



**ENSP**  
ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

---

**Directeur des Soins**  
**Promotion 2005**

---

# **LA MUTUALISATION PEDAGOGIQUE AU SEIN DES GROUPEMENTS D'ÉCOLES ET D'INSTITUTS PARAMÉDICAUX**

**Mythe ou prémisses d'une culture commune ?**

---

**Dominique BOURGEON**

---

# Remerciements

---

Mr ABBAD, Directeur des Ressources Humaines.

Mme BOUREZ Annick, Directrice IFCS.

Mme CHEAUVEAU-RONSIN, Directrice IFSI.

Mme COLLET Marie-Hélène, Directrice IFCS.

Mme DURIER, Directrice d'Ecole de Sages-femmes.

Mme GALANT Marie-Odile, Directrice de pôle.

Mr GOUARNE, Directeur IFMK.

Mme LECHENE, Attachée d'Administration Hospitalière.

Mr LOURDAULT Jean-Yves, Directeur IFMEM.

Mme LOVATI, Directrice Adjointe chargée de la Formation.

Mme MASSON, Directrice des Ressources Humaines.

Mme MONNIER, Formatrice IFCS.

Mr THOBIE, Formateur IFMEM.

---

# Sommaire

---

|                                                                                                                                                                                |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>INTRODUCTION.....</b>                                                                                                                                                       | <b>1</b>  |
| <b>1 UNE CULTURE PARAMEDICALE PARTAGEE : UNE TRIPLE NECESSITE.....</b>                                                                                                         | <b>3</b>  |
| <b>1.1 La problématique institutionnelle.....</b>                                                                                                                              | <b>3</b>  |
| 1.1.1 Démarche qualité et gestion des risques.....                                                                                                                             | 3         |
| <b>1.2 Un nécessaire décloisonnement professionnel.....</b>                                                                                                                    | <b>6</b>  |
| <b>1.3 Les usagers, un besoin essentiel.....</b>                                                                                                                               | <b>9</b>  |
| <b>2 DE LA CULTURE COMMUNE A LA MUTUALISATION PEDAGOGIQUE.....</b>                                                                                                             | <b>12</b> |
| <b>2.1 Une culture ne se décrète pas.....</b>                                                                                                                                  | <b>12</b> |
| <b>2.2 Les Instituts de formation : lieux d'édification des identités<br/>        professionnelles.....</b>                                                                    | <b>13</b> |
| <b>2.3 La nécessité d'une approche expérimentale et pragmatique : la<br/>        mutualisation pédagogique au sein des groupements d'écoles<br/>        paramédicales.....</b> | <b>14</b> |
| <b>2.4 Un contexte à la fois favorable et incertain.....</b>                                                                                                                   | <b>16</b> |
| <b>3 LES AXES DE LA MUTUALISATION PEDAGOGIQUE.....</b>                                                                                                                         | <b>17</b> |
| <b>3.1 Les fondements du modèle paramédical .....</b>                                                                                                                          | <b>17</b> |
| <b>3.2 La mutualisation réglementaire.....</b>                                                                                                                                 | <b>19</b> |
| <b>LA DEMARCHE D'ENQUETE : PROBLEMATIQUE, HYPOTHESES ET<br/>METHODOLOGIE .....</b>                                                                                             | <b>23</b> |
| <b>3.3 Le questionnaire .....</b>                                                                                                                                              | <b>23</b> |
| <b>3.4 Le cadre de l'enquête : .....</b>                                                                                                                                       | <b>24</b> |
| <b>3.5 Les modalités de l'enquête .....</b>                                                                                                                                    | <b>25</b> |
| <b>4 LES RESULTATS DE L'ENQUETE, UNE REALITE PLURIELLE.....</b>                                                                                                                | <b>26</b> |
| <b>4.1 Le Centre Hospitalier Universitaire « X ».....</b>                                                                                                                      | <b>26</b> |
| 4.1.1 Présentation de l'établissement. ....                                                                                                                                    | 26        |
| 4.1.2 La problématique locale.....                                                                                                                                             | 27        |
| 4.1.3 Cadre, limites et acteurs privilégiés de l'expérience « X ». ....                                                                                                        | 29        |

|            |                                                                                                           |           |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>4.2</b> | <b>Le Centre Hospitalier Universitaire de Y.....</b>                                                      | <b>32</b> |
| 4.2.1      | Présentation de l'établissement.....                                                                      | 32        |
| 4.2.2      | Une expérience intéressante.....                                                                          | 33        |
| 4.2.3      | Le discours des acteurs.....                                                                              | 35        |
| <b>4.3</b> | <b>Le Centre Hospitalier Universitaire de Z....</b>                                                       | <b>36</b> |
| 4.3.1      | Présentation de l'établissement.....                                                                      | 36        |
| 4.3.2      | Le pôle de formation. ....                                                                                | 37        |
| 4.3.3      | La politique du pôle de formation. ....                                                                   | 39        |
| <b>5</b>   | <b>LA MUTUALISATION PEDAGOGIQUE : UNE DYNAMIQUE PLUS QU'UNE REALITE.....</b>                              | <b>41</b> |
| 5.1        | Frictions identitaires et stratégies de pouvoir.....                                                      | 41        |
| 5.2        | Mutualisation de circonstance ou dynamique professionnelle ?.....                                         | 41        |
| 5.3        | Les axes moteurs du développement de la mutualisation. ....                                               | 44        |
| 5.3.1      | Une mutualisation matérielle et logistique réussie.....                                                   | 44        |
| 5.3.2      | Les pôles, source intrinsèque d'efficience.....                                                           | 45        |
| <b>6</b>   | <b>LE ROLE DU DIRECTEUR DES SOINS AU SEIN D'UN GROUPEMENT INTER-ECOLES OU D'UN POLE DE FORMATION.....</b> | <b>46</b> |
| 6.1        | La dimension stratégique.....                                                                             | 46        |
| 6.2        | Les actions concrètes au regard du travail d'enquête.....                                                 | 48        |
| 6.2.1      | Au niveau institutionnel. ....                                                                            | 48        |
| 6.2.2      | Au niveau du groupement ou pôle de formation. ....                                                        | 49        |
|            | <b>CONCLUSION .....</b>                                                                                   | <b>51</b> |
|            | <b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>                                                                                | <b>53</b> |
|            | <b>LISTE DES ANNEXES .....</b>                                                                            | <b>I</b>  |

---

## Liste des sigles utilisés

---

CEFIEC : Comité d'Entente des Formations Infirmières et d'Ecoles de Cadres.

CHU : Centre Hospitalier Universitaire.

CRUQPC : Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge.

IADE : Infirmière Anesthésiste Diplômée d'Etat.

IBODE : Infirmière de Bloc Opératoire Diplômée d'Etat.

IFCS : Institut de Formation des Cadres de Santé.

IFMEM : Institut de Formation des Manipulateurs en Electroradiologie Médicale.

IFMK : Institut de Formation des Masso-Kinésithérapeutes.

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers.

IRF : Institut Régional de Formation.

UIPARM: Union Interprofessionnelle des Associations de Rééducateurs et Médico-techniques.

VAE : Validation des Acquis par l'Expérience.

## INTRODUCTION

Manipulateur en électroradiologie de par mon métier d'origine, j'ai successivement exercé les fonctions de Cadre de santé dans un service de neuroradiologie puis de formateur au sein d'un Institut de Formation des Cadres de Santé (IFCS). Cette expérience d'enseignement m'a convaincu de l'intérêt d'une approche pluri-professionnelle de l'Institution et du patient. La conjugaison des regards paramédicaux permet d'appréhender la complexité de l'hôpital, de lui donner un sens tout en offrant une vision plus globalisante du patient. Trois années d'encadrement d'un secteur médicochirurgical, malgré une identité médico-technique d'origine, ont conforté l'idée d'un nécessaire décloisonnement de l'hôpital et d'une approche commune des problèmes institutionnels, organisationnels et conjoncturels. La démarche d'accréditation, même dans sa première version, offre cette perspective transversale à la fois source de richesses et révélatrice de dysfonctionnements.

Par ailleurs, le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 instituant le statut de Directeur des Soins et le regroupement des filières infirmière, médico-technique et de rééducation, opère dans le même sens... Au rapprochement des structures doit correspondre une action fédératrice des divers professions paramédicales... La recherche d'une synergie professionnelle a conduit à un enseignement commun en IFCS puis, depuis peu, à l'ENSP. Qu'en est-il des formations initiales ?

Devant prendre un poste de Directeur d'Institut de formation au sein d'un vaste groupement inter-écoles, mes expériences professionnelles passées et ce contexte singulier suscitent une véritable interrogation : au décloisonnement des établissements de santé, ne doit-il pas correspondre une véritable mutualisation inter-écoles ? Autrement dit, la « sphère » de la formation ne doit-elle pas accompagner le vaste mouvement réformateur de l'hôpital ? La coordination hospitalière doit aboutir à un travail commun recentré sur des finalités partagées mais elle rapproche des acteurs formés séparément et dans des institutions distinctes. Une culture commune mise en œuvre dès la formation initiale n'est-elle pas la meilleure réponse, la complémentarité adéquate à la nécessaire spécialisation de la démarche médicale ?

Ce travail part de ce questionnement et va tenter de mettre en évidence la nécessité d'une culture paramédicale partagée au regard de l'Institution, des métiers de la santé et des usagers. Toutefois, le développement d'une culture professionnelle prend du temps et nécessite d'agir dès la construction des identités professionnelles. Autrement dit, si la finalité réside dans un sentiment d'appartenance commun, le moyen d'y parvenir relève

de la mutualisation pédagogique au sein des groupements d'écoles et d'instituts. Nous entendons, par là, la mise en commun de cours ou travaux dirigés et toute initiative visant à la construction d'un savoir paramédical pluri professionnel. Cette mutualisation, démarche expérimentale pouvant étayer la réforme future des programmes de formation, peut être étudiée à différents niveaux : métiers d'aide, formation post-baccalauréat, écoles spécialisées etc, ... Nous porterons, cependant, notre attention en priorité sur la formation initiale des métiers de la santé et notamment sur les professions d'infirmières, de manipulateurs en électroradiologie et de kinésithérapeutes. Sans toutefois se priver d'autres éléments éventuellement porteurs de sens...

Sur la base d'un état des lieux portant sur trois Centres Hospitaliers Universitaires, nous tenterons d'apprécier la réalité et les finalités de cette mutualisation. il conviendra de déterminer les fondements de ce partage en termes de savoirs théoriques et de compétences partagées mais d'apprécier également les conditions de sa pérennité. Quelle forme institutionnelle, quelle organisation sont-elles les plus opportunes à son développement ?

La commission Debouzie souhaitait établir les bases d'une culture commune. Peut-on déjà parler de prémisses réelles et prometteuses ou toute démarche synergique relève-t-elle d'une utopie cernée par des logiques identitaires ?

# **1 UNE CULTURE PARAMEDICALE PARTAGEE : UNE TRIPLE NECESSITE.**

## **1.1 La problématique institutionnelle.**

### **1.1.1 Démarche qualité et gestion des risques**

#### **A) Les frictions identitaires.**

La mutualisation au sein d'un groupement d'écoles doit dépasser le strict cadre matériel immédiat car sa finalité ultime ne peut se dissoudre dans de simples économies d'échelles. Elle doit être au service des patients et des institutions et s'inscrire dans le moyen et long terme sans négliger, bien entendu, les contingences et les besoins présents. Cette exigence est d'autant plus prégnante que les démarches « qualité » et la gestion des risques ont pointé les zones dangereuses de l'institution : les interfaces organisationnelles ou, autrement dit, les points d'articulations de la prise en charge du patient. La rationalisation des structures n'a de sens que si l'on formalise les trajectoires des usagers. La complexité de l'action médicale, véhiculée par un savoir de plus en plus pointu et morcelé, multiplie les zones à risque et suscite l'émergence de nouveaux métiers : psychomotriciennes, ergothérapeutes côtoient l'action des kinésithérapeutes, des infirmières et des manipulateurs... Or, ce développement des intervenants accroît les points de frictions identitaires. Lorsque les zones de tension des différentes identités professionnelles se superposent aux interfaces organisationnelles, l'émergence du risque devient probable. Les manipulatrices ignorent souvent la complexité du travail de l'infirmière et réciproquement. La continuité des soins est menacée par l'ignorance du travail de l'autre car la construction identitaire fédère le groupe mais l'isole des autres populations. La tension centrifuge qui unit les membres d'une profession se mue en force centripète au contact d'un autre métier. Identité et altérité sont des notions marchant de concert. Et le repli identitaire, favorisé par un univers dominé par la maladie, la souffrance et la mort, potentialise l'émergence du risque. L'enfermement dans le groupe permet d'ignorer l'environnement et de se protéger. A titre d'exemple, la radiologie interventionnelle et l'Imagerie par résonance magnétique ont longtemps constitué des points de tensions, de véritables rapports de force, où le dialogue devenait quasiment impossible entre infirmières et manipulatrices. Une profession a besoin d'espace pour se développer et ces techniques nécessitaient à la fois le recours à des actes infirmiers et la



mobilisation de vecteurs comme les rayons  $x^1$ , apanage des manipulateurs en électroradiologie. Autre aperçu de ces frictions inter catégorielles, l'ignorance du travail de l'autre a suscité des rapports parfois tendus entre les personnels chargés des examens de scannographie et les professionnels des services de réanimation. La gravité des patients de ce type d'unité réclame régulièrement des examens en urgence que les manipulatrices doivent réaliser très rapidement entre deux programmations. Or, la longue préparation du patient, qui doit être coupé de son environnement technique, retarde inévitablement son arrivée au scanner. L'organisation du travail radiologique est alors bousculée et provoque l'irritation du personnel qui, dans sa précipitation liée à la charge de travail, renvoie souvent le patient dans un lit complètement défectueux. Désordre angoissant au regard des besoins du patient... A partir de faits relativement futiles mais répétés, l'animosité, d'examen en examen, se construit inexorablement entre les deux groupes professionnels et perturbe la continuité des soins...

De ce dernier exemple, il est possible d'extraire les critères favorisant l'émergence du risque. La gravité du patient alliée à une non-programmation de l'activité suscite un stress auprès des acteurs de santé. Autrement dit, la difficulté du travail hospitalier réside dans ces zones d'incertitudes liées à l'urgence et au risque majeur véhiculé par les patients : la mort. Les services d'urgence, par la planification impossible de l'activité, sont potentiellement anxiogènes pour le personnel et lorsque ces éléments déstabilisateurs percutent des zones de frictions identitaires, le risque peut apparaître... Aux interfaces organisationnelles, sources de risques, correspondent souvent des conflits identitaires entre deux segments paramédicaux.

#### B) La dangerosité des micro événements.

Les études axées sur les catastrophes montrent que les événements dramatiques ne reposent que peu de fois sur un ou deux faits facilement observables et donc prévisibles. Bien au contraire, une succession d'actions indésirables et fatales est souvent provoquée par un micro événement originel. La théorie du chaos a mis particulièrement en évidence la complexité de la réalité et l'action conjuguée de multiples facteurs conduisant à une situation incontrôlable. Le météorologue Edward Lorenz a montré qu'une action anodine pouvait avoir, à long terme, des conséquences colossales, illustrant l'approche de sa théorie à partir d'une interrogation nommée l'effet papillon : « *le battement des ailes d'un papillon au Brésil déclenche-t-il une tornade au Brésil ?* ».

Plus sérieusement, ses travaux aboutissent à deux postulats :

---

<sup>1</sup> L'apparition de l'IRM, avec un nouveau vecteur d'images comme le champ magnétique, a introduit, à l'époque, une zone d'incertitude propice à des tensions identitaires.

- Les incertitudes sont inévitables d'une part.
- L'homme ne peut pas prendre en compte tous les éléments qui constituent son environnement, surtout lorsqu'il s'agit de variations infimes, d'autre part.

Appliquée à une organisation, la théorie du chaos montre la limite d'une approche des risques uniquement basée sur l'expertise de quelques spécialistes : pharmaco-vigilant, matério-vigilant etc.... Car les micro événements échappent facilement au regard de quelques personnes dans un contexte extrêmement technicisé et complexe comme l'hôpital. Par ailleurs, l'incertitude règne dans certains services de par la part importante d'activité non planifiée. Enfin, les établissements de santé se caractérisent par un haut niveau de différenciation et de complexité en comptant environ cent quatre vingt métiers différents. La préoccupation majeure réside donc dans la nécessité d'établir du lien au plus près des actions journalières des professionnels.

#### C) La nécessité d'une culture partagée.

La spécialisation du travail augmentant, le travail d'articulation s'impose de plus en plus et les aléas anodins campant sur des zones de tensions identitaires menacent une prise en charge de qualité du patient. Au cloisonnement structurel correspond une segmentation culturelle... Aussi, à court terme, des groupes de travail pluridisciplinaires doivent favoriser l'approche globale et systémique des aléas. Des réflexions associant les « vigilants », les professionnels de terrain et des membres de la CRUQPC<sup>2</sup> doivent explorer à la fois les interfaces organisationnelles et les plaintes des patients, indicateurs pertinents des dysfonctionnements. La gestion des micro risques nécessite le regard d'un manipulateur, d'une infirmière, d'une aide-soignante travaillant de concert et ayant une conception partagée du travail hospitalier. Il convient à la fois d'analyser les micro dysfonctionnements et de lutter contre les frictions identitaires. Ce dernier point revient, à plus long terme, à instituer une culture paramédicale partagée basée sur des postulats communs. Faire en sorte que les acteurs de santé se reconnaissent dans un au-delà du service, dans cette autre sphère d'appartenance qu'est l'Institution. Les propos suivants, émanant d'un Directeur d'Institut de Formation des Manipulateurs en Electroradiologie Médicale (IFMEM) traduisent la même idée, à un autre niveau : *« dès l'origine, notre profession a fait le choix de faire l'école de cadres avec les infirmières, cela nous a permis de nous découvrir des points communs, de travailler ensemble... »*. La culture commune

---

<sup>2</sup> Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge.

semble s'imposer à tous les échelons de la hiérarchie paramédicale car la complexité des processus de travail réclame à la fois une vision globale de l'institution et une connaissance des plus petits niveaux de l'organisation hospitalière.

Pour M.A. ULRICH [2003], actrice centrale de la mise en place de la nouvelle gouvernance au Centre hospitalier Universitaire de Grenoble, le changement profond des organisations hospitalières est indissociable du changement culturel des acteurs. La multiplicité des services ne favorise pas l'interdisciplinarité et nuit à l'amélioration de la prise en charge des patients... Le Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 instituant le statut de Directeur des soins constitue le seuil de cette tentative de culture commune : « *Oscillation entre similitude et différence [...] l'identité professionnelle est un processus plus qu'un état* » [A. Vilbrod, 2001, p. 44]. L'ouverture de la Direction des soins aux autres professionnels paramédicaux doit permettre de décroiser l'hôpital et de favoriser une culture commune, notamment à travers les travaux de la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Or, cette culture partagée doit permettre de gérer les problèmes d'articulations extrêmement importants au sein de configurations complexes et changeantes que sont les établissements de santé.

L'identité des soignants doit se structurer selon deux cercles concentriques d'appartenance : être d'abord un paramédical, un professionnel de santé puis un infirmier ou un manipulateur etc.... Toutefois, si les praticiens hospitaliers ont le sentiment mêlé d'être à la fois médecin et, par exemple, radiologue, cette double appartenance est moins nette, moins importante, chez les paramédicaux. Il convient donc d'interroger le processus professionnalisant lui-même afin de comprendre les éléments déterminants de l'identité professionnelle.

## **1.2 Un nécessaire décroisement professionnel.**

Afin de naître, de se perpétuer et de se développer, une profession doit détenir un savoir spécifique que nul autre corps de métier ne peut acquérir. A partir de cette connaissance formelle et singulière, les représentants de la profession influencent le législateur pour obtenir, à la fois, le monopole d'exercice et l'autonomie. Ainsi, à titre d'exemple, « *la détention d'un savoir scientifique a permis... [au corps médical] de monopoliser progressivement l'offre de soins... de légitimer l'autocontrôle de leur activité* » [P. Hassenteufel, 1997, p.22]. Ainsi, à la base du pouvoir médical, nous trouvons un savoir formalisé, spécifique que nulle autre profession ne peut revendiquer et exercer. Et cette condition devient le postulat essentiel du développement de tout segment professionnel car, ce monopole permet d'agir sur le législateur, de revendiquer avantages sociaux et reconnaissance... Savoir formel, transmissible et évolutif par l'écrit, distingue le médecin

du sorcier ou du guérisseur... *"la médecine devient une vraie profession consultante à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle. Ses bases scientifiques sont alors devenues suffisamment solides pour que ses résultats paraissent supérieurs à ceux des guérisseurs"* [E. Freidson, 1970, p. 21 & 22]...

Le second degré de cette évolution est d'obtenir un diplôme limitant le droit d'exercice aux seuls membres de la profession. Cette première étape ne se réalise pas sans luttes à l'instar de la fonction d'aide-soignant qui a connu successivement un certificat d'aptitude puis, enfin, un diplôme professionnel...

Toutefois, des professions comme celles des médecins ou des ingénieurs que les sociologues jugent comme « abouties », se différencient de certains métiers paramédicaux par une caractéristique notable : la spécialisation n'intervient qu'après un tronc commun conséquent. Le médecin est formé comme médecin avant de devenir chirurgien. Il en est de même de l'infirmière anesthésiste, de l'infirmière de bloc opératoire et de la puéricultrice. Mais ce n'est pas le cas du manipulateur en électroradiologie, du kinésithérapeute, du préparateur en pharmacie et des nouveaux métiers émergents : psychomotricienne, ergothérapeute, orthophoniste, diététicienne... Or, le tronc commun préalable introduit de la mobilité ; une mobilité peut-être nécessaire et souhaitable pour des carrières hospitalières d'une durée proche de trente-cinq ans. La voie de la gestion et de l'encadrement ne convient pas à l'ensemble des professionnels. Un radiologue lassé de la radiologie peut redevenir médecin ou se former à une autre spécialité. Un manipulateur est enfermé dans sa propre spécialisation ; d'autant qu'un exercice libéral lui est interdit. Autrement dit, une spécialisation intervenant trop tôt peut devenir un carcan identitaire, d'autant qu'une carrière de trente-cinq ans peut être le témoin d'évolutions favorables comme défavorables. L'automatisation des techniques de laboratoires a considérablement amoindri l'intérêt de la profession de laborantin. Demain, la banalisation de l'acquisition de l'image peut avoir les mêmes conséquences sur le métier de manipulateur. Tant du point de vue de l'intérêt professionnel que de la gestion des ressources humaines, des passerelles inter formations doivent être recherchées afin de faciliter :

- la mobilité et la motivation des acteurs de santé
- La gestion d'éventuelles pénuries de professionnels d'une filière.
- La gestion des évolutions professionnelles au regard des innovations techniques.

La pyramide des âges du personnel soignant va accorder une dimension éminemment stratégique au recrutement lors des prochaines années. D'ici 2015, une infirmière et une aide-soignante sur deux seront parties à la retraite et la situation sera encore plus alarmante pour les Cadres, Cadres supérieurs et Directeurs des soins. Ainsi, une évolution sociétale et un problème de générations se conjuguent et esquissent une

perspective difficile en terme de recrutement. C. DEKUSSCHE [2004] envisagent, pour cet enjeu majeur, de grands axes de réflexions, sources possibles de résolutions dont la mise en place de passerelles entre les différentes professions.

Dés sa création en 1992, l'Union Interprofessionnelle des Associations de Rééducateurs et Médico-techniques (UIPARM) a réfléchi au sens de la formation selon deux perspectives [voir H. Fernandez & J.M Pugin, 2004]:

1. L'interprofessionnalité.
2. L'harmonisation des programmes de formation.

Ces axes de réflexion ont d'emblée posé le problème du cloisonnement et de l'hétérogénéité des sessions de formation initiale. Il apparaît qu'aucune passerelle entre les cursus professionnels n'est possible si ce n'est, dans le meilleur des cas, un accès à la deuxième année de formation offert aux possesseurs de certains diplômes de professionnels de santé. H. Fernandez & J.M Pugin [2004] constatent, par ailleurs, une disparité de formation entre les secteurs public et privé. Cette hétérogénéité est d'autant plus surprenante, pour les auteurs :

- Que l'ensemble des professionnels collaborent au quotidien pour le bénéfice des patients.
- Qu'ils disposent de plans de carrière identiques et des même grilles de rémunération tant dans la fonction publique que dans les conventions collectives du secteur privé.

L'UIPARM préconise des programmes de formation adaptés aux grands champs d'activité des professions et non aux seules disciplines médicales. Inscrite dans une logique d'universitarisation, la première année correspond aux pré requis des formations paramédicales reposant sur l'enseignement des sciences biomédicales, des sciences humaines et sociales. Les deuxième et troisième années concouraient à une formation professionnalisante. Nous percevons parfaitement la notion de tronc commun émergeant des enseignements de la première année et une maquette commune et modulaire faciliterait les passerelles entre corps de métiers.

Ainsi, en adéquation aux enjeux de l'Institution, les professionnels de santé, eux-mêmes (ou du moins une certaine élite) semblent souhaiter une recherche de liens, un développement de l'inter professionnalité voire l'établissement d'un tronc commun paramédical, source d'une culture partagée. Institutions et acteurs de santé paraissent

œuvrer dans la même direction. Mais qu'en est-il des patients ? Quels sont leurs besoins fondamentaux ?

### 1.3 Les usagers, un besoin essentiel.

Nombre d'auteurs s'attachent à parler d'une crise actuelle de la relation médicale comme notamment P. Hassenteufel [1997]. De rapports de confiance entre le praticien et le patient, nous glisserions de plus en plus vers une relation purement contractuelle voire vers une attitude de défiance de la part de l'utilisateur. Une vaste enquête semble confirmer ce constat. La consultation générale lancée par l'Ordre des médecins en 1998 reposant sur 62270 questionnaires comporte les résultats suivants :

- 81% des médecins considèrent leurs patients de plus en plus exigeants
- 61% des médecins considèrent leurs patients de plus en plus informés
- 43% des médecins considèrent leurs patients de moins en moins fidèles
- 40% des médecins considèrent leurs patients de moins en moins respectueux

Ce changement d'ordre sociétal peut s'expliquer selon trois axes :

1. Le paradigme scientifique dominant la médecine moderne institue la maladie comme objet et organise la médecine en spécialités. Les pathologies structurent la discipline selon des critères d'organe, d'âge, de sexe ou, par voie de conséquence, par une forme de thérapie. L'homme, n'étant plus foyer d'objectivation, perd son caractère central au sein de la relation thérapeutique... Le patient peut avoir le sentiment de vivre une relation dépersonnalisée et cette dimension prend une valeur extrêmement importante face à la douleur et à la mort : L'ensemble de l'individu meurt, accompagné de son histoire, de ses croyances... La mort ne se contente pas d'un organe et exige parfois du temps, de l'attention de la part des soignants.
2. La part de plus en plus importante des examens complémentaires dans l'ébauche du diagnostic tend à "techniciser" la relation médicale. La technologie l'emporte souvent sur l'observation clinique et cet état de fait renforce la réification du patient. Lequel devient objet soumis au regard de la machine : *"le progrès technoscientifique dans le domaine de la vie humaine... banalise de plus en plus l'idée du corps humain comme chose et comme marchandise"* [G. Berthoud, 1989, p.99].
3. Enfin, les différentes crises sanitaires, comme le douloureux épisode du sang contaminé, ont entraîné une crise de confiance entre une médecine à la fois toute puissante et affaiblie par l'apparition du SIDA. Cette pathologie venait compromettre

plusieurs décennies de lutte et de victoire sur les maladies infectieuses. Cette remise en cause du colloque singulier s'accompagne d'une « judiciarisation » de la société, dangereuse pour les établissements de santé et la relation de confiance qu'était (ou est encore ?) la relation thérapeutique.

Ce phénomène sociétal traduit un besoin de lien, d'humanisation des rapports face à la maladie, et qui se perçoit tant au niveau des patients que dans les propos des paramédicaux.

- Une étude effectuée auprès de 1147 patients de 19 médecins généralistes témoigne de l'importance relationnelle du colloque singulier et des dimensions qu'elle sous-tend. Le praticien semble perçu d'abord comme un conseiller par 60,1% des patients. Le malade *“ voit d'abord dans son médecin un conseiller, puis un confident, avant d'être un technicien ”* [R.Senand, J.Y Chambonet, S.Léauté, 1995, pages 64 à 70].. Certes, il ne s'agit pas de médecins hospitaliers mais cette enquête marque l'importance du relationnel au sein du colloque singulier.
- A. Vega [2000] précise que les infirmier(ère)s valorisent régulièrement l'image du médecin de famille, *« celui des années trente, qui ne prescrivait pas trop de médicaments et qui soignait déjà les gens dans leur globalité [...] ou celles de thérapeutes issus des médecines douces »* [p. 125]. Les soignantes attribuent volontiers des effets pathogènes à l'hôpital en particulier et à la société en général. La suprématie de la technologie et du mercantilisme *« devient le symbole d'un monde en pleine crise [...] caractérisé par la fin des liens sociaux »* [p. 28].

En étant « para », les paramédicaux doivent accompagner la nécessaire spécialisation du savoir médical par un développement du domaine relationnel et d'une approche holistique du patient. Lequel réclame du lien, un lien totalisant susceptible de prendre en charge la globalité de l'être malade, ses rapports à sa famille, à son travail. Nous verrons, dans un chapitre ultérieur, que cette exigence correspond aux savoirs fondateurs d'une culture paramédicale partagée. Les besoins des patients rejoignent ceux de l'institution. Car, au-delà des liens interprofessionnels que cela suppose - ultime convergence - la prise en charge globale du patient correspond à l'établissement d'une démarche qualité par l'adéquation de l'attente des usagers et de l'action des soignants. La segmentation théorique du malade est à la fois fondamentale en terme de recherche médicale mais potentiellement porteuse de risques par morcellement de la prise en charge et par la fragilisation consécutive de la continuité des soins.

Or, l'approche relationnelle doit être instituée dès la formation initiale. Ce constat semble particulièrement fondé puisque l'arrêté du 21 avril 1994 visant à réformer l'enseignement de la première année des études de médecine (PCEM1) tentait de réunir deux approches de l'homme radicalement opposées : *« En premier lieu, le but (de l'arrêté de 1994) est de contester l'orientation du tout scientifique sur laquelle était principalement fondée la sélection des étudiants depuis de nombreuses années. Il apparaît désormais à un grand nombre de responsables universitaires que la dimension humaine de la médecine doit être mieux valorisée »* [J.M Chabot, 1994]. Seulement, cette démarche se heurte au postulat fondateur de la médecine moderne, initiatrice de progrès, et les paramédicaux semblent plus facilement constituer les acteurs d'une coordination de l'activité hospitalière.

Cette exigence de liens est primordiale et ne répond pas à un raisonnement purement théorique voire idéal. Elle correspond aux besoins fondamentaux des patients. L'accueil hospitalier doit être personnalisé car un être qui souffre vit une situation singulière et qui lui appartient. *« La souffrance est, avec la jouissance, la retraite ultime de la singularité »* [P. Ricoeur, p. 228]. Le malade ne peut se contenter d'anonymat... *« Pour s'être détourné du regard anxieux du malade, de l'homme qui souffre, le corps médical a vu son hégémonie et sa légitimité contestées. Pire, il a même connu l'humiliation de voir le patient appeler à son secours – quand il souffre et est incompris – le charlatan, le rebouteux, la médecine douce »* [M. Ferro, 1985, p.12]. Quant à l'essor des médecines parallèles, il semble bien lié à *«un refus d'un certain mode de rationalité scientifique, d'une culture élitiste aux mains des professionnels, d'une société de l'objet, de l'objectivité, de l'objectivation»*[F. Laplantine, P.L Rabeyron, 1987, p.31 à 33].

Ainsi, tant du point de vue de l'institution que des patients et des professionnels, une recherche de liens, de coordination, s'impose. Le cloisonnement hospitalier, légitime car il satisfait la nécessaire spécialisation du savoir médical, parcellise néanmoins l'action de l'hôpital et brouille ses finalités. Car l'hôpital se distingue de l'entreprise dans le sens où les unités constituant l'organisation ne tendent pas vers un but unique : la recherche du profit, donc de l'adaptation optimale au marché et à l'environnement. Si la finalité commune des services réside dans le retour à l'état de santé pour l'ensemble des patients, ce but s'efface régulièrement devant des logiques inhérentes aux différentes disciplines médicales. De surcroît, l'activité relève parfois plus des personnalités en présence que des besoins de la population. La légitime segmentation des savoirs médicaux génère souvent une balkanisation des pouvoirs au sein des établissements de santé. Les savoirs institués induisent une rigidité de l'institution et s'opposent à une nécessaire synergie réclamée à la fois par le contexte institutionnel, les acteurs et les clients : les patients. La mission d'information sur l'organisation interne de l'hôpital ou rapport Couaneau estime qu'il convient de mettre un terme à la balkanisation des



établissements et cultiver la mutualisation en instituant des pôles de responsabilité. L'organisation en pôles, la contractualisation interne et la déconcentration, tentent de répondre à cette nécessité, du moins pour les grands établissements. Mais la logique de service demeure et à la réforme des structures doit correspondre un changement profond et culturel des acteurs de santé. Or, la culture ne s'impose pas, elle ne se décrète pas mais doit émerger, pour une bonne part, des acteurs eux-mêmes...

## **2 DE LA CULTURE COMMUNE A LA MUTUALISATION PEDAGOGIQUE.**

### **2.1 Une culture ne se décrète pas.**

Instituer une culture différente relève d'un pari à plus ou moins long terme et il convient d'en déterminer particulièrement les finalités. Car les rapports humains sont complexes, leur alchimie hasardeuse et donc difficilement prévisible. La notion de culture renvoie indubitablement à la notion d'appartenance donc d'identité : à quoi et à qui nous identifions-nous ?

En premier lieu, le sujet se pense à travers ses origines afin de répondre à cette question primordiale du « qui suis-je ? ». « *Le rapport avec son passé permet au sujet de penser sa propre continuité, cette dimension essentielle de l'identité* » [M. Pollack, 2000, p. 273]. Ainsi, l'identité professionnelle se forge au fil des années de travail et plus le sujet est ancien au sein de l'institution, plus son rapport à l'identité est ancré et peu transformable. La notion de culture d'entreprise a pointé particulièrement les difficultés inhérentes à ce sentiment profond de l'individu. Si, indubitablement, le volontarisme des dirigeants reste un facteur primordial des changements des mentalités, la notion de culture échappe néanmoins, en partie, aux efforts managériaux car elle relève de la catégorie socioprofessionnelle des agents de l'entreprise. Autrement dit, une organisation comportant une majorité d'ingénieurs développera des normes de comportement, des valeurs de référence et des attitudes aux changements différentes d'une entreprise composée d'ouvriers. Cette remarque n'est en aucun cas péjorative et ne souhaite pas introduire d'échelle de valeurs...

Or, l'hôpital se caractérise, nous l'avons dit, par un degré de différenciation extrêmement important : plus de 180 métiers dont 14 paramédicaux. Introduire une culture commune reste un exercice difficile et relativement aléatoire. La culture, les identités reposent sur des valeurs générant un idéal : « *elles varient avec les civilisations, et à l'intérieur des civilisations avec les groupes et catégories sociales* » [H. Mendras, 1975]. Même si les métiers paramédicaux reposent sur des références communes, sur une proximité avec le

modèle médical (actes délégués), ils diffèrent néanmoins de par leur histoire, leur recrutement, leur possibilité ou non d'exercer une activité libérale, une connaissance et une reconnaissance différentes de la part du public, un rapport à la technologie ou au relationnel variable. Parfois, un manipulateur et une infirmière de bloc opératoire se sentent plus proches, de par leur rapport à la technicité et à la brièveté des contacts avec le patient, que l'infirmière spécialisée pourrait l'être avec sa consœur des services. Ainsi, l'établissement d'une culture paramédicale commune ne s'impose en aucune manière. C'est un processus extrêmement complexe, multiforme et relativement lent qui nécessite d'agir à la source de la construction identitaire : les instituts de formation...

## **2.2 Les Instituts de formation : lieux d'édification des identités professionnelles**

Nul ne peut se proclamer infirmier ou manipulateur en électroradiologie sans détenir le diplôme correspondant. L'aboutissement de la formation autorise donc à « être » et constitue l'un des fondements de l'identité professionnelle. A l'instar de A. Vilbrod [2001], nous pouvons distinguer quatre éléments à la source de l'appartenance soignante : l'histoire ou la filiation, les valeurs, la formation et le statut. Agir sur le processus de formation revient à agir sur l'identité.... Et donc sur la culture de l'entreprise !

Tout individu exerçant un métier s'inscrit dans un héritage singulier souvent porté par un mythe originel. Hippocrate pour les médecins, Jean-Baptiste Pussin pour les infirmiers de secteur psychiatrique<sup>3</sup>. Pour les manipulateurs, la découverte fortuite des rayons x par Roentgen joue indirectement le même rôle : le point d'ancrage autorisant la naissance de la profession. Mais en amont des points de différenciation des segments professionnels, il existe une origine commune des professions de soins et des nécessités socio-historiques ayant suscité leur naissance. L'enseignement ne peut-il mettre en valeur ces fondements sociétaux ayant exigé une approche plurielle du soin et de la maladie ?

Quant aux valeurs, elles rejoignent pleinement la formation puisque les pairs initient leurs futurs successeurs et que ceux-ci découvrent les normes collectives lors des stages. « *Valeurs fondatrices, valeurs immanentes, habitées, censées être portées par tous ceux qui sont de ce métier* » [A. Vilbrod, 2001, p. 45]. L'apprentissage par alternance unit fondamentalement les notions de formation et de valeurs. Les nombreux stages

---

<sup>3</sup> Ce dernier est en fait le véritable instigateur de la délivrance des aliénés. Avant l'arrivée de Pinel à Bicêtre, il avait ôté les chaînes des patients et préconisé le rétablissement du fou comme sujet à part entière.

permettent une socialisation et l'acquisition, par identification à des pairs, des « trucs de métiers » qui viennent s'imbriquer dans les apports de la formation théorique [voir à ce propos A. Vilbrod, 2001]. De surcroît, la confrontation de l'étudiant à un collectif de futurs collègues suscite une intériorisation des normes et des valeurs professionnelles... Il est aisé de constater, entre plusieurs services de radiologie, des comportements différents vis-à-vis, par exemple, de la pudeur du patient. Or, les rapports au corps, à la douleur constituent des points communs aux différents métiers paramédicaux. Les professions soignantes se structurent sur des références éthiques partagées.... Les valeurs, comme l'histoire, sont les vecteurs d'une culture commune ; elles constituent indubitablement des points de convergence et de consensus...

Selon A. Vilbrod [2001], la formation constitue l'un des quatre piliers de l'identité professionnelle. D'où l'importance des enseignements communs aux différentes professions paramédicales, source de la mutualisation pédagogique. Et, au-delà des cours communs, l'orientation et l'unité du groupement d'écoles peuvent structurer les notions d'appartenance. Si, au cours de leur scolarité, les étudiants ont le sentiment d'appartenir à un ensemble plus vaste que leur propre institut, ils développeront plus facilement l'idée d'agir, en tant que professionnels, au sein d'une organisation autre, englobant leur service de référence. Ainsi, le fonctionnement interne du regroupement, ses collèges, ses instances, peuvent décider des acteurs de demain... Les Instituts de formation fédérés dans un groupement ou un pôle, par la synergie et la mutualisation qu'ils peuvent engendrer, constituent les structures fondamentales de l'émergence d'une culture professionnelle partagée. Certes, toutes les écoles ne sont pas fédérées mais la régionalisation va certainement clarifier, optimiser et regrouper l'offre de formation. Enfin, les groupements d'écoles forment un nombre important d'étudiants et la masse critique, en termes d'identité et de culture, est un élément primordial. Mais au-delà de ces considérations théoriques, la mutualisation pédagogique est-elle suscitée, envisagée ou envisageable ?

### **2.3 La nécessité d'une approche expérimentale et pragmatique : la mutualisation pédagogique au sein des groupements d'écoles paramédicales.**

Le projet de réforme des études de santé dit « Debouzie » pointait particulièrement la nécessité de rapprochement entre les divers professionnels soignants. Les Ministères de la Santé et de l'Education nationale envisageaient (et envisagent peut-être toujours) de modifier la formation des professions de santé et de proposer la mise en place d'une première année commune à l'ensemble des corps de métier, médicaux et paramédicaux. Il s'agit d'une réforme fondamentale reposant sur deux objectifs :

- Gérer le taux d'échecs catastrophique à l'issue de la première année des études de médecine (PCEM1). Depuis longtemps, le corps médical tente de réguler, sans succès, ce coût humain en introduisant progressivement un module de sciences humaines en PCEM1; ce corpus théorique étant censé favoriser la réorientation des candidats malheureux vers d'autres cursus..
- Favoriser l'émergence d'une culture commune au sein des professions de santé, cet objectif étant associé à la réforme dite «Hôpital 2007 » visant, à travers la notion de pôle, de « dé balkaniser » les établissements.

Toutefois, le rapport Debouzie induit une faisabilité difficile car il met en lien les professions médicales et paramédicales, les facultés de médecine et les écoles professionnelles. En outre, la mise en cause récente des expérimentations de recrutement des étudiants kinésithérapeutes en PCEM1 laisse envisager un certain recul des pouvoirs publics. Le chapitre précédent a souligné la complexité des professions paramédicales elles-mêmes et le progrès médical parcellise, nous l'avons dit, l'approche du malade. Pourquoi ne pas rechercher, plutôt qu'une mise en commun, une complémentarité fondée et objective entre les deux corps soignants, médicaux et paramédicaux ? Ne peut-on réfléchir à une approche commune des métiers paramédicaux visant à des actions professionnelles supplétives aux actes médicaux ? D'autant qu'une immense opportunité s'offre dans les années à venir : par le simple effet du vieillissement, la moitié des effectifs paramédicaux aura été remplacée dans dix ans. Or une décennie, à l'échelle d'une Institution, est une durée relativement courte. L'ébauche d'une culture et d'une identité paramédicales est à portée des acteurs, cette perspective ne relève pas d'une utopie théorique déconnectée du réel.

Le décloisonnement des Instituts de formation implique une refonte des programmes des formations professionnelles et cette nécessité dépasse largement le propre rôle du directeur des soins en école. Toutefois, le projet «hôpital 2007 » et l'instauration de la nouvelle gouvernance ont introduit la notion d'expérimentation, préalable à l'acte législatif. Les groupements d'école, les pôles de formation, peuvent constituer autant de laboratoires visant à l'ébauche d'une mutualisation pédagogique, véritable prémisse à la naissance d'une culture paramédicale commune. Ces expérimentations peuvent conduire ultérieurement à l'élaboration d'un tronc commun adapté, susceptible de répondre aux exigences de l'évolution hospitalière et, plus globalement, au contexte sanitaire. La complexité de la démarche exige certainement cette réponse graduée, évolutive et par conséquent moins susceptible d'entraîner d'importantes frictions identitaires.

Dans ses politiques de santé publique, l'Etat a compris que des mesures centrales n'avaient que peu de chances d'aboutir. Les réformes réclament l'adhésion des acteurs et

lorsqu'ils en sont les initiateurs et les participants, le succès s'impose... L'expérimentation semble prendre le pas sur les décisions centralisées. A l'heure actuelle, le pôle de formation de Nantes joue un rôle pilote sous l'égide du ministère...

Dans ce cadre expérimental, le directeur de soins détient une place et une fonction prépondérantes et stratégiques qu'il conviendra de déterminer ultérieurement. En préalable, notons toutefois que la mutualisation pédagogique constitue un point central de la problématique d'un directeur des soins chargé d'un institut. Pourquoi ? Simplement parce qu'elle peut répondre à la question primordiale déterminant la ligne d'horizon de son action : quel professionnel doit-il former ? D'autant que cette mutualisation bénéficie sans doute d'un contexte favorable et moteur : la décentralisation des financements.

## **2.4 Un contexte à la fois favorable et incertain.**

Le domaine de la formation professionnelle paramédicale traverse aujourd'hui un contexte singulier, annonciateur d'enjeux majeurs qu'il est toutefois difficile d'apprécier à ce jour. La prospective reste un art difficile... Il est cependant raisonnable d'envisager quelques scénarii face aux deux axes contextuels actuels : la régionalisation du financement des écoles et l'universitarisation. Les allocations versées par l'Etat sont souvent, selon les différents acteurs interviewés, en deçà des véritables besoins et le désengagement successif du pouvoir central sur nombre de domaines réduit la marge de manœuvre des Conseils régionaux. Inévitablement, la décentralisation de la gestion des Instituts de formation va induire une mutualisation des moyens voire des enseignements et ce, à deux échelles différentes : au niveau de la région, d'une part, à l'échelle des pôles ou groupements de formation d'autre part. Déjà, la région normande demande aux hospitaliers de réfléchir à un enseignement mutualisé de l'anatomie au sein du pôle régional. Par ailleurs, il est clair qu'une harmonisation de l'offre au niveau régional va être engagée. Le devenir des petits IFSI (Instituts de Formation en Soins Infirmiers) locaux devient hasardeux...

Cependant, pour apprécier la nature et le devenir de la mutualisation au sein des groupements d'Instituts, il convient à la fois de prendre en compte les tensions parcourant le métier de formateur et le processus d'universitarisation...

A l'heure actuelle, deux conceptions de l'enseignement professionnel s'affrontent en la personne du formateur. L'une, issue de l'enseignement classique, conçoit cet acteur de santé comme un expert face à un contenu, comme un enseignant détenant un savoir et capable de le transmettre. L'autre, née de la formation d'adultes, conçoit le formateur comme un technicien, comme un expert en ingénierie de la formation. Dans ce cas, il doit déterminer les qualités pédagogiques du cursus de formation, adapter la forme de l'enseignement aux caractéristiques des formés et au contenu enseigné. L'étudiant est pensé comme un acteur de sa formation et l'action du formateur relève plus de la guidance que de l'enseignement magistral. A l'heure actuelle, les deux modèles prévalent au sein des Instituts et brouillent

une éventuelle analyse de la charge de travail. Le modèle enseignant réclame plus de personnel car les heures de face à face avec les étudiants sont nombreuses, la préparation des contenus conséquents. Les données comparatives de la charge de travail émanent de l'Education nationale où le modèle « enseignant » est omniprésent. La seconde conception du métier, nous l'avons dit, organise le cursus, adapte la forme de l'enseignement aux contenus et aux apprenants. Son rapport au savoir est différent, plus pédagogique et organisationnel. Sa présence en enseignement est plus faible car les contenus sont confiés à des intervenants extérieurs et une charge de travail mesuré en temps de face à face apparaîtrait irrecevable au regard des standards de l'Education nationale. Selon ce modèle, l'effectif en formateur est indubitablement réduit. A l'heure actuelle, les deux conceptions sont peu différenciées et l'action journalière d'un formateur relève à la fois de l'enseignement et de l'ingénierie de formation. Laquelle reste complexe devant la nécessité de gérer l'alternance des cours et des stages.

L'universitarisation et l'inscription de l'enseignement professionnel dans le système Licence-Mastère-Doctorat risquent de perturber cet équilibre car l'enseignement universitaire réclame un niveau de diplômes que les formateurs n'ont pas nécessairement. La conséquence serait une captation des enseignements au profit des universitaires et les formateurs seraient réduits à gérer, du point de vue organisationnel, la stricte alternance et les rapports avec les acteurs de terrain. Dans ce scénario, qui reste hypothétique et peut-être un peu réducteur, la mutualisation ne bénéficierait pas des échanges de valeurs entre pairs et futurs pairs ; valeurs initiatrices de l'identité et d'une culture professionnelles. Réfléchir à une mutualisation pédagogique, source d'une culture partagée, devient un véritable enjeu actuel : les formateurs ne doivent-ils pas en devenir les experts et constituer, ainsi, un domaine professionnel réservé, source d'un partenariat équilibré avec l'université ?

Il reste maintenant à décliner les grands axes de cette culture commune afin de clarifier la problématique et de vérifier, au cours de l'enquête, sa pertinence auprès des acteurs de terrain. Les attentes des patients, de l'Institution, des professionnels peuvent-elles converger vers un ensemble de contenus communs aux différentes professions ?

### **3 LES AXES DE LA MUTUALISATION PEDAGOGIQUE.**

#### **3.1 Les fondements du modèle paramédical**

Selon Ali Aït Abdelmalek et Jean-Louis Gérard [1995], l'identité professionnelle infirmière se construit selon deux processus majeurs : l'identification au modèle médical et

l'identification<sup>4</sup> aux références paramédicales. Le premier pôle s'explique par l'histoire de la profession, par son passé commun avec les médecins et par leur domination sur l'enseignement infirmier. Le second fait référence à des valeurs humanistes, à des démarches plus émancipées comme le rôle propre infirmier. Sans trahir les propos des auteurs, il est possible de parler d'un pôle technicisant basé sur le modèle médical et d'un pôle socio relationnel axé sur une conception plus globalisante du patient. Le pôle identifiant permet de se différencier de la culture médicale tandis que la dimension « technicisante » offre l'opportunité de s'identifier à l'action des praticiens autour d'actes partagés. La recherche identitaire se construit effectivement sur une démarche paradoxale combinant intégration et différenciation (identité et altérité).

Anselm Strauss [1992], pour sa part, définit trois registres de l'activité thérapeutique<sup>5</sup>, à savoir :

- Le relationnel et l'affectif
- Le communautaire et le traditionnel
- Le cognitif et le technique

La dimension communautaire, a contrario, par exemple du Canada, demeure négligeable en France mais l'attention peut être portée sur les deux autres registres. Or, si le médecin dispose de connaissances théoriques et techniques pour établir son diagnostic, *« l'infirmière exécute des tâches ordonnées par le médecin, mais elle s'investit particulièrement dans la relation au malade et à sa famille »* [P. Aïach, D. Fassin, J. Saliba, 1994]. Les psychologues se sont, pour leur part, spécialisés dans la prise en charge émotionnelle de la maladie. Chaque profession, selon P. Aïach, D. Fassin et J. Saliba, s'est constituée en développant particulièrement l'un des paradigmes de l'activité thérapeutique. Nous retrouvons donc, pour les infirmières, le pôle « identifiant » mis en évidence par A.A. Abdelmalek et J.L. Gérard [2001] et bâti autour de valeurs humanistes, de la sphère relationnelle et du rôle propre. A. Petitat [1992] semble confirmer cette analyse puisqu'il écrit que *« Les infirmières ont occupé et occupent toujours un espace névralgique, celui des relations vivantes où viennent s'articuler les exigences technologiques et la personne, les lois générales de la science et le drame des destins particuliers »* [p. 161].

A partir de ces travaux, il devient possible d'esquisser une nature, de dessiner des champs possibles du savoir paramédical, sources d'une culture commune. Chaque métier soignant s'étant différencié sur des actes techniques délégués par les médecins, la dimension commune repose obligatoirement sur l'axe relationnel et s'organise autour du

---

<sup>4</sup> Par opposition à identification. Les infirmières se différencient du médical par le pôle relationnel.

<sup>5</sup> Voir à ce sujet P. Aïach, D. Fassin, J. Saliba « *crise, pouvoir et légitimité* » in Les métiers de la santé. Anthropos, 1994, 364 pages.

patient et de sa famille. En prenant appui sur les connaissances médicales, il devient possible de mettre en lumière les fondements paramédicaux. Or, le savoir médical s'est construit à partir d'une confrontation entre, d'une part, un corpus théorique émanant des sciences fondamentales (physiologie, biologie, physique, chimie) et d'autre part, l'observation clinique des patients. Selon la logique identitaire de différenciation, le savoir paramédical pourrait se démarquer du modèle médical, le compléter tout en conservant la même finalité : maintenir, préserver, améliorer la santé de l'homme. Si la démarche médicale consiste à objectiver la maladie, la poser en objet d'étude, les fondements paramédicaux reposent sur une conception élargie du patient visant à le réintégrer dans son environnement. Comment, par exemple, améliorer la qualité des soins ou des actes techniques en tenant compte des spécificités des individus, du contexte culturel et/ou socio-économique ? Le patient est, en fait, rétabli comme sujet ; le soignant s'intéresse à son vécu de la maladie, à ses réactions physiques, physiologiques et culturelles envers sa pathologie ou les actes des professionnels. Cette démarche s'articule sur des concepts émanant des sciences humaines (sociologie, psychologie, philosophie, sciences de l'éducation) et sur l'observation du patient en y intégrant les données médicales (diagnostic, pronostic, démarche thérapeutique etc...).

La culture paramédicale repose donc sur une conception holistique du patient mettant la santé, et non la maladie, en perspective. Tout contenu renvoyant à la globalité de l'usager comme la douleur, la mort, l'éthique, les dimensions législatives et réglementaires peut faire l'objet de cours ou d'actions de formation continue communs. A cela, il convient d'ajouter les savoirs médicaux – théoriques et procéduraux- partagés par l'ensemble des professionnels. Mises en actions au sein des Institutions, ces connaissances deviennent des compétences partagées au service de la qualité et de la sécurité du patient. A la conception holistique du patient correspond une débalkanisation de l'hôpital sur la base d'une culture commune. Le « tout » est recomposé tant au niveau de l'usager qu'au niveau de l'Institution. Où la parcellisation de la connaissance médicale produit de la différence, la culture paramédicale doit générer du semblable...

Si nous avons défini les axes possibles d'une approche paramédicale commune, il est néanmoins clair que toute initiative évolue dans un cadre relativement contraint. Quelle part la dimension réglementaire laisse-t-elle à une éventuelle mutualisation d'ordre pédagogique ?

### **3.2 La mutualisation réglementaire.**

L'étude des programmes des principales professions (infirmière, kinésithérapeute, manipulateur en électroradiologie) devrait permettre d'isoler des thèmes communs. La profession de laborantin, ayant un accès pluriel et n'offrant pas de contact direct avec le



patient, ne fera pas l'objet de cette approche... Afin de conserver une certaine cohésion dans l'analyse, il en sera de même des nouveaux métiers -- ergothérapeute, psychomotricien -- qui, de surcroît, ne doivent pas remettre en cause la problématique retenue ...

Cette approche est condensée dans les tableaux suivants.

| Programme des études d'infirmière<br>(annexe à l'arrêté du 23 mars 1992<br>et annexe de l'arrêté du 28<br>septembre 2001)<br>2080 h obligatoires et 160 h<br>optionnelles |       | Programme des études de<br>kinésithérapeute (décret n°89-<br>633 du 5 septembre 1989)<br>1012 h de cours théoriques,<br>848 h de TD et TP. |                  | Programme des études de<br>manipulateur<br>(décret n°90-705 du 1 <sup>er</sup> août 1990 et<br>arrêté du 1 <sup>er</sup> août 1990)<br>Enseignement théorique : 1550<br>heures. |       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Hygiène                                                                                                                                                                   | 60 h  |                                                                                                                                            |                  | Hygiène hospitalière                                                                                                                                                            | 30 h  |
|                                                                                                                                                                           |       |                                                                                                                                            |                  | Techniques de soins                                                                                                                                                             | 30 h  |
|                                                                                                                                                                           |       |                                                                                                                                            |                  | Pharmacologie                                                                                                                                                                   | 30 h  |
| Sciences humaines                                                                                                                                                         | 160 h | Psychologie,<br>sociologie, relation<br>thérapeutique                                                                                      | Estimé<br>à 25 h | Relations, communications                                                                                                                                                       | 30 h  |
| Santé publique                                                                                                                                                            | 80 h  |                                                                                                                                            |                  | Santé publique                                                                                                                                                                  | 25 h  |
| Législation, éthique et<br>déontologie,<br>responsabilité,<br>organisation du travail                                                                                     | 80 h  | Législation,<br>déontologie, gestion                                                                                                       | 30 h             | Profession et déontologie,<br>législation                                                                                                                                       | 20 h  |
| Anatomie, physiologie,<br>pharmacologie                                                                                                                                   | 100 h | Anatomie,<br>morphologie,<br>biomécanique de<br>l'appareil locomoteur                                                                      | 296 h            | Anatomie                                                                                                                                                                        | 150 h |
|                                                                                                                                                                           |       | Physiologie humaine                                                                                                                        | 110 h            | Physiologie                                                                                                                                                                     | 40 h  |

Enseignements communs aux trois professions :

| contenu                                 | Temps partagé                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Anatomie, physiologie,<br>pharmacologie | 100 h                                                                                                                                                                   |
| Législation, déontologie, gestion       | 30 h                                                                                                                                                                    |
| Sciences humaines                       | 25 h                                                                                                                                                                    |
| total                                   | 155 h soit 7,45 % du temps/enseignement infirmier obligatoire<br>10 % du temps/enseignement manipulateur<br>15,31 % du temps/enseignement théorique<br>kinésithérapeute |

Enseignements communs aux professions de manipulateur et d'infirmière :

| contenu                                                                      | Temps partagé                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Hygiène                                                                      | 30 h                                                                                                      |
| Sciences humaines                                                            | 30 h                                                                                                      |
| Santé publique                                                               | 25 h                                                                                                      |
| Anatomie, physiologie, pharmacologie                                         | 100 h                                                                                                     |
| Législation, éthique et déontologie, responsabilité, organisation du travail | 20 h                                                                                                      |
| total                                                                        | 205 h soit 9,85% du temps/enseignement infirmier obligatoire<br>13,22% du temps/enseignement manipulateur |

Enseignements communs aux professions de manipulateur et de kinésithérapeute :

| contenu                           | Temps partagé                                                                                                     |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Législation, déontologie, gestion | 20 h                                                                                                              |
| Anatomie                          | 150 h                                                                                                             |
| Physiologie humaine               | 40 h                                                                                                              |
| Sciences humaines                 | 25 h                                                                                                              |
| Total :                           | 235 h soit 15,16 % du temps/enseignement manipulateur<br>23,22 % du temps/enseignement théorique kinésithérapeute |

Enseignements communs aux professions d'infirmière et de kinésithérapeute :

| contenu                                                                      | Temps partagé                                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sciences humaines                                                            | 25h                                                                                                           |
| Législation, éthique et déontologie, responsabilité, organisation du travail | 30 h                                                                                                          |
| Anatomie, physiologie                                                        | 100 h                                                                                                         |
| Total :                                                                      | 155 h soit 10 % du temps/enseignement manipulateur<br>15,3 % du temps/enseignement théorique kinésithérapeute |

Ces tableaux ne détiennent qu'une valeur indicative car ils peuvent se heurter aux organisations modulaires et transversales des instituts. Par ailleurs, ces thèmes communs devraient être déclinés en des contenus détaillés afin d'affiner l'analyse. Enfin, l'exigence et les attendus peuvent varier selon les professions. Par exemple, l'approche anatomique

des manipulateurs et des kinésithérapeutes tend à se confondre depuis l'apparition de l'imagerie par résonance magnétique. Au préalable, les « parties molles » du corps humain étant transparentes aux rayons X, la connaissance de l'appareil musculaire ne faisait pas partie de l'enseignement en IFMEM. En dernier lieu, la mutualisation des enseignements peut être contrée par le statut des Instituts. Ainsi, à Rennes et Nantes, les IFMK (Instituts de Formations des Masseurs-Kinésithérapeutes) relèvent du secteur privé. Il convient de ne pas négliger l'ensemble de ces limites et il est primordial de confronter ce travail au regard des acteurs de terrain. D'autres éléments de mutualisation pourront peut-être émerger. L'importance de cette approche réglementaire réside dans le seul fait que les textes ne s'opposent pas à un enseignement commun à hauteur de 10 à 20% des programmes théoriques selon les scénarii. Certains jugeront que ce socle partagé reste très modeste. Nous pensons qu'il peut constituer l'amorce d'une culture commune pouvant être renforcée par des formations continues pluriprofessionnelles. De surcroît, il peut potentialiser et orienter la gestion des compétences par formateur au sein, par exemple, d'un pôle de formation. Les axes communs peuvent servir à identifier les éventuelles ressources pluriprofessionnelles que chaque Institut négligeait de par ses habitudes, son réseau, son historique et son identité. Il peut être valorisant, pour un formateur, de diffuser son savoir, son expertise à des publics différents. Enfin, ces 10 à 20% constituent une approche respectant à la fois les identités professionnelles actuelles et l'interactivité pédagogique. Le rassemblement de trois promotions en amphithéâtre ne doit pas constituer une part importante de l'enseignement. La mutualisation, si nous souhaitons qu'elle soit acceptée et effective, ne doit heurter ni la singularité des acteurs, ni les principes pédagogiques. Quant à l'organisation par modules ou par axes transversaux selon les choix stratégiques des instituts, la Validation des Acquis par l'Expérience (VAE) va bouleverser les traditionnels plans de formation en imposant une logique modulaire souple et progressive, propice à une démarche commune...

Les écoles professionnelles constituent le point d'émergence des identités, d'où certainement leur relatif cloisonnement. C'est en ces lieux qu'il convient d'agir en ayant les organisations sanitaires et l'usager comme perspective de l'action.

# LA DEMARCHE D'ENQUETE : PROBLEMATIQUE, HYPOTHESES ET METHODOLOGIE

## 3.3 Le questionnaire

L'approche théorique a mis en évidence l'intérêt d'une mutualisation pédagogique, source de culture partagée et prémisses éventuelle d'un tronc commun, au regard des éléments suivants :

- Favoriser le décloisonnement de l'hôpital, la gestion des risques et le développement d'une prise en charge de qualité.
- Etablir les conditions préalables, expérimentales, à la mise en place de passerelles inter formations favorisant la mobilité future des professionnels et la gestion des pénuries. La spécialisation, sans tronc commun théorique, aboutit à un enfermement des professionnels et à une rigidité des structures.
- Favoriser une approche globalisante du patient, complémentaire à l'action médicale et source de qualité.
- Rendre l'offre de formation plus efficiente à l'aube de la régionalisation des financements.

Pour rappel : le renouvellement massif des générations paramédicales dans les années à venir constitue une opportunité majeure.

Depuis quelques années, quelques CHU (Centres Hospitaliers Universitaires) ont favorisé le regroupement des Instituts de formation et ont souhaité mutualiser les moyens logistiques : la gestion des salles, le regroupement des matériels informatiques. Ces expériences ont-elles favorisées une amorce de mutualisation pédagogique ? La culture commune semble s'imposer notamment dans les discours officiels afin de rendre cohérente l'action hospitalière. Le rapport Debouzie en témoigne. Le problème épineux des transferts de compétences pose également le problème de la formation paramédicale. Mais cette mutualisation pédagogique relève-t-elle du mythe ou d'un réel processus à la fois organisationnel et culturel ? Autrement dit, l'objet de ce travail renvoie-t-il à une réalité peut-être fragile mais porteuse de sens et génératrice d'actions ? Relève-t-elle du discours officiel ou du souci des acteurs ?

La question centrale de ce mémoire réside en cette interrogation : quelle est, actuellement, la réalité de la mutualisation inter-écoles ? Questionnement pouvant toutefois être formulé de façon plus précise : **Aujourd'hui, en quoi et sous quelles conditions, peut-on parler de mutualisation pédagogique ?**

Le caractère prospectif de ce travail pose le problème d'hypothèses qui doivent, dans le même mouvement, apprécier des problématiques professionnelles et réaliser un état des lieux, un diagnostic de l'existant, susceptible d'éclairer la démarche du Directeur des Soins chargé d'un Institut de formation. Autrement dit, elles doivent être prospectives et analytiques. Pour cela, il est nécessaire de dégager trois niveaux d'hypothèses :

1. Une mutualisation d'essence pédagogique doit générer des enseignements communs répondant aux trois degrés de la formation initiale : inter-écoles spécialisées, inter-instituts de formation voire inter métiers d'aide (aides-soignants, auxiliaires de puériculture, auxiliaires de vie).
2. A cette démarche en termes de contenu, doit correspondre un développement d'une recherche paramédicale mutualisée, source d'édification d'un savoir commun et partagé.
3. La mutualisation doit dépasser le strict cadre réglementaire défini par les différents programmes en offrant des actions annexes: conférences pluri-professionnelles, formations continues partagées...

Ces deux dernières hypothèses visent à apprécier la dynamique de la mutualisation. Est-elle une simple réponse à une politique volontariste d'ordre institutionnel ou répond-t-elle à une réelle volonté des acteurs de terrain ? Dans le premier cas, il est évident que toute action se conformera à une application stricto sensu du cadre réglementaire. Dans le second, elle tentera de le déborder par des initiatives légales et extra pédagogiques... Ce dernier scénario intéresse particulièrement toute démarche expérimentale visant à l'édification d'une culture commune, source de liens institutionnels au service du patient.

Parallèlement à l'étude de ces trois niveaux d'hypothèses, l'enquête explorera les conditions d'émergence et de pérennité de la mutualisation pédagogique. Quelles formes organisationnelles et institutionnelles peuvent-elles favoriser voire garantir la pérennité de cette mutualisation ? Il convient de déterminer les conditions, le contexte de l'émergence et d'une probable durabilité de cette synergie...

### **3.4 Le cadre de l'enquête :**

La création d'un pôle de formation ou les regroupements d'écoles nécessitent une taille d'établissement importante et, évidemment, la présence de plusieurs instituts de formation. Pour ces raisons, il apparaît logique de privilégier l'étude sur les Centres Hospitaliers Universitaires. D'autre part, compte tenu que :

1. Le temps imparti par la réalisation de ce mémoire est restreint

2. Qu'il ne s'agit pas seulement de réaliser une cartographie mais de comprendre une éventuelle évolution des institutions...

Il convient de cerner la démarche autour de trois grands établissements et d'approfondir les logiques des différents acteurs. Une étude préalable a permis de cerner des expériences différentes mais intéressantes au niveau de ces établissements. Pour chacun des CHU, seront ciblées des personnalités au cœur de l'action. Ces entretiens seront complétés, au gré des opportunités, par des rencontres complémentaires : formateurs, manipulatrices, infirmières, etc....

### **3.5 Les modalités de l'enquête**

La démarche visant à comprendre des processus en voie d'évolution et non d'explicitation des phénomènes, la démarche d'entretiens sera privilégiée. Il ne s'agit, en aucun cas, de quantifier et d'établir des corrélations. Privilégiant l'approche qualitative, le choix se portera sur des entretiens semi-directifs. Pourquoi ? L'objet n'étant pas le locuteur, il convient d'organiser a minima la rencontre afin de valider, ou non, les hypothèses retenues. Le sens de la recherche réside dans la cohérence entre l'approche conceptuelle, les hypothèses et la grille d'entretien. Néanmoins, le cadre du face à face ne doit pas être trop rigide afin de permettre à l'interviewé d'exprimer l'ensemble de sa pensée.

Sur le CHU « X », nous avons interviewé :

1. La Directrice de l'IFCS chargée, au niveau du groupement de formation, de la coordination des formations initiales et continues.
2. La Directrice de l'Ecole de Sages-femmes chargée de la communication extérieure.

Quant à l'établissement « Y », les entretiens ont concerné :

1. La Directrice adjointe chargée de la formation.
2. Les Directeurs de l'IFMEM et de l'IFMK.
3. La directrice de l'IFCS
4. La directrice de l'IFSI.
5. Les formateurs de l'IFMEM et de l'IFCS.

Sur le CHU « Z », ont été rencontrés :

1. La Directrice adjointe chargée de la formation.

2. La Directrice de pôle
3. L'Attaché d'Administration Hospitalière affectée à la structure.
4. La responsable de la cellule qualité du pôle formation.
5. Un formateur, chef de projet de la cellule « *démonstration et enseignement pratique* ».

La grille d'entretien est composée de deux parties distinctes, l'une visant à établir un état des lieux du Centre Hospitalier Universitaire en termes de formation professionnelle, son histoire et ses projets ; l'autre ayant pour objectif d'apprécier la validité des hypothèses.

Afin de ne pas induire les réponses des acteurs, l'entretien débute par des questions très larges, intéressantes par le caractère spontané des réponses qu'elles induisent. Ainsi, la deuxième partie de la rencontre commence par l'interrogation suivante : Selon vous, quels peuvent être les intérêts d'un regroupement organisé et structuré d'écoles pour les institutions et les usagers ? Ce préalable amène naturellement le locuteur aux sujets retenus par l'approche théorique ou, dans le cas contraire, une autre série de questions permettra d'apprécier la pertinence des hypothèses. Les « relances » immédiates vont dans le même sens :

1. Voyez-vous de l'intérêt à ce regroupement en termes de pédagogie ?
2. Peut-on parler d'efficience à propos des pôles ou groupements de formation ? En matière de pédagogie ?

Les propos qui vont naturellement émerger sont susceptibles d'apporter des éléments non prévus par le cadre conceptuel ou de relativiser la valeur des hypothèses retenues.

## **4 LES RESULTATS DE L'ENQUETE, UNE REALITE PLURIELLE...**

### **4.1 Le Centre Hospitalier Universitaire « X ».**

#### **4.1.1 Présentation de l'établissement.**

Acteur majeur du dispositif de santé, l'établissement de santé « X » se situe au dixième rang des CHU nationaux si l'on retient comme critère la valeur de son budget d'exploitation. En terme d'activité, le nombre de points ISA produits le rangeait en treizième position en 2001. Il regroupe cinq établissements de soins et d'hébergement et propose un total de 2459 lits et places auxquels il conviendrait de rajouter l'hospitalisation

à domicile. L'activité annuelle représente environ 88 000 entrées et près de 380 000 consultations.

Il regroupe onze écoles paramédicales formant environ 1200 étudiants par an :

- Institut de Formation en Soins Infirmiers.
- Ecole d'aides-soignants.
- Ecole d'ambulanciers.
- Ecole d'auxiliaires de puériculture.
- Institut de Formation des Cadres de santé.
- Ecole d'infirmiers anesthésistes.
- Ecole d'infirmiers de bloc opératoire.
- Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie.
- Ecole de puéricultrices.
- Ecole de Sages-femmes.

A ces dix instituts, il convient de rajouter une formation «DTS en imagerie médicale » relevant de l'Education nationale.

#### **4.1.2 La problématique locale...**

Le contrat de plan Etat-Région 2000-2006 a suscité la création d'un Institut Régional de Formation (IRF), entité permettant de regrouper les écoles sur un site unique, proche de la faculté de médecine<sup>6</sup>. Un groupe de travail comprenant l'ensemble des Directrices d'Instituts et d'Ecoles a été constitué et la finalité de ses rencontres résidait dans une recherche de l'interdisciplinarité. Cette quête devait être effectuée dans le respect des spécificités de chacun. Or, cet objectif est en étroite relation avec notre hypothèse portant sur la formation initiale. Le projet de l'IRF s'appuie sur six postulats dont quatre interrogent directement l'objet de ce mémoire :

- Qualité des formations.
- Responsabilisation des étudiants et des personnels.
- **Inter professionnalité et partenariats.**
- **Anticipation et innovation pédagogiques.**
- **Evolutivité de l'offre de formation.**

---

<sup>6</sup> Document émanant d'un groupe de travail et intitulé : « *Un Institut Régional de Formation des Professionnels paramédicaux, sage-femmes et ambulanciers (I.R.F) dans un Espace Régional de Formation des Professions de Santé (E.R.F)* ».



- **Communication interne et externe.**

« *Par le partage d'idées, la réflexion commune et la mutualisation de certaines ressources, l'IRF permettra de créer des synergies sur ces différents points*<sup>7</sup> ». Le projet prévoit la création et la mutualisation, au sein de l'IRF, de situations d'apprentissage inter instituts et/ou interprofessionnelles. A titre d'exemple, le document évoque la construction de cas cliniques pouvant être analysés voire simulés en salles de travaux dirigés. Ces analyses de cas alimenteraient une banque de données à l'usage des formateurs de l'Institution. Autre piste : le groupe de travail envisage des interventions pédagogiques conduites par des étudiants au profit d'autres étudiants. Enfin, des journées annuelles de formation pourraient rassembler l'ensemble des apprenants de l'IRF. L'interprofessionnalité et la mutualisation sont au cœur de la démarche mais doivent respecter, bien entendu, le cadre réglementaire défini par les différents programmes de formation. Sur les onze écoles, « *à chaque fois que la logique de formation le permettra, seront développés des cours et des situations de stage en interprofessionnalité*<sup>8</sup> ». Si l'axe privilégié de ces partenariats internes repose sur l'enseignement clinique, les contenus suivants offrent l'opportunité d'enseignements communs :

- Anatomie physiologie.
- Hygiène.
- Législation.
- Histoire des professions de santé.
- Fonctionnement hospitalier.

Nous retrouvons les éléments évoqués lors de notre approche réglementaire auxquels se rajoutent deux dimensions extrêmement importantes : l'approche historique des métiers et le fonctionnement hospitalier. Nous touchons certainement du doigt la finalité plus lointaine mais néanmoins primordiale d'un pôle ou d'un groupement de formation. A. Vilbrod [2001], cité dans l'approche conceptuelle, évoquait quatre dimensions à la source de l'appartenance soignante : l'histoire ou la filiation, les valeurs, la formation et le statut. L'abord, en interprofessionnalité, des origines fondatrices des professions de santé est source d'identité commune. D'autant que le projet de l'IRF prévoit de compléter ces enseignements partagés par des conférences pluriprofessionnelles dont le but avoué est de favoriser l'émergence d'une culture commune. A l'instar du rapport Debouzie, le projet « X » dépasse le cadre de notre propre réflexion puisqu'il prévoit de rassembler les

---

<sup>7</sup> page 4.

<sup>8</sup> Page 7.

étudiants médicaux et paramédicaux. Au rapprochement géographique de la faculté et des Instituts de formation correspond une réelle politique de mutualisation et d'échanges. Quant au deuxième élément partagé – le fonctionnement hospitalier –, il interroge également notre problématique puisque nous relions la gestion des risques et de la qualité à l'épineuse question des identités professionnelles. L'entretien que nous avons conduit auprès d'un Directeur d'IFMEM percute les propos du site « X » et cette redondance est certainement porteuse de sens. *« Il devrait y avoir une culture commune à l'ensemble des paramédicaux, un socle de base, nécessaire et indispensable, portant sur la législation, le Droit des patients et le fonctionnement des établissements »*. Ces propos ont émergé du discours spontanément, n'étant, en aucun cas induits par une question précise de l'enquêteur. Et notre locuteur d'ajouter : *« Il convient de réfléchir à la façon dont un futur professionnel va s'inscrire dans le monde de la santé, par rapport aux patients, aux autres professionnels.. Cela permettrait d'orienter les finalités [...] Le manipulateur deviendrait autre chose qu'un producteur de clichés au service du radiologue »*. En réfléchissant globalement au fonctionnement hospitalier, le regard paramédical s'orienterait vers une perspective unique propice au décroisement. Et cette ligne d'horizon rapprocherait l'entreprise dont l'efficacité repose, nous l'avons dit, sur une finalité commune à tous les éléments composant l'institution. Les stages cliniques effectués par les étudiants manipulateurs dans les services de soins génèrent la même ouverture puisqu'ils permettent d'appréhender le patient dans son histoire de vie, dans sa maladie. *« Ce n'est pas en se fermant à quelque chose qu'on se crée de l'identité. C'est en ouvrant, en comprenant le monde »<sup>9</sup>*.

Au-delà des cours communs, l'IRF compte favoriser le développement pédagogique par une efficience innovante. La création d'une cellule V.A.E inter instituts sera chargée, d'une part, de l'information et de l'accompagnement des candidats et, d'autre part, de la coordination des différents jurys. La mise en place d'une cellule Recherche et Prospective devrait permettre d'initier et de coordonner les différents travaux avant de promulguer leur publication soit auprès du Ministère, soit dans les différentes revues professionnelles.

#### **4.1.3 Cadre, limites et acteurs privilégiés de l'expérience « X ».**

Deux entretiens menés sur l'IRF permettent à la fois d'actualiser cette expérience et d'en poser les limites. Le projet de regroupement des écoles est antérieur à la phase d'expérimentation de la nouvelle gouvernance et le Directeur général du CHU ne

---

<sup>9</sup> Directeur d'IFMEM.

souhaitait pas instaurer un véritable pôle de formation. Il préfère instituer une logique de mission au niveau de l'IRF sans véritable délégation de gestion.

La Directrice de l'IFSI est chargée de la mission « logistique » et doit assurer :

- Le recrutement, l'animation des ASH, des hôtesse d'accueil et des régisseurs.
- La mutualisation de l'entretien des locaux et du centre de documentation.

La Directrice de l'IFCS doit promouvoir la coordination des formations initiales et continues selon le principe d'interprofessionnalité évoqué antérieurement. Quant à la mission « communication extérieure », elle est confiée à la Directrice de l'Ecole des Sages-femmes qui, interrogée sur sa mission, a détaillé la première action du pôle en cours de réalisation. Le Directeur général souhaitant mettre en place un espace éthique à l'image du modèle parisien, a convié l'ensemble des étudiants de l'IRF à réaliser un audit général sur la question. Tous les étudiants enquêteront les acteurs de santé de l'établissement tout en étant, eux-mêmes, interrogés. L'éthique est un axe commun à toutes les professions et peut jouer un rôle fédérateur important d'autant qu'il place le patient, trait d'union à l'ensemble des professions, au centre de l'action. En lien avec l'approche conceptuelle, rappelons que l'éthique renvoie à une conception holistique du patient.

Selon la Directrice de l'Ecole des Sages-femmes, les étudiants actuels, imprégnés par les sciences humaines, disposent d'un discours transversal propice à une telle étude. Le projet, présenté en amphithéâtre, a reçu un accueil extrêmement favorable car sa réalisation valorise les étudiants. Il est piloté conjointement par la Direction de la Clientèle du CHU et l'espace éthique de la capitale.

Le rôle de la Directrice en charge de la communication est de promouvoir toutes les expériences internes vers l'extérieur, auprès du ministère et des revues professionnelles. L'IRF, à partir d'expériences pédagogiques innovantes et de travaux de recherche, pourra peut-être proposer des transferts de compétences nouveaux et participer au développement des professions de santé.

Quant à la Directrice de l'IFCS, elle réfléchit à la mise en place des cours communs aux différents instituts. Outre, le panel évoqué précédemment, elle envisage des sessions partagées « IADE<sup>10</sup>-IBODE<sup>11</sup>-Puéricultrices-Sage-femmes » sur le thème des soins aux nouveau-nés. Il convient de préciser, à ce stade de la réflexion, que l'organisation de

---

<sup>10</sup> Infirmière Anesthésiste Diplômée d'Etat.

<sup>11</sup> Infirmière de Bloc Opératoire Diplômée d'Etat.

cours communs est une injonction marquée d'une part de la Direction générale et d'autre part de la Région. La régionalisation des modes de financement sera certainement un vecteur important de la mutualisation pédagogique...

Les approches théoriques communes seront complétées par des conférences pluri-professionnelles portant sur des sujets faisant débat, touchant aux positionnement des différents acteurs et aux compétences partagées. En outre, les périodes de fin d'études peuvent être l'objet de rencontres entre les étudiants de l'IFCS et les apprenants des autres instituts. Des réflexions sur la hiérarchie et l'encadrement, une approche collective, interprofessionnelle, des contraintes budgétaires peuvent constituer, selon la Directrice de l'IFCS, le point de départ d'une connaissance commune et fédérative du fonctionnement hospitalier. La locutrice rejoint, en ce sens, le Directeur de l'IFMEM cité préalablement et cette récurrence est certainement intéressante. L'approche du fonctionnement hospitalier doit être pluri-professionnelle afin d'être efficace. En outre, elle participe certainement à l'émergence d'un horizon commun aux différents paramédicaux.

A contrario, la gestion des concours ne sera pas mutualisée sur le CHU «X» car l'ensemble des Directrices d'Instituts a estimé que ces épreuves initiales participaient à l'image de chaque école. Les étudiants, dans leur quête d'information sur le concours, prennent contact avec les formateurs (et éventuellement la Directrice). Ils souhaitent appréhender leur futur lieu d'enseignement et cette première approche est jugée primordiale vis-à-vis de leur choix professionnel. Chaque Institut développe alors un rôle de promotion du métier enseigné. De surcroît, chaque école renvoie à une réglementation spécifique voire à des tutelles différentes. Il serait difficile pour une équipe «concours» d'appréhender toutes les subtilités réglementaires.

Il convient néanmoins de relativiser le propos des acteurs au regard de deux éléments :

1. La région « X » ne connaît, à ce jour, aucune difficulté de recrutement.
2. Une partie des concours (sages-femmes et manipulateurs) est de fait mutualisée par le biais du PCEM1. Le projet de l'IRF s'inscrivait à l'origine, et pour une part, dans la réforme Debouzie...

L'IRF prévoit également, comme dernier axe de transversalité, la création d'une cellule de recherche et de prospective. Il s'agit d'harmoniser les travaux des étudiants voire de les fédérer autour de thèmes porteurs, propices à une approche interprofessionnelle. Mais l'originalité de ce projet repose sur une dimension que nous n'avons pas spontanément envisagée. La cellule opèrerait sur deux niveaux : les étudiants et les formateurs. L'action auprès des étudiants resterait relativement modeste car la Directrice de l'IFCS estime que leurs travaux relèvent plus d'une initiation à la recherche que d'une démarche aboutie. En

d'autres termes, « *ils ont droit à l'erreur* ». La cellule « recherche et prospective » aurait pour finalité d'orienter, de coordonner et de promouvoir les productions des Directeurs et formateurs du groupement. L'horizon lointain serait d'atteindre le niveau doctorant et de susciter la création d'un laboratoire de recherche paramédicale. Cette démarche serait facilitée par l'inscription de l'enseignement professionnel dans le système Licence Master Doctorat et par les multiples partenariats des écoles avec les universités. Lesquels sont fortement encouragés par la Direction générale et la Région...

En conclusion, l'absence d'autonomie véritable liée à une organisation polaire est compensée par une politique volontariste du Directeur général et un engagement réel de la Région. Toutefois, cette volonté des acteurs est-elle source de pérennité ? Certes, la prégnance régionale va s'accroître avec la réforme du financement mais les Ecoles restent attachées à un Centre hospitalier de référence. Le positionnement du Directeur Général reste un élément majeur. A ce titre, l'expérience du CHU « Y » devrait relativiser l'exemple précédent sans gommer, toutefois, son apport intéressant sur les sources de mutualisation.

## **4.2 Le Centre Hospitalier Universitaire de Y....**

### **4.2.1 Présentation de l'établissement.**

Le Centre Hospitalier Universitaire de Y... regroupe deux établissements distincts et offre 1553 lits et 78 places à une population issue en majeure partie de la région ..... L'hôpital emploie 4961 personnes dont 981 médecins et a réalisé, en 2003, 69 808 entrées et 191 786 consultations. Moins important que le CHU précédent, l'établissement présente un intérêt majeur par son expérimentation de la nouvelle gouvernance. L'institution regroupe actuellement six pôles effectifs :

- Le medipool regroupant les services de médecine.
- Le pôle imagerie.
- Le pôle mère enfant.
- Le pôle de gériatrie.
- Le pôle cœur-poumons
- Le pôle biologie médicale

Les Chefs de pôle sont issus d'un vote interne à chaque groupement et ont été proposés au Conseil exécutif. En février 2005, a eu lieu l'élection des Conseils de pôles et le taux de participation au vote est certainement significatif : 86 % pour la population médicale et 46 % pour le personnel non médical et les sages-femmes. La déconcentration de gestion sera effective en mars 2006 et le pôle sera piloté par un médecin assisté d'un Cadre supérieur et d'un Adjoint des cadres. Malgré cette volonté d'ouverture et d'implication vis-

à-vis de la réforme hospitalière, le secteur de la formation ne fait l'objet d'aucun projet. Sur ce secteur, la Direction de l'établissement privilégie une politique attentiste vis-à-vis de la régionalisation des modes de financement. Néanmoins, au regard de notre démarche, ce CHU présente un intérêt majeur car il a suscité une expérience de mutualisation extrêmement novatrice il y a quelques années.

#### **4.2.2 Une expérience intéressante.**

En 1998, sous l'égide du Directeur d'établissement et l'impulsion du Directeur des Ressources Humaines, est créé l'Institut Régional des Professions de santé comprenant :

- Le cycle préparatoire aux concours paramédicaux.
- L'Ecole d'aides-soignants.
- L'Institut de Formation des Manipulateurs en électroradiologie.
- L'Institut de Formation en Soins Infirmiers.
- L'Ecole régionale d'infirmiers anesthésistes.
- L'Institut de formation en Masso-kinésithérapie.
- L'Ecole de sages-femmes.

Les trois derniers instituts sont répartis sur d'autres sites du Centre hospitalier, freinant ainsi la synergie potentielle liée à la cohésion géographique. Néanmoins, la vocation régionale liée au CHU est alors clairement affirmée et la politique menée tend à établir une culture commune au sein des formateurs et des étudiants. Le regroupement de l'ensemble des écoles doit constituer le point d'orgue du projet.

L'analyse des comptes-rendus de réunions s'échelonnant du mois de décembre 1999 au mois de janvier 2000 permet d'identifier les grands axes du projet. Outre la mise en commun :

- Des centres de documentation des différentes écoles.
- Des moyens audiovisuels et informatiques.
- Des salles de cours.
- De l'équipe d'entretien.

Le projet prévoit la réalisation de cours inter-écoles portant sur l'hygiène, la législation, l'éthique voire l'anatomie. Il reste, dans un deuxième temps, à apprécier le découpage des modules au sein de chaque école... Cependant, comme sur le site «X» ... , un débat s'engage sur la qualité des enseignements en très grand groupe.

L'idée d'un secrétariat commun pour la gestion des concours est sujette à controverse. Une formatrice de l'IFCS insiste sur le fait que la secrétaire chargée des concours doit posséder une connaissance des formations en question. Un rapport ultérieur laisse peu

envisageable un secrétariat commun sur cette fonction compte tenu du potentiel d'erreurs extrêmement préjudiciables qu'il peut susciter...

Au cours de l'une des réunions, le groupe de travail revient sur les finalités du regroupement. La rencontre est animée par le Directeur de l'IFMEM, un Directeur adjoint et un médecin, . A la question *« pourquoi souhaite-t-on rapprocher les écoles ? Quel en est l'intérêt : les locaux ? Les finances ? La pédagogie ? Les moyens ? »*, Le collectif répond : *« tous ces aspects peuvent effectivement être visés. Cependant, il semble que l'intérêt du regroupement soit avant tout d'ordre matériel, les intérêts pédagogiques pouvant apparaître secondairement »*. Pourtant, lors d'un rapport d'étape datant de début décembre, il est précisé que le rapprochement de 800 étudiants au sein d'un Institut Régional des Professions de Santé répond aux objectifs suivants :

1. Assurer la formation des professionnels médicaux (sages-femmes) et non médicaux.
2. Relier la formation initiale et continue en renforçant cette dernière.
3. Développer la coopération entre les écoles dans le respect de leur autonomie pédagogique.
4. Mettre en commun des moyens aujourd'hui dispersés.
5. Renforcer le rôle régional du CHU en matière de formation.

La dimension matérielle n'apparaît qu'en avant-dernier rang. Notons par ailleurs que le dernier point présente un intérêt au regard de l'actualité : le regroupement doit rendre plus lisible l'offre de formation au niveau régional...

Fin janvier 2000, le rapport du groupe met l'accent sur les avantages d'un tel rapprochement notamment au niveau :

1. Des moyens pédagogiques avec notamment une mise en commun d'enseignements tels que la législation, la santé publique, l'hygiène et la déontologie. La santé publique s'est substituée à l'anatomie...
2. Des personnels avec le développement d'une complémentarité professionnelle liée à une meilleure utilisation des compétences de chacun, des échanges facilités sur les expériences pédagogiques et professionnelles.
3. Des étudiants avec une communication accrue entre les écoles avec la possibilité de projets communs, professionnels, associatifs, sportifs et culturels.

Toutefois, cette expérience s'est arrêtée avant d'arriver à maturation. Le chef d'établissement, initiateur du projet, quittait le CHU... Par la suite, des problèmes financiers liés à la construction du site unique regroupant toutes les écoles puis la

perspective de la régionalisation de la formation initiale ont gelé toute initiative. Le projet d'établissement 2001-2005 témoigne de cette expérience puisqu'il stipule, parmi cinq objectifs majeurs, la volonté manifeste de regrouper l'ensemble de la formation initiale.

Le Conseil des enseignants, institué par le chef d'établissement, se réunissait deux fois par an et chaque Institut évoquait ses spécificités, son mode de fonctionnement, ses problèmes d'organisation. De cette expérience, une formatrice de l'IFMEM garde de bons souvenirs de par la qualité des échanges et des liens créés. Cette démarche a d'ailleurs favorisé le recrutement des intervenants par la mutualisation informelle des ressources. A titre d'exemple, un besoin d'enseignant en gynécologie se règle aisément par le recours à l'école de sages-femmes... Malgré l'abandon du projet, la réflexion s'est poursuivie et les formatrices de l'IFMEM ont envisagé d'autres contenus propices à la mutualisation. L'enseignement de la relation thérapeutique, voire les situations d'urgence et le secourisme pouvaient également offrir matière à partage... Le projet de l'Institut de Formation des Cadres de Santé évoque la nécessité de reprendre les relations inter instituts autour d'une *«réflexion sur l'évaluation, la démarche qualité en formation, les référentiels métiers supports de référentiel formation, l'initiation à la recherche, le tutorat, la vision prospective des métiers de santé... autant de sujets qui pourraient être porteurs de projets fédérateurs»* [2004, p. 35].

Du discours des acteurs, transparaît le sentiment d'une rupture avec la politique volontariste des origines. L'attention de l'équipe dirigeante du CHU s'est détournée sur la nouvelle gouvernance, sur la mise en place des pôles cliniques et sur les relations CHU / Ecoles au détriment des liens inter-instituts...

#### **4.2.3 Le discours des acteurs**

Mme C..., Directrice de l'IFSI, a pris ses fonctions lors de la tentative de mutualisation de 2000. En fait, cette expérience motivait, en partie, sa venue. Elle est très favorable à l'idée de cours communs car les étudiants, selon elle, *«doivent se confronter sur des sujets comme la santé publique et l'économie de la santé. Ils doivent apprendre à travailler ensemble et cette mise en commun doit se poursuivre au sein de l'hôpital»*. Ayant travaillé à l'AP/HP au sein de la délégation à la formation, elle a l'expérience d'une gestion centralisée des concours et ne voit pas d'objection à ce type d'initiative. Il convient de discerner les rôles de chacun et de déterminer les responsabilités.

La création d'un pôle de formation permettrait de fédérer les Directeurs et les formateurs autour d'un intérêt commun comme l'universitarisation. Une charte de fonctionnement appuyée sur la philosophie du pôle déterminerait le cadre de la mutualisation. Elle souligne particulièrement l'importance d'un projet institutionnel qui impulse le travail en commun. Après l'abandon du regroupement, *«chacun est reparti de son côté»*. Pourtant,



la notion de culture commune initiée par des cours communs fait son chemin. « L'UIPARM<sup>12</sup>, malgré l'abandon du projet Debouzie, continue à travailler sur un tronc commun ». Il convient d'identifier les cœurs de métiers et les compétences partagées.

La Directrice de l'IFCS et le Directeur de l'IFMEM partagent la même conviction. Des cours communs doivent répondre à ce sentiment d'appartenance paramédicale. De surcroît, la régionalisation du mode de financement va exiger rapidement une mutualisation des ressources. Le budget des écoles est déficitaire et l'allocation des ressources de l'Etat vers les régions ne sera vraisemblablement pas à la hauteur des besoins réels...

### **4.3 Le Centre Hospitalier Universitaire de Z....**

#### **4.3.1 Présentation de l'établissement.**

Le Centre Hospitalier Universitaire de Z... représente l'établissement le plus important des trois puisqu'il regroupe sept hôpitaux et compte 3317 lits de court séjour, de gériatrie et de psychiatrie. Très tôt, ce CHU s'est inscrit dans la démarche d'expérimentation de la réforme « hôpital 2007 » et regroupe aujourd'hui 19 pôles d'activité structurés selon une logique :

- D'organe (neurosciences, odontologie, tête et cou, ostéo-articulaire, digestif, thoracique).
- De pathologie (cancérologie et uro-néphrologie).
- Liée à la spécificité de la prise en charge (mère-enfant, gériatrie).
- Généraliste (urgences, médecine, psychiatrie, anesthésie réanimation, réadaptation).
- De prestation (biologie, imagerie, psychiatrie, santé publique et information médicale).

Ces pôles reposent sur le statut juridique des fédérations de service et des centres de responsabilité. Le Directeur de chaque groupement est un médecin, élu par ses pairs et désigné par le Directeur général. L'ensemble s'appuie sur les principes de la gestion de proximité et de la contractualisation interne puisque chaque directeur est investi d'un pouvoir délégué. La présence de sept établissements différents impose une politique de coordination entre les « chefs de pôles » et la Direction générale. Des Directeurs référents assument cette mission tout en développant une activité d'expertise, de conseil et de

---

<sup>12</sup> Union Inter Professionnelle des Associations de Rééducateurs et Médico-techniques

veille réglementaire. Facilitant l'élaboration des contrats internes, ils supervisent, chacun, trois à cinq pôles en moyenne.

#### **4.3.2 Le pôle de formation.**

Aux dix-neuf structures polaires composées de services et d'unités de soins, s'ajoute un pôle de formation créé en 2000. Il regroupe six écoles formant environ 1200 étudiants et comprenant trois services communs à l'ensemble des Instituts :

1. Centre de documentation et multimédia.
2. Bureau de la gestion des stages.
3. Bureau de la gestion et de la logistique.

Le pôle est dirigé par un Directeur des Soins-Coordonnateur, assisté d'une Attachée d'Administration Hospitalière. Les missions du « chef de pôle » sont extrêmement intéressantes au regard des objectifs de ce travail :

- Animer une réflexion pédagogique transversale du point de vue de la sélection, des compétences recherchées, de la gestion des stages et de l'évaluation.
- Accompagner les réformes annoncées : régionalisation, universitarisation, VAE.
- Développer des interfaces entre le pôle de formation et les partenariats extérieurs

Mais surtout :

- **Introduire des organisations pédagogiques collectives.**

Cette notion est reprise dans les particularités de la fonction :

- **Rechercher des synergies et des complémentarités pédagogiques entre instituts.**

La mutualisation pédagogique, ainsi que le développement de la recherche paramédicale, sont au cœur des missions du Directeur du pôle de formation. Lequel, dans un premier temps, a recherché de la cohérence au sein du groupement tout en organisant son mode de fonctionnement. Ainsi, les Ecoles et Instituts sont regroupés en trois niveaux selon leur finalité :

1. L' Institut de formation d'aides, d'Auxiliaires de santé et de vie sociale regroupant, sous l'égide d'une seule Directrice, l'école d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture et le Centre de formation pour l'aide à domicile.
2. Les formations post-bac regroupant l'école de sages-femmes, l'IFSI et l'IFMEM.

3. L'Institut de Formation des Infirmiers Spécialisés regroupant, sous la responsabilité d'une seule Directrice, les écoles d'Infirmiers Anesthésistes, de Bloc opératoire et de Puéricultrices.

Cette classification détient le mérite de clarifier l'offre de formation au regard de la régionalisation car il est évident que l'approche du Conseil régional va différer selon le type d'Institut. La Région, logiquement préoccupée par la création d'emplois, va s'intéresser particulièrement aux métiers d'aides et aux formations post-bac. Les structures sanitaires et sociales sont à la recherche d'aides-soignants et d'auxiliaires de vie même si l'offre de formation s'est accrue ces dernières années. L'IFCS et les Ecoles spécialisées répondent plus à des problématiques hospitalières qu'à une logique de premiers emplois même si le recrutement d'infirmiers spécialisés reste extrêmement préoccupant.

La démarche de classification des différentes structures répond clairement à une volonté de décloisonnement des Instituts de formation que nous retrouvons dans l'organisation même du pôle. Organisation que l'on pourrait qualifier d'autonomie fédérative. L'autonomisation de la structure s'appuie sur un budget propre alloué annuellement, des mensualités de remplacement et un tableau des emplois spécifiques. Ainsi, le pôle doit définir une stratégie annuelle de formation basé sur des objectifs communs. Cette gestion de proximité s'accompagne d'un fonctionnement collégial donc fédérateur :

- Un Conseil de pôle se réunissant deux fois par an et représentant un lieu d'expression des personnels par le biais de représentants élus (formateurs, personnels administratifs, personnels d'entretien).
- Un collège des Directeurs se réunissant une fois par mois et discutant de la politique du pôle. Chaque Institut élabore un projet d'écoles à partir des principes de la politique générale de la structure.

Ce fonctionnement collégial favorise le décloisonnement des structures en orientant les actions de chacun vers des finalités partagées. Le pôle polarise l'attention et la démarche participative peut certainement induire un sentiment d'appartenance englobant le strict niveau de chaque institut... Et le collège des Directeurs facilite l'assise et le développement de la fonction de Directeur des Soins, Coordonnateur de la formation. Car certains Directeurs, ayant fonctionné depuis des années au sein de petites structures pourraient ressentir cette fonction comme un échelon hiérarchique supplémentaire<sup>13</sup>. Tout

---

<sup>13</sup> propos de différents acteurs...

est discuté au sein du collège et le Directeur de pôle fédère mais tranche et décide si besoin.

#### **4.3.3 La politique du pôle de formation.**

L'axe central de la politique du pôle de formation réside sur le développement gradué d'une synergie interne et passe par la suggestion, l'initiation d'actions transversales où les formateurs s'inscrivent dans une démarche collective :

- Travail commun sur l'acquisition future d'un logiciel de gestion des dossiers « étudiants », du concours au diplôme. L'étape actuelle réside dans l'élaboration du cahier des charges.
- Réorganisation et réaménagement collectif des salles de travaux dirigés.
- Création d'une cellule « qualité » ayant comme objectif l'accréditation des écoles et instituts.
- Création future d'une cellule « recherche et développement » visant à apprécier la cohérence et la progression des travaux de recherche des étudiants<sup>14</sup>, à faciliter leur diffusion et à regrouper des travaux pluriprofessionnels sur des thèmes partagés.

Ces différentes actions s'appuient sur une mutualisation matérielle déjà bien avancée puisque, nous l'avons dit, le pôle dispose d'un Centre commun de documentation, d'un bureau de la gestion des stages, d'une structure de gestion et de logistique. Cette dernière unité est chargée du paiement des intervenants et des indemnités de stage, du recouvrement des frais de scolarité, de la gestion de la taxe d'apprentissage. Elle assure également les fonctions d'un bureau du personnel : gestion des budgets, absentéisme, temps partiels, remplacements. Selon l'Attachée d'Administration hospitalière, « *cette mutualisation est maintenant bien acceptée, elle rentre dans les mœurs* ». Le service d'entretien est commun et une personne est chargée de l'audiovisuel et de la gestion des salles.

Sur cette base, la phase suivante a consisté à interroger le fonctionnement du pôle (donc des différents instituts) par le biais de la qualité : outil puissant au service du questionnement et de l'évolution des structures... La démarche, conduite par une formatrice de l'IFCS, s'est appuyée sur une enquête reposant sur 30% des personnels du pôle et l'ensemble des représentants des étudiants. Le but était de lister les points positifs

---

<sup>14</sup> cohérence entre instituts, progression de la démarche entre les travaux post-bac et ceux de l'IFCS...

et les axes à améliorer, à établir un diagnostic de l'existant. Les résultats ont contribué à définir les orientations du pôle et à proposer, par exemple, la réalisation d'un projet de pôle.

Quant aux actions à mener, au regard de cet état des lieux, elles reposent sur trois axes :

1. Développer la communication interne à partir d'un journal du pôle pouvant, par exemple, proposer des synthèses des travaux des étudiants et des formateurs (liens avec la cellule de recherche).
2. Développer la communication externe par la création d'un accueil commun à l'ensemble des Ecoles et Instituts, par le développement d'un site Internet et l'organisation d'une journée « portes ouvertes ».
3. Organiser des conférences sur des thèmes partagés permettant aux professionnels de se connaître et d'échanger sur leurs pratiques professionnelles.

Les actions de la responsable de la cellule « qualité » reposent sur deux idées majeures :

- La communication interne va développer le sentiment d'appartenance au pôle (donc la culture commune...).
- Des actions concrètes d'ici la fin de l'année 2005 sont une priorité absolue afin de démontrer les réalisations (et l'intérêt ?) du pôle.

Cette personne regrette que « *certaines Directeurs d'écoles ou d'instituts freinent* » la démarche mais apprécie « *l'effet symbolique de la Directrice de pôle* » qui est, par définition, « *au-dessus des instituts* » et peut ainsi porter les différents projets.

Quant à la mutualisation spécifiquement pédagogique, elle repose essentiellement sur la classification des Instituts et Ecoles. Des cours communs sont organisés sur les trois métiers d'aide et l'hygiène est abordée transversalement par les étudiant(e)s IBODE, IADE et Puéricultrices. Ainsi, la synergie est recherchée par niveaux d'Instituts. La politique du pôle reste fidèle à sa progression graduée et pragmatique : « *l'idée de cours communs fait son chemin*<sup>15</sup> ».

Ainsi, les trois CHU offrent des images plurielles des expériences de mutualisation au sein des groupements inter-écoles. L'établissement Y avait été choisi initialement comme contre exemple puisque la démarche n'avait pas abouti. En réalité, les propos des acteurs de ce CHU renforcent le sentiment que l'idée de culture commune progresse. Bien

---

<sup>15</sup> propos de la Directrice du pôle.

entendu, la mutualisation pédagogique reste très timorée mais il convient de l'apprécier au regard de nos hypothèses et d'en dégager les freins et les leviers. Car il est nécessaire de ne pas oublier que les notions de culture partagée, de cours communs relevaient, il y a encore peu de temps, de l'utopie. Toutefois, le mot d'utopie doit être retenu dans son acception exacte : action ou projet impensable à ce jour mais réalisable demain ou après-demain...

## **5 LA MUTUALISATION PEDAGOGIQUE : UNE DYNAMIQUE PLUS QU'UNE REALITE...**

### **5.1 Frictions identitaires et stratégies de pouvoir.**

Sur les trois sites, nous avons retrouvé une progression de l'idée de culture commune et de mutualisation pédagogique, à la fois dans les politiques des établissements et dans les propos des acteurs. Certes, nous ne sommes pas à l'abri d'un discours « idéalisé » car il est difficile, à l'heure actuelle, de plaider ouvertement pour le cloisonnement et les « jeux » personnels. La « tonalité ambiante » ne veut pas dire que les frictions identitaires ou que les stratégies de repli n'existent pas. Lesquelles pourraient viser à préserver le pouvoir des Directeurs d'Institut ; pouvoir lié à l'autonomie de la structure. Une locutrice a souligné l'attitude passive voire réactive de certains directeurs. Les fonctions de Coordonnateur de la formation ou de Directeur de pôle peuvent être envisagées comme des actions de contrôle et comme tout nouveau rôle, la légitimité ne s'impose pas mais dépend de la personnalité et de la trajectoire professionnelle de l'individu. Personnellement, sur les quinze entretiens que nous avons menés, un seul, émanant d'un directeur d'institut, a privilégié un discours hostile à la mutualisation : « *On est très attaché à sa discipline. Est-ce du corporatisme ? Chacun a son identité et on y tient. Nous devons préserver notre zone d'autonomie qui correspond au mouvement naturel des professions* ». Cette conception peut se comprendre. Pour les sociologues, les professions participent pleinement aux luttes du champ social. Certaines se développent, d'autres meurent. Certaines sont dominantes, d'autres n'existent que par procuration, délégation... Dans ce type de positionnement, la mutualisation pédagogique peut être perçue comme une démarche économique heurtant l'idéal pédagogique : « *s'il s'agit de faire des cours en commun pour faire des économies, cela n'a pas de sens* ». Ainsi, les tensions existent dans le champ de la formation et posent un réel problème en terme d'analyse : quelles sont la portée et l'importance véritables de ces frictions de pouvoir ou d'identité ? Il est difficile de l'apprécier mais la nature même de la mutualisation pédagogique au sein des groupements étudiés peut révéler la dynamique liée à ces enseignements partagés.

### **5.2 Mutualisation de circonstance ou dynamique professionnelle ?**

Si nous considérons le contenu de la mutualisation pédagogique, il apparaît nettement, et c'est logique, qu'elle correspond à la zone d'autonomie laissée par les différents

programmes. Les acteurs sont tenus de respecter le cadre réglementaire et nous retrouvons, par conséquent, les contenus que nous avons signalés dans l'approche théorique. Ainsi, la problématique précédente, liée aux frictions identitaires et aux enjeux de pouvoir, se transforme selon le questionnement suivant : cette mutualisation est-elle une réponse minimale, de circonstance, aux politiques volontaristes ou relève-t-elle d'une réelle dynamique contrainte par le cadre réglementaire actuel ? Ce questionnement était induit par les deuxième et troisième hypothèses. Mais comment trancher ou, du moins faire la part des choses ? Car des conceptions multiples s'entremêlent au sein des différents groupements et la réalité humaine est toujours plurielle... La réponse réside dans l'étude des actions et des contenus qui dépassent la stricte autonomie laissée par les différents programmes. Laissons de côté les conférences pluriprofessionnelles qui peuvent (ou pourraient) être interprétées comme des actes symboliques, peu engageants et pouvant répondre aux volontés institutionnelles. Il reste toutefois à apprécier la finalité des faits suivants :

- Importance de la recherche paramédicale au sein du groupement X et du pôle de formation Z (hypothèse n° deux).
- La présence de contenus, sources de mutualisation, comme l'Histoire des professions de santé et le fonctionnement hospitalier (en lien avec l'hypothèse n° trois et traduisant une approche soit strictement professionnelle, soit en lien avec le fonctionnement hospitalier ou l'attente des usagers).

Quelle est la finalité de la recherche si ce n'est la construction d'un savoir paramédical, commun et spécifique, visant au développement des métiers de la santé et à leur autonomisation vis-à-vis de la profession médicale ? Cette importance de la recherche traduit la ligne de démarcation entre deux conceptions professionnelles opposées :

1. L'une privilégiant le repli sur une formation initiale fermée, protégeant le corps de métier correspondant.
2. L'autre percevant l'avenir dans un développement commun des différents métiers et la construction d'un savoir paramédical propre, autonome vis-à-vis des connaissances médicales.

La mise en place d'une cellule Recherche et Prospective sur le site X devrait permettre d'initier et de coordonner les différents travaux avant de promulguer leur publication soit auprès du Ministère, soit dans les différentes revues professionnelles. L'IRF, à partir d'expériences pédagogiques innovantes et de travaux de recherche, pourra peut-être

proposer des transferts de compétences nouveaux et participer au développement des professions de santé. La mutualisation pédagogique, ainsi que le développement de la recherche paramédicale, sont au cœur des missions du Directeur du pôle de formation du site Z. Lequel prévoit la création future d'une cellule «recherche et développement» visant à apprécier la cohérence et la progression des travaux de recherche des étudiants<sup>16</sup>, à faciliter leur diffusion et à regrouper des travaux pluriprofessionnels sur des thèmes partagés.

Cette volonté d'autonomisation des métiers de la santé apparaît même dans le débat des transferts de compétence. *« On constate [...] que les compétences dont parle le Pr Yvon Berland sont, en réalité, des actes et des techniques que les infirmières, entre autres, pourraient réaliser [...] Qu'est-ce qui nous déplaît dans ce projet de transfert d'actes, n'y sommes-nous pas habitués ? Et bien, c'est qu'il touche précisément à l'idée que nous nous faisons de notre profession »* [M. Saint-Etienne, 2004, p. 9]. La délégation d'actes ne suffit plus, le développement professionnel passe par l'axe de la recherche !

La dimension purement professionnelle de la mutualisation pédagogique émerge également dans la volonté d'enseigner l'histoire des professions. Ce point renvoie au chapitre théorique sur la construction identitaire et notamment sur les travaux de A. Vilbrod [2001] qui distingue quatre éléments à la source de l'appartenance professionnelle : l'histoire ou la filiation, les valeurs, la formation et le statut. La formation s'intéresse à l'histoire des métiers, reliant ainsi deux points majeurs de la construction identitaire... Ce constat confirme partiellement l'hypothèse numéro trois.

Enfin, dernier axe d'une volonté intrinsèque aux groupements de formation de développer une mutualisation constructive, le souhait de travailler conjointement sur le fonctionnement hospitalier. Ce vœu répond au constat du cloisonnement des structures hospitalières. *«Les étudiants doivent se confronter, ensemble, sur des sujets comme l'économie de la santé, les enjeux hospitaliers et la santé publique. Il y a un intérêt à apprendre à travailler ensemble, en équipe, afin de l'investir, plus tard, au sein de l'hôpital »* [Directrice d'IFSI]. *«Nous sommes en premier lieu des soignants qui tendent vers le même but, la spécificité vient ensuite »* [Directeur d'IFMEM]...

En résumé, la mutualisation pédagogique semble répondre autant à une volonté des acteurs, malgré des frictions identitaires et des enjeux de pouvoir réels, qu'à une politique institutionnelle visant à rendre efficient le fonctionnement des groupements d'écoles et à décroisonner l'hôpital. L'adéquation d'une politique volontariste et d'une « vision »

---

<sup>16</sup> cohérence entre instituts, progression de la démarche entre les travaux post-bac et ceux de l'IFCS...



professionnelle en constituent les principaux moteurs. Seulement, cette synergie ne pourra passer de la dynamique à la réalité sans une refonte des programmes de formation à partir d'un tronc commun reposant sur les sciences humaines et non sur les sciences fondamentales. La démarche du site X sur la réalisation d'un espace éthique correspond parfaitement à ce besoin fondamental d'une prise en charge holistique du patient, en complémentarité avec la nécessaire démarche analytique des médecins. Ces grands postulats posés, il reste à définir les facteurs secondaires à l'établissement d'une efficience pédagogique au service des patients, des professions et de l'institution.

### **5.3 Les axes moteurs du développement de la mutualisation.**

#### **5.3.1 Une mutualisation matérielle et logistique réussie.**

D'emblée, nous pensions que la mutualisation purement matérielle, c'est-à-dire la mise en commun de biens et de services annexes à la pédagogie, pouvait être vécue comme une approche strictement utilitariste, témoignant du «tout économique» et heurtant l'idéal pédagogique. Pourquoi ? Simplement parce que la pédagogie, comme le soin, renvoie à des finalités lointaines exigeant du temps, de l'investissement humain. A quel moment avons-nous réussi à former le professionnel attendu, quasi-idéal, pouvant s'adapter parfaitement à l'unité X comme à l'ensemble des services et des institutions ? A quel moment, le patient a-t-il pleinement recouvré son état de santé ? « Les métiers de l'humain » réclament de l'idéal, sont portés par des valeurs exigeantes et nécessaires et se heurtent parfois (voire souvent) aux contingences matérielles.

Toutefois, lorsque les premières barrières sont franchies, les avantages de la mutualisation apparaissent clairement et facilitent le fonctionnement des instituts. « *Sur le pôle, tout est mutualisé et c'est maintenant bien accepté, avant : chacun son matériel, sa taxe d'apprentissage<sup>17</sup>* ». « *Lors des premières réunions, les uns et les autres se critiquaient, chacun défendait son institut<sup>18</sup>* ». Lorsque les premières réalisations concrètes apparaissent, appuyées souvent par un petit groupe de travail, les tensions s'apaisent. La responsable de la qualité du site Z l'a pertinemment compris et privilégie, nous l'avons dit, les actions concrètes dès cette année. Ainsi, la mutualisation annexe, non pédagogique, rend visible la «totalité», le «tout» fédérateur : le collectif devient porteur d'avantages et les travaux préalables à cette mutualisation permettent de se connaître. Car le moteur, l'efficience des groupements de formation résident peut-être, à l'instar de l'IFCS, dans ces rencontres pluri-professionnelles, au-delà de leur raison d'être

---

<sup>17</sup> Propos d'une responsable administrative.

<sup>18</sup> Propos d'un chef de projet chargé de la mutualisation des salles de travaux dirigés.

et de leur finalité. Les étudiants des « Ecoles de cadres », qui ont certainement été le premier axe d'une culture partagée, le disent clairement : le travail en commun est une véritable richesse...

Ainsi, après une dimension professionnelle qui se conjugue avec une volonté institutionnelle, l'ensemble des initiatives collectives constituent autant de leviers possibles d'une mutualisation efficiente.

### **5.3.2 Les pôles, source intrinsèque d'efficience.**

L'exemple du Site Y pointe la faiblesse du CHU X dans le sens où il apparaît clairement que le développement du groupement de formation est également dépendant des stratégies des Directeurs généraux. Le concept de pôle de formation semble plus prometteur car il induit une efficience intrinsèque, interne à l'institution elle-même et, par conséquent, moins « personne-dépendante ».

La Mission sur « *la modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale* » dans le cadre du projet « Hôpital 2007 » a défini quatre idées simples constituant un véritable fil rouge de la mise en oeuvre de la modernité hospitalière. Outre le rappel à la mission de soins, à la nécessité d'évaluer constamment les pratiques professionnelles, outre le fait que tout agent doit devenir acteur de l'Institution, le rapport insiste sur la nécessité d'efficience. Cette idée forte vers laquelle tout hôpital doit tendre pour l'ensemble de ses missions détient le mérite de combiner, selon la commission, le rapport qualité-coût du service rendu au malade. C'est ce concept d'efficience, appliqué en finalité sur la prise en charge du patient, qu'il convient d'étendre au champ de la formation

Les structures polaires ne sont d'ailleurs pas étrangères aux notions d'éducation et de pédagogie. L'Education nationale a engagé, dès 2002, une vaste réflexion à ce sujet. L'analyse, en guise d'exemple, du discours de Madame la rectrice de l'Académie de Toulouse<sup>19</sup>, est éloquente : « *les pôles régionaux permettent de renforcer la cohérence de l'action de l'Etat et l'économie des moyens [...] Ils confortent l'échelon régional dans l'animation et la coordination des politiques de l'Etat tout en permettant une meilleure rationalité des moyens utilisés. Le pôle Education placé sous la responsabilité du recteur contribuera à cette cohérence de l'Etat en région* ». Nous retrouvons la notion d'efficience et l'axe pôles-région-Etat incarné par les politiques contractuelles externes (ARH/établissements de santé) et internes (Comité exécutif/chefs de pôles). La structure polaire jouera certainement un rôle central dans la régionalisation des instituts de formation. Elle permet de réduire le nombre des interlocuteurs, d'harmoniser les projets d'école et d'apprécier plus clairement l'offre régionale de formation, sa complémentarité et

---

<sup>19</sup> Actes du séminaire de l'encadrement. Pilotage pédagogique partagé. 3 & 4 juin 2004.

ses éventuelles redondances. Car, selon le contrat établi entre l'Académie de Limoges et l'Etat, « *la force et la richesse de l'école résident aussi dans les coopérations qu'elle a su établir et dans [son] ouverture au monde [...] Mutualisation et partenariats permettent à la fois de fixer des objectifs réalistes, efficaces et innovants tout en permettant une rationalisation des moyens* ».

Ainsi, la structure institutionnelle peut favoriser l'émergence d'une réelle mutualisation à condition que son fonctionnement interne corresponde à l'esprit de la mutualité. La déconcentration des moyens doit aller de paire avec une démocratisation du groupement inter-écoles. Les conseils de pôle et le collège des directeurs au sein du site Z dynamisent également l'action collective : « *j'ai proposé la mutualisation des consommables, la création d'un répertoire du matériel, d'un registre des entrées et des sorties, cela a été très bien accueilli par le conseil de pôle*<sup>20</sup> »...

En conclusion, il apparaît nettement que la mutualisation pédagogique reste à l'heure actuelle assez frileuse compte tenu des frictions identitaires et des enjeux de pouvoir en présence. Cependant, elle suscite des expériences innovantes sur deux sites et témoigne d'une certaine conjugaison entre une volonté institutionnelle et des impératifs d'ordre professionnel. Ces tentatives permettent de caractériser le rôle d'un Directeur des Soins chargé d'un Institut de formation ou d'une école au sein d'un groupement ou d'un pôle de formation.

## **6 LE ROLE DU DIRECTEUR DES SOINS AU SEIN D'UN GROUPEMENT INTER-ECOLES OU D'UN POLE DE FORMATION.**

### **6.1 La dimension stratégique.**

Si nous considérons maintenant le référentiel de compétences des Directeurs d'Ecoles Paramédicales<sup>21</sup>, nous pouvons isoler plusieurs items correspondants à notre problématique :

---

<sup>20</sup> Propos d'un chef de projet chargé de la mutualisation des salles de travaux dirigés.

<sup>21</sup> Référentiel de compétences des Directeurs d'Ecoles Paramédicales. Centre de Recherche en Psychologie Cognition et Communication. Travail commandé par l'ENSP. Janvier 2002

- « *Le Directeur est acteur de l'évolution des professions de santé dans l'environnement sanitaire et social, au plan régional, national et européen* » (Item III). 1. 2)
- « *Le Directeur élabore le projet pédagogique en matière de formation initiale et de formation continue* » (Item III). 1-3-2)
- « *Le Directeur impulse le développement de la recherche dans les pratiques professionnelles et en pédagogie* » (Item III). 2-4)
- « *Il favorise la constitution d'une base documentaire adaptée qui s'appuie notamment sur les travaux de recherche* » (Item III). 2-5)

Le premier item correspond parfaitement au cadre de ce travail et semble cohérent avec les suivants concernant le développement de la recherche et la constitution d'une base documentaire. Cependant, ces différents points ne peuvent être développés que sur la base d'une clarification des problématiques institutionnelles et professionnelles et de l'évaluation des besoins du patient. Le concept de cohérence stratégique émanant de la théorie des organisations éclaire particulièrement les enjeux suscités par la profonde mutation du monde de la santé. Une institution développe une stratégie efficace si elle détient les capacités à faire correspondre les compétences de l'organisation aux besoins et exigences de son environnement. Lorsqu'il y a concordance entre les compétences internes à l'institution et les exigences de l'environnement, l'organisation progresse et bénéficie d'une légitimité sociale. Or, la stratégie, en termes de formation, se résume, répétons-le, à ce double questionnement : quel professionnel devons-nous former et pour quelle finalité ?

Au regard de l'item III. 1-3-2 qui stipule que « *le Directeur élabore le projet pédagogique en matière de formation initiale et de formation continue* », il est clair que la mutualisation pédagogique exige un double mouvement de la part du Directeur des Soins : recentrer la formation sur le cœur de métier tout en développant l'axe commun aux différents métiers. Il n'y a pas de paradoxe car les deux dimensions sont souvent mêlées au sein des programmes mais leur mise en évidence clarifiera l'action pédagogique au regard des enjeux professionnels et institutionnels.

Enfin, les exigences de la mutualisation pédagogique développent considérablement la dimension partenariale du rôle de Directeur des Soins en Institut de Formation, notamment au sein d'un pôle ou d'un groupement de formation.

- « *Le Directeur est dans un environnement éducatif, sanitaire et social avec lequel il construit des réseaux et établit des partenariats.* » (Item III). 1. 1).

A la recherche de décloisonnement des Etablissements de santé doit correspondre une volonté de coopération entre les Ecoles paramédicales. Nous l'avons dit, des frictions et des stratégies de repli existent mais l'exemple du site Z traduit une évidence : le regroupement des écoles spécialisées sous une seule direction induit inévitablement de la coopération et de la mutualisation. Sur un quatrième site, non évoqué lors de l'enquête, la direction de l'établissement opte pour la même solution. Quant au site Y, la Directrice de l'école d'infirmières anesthésistes se verra confier des missions transversales sur le CHU. Autrement dit, si les Directeurs des soins ne se saisissent pas de la mutualisation, elle s'imposera rapidement dans leur perspective professionnelle. Notamment, pour ceux qui ont en charge des écoles petites ou moyennes. Parmi leurs missions, ils devront intégrer rapidement des fonctions transversales inter-écoles ou inter instituts.

## **6.2 Les actions concrètes au regard du travail d'enquête.**

### **6.2.1 Au niveau institutionnel.**

Le Directeur des Soins en Institut doit favoriser la participation des étudiants et des formateurs aux différentes instances et mettre en place une analyse des enjeux institutionnels et des dysfonctionnements en travaux dirigés, notamment lors de la troisième année de formation pour les instituts post-baccalauréat.

- Participation aux Conseils de pôle, retour à l'ensemble de la promotion et débat. Il convient de développer un sentiment d'appartenance dépassant le strict cadre de l'Institut.
- Participation à la Commission des Soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, retour à l'ensemble de la promotion et débat. Travaux dirigés sur des axes définis avec la Direction des soins et en cohérence avec le projet de soins.
- Rencontres-débats avec des membres de la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge. Analyse des différents dysfonctionnements en petits groupes.
- Rencontres-débats avec les différents vigilants. Réalisation d'audits ponctuels encadrés par l'équipe de formateurs, le référent et les responsables de terrain.

Afin de rendre ces approches variées efficaces, les promotions peuvent être scindées en différents groupes de travail avec des restitutions collectives encadrées par les acteurs de terrain. La finalité de ces démarches réside dans l'analyse du fonctionnement hospitalier et la construction de différents niveaux d'appartenance.

Ces différentes actions peuvent prendre une dimension supplémentaire en écoles spécialisées car les étudiants possèdent déjà une bonne connaissance hospitalière.

Au niveau des formateurs, le Directeur des Soins doit initier et favoriser :

- Le développement d'expertises au service de l'ensemble du groupement et du pôle de formation.
- Des initiatives transversales logistiques et/ou pédagogiques.
- La formation continue et le développement de travaux de recherche répercutés à l'ensemble du groupement ou pôle de formation.

### **6.2.2 Au niveau du groupement ou pôle de formation.**

Au sein du groupement, dans le cadre du partenariat interne et sous l'égide éventuelle d'un Coordonnateur ou Directeur de pôle, le directeur des Soins chargé d'un Institut de formation doit :

Initier et diriger :

- La création de situations d'apprentissage inter instituts et/ou interprofessionnelles : construction de cas cliniques pouvant être analysés voire simulés en salles de travaux dirigés. Ces analyses de cas alimenteraient une banque de données à l'usage des formateurs de l'Institution.
- Des interventions pédagogiques conduites par des étudiants au profit d'autres étudiants. Ces apports pourraient s'appuyer sur les cœurs de métiers et les expertises de chaque catégorie professionnelle. Par exemple, les kinésithérapeutes pourraient développer l'importance du massage et du toucher dans l'approche de la douleur, les manipulatrices aborderaient la rapport de la technique et de la douleur. Quant aux infirmières, elles souligneraient le rôle des proches dans la gestion de la souffrance.
- Des journées annuelles de formation pouvant rassembler l'ensemble des apprenants sur des thématiques globalisant l'approche du patient : douleur, éthique, accueil, approche de la mort, rites funéraires etc... Ces thèmes peuvent également structurer l'offre de formation continue du pôle ou du groupement de formation.
- des enseignements communs respectant le cadre réglementaire :
  1. Anatomie-physiologie.
  2. Hygiène.
  3. Législation.

4. Histoire des professions de santé.
5. Fonctionnement hospitalier.

- La création d'une cellule « qualité » ayant comme objectif l'accréditation des écoles et instituts.
- La création d'une cellule « recherche et développement » visant à :
  1. Apprécier la cohérence et la progression des travaux de recherche des étudiants, faciliter leur diffusion et regrouper des travaux pluriprofessionnels sur des thèmes partagés.
  2. Faciliter l'orientation et la diffusion des travaux de recherche des formateurs : liens avec les revues professionnelles et les associations de recherche (ARSI par exemple).

Le Directeur des Soins chargé d'un Institut de formation doit dynamiser les liens Direction des Soins – gestion / pôle de formation (ou groupement d'écoles) en participant régulièrement à la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et en adaptant la politique de formation continue de l'Institut au projet de soins de l'établissement.

Cet esprit de partenariat doit orienter les engagements professionnels du Directeur des Soins vis-à-vis du CEFIEC ou, par exemple, du Comité d'Harmonisation des Centres de Formation des Manipulateurs en Electroradiologie Médicale. Une mutualisation réussie nécessiterait un rapprochement des différentes associations. Les travaux initiés par l'UIPARM démontrent des capacités synergiques d'un tel regroupement.

## CONCLUSION

Ce travail reposait sur une démarche prospective portant sur un sujet récent et aléatoire, non véritablement affirmé. Par conséquent, il détient à la fois les faiblesses de la prospection et ses richesses à travers, notamment, un diagnostic de l'existant. En d'autres termes, il offre une perspective à l'action du Directeur des Soins en Institut de formation car il répond à la question essentielle - point d'horizon de son action - : quel professionnel doit-il former au regard de l'Institution et de l'usager ?

Sur la base d'un travail d'enquête reposant sur trois CHU, il apparaît que les notions de culture commune et de mutualisation pédagogique progressent au sein même des préoccupations des acteurs de santé. Toutefois, la synergie inter-écoles ou inter-instituts reste relativement restreinte ou à l'état de projet. Cependant, malgré des frictions identitaires et des stratégies de repli - les deux dimensions se nourrissant l'une et l'autre - la recherche d'un axe commun paramédical semble s'affirmer. Une dynamique d'ordre à la fois institutionnel et professionnel en constitue le principal moteur et doit s'accompagner d'une autonomisation de l'espace de formation : les groupements doivent devenir des pôles où toute tentative de mutualisation, d'action transversale doit être privilégiée.

Ces démarches expérimentales doivent permettre d'identifier les orientations d'un tronc commun paramédical, complémentaire de la démarche médicale et basé sur une approche globalisante de l'Institution sanitaire et des usagers. Ces enseignements partagés peuvent définir l'axe directeur de l'universitarisation, d'une inscription des écoles professionnelles dans le système LMD. Les sciences humaines pourraient nourrir l'acquisition et la compréhension des actes médicaux délégués.

Toutefois, ce travail ne traduit qu'une réalité partielle reposant sur trois établissements. La complexité des relations humaines invite à l'humilité et ces conclusions ne peuvent servir que de pistes de réflexions et d'actions mesurées. En aucun cas, elles ne peuvent alimenter des certitudes. L'identité est une notion ambivalente qui repose à la fois sur le désir de ressemblance et la volonté de se distinguer. Fédérer les métiers paramédicaux est une action qui nécessite de la prudence et du temps afin d'unir et non de séparer. Pour ces raisons, la démarche expérimentale semble s'imposer même si elle doit être parachevée par une refonte des programmes de formation. Les synergies développées par les différents établissements serviront alors de modèles directeurs...



---

## BIBLIOGRAPHIE

---

### Périodiques :

- BERTHOUD G. "Le corps humain comme marchandise". *Revue du Mauss*, 1er trimestre 1989, n°3, pp. 183-188.
- CHABOT J.M. "Quels étudiants aujourd'hui pour quels médecins demain" *La revue du Praticien*, Octobre 1994, n°16, tome 44, pp. 28-32.
- DEKUSSCHE C. «Les hôpitaux face à la pyramide des âges». *Revue Soins Cadres*, novembre 2004, n°52, p 23.
- FERNANDEZ. H, PUGIN J.P. «Vers une formation professionnelle paramédicale curriculaire». *Revue Soins Cadres*, août 2004, n° 51, pp 57-61.
- FERRO M. «Les paradoxes du médecin» . *Prospective et Santé*, Paris :1985, n°34, pp 44-48.
- SAINT-ETIENNE M. «Les professions soignantes en mutation». *Revue Soins Cadres*, mai 2004, n° 50, p 9.
- SENAND R, CHAMBONET J.Y, LEAUTE S. "Esquisse par des patients de leur médecin généraliste" *La revue du Praticien*, 20 novembre 1995, n° 318, pp 64 à 70.
- ULRICH. M.A. «Pôle d'activité et changement de gouvernance au CHU de Grenoble». *Gestions Hospitalières*, novembre 2003, pp 717-718.
- VILBROD. A «Les fondements de l'identité professionnelle». *Revue Informations sociales*, 2001, n°94, pp. 42-50.

### Ouvrages :

- ABDELMALEK A.A., GERARD J.L. *Sciences humaines et soins. Manuel à l'usage des professions de santé*. Paris : Editions Masson. 1995. (version consultée : 2<sup>e</sup>édition, 2001). 388 p.
- AÏACH P., FASSIN D., SALIBA J. *Les métiers de la santé*. Paris : Anthropos, 1994. 364 p.
- FREIDSON E. *La profession médicale*. Paris, Payot : 1984. 369 p.
- HASSENTEUFEL. P. *Les médecins face à l'Etat*. Paris : Presses de Sciences Po, 1997. 367 p.
- LAPLANTINE F., RABEYRON P.L. *Les médecines parallèles.* , Paris : PUF, Que sais-je,1987. 128 p.

- MENDRAS. H. *Eléments de sociologie*. Paris : Armand Colin, collection U, 1975. 248 p.
- PETITAT. A. « La profession infirmière » in *Sociologie des professions de santé*. Sous la direction de P. Aïach et D. Fassin. Paris : Editions de l'Espace européen. 1992. pp 161-186.
- POLLACK. M. *L'expérience concentrationnaire*. Paris, Métailié. 2000. 342 p.
- RICOEUR P. *Le juste*. Paris : Editions Esprit. Tome 2, 2001. 289 p.
- STRAUSS A. *La trame de la négociation ; sociologie qualitative et interactionnisme*. Textes réunis et présentés par Isabelle Baszanger. Paris : L'Harmattan, 1992. 319 p.
- VEGA A. *Une ethnologue à l'hôpital*. Paris : Editions des archives contemporaines, 2000. 212 p.

#### **Documents et textes réglementaires:**

- Projet Hôpital 2007. Mission sur «*la modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale*». D. DEBROSSE, A. PERRIN, G. VALLANCIEN.
- « *Projet de l'Institut de Formation des Cadres de Santé. CHU de Poitiers* ». 2004.
- Rapport d'information n°714 sur l'organisation interne de l'hôpital déposé le 19 mars 2003 par René COUANEAU.
- Rapport de la Commission pédagogique nationale de la première année des études de santé présenté par Domitien DEBOUZIE. Juillet 2003.
- Référentiel de compétences des Directeurs d'Ecoles Paramédicales. Centre de Recherche en Psychologie Cognition et Communication. Travail commandé par l'ENSP. Janvier 2002.

\*\*\*

- République Française, 1989. Décret n° 89-633 modifiant le décret du 29 mars 1963 1967 relatif aux études préparatoires et aux épreuves du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute. Bulletin officiel du ministère des Affaires sociales n°89/38 du 21 novembre 1989, textes n°14255 à 14289.
- République Française, 1990. Décret n° 90-705 du 1er août 1990 modifiant le décret n° 67-540 du 26 juin 1967 modifié portant création du diplôme d'Etat de manipulateur d'électroradiologie et arrêté du 1<sup>er</sup> août 1990 Journal officiel de la République Française n° du 10 août 1990.

- République Française, 1992. Arrêté du 23 mars 1992 relatif à l'organisation des études d'infirmières. Bulletin officiel du ministère des Affaires sociales n°92/13 du 7 mai 1992.
- République Française, 1994. Arrêté du 21 avril 1994 modifiant l'arrêté du 18 mars 1992 relatif à l'organisation du 1<sup>er</sup> cycle et de la 1<sup>ère</sup> année du deuxième cycle des études médicales. Journal officiel de la République Française n°126 du 2 juin 1994, page 7970.
- République Française, 2002. Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de Directeur des Soins de la fonction publique hospitalière. Journal officiel de la République Française n°95 du 23 avril 2002, texte n°10, p. 7187.

---

## Liste des annexes

---

- Grille des entretiens.

## **GRILLE D'ENTRETIEN**

Nous avons réalisé une quinzaine d'entretiens qui ont duré environ quarante-cinq minutes chacun. La retranscription a été manuscrite et leur analyse thématique. La grille d'entretien comprenait deux parties distinctes.

### **Partie « état des lieux ».**

Cet ensemble de questions vise à :

- Identifier la structure institutionnelle : groupement ou pôle de formation,
- Apprécier son importance et sa diversité.
- Retracer son historique,

#### **1<sup>er</sup> scénario : il s'agit d'un véritable pôle de formation :**

1. Votre institut est-il intégré dans un pôle de formation et, dans l'affirmative, depuis quand ?
2. Cette initiative est-elle liée à la nouvelle gouvernance ou repose-t-elle sur une tentative de fédération plus ancienne ?
3. Quels instituts, le pôle de formation regroupe-t-il ? Combien d'étudiants cela représente-t-il ?
4. A quelle filière professionnelle appartient le chef de pôle : administrative, paramédicale, médicale ?
5. Est-il assisté par un ou deux assistants ? De quelle filière professionnelle relèvent-ils ?
6. Y a-t-il une véritable déconcentration des pouvoirs du Directeur ?
7. Si oui, sur quels champs s'exerce-t-elle ?
8. Le pôle fait-il l'objet d'un projet d'école spécifique ?
9. Dans l'affirmative, connaissez-vous les grands axes d'orientation retenus ?

10. Avez-vous, sur cette partie de l'entretien, quelques éléments à rajouter ?

2° scénario : il s'agit d'un simple groupement d'écoles et d'instituts :

1. Quels instituts, nombre et nature, le groupement associe-t-il ? Combien d'étudiants cela représente-t-il ?
2. Quelle est l'histoire de ce groupement et les principes ayant conduit à sa réalisation ?
3. Doit-il évoluer vers un pôle de formation ? Dans l'affirmative ou dans la négative, pour quelles raisons ?
4. Existe-t-il des missions transversales et, dans l'affirmative, quelles sont-elles et à qui sont-elles dévolues ?

**Partie « enquête ».**

Cet ensemble de questions vise à affirmer ou infirmer les trois niveaux d'hypothèses et à mettre en évidence des éléments non envisagés lors de l'approche théorique. Afin de ne pas induire les réponses des acteurs, l'entretien débute par des questions très larges. L'intérêt réside dans le contenu qui va naturellement émerger lors de la réponse.

- Selon vous, quels peuvent être les intérêts d'un regroupement organisé et structuré d'écoles pour les institutions et les usagers ?

Ce préalable amène naturellement le locuteur aux sujets retenus par l'approche théorique ou, dans le cas contraire, une autre série de questions permettra d'apprécier la pertinence des hypothèses. Les « relances » immédiates vont dans le même sens et deviennent de plus en plus précises :

- Voyez-vous de l'intérêt à ce regroupement en termes de pédagogie ?
- Peut-on parler d'efficience à propos des pôles ou groupements de formation ? En matière de pédagogie ?

Les réponses des acteurs peuvent être relayées si besoin par des questions plus précises

- Quelles sont, selon vous, les grandes différences et les points de convergence des métiers paramédicaux ?
- D'après vous, peut-on parler de culture commune à l'ensemble des paramédicaux ? Si oui, sur quels champs théoriques peut-elle reposer ?
- Pensez-vous que des modules communs à plusieurs formations initiales pourraient être organisés ? Dans l'affirmative, sur quels thèmes ?
- Voyez-vous de l'intérêt à initier la recherche paramédicale au sein du groupement ou du pôle de formation ? Dans l'affirmative, peut-elle être pluriprofessionnelle ou doit-elle relever de chaque cors de métier ?
- Peut-on envisager des sessions de formation continue pluri-professionnelles ? Dans l'affirmative, Sur quels champs ces sessions de formation continue doivent-elles porter ?
- Voyez-vous d'autres formes de coopération pédagogiques entre les écoles et les instituts ?
- Quelles seraient d'après vous les bénéfices d'une mutualisation pédagogique pour l'institution, les usagers et les différentes professions paramédicales ?
- Avez-vous quelques éléments à ajouter à cet entretien ?