



EHESP

Filière des Directeurs des Soins

Promotion : **2010**

Date du Jury : **Septembre 2010**

**La formation des puéricultrices à la croisée des chemins :
quelle anticipation et quel management pour le directeur des
soins ?**

KRILL Patricia

Remerciements

J'adresse mes sincères remerciements à toutes les personnes qui ont contribué à faire progresser ma réflexion dans le cadre de ce travail, et tout particulièrement aux professionnels qui m'ont accueillie en stage et qui ont accepté de participer aux entretiens.

Une pensée toute particulière à mes proches pour leur soutien, leur présence et leur compréhension tout au long de cette année 2010.

Sommaire

Introduction	1
1 Le cadre conceptuel et théorique de l'étude	5
1.1 L'approche « compétence » : une évolution nécessaire	5
1.1.1 Des repères et des concepts	5
1.1.2 Vers une recherche de compétence collective	6
1.2 Les formations paramédicales : vers une reconnaissance universitaire ?	7
1.2.1 Les Accords de Bologne	7
1.2.2 Les réflexions nationales relatives au programme des puéricultrices	8
1.3 Une analyse des problèmes	9
1.3.1 L'offre de soins territoriale	9
1.3.2 Une crise grave de l'offre de soins pédiatrique	9
1.3.3 L'évolution de la pédiatrie en France	10
1.4 Des pistes nationales proposées	11
1.4.1 Un appui sur des exemples étrangers	11
1.4.2 Le rôle de l'HAS dans les coopérations professionnelles et les délégations	12
1.4.3 La délégation de tâches : une solution envisageable mais complexe	12
1.4.4 Vers un nouvel enjeu de formation des puéricultrices	13
2 Le développement des compétences des puéricultrices en question	15
2.1 L'Enquête	15
2.1.1 Les objectifs de l'enquête	15
2.2 Le dispositif de recherche	15
2.2.1 Le choix de la méthode	15
2.3 Méthodologie générale	16
2.3.1 La population ciblée	16
2.3.2 Le déroulement des entretiens :	17
2.3.3 Les points forts et les limites de l'enquête	17

2.4	L'analyse descriptive et qualitative des entretiens	17
2.4.1	Le mode de dépouillement des entretiens	17
2.4.2	Entrevoir la pédiatrie de demain : une manière d'anticiper les compétences des professionnels	17
2.4.3	Les compétences des puéricultrices : une réponse à la demande en soins	20
2.4.4	L'évolution du dispositif de formation des puéricultrices	23
2.5	Retour sur nos hypothèses	25
2.5.1	A la première hypothèse	25
2.5.2	A la seconde hypothèse	25
2.5.3	A la troisième hypothèse	25
2.5.4	A la quatrième hypothèse	26
3	Propositions d'actions et perspectives	27
3.1	Le directeur des soins intègre dans son management stratégique les évolutions du contexte	27
3.1.1	Le directeur des soins accompagne l'équipe dans une ingénierie basée sur une approche compétence.	27
3.1.2	Une redéfinition de la fonction des cadres formateurs	28
3.2	Le directeur des soins détermine un projet de développement des compétences des formateurs dans son projet managérial	28
3.3	Le directeur des soins renforce les partenariats	30
3.3.1	Un nécessaire partenariat université- institut de formation- terrains professionnels	30
3.3.2	Des besoins nouveaux font émerger de nouvelles compétences	31
3.3.3	La compétence culturelle : une dimension essentielle dans la formation	31
3.3.4	Les pratiques avancées, un nouveau paradigme	32
Conclusion		33
Bibliographie		35
Liste des annexes		I

Liste des sigles utilisés

CEEPAME	Comité d'Entente des Ecoles Préparant Aux Métiers de l'Enfance
CEFIEC	Comité d'Entente des Formations Infirmières et Cadres
CREDOC	Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de Vie
CSF	Cadre de Santé Formateur
DEI	Diplôme d'Etat Infirmier
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DSF	Directeur des Soins en Formation
HAS	Haute Autorité de Santé
IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers
IADE	Infirmière Anesthésiste Diplômée d'Etat
IBODE	Infirmière de Bloc Opératoire Diplômée d'Etat
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
LMD	Licence Master Doctorat
PH	Praticien Hospitalier
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PRDFP	Plan Régional de Développement des Formations Paramédicales
SRFSS	Schéma Régional des Formations Sanitaires et Sociales
VAE	Validation des Acquis et de l'Expérience

Introduction

L'évolution des connaissances en pédiatrie, en néonatalogie, dans le développement psycho-social et affectif de l'enfant, exige un accompagnement ainsi qu'un questionnement constant du développement des compétences des professionnels de la petite enfance. Cette interrogation prend tout son sens dans un contexte sociétal où la précarité, les difficultés socio-économiques, l'incompréhension inter-générationnelle renforcent les problématiques de soin et fragilisent les relations parents-enfants, l'éducation, le développement des enfants.

Soigner des enfants, à l'hôpital ou en milieu ordinaire, représente ainsi un enjeu important et implique une remise en question constante des professionnels.

De plus, les exigences croissantes des parents, leur propre fragilité, le renfort des droits des usagers ainsi que les exigences en matière de qualité des soins impactent considérablement le devenir du soin à l'enfant et à sa famille.

La nécessité de réfléchir au développement des compétences au cœur des dispositifs de formation des métiers de la santé n'est pas nouvelle et s'est traduite récemment par l'introduction d'un nouveau programme de formation des infirmiers(ères).

Cette nouvelle démarche d'enseignement correspond davantage à une vision modernisée¹ de l'apprentissage favorisant l'intégration de connaissances, mais aussi une réflexion plus approfondie sur les concepts, les valeurs, les savoirs qui fondent la pratique professionnelle, et l'essentiel à transmettre aux jeunes professionnels.

Les instituts de puériculture s'inscrivent dans cette réflexion, et interrogent leur pédagogie puisqu'ils sont en qualité d'institut de spécialité dans un continuum de formation des infirmiers(ères).

La formation d'une durée d'une année prépare les professionnels à être **compétents** à la fois en milieu hospitalier souvent spécialisé, en structures d'accueil de la petite enfance, dans des structures médico-sociales, ainsi que dans le secteur de la protection maternelle et infantile (PMI). Cette diversité de secteurs multiplie les compétences attendues dans un contexte imprégné par bon nombre de réformes. Cela suppose d'une part l'acquisition de connaissances dans des champs disciplinaires différents, des observations professionnelles, des capacités d'analyse de situations complexes et de transferts de connaissances. Ce contexte décrit comme étant complexe, mérite une analyse afin d'en saisir les fondements, d'en comprendre les enjeux et opportunités mais aussi afin d'anticiper les ombres et les écueils à prévenir. Nous savons cependant que l'évolution

¹ COUDRAY M.A. La formation infirmière rénovée, une ouverture et des opportunités *Soins Cadres de Santé*, supplément au N°68 p55.

des réformes de santé, des sciences médicales, sociales, humaines, ainsi que les techniques de soins, et les attentes des usagers sont en perpétuelle évolution.

Aussi, la formation des puéricultrices répond-elle à ces exigences ?

De plus, l'offre de soins « pédiatrique » est confrontée à un problème démographique considérable. On constate une pénurie de pédiatres, cette difficulté identifiée sur le territoire national pourrait compromettre les missions assurées par les pédiatres en terme de réponse aux besoins de santé en périnatalité, en pédiatrie ou encore en santé publique. Cette préoccupation n'est pas récente et a déjà fait l'objet d'un rapport en 2003. Yvon Berland² dans son rapport énonce l'urgence d'envisager des alternatives telles que le transfert de compétences, le partage de tâches entre médicaux et paramédicaux. Ce bilan a inspiré un certain nombre d'investigations, de réflexions politiques, juridiques, professionnelles croisées cherchant à palier le problème de continuité des prises en charge pédiatriques.

En effet bon nombre de propositions, de solutions envisagées tirent leur origine de ce premier rapport et vont engager des réflexions plus élargies sur ce même principe.

Cependant, un certain nombre de questions et de problèmes se dégagent :

Quelles compétences pourraient être transférées des pédiatres aux puéricultrices ?

Dans ces situations, quel accompagnement en formation favoriserait ce transfert de compétences ?

Quelles constructions faciliteraient ces coopérations professionnelles et ces transferts de compétences ?

En tant que future directrice des soins d'un institut de formation en puériculture, responsable du management, de la stratégie, de la gestion pédagogique, le questionnement que nous souhaitons mener est certes indissociable du contexte, et nous amène à mieux comprendre l'environnement qui sera le nôtre à l'issue de la formation à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP). Il s'agit d'établir un diagnostic élargi sur les grandes tendances qui pèsent sur le système de formation, à en comprendre les enjeux mais également à ne pas perdre de vue la mission essentielle, celle de former les puéricultrices aux missions qu'elles seront amenées à assurer à l'issue de l'année de formation.

Il ne s'agit pas d'une construction intellectuelle mais surtout d'une réflexion visant à être vigilante à l'évolution du système de formation, à la reconfiguration de l'organisation du dispositif de formation, mais également à être préparée aux mutations et aux modifications profondes qui s'opèrent.

² BERLAND Y. « coopération des professionnels de santé, le transfert de tâches et de compétences, rapport pour Monsieur Mattei, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. octobre 2003. p45

Notre travail s'appuie sur les attendus en matière de compétences de plus en plus spécialisées, dans une diversité d'exercices liée aux différents secteurs d'activités de la puéricultrice, dans des milieux exigeants en matière de qualité et de réponses aux besoins des enfants, des parents et des professionnels. Ce milieu professionnel, de par sa spécificité est un milieu sensible quel que soit le domaine d'exercice, où l'erreur et la négligence sont encore moins tolérées que dans un secteur de soin pour adulte.

Ces difficultés s'additionnent à des difficultés de démographie médicale, à des contraintes de recherche d'efficacité, de restrictions budgétaires et à minima de limitation de coûts.

Les dispositifs de formation sont-ils préparés à répondre à ce nouveau contexte ?

Ainsi, la réflexion nous amène à nous poser la question suivante qui constituera le fil conducteur de notre travail.

Au regard du contexte actuel, en quoi l'évolution des compétences attendues de l'infirmière puéricultrice impacte-t-elle le dispositif de formation ?

Rôle du directeur des soins.

Dans nos constats initiaux basés sur une approche du dispositif de formation, nous nous appuyons sur un décalage perceptible entre les exigences et les compétences attendues des puéricultrices dans les différents lieux d'activités mis en parallèle avec la formation proposée. Le programme en vigueur datant de plus de vingt ans, l'adaptation aux besoins actuels se pose compte tenu des éléments qui constituent les fondements décrits préalablement.

Aussi, dans la perspective d'un futur nouveau référentiel de formation des puéricultrices, mais également dans le cadre de l'intégration du système Licence, Master, Doctorat (LMD), de la Validation des Acquis et de l'Expérience (VAE), de l'universitarisation, nous sommes amenés à réfléchir notre positionnement et notre approche de la dynamique de la formation d'autant plus que notre parcours professionnel aura été essentiellement constitué d'expériences en milieu hospitalier.

Plusieurs hypothèses peuvent à ce stade être avancées :

1. L'évolution des compétences des puéricultrices va amener le directeur des soins à repenser ou adapter le dispositif de formation.
2. Le rôle et les fonctions des formateurs, un changement de posture important et incontournable intégrant le développement de nouvelles compétences.
3. Le partenariat institut de formation/ terrains de stage / université : une redéfinition nécessaire du système apprenant pour concourir au développement des compétences des futures puéricultrices.

4. Les pratiques avancées des puéricultrices représentent une réponse à l'adaptation au contexte et un enjeu pour le directeur des soins dans le développement de compétences.

Ce travail d'exploration vise à éclairer les leviers d'actions dont nous disposons pour répondre à l'adaptation des compétences des futurs(es) professionnels(les) et à préparer le pilotage de l'institut dans ce sens.

Aussi la première partie développera le cadre contextuel et théorique intégrant l'analyse du contexte sur lequel se sont appuyées les hypothèses. Nous évoquerons les éléments significatifs du contexte au regard de la thématique traitée. Nous aborderons également quelques concepts qui nous semblent utile de clarifier.

La seconde partie sera consacrée à la méthodologie de questionnement employée auprès de professionnels en lien avec la fonction de la puéricultrice : médecins pédiatres, puéricultrices, cadres formateurs, directeurs des soins dans différentes postures professionnelles (gestion – formation), professeurs et responsables pédagogiques dans le milieu universitaire suivi de l'exploitation des entretiens.

Ainsi, ils nous amèneront à vérifier ou non les hypothèses énoncées en début de réflexion.

Puis en dernier lieu nous présenterons nos préconisations, nos leviers d'action tout en nous projetant dans notre future fonction de directeur des soins en institut de formation en puériculture.

1 Le cadre conceptuel et théorique de l'étude

1.1 L'approche « compétence » : une évolution nécessaire

L'évolution du système de santé a influencé la réforme du programme de formation des infirmiers (ères). De nombreux professionnels attendaient un nouveau référentiel de formation pour répondre à l'évolution des sciences et des techniques et s'adapter ainsi davantage au contexte. Cette innovation constitue une opportunité mais sous-entend également une approche philosophique nouvelle. Pour les acteurs concernés par cette réforme, l'innovation et ses applications pratiques demeurent d'une grande complexité dans une réalité professionnelle.

1.1.1 Des repères et des concepts

D'une manière générale, le développement des compétences n'est certes pas un phénomène nouveau. Les entreprises, les grandes organisations se sont préoccupées depuis plus de 30 ans des notions de compétences de leurs employés. En revanche, la nouveauté réside dans le débat social auquel cette réforme donne lieu, car être compétent aujourd'hui ne revêt pas les mêmes caractéristiques qu'en 1950 ou 1970 voire même d'il y a quelques années.

Le concept de compétence est sans cesse évolutif et nécessite d'être évalué et interrogé.

P. ZARIFIAN définit la compétence comme étant :

« Une prise d'initiative et de responsabilité de l'individu dans des situations professionnelles auxquelles il est confronté. »³

L'analyse des situations de travail fait apparaître la nécessité de se référer aux normes et règles de son milieu professionnel. Le professionnel construit avec sécurité et pertinence sa propre façon de s'y prendre grâce à des expériences passées, et élabore ses propres règles du métier. L'aléatoire, l'imprévu, sont des contextes où les professionnels vont devoir agir, assurer une tâche, une mission, une responsabilité. Or, nous savons aujourd'hui que le quotidien se construit sur de nombreux événements non planifiés constituant ainsi une part importante dans nos organisations professionnelles.

D'autre part, la compétence est un savoir reconnu, elle ne prend son sens que s'il y a une reconnaissance d'autrui ainsi :

« On ne se déclare pas soi même compétent; cela dépend d'une reconnaissance ou d'une appréciation sociale. »⁴

Nous ne pouvons nous limiter à une seule définition, car la notion de compétence est bien trop complexe et évoque des aspects combinatoires et de nombreuses composantes.

³ ZARIFIAN. P. Objectif compétence : pour une nouvelle logique, Paris, Editions Liaisons, p70

⁴ CAPELLE. V. Les compétences de l'individu au collectif. Soins Cadres n°41 – février 2002 p19

Ce contexte nous amène à nous questionner sur la nature même de nos compétences, afin de répondre aux nécessités et aux organisations actuelles.⁵

D'après Guy le Boterf :

« La compétence d'un professionnel se reconnaît à sa capacité à gérer efficacement un ensemble de situations professionnelles. Pour cela, il devra combiner et mobiliser plusieurs compétences et ressources. »⁶

Cette notion dépend des situations et des organisations de travail. Elle ne peut être considérée comme une somme de savoirs, de savoir-faire et de savoir être. Les processus d'évaluation de la qualité dans le domaine hospitalier sur un mode collectif en témoignent. De nombreuses évaluations s'opèrent selon des modes collectifs et cherchent à engager le maximum de professionnels dans ses applications. Les évaluations de pratiques médicales et paramédicales en sont les témoins.

1.1.2 Vers une recherche de compétence collective

« La compétence collective fait la qualité globale de la prestation. »⁷

Depuis plusieurs années, dans la logique hospitalière comme dans les entreprises, la notion de compétence s'est transformée. Le pluriel de plus en plus utilisé, oriente vers une idée d'interaction entre différents éléments alors que, au singulier, la compétence était synonyme de qualifications professionnelles acquises par une formation et l'obtention d'un diplôme. De plus, l'accélération des réformes mais également l'attente sociétale avec l'évolution des progrès technologiques, organisationnels réduit la durée de vie des compétences et impose aux acteurs un renouvellement constant de leur capital de compétences, impliquant une posture d'apprentissage permanente⁸. Par ailleurs, si les compétences s'évaluent assez facilement au niveau individuel, elles sont difficilement perceptibles et lisibles au niveau collectif. Nos organisations de plus en plus complexes de par la pluridisciplinarité, le travail en réseau, le rythme accéléré des transmissions d'informations, le mouvement constant, la rotation des professionnels, le changement de repères participent au fait que les prestations dépendent directement de la dimension collective des compétences. Le milieu hospitalier par exemple est, sauf exception, un milieu où la performance s'apprécie d'une manière collective.

Le concept d'approche par compétence des formations des professionnels de santé apparaît donc comme une réponse évidente à l'actualisation du contexte. D'autres formations vont par voie de conséquence suivre celle des infirmiers et inaugurer la voie de nouvelles ingénieries.

⁵ LE BOTERF. G. *De quel concept de compétence avons-nous besoin ?* Soins Cadres n°41 –février 2002 p20-22

⁶ Idem

⁷ TEULIER. R. *Construire ensemble des connaissances pour nourrir des compétences* Soins Cadres n°41- février 2002. p23-26.

⁸ Recommandations du Parlement Européen et du Conseil du 23 Avril 2008 établissant le cadre européen des certifications pour l'éducation et la formation tout au long de la vie -Journal Officiel de l'Union européenne <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ> visité le 8.5.10

1.2 Les formations paramédicales : vers une reconnaissance universitaire ?

Une autre approche se conjugue à la nouveauté. Celle qui relève du système Licence, Master, Doctorat (LMD) et qui signe la volonté d'inscrire les formations paramédicales dans un système en lien direct avec le dispositif universitaire d'une part, et de manière plus élargie encore dans l'espace européen des formations. Ce progrès entraîne un engagement nécessaire des partenaires au service de la formation de professionnels dans une recherche d'acceptation de l'un et de l'autre, formation professionnelle et formation universitaire, d'acceptation de valeurs, de culture différente. « *Ce système permet de fédérer les professionnels de la formation de la santé sur un même projet, et représente de ce fait même une démarche de progrès.* »⁹ Dès la signature des accords de Bologne en 1999, les projets s'orientent tous dans le même sens et constituent la clé pour construire l'avenir de nos professions dans le cadre des formations européennes.

1.2.1 Les Accords de Bologne

Les pays européens ont à partir de la déclaration de la Sorbonne en 1998, puis après celle de Bologne en 1999 communiqué sur l'intérêt « *d'une adoption d'un système de diplômes facilement lisibles et comparables, entre autres par le biais du supplément au diplôme, afin de favoriser l'intégration des citoyens européens sur le marché du travail et d'améliorer la compétitivité du système d'enseignement supérieur européen à l'échelon national.* »¹⁰ La mise en place du système européen de crédits ou « *European Credit System (ECTS)* » représente une valeur numérique affectée à des temps d'enseignements sur la base d'une valeur chiffrée en volume de travail en fonction des cours, travaux dirigés, travail personnel. Aussi, 60 crédits représentent le volume d'une année d'études.

En ce qui concerne les diplômes paramédicaux délivrés en France par le Ministère de la Santé, une méthode de construction de la ré ingénierie des différents diplômes devra être formalisée d'une manière similaire. Les contenus sont posés et seront fort probablement construits dans l'avenir pour toutes les formations paramédicales comme décrivant des compétences attendues chez les jeunes professionnels. Ainsi, la question qui nous apparaît essentielle réside dans la question suivante :

Quelles compétences faut-il construire aujourd'hui pour les puéricultrices et quelles compétences envisager pour demain?

⁹ GALLANT M.O *le projet d'école EHESP* juin 2010

¹⁰ [Les Accords de Bologne 1999 www.education.gouv.fr/realisations/education/superieur/bologne.htm](http://www.education.gouv.fr/realisations/education/superieur/bologne.htm) visité le 5.5.10

1.2.2 Les réflexions nationales relatives au programme des puéricultrices

Le métier de puéricultrice se définit comme suit :

« La puéricultrice est une sage-femme ou une infirmière spécialisée qui exerce des activités de soin, d'éducation dans les établissements de santé accueillant des enfants de la naissance à l'adolescence, dans les établissements et services d'accueil des enfants de moins de 6 ans et dans les services de protection et de promotion de la santé de l'enfant et de la famille. »¹¹

Spécialiste de l'enfance et de l'adolescence, elle (il) mobilise son expertise pour poser un diagnostic de santé et un diagnostic de développement de l'enfant et pour mettre en œuvre un projet avec l'enfant et ses parents.

Néanmoins, le programme¹² en vigueur actuellement de la formation des études conduisant au diplôme d'Etat de Puéricultrice date de 1983. Le constat établi par les professionnels montre une inadéquation entre les besoins en santé et un décalage significatif avec les pratiques actuelles. Aussi les tendances d'évolution du métier citées dans le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière¹³ évoque des pistes marquant l'évolution et les facteurs clés à moyen terme. Ces pistes sont relatives :

- au développement de l'hospitalisation à domicile,
- aux évaluations des pratiques professionnelles,
- aux évolutions consécutives aux transferts de compétences,
- aux redéfinitions des missions, des procédures de prise en charge et des responsabilités entre les médecins et paramédicaux,
- au développement des réseaux de santé,
- au retour précoce à domicile des mères en post-partum et de leur enfant.

Ces remarques montrent l'importance et la volonté de rechercher la fluidité du parcours de l'enfant entre les structures hospitalières et le domicile, l'importance des réseaux de santé, mais démontrent également la volonté de se projeter vers un partenariat mieux défini, plus formalisé entre puéricultrices et pédiatres, et une progression vers la redéfinition des missions, des procédures.

Cependant plusieurs problèmes se posent et l'un en particulier est relatif à la pénurie des pédiatres et à ses implications en terme de continuité de soins, d'accessibilité et de compétences spécialisées. Comme le souligne l'audition des pédiatres, « *c'est la pédiatrie générale qui est menacée, les dépistages précoces; les enfants vulnérables aux âges clés de 0 à 6 ans.* »¹⁴

¹¹ Définition du comité d'Entente des Ecoles Préparant Aux Métiers de l'Enfance. Association regroupant des écoles d'auxiliaires de Puériculture et de Puéricultrices.

¹² Arrêté du 13/07/1983 relatif au programme des études de la formation de Puéricultrice.

¹³ www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip consulté le 20 juin et le 17 juillet 2010

¹⁴ CARON.FM, RUBEL.F *Quelle démographie pour la pédiatrie en France ?* ONDPS / CNDP 4.11.09 <http://www.snpeh.org/> visité le 10.6.10

1.3 Une analyse des problèmes

1.3.1 L'offre de soins territoriale

La répartition territoriale de l'offre de soin est de plus en plus inégale et crée des difficultés d'accès aux soins de premier recours qui vont s'aggraver à court terme.

L'accès de tous à des soins de qualité constitue l'un des objectifs majeurs des politiques de santé publique. Or, les disparités dans la répartition territoriale des professionnels de santé y compris dans le domaine de la petite enfance compromettent l'égal accès aux soins, et cela d'autant plus que la démographie médicale est destinée à décroître pendant plusieurs années.

1.3.2 Une crise grave de l'offre de soins pédiatrique

- **La désaffection pour le mode d'exercice libéral des jeunes pédiatres**, en particulier en dehors des grandes agglomérations a été identifiée. Ainsi, il n'y a plus de permanence des soins pédiatriques en secteur libéral dans certaines régions et on assiste à l'engorgement des urgences hospitalières. Il y a donc nécessité de revoir la place de la pédiatrie dans le parcours de soin. Parmi les pistes envisagées par les pédiatres un travail de collaboration entre généralistes d'une maison médicale établie au sein d'un hôpital avec le service de pédiatrie permettrait d'établir des recommandations de manière à optimiser la prise en charge de l'enfant arrivant aux urgences.

Cette alternative proposée émane de la communauté des médecins pédiatres et pourrait se développer¹⁵.

- **La féminisation de la spécialité¹⁶** : les femmes pédiatres représentent à présent plus de 80 % des promotions. Elles sont attirées **par la pédiatrie spécialisée**, et par une activité à temps partiel à 75 % ou 80 %, et par l'exercice en centre hospitalo-universitaire. Les femmes représentent plus de 80 % des internes de pédiatrie, on observe une désaffection pour les postes de pédiatrie générale dans les hôpitaux non universitaires : près du quart des postes de praticiens hospitaliers temps plein sont vacants et près du tiers des postes en temps partiels, alors qu'ils sont nettement moindres dans les centres hospitalo-universitaires. Cette évolution constitue une menace, à court terme pour les services de pédiatrie à l'exemple de l'équivalent des services de « médecine interne » pour l'enfant dans ces établissements, d'autant que leurs chefs de service sont âgés et en instance de départ. On sait que 60 % des pédiatres ont plus de 50 ans.

- **Des problèmes de recrutements de personnels paramédicaux**

Le centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (CREDOC) lors d'une enquête montre les difficultés de recrutement de profils qualifiés du domaine de la

¹⁵ Audition des pédiatres du 4.11.2009 version PDF consulté sur www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr visité le 1.7.09

¹⁶ PELETIER. M directrice de l' ANEMF : L'Association Nationale des Etudiants en Médecine de France www.anemf.org visité le 27.6.10

Santé. Il s'agit d'infirmières, de puéricultrices auxquelles s'ajoutent certains postes d'encadrement. Ces professions, parmi les plus recherchées, doivent permettre de faire face à une demande de soins croissante aussi bien en milieu hospitalier que libéral. « *Sur 23.931 recrutements prévus en 2010, 63% s'annoncent difficiles.* »¹⁷

- Les services départementaux de PMI et ceux de santé scolaire en difficulté.

Ces services ne parviennent plus par manque de pédiatres à assurer les dépistages et le suivi des enfants les plus vulnérables, la participation aux prises en charge médico-psycho-sociales notamment dans le cadre de la protection de l'enfance, ainsi que l'évaluation des handicaps sont assurés essentiellement par des diplômés de médecine générale. Ces difficultés sont relatives à l'augmentation des besoins des usagers, à l'augmentation des troubles des apprentissages, aux troubles du comportement des enfants en bas-âge.

Parallèlement aux difficultés relatives à l'offre de soins une demande en soins ne cesse d'augmenter.

1.3.3 L'évolution de la pédiatrie en France

- **Un argument démographique** : le nombre d'enfants s'accroît, de sorte que le ratio nombre de pédiatres pour 10 000 enfants de moins de 15 ans se situe parmi les plus faibles en Europe¹⁸. Dans plusieurs pays européens, jusqu'à 6 ans, le suivi des enfants est assuré exclusivement par les pédiatres. En France, sur l'ensemble des consultations effectuées auprès des 0 à 2 ans, les pédiatres libéraux n'en assurent que le tiers.

- **En second lieu, un élargissement du champ de la pédiatrie et une évolution de ses modalités d'exercice est à envisager :**

- le développement de «sur-spécialités» lié aux pathologies chroniques de l'enfant et aux maladies rares nécessite un maillage constitué de centres de référence, des prises en charge de proximité afin d'assurer la permanence de soins,
- une application encore partielle des normes d'encadrement dans les maternités, et les unités de soins intensifs et l'impact d'un recours croissant aux urgences,
- un intérêt accru porté aux difficultés psycho-affectives de l'enfant, aux difficultés d'apprentissage et aux troubles du développement,
- le développement des allergies, de l'obésité.

Simultanément, on assiste à l'émergence de nouvelles vulnérabilités (les prématurés, les enfants porteurs de handicap, les adolescents, les familles monoparentales, la précarité). L'importance d'une prise en charge précoce rend souhaitable la généralisation des dépistages aux âges clés tels que la néonatalogie, les 3-4 ans, l'adolescence ainsi qu'un accompagnement parental par des professionnels.

¹⁷ Hospimédia 14.4.2010 infirmiers, cadres, puéricultrices *Sur 23.931 recrutements prévus en 2010, 63% s'annoncent difficiles*, consulté le 15.4.2010

¹⁸ Audition des pédiatres du 4.11.2009 version PDF consulté sur www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr visité le 1.7.10

Par ailleurs, pour les prises en charge, le domaine de la pédiatrie collabore avec de multiples intervenants : notamment dans le domaine social, médico-social, avec les intervenants de la protection de l'enfance, de la pédopsychiatrie.

La spécialité pédiatrique est également appelée à repenser, replacer la place des parents, de la famille comme étant les premiers intervenants dans les soins à porter à l'enfant. De ce fait, l'éducation à la santé, la prévention nécessitent des durées de consultations allongées et méritent d'être réfléchies et intégrées dans le domaine des soins.

1.4 Des pistes nationales proposées

1.4.1 Un appui sur des exemples étrangers

M. Didier Tabuteau¹⁹, directeur de la chaire santé de « Sciences-Po », a souligné devant la mission que dans certains pays étrangers, la coopération entre ces catégories de professionnels est plus développée qu'en France, avec des statuts plus diversifiés. L'exemple de la Grande-Bretagne, où les infirmières assurent de nombreuses formalités, les questionnaires médicaux, des soins techniques divers montre que de telles délégations permettent au médecin de se concentrer exclusivement sur les tâches médicales. Elles permettent aussi une micro-spécialisation des auxiliaires médicaux qui va dans le sens d'une meilleure qualité de la prise en charge et d'une reconnaissance de leur expertise.

En France, des exemples de délégation de tâches ont été reconnus comme efficaces dans le domaine de la vision²⁰.

En revanche, des problèmes dans l'application des mesures persistent. Qu'il s'agisse de coopération professionnelle ou de transfert de tâches, si le principe semble acquis, les derniers dispositifs d'application portés par le ministère de la Santé posent question. Médecins et sages-femmes réunis séparément sur ce sujet l'ont confirmé. Le transfert de tâches a du mal à s'imposer auprès des professionnels. « *Paradoxalement, le principe-même des coopérations semble engendrer un certain consensus mais les dispositifs imaginés par le gouvernement jusque-là pour les développer ne trouvent pas forcément l'écho attendu et suscitent de nombreuses oppositions. Les questions de financement et de qualification constituent ses principales pierres d'achoppement.* »²¹

Par ailleurs, de nombreux infirmiers en seconde partie de carrière sont réticents à se voir déléguer certaines tâches parce qu'ils jugent leur formation insuffisante. De même, les représentants des élèves-infirmiers ont estimé devant la mission²² que leur formation

¹⁹ TABUTEAU.D L'égal accès de tous aux soins de premier recours <http://chairesante.sciences-po.fr> visité le 14.7.10

²⁰ rapport d'étape HAS Délégation, transfert, nouveaux métiers, conditions des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé www.has-sante.fr/.rapport-d-etape-delegation-transferts-nouveaux-metiers

Janvier 2007 en collaboration avec l' ONDPS p6 consulté le 11.5.10

²¹ Hospimédia 12.5.10 Des rouages plutôt grippés consulté le 12.5.10

²² op.cit 14

initiale n'était pas suffisante pour qu'ils puissent effectuer de nouvelles tâches sans formation complémentaire.

1.4.2 Le rôle de l'HAS dans les coopérations professionnelles et les délégations

La HAS précise qu'elle emploie le terme de « *coopération* » entre professionnels de santé pour éviter les expressions de « *délégation de tâches* » et de « *transfert de compétences* », source de confusion car leur définition juridique n'est pas assez précise en ce qui concerne les règles de responsabilité médicale et des professions paramédicales réglementées.

Elle propose de définir la délégation de tâche comme l'action par laquelle le médecin confie à un autre professionnel la réalisation d'un acte de soin ou d'une tâche. La délégation comprend l'idée de supervision. La responsabilité du délégant (le médecin) reste engagée du fait de la décision de déléguer, la responsabilité du délégataire (le professionnel non médical) est engagée dans la réalisation de l'acte²³. Le transfert de tâche est défini comme l'action de déplacer l'acte de soin, d'un corps professionnel à un autre : les activités sont confiées dans leur totalité, y compris en termes de responsabilité, à une autre profession. Dans ce cadre, les professionnels non médicaux sont donc autonomes.²⁴

L'HAS propose la redéfinition des missions de chaque profession de santé, pour favoriser la coopération entre elles, mais également une réflexion sur les formations et des règles de responsabilité adaptées. Ces étapes permettront d'envisager le transfert de certaines compétences des médecins à d'autres professionnels. La répartition des tâches dans notre système de santé est fondée sur le principe d'un monopole médical : les interventions des auxiliaires médicaux sont « *conçues comme des dérogations à ce monopole* » énumérées par des « *décrets d'actes.* » C'est donc de façon limitative que sont fixés les actes qu'un médecin peut déléguer à un personnel paramédical soit sur prescription, soit sous son contrôle direct, ainsi que ceux qui relèvent du rôle propre reconnu aux infirmiers par l'article R. 4311-3 du code de la santé publique.

1.4.3 La délégation de tâches : une solution envisageable mais complexe

Depuis le rapport Berland, la notion de délégation de tâches a suscité beaucoup d'intérêt, de recherche, mais « *les initiatives françaises sont restées rares au prix de pratiques non reconnues* »²⁵ exprime Y. Bourgueil dans son rapport.

23 Rapport d'information présenté par Marc Bernier, député. *En conclusion des travaux de la mission d'information sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire*. Présenté à l'Assemblée Nationale le 30.9.2008. www.assemblee-nationale.fr visité le 13.7.10

²⁴HAS, en collaboration avec l'ONDPS, « *Délégation, transfert, nouveaux métiers, conditions des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé* » www.has-sante.fr./delegation-transfert-nouveaux-metiers-comment-favoriser-les-formes-nouvelles-de-cooperations. Visité le 15.6.10

²⁵BOURGUEIL.Y. *Coopérations des professionnels de santé : transferts de tâches* www.irdes.fr/Bourgueil/CooperationProfessionnelsDeSante.pdf visité le 15.6.10

Aussi, le rapport de Mme M. Bressand adressé à Mme le Ministre Bachelot Narquin évoque des solutions envisageables exprimées lors d'une audition de professionnels paramédicaux qui s'inscrivent dans une logique de coopérations professionnelles et de pratiques avancées²⁶.

Dans le même sens, Mme Annie Podeur²⁷ a jugé qu'il fallait redéfinir les périmètres de compétences des professions de santé avec souplesse et clarté, par des textes réglementaires simples et stables renvoyant à des arrêtés ou à des recommandations de la HAS pour en préciser le contenu. Favoriser l'engagement des professionnels de santé dans de nouvelles formes de coopération en leur proposant des formations adéquates, des rémunérations attractives et des règles de responsabilité claires en sont les principes généraux.

1.4.4 Vers un nouvel enjeu de formation des puéricultrices

La formation des puéricultrices est actuellement re questionnée et requière l'attention des professionnels de la petite enfance soutenus par l'association nationale des puéricultrices, par des médecins et des puéricultrices, ainsi que des représentants du comité d'entente des écoles préparant aux métiers de la petite enfance. La Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), s'est réunit à plusieurs reprises depuis le début de l'année 2010 afin d'étudier les conditions d'exercice des puéricultrices, d'examiner les pratiques effectives des infirmiers spécialisés et d'identifier les coopérations dans le cadre de transferts d'activités. Cette démarche prend appui sur les travaux déjà réalisés par les associations représentatives des professionnels.

La coopération fait l'objet d'une validation de la HAS après avis de l'Agence Régionale de Santé indiquant le champ de coopération envisagé correspondant à des nécessités régionales.

La définition d'une infirmière en pratique avancée : « Une infirmière qui exerce en pratique avancée est une infirmière diplômée qui a acquis des connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de sa profession. Les caractéristiques de cette pratique avancée sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière sera autorisée à exercer. »²⁸

Une puéricultrice du fait de sa formation a déjà des connaissances théoriques et des compétences cliniques. Le contexte a été largement étudié mais il subsiste la question de l'autorisation d'exercer, ce qui constitue l'essentiel du débat aujourd'hui.

²⁶ BRESSAND.M mission relative à « réflexion autour des partages de tâches et des compétences entre professionnels de santé. www.aeeibo.com/RapportBressandcooperationsV2nov2008.htm visité le 4.7.10

²⁷ op. cit 17

²⁸ DEBOUT.C *Création d'un master en sciences cliniques infirmières* : intervention à l' EHESP

L'identification de pratiques avancées pour la puéricultrice est de nature différente.

« Il s'agit d'identifier les domaines dans lesquels les infirmiers d'une spécialité donnée pourraient élargir leurs activités à des actes relevant aujourd'hui du corps médical et qui pourraient être réalisés dans des conditions déterminées. »²⁹

Les activités nouvelles examinées sont :

1. Des activités de consultation et la nécessité d'en évaluer les impacts tels que les consultations en lactation, les consultations pour le suivi d'enfants porteurs de pathologies chroniques, des consultations de sortie de néonatalogie, et suivi des grands prématurés, les consultations d'annonce et de première sortie.
2. La recherche infirmière réclame des compétences plus élargies. Cela pose également la question de la reconnaissance puisque certaines revues scientifiques demandent l'avis du Comité d'Ethique avant toute publication. Actuellement il y a des manques méthodologiques de recherche : des lectures critique d'articles scientifiques et médicaux, des connaissances en épidémiologie, en démarche de recherche.
3. La mise en œuvre d'une activité libérale pose aujourd'hui encore des questions relatives à la question de la cotation de certains actes, et des activités telles que l'éducation, la promotion de la santé ou l'accompagnement à l'allaitement maternel.
4. La question de la prise en charge par les puéricultrices d'une fonction de direction de structure d'accueil dès la sortie de formation pose également question car actuellement les structures d'accueil sont en difficulté pour recruter des puéricultrices, ce qui les conduit à recruter des éducatrices de jeunes enfants en priorité.

Ce développement et cet essor doivent amener un questionnement à trois niveaux :

1. Les nouvelles activités permettent-elles **une meilleure prise en charge du patient** ?

Les éléments de preuve tangibles seraient : des critères d'accessibilité aux soins, des réductions des délais d'attente, une amélioration de la sécurité des soins, et d'une manière générale une plus value du système de santé actuel. L'impact sur le niveau de santé des enfants et, en particulier dans les troubles des apprentissages, dans la prévention de la maltraitance, et l'accompagnement parental aux âges clés pourraient être des exemples significatifs et encourageants.

2. De nouvelles activités pour les puéricultrices permettraient-elle une meilleure **organisation des soins** ? Des résultats en matière d'impact sur le travail en réseaux, de meilleures coordinations ou collaborations professionnelles pourraient en témoigner.

3. Enfin, les **conditions de faisabilité** seraient ré interrogées : nouvelles compétences, nouvelle ingénierie, pratiques avancées, master, responsabilités nouvelles, réglementation de la profession adaptée, formation initiale et continue.

²⁹ réunion de travail « Identification des pratiques avancées pour le métier d'Infirmier(ère) Puériculteur(trice) » compte-rendu de la réunion du 4.février 2010 DGOS

2 Le développement des compétences des puéricultrices en question

2.1 L'Enquête

Après avoir exposé dans une première partie le cadre conceptuel qui a instruit notre réflexion et notre problématique, nous allons à présent tenter de vérifier les hypothèses à partir de l'enquête de terrain.

2.1.1 Les objectifs de l'enquête

Les objectifs de l'enquête cherchent à enrichir le sujet traité, à répondre à la question principale, fil conducteur de la réflexion et à confirmer ou infirmer les hypothèses émises en introduction en les confrontant à la réalité professionnelle exprimée par les personnes interviewées.

2.2 Le dispositif de recherche

2.2.1 Le choix de la méthode

Dans un premier temps, une recherche bibliographique a été menée et a donné lieu à des fiches de lecture pour les ouvrages, des résumés thématiques et des approches d'analyse pour les rapports et articles de presse. Ces recherches nous ont permis de circonscrire le travail mais également de recueillir des informations riches, nuancées, contrastées. Des élargissements sur des aspects réglementaires, sur les enjeux d'une profession sont venus renforcer des présupposés conceptuels et théoriques.

Dans un deuxième temps, nous avons tenté de repérer auprès des professionnels en lien direct avec les puéricultrices leurs opinions et projections quant aux compétences de ces professionnels.

Des concepts clarifiés relatifs aux compétences des infirmières puéricultrices ont été confrontés au contexte professionnel, conjoncturel, et questionné par les professionnels. Certains ont abordé leurs questionnements, leurs positions, leurs attentes ainsi que les limites des réflexions actuelles et les enjeux d'une nouvelle donne relative à l'ingénierie de formation, au système LMD, aux pratiques avancées et aux coopérations professionnelles. Les dispositifs de formation des puéricultrices ont été abordés, la confrontation des puéricultrices aux compétences attendues, à l'évolution du contexte en général ont été évoqués et des suggestions, et propositions ont été formulées en fonction des positions de chaque personne interviewée dans des organisations respectives.

Dans le cadre d'une approche test, nous avons choisi de **questionner une équipe** de sept cadres formateurs ayant mis en place le référentiel de formation des infirmières basé sur une approche compétence et nous avons abordé lors d'une réunion pédagogique la

thématique traitée. L'entretien de groupe nous a permis d'obtenir des informations nouvelles et de réajuster le recueil de données initial.

Par ailleurs, ce test a amené en deuxième lieu un développement exprimé par les cadres formateurs sur les difficultés ressenties à partir de deux questions relatives à la mise en place du nouveau référentiel de compétences. Une recherche plus approfondie par des entretiens de professionnels concernés s'avère nécessaire.

2.3 Méthodologie générale

Afin d'approcher au maximum les exigences d'une recherche qualitative, nous avons opté pour l'entretien semi-directif pour un certain nombre de professionnels concernés par cette thématique. Cette technique choisie permettait à la personne interviewée de donner plus librement ses points de vue.

En soutien des entretiens nous avons utilisé un **guide d'entretien** abordant les thèmes principaux afin d'explorer les différentes dimensions questionnées par l'hypothèse. Des questions semi-ouvertes ont été privilégiées afin de mieux accueillir l'expression de l'interlocuteur. Ces questions avaient pour but de confirmer ou d'infirmer les hypothèses et d'apporter des éléments de réponse à la question de départ.

Par ailleurs, concernant l'équipe de cadres formateurs en institut de formation de puériculture, un entretien de groupe a été mené pour recueillir des informations complémentaires aux entretiens semi-directifs. Il a été mené lors d'une réunion pédagogique et nous a permis de recueillir l'avis de 6 cadres formateurs. Pour cette réunion, un cadre avait été chargé de la prise de notes.

2.3.1 La population ciblée

Les principaux interviewés sont choisis sur la base d'une collaboration des plus proches dans l'exercice professionnel des puéricultrices.

Dans ce sens, nous avons rencontré cinq directeurs des soins dont un directeur des soins en gestion. Ce dernier représente un partenaire essentiel, responsable de l'organisation et au fait des compétences attendues pour les différents personnels infirmiers.

Un directeur des soins en formation en IFSI car la projection après la mise en place du nouveau référentiel de formation nous apparaissait intéressant.

Deux directeurs des soins en institut de formation de puériculture, un directeur des soins en institut de formation d'IBODE afin d'ouvrir le champ sur une autre formation spécialisée.

Quatre médecins pédiatres : deux médecins de protection maternelle et infantile (PMI), un pédiatre en milieu hospitalier, un pédiatre en activité libérale, président d'un syndicat national des pédiatres.

Une équipe de cadres formateurs en institut de formation de puériculture.

Deux représentants du Comité d'Entente des Ecoles Préparant Aux Métiers de l'Enfance (CEEPAME), un cadre de santé et un dirigeant d'un institut de formation de puériculture participant à la réflexion relative à la nouvelle ingénierie et aux pratiques avancées pour les puéricultrices.

Deux enseignants chercheurs en sciences de l'éducation, responsable d'ingénierie dans des formations de sciences de l'éducation. Ils assurent tous deux des formations dans des instituts de formation des cadres de santé et des instituts de spécialités. Leur positionnement universitaire et hors champ sanitaire nous a semblé intéressant.

2.3.2 Le déroulement des entretiens :

L'ensemble des entretiens a été réalisé entre avril et début juillet 2010. Leur durée moyenne a été de 1H25. L'entretien le plus rapide a été de 45 minutes et l'entretien le plus long de 2H30. Un entretien s'est déroulé par téléphone, tous les autres ont été élaboré avec une prise de notes et l'utilisation des données s'est faite dans le respect des données exprimées. L'anonymat des personnes interviewées a été respecté.

2.3.3 Les points forts et les limites de l'enquête

Les éléments dégagés lors des entretiens expriment une tendance forte ainsi qu'une projection sur les compétences, l'évolution de la formation et les enjeux de cette dernière. Toutefois, compte tenu du nombre restreint des personnes interrogées, une généralisation ne peut en aucun cas être établie et constituerait l'objet d'une analyse quantitative. Nous avons pensé interroger des étudiantes puéricultrices mais nous n'avons pas retenu cette alternative pour nous focaliser exclusivement sur des professionnels ayant abouti un parcours professionnalisant afin qu'ils s'expriment sur des notions de compétence avec davantage d'aisance et d'expérience.

2.4 L'analyse descriptive et qualitative des entretiens

2.4.1 Le mode de dépouillement des entretiens

Le dépouillement des entretiens s'est déroulé selon les principes d'une analyse thématique des entretiens en les croisant d'une manière horizontale et en recherchant ceux qui se rejoignent dans leur contenu, les points communs entre les personnes interviewés ou au contraire les éléments qui divergent ou s'affrontent.

2.4.2 Entrevoir la pédiatrie de demain : une manière d'anticiper les compétences des professionnels

A) Construire selon des modèles étrangers

Les pédiatres interviewés se rejoignent sur l'idée que la pédiatrie s'inscrira davantage dans le cadre des réseaux de santé avec une articulation organisée entre médicaux et

auxiliaires médicaux : « *Aujourd'hui nous avons besoin pour assurer une continuité des soins, de puéricultrices pour délivrer des soins spécifiques à l'enfant dans les domaines spécialisés, mais également en proximité des populations vulnérables et d'assistantes sociales.* » Au Québec, en Allemagne ou dans les pays nordiques, les systèmes organisationnels permettent d'être plus opérants, plus efficaces parce que les articulations sont plus aisées. Il existe des cabinets privés qui assurent une pédiatrie sociale et qui s'articulent ou collaborent directement avec des assistantes sociales.

La « *pédiatrie sociale* » est une réponse aux besoins exprimés avec l'importance de créer et susciter des collaborations avec le secteur social, médico-social, la pédopsychiatrie et l'éducation nationale. Ces coopérations, échanges multidisciplinaires sont jugés insatisfaisants aujourd'hui par manque de temps, par difficultés de créer du lien, de la cohérence entre les différents professionnels. La protection maternelle et infantile n'arrive pas à répondre aux besoins de la population car les difficultés se sont accrues comme en témoigne le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS)³⁰.

B) Innover pour mieux répondre aux besoins

« *La profession de puéricultrice n'existe pas en qualité de profession libérale. Pourquoi ne pas permettre des suivis à domicile post-hospitalisation pour des nouveaux-nés ou nourrissons ?* » Le constat établit que les soins techniques effectués par des puéricultrices permettraient un retour à domicile plus précoce, estimé actuellement difficile par un défaut d'expertise des infirmières libérales. De même, pour les sorties précoces de maternité, bon nombre de jeunes mamans sont inexpérimentées et n'arrivent pas à assumer des soins primaires aux nouveaux-nés, l'hospitalisation est souvent prolongée par défaut de relais de soins. Les pédiatres de PMI, en milieu hospitalier et en secteur libéral se rejoignent sur cette question.

Deux pédiatres souhaiteraient, à l'image du Québec ou de l'Allemagne pouvoir se recentrer uniquement sur l'activité médicale sans devoir assurer des tâches qui pourraient l'être par d'autres professionnels³¹ ou auxiliaires médicaux.

Cette approche n'est pas nouvelle, Yvon Berland l'évoquait déjà en 2003 mais elle est aujourd'hui largement partagée par les médecins et acceptée voire intégrée culturellement. Elle correspond d'après les pédiatres « *non seulement à une réponse à la pénurie des pédiatres en secteur libéral mais vise aussi à optimiser l'offre de soins, à recentrer les médecins sur leur art mais surtout à rendre les organisations plus flexibles et à améliorer l'accessibilité et la qualité des prestations*³². »

³⁰ *Etude sur la protection maternelle et infantile en France*. Rapport de synthèse novembre 2006. 52p www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports

³¹ BERLAND. Y « *les médecins doivent abandonner ce qui n'est plus de leur niveau de compétence* » www.egora.fr article paru le mardi 6 Avril 2010 visité le 18.7.10

³² BOURGUEIL Y. *Coopérations des professionnels de santé : transfert de tâches IRDES* juillet 2007 visité le 8.7.10 www.irdes.fr/Bourqueil/CooperationProfessionnelsDeSante.pdf

C) Les pratiques avancées : une solution ?

Pour les pédiatres, les pratiques avancées seraient un véritable progrès dans le domaine de l'accessibilité aux soins mais il est important de délimiter le champ et les contours de ces nouvelles activités. *« Il s'agit de transfert de tâches et non de compétences. »* Les actes techniques sont plus facilement transférables que des consultations car ce qui paraît quelquefois simple ne l'est pas, l'exemple des problèmes nutritionnels en témoigne. Au Québec, pour citer l'exemple des infirmières, les pratiques avancées sont des pratiques professionnelles déjà appliquées. Il existe trois spécialités où ces pratiques avancées sont exercées : en cardiologie, en néphrologie et en néonatalogie. Cette organisation semble satisfaire les médecins et les puéricultrices à la fois sur des arguments de valorisation de leur profession et de leur expertise pour les uns et pour des questions de gain de temps et de concentration sur des tâches exclusivement médicales pour les autres.

Pour le directeur des soins de l'institut des infirmiers de bloc opératoire cela représente **une révolution culturelle.**

« L'objectif est d'élargir nos métiers en lien avec les coopérations de santé et l'intégration dans le système LMD. Les pratiques avancées à la différence des coopérations professionnelles touchent l'ensemble des infirmiers spécialisés. Il y a des pratiques qui pourraient naître au regard de la démographie médicale et à partir de l'évolution des pratiques et des avancées technologiques. » Elles soulèvent des questions d'autonomie des professionnels, de responsabilités, de conditions de faisabilité, mais pourraient également constituer une opportunité au regard des compétences nécessaires qu'elles requièrent. En accompagnement de ces pratiques, il faut envisager des savoirs et des connaissances nouvelles ou complémentaires pour pouvoir assurer des consultations par exemple. Si l'on s'inspire des réflexions menées à la DGOS aujourd'hui, les préoccupations se portent sur l'identification des activités nouvelles et les compétences nécessaires pour les assurer en qualité de puéricultrice.

Pour les directrices en institut de puériculture, les pratiques avancées sont depuis longtemps attendues dans le sens où ces pratiques sont quelquefois déjà assurées avec les difficultés qu'elles soulèvent sur un plan légal et réglementaire, ce qui aujourd'hui, n'est absolument pas satisfaisant.

D) Une politique publique ciblée sur l'éducation et la prévention

Le médecin de la PMI apporte un éclairage complémentaire aux problèmes médicaux hospitaliers. *« Les problèmes sont de plus en plus aigus liés à l'augmentation de la précarité et aux problèmes économiques. Beaucoup d'usines ont fermé, l'important pour beaucoup de familles réside dans les besoins essentiels, l'alimentation et la préservation d'un logement. Ainsi tout ce qui touche à la parentalité passe en arrière plan. »*

On constate en école maternelle des familles qui ne font plus suivre leurs enfants : les vaccinations ne sont pas à jour, un manque de suivi orthoptiste, orthophoniste, et dentaire pour bon nombre d'enfants.

« Par ailleurs, nos grandes préoccupations actuellement relèvent des troubles du comportement des enfants en bas âge. Les troubles de l'attention, les troubles liés à leur insécurité, des enfants de plus en plus intolérants à la frustration qui perturbent les classes en milieu scolaire. » Ces difficultés s'additionnent lorsque les parents sont déracinés culturellement, familialement et de plus confrontés à la précarité, au chômage. Ces éléments sont également décrits sur un plan national, par le rapport Sommelet³³ et souligne l'absence d'une politique globale ciblée sur les besoins de prévention, d'éducation, de soins de l'enfant et de l'adolescent, à l'exception du cas particulier de la périnatalité. Cette carence se traduit par un morcellement et une coordination insuffisante des différents acteurs.

Les problèmes évoqués sur les besoins en soins, la projection de la pédiatrie amène naturellement la question des compétences et de leur développement.

2.4.3 Les compétences des puéricultrices : une réponse à la demande en soins

Les pédiatres s'accordent sur l'importance de poursuivre les enseignements relatifs à la recherche clinique et de connaître les spécificités et les besoins relatifs aux différentes périodes de l'enfance. « L'expertise vient de l'expérience et en cela la sur-spécialité des puéricultrices en néonatalogie, en oncologie pédiatrique ou dans les maladies chroniques ne font aucun doute. La puéricultrice est celle qui défend l'intérêt de l'enfant en toute circonstance, elle doit avoir le recul et l'analyse nécessaire de l'ensemble de la situation pour concourir au bien être de l'enfant. Tout ce qui participe à ce principe doit être encouragé. En revanche, les consultations en matière de nutrition ou de remplacement du pédiatre peuvent être dangereuses. »

A) Une adaptation au contexte contribue à l'amélioration des compétences des puéricultrices

Le médecin de PMI évoque des manques dans l'adaptation au contexte actuel. Les puéricultrices sont confrontées aux difficultés relatives à l'interculturalité, à l'intégration des populations migrantes, à la précarité. Il est à noter que les situations de vie sont de plus en plus complexes, avec des familles recomposées, des familles littéralement explosées entraînant des pertes de repères. Le Conseil Général propose en soutien plusieurs intervenants exerçant auprès des familles telles qu'une aide éducative à domicile, un administratif dans le cadre d'une Aide Educative en Milieu Ouvert, une

³³ SOMMELET D le rapport de mission sur l'amélioration de la santé de l'enfant et de l'adolescent « L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé » 2006, 601 p
www.sante.gouv.fr/htm/actu/sommelet

assistante sociale. Les intervenants de la PMI dont les puéricultrices se centrent essentiellement sur la mère et l'enfant.

Des compétences relatives à un travail multidisciplinaire s'avèrent utiles. « *Favoriser le lien et la cohérence entre ces intervenants, savoir mener un projet de vie, un projet pour les enfants nécessite persévérance mais aussi des compétences relationnelles et des compétences dans l'évaluation d'interventions dans le domaine médico-social.* »

B) Le soutien à la parentalité

Le point de vue du pédiatre en PMI est d' « *aider les parents à remettre des valeurs simples et de bon sens, susciter le dialogue, la communication entre enfants et parents.* » Ceci participerait à la réduction des formes de violence familiale, et d'insécurité des enfants. Les objectifs visent également à faciliter l'intégration sociale et scolaire des enfants. Ce médecin souligne que souvent, les intervenants y compris les puéricultrices, mais également les médecins, les assistantes sociales sont démunies devant la complexité, l'addition des problèmes et manquent de moyens d'accroche pour réaliser un travail de guidance et d'accompagnement parental. Ces situations de plus en plus nombreuses nécessitent d'être prises en compte et représentent en milieu scolaire des problèmes bien identifiés par le corps enseignant.

C) Une adaptation au contexte nécessite de « multicompetences »

Le directeur des soins en gestion reconnaît une expertise liée à la formation spécialisée et aux expériences acquises lors des stages durant l'année de formation. Pour elle, les compétences des puéricultrices se reconnaissent « *dans l'adaptation aux nouvelles techniques de soins, à l'expertise technique et à la capacité à transmettre avec précision l'observation de l'enfant et en particulier ses réactions et ses besoins en situation de maladie, de souffrance, de handicap ou de difficultés familiales.* »

Les attentes des directeurs de soins sont davantage situées dans la capacité à se projeter, à être « *leader* » et des piliers dans les projets de soins. On attend qu'elles participent à entraîner les équipes dans des questionnements de pratiques contribuant ainsi à la sécurité et à la qualité des soins. Par ailleurs, les compétences des puéricultrices sont attendues dans le domaine **des évaluations des pratiques professionnelles**, dans les démarches d'amélioration continue des soins aux enfants mais également dans la capacité à s'adapter au travail multidisciplinaire et au travail en réseaux. Il s'agit également de développer les conseils aux parents, l'éducation de la santé d'une manière générale. Des compétences d'animation, de conduite de réunions, de valorisation des compétences des parents s'avèrent ainsi nécessaires.

D) Le développement des compétences des puéricultrices : une continuité du référentiel de formation des IDE

Les directeurs des soins en institut de formation estiment que l'**impact du nouveau programme** a certes des incidences dans le sens où il y aura sans doute moins d'enseignement de pédiatrie, mais davantage d'enseignements se feront par des enseignants-chercheurs de l'université avec une ouverture plus marquée en sciences humaines. *« Néanmoins dans ce domaine tout reste à construire, les dispositifs ne sont pas vraiment construits en commun. Les stages plus longs apporteront une connaissance plus approfondie de la clinique et du raisonnement clinique. La plus value réside dans l'accompagnement pédagogique, les tuteurs en stage et la réflexion sur l'acquisition des compétences à partir des situations de soins. »*

Pour les directeurs des soins en institut de formation de puéricultrices :

*« Les futures puéricultrices à l'image de leurs collègues canadiennes devront être plus qualifiées dans la **valorisation de leur expertise**. »* Actuellement une puéricultrice a déjà de l'expérience en qualité d'infirmière ou de sage-femme et à minima l'expérience de ses stages et de ses contenus dans une formation initiale. Elles développent au cours de la formation des compétences en connaissances cliniques, en physiopathologie mais également dans le domaine des sciences sociales et du développement de l'enfant.

E) Une remise en question des pratiques professionnelles

« La puéricultrice doit encore développer des compétences en maternologie, en pédopsychiatrie dans le domaine des pathologies du lien et du dépistage précoce des troubles affectifs et cognitifs, ainsi qu'en psychopédagogie du bébé. » Il existe beaucoup de domaines qui nécessitent d'être approfondis, aussi une remise en question des pratiques actuelles s'avère nécessaire selon les directeurs de soins en institut de formation de puériculture.

Pour les pédiatres, les soins psychologiques, médicaux, psychiatriques mais également le rapport à l'éducation, à la culture, à l'intégration sociale sont des projections des compétences à travailler afin d'accompagner les professionnels dans une dynamique respectant l'individu dans sa dimension personnelle, culturelle. Améliorer la manière d'accueillir, de comprendre les situations complexes de soins, d'éduquer relèvent des priorités de santé.

Cette articulation, cette nécessité sociétale est indispensable pour soigner et agir dans le monde métissé, polyculturel dans lequel nous évoluons en tenant compte d'aspects historiques, anthropologiques, sociaux, médicaux ou psychologiques pour se détacher et pouvoir porter un regard neutre, objectif sur les situations professionnelles qui mettent quelquefois les professionnels en difficulté du fait de leur enfermement dans leurs propres systèmes de valeurs et de références sociales.

Pour le praticien hospitalier, dans le cadre de la vulnérabilité des enfants prématurés, il est nécessaire de ne pas se laisser distancer par les progrès techniques et développer les sciences du développement. Les soins de développement³⁴ requièrent bien entendu des connaissances sur le nouveau-né, les conditions qui favorisent un développement harmonieux, mais également les travaux internationaux sur les risques qui, en néonatalogie et dans la petite enfance, peuvent nuire et être délétère pour son développement futur. Ces recherches sans cesse réévaluées modifient les pratiques professionnelles.

2.4.4 L'évolution du dispositif de formation des puéricultrices

Pour les universitaires, le cadre européen et l'inscription des formations dans le contexte LMD est un progrès. Il y a une volonté manifeste d'harmoniser les formations comprenant aussi les formations de la santé, y compris celle des puéricultrices.

Les masters dans la formation des infirmiers amènent une ouverture professionnelle réelle et représente toute la question de la spécialisation, de la formation pluridisciplinaire. Il y a à la fois une culture humaniste dans ces professions, mais également une dimension de plus en plus pointue liée aux aspects techniques, spécialisés, encadrés par des référentiels qualité de plus en plus contraignants. Tous les principes abordés, qu'ils soient philosophiques, sociologiques sont intéressants dans la formation universitaire. Néanmoins, les conditions ne permettent pas de les développer pleinement, mais apportent aux professionnels des courants, des approches qui viennent enrichir leur profession et donc contribuer au développement de leurs compétences.

A) La formation universitaire nécessite un questionnement de fond

Les universitaires évoquent la question de l'accompagnement des futurs professionnels et de l'évolution des dispositifs pédagogiques. « *Toute la question dans les instituts de formation est non seulement de réfléchir à la construction de compétences mais aussi au processus d'alternance, aux savoirs enseignés.* » **L'approche par compétence** pour certains instituts représente une révolution trop forte si elle n'est pas accompagnée par une formation des formateurs et de ceux qui vont organiser la pédagogie. Les cours universitaires ne sont pas forcément une réponse en soi. Il faut s'interroger sur la plus value apportée par le dispositif universitaire et ne pas perdre de vue qu'il s'agit de dispositifs professionnalisant. L'approche est totalement différente. « *Les écueils seraient de plaquer des savoirs théoriques qui constitueraient un retour en arrière, et totalement contre-productif car on reviendrait à des cours magistraux.* » En revanche, travailler sur des modèles de proximité, revisiter la formation en détail, comment les acteurs se

³⁴ NIDCAP *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program* (NIDCAP) sont nés aux Etats-Unis, à partir des réflexions du Dr ALS (1982), suite aux observations sur le pronostic neuro-développemental des enfants prématurés, et les facteurs de risque.

réapproprient le nouveau modèle serait en revanche une plus value. Comment soigner les interfaces entre les professionnels en charge de la formation ? La question mérite réflexion.

B) Des incidences sur l'ensemble du dispositif pédagogique

La question de l'approche par compétence pose la question de **la relation pédagogique, de l'organisation de l'ensemble du système et des lieux de stage**. « *Tout élément du dispositif pédagogique modifié interroge l'ensemble des pratiques.* » Lorsqu'une réflexion sur les pratiques est évoquée, elle sous-entend l'évaluation de ses pratiques et toute modification entraîne un changement dans la relation à l'étudiant. Cette constatation n'est pas réservée aux professions de la santé mais concerne tous les dispositifs pédagogiques. Ainsi, les politiques n'accordent pas suffisamment d'attention aux formations des formateurs qui sont responsables de l'organisation pédagogique.

Le directeur doit piloter une équipe et participer à sa construction, par conséquent sa cohérence est recherchée. Tout changement opéré modifie les pratiques, remet en cause le sens ou la cohésion du dispositif de formation. Les limites de l'harmonisation des pratiques sont sans cesse réinterrogées.

C) Un changement de posture pour les cadres formateurs

Du point de vue des directeurs des soins et des cadres formateurs en institut de formation de puériculture, les cadres formateurs ont pour mission de susciter l'éveil, le questionnement, pour expliciter des situations et donner du sens et une logique d'ensemble. Ils se doivent d'élever le niveau et en particulier lors des analyses de pratiques. Il ne faut pas négliger non plus le travail d'analyse sur le terrain. Il est à concevoir comme un « *échange de compétences* » qui peut être formateur pour l'étudiant et pour le terrain. Il est évident qu'actuellement nous ne travaillons pas suffisamment avec les terrains professionnels, gage d'une meilleure cohérence pédagogique ayant un impact direct sur le développement des compétences. L'école travaille sur le transfert des connaissances, l'adaptation de la puéricultrice aux situations de soins et requière une mobilisation des savoirs, une analyse et des projets de soins réalisables et évaluables. Pour ce faire, les terrains de stage plus éloignés de ces problématiques sont préoccupés par des logiques différentes. Cette réalité doit pourtant retenir toute notre attention dans le futur si nous nous basons sur une approche compétence.

Le point de vue des universitaires : « *Si l'on souhaite aujourd'hui que les pratiques pédagogiques bougent, il est important de s'intéresser au niveau intermédiaire, c'est aux cadres formateurs que l'on pense et c'est précisément là qu'il faut des gens de qualité.* » Une formation en deux ou trois années n'est plus satisfaisante, il est indispensable pour faire le saut du passage au référentiel de compétences de comprendre ce que sont les **compétences effectives**. Cette réflexion est complexe. Souvent les formateurs se

réfugient dans une idéologie de la compétence, c'est-à-dire des compétences de transferts ou transversales qui sont redoutables pour le public qui doit les porter.

2.5 Retour sur nos hypothèses

2.5.1 A la première hypothèse

L'évolution des compétences des puéricultrices va amener le directeur des soins à repenser ou adapter le dispositif de formation.

A partir des entretiens et de l'analyse du contexte tous les professionnels s'accordent sur ce plan. Le bilan de l'existant permet de se projeter au regard des différents rapports analysés : Sommelet, IGAS, le transfert de tâches. Les expériences professionnelles ont confirmé les faits relevant des rapports publiés. Tous les professionnels pensent que l'évolution des compétences implique obligatoirement une redéfinition du dispositif de formation. Compte tenu des changements à venir, des compétences attendues, ce n'est qu'une réponse qui découle de nouvelles nécessités de soins.

2.5.2 A la seconde hypothèse

Le rôle et les fonctions des formateurs, un changement de posture important et incontournable intégrant le développement de nouvelles compétences.

Les directeurs des soins en institut de formation en soins infirmiers estiment que la recherche, le travail multidisciplinaire, les compétences collectives devraient être renforcées à l'aide de méthodes pédagogiques proactives. Ces méthodes seront davantage centrées sur des transferts de connaissances dans des situations de soins qui demandent un développement du raisonnement infirmier, des analyses de pratiques encadrées par des professionnels et compétents pour les animer. Ces questions soulèvent une réflexion différente de ce qui constitue le cœur de métier des puéricultrices et par voie de conséquence des cadres formateurs. Les équipes pédagogiques des instituts de formation des puéricultrices auront un public qui aura davantage mis en questionnement ses propres pratiques professionnelles avec davantage d'analyse et une implication personnelle allant plus loin que par le passé. Il s'avère donc que le changement de posture est inéluctable face aux étudiants, mais également au regard des partenaires impliqués dans la formation.

2.5.3 A la troisième hypothèse

Le partenariat institut de formation / terrain de stage / université : une redéfinition nécessaire du système apprenant au service du développement de nouvelles compétences des puéricultrices. Cette hypothèse est confirmée sur un plan idéologique mais encore éloignée d'une réalité professionnelle. En effet, dans le cadre du processus de Bologne, le partenariat actuel entre l'université, l'institut de formation correspond à une

construction qui nécessite d'être élaborée en commun. Il apparaît qu'un réel travail de coordination correspondrait certes à une plus value mais qu'au regard de la formation des infirmiers aujourd'hui un cheminement, une réflexion sur le croisement des logiques universitaires et professionnelles seraient bénéfiques.

Les professionnels interrogés soulignent le fait que la formation universitaire amène certes une richesse, une ouverture de par les approches et concepts développés mais qu'il est nécessaire d'avoir un questionnement sur l'ensemble du dispositif pour développer de réelles compétences professionnelles. A ce jour, il s'agirait davantage de juxtaposition où chacun livrerait son domaine d'expertise. La qualité du dispositif serait le résultat d'une co-construction institut de formation, université incluant également les terrains d'activité puisque le processus en présence est un processus de formation par alternance. Cette approche, même partagée par beaucoup de formateurs, mérite largement d'être développée. Encore faut-il que cette opinion soit partagée par tous les acteurs et guidée par des professionnels qui se sont construits lors d'une formation professionnelle. Puissent-ils être entendus sur des principes pédagogiques et considérés au même titre que ceux issus du milieu universitaire. L'université représenterait ainsi autant un moyen qu'une opportunité.

2.5.4 A la quatrième hypothèse

Les pratiques avancées des puéricultrices représentent une réponse à l'adaptation au contexte et un enjeu pour le directeur des soins dans le développement des compétences.

Cette hypothèse à ce jour ne peut être entièrement vérifiée vu les questions qu'elle soulève. Les modèles étrangers sont certes intéressants mais, il y a de la part des pédiatres beaucoup d'interrogations sur les activités transférables. Nous avons pu constater que l'activité consultation pose problème. Ainsi, les travaux et les réflexions en cours actuellement à la DGOS concernant la définition des activités, et les compétences nécessaires participeront à clarifier ces questions. En revanche, il apparaît à l'évidence qu'elles représentent une alternative intéressante en tant que réponses aux besoins sanitaires dans le milieu de la petite enfance. Les directeurs des soins, en gestion, et en institut en témoignent d'autant plus que ces pratiques sont quelquefois déjà appliquées par les puéricultrices. Les avantages semblent prépondérants par rapport aux difficultés de mises en œuvre. Si des négociations permettent la mise en œuvre des pratiques avancées, l'innovation contribuera fortement à la valorisation des compétences, et à une reconnaissance des professionnels sans doute au même titre qu'une reconnaissance universitaire.

En nous appuyant sur les résultats de cette étude, nous allons proposer des pistes d'actions à mettre en place en qualité de directrice des soins.

3 Propositions d'actions et perspectives

3.1 Le directeur des soins intègre dans son management stratégique les évolutions du contexte

Partant du fait que le programme de formation des puéricultrices date de 1983, la nouvelle ingénierie de formation est attendue pour répondre aux besoins nouveaux et au contexte actuel dans la continuité du programme de formation des infirmières. Ainsi, dans cette attente, le directeur prépare l'articulation du changement en assurant à court terme une politique de transition.

3.1.1 Le directeur des soins accompagne l'équipe dans une ingénierie basée sur une approche compétence.

L'identification des ressources et des difficultés est une phase importante car le développement des compétences influencera directement le projet de management tant sur le plan de l'ingénierie pédagogique, que dans l'attribution des tâches aux formateurs ainsi que dans l'élaboration du plan de formation et la position stratégique du directeur. Comme nous avons pu le constater dans la partie conceptuelle, le repérage, l'identification des compétences individuelles ne sont pas suffisants et nécessitent un questionnement sur les compétences collectives. L'organisation de la formation, les méthodes pédagogiques, la cohérence du dispositif tout entier est questionnée. Tout ce qui se rapporte au fonctionnement de l'institut mérite d'être remis en question « *dans une vision prospective et d'anticipation.* »³⁵.

Le directeur des soins s'appuie également sur les instances et les guide dans le changement. Ainsi le conseil technique contribue dans ce sens par ses prises de position au développement des compétences. Par ailleurs, le directeur de soins présente à la commission de contrôle les évaluations de connaissances qui s'intègrent nécessairement dans les pratiques actualisées. Le directeur veille à présenter des évaluations en cohérence avec les capacités professionnelles³⁶.

La construction d'une cohérence pédagogique nécessite l'implication des cadres formateurs. Le directeur des soins devra faire preuve de créativité dans le but de susciter de l'intérêt, de l'enthousiasme de la part de ses collaborateurs et ainsi de les entraîner à un questionnement continu de leurs pratiques.

³⁵ Galand.M.O *le projet d'école* intervention EHESP

³⁶ Arrêté du 12 décembre 1990 relatif à la scolarité, au diplôme d'Etat de puéricultrice et au fonctionnement des écoles – titre III De l'évaluation des connaissances et des capacités professionnelles.

3.1.2 Une redéfinition de la fonction des cadres formateurs

Un questionnement sur la posture de formateur s'impose dans ce contexte de mouvance. Les cadres formateurs seront encore davantage considérés comme des personnes ressources, des guides dans des parcours professionnalisant, des concepteurs d'outils permettant aux étudiants de mobiliser des connaissances pour pouvoir les transférer dans des situations complexes telles qu'elles ont été décrites lors des entretiens avec les professionnels.

Cette nouvelle posture nécessitera un travail d'équipe et reposera sur une logique partagée et devra être impulsée par le directeur des soins chargé de l'animation de l'équipe des cadres formateurs. La cohérence du dispositif doit être recherchée, et dans un souci d'objectivité, des évaluations régulières avec les étudiants permettraient d'améliorer l'offre de formation et de répondre d'une manière plus adaptée à leurs besoins. Les référentiels qualité peuvent dans certaines mesures représenter un outil de référence et de cohérence collective au service de la pédagogie.

Le directeur des soins devra être vigilant à faire évoluer **les profils de poste des cadres formateurs** et ajuster les compétences au regard des attendus de la formation. Par ailleurs, la valorisation de la fonction de cadre formateur dans l'évolution des postures professionnelles permettra également une attractivité et pourrait susciter des vocations.

3.2 Le directeur des soins détermine un projet de développement des compétences des formateurs dans son projet managérial

Les formateurs sur le modèle de l'ingénierie de formation des IDE vont avoir un rôle précis à jouer dans le suivi du parcours de l'étudiant et surtout dans sa progression dans l'acquisition des compétences. Leur jugement pédagogique sera nécessaire pour apprécier les acquis d'un étudiant.

Les formateurs seront de ce fait également amenés à développer de nouvelles compétences. Il est important pour le directeur des soins de positionner les formateurs sur des compétences pédagogiques, d'ingénierie et de coordination et non de transmissions de savoirs, même si des enseignements formels seront toujours nécessaires. Ainsi, une réflexion sur les méthodes pédagogiques semble incontournable. L'optimisation du temps de présence avec les étudiants, le développement du travail de groupe, des travaux dirigés, des travaux pratiques, l'analyse des pratiques professionnelles, l'intégration des connaissances lors de cours magistraux doivent être réfléchis au regard de la compréhension des étudiants et du transfert des connaissances dans des situations facilitant ce questionnement.

Dans le cadre d'une nouvelle approche, un accompagnement des intervenants mérite d'être repensé. Il est essentiel de bien communiquer sur les attendus des interventions avec précision à partir de la commande établie. Cela nécessite une pertinence des objectifs pédagogiques, des méthodes, et de la manière dont les formateurs vont susciter le questionnement et la mobilisation des compétences acquises et à acquérir à la suite des enseignements délivrés. Il est important d'accompagner les intervenants extérieurs qui seraient tentés de poursuivre leur enseignement à l'aide de supports classiques visant en premier lieu un apport de connaissances. Il est entendu que dans ce cadre là, il soit nécessaire de réviser les approches modulaires et de les compléter par des séquences d'analyse et de transfert de connaissances.

Des compétences en **analyse réflexive** sont nécessaires pour l'ensemble des cadres formateurs, le directeur des soins devra trouver les moyens de les accompagner dans ce sens et d'assurer une cohérence au sein de son équipe dans le développement de ces pratiques pédagogiques.

A l'appui de cette pédagogie, il apparaît à l'évidence que **la formation universitaire des cadres formateurs** doit être encouragée. C'est une question qui remet en cause les équilibres institutionnels et met en avant les questions de financement³⁷. Les négociations, les argumentations devront se faire sur la base d'une plus value du dispositif de formation et donc des compétences des futures professionnelles en lien avec la réalité professionnelle. La question des moyens et de l'ajustement des cadres formateurs à des formations qualifiantes rigidifie leur accès à une formation universitaire. De même, assurer une mission de formateur, en même temps qu'une formation universitaire relève d'un subtil équilibre où la notion d'équipe, de cohérence d'ensemble, d'équité entre les formateurs devrait être réfléchi et planifié sur plusieurs années. Ce projet relève du management du directeur des soins, de son positionnement et lien avec le Conseil Régional, mais également des appuis de la Région selon le Programme Régional de Formation des Professions Paramédicales (PRFPP).

La question **du choix des formations est essentielle**³⁸. Il ne s'agit pas d'inscrire tous les formateurs dans une filière de sciences de l'éducation, mais de varier les formations universitaires pour permettre des regards croisés et rechercher une complémentarité au sein de l'équipe pédagogique. Ainsi, une formation en santé publique, en sciences humaines, en éthique, en droit des formations paramédicales, en ingénierie de la formation ou encore en expertise dans le domaine de l'enfance peut représenter un intérêt combinatoire.

³⁷ SCHWEYER. F-X, professeur à l' EHESP, chercheur au laboratoire d'analyse des politiques sociales et sanitaires (LAPSS) *L'universitarisation de la formation en soins infirmiers : les promesses et leurs ombres.*

³⁸ M.O Galand Directeur des Soins *Le projet d'institut EHESP* juin 2010

3.3 Le directeur des soins renforce les partenariats

3.3.1 Un nécessaire partenariat université- institut de formation- terrains professionnels

Le terrain professionnel, partenaire essentiel dans la formation des étudiants doit prendre une place importante dans les partenariats.

Une politique de communication permettrait de les associer au maximum aux changements afin d'éviter de creuser des écarts dans la conception de la formation. Les situations sur le terrain doivent être des moteurs pédagogiques, les acteurs devront évoluer dans leur conception d'accueil et d'accompagnement des étudiants dans ce sens pour garder une cohérence avec le projet pédagogique. *« Il va donc nous falloir, dans un premier temps, mettre en place des partenariats où universitaires et professionnels s'engagent dans ce que Regaud appelle une multi-disciplinarité concertée, c'est-à-dire une co-réflexion, co-action, co-production³⁹. »*

Associer les professionnels de terrain est forcément un gage de qualité puisqu'ils représentent un maillon essentiel dans le parcours professionnalisant des futurs professionnels mais également parce qu'ils contribuent à l'acquisition des compétences et favorisent l'identité professionnelle. De plus, les directeurs des soins en établissement de santé, directeurs de structures de la petite enfance (crèches, multi-accueil, secteur médico-social...) sont responsables des étudiants pendant les stages. Les cadres formateurs devront les associer dans ce changement visant à développer des compétences des puéricultrices à partir de situations qui nécessitent le raisonnement infirmier, le questionnement professionnel, le positionnement dans leur future fonction.

A) La pédagogie du questionnement ⁴⁰

Les plans d'action et surtout **le transfert** de connaissances tels qu'ils sont souhaités contribuent au développement des compétences, les professionnels seront amenés à continuer le dispositif pédagogique et contribuent fortement à leurs concrétisations.

Le directeur des soins devra amener les cadres formateurs à réfléchir leur relation pédagogique vis-à-vis de ces partenaires dans le but :

- D'apporter des informations pertinentes à des professionnels des lieux de stage.
- De conduire des entretiens de coordination, des bilans des acquis ou des points d'étape lors des stages avec les personnels responsables de l'encadrement afin de faire intégrer les attendus en matière de compétences et les liens au regard des enseignements et de la formation dispensée.

³⁹ GALAND.M.O *L'universitarisation de la formation en soins infirmiers en France : une opportunité pour les professionnels, les usagers et le développement de la santé publique ?* Recherche en Soins Infirmiers N°93 Juin 2008

⁴⁰ MASSIANI M, PADOVANI Brigitte. *Le stage, un atout majeur de l'apprentissage et du recrutement Soins cadres de santé* supplément au n°68 décembre 2008

3.3.2 Des besoins nouveaux font émerger de nouvelles compétences

Des connaissances théoriques dans le domaine des sciences humaines, sociales participent au développement des compétences. Nous avons pu constater lors des entretiens que **l'interculturalité** a été pointée comme étant une nécessité absolue. Ainsi, les liens entre la **psychopathologie, les différentes cultures et migrations des populations** nécessitent l'aide d'anthropologues, de cliniciens, de médecins de santé publique, mais aussi de spécialistes des sciences de l'éducation, de philosophes, de chercheurs en psychiatrie et en sciences humaines. Une réflexion sur la construction de ce nouveau champ clinique telle que la psychologie interculturelle, la psychiatrie transculturelle, les perspectives et limites s'avèrent opportuns. Les disciplines telles que l'ethnopsychiatrie, l'ethnopsychanalyse, la psychologie interculturelle pourraient se développer.

Renforcer les liens institutionnels et scientifiques avec différents acteurs clés du champ de l'éducation et de la formation serait fort intéressant et contribuerait de fait au développement de la culture professionnelle. Pour améliorer les dispositifs de formation, une réflexion devra s'engager dans un souci de rentabilité ou de mutualisation. Une recherche de partenariats avec d'autres formations pourrait être encouragée et recherchée.

3.3.3 La compétence culturelle : une dimension essentielle dans la formation

Le contexte social comme il a été évoqué lors des divers entretiens, tient compte des caractéristiques socioculturelles⁴¹ de la personne soignée, notamment dans son rapport à la famille, la santé, la maladie, la spiritualité. La capacité à évaluer ses comportements dans la relation soignante par rapport à la diversité socioculturelle est source d'enseignement sur le rapport à soi, le rapport à l'autre et ainsi à la relation soignant-soigné. Ces enseignements peuvent tout autant à un autre niveau se transposer à la relation formateur- étudiant.

Le directeur des soins sera amené à conduire une transition entre un nouveau programme de formation et l'actuel programme. Il est confronté aux réformes et aux changements de conception, de culture, de management qui en découlent

Il relève de sa mission de poursuivre dans les limites du cadre réglementaire mais aussi d'inscrire l'institut dans une perspective nouvelle intégrant une réflexion sur les pratiques avancées.

⁴¹ BENETT.M.J « a development Model of intercultural sensitivity » *revue soins cadres de santé* supplément au n°8 décembre 2008

3.3.4 Les pratiques avancées, un nouveau paradigme

L'identification des pratiques avancées permet de se projeter sur « un hypothétique avenir professionnel. » Un programme centré sur la continuité, sur la cohérence en partant du socle existant mais également en prévoyant des compétences spécifiques et une transition pourrait s'établir entre la nouvelle ingénierie de formation, le master, les pratiques avancées. L'amélioration des pratiques professionnelles pourrait s'inscrire dans des démarches de recherche à partir des besoins exprimés dans les pôles cliniques, ainsi que dans le cadre des évaluations de pratiques professionnelles (EPP).

Cela permettrait encore davantage de faire appel à des compétences élargies dans le domaine de l'évaluation clinique, de l'application du jugement clinique et du raisonnement diagnostique, mais nécessiterait également des compétences en gestion de projet, en planification et évaluation de projets.

Parallèlement, le rapprochement des pôles cliniques spécifiques à la pédiatrie, de l'institut de formation permettrait également d'anticiper les pratiques avancées dans leur expertise et dans le rapprochement de la collaboration pédiatre-puéricultrice. Les champs à développer tels que le retour précoce des nouveaux-nés, l'hospitalisation à domicile, les compétences nécessaires pour des consultations avancées permettraient d'en explorer le champ, sa faisabilité, ses difficultés à partir de l'existant et de définir les contours pédagogiques pour calquer les compétences nécessaires.

Les pratiques avancées suscitent également une réflexion sur **une approche inter filière**, et une stimulation à la réflexion inter filière comme par exemple : sage-femme - puéricultrice ou puéricultrice - assistante-sociale, puéricultrice – éducatrice de jeunes enfants afin de favoriser le travail multidisciplinaire.

La collaboration pédiatre – puéricultrice mérite particulièrement d'être encouragée et charpentée dans un esprit de structuration collective. Les pôles cliniques pourraient proposer à partir de thèmes d'évaluations de pratiques professionnelles d'intégrer des étudiants. De même, ils pourraient participer aux travaux sur la recherche, à l'amélioration de pratiques professionnelles. Dans cette mesure, l'institut de formation pourrait être rattaché à l'établissement, participerait davantage à la vie institutionnelle et s'impliquerait ainsi dans l'évolution et les projets en cours. Il appartient au directeur des soins en formation d'impulser cette dynamique.

De plus, le directeur des soins devra proposer aux professionnels un accompagnement par le biais de formations dans le cadre de transfert de tâches au titre de la formation continue. Les professionnels seront en attente de formations complémentaires, afin de répondre aux nouvelles responsabilités le cas échéant, améliorant ainsi les compétences des professionnels des secteurs de pédiatrie.

Conclusion

Ce travail nous a permis de comprendre et de percevoir les enjeux de l'évolution des compétences des puéricultrices, questions indissociables de notre contexte professionnel. Il nous a également permis d'analyser le contexte qui sera le nôtre à l'issue de la formation ainsi que d'entrevoir une projection de la fonction de directrice des soins en institut de formation en tenant compte des éléments déterminants.

Au cœur du système de santé, l'accessibilité aux soins, la sécurité et la qualité des prestations doivent constituer une priorité dans la formation des futurs professionnels, à l'exercice de leur fonction.

La flexibilité des organisations et le travail d'équipe participent à la qualité du dispositif de soins. Le développement de l'autonomisation des professions et la modification de l'image sociale par une reconnaissance universitaire, mais aussi par une responsabilité sociale représentent une valorisation pour ces professions qui gagneront davantage de reconnaissance et d'attractivité. L'université se présente aujourd'hui comme une opportunité qui doit servir au développement de la santé publique mais appelle aussi des points de vigilance. Il s'agit en effet de ne pas perdre de vue la professionnalisation de la formation dans un contexte sanitaire et social mouvant avec ses exigences pour rester dans une perspective de développement de la qualité et renforcer le principe de la formation par alternance.

Le nouveau dispositif pédagogique, l'intégration du système LMD, l'ouverture sur l'Europe sont autant de projections qui représentent des opportunités et des leviers de modernité, de progrès à saisir. En revanche, la complexité du contexte actuel liée aux incertitudes, aux contradictions, à l'accélération des réformes va obliger les instituts de formation à innover, à revoir les organisations selon des modalités d'ouverture, de partenariat, d'organisation en réseaux. Les enjeux peuvent à la fois être source d'opportunités mais peuvent à contrario représenter des contraintes s'ils sont insuffisamment anticipés.

Ainsi, l'inscription des instituts dans cette nouvelle politique repose sur un certain nombre de facteurs tels que le management du directeur des soins mais aussi sur l'investissement et la motivation des professionnels. Le directeur des soins met en œuvre avec l'équipe pédagogique une ingénierie des compétences⁴² qui représente une cartographie d'opportunités, une offre modulaire de situations de professionnalisation réelles ou simulées tout au long de l'année de formation. Cela nécessite le concours de multiples partenaires, avec des regards et des techniques croisés au service de la construction professionnelle des futures puéricultrices.

⁴² G. LE BOTERF *Compétences et navigation professionnelle*, Paris Editions d'Organisation 2003.

La profession de puéricultrice, par ses instances représentatives, est en attente d'une nouvelle ingénierie qui correspond davantage aux nécessités actuelles, et qui reconnaisse également cette profession à un niveau « master » dans l'échelle LMD. Cette reconnaissance permettrait également de répondre à un degré d'expertise technique. Cette nouvelle construction apporterait une plus value au métier en occupant une place privilégiée au sein des politiques sanitaires et sociales.

Les pratiques avancées constituent une réponse parmi d'autres alternatives à l'offre de soins en pédiatrie, mais tous s'accordent sur le fait que le cadre juridique devra évoluer. De même, les professionnels seront conduits à mener une réflexion pluriprofessionnelle où, dans un souci d'équilibre, la parole des auxiliaires médicaux devrait être entendue au même titre que les autres partenaires, universitaires, médicaux.

Pour les infirmiers, l'ordre national infirmier pourrait participer aux modifications du cadre juridique de la profession et œuvrer dans le sens d'une concrétisation des pratiques avancées comme le stipule le rapport de M. Bressand⁴³.

Dans cette attente, une anticipation de la gestion de la formation peut être mise en place par le directeur des soins en institut de puériculture basée sur les référentiels actuels tout en regardant vers l'avenir avec les changements structurels, réglementaires, culturels et organisationnels qu'ils impliqueront.

Il apparaît important d'envisager dans l'avenir des formations continues visant à accompagner les professionnels dans les adaptations nécessaires, en phase avec les nouvelles attentes en particulier relatives aux nouveaux modes de partenariats et de collaborations interprofessionnelles. La loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire (HPST) pérennise les transferts de tâches et les coopérations professionnelles.

L'analyse du contexte environnemental souligne la recherche d'harmonisation des diplômes européens, des enjeux économiques et sociaux, l'émergence d'une communauté du savoir. Les sciences de la pédagogie modifient l'espace de la formation. Nous serons en qualité de directeur des soins engagés dans cette construction. Ces différents champs étant à l'étude, il convient de garder à l'esprit les incertitudes actuelles relatives aux réformes des systèmes de santé et de formation.

Nous espérons, cependant, à partir de ce travail, avoir approché les différents champs à investir en toute modestie face à la complexité évoquée.

⁴³ BRESSAND.M ; Réflexion autour des partages de tâches entre professionnels de santé. Rapport à Mme le Ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative (visité le 4.7.10)
www.aeeibo.com/RapportBressandcooperationsV2nov2008.html

Bibliographie

OUVRAGES

BENNER P., 1995, *De novice à expert- Excellence en Soins Infirmiers*. Paris : Editions Masson, 253 p

COUDRAY M.A.; 2009, *Le défi des compétences, comprendre et mettre en œuvre la réforme des études infirmières*. Paris : Editions Masson, 191 p

COLLET M. ; SICART D. ; 2007, *Analyse des professions chirurgien- dentiste, périnatalité, bloc opératoire*. Tome 3, Paris : DREES, 120 p

LE BOTERF G., 2007, *Construire les compétences individuelles et collectives* .
4^{ème} édition, Paris : Eyrolles Editions d' Organisation, 271 p

LE BOTERF G., 2008, *Ingénierie et évaluation des compétences*. 5^{ème} Edition, Paris: Eyrolles Editions d'Organisation, 280 p

MEDIONI. M.A.; 2001, *Repères Education Nouvelle , Repères Enseigner et (se) former. Préface Philippe Meirieu*. Chronique Sociale, 160 p

MINTZBERG.H.; 1984. *Le Manager au Quotidien, les dix rôles du cadre* . Les éditions d'organisation, 220 p

POMMIER R.; 2008, *Métier : Formateur*. Edition Dunod, 236 p

SHANKLAND R.; 2010, *Pédagogies nouvelles et compétences psychosociales – de l'apprentissage à l'école, à l'entrée dans l'enseignement supérieur*. Edition l'Harmattan, 217 p.

ZARIFIAN P., 2001, *Objectif compétence*. Rueil Malmaison, Editions Liaisons, 203 p

ARTICLES

BENETT J.M., décembre 2008, « A development Model of intercultural sensitivity ». *Revue soins cadres de santé* supplément au n°68.

CAPELLE. V., février 2002, « Les compétences de l'individu au collectif ». *Soins Cadres n°41*, p°19.

CHEYMOL J, BERTHIER M., mars 2005, « La santé des enfants en situation de précarité, les inégalités sociales de santé ». *Médecine § Enfance*, 171–175p.

COUDRAY M.A., décembre 2008, « La formation infirmière rénovée, une ouverture et des opportunités » *Soins Cadres de Santé*, supplément au N°68 p°55.

GALAND.M.O., Juin 2008, « L'universitarisation de la formation en soins infirmiers en France : une opportunité pour les professionnels, les usagers et le développement de la santé publique ? ». *Recherche en Soins Infirmiers N°93* p°4-6

GRAVE P., mars 2003, « L'identité professionnelle des formateurs ». *Sciences Humaines*, hors-série n°40, p°38-41

LE BOTERF.G., février 2002, « De quel concept de compétence avons-nous besoin ? ». *Soins Cadres n°41* p°20-22

MASSIANI M, PADOVANI B., décembre 2008, « Le stage, un atout majeur de l'apprentissage et du recrutement » *Soins cadres de santé* supplément au n°68

TEULIER. R., février 2002, « Construire ensemble des connaissances pour nourrir des compétences ». *Soins Cadres n°41*. p°23-26.

SCHWEYER. F-X., juin 2008 « L'universitarisation de la formation en soins infirmiers : les promesses et leurs ombres ». *Recherche en Soins Infirmiers n°93* p°3

WITORSKI R., juin 2007 « La construction des compétences par et dans l'alternance » *Revue pour l'alternance en formation un projet à construire. n°154*, p°38-42

ZARIFIAN. P. « Objectif compétence : pour une nouvelle logique ». Paris, *Editions Liaisons*, p°70

MEMOIRES

BARDEZ .C., septembre 2008, Référentiel de formation basé sur les compétences : quels changements pour les équipes pédagogiques , EHESP.

NOVIC M., septembre 2008, *L'Europe pour développer les compétences des formateurs des soins infirmiers* : l'exemple du programme Leonardo Da Vinci – EHESP.

ENSEIGNEMENT

GALAND. M.O. Directeur des Soins, « *le projet d'institut* » juin 2010

RAPPORTS

Le rapport 2006-2007 « *Analyse des professions : Chirurgien-dentiste, périnatalité, bloc opératoire* » Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS) Tome3 p^o138

Le rapport de l'ENA Promotion République, « *Un système de santé au service des enfants ?* » 2005-2007, 29p

Le rapport « *Coopération des professionnels de santé, le transfert de tâches et de compétences* », piloté par BERLAND Y. remis au ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées. octobre 2003. 58p

Le rapport d'information «*En conclusion des travaux de la mission d'information sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire* » piloté par BERNIER.M, présenté à l'assemblée Nationale le 30.9.2008 21p

Le rapport d'Etape de la Haute Autorité de Santé -: « *Délégation, transfert, nouveaux métiers, conditions des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé* » 2007, 27p

Le rapport de synthèse de l'IGAS, «*Etude sur la protection maternelle et infantile en France* :» rapport n^oRM2006-163P, novembre 2006, 75 p

Le rapport de mission sur l'amélioration de la santé de l'enfant et de l'adolescent
« *L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé* »,
SOMMELET D., 2006, 601 p

Le rapport 2006–2007 « *Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS)* » Tome 3, 2008 125 pages

Le rapport 2006-2007- « *l' Ondps- Synthèse générale* » 2008, 68 pages

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE
ASSOCIATIVE

Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la
Santé et aux Territoires

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE

Décret n°2002-482 du 8 Avril 2002 portant application au système français
d'enseignement supérieur de la construction de l'espace européen de l'enseignement
supérieur. Journal officiel, n°84 du 10 avril 2002, p6324.

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DES SOLIDARITES

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

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR, RECHERCHE ET TECHNOLOGIE

Circulaire n°2006-220 du 08 décembre 2006 relative aux modalités d'élaboration et de
délivrance des diplômes dans le cadre du dispositif « LMD ».

Arrêté du 13 juillet 1983, relatif au programme des études préparant au diplôme d'Etat de
puéricultrice.

Arrêté du 12 décembre 1990, relatif à la scolarité, relatif au diplôme d'Etat de puéricultrice
et relatif au fonctionnement des écoles.

DOCUMENTS ELECTRONIQUES

Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales : une mission d'étude sur la protection maternelle et infantile (PMI) visant à proposer « *les axes fondamentaux d'une politique rénovée en terme de missions et d'obligations, ainsi que les modalités à développer pour assurer son rôle clé dans le domaine de la prévention, notamment au regard de la protection de l'enfance* » [visité le 5.5.10]

Disponible sur internet :

[fr/www.ladocumentationfrancaise.rapports/index.shtml](http://www.ladocumentationfrancaise.rapports/index.shtml)

Ministère de la santé et des sports–Direction de l'offre de soins : Le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière [visité le 20 juin et le 17 juillet 2010]

Disponible sur internet :

www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip

Les Accords de Bologne 1999 [visité le 5.5.10]

Disponible sur internet :

[Les Accords de Bologne 1999](http://www.education.gouv.fr/realisations/education/superieur/bologne.htm)

www.education.gouv.fr/realisations/education/superieur/bologne.htm

CARON.FM, RUBEL.F *Quelle démographie pour la pédiatrie en France ?* ONDPS / CNDP 4 11.09 [visité le 10.6.10]

Disponible sur internet

<http://www.snpeh.org/>

Audition des pédiatres du 4.11.2009 version PDF [visité le 1.7.09]

Disponible sur internet

www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr

PELETIER M ; *Etat des lieux et perspectives de la Démographie Médicale en France*
L'Association Nationale des Etudiants en Médecine directrice de l' ANEMF [visité le 27.6.10]

Disponible sur internet

[http:// www.anemf.org](http://www.anemf.org)

TABUTEAU. D. ; *L'égal accès de tous aux soins de premiers recours : une priorité de santé publique*. Rapport de la mission d'information sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire [visité le 14.7.10]

Disponible sur internet

<http://chairesante.sciences-po.fr>

rapport d'étape HAS : *Délégation, transfert, nouveaux métiers, conditions des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé* Janvier 2007 en collaboration avec l'ONDPS [visité le 11.5.10]

Disponible sur internet :

www.has-sante.fr/./delegation-transfert-nouveaux-metiers-comment-favoriser-les-formes-nouvelles-de-cooperations.

BERNIER. M. Rapport d'information : *En conclusion des travaux de la mission d'information sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire* :

Présenté à l'assemblée nationale le 30.9.2008. [visité le 13.7.10]

Disponible sur internet

www.assemblee-nationale.fr

BRESSAND.M ; *Réflexion autour des partages de tâches entre professionnels de santé*.

Rapport à Mme le Ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie

Associative [visité le 4.7.10]

Disponible sur internet :

www.aeeibo.com/RapportBressandcooperationsV2nov2008.htm

BERLAND. Y *Les médecins doivent abandonner ce qui n'est plus de leur niveau de compétence* » article paru le mardi 6 Avril 2010 [visité le 18.7.10]

Disponible sur internet

www.egora.fr

BOURGUEIL Y. *Coopérations des professionnels de santé :et des transferts de tâches et de compétences : à propos des expériences engagées en France*. IRDES juillet 2007 [visité le 8.7.10]

Disponible sur internet

www.irdes.fr/Bourqueil/CooperationProfessionnelsDeSante.pdf

Recommandations du Parlement Européen et du Conseil du 23 Avril 2008 établissant le cadre européen des certifications pour l'éducation et la formation tout au long de la vie - Journal Officiel de l'Union européenne [visité le 8.5.10]

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ>

Liste des annexes

Annexe 1 Le guide d'entretien

Annexe 1

LE GUIDE D'ENTRETIEN

Dans le cadre de la formation de directeur des soins, nous sommes amenés à réaliser un travail dont le thème traite du développement des compétences des puéricultrices.

En acceptant cet entretien, vous participez à une étude relative à l'évolution des compétences des puéricultrices dans le contexte professionnel actuel.

L'étude que je mène s'inscrit dans le cadre d'un mémoire professionnel des directeurs de soins réalisé pendant l'année de formation à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.

Nous évoquerons dans le cadre de cette réflexion plusieurs thématiques et votre opinion, votre expérience, votre pratique requièrent mon attention pour éclairer mon sujet. L'exploitation des entretiens et les regards croisés de différents professionnels apporteront des réponses et des explications à la problématique posée. Cette approche permet également d'aborder ce thème sous différents angles.

1. Pour démarrer, pourriez-vous vous présenter à partir :

- De vos expériences professionnelles
- Du déroulement de carrière, de l'ancienneté dans le poste
- Des projets éventuels, des contraintes, du contexte professionnel au regard du thème traité.

2. Pour vous, quelles sont les facteurs qui influencent la notion de compétence des professionnels de santé aujourd'hui ? Des puéricultrices en particulier ?

Existent-ils des éléments de contexte qui influencent le développement des compétences de ces professionnels ? Si oui, lesquels ? Quels sont les atouts, les freins, les limites du contexte ?

3. Questions complémentaires si non abordées spontanément

Selon vous, le dispositif de formation des puéricultrices devrait-il évoluer ? Si oui, dans quel sens ? A quels objectifs doit répondre la formation ?

Quelle est la posture du cadre formateur ?

Pensez-vous qu'il soit nécessaire qu'elle évolue ? Si oui , pourquoi ? Dans quel sens ?

Que pensez-vous de la mise en application des pratiques avancées ?

Répondent-elles à une nécessité ? Laquelle ou lesquelles ?

Selon vous, apportent-elles une plus-value ? Dans quel sens ?

Selon vous, qu'est ce qui pourrait contribuer à l'amélioration du dispositif de formation ?

Selon vous, qu'est ce qui pourrait contribuer à l'amélioration des compétences des professionnels en formation ?

Selon vous quelles sont les difficultés majeures?

Auriez-vous des propositions ou des suggestions à formuler ?