coordination, les stages perturbent l'organisation des soins et ne permettent pas d'effectuer un encadrement satisfaisant. L'objectif est d'améliorer la coordination des soins en développant le partenariat entre les acteurs de santé : connaître et reconnaître les différentes fonctions de chacun et les respecter ; clarifier les zones de chevauchement ; instaurer une complémentarité et faciliter la circulation des informations.

Le projet pédagogique de C3 précise que le partenariat induit les notions de respect, d'ouverture et d'échanges. Il est indispensable dans la formation et répond aux textes réglementaires et à la nécessité d'une collaboration étroite avec les différents professionnels. Il permet de faire prendre conscience de l'interdépendance et de la polyvalence de tous les champs dans le domaine de la santé.

⁴¹ M. Fraty, Le formateur en IFSI et les relations école-stage dans la formation infirmière. Objectifs soins, juin 97, n° 54, pp. 25-26

D) Un partenariat fondé sur des valeurs et des objectifs communs

Pour le projet de soins de F1, « *une collaboration et une coordination passent par un engagement dans une démarche fédératrice autour de valeurs communes* ». Ce projet de soins propose de réorganiser l'outil de formation initiale en créant une interactivité entre les services de soins et les centres de formation, ce qui nécessite un travail en commun tant sur l'organisation des pratiques professionnelles que sur l'organisation des étudiants en stage. Le projet de soins de l'établissement A se termine par la conclusion suivante : « *Le souhait de collaborer avec les autres composantes de l'institution dans le respect des spécificités et des complémentarités* ».

3.2.3 Des modalités de mise en œuvre d'un véritable partenariat

La construction d'un véritable partenariat repose sur l'implication des acteurs, la clarification de leurs attentes et la mise en place d'outils de suivi.

A) Définir le rôle des acteurs et clarifier leurs attentes

Les Directeurs de Soins interviewés ont fortement insisté sur les principes de base qui sont le fondement d'un réel partenariat : connaissance de l'autre et de ses fonctions, reconnaissance mutuelle, écoute... Il est indispensable d'avoir une bonne connaissance des rôles assumés par chacun et de leurs spécificités pour mieux les reconnaître et les respecter. C'est alors qu'il s'ensuit des complémentarités et les collaborations qui facilitent la construction de projets communs, la concertation et l'articulation des procédures et des situations.

A. Geay parle de « *partenariat fort à parité d'estime et en co-responsabilité* »⁴² qui doit mettre en place des contractualisations nécessaires entre les deux structures, avec l'engagement dans un projet commun où les rôles et les responsabilités de chacun sont clairement définis.

B) Elaborer des outils de suivi

L'enjeu de la cohérence passe par une conception du pilotage des dispositifs de formation qui intègre les acteurs respectifs du centre de formation, des services ainsi que les apprenants. La complexité des logiques à l'œuvre dans un dispositif d'alternance, fait de la qualité de son pilotage une exigence et la condition de sa réussite. Au-delà de la volonté et de l'implication collective des partenaires, la qualité du partenariat mis en œuvre va dépendre des outils de suivi utilisés dans le cadre du pilotage du dispositif. Mais si un certain degré de standardisation est nécessaire dans l'organisation du travail, il convient de préserver la part d'autonomie qui permet aux acteurs de faire face à la variété et à la variabilité des situations.

C) Construire le partenariat ensemble

Le partenariat permet la construction d'un parcours de formation. Son objectif est de développer de nouvelles coopérations ; de produire collectivement et de réaliser

⁴² A. Geay. *L'école de l'alternance*. Paris : Harmattan, 1998. p. 58

l'enseignement en complémentarité afin de le rendre cohérent ; de déterminer les principes et l'organisation de l'alternance de la formation.

P. Pelpel affirme que « *Pour travailler ensemble, il est nécessaire d'évoluer vers des modes de travail collectifs et se concerter localement pour définir des stratégies et adopter des modes de fonctionnement* »⁴³.

Zarifian (1994) à travers son concept de "*l'éthique de la générosité*", plaide pour un « *agir ensemble* » pour une version riche de la coopération définie par une compréhension réciproque et des accords solides sur : la nature des problèmes à traiter et de savoirs à développer ; l'identité des objectifs et donc le processus de leur définition et le sens donné aux actions et donc les valeurs qui les fondent.

Finalement, le partenariat ne consiste pas seulement à répartir l'enseignement sur des séquences d'apprentissages. Il ne s'improvise pas mais s'élabore de façon négociée dès l'amont de la formation. L'existence de supports de liaisons formalisés ne peut suffire à la réalisation d'un partenariat "réel" si les volontés de coopérer et d'échanger n'existent pas. Le partenariat dépend avant tout d'un facteur humain ce qui en fait sa fragilité et qui rend sa réalisation plus ou moins constante.

3.2.4 La place centrale de l'étudiant stagiaire dans la formation en alternance

. **L'étudiant acteur de sa formation** : Pour le projet pédagogique F2, l'étudiant est vraiment acteur de sa formation en fonction de son projet professionnel. Il sollicite un entretien avec le cadre avant le stage pour présenter ses propres objectifs, participe à l'évaluation mi-stage. Les stages sont effectués en alternance avec le temps d'enseignement théorique. Cette organisation donne aux établissements un rôle de "médiateur" entre les lieux de stage et l'école. Les étudiants portent alors un regard neuf et interrogateur sur le terrain ce qui constitue pour celui-ci un élément de progrès. Inversement, les stagiaires apportent à l'institut des questions concrètes qui obligent à intégrer dans l'enseignement les contraintes réelles issues du terrain.

Pour Roland Fonteneau⁴⁴, une pratique consiste à appliquer "*une stratégie globale et interactive*". Dans ce cas, elle place le stagiaire au centre du dispositif et organise autour de lui des logiques de formation en tenant compte de ses logiques d'apprentissages. Ce schéma fait appel à une relation importante entre les acteurs ainsi qu'à une organisation des phases de l'alternance en collaboration entre tuteurs, formateurs et stagiaires. Pour M. Parlier, « *La place de l'individu doit être restaurée car la formation n'a de sens que si elle n'a pas d'abord du sens pour lui et si elle n'est pas puissamment articulée avec ses activités de travail* »⁴⁵.

⁴³ P. Pelpel, *Se former pour enseigner*. Paris : Dunod, 1998, p. 158

⁴⁴ R. Fonteneau, *L'alternance partenariale*. Education Permanente, février 1993, n°115, p. 82

⁴⁵ M. Parlier, *Formation : Faire face à la complexité*. Revue Personnel, juin 2003, n°440, p. 19

. **Projets de soins et projets pédagogiques, des finalités différentes mais un objectif final commun** : De façon globale, il ressort des analyses que les projets de soins sont plutôt centrés sur la personne soignée et sur les professionnels, alors que les projets pédagogiques sont plus centrés sur les étudiants et sur la volonté de former les futurs professionnels. Mais nous retrouvons un objectif final fédérateur : « *Améliorer la qualité de la prise en charge des patients* ». Dans les projets pédagogiques, l'étudiant est un partenaire à part entière dans la formation par alternance ; ceci est moins notoire dans les projets de soins.

. **Un contrat de formation** : Le projet pédagogique C3 souligne que l'articulation entre le projet professionnel de l'étudiant et les projets de soins et pédagogique se formalise par un contrat de formation. « *Ce contrat est un engagement réciproque qui repose sur les notions fondamentales de respect et de confiance mutuelle* ». Au-delà de ce cadre, il existe un espace de négociation qui se concrétise par des espaces collectifs et individuels.

3.2.5 L'accueil et l'encadrement de l'étudiant en stage : axe majeur du projet de soins

Le projet de soins L1 en fait un axe prioritaire. Il se décline en quatre objectifs principaux :

- 1 - Proposer des objectifs pédagogiques à atteindre en fonction des stagiaires accueillis ;
- 2 - Proposer des référentiels par service avec un support d'information pour les stagiaires ;
- 3 - Mettre en place des critères d'évolution des stagiaires avec des réajustements possibles ;
- 4- Standardiser et formaliser les processus d'accueil et d'encadrement de l'établissement en développant le partenariat avec les instituts de formation afin de développer leur intégration.

Tous ces objectifs amènent à l'élaboration et à la mise à jour d'un classeur de présentation des lieux de stage de l'établissement à l'intention des centres de formation.

Nous nous inspirerons de cet outil dans la prochaine partie de notre recherche.

3.3 PERSPECTIVES ET PROPOSITIONS D'ACTIONS

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

3.3.1 Objectifs attendus d'un réel partenariat DSF / DSG

A) Les principes fondateurs des relations partenariales

Les fondements d'un véritable partenariat sont de plusieurs ordres :

. **La volonté de faire un partenariat** : Le partenariat implique un réel engagement de la part des acteurs. Il s'inscrit dans une démarche de rapprochement volontariste des protagonistes autour d'objectifs communs.

. **La reconnaissance mutuelle** : Le partenariat suppose d'abord *la reconnaissance de l'autre* ce qui permet la recherche d'une plate-forme commune où chacun peut apporter sa spécificité. Construire un partenariat est tout le contraire du consensus mou. Il y a du conflit, de la polémique dans cette mise à plat des différences et des intérêts divergents ; ces derniers sont alors perçus comme une chance d'enrichissement.

. **La reconnaissance des identités professionnelles** : La question des identités professionnelles est au cœur du problème. La solution passe de manière incontournable par une définition claire de ces identités, des méthodes professionnelles spécifiques et des limites respectives. Il s'agit en somme de faire travailler ensemble les partenaires à partir de connaissances et d'approches professionnelles ou catégorielles différentes, mais aussi autour de problèmes ou d'enjeux communs, chacun reconnaissant des domaines de compétences professionnelles propres. Il ne faut pas opposer les métiers. Au contraire, « *il faut connaître et reconnaître ce que l'autre fait. Il ne faut pas confondre identité et corporatisme : on peut affirmer son identité professionnelle en partageant avec l'autre* »⁴⁶.

. **Le respect et la confiance** : L'action collective et concertée porte sur une question essentielle, celle de la confiance qui s'établit entre acteurs pour permettre une « *compréhension collective et mutuelle* » sur laquelle va se construire la consensualité. C'est par le dialogue que peut se construire cette confiance mutuelle. Il autorise le développement naturel de ce climat de coopération et d'ouverture aux autres.

. **L'articulation entre Projet de soins et Projet pédagogique** : Projet de soins et Projet pédagogique doivent trouver une articulation qui donne 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 projets sont dans l'obligation de coexister avec d'autres projets avec une attention particulière aux frontières communes et zone d'interférence. Comme l'affirme J-P. Boutinet : « *Interférence et emboîtement se feront par la négociation qui donnera l'occasion d'infléchir, de corriger, de modifier certaines des perspectives choisies, pour les rendre compatibles avec les impératifs des autres projets* »⁴⁷.

B) Développer la communication pour améliorer la prise en charge de l'étudiant en stage

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

⁴⁶ F. Duménil-Guillaudeau. *L'alternance et la transversalité au cœur du métier*. Objectif soins, février 1999, n°72, p. 31

⁴⁷ J-P. Boutinet, *Anthropologie du projet*. Paris : Presses Universitaires de France, 2001. p. 209

comprendre ce n'est pas seulement connaître le métier de l'autre, c'est assurer *un respect mutuel*. Mais c'est aussi tenir compte du point de vue de l'autre, et donc adopter une attitude sociale « *modeste et attentive* » à l'autre sans pour autant abandonner ses convictions.

. **Un travail de proximité** : Pour établir un partenariat efficace, le DSG a une grande part de responsabilité dans la communication sur les projets de soins et pédagogiques, les outils et les programmes de formation. Ils offrent des opportunités pour présenter les projets de chaque institution. La convivialité facilite grandement la communication entre les partenaires et engendre une confiance mutuelle. Pour **R. Fonteneau** : « *Un partenariat qui fonctionne bien, produit souvent de la convivialité entre les acteurs partenaires ce qui constitue un ciment parfois déterminant lorsque les difficultés apparaissent* »⁴⁸.

Par une présence effective et intentionnelle sur les terrains de stage, le DSG s'investit dans un travail de proximité et d'accompagnement avec l'encadrement. Son engagement facilite grandement les relations interpersonnelles, établit un climat de confiance, de solidarité et suscite une appartenance à un collectif soignant paramédical.

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

C) Se former ensemble

Un des défis de notre prochaine prise de fonction est d'arriver à reproduire sur le terrain l'esprit fédérateur impulsé par la formation à l'ENSP en vue d'organiser une responsabilité partagée. En effet, l'*inter-professionnalité* favorise pour la première fois la rencontre à l'ENSP de plusieurs métiers de base de l'hôpital (infirmier, technicien en analyse biomédicale, manipulateur en électroradiologie médicale et masseur-kinésithérapeute) Ceci permet de confronter des sensibilités, des logiques et des cultures professionnelles différentes. Néanmoins, nos fonctions d'encadrement ou de formation nous ont déjà rapprochés ce qui facilite une compréhension et un respect mutuels évitant toute réaction corporatiste.

L'*inter-fonctionnalité* réunit pour la première fois en formation à l'ENSP des directeurs de soins fonction gestion et fonction formation. Jusqu'alors, les infirmières générales se formaient à Rennes, alors que les directeurs d'écoles paramédicales bénéficiaient d'une formation d'adaptation à l'emploi en alternance. **Se former ensemble** doit inciter à la construction de projets communs entre instituts de formation des différents métiers paramédicaux et permettre un partage de ressources, mais aussi casser les logiques de repli professionnel. Impulser un partenariat fort entre instituts de formation et établissements de santé devient incontournable dans les années à venir.

⁴⁸ R. Fonteneau, *Partenariat interne et qualité de soins*, Revue Soins Formation Pédagogie Encadrement, n°18, 2^{ème} trimestre 1996, p. 5-10

3.3.2 Une approche qualitative des formations en alternance

L'approche qualitative considère l'alternance comme un système ouvert et dynamisé par l'action et l'interaction des individus intervenant dans la formation qui place la personne en formation au cœur de l'apprentissage. La qualité de la formation des stagiaires est le résultat d'une bonne organisation des stages et repose sur un travail permanent de concertation et une collaboration entre institut et service.

A) Vers une alternance de qualité

Nous avons montré que l'alternance dans les formations paramédicales est devenue une nécessité incontournable. Cependant, le développement d'une alternance de qualité ne pourra être pertinent et durable qu'après un examen attentif des conceptions et des pratiques, mais aussi après la mise en œuvre de propositions innovantes. La qualité de l'alternance ne se décrète pas a priori et elle n'est pas transmissible selon des modèles prescrits. Il n'existe pas un modèle de la qualité mais des cohésions qualitatives spécifiques à chaque mode de formation par alternance, dans des environnements et autour d'enjeux variables.

B) La qualité dans les formations par alternance : à la recherche de clés d'entrée dynamiques

Nous proposons de dégager des clés d'entrée pour comprendre et aborder une alternance de qualité. Chaque clé impulse une réelle dynamique de changement et se décline en leviers d'actions sur lesquels le DSG peut agir pour construire la qualité de l'alternance :

⇒ CLÉ N°1 : La mobilisation des partenaires autour d'un projet fédérateur

- ♦ **Un projet fondé sur des valeurs** : Tout projet est ancré dans des valeurs directrices qui sous-tendent les actions entreprises et conduites autour de l'alternance.
- ♦ **Un projet négocié** : La mobilisation se traduit par des intentions ou des objectifs à atteindre qui sont négociés. Ces intentions et/ou objectifs, même s'ils sont différents pour chacun des partenaires, sont négociés autant que possible et si chacun garde son identité. C'est l'élaboration conjointe du projet qui garantit durablement la communauté de travail et l'engagement des partenaires. La négociation est un fait générique des relations et des arrangements humains. Aussi, les acteurs ont des logiques contradictoires, assorties d'un langage et d'une idéologie propres, exigeant une première négociation sur le sens des mots.
- ♦ **Des compétences mobilisées spécifiques autour de l'ingénierie de projet** : Le projet fédérateur est souvent initié par une personne dont l'autorité et les compétences sont reconnues et partagées. Cette personne développe des actions d'écoute, de mise en relation, de négociation, de mobilisation nécessaire pour lancer des processus d'innovation. Le DSG peut tenir le rôle déterminant de "porteur du projet" qui fédère l'ensemble des partenaires. Les processus nécessaires à l'innovation dépendent de sa personnalité et de ses attitudes positives. Au-delà de cette dynamique individuelle, c'est l'engagement d'un groupe porteur autour des valeurs et des actions développées qui assure le développement de l'alternance.

⇒ CLÉ N°2 : La négociation et la mise en place d'1 organisation structurant l'alternance

- ♦ **La prise en compte des interactions et des tensions entre des logiques contradictoires** : Des tensions sont visibles entre deux logiques (logique d'apprentissage des services / logique d'enseignement des centres de formation). Pour diminuer ces tensions, il est nécessaire de rechercher l'équilibration et la négociation entre les deux espaces de formation. En effet, l'équilibration conduit à un modèle émergent à l'interface des deux logiques qu'il est difficile de développer et de maintenir. C'est pourtant à ce niveau que la qualité risque d'émerger : gérer les tensions entre des logiques contradictoires et les rendre compatibles, tel est un des enjeux principaux de l'alternance.
- ♦ **La mise en œuvre d'une ingénierie de projet et d'actions en partenariat** : Cette organisation relève d'une ingénierie de projet partenarial pour la réussite du système d'alternance et de recherche d'adéquation avec les objectifs des actions de formation. Sans nier les identités, le DSG respecte les compétences de chacun, mais il sait surtout créer les conditions de coopération nécessaires à l'alternance.

⇒ CLÉ N°3 : Les instances de régulation et de construction de l'alternance

- ♦ **Des instances de concertation et de régulation de l'alternance** (comités de pilotage, de suivi, d'évaluation...) : Toute action de formation nécessite d'être à la fois pensée collectivement (concertation) et modulée (régulation). Nous considérons qu'il est important pour les responsables et les acteurs de formation de se donner des instances communes qui permettent d'échanger sur la manière dont la relation s'organise entre les deux lieux d'apprentissage. Ces instances peuvent concerner la politique de formation, mais aussi l'organisation, la pédagogie et l'évolution de l'alternance. Le développement et la bonne gestion de l'alternance dépendent en partie de la capacité des acteurs de se doter de telles instances et d'outils communs de gestion.

Ces instances de concertation sont les canaux relationnels qui permettent de se retrouver et d'envisager la formation en terme de responsabilité partagée. La manière dont ces instances vivent est significative du désir de communiquer. On peut les rendre purement formelles et les limiter au cadre prescrit. On peut aussi les rendre vivantes et permettre véritablement l'échange. Elles permettent de se connaître et de travailler autour d'un objet commun : l'étudiant en formation...

- ♦ **Des outils à construire, souples, adaptés aux acteurs et aux situations** : Ces instances et les règles qu'elles abordent font l'objet de l'élaboration de documents (charte, protocoles, cahier des charges...) qui engagent les parties dans le pilotage et le suivi de l'action. La formalisation de l'engagement des partenaires dans l'élaboration et l'accompagnement dans la formation apporte paradoxalement une garantie à cette souplesse, mais peut présenter

aussi le risque de figer les rapports. La qualité réside alors davantage dans les attitudes que dans l'utilisation stricte des instruments néanmoins nécessaires.

La qualité de l'alternance réside dans les capacités à concevoir des modèles complexes qui passent par des démarches et des outils simples faisant appel aux intelligences plutôt qu'à des outils compliqués et trop sophistiqués. Pour J. Schneider, « *il n'y a pas un modèle de l'alternance applicable comme une recette. Cependant, il existe des démarches communes et des outils que chacun devra adapter dans le contexte qui lui est propre* »⁴⁹.

⇒ CLÉ N°4 : L'alternance et l'accompagnement

♦ Si l'accompagnement des étudiants est fondé sur une coopération entre les acteurs et si chacun peut réguler ses pratiques en les partageant avec l'autre, alors les productions pédagogiques y gagnent qualitativement. De nouvelles fonctions formatrices et d'accompagnement se développent comme par exemple l'accompagnateur-référent :

♦ **L'accompagnateur-référent** : Cette fonction est essentielle dans la gestion de l'alternance car elle est l'interface entre deux mondes qui ont peu d'occasions de coopérer. Il peut contribuer au dépassement des classiques oppositions théorie / pratique en les surpassant par des conceptions où la formation est la résultante des interactions entre des lieux et des logiques parfois contradictoires. Pour être pertinente, cette fonction formative et délicate de gestion d'un processus participatif pourrait être négociée, reconnue et valorisée.

⇒ CLÉ N°5 : Les effets induits : prise en compte des retours d'expériences

L'évaluation des changements produits sur les acteurs et leur environnement est une clé fondamentale de compréhension mais aussi d'amélioration du système alternance.

♦ **Des remises en question** : L'alternance remet continuellement en question les modes de formation. Elle incite à la recomposition et à l'innovation en matière de pédagogie : partir de l'expérience des apprenants, accorder de la valeur aux savoirs d'action, ne pas évaluer que les savoirs.

. Elle suscite des relations renouvelées entre les acteurs de l'alternance et incite à l'écoute, à la connaissance de l'autre monde non sans crainte et sans réticence, mais avec succès quand les attitudes prises restent ouvertes et quand les décisions sont négociées.

. Elle encourage à développer des actions nouvelles entre organisations qui reconnaissent qu'elles gagnent à coopérer. Sans renier ses propres intérêts, nous pouvons les dépasser dans l'intérêt des apprenants et dans celui des organisations qui s'engagent dans l'alternance.

⁴⁹ J. Schneider, Réussir la formation en alternance, INSEP Editions, 1999. p. 29

♦ Les gains de l'alternance :

. Ces gains qualitatifs sont de plusieurs ordres. L'alternance aide l'école, l'entreprise et les acteurs à se renouveler, à se transformer. Elle réconcilie l'enseignement et la pratique du terrain. Elle contribue au développement et à la mise en place d'organisations apprenantes et qualifiantes aussi bien dans le centre de formation que dans les services hospitaliers.

. Enfin, elle aide les acteurs et les organisations à dépasser les clivages idéologiques, les jugements préconçus ou tout simplement l'ignorance, par manque d'une réelle connaissance des autres pour n'avoir jamais agi ensemble, ni coopéré à un quelconque projet commun. En respectant les idées et les identités, elle peut largement contribuer à un maillage, voire un métissage des intérêts de tous. Ceux-ci, trop souvent enclins à s'exclure mutuellement, pourraient avec l'alternance offrir des occasions pour aller vers plus de conciliation.

➔ En définitive

Cette modélisation de l'alternance à partir des clés d'entrée évoquées ci-dessus permet de mieux appréhender la qualité de l'alternance dans les formations et sert d'indicateurs pour l'évaluer. Cette qualité est à construire et à entretenir. Elle ne peut pas être totalement imposée aux acteurs ; il convient de la susciter, de la générer... La prise en compte d'une ou plusieurs de ces clés permet à la formation de gagner en qualité. Pour autant, il ne s'agit pas pour les acteurs impliqués de renier leur identité mais d'apprendre à coopérer avec d'autres mondes en respectant les logiques de chacun.

C) Place du DSG dans la conception d'une formation en alternance de qualité

Les conceptions et les pratiques de l'alternance sont évolutives et toujours en reconstruction afin de garantir la pertinence des actions face à la diversité et à la singularité des situations dans des environnements changeants. Aussi, le DSG s'engage pour construire une alternance de qualité en actionnant un ou plusieurs des "leviers" décrits précédemment grâce auxquels des gains conséquents sont attendus. Ces clés transversales mobilisées sous des formes différentes, selon les situations et les contextes, sont en interaction et constituent une trame sur laquelle le DSG peut s'appuyer pour concevoir une formation en alternance.

La qualité de l'alternance réside dans les capacités à concevoir et à réguler des organisations complexes, c'est-à-dire à innover. Mais l'innovation ne se fait pas sans prise de risques même relative des Directeurs des Soins Gestion...

Finalement, la qualité de la formation repose avant tout sur les acteurs et les relations qu'ils entretiennent. Ils conçoivent et développent des organisations singulières, souples et adaptées qui laissent place aux initiatives. La réussite d'une formation suppose une articulation entre les projets pédagogique, de soins et de l'étudiant. La notion de *co-investissement* implique par conséquent la négociation entre les deux partenaires des conditions de réalisation du projet de formation dans la mesure où seule la négociation, parfois conflictuelle, est la garantie de l'engagement des deux partenaires dans la formation.

3.3.3 Vers un projet d'encadrement et d'accueil des stagiaires uniformisé et flexible

Les stages constituent au sein de la formation un temps d'apprentissage privilégié d'une pratique professionnelle. Ils représentent près de 50% du programme des études des professions paramédicales. Afin que ce stage devienne réellement un temps de formation, il nous est apparu indispensable de réfléchir à l'élaboration d'un projet d'encadrement.

A) Mener une politique d'encadrement des étudiants en stage

. **Problématique** : Les services travaillent de façon isolée sur leurs outils d'encadrement et restent très spécifiques d'un service à un autre. Il n'existe pas de politique générale sur l'ensemble de l'établissement cohérente (trop de façons de faire sur un même établissement). Certains lieux de stage élaborent leurs propres moyens pour évaluer la progression de l'étudiant, mais ce n'est pas toujours fait en lien avec l'institut de formation. Ce travail individuel des terrains de stage montre un manque de concertation et de véritable partenariat.

. **L'encadrement** : Avant de présenter les différentes interfaces retenues sur lesquelles le DSG a une influence majeure, il nous paraît important de préciser ce que nous entendons par démarche d'encadrement. Par définition, c'est « une *action pédagogique visant à organiser un stage, à diriger et à accompagner un stagiaire, afin d'assurer au mieux l'apprentissage de sa fonction future* »⁵⁰. Il existe une grande polysémie des termes rencontrés concernant encadrement, accompagnement. Cependant, nous définissons l'encadrement des étudiants en stage par leur prise en charge comprenant l'accueil et le suivi du stagiaire. Le terme d'encadrement est légitimé dans les professions paramédicales puisqu'il est explicitement inscrit dans les décrets professionnels et constitue un axe fort du projet de soins.

. **Conditions de réalisation** : Tout d'abord, il est nécessaire d'arrêter les règles de fonctionnement communes et les principes de l'organisation de la formation en alternance. Il faut clarifier : les finalités du partenariat, les principes communs connus et acceptés de tous, un programme d'actions en référence aux objectifs fixés, la place respective des cadres soignants et des cadres formateurs dans les deux lieux de formation, des lieux de rencontres permettant des échanges réguliers sur le déroulement de l'action de formation. En lien étroit avec le projet pédagogique de l'institut, des objectifs doivent être déterminés, ainsi que des modalités d'apprentissage.

B) Le projet global d'encadrement des stagiaires ... une affaire de directeur des soins

. **Finalités** : Le DSG impulse une dynamique dans la politique d'encadrement menée dans l'établissement et inscrite dans le projet de soins. C'est ainsi qu'il incite et contribue à l'élaboration d'une trame commune standard de projet d'encadrement pour l'ensemble des services. Cependant, cette ébauche de trame laisse la possibilité à chaque service de la

⁵⁰ Dictionnaire des soins infirmiers, Lyon, AMIEC, 1995, p. 61

personnaliser en fonction de ses contraintes et de ses spécificités. Le projet global d'encadrement est l'assise, la fondation de chaque projet d'encadrement qui apporte une certaine cohérence et uniformisation de l'accueil des étudiants en stage.

. **Caractéristiques** : Ce projet se conçoit en équipe (encadrement, acteurs paramédicaux de terrain, formateurs, médecins). Il est modulable selon l'année de formation, les objectifs et les rythmes d'apprentissage. Il se traduit par un document écrit communiqué aux différents partenaires de la formation. Il est évolutif lorsque se produit un événement entraînant une modification de la formation, de l'organisation d'un stage ou des objectifs de stage.

. **Elaboration de la trame commune du projet d'encadrement** : Cette démarche est impulsée par le Directeur des Soins Gestion. Nous proposons la trame suivante :

Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> . Harmoniser les pratiques d'encadrement des stagiaires en stage . Elaborer une trame commune de projet d'encadrement
Animateurs	. Directeur des soins gestion et cadres supérieurs de santé
Participants	. Catégories représentées : Directeur des Soins Formation, cadres d'unités et d'institut, paramédicaux, médecins, étudiants en fin d'études. 10 à 12 membres.
Actions	<ul style="list-style-type: none"> . Bilan de l'existant : analyse de contenu des projets d'encadrement existants ; place de la formation dans les stages ; méthodes d'évaluation . Entretiens auprès d'un échantillon de professionnels pour recueillir leurs positions concernant la formation (attentes, ressources, difficultés) . Elaboration d'un projet d'encadrement "type" commun à chaque service mais suffisamment souple tenir compte des spécificités

. **Les facteurs favorisant sa diffusion et sa généralisation** : L'information et la sensibilisation sont les préalables qui conditionnent la réussite et l'appropriation du projet. Il est présenté au Directeur de l'établissement, aux instances (Commission de soins, CME, CTE) et à l'encadrement, relais majeur du projet. Un support informatique est le garant de l'uniformité des projets d'encadrement. Le DSG transmet l'outil à l'ensemble des cadres et cadres supérieurs de santé. Enfin, le DSG peut soutenir les équipes dans leur démarche et leur apporter une méthodologie pour les aider à construire leur projet d'encadrement.

C) Le projet d'encadrement des unités ... la continuité du projet global d'encadrement

. **Objectifs** : Elaboré au sein de chaque service, le projet d'encadrement engage le personnel des terrains de stage et le responsabilise. Afin de renforcer et de légitimer sa place dans l'organisation du service, il peut être l'objet d'un thème de travail pour le conseil de service. Cette relation se fonde sur le dialogue, la concertation et la négociation entre tous les partenaires. Il permet à l'étudiant de faire du lieu de stage un lieu de formation à part entière où il évolue et progresse.

. **Contenu** : Le projet d'encadrement s'appuie sur des items incontournables repris lors de l'élaboration d'une trame commune. Ce support offre un cadre reproductible sur l'ensemble de l'hôpital. C'est à partir de cet outil que les services accommodent et structurent leur propre projet à partir des items classés dans le tableau de la page suivante :

PROTOCOLE D'ACCUEIL ET D'ENCADREMENT DES STAGIAIRES DANS LE SERVICE X		
I	Présentation de l'établissement	. Présentation générale, historique, missions, plan de l'hôpital, moyens d'accès
II	Présentation du service	. Projet de service (objectifs et moyens), profil du service (indicateurs d'activité), présentation et constitution de l'équipe, organigramme hiérarchique et fonctionnel, organisation et fonctionnement interne (roulement, horaires, effectifs, outils de soins, rythmes de travail)
III	Bases conceptuelles en lien avec l'encadrement	. Textes législatifs auxquels se réfère l'équipe . Conception des soins et actes : valeurs, références . Conception des professionnels : le soignant, le stagiaire, le référent . Conception de l'encadrement et de l'apprentissage
IV	Procédure d'encadrement	. Préparation du stage : 1 ^{er} contact (RV avec le cadre, présentation du service et des objectifs de chacun) ; 1 ^{er} jour de stage ; déroulement . Objectifs de stage (objectifs généraux et spécifiques) . Modes d'accompagnement du stagiaire : référent (individuel ou collectif) ; supports du déroulement de l'encadrement (documents mis en place pour noter le suivi de stage et la progression de l'étudiant, planification des tâches et des soins) . Modes d'évaluation : processus d'évaluation (conceptions du service en matière d'évaluation, modes d'évaluation, bilan mi-stage, évaluation finale, grille de critères, fiches d'évaluation)
V	Evaluation	. Outil d'évaluation de l'encadrement pour l'étudiant et le personnel
VI	Protocoles et procédures du service	. Présentation des protocoles, des procédures et des fiches techniques . Présentation des activités médicales et des patients traités : population accueillie, modalités de traitement . Modalités de formation et informations propres au service : cours, documentations, ...

D) La place du DSG dans l'évaluation de l'encadrement des stagiaires

. Le DSG s'implique dans une politique d'encadrement des étudiants. Il s'assure de la qualité de l'encadrement dans l'ensemble des services de l'établissement. A cette fin, il élabore une grille d'évaluation de la qualité de l'encadrement des étudiants en stage. Ce questionnaire est commun à tous les services afin de recueillir et d'exploiter les données. Il s'appuie sur des critères simples à évaluer et pertinents :

Thème :	. Accueil et encadrement des étudiants en stage
Objectif :	. Connaître les satisfactions et les difficultés rencontrées par l'étudiant afin d'optimiser l'encadrement
Modalités :	. Un questionnaire adressé avec 3 sources d'information : cadres, paramédicaux, étudiants
Critères d'évaluation :	. Elaborés par un groupe de soignants et formateurs (accueil et présentation du service, qualité de l'encadrement, intégration, objectifs de stage, évaluations)

. Le projet d'encadrement met en relation de partenariat les soignants du terrain de stage, les formateurs et l'étudiant. Le DSG est le superviseur du projet et la personne ressource en cas de difficulté, tout en laissant de l'autonomie aux équipes. Il laisse vivre cet encadrement, l'évalue et le fait évoluer en fonction des ressources humaines et des innovations. Le terrain

de stage n'apparaît plus alors comme seulement un lieu d'application d'un enseignement théorique, mais comme un lieu de confrontation et de complémentarité entre son projet individuel, le projet d'encadrement du service et le projet pédagogique de l'institut.

La qualité de l'encadrement des élèves en stage est subordonnée à l'engagement des personnels et à une réelle implication des cadres. Le DSG chemine avec les équipes afin que la démobilisation ne s'installe pas et que les équipes s'approprient le projet.

3.3.4 Le répertoire des lieux de stage

Les investigations menées dans l'établissement L ont permis d'appréhender un outil qui répertorie l'ensemble des offres de stages à partir d'un modèle de fiches commun à l'ensemble des services. Nous nous inspirerons de cette démarche pour décrire les principes d'élaboration d'un répertoire des lieux de stage.

A) Finalité

L'amélioration de l'accueil et de l'information des étudiants en stage est au cœur des préoccupations du Directeur des Soins Gestion. Les offres de stage favorisent l'intégration du stagiaire et préparent à sa venue dans l'établissement de santé. Collectée sous forme de répertoire, les offres de stage sont adressées aux centres de formation.

Au cours des entretiens, un des DSF nous décrit l'offre de stage : *« C'est un outil élaboré au niveau des terrains de stage, en concertation avec l'école. Il est mis à la disposition des étudiants pour programmer leurs stages. Il est revu chaque année parce que les disponibilités des lieux de stage évoluent »* (F2).

B) Structuration du répertoire

Ce répertoire est composé de deux supports de documents :

. **Le classeur d'offre de stage** : Dans une première partie, le répertoire débute par une présentation de l'ES qui rappelle les missions, les objectifs, l'organisation, l'historique, le mode d'administration, des chiffres-clés ainsi que le plan de situation. Dans une seconde partie, tous les terrains de stage sont répertoriés par établissement et par discipline médicale. Chaque offre de stage est déclinée sous forme d'une fiche commune "type" structurée.

. **Les procédures** : Ce classeur contient les procédures concernant l'accueil et l'encadrement des étudiants en stage. Une première est la liste des centres de formation de la région demandeurs de stages. Les trois autres sont synthétisées dans le tableau de la page suivante :

	Procédures d'accueil et d'encadrement des stagiaires		
	Procédure générale A	Procédure spécifique B	Procédure spécifique C
1 - Objet	. Décrire les grandes lignes du processus d'accueil et encadrement des stagiaires.	. Présente les dispositions à prendre par le service ou l'unité avant et lors de l'arrivée du stagiaire.	. Aide les référents et les étudiants dans l'accompagnement, la formation et l'évaluation de stage.
2 - Principe	. Harmoniser les procédures sur l'ensemble de l'ES.	. Planifier et organiser le temps d'accueil. . Remettre les documents utiles à l'intégration.	. Harmoniser les processus d'encadrement stagiaires sur tout l'ES.
3 - Domaines d'application	. Pour l'accueil de tous les stagiaires accueillis.	. Pour l'accueil de tous les stagiaires accueillis.	. Au cours du stage dans l'unité.
4 - Autorités / Responsabilités	. DSG de l'application de cette politique dans l'ES. . Cadre soignant du déroulement du stage. . Centre de formation de gérer évaluations, bilans.	. Cadre soignant a autorité pour l'organisation et le bon déroulement du stage.	. Cadre soignant a autorité pour choix du référent et du secteur. . Référent responsabilité du déroulement et suivi.
5 - Processus d'accueil sur le lieu de stage		. Informations, entretien avec le stagiaire, visite des lieux, modalités pratiques.	. Modalités pratiques, bilan mi-stage, bilan de fin de stage.

C) Rôle du DSG dans son élaboration et sa réactualisation

Il remet à jour chaque année le classeur « répertoire des lieux de stage ». Il propose deux modes de support du classeur : une version papier sous forme de classeur avec intercalaires ou une version CD-ROM pour un meilleur confort de consultation. Il diffuse nominativement à tous les cadres les procédures d'accueil et d'encadrement.

Pour le DSG, l'élaboration des offres de stage permet de recenser les terrains de stage et d'évaluer le nombre d'étudiants que chaque unité peut accueillir au regard de la formation suivie et du niveau d'encadrement requis. A travers le projet d'encadrement, le DSG impulse une dynamique dans la prise en charge des étudiants en stage dans le centre hospitalier, en synergie avec l'ensemble des partenaires. Il est conscient que ce projet, "anticipateur" de l'avenir", n'est pas une démarche figée définitive mais progressive qui doit évoluer.

3.3.5 Autres pistes d'actions

Les propositions suivantes pourraient servir de prolongement à notre thème de recherche.

A) Uniformiser et harmoniser les outils liés à l'encadrement de l'étudiant

L'intégration des étudiants en stage est facilitée en élaborant en commun des outils et des trames identiques pour l'ensemble de l'établissement tout en laissant la possibilité à chacun de les personnaliser en fonction de leurs spécificités. Un des objectifs du projet de soins de F1 est « *d'harmoniser les guides d'apprentissage, les protocoles et les pratiques professionnelles entre les unités de soins et les instituts, ainsi que d'élaborer des règles communes relatives à l'encadrement* ». L'objectif est de limiter les contraintes organisationnelles pour les étudiants qui changent périodiquement de terrain de stage. Les multiples stages nécessitent à chaque fois un temps d'adaptation au détriment de l'apprentissage et des compétences à acquérir.

B) Formaliser le partenariat par une charte

Elle permet de contractualiser l'encadrement du stagiaire entre le centre de formation, le service et l'étudiant. Cet engagement tripartite négocié détermine les droits mais aussi les obligations de chacun. L'encadrement comprend trois étapes : l'accueil, l'organisation et l'encadrement du stage, l'évaluation. Le tableau ci-dessous propose une trame de charte :

I - Accueil	II - Organisation et encadrement du stage	III - Evaluation
<p>⇒ <u>Déroulement en deux temps</u></p> <p>. Avant le début de stage, par le cadre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - prise de RV par l'étudiant - présentation des objectifs - présentation du service <p>. Le premier jour de stage, par l'équipe :</p> <ul style="list-style-type: none"> - présentation des activités - présentation de l'organisation - modalités pratiques du stage 	<p>⇒ <u>Déroulement en deux temps</u></p> <p>. Temps d'observation et de connaissance réciproque entre soignants et étudiant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - questionnements - prise de repères <p>. Temps de réalisation fonction :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des objectifs institutionnels - des objectifs personnels - des possibilités du service 	<p>⇒ <u>Déroulement en deux temps</u></p> <p>. Une mise au point : le bilan mi-stage :</p> <ul style="list-style-type: none"> - entre l'étudiant et l'équipe - dans une optique d'amélioration <p>. Evaluation de fin de stage :</p> <ul style="list-style-type: none"> - par ceux qui encadrent l'étudiant - communication et discussion des appréciations avec l'étudiant

Cette charte est rédigée par un groupe constitué de soignants, de formateurs et d'étudiants. Elle est envoyée à tous les services. Pour mener à bien cette démarche, une collaboration étroite entre les équipes de soins et les instituts s'avère indispensable pour échanger des informations et définir : les objectifs et la finalité de la formation ; les rôles et engagements de chacun ; les modalités de fonctionnement qui feront vivre ces engagements.

C) Le cadre formateur référent ... vers un référent pédagogique sur les terrains

Les griefs adressés aux formateurs portent sur l'éloignement par rapport à la réalité du terrain, avec pour conséquence de transmettre des connaissances inadaptées et de limiter les relations avec les équipes soignantes. Aussi, sa position en stage est peu confortable.

. Nommer des référents formateurs par secteurs de stage : Chaque cadre formateur prend un certain nombre de terrains de stage en référence pour permettre de mieux intégrer les instituts dans les services (les services peuvent mettre un visage au formateur et l'identifier). Par conséquent, l'institut devient membre à part entière des équipes de soins, fait partie intégrante du service et n'est pas seulement considéré comme un simple évaluateur. Les DS peuvent concevoir une répartition par "affinité de terrains de stage" qui fait l'objet d'un travail en concertation avec le terrain et le centre de formation.

. Le cadre formateur dans le service, un référent pédagogique : Il se positionne dans l'équipe du service de soins. Il est l'interface, le relais direct de l'institut et le lien entre projet pédagogique et projet de soins. Il s'investit dans la démarche d'encadrement du service tout en s'appuyant sur la politique institutionnelle initiée par les DSG. C'est alors que les occasions et les thèmes de travail en partenariat se multiplient et se diversifient : organisation et préparation des stages, présentation des étudiants et des objectifs institutionnels, protocole d'accueil, outils d'encadrement, suivi pédagogique, étude de cas et partage d'expériences,

collaboration étroite avec le cadre de proximité, rencontres et discussions informelles avec les membres de l'équipe, évaluation des étudiants... Cette implication favorise et entretient le partenariat en favorisant la reconnaissance mutuelle des différents partenaires et offre à chaque service un interlocuteur de l'institut privilégié.

Avec diplomatie, il respecte les champs de compétences de chacun sans s'immiscer dans l'encadrement des équipes. Toutefois, l'augmentation des quotas d'étudiants implique une surcharge de travail pour les formateurs et peut influencer sur leur disponibilité.

Le projet pédagogique de l'établissement A définit bien le référent pédagogique : « *C'est un formateur qui entretient une relation avec l'équipe soignante du stage pour optimiser une pédagogie de l'alternance théorie et clinique. Il favorise la collaboration avec les partenaires des terrains de stage. Cela permet d'avoir une cohérence d'action, d'améliorer la circulation de l'information et de mutualiser les expériences et les savoir-faire de chacun* » (A1).

. **Place du Directeur des Soins Gestion** : Même si le projet de référents formateurs par secteur est du ressort de directeur d'institut, le DSG peut évoquer avec lui l'opportunité d'une mise en place des référents pédagogiques. Avec l'institut, il participe à la répartition des responsables de formation au regard de l'organisation en place avec les cadres supérieurs.

D) Le tutorat... un enjeu pour les Directeurs des Soins

. **Le tutorat, homme-clé de l'alternance** : Nous pouvons distinguer deux grandes fonctions du tutorat, même si elles ne sont pas dissociables dans la réalité : *une mission de socialisation professionnelle* et *une mission de transmission des pratiques professionnelles*. Le tutorat est une démarche personnelle en accord avec le cadre de proximité. Ce dernier a un rôle déterminant dans le tutorat pour mobiliser le potentiel de chaque membre de son équipe. Par contre, la responsabilité du cadre de santé reste pleine et entière dans l'encadrement des stagiaires et il doit veiller à entretenir le partenariat avec l'institut.

. **Le tutorat, une entreprise collective** : Le tuteur est la locomotive, le coordinateur de l'entreprise formatrice. Néanmoins, le tutorat ne peut atteindre ses objectifs que s'il est vécu comme une responsabilité partagée et reconnue par toute l'institution, et non comme une fonction isolée. Pour M-P. Geslin et B. Liétard, « *il faut tendre vers une conception collective de la fonction tutorale, supposant la mobilisation de plusieurs personnes dans l'entreprise. C'est alors l'entreprise qui devient tutrice dans son ensemble* »⁵¹.

. **Rôle du DSG dans la mise en place et le suivi du tutorat** : Finalement, le tutorat vise à transmettre des pratiques professionnelles, donc à organiser le parcours initiatique. Il est devenu une véritable fonction stratégique. Il est le pivot de la formation sur le lieu de travail et réintroduit l'entreprise comme acteur de la formation des jeunes. Le DSG participe à la mise

⁵¹ M-P. Geslin, B. Liétard, *Un tuteur peut en cacher beaucoup d'autres*, Education permanente, n°115, février 1993. 6 p. 126

en œuvre et au suivi de la démarche de tutorat pour garantir l'usage d'une méthodologie et d'outils communs sur l'ensemble de l'hôpital afin de promouvoir une politique de soins et une cohérence institutionnelle tout en veillant à respecter les spécificités des unités.

Pour S. De Fournas, « *le tutorat facilite l'accueil et l'intégration des étudiants grâce à un accompagnement personnalisé. L'hôpital est alors une entreprise tutrice qui se donne ainsi les moyens de transmettre son savoir-faire* »⁵²: Ainsi, les services deviennent de véritables structures apprenantes et l'alternance dans la formation est résolument intégrative.

E) Une fiche action "accueil et encadrement des étudiants en stage"

Dans le cadre de son rapport d'activité, le DSG élabore la trame d'une fiche action "accueil et encadrement des étudiants en stage". Il propose aux cadres de santé des services de remplir ces fiches qui décrivent toutes les actions menées dans ce domaine. L'ensemble des actions est répertorié et intégré dans le rapport d'activité. Afin de faciliter et d'uniformiser le recueil et l'analyse des données, il propose une fiche type structurée à partir des items suivants : identification de l'action et des responsables ; constat-raisons d'être de l'action ; objectifs de l'action ; acteurs concernés ; méthodologie retenue (calendrier et description de l'action) ; procédures et critères d'évaluation des résultats ; observations particulières.

F) L'outil informatique

. **Le dossier étudiant partagé informatisé** : Evoqué au cours des entretiens, la mise en place de dossiers étudiants partagés informatisés peut se concevoir avec la même logique qu'un dossier patient. Cet outil peut améliorer le partenariat et prend une véritable dimension d'interface dans l'alternance. L'objectif est d'établir un suivi interactif entre le lieu de formation et les terrains de stage : transmission des données concernant l'étudiant, transmission d'informations d'ordre général en lien avec la formation et les activités des services. Pour ce projet, les DS ont une responsabilité incontournable dans sa conception et sa mise en œuvre. Cependant, ce dossier étudiant informatisé rencontre encore des obstacles à lever pour sa généralisation : problème de confidentialité et de protection des dossiers, parc informatique insuffisant, recherche de solutions de substitution en cas de panne...

. **Alimenter et exploiter le Système d'Information institutionnel (Intranet)** : Cet outil institutionnel, de plus en plus répandu dans les établissements, peut être exploité pour améliorer la coordination et la complémentarité entre les partenaires. Cette centralisation allie efficacité et rapidité. Elle facilite la consultation et la mise à jour des données professionnelles. Cet objectif est atteint grâce à une étroite collaboration entre l'ensemble des soignants et des formateurs. Dans le cadre d'un réel partenariat, les DS ont un rôle majeur dans l'exploitation, la réactualisation des informations, via Intranet, véritable vecteur de diffusion interactif.

⁵² S. De Fournas, *Le tutorat infirmier à la Fondation Hôpital Saint-Joseph*. Objectifs Soins, juin-juil 2000, n°87, p. IV

CONCLUSION

. Le partenariat entre instituts et terrains de stage dans l'alternance est une composante importante dans la formation des futurs professionnels. C'est pourquoi, il est indispensable de déterminer la responsabilité et l'engagement de chaque partenaire. Il reste aux DS à faire preuve d'inventivité pédagogique pour créer et mettre en scène des situations d'apprentissage. Inventons donc ces pédagogies pour une plus-value éducative si nous voulons faire vivre l'alternance intégrative dans nos formations paramédicales.

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

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

. Dans des contextes professionnels et organisationnels en forte mutation, il devient primordial que chacun soit capable de faire évoluer ses fonctions dans des collectifs élargis. Un partenariat nécessite des réglages permanents des relations partenariales. Sa pérennité passe par des bases communes solides et entretenues tenant compte des réalités des terrains, en constance mouvance, et de la conjoncture hospitalière. Aujourd'hui, le législateur marque d'une empreinte forte les liens entre les DS des deux fonctions. 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 ?

. Au pays de Descartes, nous avons un fâcheux penchant à glorifier les alternatives du genre : soignant/enseignant , institut/service... ce qui nous enferme dans une néfaste dualité. Beaucoup d'efforts sont en route pour harmoniser les objectifs des uns et des autres. Nous allons porter nos efforts conjoints sur la mise en place d'une organisation réfléchie et formalisée permettant aux services de devenir des structures apprenantes. Le challenge de demain est de travailler en réel partenariat pour une formation en alternance centrée sur les futurs professionnels. C'est alors, qu'avec un partage des responsabilités clair et explicite, le duo DSG et DSF aura une réelle légitimité et toute sa raison d'être dans la conduite conjointe des formations paramédicales...

Bibliographie

OUVRAGES

-  **BOUCHET J., CHANTON O., KREEL V., MAZE C., RIC F., RICHARD G.** *Psychologie sociale - Tome 2 : Approches du sujet social et des relations interpersonnelles*. Paris : Bréal, 1996. 287 p. Chapitre 2, Les relations interpersonnelles, pp. 196-261.
-  **BOUTINET J.P.** *Anthropologie du projet*. Paris : Presses Universitaires de France, 2001. 351 p.
-  **GEAY A.** *L'école de l'alternance*. Paris : L'Harmattan, 1998. 193 p.
-  **GROSJEAN M., LACOSTE M.** *Communication et intelligence collective : le travail à l'hôpital*. Paris : Presses Universitaires de France, 2001. 225 p.
-  **GOUDEAUX A., LORAUX N., SLIWKA C.** *Formateurs et formation professionnelle*. Paris : Lamarre, 2003. 327 p. Chapitre 7, Les projets en formation, pp. 93-111. Chapitre 14, Tutorat et formation initiale au travail infirmier, pp. 239-251. Chapitre 15, Construction identitaire : la mise à l'épreuve des motivations, pp. 252-261.
-  **MONHARDT B., PAPILLON P., THIRION J-F.** *Les soignants et la communication*. Paris : Lamarre, 1996. 157 p.
-  **PELPEL P.** *Se former pour enseigner*. Paris : Dunod, 1998. Chapitre 6, Enseigner demain, pp. 157-185.
-  **QUIVY R., VAN CAMPENHOUDT L.** *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris : Dunod, 1995. 287 p.
-  **SCHNEIDER J.** *Réussir la formation en alternance : Organiser le partenariat jeune - entreprise - organisme de formation*. Paris : INSEP Editions, 1999. 214 p.
-  **WATZLAWICK P., HELMICK, BEAVIN J., JACKSON D.** *Une logique de communication*, Paris : Seuil, 1979. 280 p.

PÉRIODIQUES

-  **Education permanente**, n°131, 1997. 205 p.
KADDOURI M., ZAY D., et al. *Le partenariat : Définitions, enjeux, pratiques*.
-  **Education permanente**, n°115, février 1993. 161 p. *L'alternance*.
-  **Recherche en soins infirmiers**, n°54, septembre 1998. pp. 17 à 70.
GOUDEAUX A. *A propos de la formation initiale et continue des personnels soignants hospitaliers : Travail réel et formation en alternance*.
-  **POUR**, Revue du Groupe de recherche pour l'éducation et la prospective, n°154, juin 1997, *L'alternance en formation, un projet à construire*. Numéro coordonné par MAUBANT P., Paris : Harmattan. 181 p.

REVUES

- 📄 **ABITZMIL C.** Accueil en stage bien structuré, un étudiant mieux armé. *Objectif Soins*, juillet-août 1998, n°66, pp. 29-32.
- 📄 **ANADON M.** Les mots, les arguments : le discours officiel québécois sur le partenariat dans la formation des enseignants. *Education permanente*, février 1997, n°131, pp. 51-62.
- 📄 **BARBIER N., NKOUM B-A.** Pour un bon usage de l'alternance à l'intention des personnels de santé. *Objectif Soins*, mars 2001, n°94, pp. 14-16.
- 📄 **BOUSQUIÉ D.** L'alternance : Le choix des possibles. *Soins Formation Pédagogie Encadrement*, 2^{ème} trimestre 1993, n°6, pp. 12-14.
- 📄 **CAPUL J-Y.** De nouvelles formes d'organisation pour l'entreprise : Des organisations transversales à la coopération dans l'entreprise. *Cahiers français Management et organisation des entreprises - La documentation française*, juillet-septembre 1998, n°287, pp. 57-65.
- 📄 **CHARLON E.** La formation par alternance : Les enjeux du projet pédagogique. *Soins Formation Pédagogie Encadrement*, 2^{ème} trimestre 1993, n°6, pp. 15-21.
- 📄 **DANAN J-L., DIDRY P., DONO M-J., GRANDJEAN C.** Encadrer, c'est aussi collaborer. *Soins Formation Pédagogie Encadrement*, 1997, n°23, pp. 45-48.
- 📄 **DE FOURNAS S.** Le tutorat infirmier à la Fondation Hôpital Saint-Joseph. *Objectifs Soins- Le cahier du management*, juin-juillet 2000, n°87, pp. II-IV.
- 📄 **D'ELLOY G.** Formation en alternance : entre théorie et pratique. *Informations sociales*, 1998, n°72, pp. 88-95.
- 📄 **DE ROBERTIS C., ROMAGNAN M., ORSINI M.** Formation : principes, contenus, perspectives. *Informations sociales*, 2000, n°83, pp. 96-106.
- 📄 **DESPLEBIN M.** Partenariat et Institut de Formation en Soins Infirmiers. *Soins Formation Pédagogie Encadrement*, 2^{ème} trimestre 1996, n°18, pp. 24-27.
- 📄 **DOURDAN C., POUJOL F., RANVIER N., BIZET M-P., MONTSERRAT P.** Protocoles d'accueil et d'encadrement des étudiants infirmiers en stage. *Soins Formation Pédagogie Encadrement*, 2^{ème} trimestre 1993, n°6, pp. 35-38.
- 📄 **DRAGHI M.** Contribution à la clarification du concept d'alternance. *Ouvrage collectif : « les formations en alternance »*, Paris : La documentation française, 1992, pp. 27-34.
- 📄 **DUGUÉ E.** Formation en alternance et diplôme professionnel, deux modes d'interaction entre travail et formation : leurs apports respectifs dans le champ du travail social. *Revue Française des Affaires Sociales*, janvier-mars 1999, n°1, pp. 105-122.
- 📄 **DUMÉNIL-GUILLAUDEAU F.** L'alternance et la transversalité au cœur du métier. *Objectif soins*, février 1999, n°72, pp. 30-32.
- 📄 **EYMARD-SIMONIAN C.** Pour une pédagogie du projet de l'étudiant. *Soins Formation Pédagogie Encadrement*, 2^{ème} trimestre 1993, n°6, pp. 30-34.

- ☰ **FAUGIER-SEURET C.** La formation des étudiants : Quelle réciprocité pour les professionnels ? *Soins Formation Pédagogie Encadrement*, 4^{ème} trimestre 1998, n°28, pp. 49-54.
- ☰ **FISCHER G-N.** Le lien social. *Recherche en soins infirmiers*, septembre 2002, n°70, pp. 82-89.
- ☰ **FONTENEAU R.** Partenariat interne et qualité de soins. *Soins Formation Pédagogie Encadrement*, 2^{ème} trimestre 1996, n°18, pp. 5-10.
- ☰ **FONTENEAU R., LETOURNEAU D.** Pédagogie : le formateur en IFSI et les relations école-stage dans la formation infirmière. *Objectifs soins*, juin 1997, n°54, pp. 25-26.
- ☰ **FOSSAT G.** Les outils de la qualité en formation au risque de l'expérimentation : la démarche des centres de formation agricoles publics. *Education permanente*, février 2001, n°147, pp. 159-170.
- ☰ **FRATY M.** Le formateur en IFSI et les relations école-stage dans la formation infirmière. *Objectifs soins*, juin 1997, n°54, pp. 25-26.
- ☰ **GEAY A., SALLABERRY J-C.** La didactique en alternance ou comment enseigner dans l'alternance ? *Revue Française de Pédagogie*, juillet-août-septembre 1999, n°128, pp. 7-15.
- ☰ **JACOBI D.** Le rôle du stage dans la construction de l'identité professionnelle. *Soins Formation Pédagogie Encadrement*, 2^{ème} trimestre 1993, n°6, pp. 22-24.
- ☰ **KADDOURI M.** Partenariat et stratégie identitaires : une tentative de typologisation. *Education permanente*, février 1997, n°131, pp. 109-128.
- ☰ **LANDRY C., MAZALON E.** Les partenariats école - entreprise dans l'alternance au Québec : Etat des recherches. *Education permanente*, février 1997, n°131, pp. 37-49.
- ☰ **LE DOUARON P.** Alternance et négociation. *Education Permanente*, février 1993, n°115, pp. 111-118.
- ☰ **LE DOUARON P.** En toile de fond de l'alternance : Le partenariat. Contribution à la conceptualisation de la notion de partenariat pour la conception et la mise en œuvre d'un dispositif de formation professionnelle. *Etudes et Expérimentations en formation continue*, mai-juin 1992, n°15, pp. 9-13.
- ☰ **LHEZ P.** Formation cadre et partenariat universitaire. *Soins Formation Pédagogie Encadrement*, 2^{ème} trimestre 1996, n°18, pp. 28-31.
- ☰ **MAROY C.** Le partenariat : Concept ou objet d'analyse ?. *Education permanente*, février 1997, n°131, pp. 29-36.
- ☰ **MASINGUE B.** Travailler sur «la chaîne qualité ». *Education Permanente*, février 2001, n°147, pp. 111-116.
- ☰ **MAUBANT P.** Pour une didactique et des pédagogies de l'alternance. *Pour*, juin 1997, n°54, pp. 141-142.
- ☰ **PARLIER M.** Formation : faire face à la complexité. *Personnel*, juin 2003, n°440, p. 19.
- ☰ **PEYRÉ P.** La formation en soins infirmiers : projet professionnel et alternance. *Soins Formation Pédagogie Encadrement*, 4^{ème} trimestre 1997, n°24, p. 38-42.

- 📄 **POPLIMONT C.** Représentations sociales et formation par alternance. *Education Permanente*, février 2003, n°155, p. 67-77.
- 📄 **ROYER-RASTOL P.** Pour une nouvelle formation par alternance. *Soins*, 2^{ème} trimestre 1993, n°6, p. 4-11.
- 📄 **SOUTO DIEZ E.** La vision écologique de la formation : une opportunité pour l'apprenant ? *Education Permanente*, février 2001, n°147, pp. 99-109.
- 📄 **TIJOU R.** L'alternance au cœur du management des compétences. *Personnel*, juin 2003, n°440, pp. 27-30.
- 📄 **VAN EECKHOUT L.** Tutorat : le moteur de développement de l'entreprise. *Partenaires*, mars 1992, n°24, pp. 36-37.
- 📄 **VOISIN A.** L'apprenant dans les démarches qualité de la formation. *Education permanente*, janvier 1996, n°126, pp. 205-229.
- 📄 **ZARIFIAN P.** Communication et partenaire interne : les enjeux de la gestion par processus. *Education permanente*, février 1997, n°131, pp. 81-94.

MEMOIRES

- 📖 **COLLION-TENET I.** *Le chemin vers la professionnalisation : histoires d'encadrement à l'usage des M.E.R.* Mémoire de fin d'études : Institut de Formation de Cadre de Santé Hospices Civils de Lyon, 2003. 127 p.
- 📖 **DEFRANCE C.** *La construction des compétences infirmières : une nécessaire complémentarité IFSI / Hôpital.* Mémoire de fin d'études : Ecole Nationale de Santé Publique Rennes, 2002. 86 p.
- 📖 **DEPRET M.** *Le projet professionnel des étudiants en soins infirmiers : opportunité d'un partenariat entre instituts de formation et service de soins infirmiers.* Mémoire de fin d'études : Ecole Nationale de Santé Publique Rennes, 1995. 65 p.
- 📖 **FAUGIER-SAURET C.** *Institut de formation - Institut soignant : deux pôles en interaction nécessaire pour l'amélioration de la qualité des soins.* Mémoire de fin d'études : Ecole Nationale de Santé Publique Rennes, 1992. 86 p.
- 📖 **LAVIEILLE-SCHERB B.** *Adaptation à l'emploi et recrutement des infirmiers : un légitime partenariat entre direction des soins et direction d'institut de formation.* Mémoire de fin d'études : Ecole Nationale de Santé Publique Rennes, 2002. 66 p.
- 📖 **MAGGI M.** *Le directeur du service de soins infirmiers et le projet de soins : étude des relations développées au cours de son élaboration.* Mémoire de fin d'études : Ecole Nationale de Santé Publique Rennes, 1996. 85 p.
- 📖 **MATTER C., PERRIER-GUSTIN P., PLARD R.** *De la coordination interdisciplinaire à la coordination en réseau, ou comment catalyser la transversalité ? Etude croisée de trois cas.* Mémoire pour le diplôme de Maîtrise en Management des Services de Santé : IFROSS, IUP Santé Université LYON II, 2002. 66 p.
- 📖 **RIGON-JOFFROY S.** *L'encadrement des élèves infirmiers : un atout dans la stratégie de l'infirmière générale pour gérer les difficultés de recrutement des infirmiers.* Mémoire de fin d'études : Ecole Nationale de Santé Publique Rennes, 1992. 103 p.
- 📖 **ROUILHAC N.** *Fidéliser les élèves infirmiers dès leur stage, un besoin vital pour les hôpitaux : Rôle de l'infirmière générale.* Mémoire de fin d'études : Ecole Nationale de Santé Publique Rennes, 1992. 98 p.

- 📖 **TRAVERS A.** *Le partenariat dans la formation infirmière.* Mémoire de fin d'études : Institut de Formation de Cadre de Santé de la région Auvergne Centre Hospitalier Universitaire de Clermont-Ferrand, 2003. 70 p.
- 📖 **WIDMANN G.** *L'encadrement des étudiants infirmiers en stage : une dynamique de partenariat.* Mémoire de fin d'études : Ecole Nationale de Santé Publique Rennes, 1993. 99 p

TEXTES OFFICIELS

- 📄 Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la Fonction Publique Hospitalière. *Journal Officiel de la République Française* n° 95, 23 avril 2002, pp. 7187-7191.
- 📄 Décret n° 2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps de cadres de santé de la Fonction Publique Hospitalière. *Journal Officiel de la République Française* n° 1, 1^{er} janvier 2002, p. 38
- 📄 Décrets et arrêtés relatifs aux programmes d'études des professions paramédicales.
- 📄 Décrets de compétences des professions paramédicales.

SITES INTERNET

- 🌐 <http://www.anaes.fr> : site officiel de l'ANAES
- 🌐 <http://www.decitre.com> : site de la librairie Decitre
- 🌐 <http://www.ensp.fr> : site officiel de l'Ecole Nationale de Santé Publique
- 🌐 <http://www.legifrance.com> : site gouvernemental des textes officiels
- 🌐 <http://www.legifrance.fr> : site du Journal Officiel
- 🌐 <http://www.membres.lycos.fr> : dossier partenariat : "partenariat entre centre de formation et lieu de stage" de FEVRE C-M., DABO G., CHAMPOUX E., FONTAINE C., BESCOU M., BINAY N. 35 p.
- 🌐 <http://www.cvm.qc.ca> : dossier "communication et interrelations" de Guido Conti
- 🌐 <http://www.3ct.com> : site du CEDIP (Centre d'Evaluation de Documentation et d'Innovation Pédagogique), La lettre du CEDIP "en lignes" : L'alternance de F. ELLUL - Fiche technique n°13, avril 2000

DOCUMENTS DIVERS

- 📄 " Modes d'apprentissage ", Ministère de l'Équipement des transports et du Logement, mars 1997, 22 p.
- 📄 " La formation professionnelle de l'étudiant en soins infirmiers par l'action pédagogique du stage " , Ministère des affaires sociales de la santé et de la ville - Direction des hôpitaux, février 1995, 116 p.
- 📄 " Comprendre l'alternance et développer sa qualité " , Centre Régional de Ressources Pédagogiques et de Développement de la Qualité de la Formation - Préfecture de la région Nord-Pas-De-Calais - Conseil Régional, 2001, 116 p.

DOCUMENTS NON PUBLIES

- 📄 **BOURRET P.** " L'articulation des professionnels de santé " , Conférence lors de la 1ère journée annuelle d'étude du MAPSA, Clermont-Fd, le 25 septembre 2003, 8 p.
- 📄 **GEAY A.** " *L'alternance éducative* ". Article tiré de l'Actualité de la Formation Permanente n°115, Intervention à Poitiers, le 25 juin 1991.

Liste des annexes

- Annexe I** Analyse comparative des programmes d'études de formations paramédicales - 1 page.
- Annexe II** Présentation des acteurs interviewés - 1 page.
- Annexe III** Caractérisation des acteurs interviewés - 2 pages.
- Annexe IV** **IV.a** Guide d'entretien - 1 page.
IV.b Grille thématique d'analyse des entretiens - 1 page.
- Annexe V** Présentation de la recherche et planning des entretiens - 2 pages.
- Annexe VI** Analyse verticale par acteurs et établissements - 2 pages.
- Annexe VII** Analyse transversale des entretiens - 4 pages.
- Annexe VIII** Analyse comparative projets pédagogiques / projets de soins - 5 pages.

Caractéristiques des formations paramédicales

7 professions paramédicales font l'objet d'une analyse comparative : Excepté la profession d'AS, les autres sont inscrites au Code de la Santé Publique

Professions paramédicales	Nbe en exercice*	Répartition / sexe *	Type de diplôme	Durée des études	Répartition des enseignements	%stage / théorie	Caractéristiques Formation théorique	Caractéristiques Stages	Textes régissant les programmes
Infirmier (IDE)	418 000	87% ?	Diplôme d'Etat	37 mois ½	4760 h . Théorie : 2240 h . Stage : 2380 h . Suivi péd : 140 h	50%	. 30 modules : 28 obligatoires et 2 optionnels . 35 h / semaine	. Stage relève de la compétence des écoles en collaboration avec le terrain de stage	Arrêté du 23 mars 1992, modifié par l'arrêté du 28 septembre 2001
Infirmier de bloc opératoire (IBODE)	4 405	88% ?	Diplôme d'Etat	18 mois	2575 h . Théorie : 870 h . Stage : 1365 h . Travail personnel et congés : 340 h	53%	. 4 modules . 39 semaines de stage de 35h . 29 semaines de théorie de 30h	. Mise en stage DSF . Responsabilités sur lieu de stage : Cadre pour organisation ; Chirurgien pendant l'acte opératoire	Arrêté du 22 octobre 2001
Infirmier anesthésiste (IADE)	6 044	73% ?	Diplôme d'Etat	24 mois	3490 h . Théorie : 700 h . Stage : 2450 h . Travail personnel et congés : 340 h	70%	. 6 séquences et 6 modules transverses . 70 semaines de stage de 35h	. Responsabilités en stage : Cadre et Médecin anesthésiste	Arrêté du 17 janvier 2002
Aide-soignant (AS)	330 000	93% ?	Diplôme professionnel	12 mois	1575 h . Théorie : 630 h . Stage : 945 h	60%	. 12 modules . 35 h / semaine		Arrêté du 22 juillet 1994
Manipulateur électroradiologie (MER)	22 804	72% ?	. Diplôme d'Etat . DTS	33 mois	4444 h . Théorie : 1550 h . Stage : 2894 h	65%	. Moins d'heures de stage pour la formation en DTS	. Stage validé par le cadre du service et les manipulateurs	Arrêté du 1 ^{er} août 1990 modifié par l'arrêté du 26 mai 1992
Technicien en analyses biomédicales	Non communiqué		. Diplôme d'Etat . Autres diplômes (DTS, DUT)	36 mois	3423 h . Théorie : 2175 h . Stage : 1248 h	37%		. Stage validé par le cadre du service et les techniciens	Arrêté du 21 août 1996
Masseur-kinésithérapeute	56 440	42% ?	Diplôme d'Etat	36 mois	3065 h . Théorie : 1012 h . Stage : 1205 h . TD, congés: 848 h	39%	. 16 modules (4 en 1 ^{ère} année, 12 en 2 ^{ème} année)	. Stage validé par le chef de service	Arrêté du 5 septembre 1989

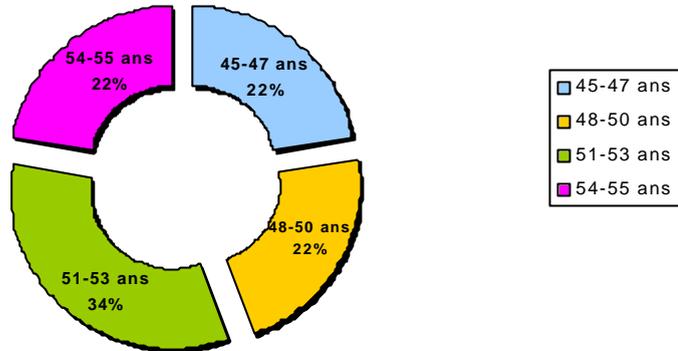
* : DHOS - Août 2002 : Chiffres extraits des fiches métiers de la santé

Présentation des acteurs interviewés

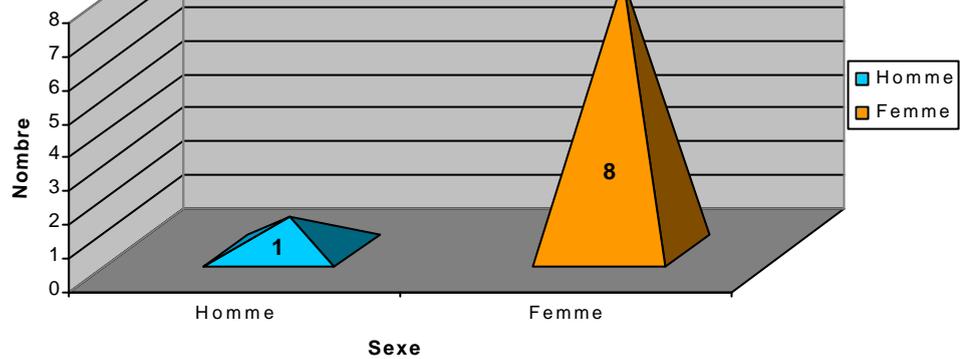
	DS	Sexe	Age	Fonction	Formation cursus professionnel	Année d'entrée dans l'institution	Ancienneté dans la fonction	ES	Spécificités / Remarques
1	A1	M	54	DS Gestion	. DE IDE 1979 (Samu, urgences) . DE Cadre 1989 (pneumologie) . Cadre sup. 1995 (médecine) . DS 1999	1979	1999	A	. DU Gestion et organisation en 1997
2	A2	F	47	DS Formation IFSI	. DE IDE 1977 (Clin. Croix rouge) . DE Cadre 1982 (formateur IFSI) . En formation DS ENSP 2003	1984	2002 FF	A	. Action projet de création d'une formation de MER sur Arras en partenariat Education Nationale/ Santé . Membre du bureau du CEFIEC
3	C1	F	52	CGS	. DE IDE 1973 (cardio, gériatrie) . DE Cadre 1989 . En formation IG ENSP 1997	1973	1991 FF 1997 DSG 1999 CGS	C	. Développe un partenariat entre 3 ES pour leur fusion . Membre du CROSS comme personne qualifiée
4	C2	M	53	DS Formation IFMEM	. DE MER 1971 . DE Cadre 1978 (formateur)	1971	1982	C	. Enseignant école de cadre pendant 3 ans . Fondateur du comité d'harmonisation regroupant tous les instituts de formation de manipulateurs
5	C3	F	51	DS Formation IFSI	. DE IDE 1973 (réanimation) . DE Infirmière anesthésiste 1976 . DE Cadre 1984 . En formation DS ENSP 2003	1973	2002 FF	C	. Membre du réseau régional « Hygiène » 10 ans . Alternance dans l'encadrement Institut de formation / services de soins
6	F1	F	49	DS Gestion	. DE IDE 1978 (méd., urg., chir.) . DE Cadre 1983 (urg,néphro,IFSI) . Formation IG ENSP 1996	1982	1996	F	. Membre conseil technique de l'IFSI . Elaboration du Projet de soins . Membre Commission régionale DS (initiative DRASS)
7	F2	F	54	DS Formation IBODE	. DE IDE 1972 (médecine) . DE IBO 1976 (bloc polyvalent) . DE Cadre 1980 (bloc / Cs Gynéco) . DS FF 1990 - DS 1995	1972	1990 FF 1995 DSF	F	. Expérience encadrement service . Projet pédagogique/étudiant-Projet formation/ terrain . Bilan d'activité de l'école par promotion (capacité, moyens, évolution, programmes...) . Membre commission régionale DS (initiative DRASS)
8	L1	F	47	CGS	. DE IDE 1976 (médecine) . DE Cadre 1985 (rééducation)	1976	1993 DS 2003 CGS	L	. Responsable du groupe chargé de l'élaboration du répertoire des lieux de stages du CHU
9	L2	F	48	DS Formation IADE	. DE IDE 1978 (réa., cardiologie) . DE IA 1984 (réa, cardiologie) . DE Cadre 1992 (formateur IADE) . DS 1999	1978	1999	L	. Membre du comité des DS formation et Gestion de l'établissement, toutes les 6 semaines (initiative CGS) . Membre Comité Direction des instituts de formation . Mbre du Comité National d'Entente directeurs d'IADE

Caractérisation des acteurs interviewés (1)

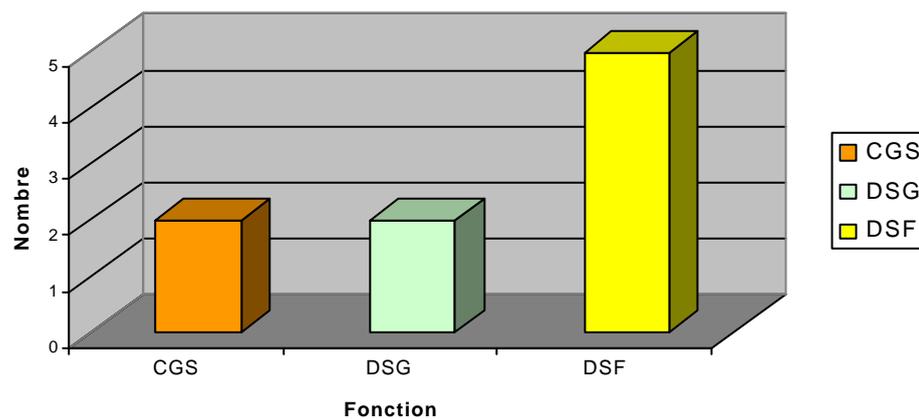
Répartition par tranche d'âge



Répartition par sexe

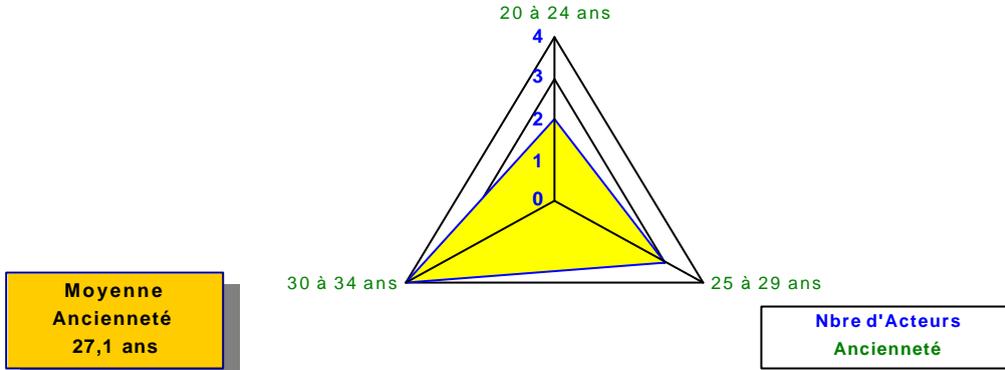


Répartition par catégorie professionnelle

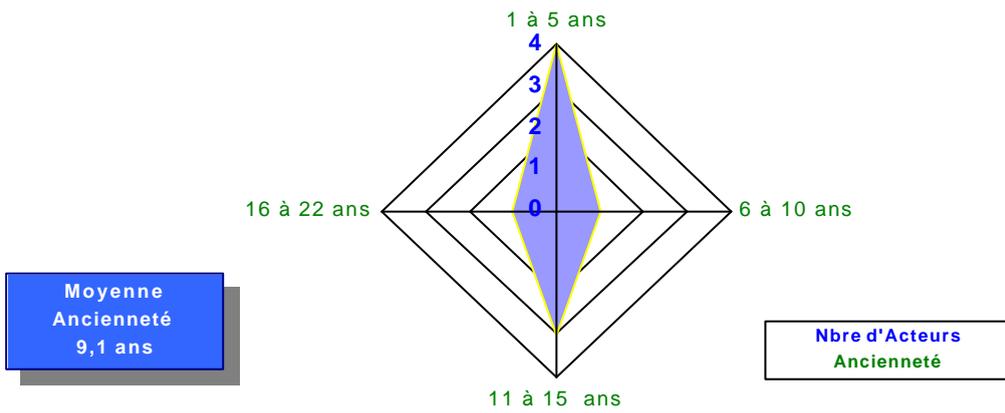


Caractérisation des acteurs interviewés (2)

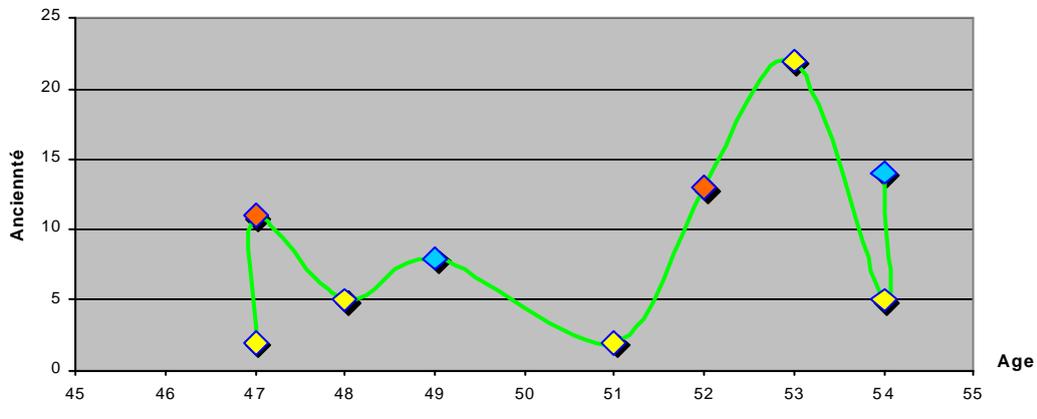
Répartition par ancienneté dans l'institution



Répartition par ancienneté dans la fonction



Relation entre l'âge des acteurs et l'ancienneté dans la fonction



Guide d'entretien

La consigne de départ

🔗 1°- Le premier contact (1^{er} message)

- . DS en formation à l'ENSP, j'ai vécu une double expérience en tant que cadre de service et enseignant.
- . Phrase introductive accroche : Pour la 1ère fois, la formation des DS regroupe les DSG et DSF.
- Cette opportunité m'a incité à faire une étude sur le thème de **la collaboration entre DSG et DSF**

🔗 2°- Question de l'entretien, question introductive :

. **Comment se passent les relations partenariales entre DSG et DSF ?**

- Les relances pendant les entretiens : à partir des thèmes I, II, III, IV.
- Perspectives d'évolution et avis sur la formation commune aux 2 DS.

Questions de relance

. **Relations partenariales** : Que pouvez-vous dire **des relations** entre institut formation et ES ?

- . **Occasions, situations ou actions** qui vous amènent à travailler avec l'autre DS ?
- . **Bénéfices** escomptés si les relations développées sont bonnes ?
- . Eléments qui **facilitent** ou **favorisent** les relations - Incidence d'un travail en collaboration ?
- . **Obstacles** et **difficultés** dans les relations mutuelles ?
- . **Solutions** à proposer pour faciliter ou développer les relations ?
- . **Un partenariat** bien conduit entre DSG et DSF peut-il réduire les écarts entre théorie et pratique ? (avantages, inconvénients, résistances et réticences à sa mise en place) ?

/ **Organisation des stages** : Préparation et organisation des stages (objectifs, offres, outils)

- . **Etude des interfaces** : intérêt de les développer, méthodo-, outils, impacts sur organisation.
- . **Difficultés** liées à l'encadrement ?
- . **Conditions favorables** pour améliorer l'encadrement ?
- . **Qui** doit encadrer ? (encadrement des étudiants en stage) et avis sur **le référent, le tuteur** ?

/ **Questions générales** :

- . **Place projet soins ou pédagogique** : / élaboration, **liens** entre les 2 projets, **impact** **si articulations** et **cohérence** entre les 2 sur formation en alternance ?
- . **Que pensez-vous du nouveau cursus de formation commun des DS ?**
- . Que pensez-vous de la formation des étudiants paramédicaux et incidence sur formation ?
- . **Propositions, suggestions, outils** à proposer ?
- . Quelques mots-clés pour définir les relations partenariales entre les 2 DS ?

Grille thématique d'analyse des entretiens

➤ 4 axes :

I - La place du partenariat dans une formation par alternance

- . Définitions : partenariat, formation par alternance ... vers une alternance partenariale (liens)
- . Intérêt du partenariat entre DSG et DSF dans une formation par alternance et dans la coordination et l'organisation des stages des étudiants
- . Pour la mise en place d'un partenariat entre DSF et DSG : (- freins, réticences et résistances / - atouts, apports dans la formation par alternance)

II - Les relations entre les 2 Directeurs des Soins

- . Limites ou difficultés rencontrées dans leurs relations mutuelles
 - . Incidences, effets d'un travail en collaboration sur la formation en alternance des étudiants
 - . Bénéfices escomptés si les relations développées sont bonnes
 - . Suggestions pour faciliter ou développer des relations
 - . Actions, situations ou occasions qui amènent à travailler entre DS
- N.B.** : La qualité des relations est différente selon la taille de l'établissement ?

III - La dimension organisationnelle (/ stages)

- . Préparation et organisation des stages ; élaboration des offres de stage (qui, quand, comment ?)
 - . Elaboration des objectifs de stage
 - . Etudes des interfaces :
 - intérêt de développer les interfaces
 - méthodologies, modalités, outils (humains et matériels) organisationnels : guide, livret...
 - impact des outils sur la coordination et l'organisation des stages
 - impact des outils sur la collaboration entre services et instituts
 - . Formation permanente des cadres
- N.B.** : Lorsqu'un institut a vocation régionale, quel projet des soins prendre en compte ?

IV - Projet de soins / Projet pédagogique

- . Modes de participation à l'élaboration des projets
- . Corrélations et liens entre ces 2 projets
- . Articulations et cohérence entre projet de soins et projet pédagogique
- . Intérêts, impacts des liaisons et des corrélations entre ces 2 projets sur la formation en alternance, plus particulièrement sur la prise en charge des étudiants en stage

🔗 Perspectives d'évolution et d'amélioration

- . Changements que peut amener la nouvelle formation de DS / Origines diverses des DS
- . Propositions / outils et méthodes
- . Autres suggestions à proposer

Courrier de présentation de la recherche (1)

COLLABORATION ENTRE DIRECTEUR DES SOINS GESTION ET DIRECTEUR DES SOINS FORMATION

Recherche dans le cadre d'un mémoire de fin d'études des Directeurs des Soins

OBJET : Modalités d'interview à l'intention des professionnels Directeurs des Soins Gestion et Directeurs des Soins Formation

Madame, Monsieur,

➤ **Présentation de la recherche**

Dans le cadre d'une formation de directeur des soins, nous effectuons **une recherche** sur le thème de **la collaboration entre directeur des soins**.

Cette interview a pour finalité d'évaluer et d'étudier ce partenariat dans le cadre de la formation par alternance des étudiants paramédicaux.

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

Pour vous assurer de la plus grande confidentialité, nous nous engageons non seulement à ce que la retranscription soit anonymisée, mais aussi à détruire la bande magnétique.

Le résultat de notre recherche constituera notre mémoire de fin d'études et sera consultable à l'ENSP De Rennes.

Nous disposons de 30 à 45 minutes pour nous entretenir.

➤ **Thème de la recherche**

**La collaboration entre Directeur des soins Gestion
et Directeur des soins Formation**

Nous tenons à vous remercier de votre collaboration à propos de cette recherche.

Patrice PERRIER-GUSTIN,
Stagiaire DS, ENSP Rennes

tél :xx-xx-xx-xx-xx)

Planning des entretiens (2)

Entretien " test "

Ve 9 janvier	8h30	30 min.	C	C3	Directeur des soins Formation IFSI	P. Perrier- Gustin
--------------	------	---------	----------	-----------	---------------------------------------	--------------------------

	Date	Heure	Durée entretien	Lieu	Interviewés		Interviewer
					Nom	Fonction	
1	Je 29 janvier	10h30	40 min.	A	A1	Directeur des soins Gestion	P. Perrier- Gustin
2	Me 21 janvier	8h00	40 min.	A	A2	Directeur des soins Formation IFSI	P. Perrier- Gustin
3	Ve 5 mars	10h00	60 min.	C	C1	Coordonnateur général des soins	P. Perrier- Gustin
4	Ve 5 mars	13h30	35 min.	C	C2	Directeur des soins Formation IFMEM	P. Perrier- Gustin
5	Ve 16 janvier	13 h 30	55 min.	F	F1	Directeur des soins Gestion	P. Perrier- Gustin
6	Ve 16 janvier	10 h	30 min.	F	F2	Directeur des soins Formation IBODE	P. Perrier- Gustin
7	Me 17 février	16h30	40 min.	L	L1	Coordonnateur général des soins	P. Perrier- Gustin
8	Ma 03 février	16h15	55 min.	L	L2	Directeur des soins Formation IADE	P. Perrier- Gustin

. Durée moyenne des entretiens : 43 minutes

Analyse verticale des entretiens par acteurs et établissements

PROJETS THEMES	Etablissement L	
	DSG L1	DSF L2
I - Place du partenariat	<p>. Occasions, actions, situations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Participation aux conseils techniques, on s'imprègne bien du fonctionnement de l'école. Ces conseils techniques se font en présence des instances donc c'est intéressant d'avoir aussi leur discours et leur politique. Donc, c'est vraiment une porte d'entrée non négligeable. - Travail sur des thèmes communs : soutien par rapport à l'intégration d'une nouvelle DS, a proposé son aide et échanges mutuels puis suscité un questionnement commun ce qui nous a permis aujourd'hui de bâtir cette démarche sur le parcours d'intégration et d'accompagnement . Pour le P. de soins, diagnostic par un comité de pilotage avec toujours une représentation des écoles. Il y a eu vraiment une complémentarité entre partenaires et voudrait renforcer les liens aussi avec les instituts. Opportunité à construire ensemble. . Facteurs favorisants : / . Obstacles : . / Ecart théorie-pratique : - En tant que coordinatrice se doit de susciter pour bien accrocher par des thèmes pour que l'on puisse travailler ensemble. C'est cette thématique qu'on avait en commun qui nous a fait collaborer et fait évoluer. Notre intérêt est de construire ensemble, et ne veut pas de barrière entre instituts de formation et services de soins. On a tous une mission et notre objectif commun est le patient. C'est dans ce sens que l'on doit œuvrer et contribuer tous à la formation des futurs professionnels Avoir ces échanges sans censure et un langage clair. On ne se voit pas assez, c'est le reproche fait. On reproche aux enseignants de ne pas les voir beaucoup sur le terrain 	<p>. Occasions, actions, situations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réunions de direction pour avoir des informations, échanger, mais intervient très peu. Obligation pour la direction des écoles de ne pas se marginaliser si elle ne veut pas travailler en compétition avec le DS côté soignant pour un partenariat intéressant. Permet une écoute commune des informations en même temps pour tout le monde. - Résolution de problèmes d'ordre technique : si problème à résoudre, décision prise ensemble. Travail vraiment de collaboration pour aider CGS à la synthèse de documents. . CGS membre du conseil technique, elle a une information sur l'encadrement dans les stages du CHU. En tant que les seuls spécialisés, je n'ai pas beaucoup de terrains de stage privilégiés sauf dans la spécialité. . Facteurs favorisants : . Chacun écoute l'autre. Il faut une certaine solidarité entre DS. La jeune génération des DS est plus encline à travailler dans ce sens. La contrainte institutionnelle est moins forte sur la direction des écoles que sur la DS. . Pouvoir travailler ensemble dépend aussi des personnalités et de la volonté des personnes. . Obstacles : . Que le DS m'impose des actions de formation à faire et sans venir m'en parler alors que c'est dans mon domaine et là c'est la notion de pouvoir et avoir une possibilité de parler sereinement à un collègue qui a la même position mais qui n'est pas dans le même champ d'action. . / Ecart théorie-pratique :
II - Relations inter-personnelles	<p>. Son principe est de travailler en direct avec les gens et réunions pour connaître les gens et puis leur donner la politique que je comptais mener. J'associe DS et chargés de mission parce que moi toute seule je ne suis rien, la politique on l'a fait ensemble. Plus facile car en proximité directe.</p> <p>. ES où ouverture d'esprit et cette faculté à dire les choses que ça plaise ou pas. C'est essentiel pour avancer comme je suis en capacité d'entendre ce qui ne va pas et il faut savoir le dire. Je pense que ça c'est un climat de confiance et qui me permet d'avancer.</p> <p>. Mots-clés qui définissent les relations partenariales :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ouverture, accepter l'autre tel qu'il est, respecter les différences de chacun. - Travailler ensemble. - Reconnaissance de la fonction de chacun. - Confiance mutuelle. - Connaissance mutuelle de l'autre qui ne remet pas en cause les spécificités de chacun qui sont valorisées car permet le respect de nos propres identités et puis on vient vous chercher en tant qu'expert. <p>Par contre, si on est cantonné sur des positions avec un cloisonnement, il faut arrêter cette balkanisation. On est tous acteurs de soins avec nos spécificités.</p>	<p>. C'est d'abord le médecin chef de service qui indique les places de stage au niveau du CHU. L'organisation des stages se fait directement avec les services. La seule relation que j'ai eue que j'informe en premier la CGS à chaque rentrée scolaire en lui déterminant le nombre de stagiaires sur l'année. C'est donc véritablement une information, je ne négocie pas ces stages avec elle, mais en fonction des autres personnes. A peu de relation directe mais c'est lié à la spécialité où peu de stagiaires.</p> <p>. Mots-clés qui définissent les relations partenariales :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un véritable partenariat en tant que tel, la définition même d'un partenariat - Transparence - et pas de lutte de pouvoir <p>Et à ce moment là on est dans de la complémentarité, on est dans l'efficacité, l'efficience</p> <ul style="list-style-type: none"> - Etre dans une reconnaissance mutuelle des actions de chacun. - Avec le DS, il faut une collaboration. - L'attitude humaine avec un respect de l'autre, sans rentrer dans son domaine de travail. On a des compétences mutuelles bien séparées et ne pas se marcher dessus. Connaître les limites de chacun. - Réelle volonté de travailler ensemble - Ecoute de l'autre
III - Organisation	<p>. / Organisation des stages :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Partir des difficultés rencontrées à la fois par le terrain mais également aussi par les centres de formation et de revoir ensemble, de redéfinir ensemble les capacités d'accueil. CGS obligée de refuser des stages. S'est positionnée pour ne plus accroître 	<p>. / Organisation des stages :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La politique de la CGS donne la priorité aux élèves du CHU. Pas de difficulté majeure pour trouver des stages, surtout en anesthésie. - L'encadrement ne se fait qu'avec les médecins. - L'organisation des stages est un travail d'école pérennisé jusqu'en 2005. La validation du stage et

des stages	<p>les capacités d'accueil.</p> <ul style="list-style-type: none"> . / Encadrement en stage : . Place du DS dans cet encadrement : 	<p>inaire puisque c'est un médecin et IADE qui valident le stage. Le projet d'école permet d'avoir une position claire au niveau de l'institution et permet d'avancer des arguments. Ma problématique est l'amélioration de la qualité de l'enseignement qui s'inscrit bien dans le projet institutionnel.</p> <ul style="list-style-type: none"> . / Encadrement en stage : <ul style="list-style-type: none"> - Demande que l'encadrement soit effectif avec une présence continue médecin ou infirmier. A mis en place une formation au tutorat mais ne peut pas l'imposer et donc pas de référent tuteur. . Place du DS dans cet encadrement : <ul style="list-style-type: none"> - Concernant l'encadrement, la responsabilité de la DGS est pleine et entière quel que soit l'élève sur terrains, tout comme la responsabilité du Directeur de l'ES. Pas de convention avec CGS si même ES.
IV - Outils	<ul style="list-style-type: none"> . Elaborer une trame commune à l'ensemble de l'ES pour les outils. . Répertoire des lieux de stage : Dans le cadre du P. de soins, dynamique lancée donc par le DSSI de l'époque : c'est d'intégrer systématiquement les écoles dans le projet de soins. Il y avait une action qui portait sur l'accueil et l'encadrement des étudiants. Groupe de travail composé de cadres de clinique mais également de cadres enseignants et a travaillé sur le classeur : Le répertoire des lieux de stages. Travail fait en partenariat et action commune par ce répertoire des lieux de stages utilisé et diffusé sur tous les IFSI. Réactualisé tous les ans, mais c'est lourd. Outil d'accompagnement clair et accessible qui est une aide précieuse avec obligation et qualité, ne doit pas rester dans un tiroir. Confronté à un problème logistique car diffusion génère un budget conséquent ; on réfléchit à un s upport CD-ROM. . Les réunions mensuelles thématiques et régulières pas seulement alimentées par la filière infirmière, mais aussi par les autres filières et par les DSF (Ouverture pour présenter les P. pédagogiques, bilans, évolution des décrets infirmiers, comparatifs). 	<ul style="list-style-type: none"> . De plus, la CGS nous invite à toutes les réunions de coordination, alors les informations passent par son canal. Et on travaille ensemble, par exemple dans des groupes de pilotage pour travailler le PE 2004-2008. Animateur de groupe et puis on a fait des comptes rendus de synthèses des travaux présentés dans le cadre de la CGS. Il y a une collaboration qui est importante. . Dans le P. pédagogique 2004-2005, deux livrets d'objectifs réactualisés sur les 2 années de la formation produit par les personnes qui encadrent les élèves en stages, validés par les médecins. C'est un travail de longue haleine, il ne faut pas trop être pressé. Il faut beaucoup de souplesse. . Groupe de travail (DS, chargés de mission, cadres de proximité, cadres enseignants) pour une étude comparative des décrets, puis présenté en réunion plénière ; c'est une forme d'alternance. . Les réunions de CGS où l'école de SF est également présente ; c'est l'ouverture aux autres et elles sont intégrées. Rencontres avec les directeurs d'instituts.
Projet de soins / Projet pédagogique	<ul style="list-style-type: none"> - Par rapport au P. pédagogique, si les écoles aujourd'hui intégraient le P. de soins ce serait une réussite. Je pense qu'il y a cette ouverture et ceci va être très constructif si c'est intégré. Ça peut être un indicateur effectivement. 	<ul style="list-style-type: none"> . La démarche projet est plus une démarche de direction. La démarche pédagogique est liée à la direction. C'est elle qui est responsable, l'organise et la met en œuvre et la conception fine de ce projet et l'organisation est faite en équipe. Un P. pédagogique est une entité unique différente de tout autre ES. Même si notre programme est commun, on n'a pas du tout les mêmes choses. . Le lien avec le P. de soins n'est pas du point de vue de sa conception, du point de vue de sa déclinaison car le P. de soins est sur plusieurs années et impliqué dans un PE. Pour nous, le fil conducteur c'est le programme. Mais quand il s'agit de mettre en place le texte sur la vigilance on travaillait d'emblée, car c'était notre domaine, avec le service qui a fait des fiches en équipe, ils nous les ont données et présentées aux élèves. On a les distribuées, donc là on était en partenariat direct mais ça concernait directement notre enseignement. . La différence : P. de soins est sur 5 ans et cible des problématiques pointues de l'institution ; P. pédagogique est sur une promotion et dure 2 ans et avec les nouvelles promotions on réadapte.
Perspectives d'évolution	<ul style="list-style-type: none"> . / Cursus de formation commune (cadre, DS, 1^{ère} année de santé) : - Favorable dans cet esprit d'ouverture, puis de complémentarité et de partenariat. C'est vrai qu'il y a un tronc commun et il y a des spécificités mais il faut qu'on travaille sur ce tronc commun qui facilitera aussi le fonctionnement entre filières. - L'objectif est centré sur le patient et c'est important qu'on ait au moins cette année de formation commune pour avoir ces bases communes portées par tous. . On se découvre mutuellement car on se connaissait mais sans relation de proximité, réelle fusion, en symbiose avec la directrice de l'IFSI. Ce sont peut-être de petites choses, mais c'est comme ça que l'on construit et qu'après il y a des réflexes systématiques. C'est vrai que ça se fait plus au niveau de notre environnement de proximité qu'avec l'extérieur pour l'instant. Et puis il y a des filières avec lesquelles peu de relations, limité à des relations à travers des demandes de stages. Pour la filière rééducation, pour tout l'aspect formation, je leur laisse leur autonomie et c'est eux qui sont compétents dans leur domaine. Je suis là en supervision, s'il a un problème à traiter au niveau institutionnel, je peux être facilitant et c'est à eux de m'interpeller si je dois intervenir. . Proposition : Un CGS sur l'ES de santé et les formations. 	<ul style="list-style-type: none"> . / Cursus de formation commune (cadre, DS, 1^{ère} année de santé) : - Par rapport à la 1ère année de santé, Pour favoriser une solidarité et une connaissance. D'accord pour entrer dans un système universitaire et revoir les programmes. Mais cette 1^{ère} année telle qu'elle est prévue pas assez commune et y mettre des enseignements récurrents dans la collaboration comme l'hygiène. Travailler sur la participation et la collaboration. Et l'image du professionnel est très ignorée de l'autre professionnel, je défends l'identité professionnelle de chacun, autant travailler en commun et dans la collaboration, il y a bien des limites à connaître et à respecter. - Par rapport à la formation commune des DS, La filière cadre axée sur le management d'équipe que l'on soit d'une filière infirmière ou autre. Il serait anormal de mettre un cadre MER d'une US car ce n'est pas son métier et vite en porte à faux. Au niveau cadre sup est moins rigide car les problématiques différentes et plus en lien avec la CGS et l'application de la politique générale de l'ES tant sur les soins que sur le management des équipes. Au niveau des DS, a une formation cadre, a sa spécialité et a passé le concours, ça gêne pas. Le meilleur moyen de respecter l'identité de l'autre c'est de bien connaître ce qu'il fait sans remettre aucunement en question les identités professionnelles de chacun.

ANALYSE TRANSVERSALE DES ENTRETIENS

- Réponse aux hypothèses I, II, III, IV -

ACTEURS THEMES	Directeurs des Soins Gestion	Directeurs des soins Formation
<p style="text-align: center;">- I - Place du partenariat</p> <p style="text-align: center;">Réponse Hypothèses I, II, IV</p>	<p>☞ <u>Occasions, actions, situations</u> / Hypothèse IV</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mise en place de formations en commun et en concertation : . Thèmes : Hygiène (A1); Transmissions Ciblées (C1 - F1 - L1). . Enseignants associés aux formations ; hôpital ouvre les portes aux enseignants (A1). - Groupes de travail sur des thèmes de travail en collaboration avec les instituts : . Encadrement des stagiaires (A1)/ . Proposition de travailler sur les projets professionnels des étudiants (A1)/ . Elaboration de fiches de compétences entre formateur et cadre de service (F1)/ . P. de soins avec paramédicaux et formateurs autour du patient (F1)/ . Diagnostic pour le P. de Soins par un comité de pilotage avec une représentation des écoles avec une vraie complémentarité, opportunité de construire ensemble (L1)/ Etude comparative des décrets (DS, cadres de proximité, cadres enseignants) (L1). - Participation à des réunions : DSF convié aux réunions de cadres supérieurs (A1-C1-L1). - Organisation de conférences sur des sujets d'actualité en partenariat avec l'IFSI (A1). - Démarches qualité : . IFSI associé aux protocoles et aux évolutions et aux dossiers informatisés (A1). . Evaluation des protocoles par les élèves IADE dans le cadre de leur formation (C1) / - DSG membre du Conseil Technique de l'institut (A1 - C1 - F1 - L1) / - Les situations partenariales peuvent se créer en permanence, quasiment sur tout (C1) / - Quota élèves en stage : cohérence sur nbre stagiaires. DSG pas informé des quotas (A1) / - Soutien et aide à l'intégration d'une nouvelle DS : échanges mutuels, suscite un questionnement commun pour bâtir 1 démarche d'accompagnement à la fonction cadre (L1). <p>☞ <u>Facteurs favorisants</u> / Hypothèse II :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Volonté des 2 DS, même si approche différente ; on parle des problèmes, franchement (A1). - CGS a pour principe de travailler en direct avec les gens; réunions pour les connaître. Associe DS et chargés de mission car seul n'est rien. Plus facile car proximité directe (L1) / - Le fait que DSF ou DSG ont connu l'alternance terrain / école (C1) / - Relations s'établissent de plus en plus sur des relations de reconnaissance mutuelle (F1) / - Travailler ensemble sur le P. péd. et les programmes en lien avec le P. de soins (F1) / - Avoir un management commun et s'appuyer sur une éthique commune (F1 - L1). - P. de soins clairement défini et identifié (F1) / - Pas de jeu de pouvoir pour une complémentarité (F1) / - Bonne entente entre DSF et DSG (F1) / - Pas de barrière entre instituts et services de soins. Une mission et un objectif communs : le patient. Oeuvrer à la formation des futurs professionnels (L1). <p>☞ <u>Obstacles</u> / Hypothèse II :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des obstacles de personnes (A1) / - Des jeux de pouvoir (F1) / - Professionnels et cadres d'unité ne sont pas tous partants (C1) / - Manque de rencontres entre instituts et terrain : Reproche enseignants de ne pas aller assez sur terrain, méconnaissance cadres de terrain, des difficultés des instituts (L1). <p>☞ <u>Ecart théorie-pratique</u> / Hypothèse I :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Décalage entre concepts écrits par les enseignants et le terrain, mais il faut les deux (A1). - Un partenariat bien conduit permet de réduire l'écart (C1). - Laisser cet écart car enrichissant pour les professionnels de terrain, mais pas un fossé trop important, mais l'important n'est pas de le combler mais de l'expliquer (F1). - L'école est sur des concepts et donne l'idéal du soin. Sur le terrain, on est sur les réalités quotidiennes avec ses incertitudes, alors que de l'autre côté sur des certitudes. Entre ces deux, faire des liens, faire des analyses de pratiques avec les élèves pour qu'ils comprennent l'idéal est important mais qu'il y ait après l'application et l'adéquation sur le terrain (F1). <p>☞ <u>Comment se passent les relations</u> / Hypothèse II :</p>	<p>☞ <u>Occasions, actions, situations</u> / Hypothèse IV :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mise en place de formations en commun et en concertation : . IFSI associé aux évolutions informatiques nécessitant un travail en commun avec le DSG pour suivre les évolutions car l'apprentissage informatique est indispensable (A2). . Personne compétente en adprotection, organise des formations dans ce domaine et dans ce cadre collabore avec le CGS pour essayer de planifier cette formation (C2). - Groupes de travail : composés de DS de terrain et de formation sur démarches qualité ou organisationnelles au niveau des ES. Travailler sur les programmes avec les DSG (F2). - Relations informelles : relations spontanées et ponctuelles, (directes, tél., mail) (A2). - Participation à des réunions / rencontres : . Réunions avec encadrement de terrain et cadres sup. accueillant les étudiants pour présenter la formation et les axes du P. pédagogique, surtout sur le volet stage. En début d'année pour expliquer tout le coté organisationnel, les outils mais aussi les objectifs (A2 - F2). . Réunions régionales de DS : Tous les DS de la région participe pour des travaux thématiques. Impulsion vient de la DRASS (F2) / et échanges (L2) / - Ouverture de stage et mise en stage (F2) / - Conseil Technique (A2 - F2 - L2) / - DSF membre de la CSSI (C3). - Gestion du personnel en commun : compenser pénurie personnel, postes aménagés (C3). - Aide de la CGS à sa prise de fonction ce qui a beaucoup facilité les choses (C3). <p>☞ <u>Facteurs favorisants</u> / Hypothèse II :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Volonté forte de travailler ensemble et dans une logique de dire que nous sommes ensemble c'est-à-dire que l'IFSI n'est pas quelque chose qui vit à côté, qui est autonome (A2). - Proximité : . Par un projet au moins commun : le PE (A2) / . Travailler dans la même structure et le même sens (C2) / - Perspectives de travail pour les années à venir dans le cadre d'une restructuration (A2) / - Personnes qui sont en place qui permettent de faciliter les échanges (A2) / - Qualité des relations, ne pas hésiter à rentrer en relation (F2) / - Ne pas court-circuiter le DSG de l'ES dans les procédures et diffuser ce que fait l'école (F2) / - Solidarité entre DS et écoute de l'autre : La jeune génération DS est plus encline à travailler dans ce sens. Travailler ensemble dépend des personnalités, de la volonté des personnes (L2) / - Beaucoup d'échanges et contacts réguliers, confiance et écoute (C3). <p>☞ <u>Obstacles</u> / Hypothèse II :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des problèmes de personnes (F2) / - Des problèmes de pouvoir ; des écoles s'imaginent que CGS s'initie dans leurs affaires (C3) / - Difficulté permanente à trouver des terrains de stages (A2) / - Manque de motivation des soignants à encadrer les étudiants car trop nombreux (A2) / - Changer les habitudes pour travailler ensemble (C2) / - Marginalisation des directions des écoles, à éviter d'être en compétition (L2). <p>☞ <u>Ecart théorie-pratique</u> / Hypothèse I :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réel partenariat avec un projet clairement bâti et défini. P. pédagogique et P. de soins regroupent des points d'ancrages pour une cohérence et un travail en lien avec stages (A2). - Pas trop de décalage et s'attache à être au plus près du terrain pour la formation (C2). - Réduit si bonnes relations, alors l'école plus consciente des difficultés de terrain momentanées ou des évolutions vers lesquelles on va tendre. Terrain informé de l'évolution des formations et des règlements avec un devoir d'information des terrains (C2). - Un partenariat bien conduit peut le réduire. Il inclut cadres de l'IFSI à tout ce qui se passe dans ES (C3). <p>☞ <u>Comment se passent les relations</u> / Hypothèse II :</p>

<p align="center">- II - Relations inter- personnelles</p> <p align="center">Réponse Hypothèse II</p>	<p><u>BONNES RELATIONS</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - On collabore très très bien (A1). - Volonté de travailler ensemble sur la démarche de stage, mais les équipes pas toujours impliquées dans la mise en place d'outils (A1). - Sur un plan politiquement correct, très bien. Mais avant pas de dialogue avec ancien DS. Avant, les écoles sollicitaient les cadres de service, puis informaient le CGS. Ils ont à participer à la formation mais cela doit faire aussi partie d'une cohérence institutionnelle et ne peuvent pas librement répondre aux sollicitations (C1). <p><u>MAUVAISES RELATIONS</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Partenariat plus difficile avec d'autres écoles. Mais avec la DSF de l'IFSI, nous réfléchissons en terme de professionnel et arrivons toujours à trouver un consensus. Quand on se situe en terme de professionnel, on n'a pas besoin de l'affectif (C1). - Se passent très mal. Relations pas bonnes entre DSF et DSG car luttes de rivalités de pouvoir entre les 2. La DSF IFSI essaie de mettre en porte à faux des services. Pense que la formation des directeurs d'école ne correspondait pas à la réalité (F1). - Il y a des filières avec lesquelles peu de relations limitées à des demandes de stages, mais CGS est en supervision si problème institutionnel (L1). 	<p><u>BONNES RELATIONS</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avant, mauvaises relations entre DSG et DSF. Puis, volonté commune de travailler ensemble. Question de génération : DSG et DSF sortis de l'ENSP récemment vont dans le même sens, pour travailler sur l'encadrement des étudiants en stage et bâtir des outils (A2). - Avant, peu de relations puisque les DS pas chargés de gérer les services médico-techniques. Puis, CGS responsable de l'ensemble et implique davantage de relations fonctionnelles (C2). - Elles se passent très bien avec tous; d'abord elles existent et se passent bien (F2). - Si ces 2 DS s'entendent bien, c'est un argument conséquent pour le reste suivre. Quand on se connaît, on risque de mieux s'entendre, vous allez dans la même direction (F2). - Quand entre structures avec objectifs et finalités différentes, cela se respecte. On a forcément des objectifs qui vont dans le même sens (F2). - Cela reste très personne dépendante (C3). - Se passent très bien. DSF a contacté CGS pour s'entendre sur la manière de fonctionner et de travailler ensemble et définir les positionnements respectifs. En liaison fonctionnelle, sans aucun pouvoir hiérarchique du CGS sur DSF. Donc, la notion de pouvoir n'existe pas (C3). <p><u>MAUVAISES RELATIONS</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reproche aux DS des autres écoles d'être toujours dans la relation de pouvoir (C3).
	<p>☞ <u>Mots-clés qui définissent les relations partenariales / Hypothèse II</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reconnaissance mutuelle et de la fonction de chacun (A1 - F1 - L1). - Respect (F1). - Confiance mutuelle et le regard positif sur l'autre (A1 - F1 - L1). - Ecoute de l'autre (A1). - Transparence, avoir des échanges sans censure et un langage clair (A1 - L1). - Avoir une complémentarité dans les projets de formation et d'encadrement (F1). - Tenir compte aussi des spécificités et respecter les différences de chacun, accepter l'autre tel qu'il est (A1 - L1). - Connaissance du travail de l'autre (qui ne remet pas en cause les spécificités de chacun qui sont valorisées car permet le respect de nos propres identités) (F1 - L1). - Travailler ensemble (L1). - Sans notion de pouvoir et de corporatisme (C1 - F1). - Cohérence et cohésion entre projet institutionnel / missions de l'hôpital / adaptation (C1). - Tolérance (F1), Ouverture (L1). - Objectifs communs (A1). - Franchise, sincérité, ouverture d'esprit (être en capacité d'entendre) (L1). - Volonté de faire le partenariat (A1). 	<p>☞ <u>Mots-clés qui définissent les relations partenariales / Hypothèse II</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reconnaissance et connaissance mutuelle (A2 - C2 - L2 - C3) : au-delà d'une recon-nnaissance des personnes, reconnaissance des structures, des fonctions, des missions (A2 - C3). - Respect, respect des spécificités de chacun (A2 - F2 - L2). - Faire confiance à l'autre et réciproquement (A2 - F2 - C3); Transparence (L2). - Ecoute (L2 - C3). - Notion de culture commune (C2 - C3). - Collaboration et complémentarité (C2 - F2 - L2 - C3). - Intérêt mutuel de construire et avancer ensemble (A2 - C3). - Le facteur humain et les relations humaines (F2 - L2). - Une réelle volonté de travailler ensemble (F2 - L2 - C3). - Pas de lutte de pouvoir (L2 - C3). - Connaître les limites de chacun, avec des compétences mutuelles bien séparées (L2 - C3). - Un but commun : former paramédicaux, mais avec des objectifs un peu différents (C3). - Le meilleur moyen de respecter l'identité de l'autre c'est de bien connaître ce qu'il fait sans remettre aucunement en question les identités professionnelles de chacun. Ceci permet de travailler en commun et en collaboration et bien connaître et respecter les limites (L2). - Un véritable partenariat en tant que tel, la définition même d'un partenariat (L2 - C3).
<p align="center">- III - Organisation des stages</p> <p align="center">Réponse Hypothèse III</p>	<p>☞ <u>Organisation des stages / Hypothèse III</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ne répond pas à son attente, car pas d'outils derrière (A1). - Son intention est de recenser dans les services les possibilités d'accueil et propose de réserver 30% des terrains gérés par la Direction des Soins (A1). - La préparation des stages, ce n'est le DSG et arrêter de vouloir tout gérer. Mais ce sont les cadres évaluent le nombre de stagiaires qu'ils peuvent encadrer (F1). - Partir des difficultés rencontrées sur le terrain mais aussi par les centres de formation et voir ensemble, redéfinir ensemble les capacités d'accueil. CGS obligée de refuser des stages et s'est positionnée pour ne plus accroître les capacités d'accueil (L1). <p>☞ <u>Encadrement en stage</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Groupe de travail sur l'encadrement avec un cadre sup., sur le tutorat et mise en place par unité de soins de référents des stages (A1). - Problème lié à l'encadrement en stage : retravailler avec l'institut les finalités et objectifs du stage car les professionnels ne laissent plus pratiquer les étudiants (C1). - Référent pédagogique pour les stages souhaité, mais difficile mise en place. Permet de responsabiliser et d'impliquer les formateurs dans des secteurs hospitaliers (F1 - L1). - L'idéal est d'avoir un tutorat. Mais vu les difficultés d'effectifs, encadre qui peut. On est plus dans une 	<p>☞ <u>Organisation des stages / Hypothèse III</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gestion des stages par les formateurs et DSF pour choix des terrains et demandent l'accord du CGS. Possibilités d'accueil sont enregistrées et proposées aux étudiants (A2-C3). - Organisation et planification des stages sur l'année directement avec les services (A2 - C2). - Engagement à prévenir les terrains de stage s'il arrêt de formation ou si stage changé et envoi des consignes de stage et les outils (le carnet de stage des étudiants) (A2). - DSF se contente d'envoyer la liste des stagiaires et des stages à la CGS. Et ça n'a jamais donné lieu à des négociations entre DSSI et institut. «Peut être que les choses sont appelées à changer mais pour l'instant ça fonctionne bien je ne vois pas pourquoi ça changerait» (C2). <p>☞ <u>Encadrement en stage</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un projet d'encadrement clair et bien défini et un tuteur. Cela passe par la définition du rôle du tuteur. Différencier rôles de tuteur et de cadre et s'appuyer sur des outils de suivi (A2). - Un MER référent, mais difficultés d'encadrement des étudiants. Si bien que pas de référent particulier. Des MER encadrent plus facilement et efficacement étudiants que d'autres (C2-L2). - Référent : mise en place de formations dans l'ES à l'encadrement du stagiaire. De la responsabilité du DSG et se donne les moyens de préparer les agents (F2 - L2). - Il faudrait un référent, c'est un vœu pieux avec la mobilité des équipes et 35 heures (C3).

	<p>logique de suivi collectif qu'un tutorat individuel, sinon les autres ne s'impliquent pas (F1).</p> <p>☞ <u>Place du DS dans cet encadrement</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Place pas directement liée à l'encadrement même des étudiants mais DSG a une vision plus globale de l'ensemble, c'est plutôt l'équipe de cadres supérieurs. DS à un moment donné l'a initié, a piloté au départ pour essayer d'impulser les choses puis passe le relais à l'encadrement supérieur. Le conçoit comme une mission transversale (A1). - Son rôle est très faible quand tout va bien. Les stages sont coordonnés sous la responsabilité des cadres supérieurs (C1). - En revanche, action et responsabilité dans l'évaluation de la qualité du stage (C1). - Une mission et une obligation de formation à organiser les stages (C1). - Fermer un stage si pas en capacité d'encadrer et informer l'IFSI et être amené à travailler avec les équipes pour réfléchir; nous sommes responsables des stagiaires (C1). - Un regard sur la planification des stages et les quotas. Définir la capacité des stages avec les cadres et connaître le nombre de places (F1). - Organisation des stages par les cadres de terrain et de l'école. En cas de litige, c'est le DSG qui intervient avec une concertation avec les cadres qui remontent les difficultés (F1). - Contact avec le DSF si n'arrive pas à trouver de lieux de stage. Si stage avec des problèmes, travail avec l'équipe et ne pas laisser venir des stagiaires, voire fermer le terrain de stage. Travail de soutien, donner le temps de travailler (C1). 	<ul style="list-style-type: none"> - Problème : Manque de compétence et de personnel. Manque d'engagement et d'intérêt de l'encadrement ; si cadre non concerné, agent désintéressé ; l'exemple vient du dessus (F2). <p>☞ <u>Place du DS dans cet encadrement</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 information sur les possibilités de stages est donnée au DSG : optimiser les capacités d'accueil, en déterminant le nbe de stagiaires et ne négocie pas les stages avec DSG (A2-L2). - Des relais (cadres sup., cadres et soignants) derrière DSG et DSF, (A2 - C2 - F2). - DSG n'est pas directement impliqué dans l'organisation des stages ; c'est une négociation entre les enseignants et les cadres ou cadres supérieurs des services. - Tableau prévisionnel de stage est plus avec le cadre de terrain ou le cadre supérieur. Travail plus avec l'encadrement de proximité qu'avec le DS (A2 - C2 - F2). - Autorisation du DSG pour ouvrir les stages (F2). - DSG sollicité si gros souci avec 1 étudiant sur un terrain, au-delà du cadre de proximité (F2). - DSG prévient d'un problème dans 1 service (manque de personnel, fermeture stage) (F2)./- Rôle entre DSF et DSG dans la gestion prévisionnelle des stages, facteur de qualité de l'encadrement en stage. DSG responsable de l'encadrement étudiants sur le terrain (F2-L2). / - DSG a une vision sur la répartition globale des étudiants sur les terrains de stages. Il centralise les informations et connaît les catégories de stagiaires accueillis dans son ES (F2-L2)./- Collaboration étroite avec CGS, toujours prévenue de ce qui est fait (C3)./- DS doit avoir une influence majeure sur son encadrement pour l'optimiser. Se préoccupe du déroulement et des conditions d'accueil des stagiaires et fait un point trimestriel (F2).
<p align="center">- IV - Outils</p> <p align="center">Réponse Hypothèse IV</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Logiciel commun de gestion des stages : Outil commun indispensable vue l'augmentation des quotas et des sureffectifs ; droit de regard sur gestion et accès aux données (A1). - Projet d'encadrement concerté DSF/DSG pour des bases communes et partager les mêmes valeurs. Beaucoup de services ont leurs propres outils d'encadrement. Construire un outil commun (F1). - Un cahier d'encadrement, outil interne au service de suivi de l'étudiant en stage. C'est une fiche de progression reprise lors des bilans de stages (F1). - Rapport d'activité : nombre et types d'élèves pour argumenter en Conseil Technique. CGS doit connaître le nombre d'évaluations réalisées et expliciter la charge en charge de travail (F1). - Un partenariat contractuel : Instituts risquent d'être décentralisés et gérés par le Conseil Général ; ceci change la donne car plus gérées par l'hôpital et risque d'avoir des contrats. Cette base contractuelle peut améliorer les relations. Vous avez un contrat : qu'est ce qu'on prend, ce qu'on donne en retour (F1). - Elaborer une trame commune à l'ensemble de l'ES pour les outils (L1). - Répertoire des lieux de stage : intégrer les écoles dans le P. de soins. Action portant sur l'accueil et l'encadrement des étudiants avec élaboration d'un classeur. Travail en partenariat, et diffusé sur tous les IFSI et réactualisé tous les ans, mais c'est lourd. Outil d'accompagnement clair et accessible qui est une aide précieuse. Ne doit pas rester dans un tiroir. Problème logistique car diffusion génère un gros budget, projet support CD-ROM (L1)./- Evaluations à mi-stage non imposées par les cadres et les élèves demandeurs (F1)./- Téléphone et courrier électronique (F2). 	<ul style="list-style-type: none"> - Logiciel commun de gestion des stages (logiciel WIN IFSI) (A2). - Organisation dans le cadre de la formation continue d'une formation sur «l'encadrement des étudiants en stage» prenant en compte ces problèmes d'encadrement, d'évaluation (C2). - Projet de soins et Projet pédagogique (F2 - A2). - Tableau prévisionnel des stages sur toute la formation pour planifier les périodes où présence de stagiaires (F2 - A2)./- Conventions de stage (F2 - L2). - DSG au niveau de l'ES voit avec les cadres supérieurs et les cadres de proximité les catégories de stagiaires accueillis et les modalités d'accueil : Livret d'accueil, Offre de stage (F2). - Projet d'encadrement découle de l'offre de stage et fait le lien entre les 2 projets. Il se concrétise par une charte formalisée pour que les acteurs soient parties prenantes. L'implication des 2 DS est partagée dans ce projet d'encadrement. Mais ce n'est un tête-à-tête. Sont concernés l'encadrement de terrain, les agents, les formateurs et les étudiants (F2). - Dans le P. péd., 2 livrets d'objectifs réactualisés sur les 2 années produit par les personnes qui encadrent les élèves en stages, validés par les médecins (L2). - Au niveau du stage, une évaluation chiffrée sur les critères pratiques et une grille d'évaluation qui correspond au niveau de formation des étudiants (C2). - Evaluation chiffrée est du domaine de responsabilité des cadres qui mettent en place leurs outils d'évaluation. Le DSG n'a pas à se substituer à leur rôle d'évaluateur (C2).
<p align="center">Projet de soins / Projet pédagogique</p> <p align="center">Réponse Hypothèse I</p>	<p>☞ <u>LIENS</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le P. pédagogique est celui de l'institut, pas forcément celui de l'hôpital puisque tous les étudiants ne sont pas formés que pour l'hôpital (A1). / - Un vrai P. de Soins innovant doit être en corrélation avec P. pédagogique qui tient lui-même compte des évolutions du P. de soins. Il existe donc un lien fort entre les deux (intégration des TC, informatique, ...) (A1). / - Une évolution dans l'hôpital : l'intégration du projet institutionnel dans les 2 sous projets (A1). / - Très favorable à une intégration du P. de Soins dans le P. de pédagogie ; c'est ouverture qui très constructive. Ceci peut être un indicateur de qualité (L1). ☞ <u>PAS DE LIENS</u> : - Pour l'instant pas de lien, pas d'impact. Démarche initiée avec la dir. IFSI. Mais pas très logique qu'il n'y ait pas d'impact (C1). / - Chaque école a son propre projet pédagogique et toutes les IDE avec le même diplôme n'ont pas les mêmes qualités et développé les mêmes valeurs (F1). Chacun a sa spécificité et donc normal de ne pas retrouver toutes les valeurs. Dans le partenariat on se retrouve, dans les valeurs et dans les conceptions de soins. Oui, il y a des points communs. Confronter le P. péd. avec le PS, mais je ne forme pas que pour le CHU (C3). / - Honnêtement non. Ce n'est pas du tout la même chose. Pas de lien.. valeurs et des concepts communs : respect, honnêteté. dans PS (C3). 	<p>☞ <u>LIENS</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Retrouver des valeurs communes, avec le même sens donné aux mots, aux concepts et à la fonction soignante (A2 - C3). / - Retrouver dans les 2 projets, l'axe du stage et sa place dans la formation (A2). - Le P. de Soins ne prend pas en compte les particularités des services d'imagerie. C'est donc un peu difficile de s'y inscrire. Ce sont des projets plus généraux tel que l'hygiène au niveau des différents protocoles utilisés dans US. Cadrer le plus possible avec P. de soins (C2). / - Indispensable que le DSG de l'ES ait le P. pédagogique de l'école (F2). / - Persuadée d'un lien entre les 2 : <u>dans le P. de soins</u>, un chapitre sur l'accueil des étudiants en formation ; <u>dans le P. pédagogique</u>, on doit penser au terrain : modalités, référent (F2). / - L'outil qui fait bien le lien entre les 2 projets est l'offre de stage puisque c'est un outil élaboré au niveau de l'école mais rempli par le terrain de stage et mis à disposition des étudiants. C'est un outil de lien revu chaque année car les lieux de stages évoluent (1 secteur ferme puis ouvre à nouveau, ouverture nouveau secteur, un secteur offre une autre activité (F2). ☞ <u>PAS DE LIENS</u> : - Le P. pédagogique est plus 1 démarche de direction. C'est une entité unique différente de tout autre ES, même si le programme est commun, on n'a pas du tout les mêmes choses (L2).

<p>Perspectives d'évolution</p>	<p>☞ / <u>Cursus de formation commune</u> (DS, Cadre, 1^{ère} année de santé) :</p> <p>☞ <u>Par rapport à la formation commune des DS</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Favorable : . Prêt à postuler sur un poste de DSF, rôle plutôt de manager que de spécialiste. C'est au DSF de s'entourer de compétences ; mettre en musique tous les acteurs (A1). . Favorable, si l'objectif est d'être sur des métiers communs et que la finalité de la formation n'est pas de former pour un poste précis mais sur des compétences globales adaptables. Ne pas rester avec des corporatismes et décloisonner. Si on a une formation commune, on a un outil commun. Pourtant, les fiches métiers les redissocient (C1). . Formation commune ENSP permet la connaissance des différents métiers (F1). . Favorable, mais préférerait un concours distinct pour les 2 fonctions (F1). . On se découvre mutuellement car on se connaissait mais sans relation de proximité, réelle fusion, en symbiose avec la directrice de l'IFSI. Ce sont de petites choses, mais permet de construire et après il y a des réflexes systématiques (L1). Former managers responsables de la MEO projet institutionnel (A1). - Défavorable : <p>☞ <u>Par rapport à la 1^{ère} année de santé</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Favorable : . Partage d'un certain nombre de disciplines pour créer une cohérence entre professionnels qui travaillent ensemble pour éviter les corporatismes. L'intérêt des formations communes c'est d'apprendre à se connaître, à travailler ensemble, centré autour du patient. Si on ne sait pas ce que font les uns et les autres, on ne se respecte pas. Par contre, l'autre bénéficie de ce tronc commun, c'est d'avoir une reconnaissance par un diplôme universitaire commun à tous pour reconnaître les fonctions de soignant ; un an de tronc commun universitaire suivi d'1 formation faite par des professionnels (A1). . Favorable dans cet esprit d'ouverture, de complémentarité et de partenariat. Il y a un tronc commun et des spécificités. Ce tronc commun facilitera le fonctionnement entre filières. L'objectif est centré sur le patient et important d'avoir au moins cette année de formation pour avoir ces bases communes (L1). - Défavorable : . Avis plutôt négatif. Le niveau d'investissement dans les services n'est plus le même et la 1^{ère} année commune va encore s'aggraver (A1). <p>☞ / <u>Propositions - suggestions</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaborer un profil de cadre de santé à durée déterminée : Les enseignants complètement déconnectés des vies institutionnelles ; incohérence et plus le même langage et donc discordance. Image donnée aux étudiants : d'une part il y a la théorie, d'autre part, il y a le service. Décision institutionnelle de mettre en place des affectations à durée déterminée sur des postes d'enseignants avec un contrat clair (C1-C3). - Avant même les textes, il y avait dynamique pour l'élaboration du PSI (C1). - Propose la possibilité d'un seul coordonnateur général des soins école /institut (F1 - L1). - Nécessité pour un DSG d'une expérience en pédagogie et inversement : Si n'a pas eu de connaissance en pédagogie, il méprise le travail fait en pédagogie - et manque de reconnaissance de chacun de nos métiers différents, mais complémentaires. On ne se reconnaît pas parce qu'on ne connaît pas les stratégies des acteurs, avec partage des connaissances sur base contractualisation égalitaire (F1). - En terme de partenariat, DSF ne veulent rien partager avec DSG, ni le choix des cadres et ne veulent pas qu'on interfère. Pourtant, il faut qu'il y ait une politique commune sur les cadres. C'est « une chasse gardée » qu'elles ne veulent pas partager (F1). - CGS se doit de susciter pour accrocher par des thèmes pour travailler ensemble (L1). 	<p>☞ / <u>Cursus de formation commune</u> (DS, Cadre, 1^{ère} année de santé) :</p> <p>☞ <u>Par rapport à la formation commune des DS</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Favorable : . Ouverture et possibilité d'aller plus loin dans la connaissance des uns des autres. Connaissance indispensable pour réduire le fossé entre instituts et services Mieux connaître un métier, une formation afin de créer des liens, de travailler ensemble et avoir des missions et des enjeux communs (A2). . Connaissance et acquisition d'une culture commune (A2 - C2). . N'envisage pas dans 1 ES avec des DS qui ne se connaissent pas, malgré les spécificités de chacun. Cela enrichit la direction avec ouverture d'esprit. DS concernés par tout l'hôpital (F2). . Permet de découvrir les autres DS et va favoriser le décloisonnement. Par contre, les 2 fonctions sont un peu différentes et si un DS change de fonction, repartir un peu à Rennes, mais avoir des modules communs. Ceci est riche car au moins on a des objectifs communs. C'est d'apprendre à se connaître et à travailler ensemble. Nous pouvons nous positionner aussi dans ce système lourdement hiérarchique. . Partage d'expérience enrichissant (C3). - Défavorable : . Revendique que DSG et DSF ont des domaines de responsabilités différents et des spécificités. Il ne veut pas entendre parler de hiérarchie entre les DSG et DSF et pense que les DSG auraient bien envie « de mettre la main sur les écoles ». Pourtant, les domaines de responsabilités sont différents (C2). <p>☞ <u>Par rapport à la 1^{ère} année de santé</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Favorable : . Très favorable pour avoir une culture commune à l'ensemble des professions de santé. Mais, éviter une sélection par un écrémage avec l'élite qui va en médecine et les autres se dirigent vers d'autres professions. Ses craintes : risque de perdre les bons éléments et atténuation de la motivation. Appréhender cette culture commune pour aller vers la connaissance de chaque profession et c'est mieux se connaître (C2 - F2). . Pour favoriser une solidarité et une connaissance mutuelle des différents métiers. D'accord pour entrer dans un système universitaire et revoir les programmes. Mais cette 1^{ère} année ne semble pas assez commune; mettre des enseignements récurrents dans la collaboration comme l'hygiène (C2 - L2). . Partenariat avec CGS et formation permanente pour que les cadres suivent une licence universitaire (C3). - Défavorable : . Sur sa mise en place, pas favorable, car veut 1 année commune + 3 ans. Pessimiste et ça part d'un bon sentiment. Mais ceci a été raisonné à une échelle ignorante des choses du terrain. Sur la région, ça fait 5000 étudiants à gérer et on n'a pas ni les moyens, ni les structures. La culture commune est un vœu pieux. <p>☞ / <u>Propositions - suggestions</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Propose un seul coordonnateur général des soins école/institut qui serait son supérieur hiérarchique (C3). - Repenser la fonction cadre enseignant avec la CGS, car un cadre trop resté en IFSI est coupé des réalités professionnelles. Concertation et recrutement des cadres à 2 (DSF et DSG) sur une base contractuelle et affectation à durée déterminée. C'est innovant et facilite les relations partenariales (C3). - Un guide de stage commun, une trame commune sur l'ensemble de l'hôpital en accord avec la CGS, ses cadres et l'IFSI. Cet outil commun servirait d'accueil et contient les objectifs spécifiques aux services. C'est un répertoire de stage avec les objectifs spécifiques de chaque stage et grilles d'appropriation (C3). - Le CHU a été précurseur avec le P. de soins commun aux paramédicaux. Mais à l'époque, ce n'était pas les mêmes personnes. Il émergeait déjà cette possibilité de travailler ensemble, c'était riche sans rivalités. Ça dépend des hommes, de leur volonté et de leur jeu de pouvoir. Le DS a une influence forte sur cette politique en terme d'objectifs et d'engagement. On ne peut donc pas travailler avec n'importe qui (F1)
--	---	---

GRILLE D'ANALYSE DES PROJETS DE SOINS ET DES PROJETS PEDAGOGIQUES

- Réponse Hypothèse I - III - IV

THEMES PROJETS		Eléments formalisant un véritable partenariat	Organisation des stages	Corrélations / Liens	Oppositions / Contradictions
É T A B L I S S E M E N T A	Projet de Soins 2000-2004	<ul style="list-style-type: none"> . Se référer à un système de valeurs communes et partagées . Partager un projet commun au travers d'une responsabilisation et d'un engagement collectif . Mettre en commun les expériences et les savoir-faire . Avoir une cohérence d'action de l'ensemble du service . Améliorer circulation information . Création centre de documentation unique et partagé . Mettre en œuvre les actions de formation . Collaborer avec les partenaires extérieurs (IFSI, IFCS, ...) . Elaborer une politique de formation 	<ul style="list-style-type: none"> . <u>Missions transversales</u> - Tutorat et accompagnement des étudiants - Elaborer des règles communes relatives à l'encadrement des étudiants - Constitution d'un groupe de travail sur l'encadrement des étudiants en stage composé de membres des services de soins et de l'institut . Conclusion : <ul style="list-style-type: none"> - Souhait de collaborer avec les autres composantes de l'institution, dans le respect des spécificités et des complémentarités - Dimension du SI dans son rôle d'acteur et de partenaire . Modalités d'évaluation du stage 	<ul style="list-style-type: none"> . Valeurs communes : <ul style="list-style-type: none"> - esprit d'équipe - respect travail de l'autre - reconnaissance - ouverture - tolérance - solidarité, cohésion - rigueur - professionnalisme - engagement - responsabilité . Textes réglementaires régissant la profession et les études . Projet d'établissement institutionnel . Actions de formation continue en collaboration 	<ul style="list-style-type: none"> . Valeurs et fondements conceptuels : <ul style="list-style-type: none"> - projet de soins centré sur le professionnel - projet pédagogique centré sur le patient . Place de l'étudiant : <ul style="list-style-type: none"> - dans projet de soins, l'étudiant n'est pas le partenaire de la formation - dans projet pédagogique, l'étudiant est un partenaire à par entière dans la formation
	Projet Pédagogique Année scolaire 2003-2004 Institut de formation d'infirmiers	<ul style="list-style-type: none"> . Une pédagogie de l'alternance théorique et clinique . Exploitation des situations de stage . Collaboration avec les partenaires des terrains de stage . Le formateur entretient la relation pédagogique avec l'équipe soignante du stage 	<ul style="list-style-type: none"> . Le stage est inspiré par des valeurs communes : dignité, honnêteté, intégrité, authenticité, professionnalisme, esprit d'équipe, responsabilité . Stage choisi et identifié en fonction de sa valeur formative, éducative et en fonction du type de stage . Enseignement clinique assuré par du personnel diplômé . Choix et organisation des stages relèvent de la compétence et de la responsabilité de l'institut de formation qui collabore avec les équipes des structures d'accueil . Objectifs formation définis avec étudiants pour chaque stage en liaison avec responsables encadrement lieu stage 		

THEMES PROJETS		Eléments formalisant un véritable partenariat	Organisation des stages	Corrélations / Liens	Oppositions / Contradictions
É T A B L I S S E M E N T C	Projet de Soins C1 2002-2007	<ul style="list-style-type: none"> . Deux des axes structurants : - Axe 4 « <i>Promouvoir une politique de soins commune</i> » : avoir un langage commun et réaliser un véritable travail d'équipe centré sur la prise en charge du patient - Axe 5 « <i>Valoriser la qualité de vie des personnels</i> » : créer des conditions d'échanges en invitant des professionnels d'autres structures à des travaux, réflexions, formations et stages 		<ul style="list-style-type: none"> . Valeurs communes : - respect - esprit d'équipe - respect dignité, personnalité et droits - responsabilité - honnêteté - valeurs humanistes 	
	Projet. Pédagogique C2 2003-2004 Institut de formation de manipulateur d'électroradiologie médicale	<ul style="list-style-type: none"> . Le projet pédagogique c'est : « <i>un climat de confiance de solidarité et une appartenance à un collectif soignant paramédical</i> » . <u>Objectifs</u> : perfectionner ses capacités d'intégration dans une équipe de travail pluridisciplinaire . A chacun des objectifs de stage, correspondent des objectifs institutionnels. Mais au-delà de ces objectifs communs, chaque stage reste une expérience individualisée et des objectifs personnels formulés en début de stage . Le livret d'apprentissage, la fiche d'auto-évaluation, la grille d'évaluation formative 	<ul style="list-style-type: none"> . Des stages en soins infirmiers sont effectués dans des unités de soins infirmiers . Pour une meilleure intégration à l'équipe et une meilleure participation à l'activité du service, l'étudiant pratique le mêmes horaires que les équipes de soins . Planification annuelle des stages . Objectifs de stage d'imagerie en secteurs d'activité et de techniques . Le carnet de stage composé d'instruments simples permettant à l'étudiant de se questionner sur son expérience et son apprentissage pour chaque stage 	<ul style="list-style-type: none"> . Textes réglementaires régissant la profession, les études et les règles institutionnelles 	
	Projet. Pédagogique C3 2003-2004 Institut de formation en soins infirmiers et de l'école d'aide-soignante	<ul style="list-style-type: none"> . Enseignement dispensé par des intervenants extérieurs : cadres soignants, infirmiers, psychologues, kiné . <u>Objectif</u> : former un professionnel responsable, réflexif, compétent, autonome, polyvalent . « <i>Un professionnel autonome est capable d'argumenter les projets de soins</i> » . L'étudiant est sujet et acteur de sa formation. L'articulation entre son projet professionnel et le projet pédagogique se formalise dans le contrat de formation . Le partenariat : induit les notions de respect, d'ouverture et d'échanges. Il est indispensable dans la formation et répond aux textes réglementaires et à la nécessité d'une collaboration étroite avec les différents professionnels. Permet de faire prendre conscience de l'interdépendance et de la polyvalence de tous les champs du domaine de la santé « <i>La communication du projet pédagogique aux différents acteurs permettra d'établir un partenariat efficient</i> » 	<ul style="list-style-type: none"> . Diversité et qualité des terrains de stage . Le contrat de formation : engagement réciproque entre l'étudiant et l'équipe pédagogique qui repose sur les notions fondamentales de respect et de confiance mutuels. Au-delà de ce cadre, il existe un espace de négociation qui se concrétise par des espaces collectifs et individuels . La cohérence : principe essentiel permettant de s'interroger sur les liens entre les éléments du dispositif. Cette harmonisation induit des corrélations dans l'alternance stage/IFSI ; un rapprochement entre les différents acteurs . La communication : communiquer aux étudiants, sur les étudiants et avec les partenaires (projet pédagogique, outils, programme) . La convivialité : elle facilite la communication entre les individus. C'est une mise en confiance pour être le mieux possible 	<ul style="list-style-type: none"> . Projet établissement institutionnel - secret professionnel - obligation de réserve - obligation de discrétion professionnelle 	

THEMES PROJETS		Eléments formalisant un véritable partenariat	Organisation des stages	Corrélations / Liens	Oppositions / Contradictions
É T A B L I S S E M E N T F	Projet de Soins F1 1999-2003	<p>. Projet de soins commun conçu par les différents professionnels. Il concourt à la PEC des patients : IDE, sages-femmes, kiné-, ergo, MER, technicien de labo, formateurs des écoles et instituts. Démarche participative de l'élaboration du projet de soins avec la constitution de groupes pluridisciplinaires, résultant d'une réflexion partagée sur des valeurs communes</p> <p>« <u>Donner un sens au travail par le partage de nos valeurs.</u> »</p> <p>- Projet dépasse largement le cadre du service infirmier car volonté d'associer les partenaires les plus directs dans le soin qui suppose collaboration et coordination de tous les professionnels de santé</p> <p>- Projet de soins est une référence commune à toutes les équipes dans le respect de leur autonomie et de leur culture et nécessite une volonté collective mais aussi l'adhésion et l'engagement personnel de chacun et nécessite de donner volontairement de la souplesse au projet dynamique et évolutif dans le temps</p> <p>. <u>Objectifs</u> :</p> <p>- Développer les complémentarités internes et externes centrées sur le patient, en repensant et élargissant la notion d'équipe (avec les personnels des écoles et instituts)</p> <p>- Réorganiser l'outil de formation initiale et continue en créant une interactivité entre les services de soins et les écoles ce qui nécessite un travail en commun tant sur l'acquisition des pratiques professionnelles que sur l'organisation des études et des stages</p> <p>- Coordonner et développer les moyens de formation initiale et continue par création de l'institut régional de formation</p> <p>- Rendre complémentaires les compétences des différents professionnels et partenaires autour du patient pour améliorer la qualité des soins</p> <p>- Objectif 4.4 : rechercher une cohérence du processus global de formation tant en formation initiale qu'en continue</p> <p>. Collaboration et coordination pour un engagement dans une démarche fédératrice, autour de valeurs communes</p>	<p>. Un des objectifs du projet de soins : Adapter la formation des futurs professionnels en mettant en adéquation les offres de stage et les projets pédagogiques des instituts</p> <p>- L'établissement assure sa mission d'enseignement en formant les futurs professionnels de soins</p> <p>- Afin de répondre aux besoins des étudiants, et d'anticiper sur les compétences requises par l'évolution des techniques, les différents partenaires intervenant dans la formation doivent développer des liens étroits et directs</p> <p>. <u>Constat</u> : par insuffisance de coordination, les stages perturbent l'organisation des soins et ne permettent pas toujours d'effectuer un encadrement satisfaisant. Professionnels se sentent insuffisamment investis dans l'encadrement. Il existe parfois un décalage entre pratiques enseignées et réalité concrète du terrain</p> <p>. <u>Orientation et contenu du projet</u> : Une meilleure articulation entre les écoles et les services de soins et inter-écoles devrait permettre de pallier certains dysfonctionnements</p> <p>. <u>Outils et objectifs opérationnels</u> :</p> <p>1°- Elaborer des offres de stage afin d'évaluer le nombre d'étudiants que chaque unité peut accueillir au regard de la formation suivie et du niveau d'encadrement requis</p> <p>2°- Harmoniser les guides d'apprentissage, les protocoles et les pratiques professionnelles entre les unités et les écoles</p> <p>3°- Alimenter et utiliser le système d'information institutionnel (Intranet) dans le domaine des procédures, des protocoles pour améliorer la coordination et la complémentarité entre tous les acteurs et les partenaires. Cette centralisation allie efficacité et rapidité et facilite la consultation et la mise à jour des données professionnelles</p> <p>Cet objectif sera réalisé en étroite collaboration avec l'ensemble des soignants et des formateurs</p>	<p>. Valeurs et conceptions fondamentales communes en référence :</p> <p>- éthique professionnelle</p> <p>- discrétion et secret professionnel</p> <p>- responsabilité</p> <p>- respect de l'autre (mutuel)</p> <p>- professionnalisme</p> <p>- humanité</p> <p>- communication, échange, écoute</p> <p>- qualité</p> <p>- autonomie</p> <p>- solidarité</p> <p>- complémentarité</p> <p>- langage commun</p> <p>. Textes réglementaires régissant la profession et les études</p> <p>. Améliorer la coordination des soins en développant le partenariat entre les acteurs de santé : connaître les différentes fonctions et les respecter ; clarifier les zones de chevauchement de fonctions et instaurer une complémentarité ; connaître et reconnaître les différents métiers à l'hôpital ; favoriser la circulation des informations</p>	<p>. Projet de soin</p> <p>- plus axé sur les réponses aux besoins et attentes de la personne soignée, dans un souci constant d'amélioration des prestations</p> <p>- modèle conceptuel Virginia Henderson avec les 14 besoins fondamentaux de l'Homme</p> <p>. Projet pédagogique plus destiné à former des professionnels de qualité pour une meilleure prise en charge des patients</p>

THEMES		Eléments formalisant un véritable partenariat	Organisation des stages	Corrélations / Liens	Oppositions / Contradictions
PROJETS					
É T A B L I S S E M E N T F	<p align="center">Projet Pédagogique F2 Formation 2003-2005</p> <p align="center">Ecole d'infirmiers de bloc opérateur</p>	<p>. <u>Finalité de la formation</u>: former des professionnels devenant des partenaires indispensables au sein d'une équipe pluridisciplinaire</p> <p>. Bibliothèques et centres de communication de l'ES et des autres instituts accessibles aux étudiants</p> <p>. <u>Objectif</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> - être capable de travailler en équipe et de participer à la formation des professionnels intervenant dans différents secteurs d'activité - agir comme partenaire de santé dans le cadre législatif et réglementaire, déontologique et éthique - évaluer et réajuster sa pratique professionnelle face à l'encadrement à la formation des stagiaires - encadrer les stagiaires <p>. <u>Objectif</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> - amener les étudiants à réaliser des actions pédagogiques afin de les placer dans une situation de coopération et non de compétition auprès d'étudiants d'autres formations (manipulateurs, infirmiers, ...) <p>. Le directeur des soins de l'établissement est membre de droit du conseil technique. Il est composé aussi de représentants des enseignants à l'école et des élèves</p> <p>. <u>Outil de partenariat</u>: Le projet de formation 2003-2005</p> <ul style="list-style-type: none"> - document réactualisé chaque année et remis à tous les cadres accueillant des étudiants en stage 	<p>. Travaux pratiques effectués dans les locaux de l'hôpital (salle d'opération, locaux stérilisation, ...)</p> <p>. Stages obligatoires et optionnels : L'étudiant choisit ses stages optionnels et ses lieux de stage en fonction de son projet de formation</p> <p>. Objectifs de stages :</p> <ul style="list-style-type: none"> - stages effectués en alternance avec le temps d'enseignement théorique. Ce système donne aux étudiants un rôle de "médiateur" entre les lieux de stage et l'école. Ils portent un regard neuf et interrogateur sur le terrain et peuvent constituer pour celui-ci un élément de progrès. Inversement, ils apportent à l'école des questions concrètes qui obligent à intégrer dans l'enseignement les contraintes réelles issues du terrain - Avant chaque stage, l'étudiant complète un imprimé d'évaluation de stage, sur lequel il indique ses objectifs de stage qu'il communiquera au cadre et à l'équipe soignante <p>. Des offres de stage ont été négociées entre l'école et chacun des terrains de stage afin d'informer les étudiants sur les différentes possibilités qui leur sont offertes</p> <p>. Terrains de stage :</p> <ul style="list-style-type: none"> - encadrement assuré par du personnel qualifié et spécialisé - des lieux de stage sont ouverts à l'extérieur de l'ES pour ne pas surcharger les terrains <p>. Evaluations cliniques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - évaluation des stages réalisée par les professionnels de terrain - les étudiants devront solliciter un entretien mi-stage et participer à l'évaluation de fin de stage - MSP : organisée par le directeur de l'école en accord avec l'encadrement du terrain de stage réalisée en collaboration entre les professionnels de terrain et des membres de l'équipe de l'école 	<p>. L'étudiant est vraiment acteur de sa formation en fonction de son propre projet professionnel</p> <p>. Les textes relatifs à la formation renforcent le rôle prédominant des stages dans la formation</p>	

THEMES PROJETS		Eléments formalisant un véritable partenariat	Organisation des stages	Corrélations / Liens	Oppositions / Contradictions
É T A B L I S S E M E N T L	Projet de Soins L1 2004-2008	<ul style="list-style-type: none"> . Projet issu d'une réflexion de la commission du service de soins infirmiers - implication de directeurs et formateurs d'instituts dans le comité de pilotage, approuvé par les cadres soignants et enseignants - poursuite de l'engagement du groupe en constituant une structure d'accompagnement et de suivi de la mise en place du projet . Service infirmier représenté par l'ensemble des personnels soignants paramédicaux dont DSG et DSF, cadres soignants et enseignants . Intégration dans la CSSI d'autres paramédicaux : sages-femmes et kinésithérapeutes, manipulateurs, La formation initiale et continue est un objectif tel qu'il est défini dans la Loi hospitalière du 31 juillet 1991 . L'axe "accueil et encadrement des stagiaires" sera travaillé avec les différents instituts et écoles de formation qui adressent des stagiaires . Développement des actions de recherche en soins infirmiers en collaboration avec les instituts de formation . Pérenniser et uniformiser la démarche de dossier de soins commun partagé informatisé avec sa standardisation, basé sur l'utilisation des transmissions ciblées et impliquer l'ensemble des acteurs concernés dont les instituts formation . Organiser une PEC collective et individuelle de façon concertée et participative à partir des priorités institutionnelles et partagées par tous les acteurs de santé 	<ul style="list-style-type: none"> . Un des grands axes du projet de soins : L'accueil et l'encadrement des étudiants en soins infirmiers et des stagiaires par les personnels soignants des services de soins . Les objectifs de cet axe n°4 : - proposer des objectifs pédagogiques à atteindre en fonction des stagiaires accueillis avec une grille d'évaluation et de progression au cours du stage - proposer des référentiels de soins par service avec support d'information pour les stagiaires - mettre en place des critères d'évolution des stagiaires avec possibilité de réajustement en cours de stage - standardiser et formaliser les processus d'accueil et d'encadrement des étudiants et des élèves en développant le partenariat avec les instituts de formation afin de favoriser leur intégration . Outils : - élaboration et mise à jour d'un classeur de présentation des lieux de stage de l'ensemble de l'établissement à l'intention des instituts et des étudiants - formalisation du bilan mi-stage . Sous-groupe de travail pour cet axe composé de cadres enseignants 	<ul style="list-style-type: none"> . Valeurs humanistes et professionnelles communes : - respect de la dignité et de la liberté de l'être humain - compétence professionnelle - responsabilité professionnelle - autonomie . Textes réglementaires et législatifs régissant les règles professionnelles et les études . Modèle conceptuel de Virginia Henderson avec les 14 besoins fondamentaux de l'Homme . Outils : - le livret d'objectifs : comprend une grille d'évaluation mi-stage et les objectifs spécifiques étudiant fonction de leur vécu et du service - le rapport de stage : ont une grille d'évaluation des objectifs de stage et une appréciation . Evaluation formative sous forme de MSP dont le jury est formé par formateurs et professionnels terrain 	
	Projet Pédagogique L2 2003-2004 Ecole d'infirmiers anesthésistes	<ul style="list-style-type: none"> . Objectif de la formation : acquérir des connaissances théoriques et cliniques afin de développer les capacités et les valeurs professionnelles pour l'exercice de la profession . Formation qui s'appuie sur des concepts pédagogiques relatifs à la formation en alternance sur une pédagogie participative . S'intégrer dans une équipe pluridisciplinaire au sein du service infirmier et du système de santé . Les formateurs assurent l'animation des travaux dirigés en collaboration avec les équipes de terrain ou un laboratoire . Enseignement diversifié par médecins, cadres, formateurs... 	<ul style="list-style-type: none"> . Organisation pédagogique : la directrice et les formatrices assurent l'enseignement d'un certain nombre de thèmes sur les deux années et l'encadrement formatif dans les différents terrains de stages . Développer des capacités d'éducation et d'encadrement dans sa spécialité . Travaux pratiques dans un service hospitalier avec l'utilisation du matériel des services . Visites d'observation dans les services 		