



EHESP

Directeur des soins

Promotion : **2009**

Date du Jury : **septembre 2009**

**Fidélisation des nouveaux diplômés en
soins infirmiers sur le territoire de
formation**

Catherine MERCADIER

Remerciements

Je remercie particulièrement l'ensemble des personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce travail,

Les professionnels pour leur disponibilité et la confiance qu'ils m'ont accordée lors des entretiens,

Les étudiants pour m'avoir confié leur projet professionnel et leur projet de vie,

Madame Nadia Benoît, chef du service des formations sanitaires et sociales au conseil régional Midi-Pyrénées et Madame Nicole Rouch-Garcia, conseillère pédagogique régionale à la DRASS Midi-Pyrénées pour leurs encouragements,

Monsieur Christian Camou, directeur du GIP-IFSI du Gers, président du CEFIEC pour son accueil et son soutien,

Mesdames Karine Chauvin et Anita Garcia pour leurs remarques roboratives au cours de l'élaboration de ce travail,

Et tous mes amis pour la richesse de nos échanges et leur soutien affectueux tout au long de l'année.

Sommaire

| | |
|---|-----------|
| Introduction | 1 |
| 1 L'état des lieux sur la question..... | 5 |
| 1.1 Quelques données chiffrées sur la région Midi-Pyrénées | 5 |
| 1.2 Ce que nous apprend la sociologie sur la jeunesse actuelle | 6 |
| 1.2.1 Les « jeunes » en France aujourd'hui..... | 6 |
| 1.2.2 Les étudiants en soins infirmiers..... | 9 |
| 1.3 Abandons de formation, abandons du métier : des points communs à retenir..... | 11 |
| 1.3.1 Interruptions et abandons de formation | 12 |
| 1.3.2 Abandons du métier..... | 13 |
| 2 Analyse des données recueillies..... | 15 |
| 2.1 Ce qu'en disent les employeurs..... | 15 |
| 2.2 Les projets professionnels des futurs diplômés | 17 |
| 2.2.1 Approche qualitative des projets professionnels des futurs diplômés | 17 |
| 2.2.2 Approche quantitative des projets professionnels des futurs diplômés | 17 |
| 2.3 L'écart entre « rêve » et « réalité » | 20 |
| 3 Contribution du DSF à la fidélisation des nouveaux diplômés sur le territoire de formation..... | 23 |
| 3.1 Collaboration DSF-DSG et autres employeurs locaux responsables de stage..... | 23 |
| 3.1.1 Instaurer des référents de stage | 24 |
| 3.1.2 Mettre en place des formations au tutorat pour les tuteurs de stage..... | 25 |
| 3.1.3 De la formation professionnelle aux contrats d'apprentissage en passant par les contrats de professionnalisation | 27 |
| 3.2 Améliorer l'attractivité de l'IFSI | 28 |
| 3.2.1 Développement de filière de formation | 28 |
| 3.2.2 Développer des programmes d'échanges européens | 29 |
| 3.2.3 Communiquer sur les activités de l'IFSI..... | 30 |

| | | |
|------------|---|-----------|
| 3.3 | Collaboration avec les élus locaux..... | 31 |
| 3.3.1 | Action sur l'environnement | 31 |
| 3.3.2 | Participation à la vie politique et associative | 32 |
| | Conclusion | 33 |
| | Bibliographie..... | 35 |
| | Liste des annexes..... | I |

Liste des sigles utilisés

| | |
|---------------|--|
| AERES | agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur |
| CEFIEC | comité d'entente des formations infirmières et cadres |
| CS | cadre de santé |
| CSG | cadre de santé gestionnaire |
| CSF | cadre de santé formateur |
| CMJS | conseil municipal junior senior |
| CR | conseil régional |
| DHOS | direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins |
| DDASS | direction départementale de l'action sanitaire et sociale |
| DRASS | direction régionale de l'action sanitaire et sociale |
| DS | directeur des soins |
| DSF | directeur des soins formation |
| DSG | directeur des soins gestion |
| EDS | établissement de santé |
| ESI | étudiant en soins infirmiers |
| ETP | équivalent temps plein |
| GIP | Groupement d'intérêt public |
| IADE | infirmier anesthésiste diplômé d'état |
| IFSI | Institut de formation en soins infirmiers |
| LMD | licence, master, doctorat |

Introduction

La formation infirmière est garantie par un Diplôme d'Etat qui comme son nom l'indique est sous la responsabilité de l'Etat. Son obtention permet d'exercer la profession d'infirmière¹ sur l'ensemble du territoire français et dans les états membres de la communauté européenne. Il s'avère que les études prospectives sur les différentes professions de santé sont alarmantes annonçant des pénuries importantes notamment de médecins et d'infirmières. La pénurie des infirmières est liée à plusieurs facteurs, notamment les départs en retraite - d'ici à 2015 la fonction publique hospitalière perdra la moitié de ses effectifs infirmiers² - avec parallèlement une diminution du temps de travail insuffisamment compensée (GHIBAUDO R., 2007³) et une augmentation du nombre d'infirmières travaillant à temps partiel. Cette diminution des effectifs se conjugue à une augmentation du besoin en personnel du fait de l'évolution de l'offre de soins liée à la fois au progrès de la médecine et au vieillissement de la population. Parallèlement les exigences de la population augmentent, exigences de qualité et de sécurité accentuant ainsi la pression liée aux responsabilités inhérentes au travail de soin. A ce constat national de pénurie il faut rajouter une forte disparité territoriale. Les pouvoirs publics y répondent par une augmentation des quotas à l'entrée en formation. Plusieurs augmentations de ceux-ci ont eu lieu depuis 2000, et d'autres sont programmées pour les années à venir.

A côté de ces départs en retraite prévisibles il existe un phénomène de départs prématurés de la profession, phénomène mis en évidence par l'étude PRESS-NEXT⁴ qui a été conduite pour la partie française par Madeleine ESTRYN-BEHAR⁵.

Il existe également un phénomène de déperdition liée aux abandons et échecs en cours de formation estimés sur le plan national à environ 20% (ACKER F., 2009)⁶. Différentes études que nous exposerons plus loin (1.3) ont été conduites sur cette problématique de sorties précoces de formation afin d'en expliquer les causes et de proposer des solutions.

La pénurie d'infirmières est accentuée à certains endroits par une répartition inégale sur le territoire de ces professionnels au regard des besoins. Il existe une inégalité de répartition des infirmières selon les régions mais également à l'intérieur d'une même région, ainsi qu'une inégalité également d'attractivité selon les secteurs d'activité.

¹ Contrairement à la règle grammaticale nous employons le féminin conformément à l'usage dans le milieu professionnel du fait d'une féminisation massive de cette profession.

² PINEAU M., 2004, Le recrutement, la formation et la fidélisation des salariés du secteur sanitaire et social. Avis et rapport du Conseil économique et social, cité par ESTRYN-BEHAR M., 2008, Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe, Rennes, Presses EHESP, p. 11

³ GHIBAUDO R., 2007, Quotas d'admission dans les IFSI – Enjeux et paradoxes, *Bulletin juridique de la santé publique*, N° 108, pp. 8-9

⁴ Promouvoir la santé et la satisfaction des soignants au travail – Nurse's early exit

⁵ ESTRYN-BEHAR M., 2008, Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe, Rennes, Presses EHESP, p. 11

⁶ ACKER F., 2009, Comment disposer des ressources professionnelles de demain ? Questions pour le recrutement des infirmières en France, in RAPIAU M.T. et RIONDET J., 2009, *Le « recrutement » des infirmières : de la formation aux pratiques d'une profession de santé*, Paris, l'Harmattan, pp. 90-111

Depuis la loi du 13 août 2004 le financement et l'organisation des formations sanitaires et sociales ont été transférés de l'Etat aux conseils régionaux alors que les quotas d'étudiants entrants en formation sont toujours arrêtés par le ministère de la santé après avis de ces derniers. La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales témoigne de la poursuite du processus de décentralisation. Elle affirme le rôle de la région dans les domaines du développement économique, de la planification et de l'aménagement du territoire, des transports et de la formation professionnelle. Sur ce volet la Région définit et met en oeuvre une politique en direction des jeunes et des adultes à la recherche d'un emploi ou d'une orientation professionnelle. La politique du conseil régional Midi-Pyrénées, notre région d'affectation, est de former les professionnels paramédicaux en regard des besoins du territoire.

En région Midi-Pyrénées de nombreux employeurs se plaignent d'ores et déjà de ne pouvoir recruter des infirmières en fonction de leurs besoins et réclament une augmentation du quota d'étudiants en formation. Il semble que sur certains territoires le nombre de nouveaux diplômés infirmiers recrutés est insuffisant au regard du nombre d'étudiants formés et pour le moins le nombre de candidats au recrutement est insuffisant. Certains établissements de santé (EDS) auxquels sont adossés des IFSI se plaignent d'avoir trop peu de candidats à l'emploi.

Où vont donc les étudiants à l'issue de leur formation ? Vont-ils travailler et où ? Pourquoi ne sont-ils pas plus nombreux à être attirés par les postes qu'ils ont découverts au cours de leur formation ? Il n'existe pas à ce jour de suivi de cohortes d'étudiants en soins infirmiers ce que certains conseils régionaux comme celui de Midi-Pyrénées veulent mettre en place. Le fichier ADELI⁷, malgré une mise à jour de grande ampleur effectuée en 2007 à la demande du ministère pour constituer le collège électoral des infirmières lors de la mise en place du conseil de l'ordre infirmier ne reflète pas réellement la population infirmière en activité, de nombreuses infirmières n'effectuent pas les démarches d'inscription réglementaires à la DDASS du département d'exercice professionnel lorsqu'elles changent de département ou interrompent leur activité, voire la reprennent. Les mouvements, entrées et sorties de territoires ne sont que partiellement relevés et à notre connaissance seule l'étude récente PRESS-NEXT permet d'en expliquer les raisons.

Certains directeurs d'établissements de santé et de formation disent que les jeunes professionnels sont attirés par la Ville, notamment la métropole régionale. Cette attraction peut s'expliquer par une offre de services tels que les crèches mais aussi un mode de vie global (loisirs, commerces, etc.) que ne viendrait pas contrebalancer une « identité professionnelle territoriale ». D'autres étudiants semblent eux attirés par le travail en intérim qui leur permet une plus grande maîtrise de leur temps.

⁷ Le fichier ADELI recense les professionnels des différentes professions de santé réglementées. Chaque professionnel qu'il exerce en tant que salarié ou dans le cadre d'une activité libérale doit faire enregistrer son diplôme sur ce fichier à la DDASS du département d'exercice.

Certains étudiants expriment en fin de parcours une insécurité dans la réalisation du travail de soin. Ce sentiment d'insécurité dans la réalisation du travail tel qu'il est exprimé par des étudiants dépasse le seul manque de confiance en soi mais une appréhension d'organisations perçues comme non sécurisantes voire pouvant mettre en danger la vie du patient. Ce sentiment est signalé de façon récurrente comme un motif d'abandon de la formation et est sans doute à l'origine d'une recherche à contrario d'EDS qui présentent des organisations de soins sécurisantes.

Pour appréhender plus précisément la réalité d'une « fuite » des nouveaux diplômés vers la ville ou l'activité en intérim nous avons dans un premier temps cherché à connaître l'état de la question au niveau de la région Midi-Pyrénées, avec un regard plus pointu sur notre territoire d'affectation, le sud-Aveyron, à partir de ce qu'en disent les institutions comme le CR et la DRASS et à mieux connaître cette « population jeune » au travers d'écrits sociologiques (Partie 1). Nous avons ensuite rencontré et conduit des entretiens semi-directifs avec les acteurs concernés, futurs diplômés, représentants des employeurs (DH, DS) dans cette même région (Partie 2) et enfin notre réflexion nous conduit à proposer quelques pistes d'actions en tant que DSF visant à contribuer à la fidélisation d'un plus grand nombre sur le territoire de formation (Partie 3), pistes d'actions que nous pourrions intégrer dans notre projet professionnel.

Méthodologie de l'étude

Une préenquête (revue bibliographique, entretiens avec des collègues) nous a permis de poser 4 hypothèses qui serviront de fil conducteur à notre étude.

- 1 – Le calendrier des concours de sélection a un impact sur l'origine géographique des étudiants et par conséquent sur leur destination à l'issue de la formation.
- 2 – La formation pratique en stage, les conditions d'accueil et d'encadrement, conditionnent le projet professionnel des étudiants.
- 3 – Un véritable partenariat entre les professionnels de la formation et les professionnels de santé favorise un enracinement culturel professionnel.
- 4 – L'absence de véritables dispositifs coordonnés entre le CR et les établissements de santé ne favorise pas la fidélisation des étudiants sur le territoire à l'issue de la formation.

A l'aide d'entretiens semi-directifs auprès d'étudiants en fin de formation, d'employeurs potentiels ainsi que de responsables ou de leurs représentants au plan institutionnel de la formation en soins infirmiers et d'élus locaux nous avons pu avoir une approche concrète de la question et confirmer ou infirmer nos intuitions. Chaque entretien a duré entre 30 minutes et une heure et a été réalisé en face à face sauf pour deux directeurs, ils ont été conduits par téléphone. Nous avons complété les entretiens auprès des étudiants par le recueil de leurs intentions professionnelles une fois diplômés. Nous avons effectué ce recueil auprès de 2 promotions distinctes d'étudiants en fin de formation, l'une dans un IFSI de ville moyenne, l'autre dans l'IFSI d'un CHU au sein d'une métropole régionale grâce à l'aimable contribution de deux formateurs, un dans chaque IFSI.

1 L'état des lieux sur la question

Notre question de départ nous conduit dans un premier temps à faire un état des lieux chiffré sur la région Midi-Pyrénées puis nous rechercherons dans la bibliographie des éléments de compréhension permettant de donner sens à l'observation d'une modification de comportement des jeunes aujourd'hui lors de leur première prise de poste.

1.1 Quelques données chiffrées sur la région Midi-Pyrénées

Dans le domaine sanitaire et social comme pour l'ensemble de la formation professionnelle qu'il a en charge, le CR Midi-Pyrénées recherche à la fois à permettre un accès équitable à la formation sur l'ensemble du territoire et une adéquation étroite entre l'emploi et la formation. Le schéma régional des formations sanitaires et sociales s'inscrit donc plus largement dans le plan régional de développement des formations établi pour 5 ans. Pour évaluer la situation le CR a donc chargé un cabinet d'études de faire le point sur cette question dans le cadre d'une approche territoriale.

Les premiers résultats font ressortir pour la profession infirmière qu'il existe un *turn-over* important (évoqué par 56% des employeurs) qui s'explique par un manque d'attractivité. Celui-ci peut être géographique ou liée au secteur d'activité ou encore aux conditions de travail, ces facteurs pouvant être associés.

« Il existe une forte attraction du secteur hospitalier, de l'exercice libéral et des grandes agglomérations, notamment de l'agglomération toulousaine... au détriment des zones rurales et des autres types d'établissements. »⁸

L'enquête « Besoins de Main-d'œuvre » (BMO) de 2009 du Pôle Emploi ainsi que l'enquête du CR ont identifié des projets de recrutement sur divers métiers et notamment sur celui d'infirmière. Ces mêmes employeurs évoquent pour 86% d'entre eux des difficultés de recrutement qu'ils expliquent par une absence ou une déficience de la filière de formation. Le bureau d'études complète ces explications par des raisons d'attractivité insuffisante et préconise la mise en place de politique de ressources humaines plus attractive.

Etudiant les freins à l'utilisation des dispositifs de formation l'étude note que « lorsque la qualification augmente, la mobilité des salariés augmente également et... à l'inverse le manque de mobilité de salariés peu qualifiés est un obstacle à l'entrée en formation »⁹.

Pour la formation d'infirmière l'étude conclut en préconisant d'augmenter les effectifs en formation, le nombre de diplômés par an étant inférieur au besoin identifié. Elle préconise également de développer la communication notamment pour revaloriser les métiers du sanitaire et du social, et de mettre en place des incitations financières pour développer le tutorat et le financement des actions de formation de longue durée.

⁸ CONSEIL REGIONAL MIDI-PYRÉNÉES, 2009, *Approche régionale – Diagnostics territoriaux dans les domaines du sanitaire et du social*, Cabinet Strater, 16 p.

⁹ Ibid. p. 12

Des études plus fines sur chaque département permettent d'intégrer les spécificités locales dans le diagnostic et d'affiner les propositions d'actions.

Le département de l'Aveyron nous intéresse plus particulièrement. L'étude présentée par le même cabinet en juin 2009 montre que ce département est caractérisé par une population rurale et vieillissante : le nombre de retraités a augmenté de 33% depuis 1999. Le métier d'infirmière est repéré comme étant un métier en tension sur ce territoire pour les mêmes raisons que sur l'ensemble de la région : déficience de la filière de formation et manque d'attractivité. L'étude préconise de renforcer « la collaboration entre la région, les organismes de formation, en l'occurrence les 2 IFSI du département et les EDS pour encourager la réalisation de stage dans les EDS confrontés à des problèmes de recrutement en raison de leur manque d'attractivité. »¹⁰

Suite à cette étude recherchant l'adéquation emploi/formation, le CR a demandé une augmentation des quotas d'étudiants à l'entrée en formation. Ceux-ci devraient augmenter progressivement de 40% d'ici 2013, et passeraient de 862 à ce jour à 1206 étudiants à l'entrée en formation. Cette décision est motivée par « l'insuffisance d'effectifs de formés en regard des besoins exprimés par les professionnels via l'enquête régionale et des offres d'emploi enregistrées par l'ANPE (1200 en 2008) »¹¹.

Développer l'attractivité suppose avant tout de mieux connaître le public cible. Qui sont les jeunes aujourd'hui en France ? Quelles sont leurs valeurs ? Leurs rapports au travail ? À la famille ? À la société ?

1.2 Ce que nous apprend la sociologie sur la jeunesse actuelle

Une rapide revue de la littérature sociologique va nous permettre de dépasser nos prénotions et ainsi de mieux connaître cette population des « jeunes », leur entrée et sortie de formation, leur insertion dans le monde du travail. Nous nous intéresserons plus spécifiquement à ceux qui pénètrent le monde infirmier.

1.2.1 Les « jeunes » en France aujourd'hui

Cécile VAN DE VELDE¹² a mené une étude sur le « devenir adulte » dans quatre pays de l'Europe : Angleterre, Danemark, Espagne et France dans les dimensions familiales, socioprofessionnelles et identitaires.

Elle met en évidence quatre modes contrastés d'expérience de la jeunesse et de passage à l'âge adulte qu'elle corrèle la fois aux systèmes éducatifs, aux cultures familiales et aux modes d'interventions publiques.

Le passage à l'indépendance des jeunes français est long et progressif, une période de « semi-dépendance » et cette « phase de la jeunesse est pensée comme celle où l'on

¹⁰ CONSEIL REGIONAL MIDI-PYRÉNÉES, 2009, *Diagnostic territorial de l'Aveyron – Domaine du sanitaire et du social*, Strater, 14 p.

¹¹ Document DHOS, Sous-direction des ressources humaines, consulté à la DRASS le 17 juin 2009

¹² VAN DE VELDE C., 2008, *Devenir adulte – Sociologie comparée de la jeunesse en Europe*, Paris, PUF, 278 p.

« construit sa vie » et dominée par la pression à prendre rapidement place au sein d'un corps professionnel.»¹³ Les perspectives d'avenir semblent dépendre du niveau du premier emploi et l'âge adulte est considéré comme celui de la stabilité définitive, « d'abord négativement connotée puis recherchée au fur et à mesure que la pression de l'âge se renforce. »

L'Etat a « une politique hybride d'intervention envers les jeune adultes » qui privilégie la solidarité familiale : allocations familiales jusqu'à 20 ans, bourses étudiantes calculées selon les revenus parentaux, droit au revenu minimum à partir de 25 ans, allocations logement pour les étudiants et les jeunes chômeurs.

Le modèle français est caractérisé par une valorisation de la formation initiale, une socialisation tardive au monde du travail et une sélection durable par le diplôme. Témoigne de cet allongement de la jeunesse la tranche d'âge désormais retenue par l'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) : 15-29 ans et non plus 15-24 ans.

La jeunesse danoise se caractérise par un temps long de construction de soi avec une alternance d'études et de travail et une indépendance familiale précoce favorisée par les aides étatiques. La jeunesse anglo-saxonne dure moins longtemps : départ de la famille précoce, autofinancement des études et accès à l'emploi précoce de même qu'au statut marital et parental.

A contrario le jeune espagnol ne quittera sa famille que lorsqu'il aura un emploi stable, qu'il se mariera et achètera son logement.

Au terme de cette analyse comparative sur les jeunes européennes, Cécile VAN DE VELDE constate que les parcours d'adultes sont désormais jalonnés par une mobilité à la fois géographique et socioprofessionnelle et donc préconise la création de passerelles entre les différents secteurs d'étude et d'emploi.

Pour sa part Olivier GALLAND¹⁴ nous précise que la jeunesse est une catégorie sociale qui n'a pas toujours existée, et qui est caractérisée par l'incertitude de sa position sociale. L'étudier implique donc de centrer les observations à la fois sur la famille et sur l'établissement professionnel ce qui l'amène à distinguer deux nouvelles phases : la « post-adolescence », phase intermédiaire nouvelle entre dépendance parentale et pleine indépendance économique et résidentielle et les « jeunes adultes », indépendants économiquement sans être engagés dans des responsabilités familiales. Il semble qu'aujourd'hui ce soit le fait d'avoir un enfant qui confère le sentiment d'être adulte. Le « retard de l'entrée dans les rôles familiaux s'explique en partie par l'allongement de la phase de stabilisation professionnelle ».¹⁵ La recherche d'égalité entre les sexes du fait de l'allongement des études des filles allonge d'autant la formation des couples et l'élaboration de projets familiaux. A côté de la famille, de l'école et de l'emploi, le groupe des pairs joue un rôle de plus en plus prépondérant dans la socialisation de la jeunesse,

¹³ Ibid. p. 217

¹⁴ GALLAND O., 2009 (première édition 1984), *Les jeunes*, Paris, Ed. La Découverte, 124 p.

¹⁵ Ibid. p. 71

socialisation complétée par une socialisation politique et religieuse. Pour Dominique PASQUIER¹⁶ la socialisation par les pairs dite « socialisation horizontale » dominerait la « socialisation verticale », celle induite par la famille et les parents en particulier. Ce qui est prépondérant dans la relation avec les pairs c'est justement la relation, être ensemble ne serait-ce par médias interposés et non faire des activités ensemble.

Sur le plan professionnel, domaine qui nous intéresse plus particulièrement, l'entrée dans la vie active se fait de manière progressive. Olivier GALLAND la définit par le « modèle de l'expérimentation »¹⁷, travail de convergence long et difficile entre les aspirations individuelles, les ambitions et l'accès à un statut social qui vient supplanter un modèle de socialisation par identification : la transmission intergénérationnelle des rôles est moins prégnante.

Même si la moyenne d'âge au diplôme d'état est proche des 25 ans¹⁸, ces jeunes sont relativement proches de la génération étudiée par Bernadette BAWIN-LEGROS¹⁹, les trentenaires. Pour elles ils sont « sans illusions et forts inquiets quant à leur avenir, apolitiques et peu religieux, centrés sur leur vie personnelle et leurs amis.»²⁰ Cette génération accorde une place plus importante au travail que les plus jeunes qui font passer la famille et les amis au premier plan, mais ce travail est d'abord considéré comme une source d'épanouissement personnel plus que comme une contribution à la collectivité. Angoissés, ils recherchent un équilibre entre bien-être personnel et obligation d'exercer un métier, sont en quête de reconnaissance et de salaires et aspirent plutôt au temps libre et aux loisirs tout en accordant une valeur symbolique non négligeable au travail.

Pour terminer cette revue bibliographique sur la jeunesse, nous retiendrons quelques caractéristiques complémentaires extraites de l'ouvrage coordonné par Bernard ROUDET²¹, chercheur à l'Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire (INJEP). Pour ce chercheur, l'entrée dans la vie active est marquée par un « allongement du temps d'insertion » et par une « différenciation des parcours ». L'intérêt pour la vie politique est faible dans sa dimension instituée mais se manifeste sous d'autres formes d'engagement comme la participation à la vie associative, à des mouvements revendicatifs et même à des dispositifs participatifs mis en place par les pouvoirs publics. Si les jeunes ont peu confiance dans le monde politique ils accordent plus de crédit aux associations pour faire évoluer la société. Celles-ci incarnent la démocratie et ses valeurs associées comme la solidarité, l'égalité, le respect. Trois dimensions distinctes ou concomitantes motivent l'adhésion à une association : relationnelle, altruiste et utilitariste.

¹⁶ cité par O. GALLAND, op. cit. p. 93

¹⁷ Ibid p.92

¹⁸ JOLLY D., 2009, La formation aux professions de la santé en 2007, *Document de travail – Série Statistiques*, n° 128, janvier, DREES, 8 p.

¹⁹ BAWIN-LEGROS B., 2006, *Génération désenchantée – Le monde des trentenaires*, Paris, Payot, 217 p.

²⁰ Ibid. p. 194

²¹ ROUDET B. (eds), 2009, *Regard sur... Les jeunes en France*, Québec, INJEP - Presses Universitaires de Laval, 209 p.

La création de dispositifs qui visent à favoriser la participation des jeunes à la vie politique repose notamment sur la mise en place de conseils des jeunes à différents échelons, municipal, départemental ou régional au milieu des années 1960 et qui se sont particulièrement développés dans les années 1990. Les membres de ces conseils sont principalement des collégiens et des lycéens et, dans une faible proportion des étudiants et des salariés, bien que la tranche d'âge retenue puisse intégrer des jeunes de plus de 18 ans (BECQUET V., 2009)²².

Sur le plan des valeurs les jeunes français sont considérés comme plus individualistes que la moyenne des jeunes européens, en retrait de la vie sociale et peu confiants dans les institutions et dans le fonctionnement de l'économie. « Le sentiment d'appartenance collective et les liens de solidarité semblent plus affaiblis en France qu'ailleurs... »²³

Olivier GALLAND²⁴ propose une explication en lien avec la sécularisation de la France et sa distance vis-à-vis de la politique. Pour ce qui concerne le rapport au travail, le sociologue constate peu d'écart entre les jeunes et leurs aînés, la différence étant plus marquée entre pays. Au regard de la conception du travail, La France occupe une position intermédiaire entre les pays du Nord où prédominent l'existence d'organisations « apprenantes » qui valorisent l'autonomie et le contenu cognitif des tâches et les pays de l'Est caractérisés par la présence d'organisations tayloriennes avec une faible formalisation des procédures et un contrôle direct par le supérieur hiérarchique. La France serait le pays des « lean production » où prédominent le travail en équipe et la gestion de la qualité avec une moindre autonomie des salariés et des rythmes de travail plus contraignants que dans le modèle « apprenant ». Olivier GALLAND conclut son article en soulignant l'individualisme plus marqué des jeunes français mais également leur plus grande méfiance vis-à-vis de l'économie de marché et une certaine défiance à l'égard des institutions. En bref, un syndrome de défiance générale qui induit des attitudes spécifiques aux jeunes français.

Il va de soi que la catégorie « jeune » n'est pas une catégorie homogène. Des particularités sont repérées au regard des formations suivies et du diplôme obtenu voire de son absence, de l'origine sociale, géographique. Que savons-nous des étudiants en soins infirmiers ?

1.2.2 Les étudiants en soins infirmiers

Hormis les études statistiques de la DREES sur les étudiants en formation nous n'avons pas trouvé de recherche sur cette population pourtant non négligeable que représentent les ESI puisqu'ils sont un peu plus de 75 0000 chaque année en formation, exactement 77 452 en 2007. Cette même année, en France métropolitaine, 26 683 ESI entrent en

²² BECQUET V., 2009, *L'engagement des jeunes dans l'espace public*, in ROUDET B. (eds), 2009, op. cit.

²³ ROUDET B., op. cit. p. 5

²⁴ GALLAND O., 2009, *Valeurs des jeunes : une spécificité française en Europe ?*, in ROUDET B. (eds), 2009, op. cit.

formation²⁵ dont 84,84% de femmes et 15,15% d'hommes. En Midi-Pyrénées la proportion d'hommes est légèrement supérieure soit 16,68%. En 1980 85% d'entre eux étaient titulaires du baccalauréat²⁶, ils ont aujourd'hui 97,7%. Ils sont environ 15% à détenir un diplôme de niveau supérieur. Les principaux baccalauréats se répartissent dans un ordre décroissant entre les séries SMS, S, ES et STT. Pour la région Midi-Pyrénées la répartition est sensiblement différente entre les baccalauréats et les diplômés post-baccalauréat, ces derniers étant légèrement plus nombreux.

En 20 ans l'âge moyen au diplôme a progressé de 3 ans pour atteindre 26,7 ans, sachant que plus de 60 % des diplômés en 2007 ont entre 21 et 24 ans.

L'origine sociale est étudiée à partir de la catégorie socioprofessionnelle du chef de famille et se répartit comme suit :

| Catégorie socioprofessionnelle du parent chef de famille | % d'ESI France métropolitaine 26 686 nouveaux inscrits | % ESI Midi-Pyrénées 862 nouveaux inscrits |
|---|---|--|
| Agriculteurs | 2,98 | 5 |
| Artisans | 9,24 | 12,15 |
| Cadres et professions intellectuelles du supérieur | 19,8 | 21,45 |
| Professions intermédiaires | 12,98 | 13 |
| Employés | 22,09 | 27,65 |
| Ouvriers | 20,38 | 16 |
| Autres (non réponses) | 11,53 | 4,75 |

Il est difficile d'évaluer le nombre d'étudiants aidés financièrement pour leurs études et l'ampleur de cette aide car les aides sont de montants très disparates et peuvent parfois se cumuler. Néanmoins si l'on effectue le total des aides distribuées aux ESI on comptabilise sur le plan national 51 % des ESI qui reçoit au moins une aide et légèrement plus soit 54,27% pour la région Midi-Pyrénées. Sur ces 51% d'étudiants aidés, un peu plus de 15% reçoit une aide au titre de demandeur d'emploi ce qui incite à se poser la question des motivations qui président à l'entrée en formation. Réelles motivations pour la profession ou opportunité d'une prise en charge avec la perspective d'un emploi ultérieurement ?

La grande disparité des caractéristiques sociales des ESI tiendrait à l'implantation géographique des IFSI : institut de formation de proximité, leur recrutement des étudiants est fortement dépendant de l'ensemble de l'offre de formation au niveau local (ACKER F.)²⁷.

²⁵ JOLLY D., 2009, La formation aux professions de la santé en 2007, *Document de travail – Série Statistiques*, n° 128, janvier, DREES, 8 p.

²⁶ Ou d'un diplôme supérieur ou équivalent

²⁷ Op. cit., p. 103

Il nous importe maintenant de comprendre pourquoi ces jeunes, une fois le diplôme « en poche » ne cherchent pas à travailler sur leur territoire de formation en proportion suffisante pour répondre aux besoins d'emploi. Il n'existe pas à notre connaissance de suivi de cohortes à l'entrée du marché de l'emploi, mais néanmoins, la DREES a analysé « les sept premières années de carrière des infirmiers diplômés en 1998 »²⁸.

Il ressort de cette étude que les infirmières trouvent un premier emploi dans un délai moyen inférieur à trois semaines et la durée moyenne de ce premier emploi est proche de deux ans et demi. Moins d'un ESI sur six a quitté sa région d'origine, celle où il vivait en classe de 6^{ème} et l'entrée dans la vie active est l'occasion soit de quitter cette région d'origine soit d'y retourner. 8 % des ESI qui sont allés se former ailleurs sont retournés dans leur région et 7%, qui l'ont quittée pour se former se sont installés dans cette région de formation. Les motivations des mobilités reposent essentiellement sur l'offre de formation et l'offre d'emploi. Les chercheurs relèvent des écarts entre les régions : certaines régions forment un nombre élevé d'étudiants par rapport à leur part du marché national du travail. Ne retenant qu'une partie de leurs diplômés, cet effort de formation serait consenti dans l'espoir de fixer ces professionnels, afin qu'ils compensent les départs en retraite actuels et annoncés, ou qu'ils contribuent à relever une densité considérée comme faible. »²⁹

Au bout de 7 ans, 30 % des infirmières de cette génération travaillent en secteur libéral, 11 % à temps partiel, pas toujours choisi.

L'étude conclut par la satisfaction exprimée par cette génération : plus de 90 % disent se réaliser professionnellement et 80 % estiment travailler à leur bon niveau de compétences. Moins de 10 % souhaitent changer d'emploi. Par contre la rémunération est la principale source d'insatisfaction : 40 % s'estiment mal payés mais 58 % souhaitent avant tout ménager leur vie hors travail.

Comme nous allons le voir, ce taux élevé de satisfaction entre en contradiction avec l'étude européenne conduite sur les sorties précoces du métier d'infirmière ce qui permet de se poser des questions sur la pertinence des échantillonnages de part et d'autre.

Certes on peut penser que depuis cette étude, dix ans se sont écoulés et que les appréciations et comportement ont évolué. Nous allons donc nous tourner vers des études qui portent à la fois sur l'abandon de la formation et sur l'abandon du métier.

1.3 Abandons de formation, abandons du métier : des points communs à retenir

Trois études réalisées à la demande des conseils régionaux respectifs sur les abandons et sorties anticipées des ESI, l'une dans la région Nord - Pas de Calais³⁰, la deuxième en

²⁸ FERRETI C., GARROUSTE C., 2008, Les sept premières années de carrière des infirmiers diplômés en 1998, *Etudes et résultats*, n° 671, décembre, DREES, 8 p.

²⁹ Ibid. p. 5

³⁰ ALLIOT S., CUAS C., HAMMAR H., et al., (2007), *Les causes d'abandon et de sortie anticipée des étudiants en IFSI dans la région Nord-Pas-de-Calais*, mémoire pour l'obtention du Master 2 Sociologie et développement social, commandité par le Conseil Régional du Nord-Pas-de-Calais, 265 p.

région Rhône-Alpes³¹ et la troisième en Ile de France³² auxquelles s'ajoute une étude européenne sur le départ précoce des soignants mettent en évidence différentes causes d'insatisfaction rencontrées tant par les futurs professionnels que par des professionnels expérimentés. Il nous a semblé pertinent de les retenir comme causes probables, pour le moins en partie, de la non fidélisation des nouveaux diplômés sur leur territoire de formation. En effet ce sont peut-être les mêmes facteurs qui n'ont pas su « retenir » les étudiants pendant leur formation et qui ne peuvent les fidéliser à l'issue de leur formation. Nous verrons que certaines de ces causes sont également des causes d'abandon du métier ou tout le moins du désir de changer d'emploi par les professionnels diplômés et mêmes expérimentés.

1.3.1 Interruptions et abandons de formation

Les différentes études mentionnent un écart entre le nombre d'étudiants à l'entrée en formation et le nombre de diplômés 3 ans plus tard, un écart selon les années et les régions de 20 à 30%³³.

Nous porterons plus particulièrement notre intérêt sur les abandons ou interruptions qui sont à l'initiative des étudiants et non ceux à la demande de l'IFSI que ce soit pour insuffisances de résultats ou pour fautes disciplinaires.

Une première cause d'abandon identifiée est liée à des difficultés financières et/ou psychologiques. Nous reviendrons un peu plus loin (3-1-3) sur le financement des études. Une des raisons principales évoquées par les ESI sont les difficultés rencontrées en stage : les conditions de travail, les difficultés face à la mort et à la souffrance, la pression de la hiérarchie, la mauvaise ambiance dans les équipes, et de façon récurrente un manque d'encadrement.

Ils dénoncent également un décalage entre l'apprentissage en institut de formation, un manque d'étayage pédagogique tant en stage que lors des retours de stage, et mentionnent à cette occasion un manque de lien IFSI - terrain de stage. La crainte de commettre des erreurs se conjugue au sentiment de trop de responsabilités. Le manque de temps pour effectuer un travail de qualité est évoqué, le qualifiant même de déshumanisant auquel s'ajoute un travail jugé trop difficile, « émotionnellement » trop difficile et doublé d'un encadrement insuffisant. Nous nous sommes étonnés de constater que des étudiants pouvaient être en « burn out » ce qui se produit lorsque s'accumulent les difficultés en stage et les difficultés personnelles.

Un salaire jugé trop bas pour le travail à effectuer, une mauvaise ambiance de travail et un manque de reconnaissance sur le terrain de stage viennent compléter les raisons déjà évoquées.

³¹ LAMBERTON A.L., PELEGE P., 2008, *Les interruptions de formation en IFSI – Etudes des facteurs psychosociaux et préconisations*, Centre Jean Bergeret, 55 p.

³² ESTRYN-BEHAR M., PICOT G., 2009, *Interruptions et abandons dans la formation en soins infirmiers en Ile-de-France*, AP-HP, 12 p.

³³ MARQUIER R., 2006, Les étudiants en soins infirmiers en 2004, *Série statistiques*, n° 458, janvier, DRESS, cité par ESTRYN-BEHAR, 2009, op. cit.

Ces abandons en cours de formation entraînent par rapport au nombre attendu, une diminution du nombre de formés à l'entrée sur le marché du travail. A ces défections, viennent s'additionner les abandons du métier d'infirmière par des professionnelles expérimentées. Quelle est pour ces dernières leur appréciation sur le contexte de travail ? Est-elle identique à celle de leurs jeunes collègues ? Ou bien est-ce que les difficultés exprimées par ces dernières sont spécifiques de leur jeune âge et peuvent alors se lire comme le « choc de la réalité » éprouvé par des novices ?

1.3.2 Abandons du métier

Madeleine ESTRYN-BEHAR, médecin du travail à l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) est la responsable de la partie française de l'étude PRESS-NEXT (Promouvoir en Europe santé et satisfaction des soignants au travail – Nurse's early exit study), étude menée conjointement par dix pays européens.

Cette étude « permet de mettre en évidence les facteurs qui concourent à une bonne intégration dans un établissement »³⁴. A côté des avantages salariaux et sociaux, cette étude met l'accent sur les différents aspects liés au travail qui peuvent contribuer à fidéliser le personnel infirmier au sein d'un EDS ou à contrario le décourager d'y rester voire être une des causes exprimées du désir de quitter le métier.

Le facteur le plus déterminant sur l'intention d'abandonner la profession est l'insuffisance du travail d'équipe. Le temps de transmissions joue un rôle majeur dans la constitution du collectif de travail. Permettant l'échange entre collègues, il diminue à la fois les tensions relationnelles entre pairs mais aussi avec les patients et atténue de façon non négligeable la crainte de commettre des erreurs. Plus l'information circule au sein d'une équipe, plus l'organisation du travail est partagée par ses membres et plus le risque de commettre des erreurs diminue. « La qualité des soins se développe lorsqu'une équipe discute des possibles événements indésirables avec une volonté commune d'améliorer le fonctionnement du système... Le travail d'équipe apporte une reconnaissance existentielle... les transmissions permettent de mettre en valeur le travail bien fait... »³⁵

Ce sont également les échanges au sein d'une équipe qui apportent un soutien émotionnel, qui permettent de partager les difficultés rencontrées dans la prise en charge des patients et représentent donc un premier rempart à l'épuisement professionnel, au « burn out ». Madeleine ESTRYN-BEHAR met donc l'accent sur l'importance à accorder au temps de transmission, au respect de sa qualité, sans interruption incessante et dans un lieu adapté. Les transmissions ciblées ne peuvent remplacer les transmissions orales classiques qui permettent de gérer les imprévus et de faire les réajustements nécessaires.

L'augmentation de la violence envers les soignants est une autre cause d'abandon du métier. Les épisodes violents dans les soins s'expliquent par un ensemble de facteurs : soins non personnalisés, organisation inadaptée, manque de temps, manque d'effectifs et

³⁴ (2008), op. cit. p. 53

³⁵ Ibid. p. 75

insuffisance de soutien de la part de la hiérarchie. Les professionnels les moins expérimentés sont des cibles de violence plus fréquente que leurs collègues plus anciens, ce qui concourt à préconiser une certaine stabilité des équipes de soins. Ces facteurs amènent l'auteur à insister sur l'importance d'élaborer des projets de soins cohérents au sein d'équipes soudées.

Enfin une des causes invoquées pour abandonner le métier ou changer d'établissement est la difficulté à équilibrer vie professionnelle et vie personnelle du fait des horaires. 61,4% des infirmières interrogées pour l'enquête PRESS-NEXT ont déclaré devoir changer d'horaire de façon impromptu et 12,7 % plus de 2 fois par mois. Plus de 40 % ne peuvent faire modifier leurs horaires. Elles sont 42,2 % à souhaiter un changement d'horaire et sont les plus insatisfaites de leurs horaires pour leur bien-être et leur vie privée. En Europe ce sont les infirmières françaises qui avec les Italiennes sont les plus nombreuses à n'avoir aucune influence sur leur planning. Ce manque de prévisibilité entre en contradiction avec les responsabilités familiales et les conduit à changer d'établissement. Le manque d'effectif pour compenser la mise en place de la réduction du temps de travail (RTT) n'a pas permis aux infirmières françaises d'améliorer l'équilibre vie professionnelle – vie personnelle.

L'insuffisance du travail en équipe mis en avant comme motif de changement d'établissement ou d'abandon du métier permet de comprendre le ressenti exprimé par certains ESI lors de leur stage. Un manque de personnel entraîne des difficultés à travailler en équipe, à effectuer des soins avec un sentiment de sécurité suffisant et donc à prendre le temps d'encadrer des étudiants lors de leur stage de manière à leur permettre à la fois de faire correctement leur apprentissage et de le faire en toute sécurité pour les patients.

Nous allons voir maintenant ce qu'il en est sur le terrain, ce qu'en disent les recruteurs potentiels, DH ou DS et ce qu'expriment les ESI qui vont se trouver prochainement sur le marché du travail, c'est-à-dire des étudiants en 3^{ème} année de formation.

2 Analyse des données recueillies

L'échantillonnage limité ne nous permet de tirer des conclusions généralisables mais néanmoins présente l'intérêt d'avoir une appréhension qualitative de la question, terrain indispensable à la conduite d'une réflexion professionnelle. Cette approche qualitative repose sur des entretiens avec des employeurs et avec des étudiants qui termineront leur parcours de formation dans les mois qui suivent l'entretien.

2.1 Ce qu'en disent les employeurs

Nous avons donc interviewé des directeurs d'établissements et directeurs de soins du secteur public en sachant que ce secteur emploie au 1^{er} janvier 2009 351 728 infirmières et le secteur privé 70 596 pour un total de 495 834³⁶.

La plupart d'entre eux se plaignent de ne pas avoir suffisamment de candidats provenant des IFSI rattachés à leur établissement. Certains évoquent que les CSF sont membres de l'EDS et donc des « *ambassadeurs* » mais déplorent de ne pas voir des « *retombées effectives en termes de candidatures* » à l'issue de la formation.

Les DH et DS constatent des changements de comportement chez les nouveaux diplômés comme des démissions alors que les agents sont stagiaires voire même titulaires et déplorent d' « *en faire travailler un certain nombre par le biais de l'intérim ce qui revient cher à l'EDS* ». Ces comportements les amènent à penser que la nouvelle génération ne veut pas s'engager.

Les DS ont repéré des services pour lesquels il leur est plus difficile de proposer une affectation au recrutement, services qui rencontrent un turn over d'infirmières très important ; mais il ne nous ait pas possible d'émettre la moindre hypothèse quant à la récurrence du phénomène car curieusement, pour le DS d'un EDS de taille similaire ce sont au contraire ces mêmes services qui sont demandés : les EPHAD, la neurologie, la médecine polyvalente. D'un côté ces services seraient refusés pour leur pénibilité notamment physique, d'un autre ils seraient recherchés pour la dimension relationnelle importante des soins. Les étudiants qui rechercheraient plus particulièrement la dimension relationnelle dans le soin seraient ceux qui exprimeraient des appréhensions face à la dimension technique, se sentiraient en « *insécurité* » et redouteraient également le rythme intense de ces services dits « *techniques* ». Le DS d'un établissement spécialisé attribue la faible attractivité de son établissement à la fois à la « *concurrence* » de l'EDS en soins généraux sur la même ville et au fait que son établissement « *réalise une prise en charge de personnes souffrant de pathologies chroniques, avec peu d'innovations dans les pratiques soignantes et une absence d'activités dites de « pointe »* ». Effectivement le directeur du CH général nous a confirmé n'avoir « *aucun problème de recrutement hormis en cours d'année lors des pics d'absentéisme* ».

³⁶ SICART D., 2009, *Les professions de santé au 1^{er} janvier 2009*, DREES, n° 131

Les 3 DS interviewés souhaitent qu'une plus grande collaboration se développe entre les services de soins et les IFSI. Bien sûr leurs souhaits est d'améliorer le partenariat autour des stages des étudiants par la mise en place du tutorat pour lequel l'IFSI peut s'impliquer dans la formation des tuteurs, tuteurs pour les étudiants mais également pour les nouveaux arrivants, comme cela a été pensé dans les secteurs de santé mentale. Valoriser le tutorat suppose de le rémunérer : un DS suggère que le professionnel de terrain soit rémunéré dans le cadre des missions d'intérêt général (MIG) et qu'une partie du tutorat soit assuré par des professionnels de la formation, des CSF de l'IFSI. Il s'agit de professionnaliser le tutorat. Il apparaît aujourd'hui qu'un réel accompagnement à l'autonomie professionnelle fait défaut et certains jeunes professionnels se sentent en insécurité sur des soins appartenant à la catégorie des soins à risque, c'est-à-dire pouvant conduire à des événements indésirables majeurs, comme la transfusion sanguine, les thérapeutiques ou tout ce qui concerne la prévention des infections nosocomiales.

Nous pensons que la mise en place du nouveau programme devrait apporter des réponses concrètes à cette préoccupation. Il restera à voir quelles seront les mises en œuvre possibles.

Le partenariat IFSI – services de soins peut également se développer autour d'activités de recherche, sur la participation des CSF aux évaluations des pratiques professionnelles (EPP) et sur la participation des CSG aux enseignements. Comme le dit une autre collègue, il est fondamental de « créer des passerelles » entre terrains de stage, lieux de soins et IFSI, lieux de formation.

Le DH d'un EDS spécialisé pense qu'il est important d'apporter une formation complémentaire spécifique aux infirmières de ce secteur, la santé mentale. L'intégration de la formation infirmière dans le LMD permettra dans le cadre de formations niveau master de mettre en place des formations dites de « pratiques avancées » qui répondront à ce type d'attente.

Enfin, deux DS mettent en question le recrutement des IFSI rattachés à leur établissement : si les étudiants sélectionnés pour suivre la formation ne sont pas originaire du lieu on peut s'attendre à ce qu'ils repartent sur leur lieu d'origine pour travailler, le marché de l'emploi leur étant favorable du fait de l'existence de postes vacants dans de nombreux établissements, y compris dans les métropoles régionales. Se pose alors la question des dates de concours : celles-ci sont actuellement à la discrétion du directeur de l'IFSI, ne faudrait-il pas une seule date nationale qui favoriserait un recrutement local ? Ce n'est pas ce que prévoit l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'état infirmier. En effet, l'article 3 précise que « les épreuves de sélection sont organisées par chaque IFSI ».³⁷

Que disent les futurs diplômés à propos de leur projet professionnel ? Où et pourquoi ont-ils l'intention d'aller travailler ?

³⁷ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, Arrêté du 31 juillet 2009, Journal Officiel n°0181 du 7 août 2009

2.2 Les projets professionnels des futurs diplômés

Pour avoir un aperçu des projets professionnels des futurs diplômés nous avons croisé des entretiens individuels réalisés avec cinq d'entre eux et le recueil systématique des intentions de lieu de travail des étudiants en regard de l'origine géographique de leur domicile avant l'entrée en formation et ce pour 2 promotions distinctes, l'une dans un CH d'une ville moyenne et l'autre dans un CHU d'une métropole régionale.

2.2.1 Approche qualitative des projets professionnels des futurs diplômés

Les étudiants interviewés (annexe 2 & 3), deux hommes et trois femmes ont une moyenne d'âge de 23 ans. Ils ont tous des projets professionnels bien affirmés et plus largement des projets de vie bien déterminés. Ceux-ci sont très contrastés, ce qui tendrait à montrer que les futures infirmières ne sont pas un groupe homogène, tout comme la jeunesse française. Françoise ACKER, sociologue a également constaté au cours des entretiens qu'elle a réalisé avec de jeunes professionnels infirmiers qu'ils avaient un « plan de mobilité pour les 5 à 10 ans à venir, avec des choix d'insertion qui correspondent soit à une volonté de tester les multiples possibilités qui s'offrent à eux, ou bien pour se doter très progressivement de compétences spécifiques dans un domaine. »³⁸

Qu'ils soient originaire du département ou d'ailleurs, ils aspirent presque tous (4/5) à débiter leur vie dans une grande ville. Attirés plutôt par la technique (4/5), certains cherchent à allier les deux aspects notamment dans un projet professionnel d'IADE et l'un d'entre eux rejette au contraire franchement cet aspect du travail de soins. Ils accordent tous de l'importance à leur vie hors travail et en particulier tiennent à avoir du temps pour leur vie de famille et leurs amis.

Les expériences en stage semblent déterminantes pour leur choix professionnel, que ce soit en terme d'attraction ou au contraire de rejet, ils sont rarement nuancés. Pour une seule étudiante le fait d'avoir signé un contrat de professionnalisation a déterminé son lieu de travail, mais provisoirement nous dit-elle, le temps de la durée du contrat.

Nous voyons que les motifs liés au travail et ceux liés à la vie hors travail s'intriquent à l'image de la chaîne et la trame d'un tissu pour déterminer leur projet.

2.2.2 Approche quantitative des projets professionnels des futurs diplômés

Très souvent nous avons entendu exprimer par des collègues des idées comme « les jeunes maintenant ils préfèrent travailler en ville », « ils préfèrent travailler en intérim, comme ça ils font les horaires qu'ils veulent, ils prennent leurs vacances quand ils veulent, de toutes façons ils ne supportent plus les contraintes », « ils préfèrent les services techniques, ils veulent tous travailler aux urgences »...

³⁸ ACKER F., op. cit., pp. 95

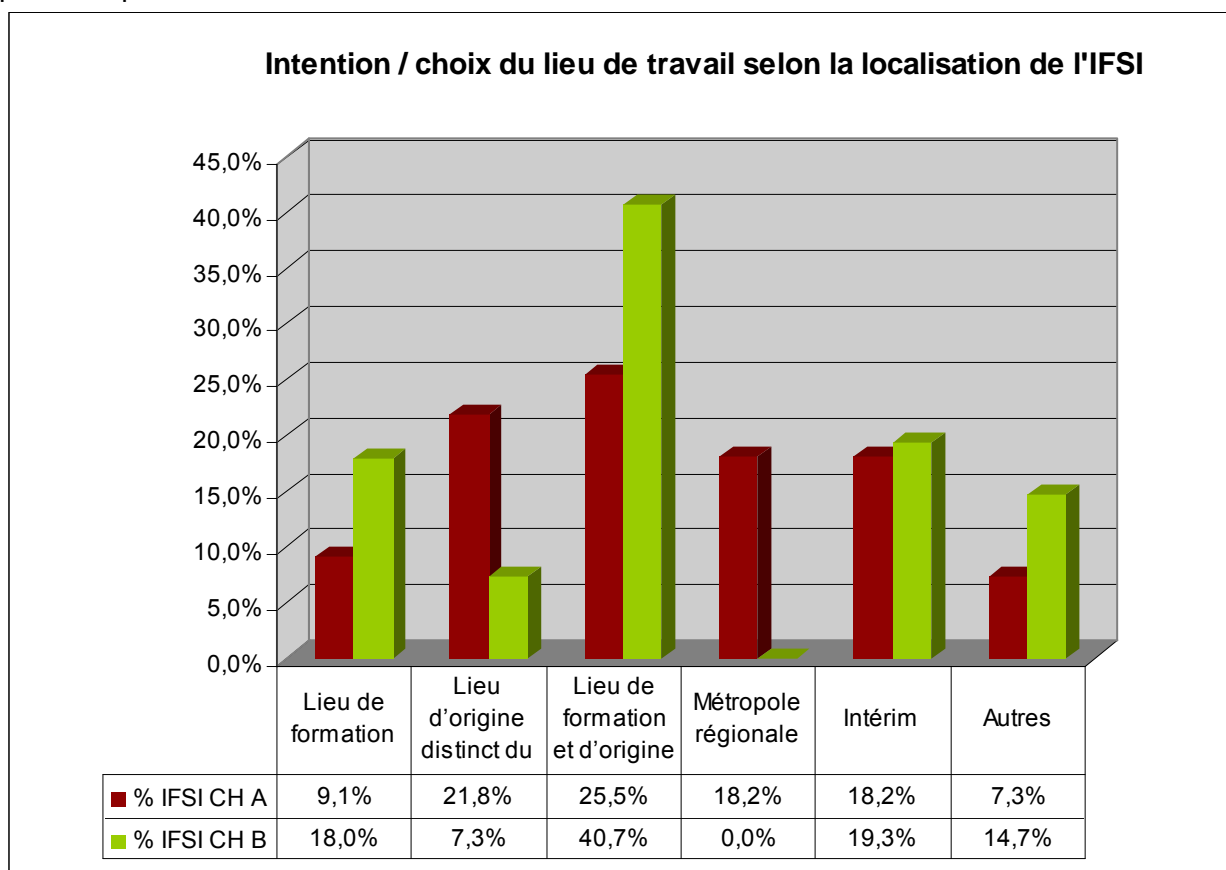
Qu'en est-il réellement ? Afin d'avoir une idée un peu plus objective, nous avons choisi de leur demander où ils envisageaient d'aller travailler à l'issue de leur formation ? Sur leur lieu d'origine ? Sur leur lieu de formation ? En intérim ? Ou ailleurs ?

Nous avons choisi de poser la question à deux groupes d'étudiants en fin de formation : le premier groupe a suivi sa formation dans une ville moyenne du sud-ouest de la France, l'autre dans l'IFSI du CHU d'une métropole régionale dans la même région géographique (annexe 4).

Leurs réponses témoignent qu'ils ont pour la plupart trouvé du travail avant même la fin de leur formation ce qui corrobore l'étude de la DREES.

Il est bien évident que cette étude est bien trop restreinte pour en tirer des conclusions généralisables, néanmoins elle permet de relativiser certains propos, et de découvrir l'existence d'autres débouchés envisagés par les étudiants, comme le travail à l'étranger.

Il aurait été intéressant de poursuivre l'exploration par questionnaire auprès des étudiants des différents instituts de formation de la région et de déterminer plus précisément l'impact de l'origine géographique – y a-t-il des départements plus « fidélisateurs » que d'autres ? - les corrélations avec le parcours de formation précédent, avec la catégorie socioprofessionnelle des parents et de leur faire formuler une projection en termes de parcours professionnel sur les 5 années à venir.



Quelques étudiants ont fourni plusieurs réponses ce qui explique que le pourcentage total dépasse 100.

Nous avons calculé différents taux selon les intentions de mobilité ou au contraire de stabilité de ces futurs diplômés, à la fois en relation avec leur lieu d'origine et leur lieu de formation.

Nous déterminons un **taux de mobilité** au regard de sa ville d'origine quand le futur professionnel a l'intention d'aller travailler ailleurs que dans l'environnement proche de celle-ci. Le **taux de stabilité** correspond au contraire à l'intention de rester travailler sur son lieu d'origine.

Nous parlons de **fidélisation** quand le futur infirmier projette de travailler sur le lieu de sa formation et enfin de **fixation** ou de **conversion** lorsqu'il projette de travailler sur le lieu de sa formation et qu'il vient d'ailleurs.

Un étudiant peut répondre à deux catégories différentes.

Le tableau ci-dessous traduit les différents taux pour les 2 IFSI :

| | IFSI CH A 48 étudiants | IFSI CHU B 121 étudiants |
|-----------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| Taux de mobilité | 39,50 % | 40,49 % |
| Taux de stabilité | 54,00 % | 59,50 % |
| Taux de fidélisation | 82,35 % | 72,72 % |
| Taux de fixation ou de conversion | 17,85 % | 22,31% |

Il ressort de cette comparaison que le taux de mobilité est sensiblement identique. La stabilité semble plus importante sur la métropole régionale, par contre la fidélisation est bien supérieure dans l'IFSI A mais qui présente un taux de conversion moindre.

Pour tirer des conclusions il faudrait systématiser l'étude sur plusieurs années et sur l'ensemble des IFSI de la région, voire faire des études comparatives entre régions.

Néanmoins, on peut faire l'hypothèse que l'IFSI A est situé dans un environnement qui permet davantage un accompagnement de proximité qui si on le met en perspective avec les études sur les abandons, pourrait avoir une influence sur la fidélisation.

Un taux de stabilité moindre confirmerait l'attrait pour la vie en « ville ». Il est à noter que si les étudiants de l'IFSI A sont attirés par un exercice professionnel au CHU de la métropole régionale, la direction de ce même CHU se plaint de ne pas retenir suffisamment d'étudiants formés dans son giron.

Une donnée nouvelle est apparue dans l'enquête auprès des étudiants de l'IFSI du CHU B : leur appétence pour le travail à l'étranger puisqu'ils représentent 11, 57 % des étudiants interrogés. Est-ce le projet pédagogique de l'institut de formation qui favorise l'émergence de tels projets ou plus simplement le fait de côtoyer dans une ville universitaire des étudiants qui ont dans leur parcours pu vivre une telle expérience ?

Au-delà de leurs intentions, les entretiens nous ont permis de déceler parfois un sentiment de déception vis-à-vis de certains lieux de travail que l'on pourrait expliquer lié à l'écart entre la vie rêvée et la vie réelle.

2.3 L'écart entre « rêve » et « réalité »

Les interviews des étudiants nous ont permis de déceler cet écart entre profession idéalisée et profession rencontrée, écart évoqué lors des études sur les abandons.

L'analyse de contenu de ces entretiens (annexe 2) met en évidence certaines caractéristiques que nous avons confronté à l'approche théorique présentée dans la première partie.

Les étudiants expriment ne pas vouloir « *travailler comme ça* » c'est-à-dire avec un temps insuffisant pour s'occuper des patients, pour les écouter, leur expliquer les soins ; ils ne veulent pas travailler dans le secteur privé où le « *bien être de la clinique est davantage recherché que le bien être des patients* », où « *l'aspect financier compte essentiellement* ». Ils ne veulent pas travailler dans les services où ils ont l'impression qu'il faut « *du rendement* » et où l'ambiance n'est pas suffisamment « *conviviale* ».

Ils partagent une vision humaniste du travail de soins, n'y ont pas renoncé et recherchent des lieux de travail où ces valeurs humanistes ont leur place. Ils se rapprochent en cela des infirmières qui sont prêtes à changer d'établissement parce qu'elles ne peuvent réaliser un travail de soins qui procure des relations humaines riches, parce qu'elles ne trouvent pas auprès de leurs collègues un soutien technique et émotionnel suffisant, la plupart du temps par un manque de temps d'échange (ESTRYN-BEHAR M., 2008, MERCADIER C., 2002).

Comme les jeunes étudiés par Bernadette BAWIN-LEGROS, les futurs infirmiers et infirmières recherchent avant tout dans leur travail une source d'épanouissement.

Dans les études réalisées sur les abandons tant des études que du métier, l'impact émotionnel du travail de soin est relevé parmi les causes. En choisissant le travail en intérim, certes les nouveaux professionnels auront dans un marché de plein emploi une plus grande maîtrise de leur emploi du temps, mais ils éviteront aussi un investissement affectif trop important pour eux tant avec les personnes soignées qu'avec les collègues au sein des équipes de soin. Le travail en intérim permet de réaliser cette « mobilité géographique et socioprofessionnelle » caractéristique des jeunes adultes (VAN DE VELDE C., op. cit.). Il participe de ce « modèle de l'expérimentation » dans l'entrée dans le monde du travail qu'a identifié par ailleurs Olivier GALLAND.

Sur de nombreux territoires de santé la question de l'attractivité et de la fidélisation des professionnels infirmiers se posent. Cette problématique a été récemment étudiée en Ile de France³⁹.

³⁹ DRASSIF-ARHIF, *Attractivité et fidélisation des professionnels paramédicaux dans les structures sanitaires et médicosociales*, juin 2008, Paris, 42 p.

Fidéliser les nouveaux professionnels infirmiers sur le territoire de formation contribue à augmenter la demande sur le marché de l'emploi. Le DS Formation dont la mission est le pilotage des dispositifs de formation peut mettre en place le dispositif permettant de répondre aux besoins du territoire dans lequel l'IF qu'il dirige s'inscrit, ce qui suppose de fournir à l'issue de la formation un nombre de diplômés répondant à la demande des employeurs (EDS) avec un pourcentage suffisant de ces diplômés désirant travailler sur ces lieux. A l'heure de l'Europe et de la libre circulation des professionnels sur cet espace il ne saurait être question de retenir la totalité des étudiants sur le territoire de formation mais d'arriver à une sorte d'équilibre entre ceux qui restent, ceux qui s'en vont et ceux qui s'en viennent.

La réponse des pouvoirs publics à la problématique de la pénurie d'infirmière est l'augmentation des quotas d'étudiants entrant en formation. Nous pensons qu'un DS peut, par sa politique de gestion de la formation, contribuer à la fois au maintien en formation d'un plus grand nombre d'étudiants et à la fidélisation des nouveaux formés. C'est sur ce deuxième objectif que nous allons maintenant concentrer notre attention et esquisser un projet afin d'y répondre.

3 Contribution du DSF à la fidélisation des nouveaux diplômés sur le territoire de formation

De par ses responsabilités⁴⁰, le DSF peut et doit contribuer à la fidélisation tout au moins partielle des étudiants formés au sein de l'IFSI qu'il dirige sur le territoire d'implantation de l'établissement. Il dispose pour cela de plusieurs leviers : le projet pédagogique, l'organisation tant de la formation initiale que continue mais également le volet recherche en soins et en pédagogie.

La contribution du DSF s'appuie à la fois sur des actions à mener en interne et sur des collaborations à développer avec les partenaires environnants. Nous avons fait le choix de nous centrer sur les partenariats à développer.

Ces partenariats contribueront à développer un environnement favorable à la formation et à son issue à la fidélisation des nouveaux professionnels sur le territoire, à l'image des « magnet hospitals », ces EDS qui « s'imposent par leur capacité à recruter et retenir les infirmières ».⁴¹

Nous allons donc décliner au travers de 3 axes ce que peut être la contribution du DSF à cet objectif de fidélisation des nouveaux diplômés. Celle-ci a pour objectif de développer un enracinement professionnel et territorial au travers de la socialisation professionnelle qui s'effectue au cours de la formation initiale.

Le premier axe consiste à développer une collaboration étroite avec les responsables des différents terrains de stage qui sont en fait des employeurs potentiels, un deuxième axe pourrait être de développer des filières de formation en fonction des besoins locaux spécifiques. Enfin, un troisième axe serait de développer une collaboration avec les élus locaux de manière à créer le terreau favorable à un enracinement culturel, les deux premiers axes favoriseraient un enracinement professionnel.

3.1 Collaboration DSF-DSG et autres employeurs locaux responsables de stage

Le rattachement à un EDS se traduit au travers du projet d'école qui s'articule alors avec le projet d'établissement. Les modifications de l'environnement doivent être prises en compte de même qu'une politique régionale peut se développer dans différents domaines comme la question de la gestion et la prévention de crise spécifique intégrant les ESI dans le dispositif (RIGON S., 2008)⁴², ce qui est un facteur favorisant l'émergence d'un sentiment d'appartenance à une communauté hospitalière voire de territoire.

⁴⁰ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière. Journal officiel, n° 95, 23 avril 2002.

⁴¹ STORDEUR S., 2005, Les « magnet hospitals », du soutien organisationnel à la qualité des soins, *Soins cadres*, Hors série spécial emploi n°2, pp. 2-5

⁴² RIGON S., 2008, Les conseillères techniques et pédagogiques régionales, des acteurs clés dans la politique régionale de santé, *Soins cadres*, N° 68, pp. 31-33

Développer le dialogue entre professionnels de terrain et professionnels de la formation enrichira les connaissances réciproques. En effet, la mise en œuvre du nouveau programme articulé sur une logique de compétences implique que les différents acteurs de la formation travaillent en cohérence et en synergie. Les professionnels de la formation, au plus près des jeunes en formation, sont prêts à partager avec les professionnels des services de soins à la fois les aspirations de ces futurs professionnels mais aussi les difficultés et appréhensions qu'ils éprouvent au cours de leurs stages pratiques. La diversité de terrains de stage et la complexité du système de formation nécessitent que chacun ait de part et d'autre un interlocuteur clairement identifié, référent de stage côté institut de formation et maître de stage et tuteur de stage côté terrain. Ces différentes fonctions sont clairement définies dans le nouveau programme et la DRASS de Bourgogne a d'ores et déjà édité un guide⁴³ à destination des professionnels de terrain qui accueille des ESI en stage.

3.1.1 Instaurer des référents de stage

Pouvoir repérer rapidement au sein de l'IFSI un référent spécifique par terrain de stage devrait faciliter les relations entre les deux parties et renforcer les liens services de soins-institut de formation.

Le référent de stage a pour mission d'organiser le stage en accord avec le maître de stage et le suivi de l'étudiant avec le tuteur. Il assure le lien entre l'IFSI, notamment le référent du suivi pédagogique de l'étudiant et le tuteur. Il est le premier interlocuteur quelque soit la demande.

Il participe, voire accompagne le maître de stage, le tuteur et les professionnels de service à l'élaboration d'un référentiel d'encadrement, d'une charte d'encadrement et d'un livret d'accueil contenant les ressources du service en tant que lieu de stage. Il réalise des encadrements, formation clinique sur le lieu de stage en collaboration avec le tuteur de stage.

Il peut également participer à des groupes de travail dans les services dont il est le référent ce qui contribuera à renforcer les liens, à faire vivre l'articulation terrain-formation et enrichira, réactualisera ses connaissances.

« Le formateur référent, en lien avec l'équipe pédagogique, le tuteur et le maître de stage, organise, soit sur les lieux de stage, soit en IFSI, des regroupements des étudiants d'un ou de quelques jours pendant les périodes de stage. Ces regroupements permettent de réaliser des analyses de la pratique professionnelle entre les étudiants, formateurs et professionnels. Ils ont pour but d'analyser les découvertes faites par les stagiaires, et de travailler à partir de leurs réactions en tant que futur professionnel. Ces moments doivent aider l'étudiant à comprendre les situations rencontrées et prendre suffisamment de recul pour approfondir ses connaissances et sa réflexion. »⁴⁴

⁴³ DRASS BOURGOGNE, 2009, *Guide pour les professionnels de stage accueillant des étudiants en soins infirmiers*, Programme 2009

⁴⁴ DHOS, document de travail, mars 2009, 7 p.

Ce travail « d'exploitation de stage », l'aide au questionnement des étudiants, l'encouragement à celui-ci, l'incitation à l'étonnement constitue un guide pour leur construction identitaire professionnelle. L'analyse des pratiques rencontrées en stage amène un certain nombre de réponses aux étudiants, donnent du sens à ces pratiques qui semblent parfois ne pas en avoir à leurs yeux de novices ou auxquelles ils risquent de donner de fausses interprétations.

C'est aussi au cours de ces exploitations de stage que le référent peut permettre l'expression du vécu émotionnel des étudiants et lui donner sens ainsi que le prévoit le nouveau référentiel de formation. La notion d'expression émotionnelle des étudiants à l'issu du stage vient d'apparaître pour la première fois dans le programme de formation infirmier. En effet, nous avons montré par ailleurs que le soignant réalise un véritable « travail émotionnel »⁴⁵ à l'occasion du travail de soin, travail émotionnel qui ne va pas de soi et sur lequel pèse encore une chape de silence. La confrontation à la souffrance, à la mort sont source d'épuisement émotionnel tant chez les étudiants que chez des professionnels confirmés et source d'abandon de la formation ou du métier.

Cet étayage pédagogique doit être renforcé par un étayage sur le lieu de stage. Cela implique que les professionnels aient la compétence requise, une compétence de tuteur.

3.1.2 Mettre en place des formations au tutorat pour les tuteurs de stage

La reconnaissance de la compétence acquise par l'expérience au sein d'un service peut être valorisée par l'attribution d'une fonction de tuteur. Tuteur de stage, mais aussi tuteur pour les nouveaux arrivants, qu'ils soient récemment diplômés ou non, cette fonction garantit à la fois une plus grande sécurité dans les soins et permet de diminuer le stress tant des apprenants que des nouveaux professionnels. Le tutorat par son mode compagnonique instaure une véritable « coopération intergénérationnelle »⁴⁶. Il permet de sécuriser l'encadrement en stage et donc la prise de poste ultérieurement.

Le tutorat s'appuie sur des professionnels expérimentés. En effet, la crainte de commettre des erreurs diminue après 5 ans d'exercice et les professionnels sont plus assurés dans les réponses à donner aux patients à partir de 10 ans d'ancienneté, période à partir de laquelle les infirmières savent adapter leurs comportements de manière à calmer l'angoisse des patients et désamorcer les réactions violentes (ESTRYN-BEHAR, 2008).

Etre tuteur de stage nécessite d'avoir une certaine expérience professionnelle mais bien souvent cela ne suffit pas. En effet des professionnels expérimentés sont compétents dans leur domaine mais ne savent pas toujours expliciter le contenu de leur travail. Ce travail de formalisation s'acquiert en formation, formation qui permet d'apporter des connaissances à la fois épistémologiques et didactiques.

⁴⁵ MERCADIER C., 2000, Le corps et l'interaction soignant-soigné – Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital, sous la direction de Marcel Drulhe, Thèse pour l'obtention du doctorat de sociologie, Université Toulouse Le Mirail, publiée en 2002 sous le titre *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital*, Ed. Seli Arslan, Paris.

⁴⁶ ESTRYN-BEHAR M., 2008, op. cit., p.233

Des organismes de formation se sont emparés du sujet mais il nous semble que les IFSI ont un rôle fondamental à jouer dans ce domaine. Les missions de formation continue rentrent dans leur champ de compétence et mettre en place une formation au tutorat au sein même de l'IFSI contribue à tisser des liens entre CSF et professionnels de terrain.

Il semble qu'une formation dans le cadre d'un diplôme universitaire (DU) est envisagée. Les IFSI dans le cadre du conventionnement avec les universités peuvent tout à fait s'y inscrire.

Il ne faut pas pour autant négliger d'impliquer les jeunes professionnels d'ans l'accompagnement des étudiants, d'autant plus que ces derniers sont plus réceptifs à la socialisation par les pairs, « à l'horizontale ».

Le tuteur de stage représente donc la fonction pédagogique du stage. En relation spécifique avec le CSF référent du stage, il organise avec ce dernier ou seul des temps d'échange autour des problématiques rencontrées pendant le stage. Au vu de l'étude PRESS-NEXT, le temps de transmission mérite d'être plus largement exploité par les tuteurs de stage. Les transmissions orales ont des fonctions que ne présentent pas les transmissions écrites. Au-delà du contenu informationnel qui peut être oralement explicité à la demande, ce temps est reconnu comme présentant des fonctions sociales et émotionnelles ainsi qu'une composante éducative (ESTRYN-BEHAR, 2008, p. 177). Occasion parfois d'un « débriefing émotionnel », les transmissions sont pour les étudiants l'occasion d'un apprentissage par acculturation. Parfois hermétiques comme peuvent l'être des échanges entre professionnels qui ont l'habitude de travailler en ensemble, il appartient alors au tuteur de les « décoder » pour faciliter l'intégration cognitive des étudiants et par là même leur intégration sociale.

Etre tuteur de stage permet au professionnel d'être également tuteur pour les nouveaux arrivants selon le modèle suisse où ils sont dénommés « praticien-formateur ».⁴⁷

Le tuteur est désigné par le maître de stage, habituellement le CS de l'unité, qui a la pleine responsabilité de l'organisation du stage et est garant de la qualité de l'encadrement. C'est à lui que revient l'initiative d'établir le livret d'accueil de l'étudiant, livret qui présente les différentes ressources du stage.

Cet accompagnement devrait permettre à l'étudiant d'être réellement signataire du contrat tripartite et de développer son autonomie afin d'être responsable de sa formation puis de son travail.

Enfin, les DSF et DSG doivent travailler de concert pour établir la charte d'encadrement, charte spécifique à un EDS et qui constitue un engagement partagé de répondre à tous les critères qualités attendus dans l'encadrement des étudiants en stage. Etablir cette charte traduit un engagement des partenaires signataires de garantir respect et sécurité à la personne soignée dans le contexte des stages de formation.

Elle doit faire l'objet d'une évaluation régulière, permettant ainsi sa réactualisation.

⁴⁷ MONDOUX J., « Du projet à la réalité », in CEFIEC, 64èmes journées nationales, 15 mai 2009, Reims

« Elle constitue l'une des exigences d'un stage qualifiant et une garantie de qualité de la formation clinique. »⁴⁸

3.1.3 De la formation professionnelle aux contrats d'apprentissage en passant par les contrats de professionnalisation

Les aides financières apportées aux étudiants pour la réalisation de leurs études sont multiples et variées. Il appartient à l'IFSI de les faire connaître, de faciliter les rencontres avec les employeurs et financeurs potentiels et d'apporter une aide à la compréhension de ces systèmes complexes.

Les études statistiques réalisées par la DRESS⁴⁹ recensent 4 modes de financement de la formation qui lieront ensuite le nouveau diplômé à un employeur : la promotion professionnelle⁵⁰ pour les salariés de la fonction publique hospitalière (6,67% des étudiants), le contrat de professionnalisation (0,29%) et la formation continue pour les salariés du secteur privé (0,53%), les allocations d'étude (1,74%) quel que soit le secteur, ce qui représente en tout moins de 9,20% des étudiants concernés.

Nous avons vu plus haut que certains étudiants, bien qu'en difficultés financières, ne souhaitent pas signer un contrat qui les engage par la suite. Certains établissements ont proposé des contrats d'apprentissage. Ceux-ci, de par la relation salariée qu'ils établissent présentent l'avantage d'établir simultanément une relation privilégiée entre l'employeur et l'étudiant propice à une fidélisation ultérieure, sans l'engager pour autant et en lui fournissant les subsides nécessaires au suivi de sa formation.

La formation par apprentissage est également sous la responsabilité des conseils régionaux et actuellement une réflexion est menée en Midi-Pyrénées pour l'élargir au domaine des formations sanitaires et sociales. Il est mis en place à titre expérimental par l'Institut Régional des Formations Sanitaires et Sociales (IRFSS) de la Croix Rouge à Toulouse. L'apprentissage est appréhendé par quelques directeurs d'EDS comme un des moyens, à la fois d'aider les étudiants à suivre la formation et de fournir le terreau à leur fidélisation sur le territoire. Certains ont fait la demande au CR de pouvoir le mettre en place au sein de leurs établissements public de santé.

Dans le même temps le montant de cotisation pour le fonds de financement des études promotionnelles a été augmenté ce qui participe à augmenter la fidélisation d'un certain nombre.

La région Bourgogne est novatrice sur un type de contrat tripartite, le contrat réciproscanté⁵¹, contrat établi entre un employeur, un étudiant et le conseil régional. Une allocation mensuelle est versée aux futures infirmières en échange de leur engagement à

48 DRASS Bourgogne, 2009, op. cit.

49 JOLLY D., 2009, La formation aux professions de la santé en 2007, Document de travail – Série Statistiques, n° 128, janvier, DREES, 8 p.

⁵⁰ Décret n°2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation tout au long de la vie dans la fonction publique hospitalière, Journal Officiel du 23 août 2008

⁵¹ Conseil régional de Bourgogne, Formation professionnelle – Formation de santé - Contrat Réciproscanté, disponible sur internet, <http://www.cr.bourgogne.fr> (consulté le 5 août 2009)

exercer leur profession en région Bourgogne pour une durée qui est fonction du temps de versement et de la spécialité. Un contrat de prérecrutement peut être signé à partir de la deuxième année avec un établissement agréé par le CR. Le montant est différent selon la spécialité et le lieu, zone urbaine ou zone rurale ou « fragile », 465 ou 600 €.

Un nouveau mode de financement de la formation est apparu récemment dans la région Midi-Pyrénées : l'allocation d'études, contrat entre un EDS et un étudiant avec un même objectif de fidélisation à l'issue de la formation par le biais d'un « engagement de servir ». Les sommes allouées aux étudiants sont très variables et les directeurs interrogés ont des points de vue très divergents sur ce principe.

Nous avons eu les plus grandes difficultés à obtenir clarifications et précisions sur cette question du financement des études contre un engagement de servir en dehors des promotions professionnelles. Les intitulés diffèrent pour un même type de contrat, et les références réglementaires semblent peu connues, un directeur nous a même affirmé que ce type de contrat était illégal...

Avant même de vouloir fidéliser les étudiants, il nous semble primordial d'attirer les meilleurs du territoire à suivre la formation au sein de l'IFSI local.

3.2 Améliorer l'attractivité de l'IFSI

La population accueillie à l'IFSI d'affectation provient majoritairement d'autres territoires ce qui explique qu'une grande partie des nouveaux diplômés retourne vers leur lieu d'origine à l'issue de leur formation. Leur enracinement « culturel professionnel » sera d'autant plus facile à réaliser qu'ils seront originaires du lieu de formation. C'est une tautologie mais il est nécessaire de la formuler pour bien comprendre la suite de la démarche qui vise à recruter un maximum d'étudiants localement, et pour cela améliorer l'attractivité de l'IFSI auprès des futurs étudiants.

3.2.1 Développement de filière de formation

Il importe d'intégrer les caractéristiques de l'environnement et ses modifications dans les projets d'école.

Pour la région Midi-Pyrénées le CR demande à ce que l'approche « handicap » soit développée dans l'ensemble des formations sanitaires et sociales. Le territoire de notre établissement d'affectation présente le taux de vieillissement le plus élevé de la région et possède par ailleurs un important réseau de soins à domicile.

Il nous semble en l'occurrence pertinent de développer une filière de formation spécifique « prise en charge des personnes âgées », de la formation aide-soignante, aide médicopsychologique, en passant par celle d'infirmière pour arriver à une formation de niveau Master, « pratiques avancées en gériatrie ».

Dès la formation initiale, dans le respect du programme, l'accent doit être plus particulièrement mis sur cette approche et nous envisageons de proposer la mise en place d'un master « pratiques avancées en gériatrie » dans notre IFSI d'affectation

car ce département présente le plus fort taux de vieillissement de la région. De plus il existe un réseau de soins à domicile bien développé support de stages permettant d'appréhender la prise en charge soignante sur l'ensemble de la filière⁵². Ceci permettra à des professionnels du soin de développer des compétences spécifiques dans ce domaine, particulièrement complexe parce que au carrefour peut-être plus que d'autres disciplines de la physiopathologie mais surtout de la psychologie et de la socioanthropologie. La prise en charge des personnes âgées commence et parfois fini à domicile, en passant par les structures d'urgence, de court séjour, de réadaptation et enfin du long séjour et des EPHAD. Il est fondamental que des infirmières acquièrent cette vision globale de la prise en charge de la personne âgée et puisse apporter leur expertise partout où des personnes âgées se trouveront hospitalisées, y compris à domicile. Les équipes mobiles de gériatrie quand elles existent ne peuvent répondre à l'ensemble des besoins qui du fait du vieillissement de la population ne feront que croître dans quasiment toutes les régions de France.

Mettre en place une formation spécifique permet également de mettre à disposition des EDS une expertise qui peut être précieuse notamment dans le cadre des évaluations des pratiques professionnelles (EPP).

3.2.2 Développer des programmes d'échanges européens

A l'heure de l'Europe, les étudiants de toutes disciplines ont la possibilité d'effectuer une partie de la formation dans un autre pays de la communauté européenne dans le cadre du programme d'échange ERASMUS.

Lancé en 1987, Erasmus est le premier programme européen en matière d'éducation supérieure. La totalité des universités françaises y participent ainsi que la plupart des établissements d'enseignement du supérieur.

Permettre aux ESI de suivre une partie de leur formation dans ce cadre là c'est leur permettre d'être des étudiants comme les autres, de pouvoir eux aussi s'ouvrir à cette dimension qui s'impose de nos jours, la dimension européenne. La réglementation qui accompagne le nouveau programme de formation l'a d'ailleurs intégrée.⁵³ L'anglais désormais obligatoire dans le programme de formation est une autre traduction de l'intégration de cette dimension européenne dans la formation. Erasmus permet également la mobilité des enseignants universitaires.

Plus adapté sans doute aux professionnels de la formation que sont les CSF, sur le même fil directeur, l'Europe permet également aux professionnels d'asseoir leur professionnalisation dans le cadre d'échanges européens comme le programme LEONARDO DA VINCI. Ce programme vise à soutenir la formation professionnelle et permet donc la mobilité des personnes désireuses d'acquérir une expérience professionnelle en Europe. Il facilite les échanges de bonnes pratiques entre responsable

⁵² Domicile, urgence, court séjour, réadaptation et EPHAD et long séjour.

⁵³ Art. 65 de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'état infirmier, op. cit.

de formation et constitue un levier de choix pour mettre en place de nouveaux outils et méthodes pédagogiques qui s'inscrivent dans un contexte européen

Il importe de communiquer sur l'existence de tels programmes bien sûr au sein de l'IFSI mais également à l'extérieur. Ceux-ci ne peuvent que contribuer à dynamiser l'image de l'IFSI auprès des futurs étudiants.

Le pourcentage d'étudiants qui ont l'intention d'aller travailler à l'étranger à l'issue de leur formation montre que la nouvelle génération a intégré la dimension au moins européenne si ce n'est mondiale comme contexte de travail et il importe d'élargir leur horizon dès la formation. De plus une mobilité pendant la formation ne préjuge en rien de la mobilité ultérieure. Les étudiants qui participent au programme Erasmus ne cherchent pas tous à travailler à l'étranger par la suite, loin de là.

La communication est à étendre au-delà des programmes d'échanges européens et doit porter sur l'ensemble des activités de l'institut de formation.

3.2.3 Communiquer sur les activités de l'IFSI

Communiquer représente pour les IFSI un enjeu à la fois stratégique, économique et pédagogique (FAUCHET P., 2007)⁵⁴. Pour fidéliser des nouveaux diplômés sur le territoire cela suppose que ces étudiants soient majoritairement originaires du territoire. La publicité des concours est à faire dans la presse locale et peut être complétée d'un ou deux articles tous les ans pour faire connaître les activités de l'IFSI et témoigner de son dynamisme. Pour cela il importe de faire connaître la formation et le métier d'infirmière sur l'ensemble du territoire. Des rencontres de professionnels avec les lycéens peuvent s'organiser soit à l'intérieur même des lycées ou lors de forum des métiers mais également sur le lieu de formation en organisant une journée « portes ouvertes ». Il importe de communiquer une image réaliste du métier d'infirmière, ni angélique ni repoussante de manière à limiter ce « choc de la réalité ». Présenter le métier sous ses différents aspects, sans négliger la dimension technique et administrative, car celle du travail relationnel est trop souvent mis en avant alors que celui-ci ne représente qu'une partie du métier.

Communiquer sur la mise en place du nouveau programme et son inscription dans le LMD devrait augmenter l'attractivité pour cette filière de formation, et la formation infirmière en particulier. L'aspect filière permet d'emblée à l'étudiant de s'inscrire dans un parcours professionnel plus large et à plus long terme. Ce pourquoi il nous semble important de mettre en place des formations de niveau master, en fonction des pratiques de soins développées localement, au niveau des IFSI qui se trouvent éloignés de la métropole régionale, siège de l'université.

Un site Internet dédié à l'IFSI doit pouvoir être trouvé par les futurs étudiants avec les renseignements inhérents au projet d'école, à l'organisation de la formation mais

54 FAUCHET P., 2007, La politique de communication extérieure : enjeu stratégique pour les IFSI, Rennes, mémoire EHESP

également des concours d'entrée, des modes de financement possibles pour suivre les études avec des liens Internet vers les sites concernés. Ce mode de communication est privilégié par la population étudiante aussi il nous semble judicieux de multiplier le signalement de l'IFSI sur différents sites : celui de l'établissement de rattachement, celui du CEFIEC, de la ville et de la région, et peut-être également d'autres sites particulièrement prisés des étudiants.

Créer une identité forte, la transmettre par différents médias, développer la notoriété de l'institut permettra d'attirer les meilleurs du territoire s'ils peuvent y trouver les mêmes prestations que dans une ville universitaire. Il s'agit de réaliser effectivement l'égalité d'accès pour tous à la formation, à une formation de qualité.

3.3 Collaboration avec les élus locaux

Fidéliser les nouveaux professionnels sur le territoire de formation est une des préoccupations des élus locaux de notre lieu d'affectation. Ils sont particulièrement intéressés par une collaboration étroite avec l'IFSI et envisagent d'ores et déjà des actions qui pourront avoir un impact sur l'enracinement socio-culturel des étudiants. Ces actions portent à la fois sur l'environnement et également sur l'implication des jeunes dans la vie politique de la cité. Nous l'avons vu plus haut, la jeunesse actuelle accorde beaucoup d'importance au réseau amical, c'est pourquoi favoriser le développement de celui-ci sur le territoire de formation est un atout pour un ancrage de ces jeunes sur ce même territoire.

3.3.1 Action sur l'environnement

Actuellement l'accès au logement ne semble pas être un problème pour les étudiants dans notre future ville d'affectation sans doute parce que l'infirmerie bénéficie d'une « bonne image » sociale dans la population selon les dires de la première adjointe au maire, cette dernière envisage davantage de porter une aide matérielle en élargissant l'accès à la crèche à des horaires atypiques comme ceux des infirmières hospitalières.

La municipalité pourrait apporter une aide à l'installation des nouveaux diplômés et éventuellement de leurs conjoints par une aide administrative et technique : créer un guichet unique emploi-logement de renseignements, faciliter l'accès au logement HLM, faciliter la recherche d'emploi pour le conjoint éventuel.

L'action de la municipalité pour favoriser un ancrage socio-culturel se tournerait sur l'accès aux activités sportives et culturelles.

Un partenariat IFSI-municipalité peut s'envisager afin que les étudiants bénéficient gratuitement d'activités sportives dans le cadre de leur formation. Dans le cadre de la santé publique un projet d'éducation à la santé qui passerait par une prise de conscience individuelle peut s'inscrire dans le projet pédagogique de l'école et sans le rendre obligatoire, instaurer au minimum 2h d'activités physiques et sportives sur une plage horaire facilitante, comme entre 12h et 14h, plage éventuellement commune avec d'autres étudiants de la ville permettrait de développer des liens sociaux au-delà des murs de l'institut de formation.

3.3.2 Participation à la vie politique et associative

Sur le plan politique il existe actuellement dans le cadre de la démocratie participative un conseil municipal junior senior (CMJS). Réservé actuellement aux élèves des classes primaires jusqu'au lycée, la municipalité actuelle est prête à étendre ce dispositif aux étudiants de la ville. Ce lieu d'engagement de proximité permet aux jeunes d'exprimer leurs préoccupations à la fois d'étudiants mais aussi de futurs professionnels et participe à leur socialisation politique.

Nous avons vu plus haut que les « jeunes » s'impliquaient plus volontiers dans la vie associative que dans la vie politique institutionnelle. Une vie associative importante existe dans la ville où se situe l'IFSI et la municipalité est disposée à la faire connaître aux ESI et à faciliter leur intégration dans ces diverses activités.

Leur faciliter la rencontre avec les espaces associatifs de la ville est un moyen complémentaire de tisser des liens sur leur lieu de formation. Le lien social est le ferment de l'enracinement.

Conclusion

Cette étude nous a permis de réfléchir à ce que peut être notre contribution en tant que directeur de soins, directeur d'un institut de formation pour, dans un contexte de pénurie annoncée d'infirmières, répondre aux besoins du territoire.

Après avoir cerné la problématique au plan national puis au niveau de notre région d'affectation, la région Midi-Pyrénées, nous avons cherché à mieux connaître la population concernée, les « jeunes », et plus particulièrement les étudiants en soins infirmiers. Une revue bibliographique complétée par des entretiens semi-directifs nous a conduite à mieux comprendre les logiques à l'oeuvre dans les trajectoires différenciées de ces nouveaux diplômés, allongeant par conséquent leur temps d'insertion dans le monde du travail.

Il nous semble que notre mission est de contribuer à fidéliser un nombre suffisant de nouveaux diplômés sur le territoire de formation, suffisant pour répondre aux besoins de ce territoire. Une identité professionnelle de territoire forte dans un contexte de plein emploi est une condition requise pour fidéliser de nouveaux diplômés sur leur territoire de formation.

Développer différents partenariats, et principalement le partenariat avec les responsables de stage, les directeurs de soins coordonnateurs et leurs homologues du secteur privé permet de donner du sens aux pratiques soignantes aux yeux des étudiants, et leur permet d'apprendre dans un environnement sécurisant, condition sine qua non à la fois d'un apprentissage réussi et de l'émergence d'un désir de travailler sur le lieu même de l'apprentissage. Il nous appartient de mettre l'accent sur la coordination des actions autour du patient et la coopération interprofessionnelle, enjeux de formation essentiel pour répondre aux missions inscrites dans la loi « Hôpital, patients, santé et territoires »⁵⁵, notamment l'articulation entre l'intra et l'extrahospitalier. Les partenariats avec les différents financeurs permettent aux étudiants dénués de ressources d'accéder aux aides nécessaires pour la poursuite de leurs études, certaines de ces aides contribuant à leur fidélisation.

Enfin, après avoir amélioré l'attractivité de l'IFSI, par des actions de communication sur ses activités qu'il convient de faire évoluer au regard des évolutions environnementales, « universitarisation » et européanisation des formations, le partenariat avec les élus locaux contribuera à favoriser un ancrage territorial, ferment d'une identité territoriale.

⁵⁵ PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE, Loi n° 2009-279 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, Journal Officiel, n° 0167 du 22 juillet 2009

La synergie des partenariats doit contribuer à l'émergence d'une identité professionnelle de territoire.

D'autres pistes restent à explorer. Il va de soi que le rôle du directeur est de construire avec l'équipe pédagogique un projet pédagogique affichant l'objectif de conduire au diplôme d'Etat 100% des effectifs étudiants sélectionnés à l'entrée en formation.

Des actions sont également à mener en interne, comme développer la professionnalisation des CSF et les amener à un niveau d'excellence, préparer l'ensemble de l'équipe pédagogique à la démarche d'accréditation en y intégrant les ESI : inscrire excellence, partenariat dans un projet d'école développe l'attractivité de celle-ci.

Bien évidemment à l'heure de l'Europe et de la libre circulation des personnes en son sein il ne s'agit pas d'enfermer les nouveaux professionnels dans un territoire restreint mais plutôt de lutter contre une « évaporation » totale, de trouver de justes équilibres entre les départs et les arrivées, entre les nouveaux et les anciens, entre les « autochtones » et les « étrangers ».

Que nous soyons directeur de soins en formation ou en gestion, il nous apparaît primordial d'intégrer que les jeunes professionnels ont aujourd'hui des parcours d'insertion que certains qualifient de « nomades » : peut-être leur présenter dès la formation des parcours de stage s'inscrivant dans une filière de prise en charge et dès l'embauche également un parcours professionnel plutôt qu'un poste contribuerait à limiter ce « nomadisme » professionnel.

Bien sûr notre enquête est trop limitée. La généraliser à l'ensemble des IFSI de la région permettrait d'appréhender les particularités locales. Il reste des corrélations à établir entre les profils sociologiques des étudiants – parcours d'études, origine socioprofessionnelle et géographique – et leurs projets professionnels. De même des comparaisons interrégionales seraient pertinentes pour comprendre les flux de migration.

Néanmoins, cette étude nous a permis de réfléchir à notre prise de poste, de l'aborder certes sur un angle partiel mais un angle non négligeable celui de l'inscription de l'institut de formation dans son environnement.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE, Loi n° 2009-279 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, Journal Officiel, n° 0167 du 22 juillet 2009, p. 12184

PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE, Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, Journal Officiel, n°190 du 17 août 2004, p. 14545

PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE, Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, Journal Officiel, n°185 du 11 août 2004, p. 14277

PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE, Loi n°2004-391 du 4 mai 2004 relative à la formation professionnelle tout au long de la vie et au dialogue social, Journal Officiel n° 105 du 5 mai 2004, p. 7983

PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE, Loi n°2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, Journal Officiel du 18 janvier 2002, p. 1008

Loi n°82-213 du 2 mars 1982, relative aux droits et libertés des communes et départements et des régions, Journal Officiel du 3 mars 1982, p. 00730

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE, Décret n°2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière, Journal Officiel n° 196 du 23 août 2008, p. 13285

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, Décret n° 2005-723 du 29 juin 2005 relatif au régime budgétaire des écoles et instituts de formation de certains professionnels de santé relevant d'établissements publics de santé et modifiant le code de santé publique, Journal Officiel n°151 du 30 juin 2005.

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière, Journal Officiel n°95 du 23 avril 2002, p 7187

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'état infirmier, Journal Officiel n°0181 du 7 août 2009, 13203

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, Journal Officiel, n°108 du 10 mai 2007, p 8324.

CONSEIL REGIONAL MIDI-PYRENEES, *Schéma régional des formations sanitaires et sociales*, 29 et 30 mars 2007, Toulouse, 170 p.

Ouvrages

BAWIN-LEGROS B., 2006, *Génération désenchantée – Le monde des trentenaires*, Paris, Payot, 217 p.

CASTEL R., 2009, *La montée des incertitudes – travail – protections – Statut de l'individu*, Paris, Ed. du Seuil, 457 p.

ESTRYN-BEHAR M., 2008, *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*, Rennes, Presses EHESP

GALLAND O., 2009, *Les jeunes*, Paris, La Découverte, 124 p.

LONCLE P., 2008, *Pourquoi faire participer les jeunes ? Expériences locales en Europe*, Paris, L'Harmattan, 239 p.

MERCADIER C., 2000, *Le corps et l'interaction soignant-soigné – Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital*, Thèse pour le doctorat de sociologie, Université de Toulouse Le Mirail, 350 p., publiée en 2002 sous le titre *Le travail émotionnel des soignants*, Paris, ed. Seli Arslan, 250 p.

QUIVY R., VAN CAMPENHOUDT L., 1988, *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris, Dunod, 271p.

RAPIAU M.T., RIONDET J., (eds), 2009, *Le « recrutement » des infirmières : de la formation aux pratiques d'une profession de santé – Regards croisés et analyses comparées entre pays*, Paris, L'Harmattan, 290 p.

ROUDET B. (eds), 2009, *Regard sur... Les jeunes en France*, Quebec, INJEP-PUL, 209 p.

SINGLY de F., 2005, *L'enquête et ses méthodes*, 2^e édition, Paris, Armand Colin, 127 p.

VAN DE VELDE C., 2008, *Devenir Adulte – Sociologie comparée de la jeunesse en Europe*, Paris, PUF, 278 p.

Articles

CLAVIER C., 2009, Les élus locaux et la santé : des enjeux politiques territoriaux, *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 27, n° 2, pp. 47-69

GALLAND O., FOURNIER M. (propos recueillis par), 2009, La crise de confiance des jeunes français, *Sciences Humaines*, n° 206, pp. 6-7

GUIHAUDO R., novembre 2007, « Quotas d'admission dans les IFSI – Enjeux et paradoxes », *Bulletin juridique de la santé publique*, N° 108, pp. 8-9

LAMBERT J., février 2008, « Nouvelle donne générationnelle et pédagogie, quelles différences de représentations ? », *Soins cadres de santé*, n°65, pp. 46-49

LE FLOCH M.C., février 2008, « Sorties anticipées des étudiants en IFSI, motifs et préconisations », *Soins cadres de santé*, n°65, pp. 50-53

RIGON S., 2008, Les conseillères techniques et pédagogiques régionales, des acteurs clés dans la politique régionale de santé, *Soins cadres*, N° 68, pp. 31-33

STORDEUR S., 2005, Les « magnet hospitals », du soutien organisationnel à la qualité des soins, *Soins cadres*, Hors série spécial emploi n°2, pp. 2-5

Thèses et mémoires

ALLIOT S., CUBAS C., HAMMAR H., et al., 2007, *Les causes d'abandon et de sortie anticipée des étudiants en IFSI de la région Nord-Pas-De-Calais*, Mémoire pour l'obtention du Master 2 professionnel Sociologie et Développement Social Option Stratégie du Développement Social, Université Charles de Gaulle - Lille III, 265 p.

FAUCHET P., 2007, *La politique de communication extérieure : enjeu stratégique pour les IFSI*, Rennes, mémoire EHESP

Conférences

MONDOUX J., « Du projet à la réalité », in CEFIEC, 64èmes journées nationales, 15 mai 2009, Reims

Rapports

CHEVREUL P., 2005, *La mise en œuvre du transfert aux régions des formations sanitaires et sociales*, Rapport de mission Ministère délégué aux Relations du Travail, 79p.

CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL REGIONAL MIDI-PYRENEES, *La décentralisation des formations sanitaires et sociales : enjeux et conséquences*, juin 2005

CONSEIL REGIONAL Midi-Pyrénées, *Approche régionale – Diagnostics territoriaux dans les domaines du sanitaire et du social*, avril 2009

CONSEIL REGIONAL Midi-Pyrénées, *Diagnostic territorial de l'Aveyron - Domaine du sanitaire et du social*, juin 2009

DRASSIF – ARHIF, *Attractivité et fidélisation des professionnels paramédicaux dans les structures sanitaires et médico-sociales*, juin 2008, Paris, 42p.

DRASS BOURGOGNE, 2009, Guide pour les professionnels de stage accueillant des étudiants en soins infirmiers, Programme 2009

DRASS Midi-Pyrénées, 2005, 2006, 2007, *Données chiffrées relatives aux IFSI*

FERRETI C., GARROUSTE C., 2008, Les sept premières années de carrière des infirmiers diplômés en 1998, *Etudes et résultats*, n° 671, décembre, DREES, 8 p.

ESTRYN-BEHAR M., PICOT G., 2009, *Interruptions et abandons dans la formation en soins infirmiers en Île-de-France*, Paris, AP-HP, 12 p.

JOLLY D., 2009, La formation aux professions de la santé en 2007, *Document de travail – Série Statistiques*, n° 128, janvier, DREES, 8 p.

KAROUTCHI R., 2005, *La décentralisation de la formation professionnelle et de l'apprentissage*, rapport d'information au Sénat, n°455

LAMBERTON L., PELEGE P., 2008, *Les interruptions de formation en IFSI – Etude des facteurs psychosociaux et préconisations*, Lyon, Centre Jean Bergeret, 55 p.

SICART D., 2009, *Les professions de santé au 1^{er} janvier 2009*, DREES, n° 131

Sites internet

Conseil régional de Bourgogne, Formation professionnelle – Formation de santé - Contrat Réciprosanté, disponible sur Internet <http://www.cr.bourgogne.fr> (consulté le 5 août 2009)

Liste des annexes

- 1 – Extrait DREES statistiques ESI en 2007 (seriestats 128)
- 2 – Liste des personnes interviewées et guides d'entretiens
- 3 – Analyse de contenu des entretiens avec les étudiants en soins infirmiers en fin de formation
- 4 – Questionnaire aux étudiants des IFSI du CH A et du CHU B et analyse des réponses
- 5 – Exemple de contrat de prérecrutement et d'attribution d'allocations d'études

Annexe 1

FRANCE MÉTROPOLITAINE 2007

FORMATION : 414 – DE INFIRMIER

TABLEAU -1A- RÉPARTITION DES INSCRITS EN 2007

| Effectif Total | Année d'étude | Effectif Total | | | |
|----------------|---------------|----------------|--------|--------|----------------|
| | | Femmes | Hommes | Total | Dont étrangers |
| | 1ère | 24 201 | 4 445 | 28 646 | 475 |
| | 2ème | 21 709 | 3 744 | 25 453 | 406 |
| | 3ème | 20 260 | 3 093 | 23 353 | 380 |
| | Total | 66 170 | 11 282 | 77 452 | 1 261 |

| Dont nouveaux inscrits bénéficiant d'une réduction ou d'un allègement de scol. | Femmes | Hommes | Total |
|--|--------|--------|-------|
| | 70 | 48 | 118 |

| Dont redoublants | 1ère | 2ème | 3ème | Total |
|------------------|-------|-------|------|-------|
| | | 1 279 | 866 | 688 |
| | 358 | 196 | 122 | 676 |
| | 1 637 | 1 062 | 810 | 3 509 |

Nouveaux inscrits entrés directement en 2ème et 3ème années, plus les 1ères années, moins les redoublants de 1ère année

| Total nouveaux inscrits | Femmes | Hommes | Total |
|-------------------------|--------|--------|--------|
| | 22 857 | 4 117 | 26 974 |

TABLEAU DES MODES DE PRISES EN CHARGE FINANCIÈRE (JUSQU'A QUATRE PRISES EN CHARGE RENSEIGNÉES PAR ETUDIANT)

| Dont effectif de la promotion professionnelle hospitalière | Dont bénéficiaires d'une bourse du Conseil Régional | Dont bénéficiaires d'une autre aide financière du Conseil Régional ou du Conseil Général | Dont bénéficiaires d'une allocation d'études | Dont en contrat de professionnalisation ou de qualification | Dont bénéficiaires d'un congé individuel de formation | Dont demandeurs d'emploi | Dont en formation continue (salariés uniquement) | Dont autre contrat aidé | Dont autre prise en charge | |
|--|---|--|--|---|---|--------------------------|--|-------------------------|----------------------------|--------|
| | | | | | | | | | | Femmes |
| 1 385 | 297 | 6 664 | 508 | 252 | 43 | 476 | 4 355 | 173 | 41 | 794 |
| 1 379 | 296 | 6 783 | 537 | 320 | 80 | 408 | 4 217 | 116 | 76 | 732 |
| 1 511 | 303 | 6 531 | 632 | 779 | 101 | 372 | 3 716 | 124 | 90 | 724 |
| 4 275 | 896 | 19 978 | 1 677 | 1 351 | 224 | 1 256 | 12 288 | 413 | 207 | 2 250 |

B-1B DIPLÔMES DÉLIVRÉS EN 2007

| | Femmes | Hommes | Total |
|------------------------|--------|--------|--------|
| Nombre de présentés(*) | 20 789 | 2 958 | 23 747 |
| Nombre de reçus(*) | 18 742 | 2 587 | 21 329 |

| | | | | | |
|---------------------|------|---|------|---|--------|
| Quotas ou capacités | 2006 | / | 2007 | : | 28 609 |
| Quotas ou capacités | 2007 | / | 2008 | : | 28 791 |

Nombre d'établissements recensés : 320

TABLEAU 2 – ANALYSE DU FLUX D'ENTRÉE DANS LA FORMATION EN 2007

| NIVEAU D'ETUDES OU DIPLOME LE PLUS ELEVE LORS DE L'ACCES A LA FORMATION | 1ère année | | Nouveaux entrés directement en 2ème ou 3ème année | |
|--|---------------|--------------|---|-----------|
| | Femmes | Hommes | Femmes | Hommes |
| Cycle d'études primaires ou niveau 6e, 5e, 4e | 11 | 2 | 1 | - |
| BEP carrières sanitaires et sociales (niveau ou diplôme) | 130 | 13 | - | - |
| Autres BEP, CAP, BEPC (niveau ou diplôme), ou fin 2nde ou 1ère | 155 | 51 | 3 | - |
| Fin Terminale atteint cette année | 44 | 7 | - | - |
| Fin Terminale atteint avant cette année | 98 | 18 | 3 | 2 |
| Baccalauréat obtenu cette année | 5 604 | 672 | 7 | - |
| Baccalauréat obtenu avant cette année | 12 694 | 2 351 | 128 | 26 |
| Equivalence Baccalauréat | 487 | 120 | 10 | 2 |
| BTS | 644 | 183 | 7 | - |
| DUT | 171 | 64 | 2 | - |
| L2 (DEUG DEUST) | 409 | 120 | 5 | 1 |
| L3, M1 (Licence, Maîtrise) | 753 | 217 | 7 | 3 |
| M2 (DESS, DEA) | 169 | 44 | 1 | 1 |
| Etudes médicales, dentaires ou pharmaceutiques antérieures | 172 | 31 | 8 | 12 |
| Diplôme d'une profession sanitaire ou sociale | 981 | 123 | 32 | 25 |
| Non renseigné lors de la saisie | 118 | 27 | 3 | 2 |
| Total des nouveaux inscrits en 1ère année | 22 640 | 4 043 | 217 | 74 |
| Total des nouveaux inscrits effectuant le cycle normal de scolarité | 26 683 | | 291 | |

TABLEAU 3 – BACHELIERS NOUVEAUX INSCRITS EN 2007 PAR SÉRIE DE BACCALAURÉAT

| Série de baccalauréat | Baccalauréat obtenu en 2007 | Baccalauréat obtenu avant 2007 |
|--|--------------------------------|-----------------------------------|
| Série L (A) | 373 | 1 556 |
| Série ES (B) | 1 441 | 2 488 |
| Série S (C, D, D', E) | 1 554 | 4 941 |
| Séries STI (F1A, F1E, F2, F3, F4, F9, F10A & B, F12) | 36 | 165 |
| Série STL (F5, F6, F7, F7') | 94 | 306 |
| Série STT (G, H) | 305 | 1 373 |
| Séries STPA, STAE | 29 | 67 |
| Série SMS (F8) | 2 366 | 3 760 |
| Série Hôtellerie | 3 | 20 |
| Série F11, F11' | 1 | 7 |
| Baccalauréat professionnel | 66 | 413 |
| Non réponse | 3 | 20 |
| Non renseigné lors de la saisie | 12 | 88 |
| TOTAL | 6 283 | 15 204 |

TABLEAU 5 – ORIGINE SOCIALE DES NOUVEAUX INSCRITS EN 1^{ère} ANNÉE EN 2007

| Catégorie sociale du parent chef de famille | | Effectifs |
|---|--|---------------|
| Agriculteur exploitant | Agriculteurs | 797 |
| Artisan Commerçant et assimilé Chef d'entreprise de dix salariés ou plus | Artisans, commerçants et chefs d'entreprise | 2 467 |
| Profession libérale Cadre de la fonction publique Professeur et assimilé Profession information, art, spectacles Cadre administratif et commercial d'entreprise Ingénieur – cadre technique d'entreprise | Cadres et professions intellectuelles du supérieur | 5 285 |
| Instituteur et assimilé Profession intermédiaire santé-travail social Clergé, religieux Profession intermédiaire adm.-commerce-ent. Technicien Contremaître, agent de maîtrise | Professions intermédiaires | 3 466 |
| Employé civil – agent service fonction publique Policier et militaire Employé administratif d'entreprise Employé de commerce Personne service direct aux particuliers | Employés | 5 896 |
| Ouvrier qualifié Ouvrier non qualifié Ouvrier agricole | Ouvriers | 5 439 |
| Personne n'ayant jamais travaillé | Inactifs | 467 |
| Non-réponse | | 1 205 |
| Non renseigné lors de la saisie | | 1 664 |
| Total des nouveaux inscrits en 1^{ère} année | | 26 686 |

TABLEAU 6 – SITUATION PRINCIPALE DES NOUVEAUX INSCRITS EN 1^{ère} ANNÉE EN 2007
L'ANNÉE PRÉCÉDANT LEUR ENTRÉE EN FORMATION

| Situation principale au cours des douze derniers mois précédant l'entrée en formation | Nombre de nouveaux inscrits |
|---|-----------------------------|
| Etudes secondaires (niveau inf. ou égal au bac) | 6 499 |
| Classe préparatoire à l'entrée dans la formation actuelle | 5 455 |
| Première année d'études du 1 ^{er} cycle des études médicales en faculté de médecine (PCEM1) | 1 699 |
| Etudes supérieures (hors préparation formation actuelle) | 2 406 |
| Emploi dans le secteur hospitalier | 2 987 |
| Emploi dans un autre secteur | 3 375 |
| Participation à un dispositif de formation prof. Destiné aux jeunes à la recherche d'un emploi ou d'une qualif. | 143 |
| Chômage | 1 009 |
| Même formation suivie dans un autre établissement | 57 |
| Autre formation paramédicale que celle suivie actuellement | 365 |
| Inactivité liée à la maladie ou à la maternité | 125 |
| Autre cas d'inactivité (éducation d'un enfant, etc.) | 435 |
| Non réponse | 298 |
| Non renseigné lors de la saisie | 1 833 |
| Total des nouveaux inscrits en 1^{ère} année | 26 686 |

Annexe 2 - Liste des personnes interviewées et guides d'entretiens

Etudiants en soins infirmiers 3^{ème} année

SB – H – 26 ans

JG – H – 24 ans

AM – F – 22 ans

MC – F – 23 ans

PB – F – 21 ans

Conseillère pédagogique – DRASS

Chef du service des formations sanitaires et sociales – CR

DH CH général – ville moyenne

DH CH spécialisé – ville moyenne

DH CHU

DS CH général (2)

DS CH spécialisé

Guide d'entretien étudiant

Lieu de résidence avant l'entrée en formation

Parcours entre BAC et formation en soins infirmiers

Projet professionnel avec recherches des sources de motivation :

- Conjoint
- Mode de vie urbain ou rural
- Expériences lors des stages
- Activités extraprofessionnelles recherchées

Guide d'entretien employeurs

Difficultés ou non de recrutement des étudiants de l'IFSI de rattachement

Existence de contrat de professionnalisation

Place de l'IFSI dans l'établissement. Question de l'autonomie de l'IFSI ? Création d'un GCS ?

Attentes vis-à-vis de l'IFSI et de son directeur. Place du DSF dans l'équipe de direction.

Annexe 3 - Analyse de contenu des entretiens avec les étudiants en fin de formation

| | SB | JG | AM | MC | PB |
|---|--|--|--|---|---|
| Sexe – âge | H – 26 ans | H – 24 ans | F – 22 ans | F – 23 ans | F – 21 ans |
| Domicile avant entrée en formation | 20km- dpt idem | 50km- dpt idem | 40km- dpt idem | Autre dpt | Autre dpt |
| Parcours entre Bac et entrée en IFSI | Fac histoire | Concours médecine | Concours médecine / reçue SF mais pas intéressée | Prépa concours IFSI | Prépa concours IFSI |
| Type de service recherché | Psychiatrie | Réa – Soins intensifs PP IADE | Chir, méd PP Libéral | Chirurgie – Urgences PP libéral après avoir eu des enfants, vers 35 ans | Réa polyvalente, urgences, chirurgie CHU PP SAMU |
| Conditions de travail | CDD – pas d’engagement de longue durée | Travailler ds 1 service qui promeut ce type de formation | Importance des horaires de travail, plutôt 12h pour ne pas passer tte la semaine à l’hôpital | Horaires en 12h, permet de faire AR sur la métropole | |
| Motivations | Envie de bouger, d’aller voir ailleurs | Voir autre chose | Aller voir ailleurs → chgt dpt | Envie de travailler dans un CHU, en ville copain en formation dans cette même ville | Envie de bouger, aller travailler au canada, faire humanitaire |
| Lieu | Grande ville Pour activités culturelles | Métropole régionale car amis | Pas intéressé par CHU : pas convivial, recherche de rendement | Habiter en ville puis à long terme dans une + petite ville | Métropole régionale Attache sentimentale, suivra son conjoint |
| Vie extra professionnelle | Ciné, librairie, concert, spectacles Amis, vie de groupe, sorties | | Voir sa famille, ses amis Courir Vie conjugale : besoin de WE | 12h permet d’avoir plus de temps libre pour vie de famille | Pas sacrifier vie de famille pour vie professionnelle → PP CS pour ces raisons |
| Impact des stages sur le PP | Stages MCO : pas envie de travailler ainsi, pas de temps de relation avec le malade, mauvaise relation avec l’équipe | Intérêt pour stages chir, méd, bloc, cas lourds post-op Intérêt pour approche scientifique N’a pas aimé la | Stage méd : voir évoluer le patient Intérêt pour la psy – CMP mais peur de ne pouvoir revenir en médecine ensuite | Stages psy mal vécu, bcps de jeunes même âge, choquant, peur Stage sans cours au préalable | Ne veut pas travailler en privé : but lucratif, pas les mêmes valeurs Stages en chir thoraciques et vasc : grosses patho lourdes, soins techniques |

| | | | | | |
|-----------------------------------|--|---|---|---|---|
| | | psychiatrie Pas aimé stages en secteur privé : impression que seul l'aspect financier compte | Gériatrie : trop routinier | → ne veut pas travailler en psy, n'aurait pas signer contrat Aime soins techniques | |
| Conditions financières | Prêt étudiant 6000€ N'aurait pas signé de contrat → pas d'engagement, être libre | A travaillé tous les étés Si proposition contrat gros dilemme car importance majeure du PP | | Allocation études pour 3 ^{ème} A, 800€/mois soit 12 000 € doit 20 mois de travail à l'EDS – CDD 3 mois puis stagiaire EDS où travaillent ses parents comme AS Contrat indépendant des bourses | |
| Rapport au travail | Difficile d'arriver ds 1 ville et d'avoir tout à faire : emploi, appt, copains, etc. | Importance de la qualité de vie à côté : voir ses amis, sa famille, faire des sorties | Pouvoir en profiter pdt 10 ans parce qu'ensuite en libéral ce sera intense | | Faire services demandeurs de temps et énergie tant que je suis jeune, avant d'avoir enfts |
| | « Pas vivre pour le travail mais travaillez pour vivre » | « prêt à faire des sacrifices (travail de nuit), ça ne sera pas définitif » | Besoin d'approfondir pour travailler en libéral DU envisagé | Envisage DU plaies et cicatrisations | Aider les gens, s'engager dans associations et avoir du temps pour mes amis |

Annexe 4 - Questionnaire aux étudiants de l'IFSI du CH A et du CHU B

Quel était votre lieu de vie avant votre formation : lieu d'origine ?

Dans quelle ville avez-vous l'intention d'aller travailler ?

Quel type d'activité : poste fixe ou intérim ?

Autres ?

| IFSI CH A – 48 étudiants | | | | | | | |
|---|----------------------|--|--------------------------------------|------------------------|---------|--------|----------|
| Intention choix du lieu de travail | Lieu de formation | Lieu d'origine distinct du lieu de formation | Lieu de formation et d'origine | Métropole régionale | Intérim | Autres | Ensemble |
| Nombre étudiants | 5 | 12 | 14 | 10 | 10 | 4 | 55 |
| % | 9,1% | 21,8% | 25,5% | 18,2% | 18,2% | 7,3% | 100,0% |

Le total de 55 est supérieur aux 48 étudiants interrogés du fait de réponses multiples pour quelques étudiants.

17 étudiants sont originaires de la ville ou du département du lieu de formation.

Dans autres, 2 étudiants prennent d'abord des vacances et deux autres sont encore indéterminés quant à leur lieu de travail.

Sur les 10 étudiants qui iront travailler dans une métropole régionale, 5 sont originaires de cette même métropole.

Sur les 10 étudiants qui vont travailler en intérim en première intention, 4 ont une affectation ultérieure, 1 sera en congé maternité et les autres (4) sont indéterminés. 1 seul affirme vouloir poursuivre en intérim.

19 étudiants ont l'intention d'aller travailler dans une ville distincte de leur ville d'origine.

Taux de mobilité = 39,5%

26 (12+14) étudiants ont l'intention d'aller travailler sur leur lieu d'origine.

Taux de stabilité / origine = 54%

14 étudiants sur 17 restent travailler sur leur lieu de formation et d'origine, soit un taux de fidélisation de 82,35 % au quel il convient d'ajouter les étudiants originaire d'un autre lieu et que l'IFSI a fixé sur leur lieu de formation, soit 5 étudiants sur 28.

Taux de fixation ou conversion : 17,85%

| IFSI CHU B - 121 étudiants | | | | | | |
|------------------------------------|----------------------|-------------------|--------------------------------------|--------|-----------------|----------|
| Intention du lieu de travail | Lieu de formation | Lieu d'origine | Lieu de formation et d'origine | Autres | Dont Intérim | Ensemble |
| Nombre étudiants | 27 | 11 | 61 | 22 | 29 | 121 |
| % | 22,3% | 9,1% | 50,4% | 18,2% | 24,0% | 100,0% |

Le total de 150 est supérieur aux 121 étudiants interrogés du fait de réponses multiples pour quelques étudiants.

74 sont originaires de la ville ou du département du lieu de formation

14 étudiants ont l'intention d'aller travailler à l'étranger ou dans un département ou territoire d'outre-mer

Les mêmes calculs sont effectués.

Taux de mobilité : 40,49%

Taux de stabilité : 59,50%

Taux de fidélisation : 72,72%

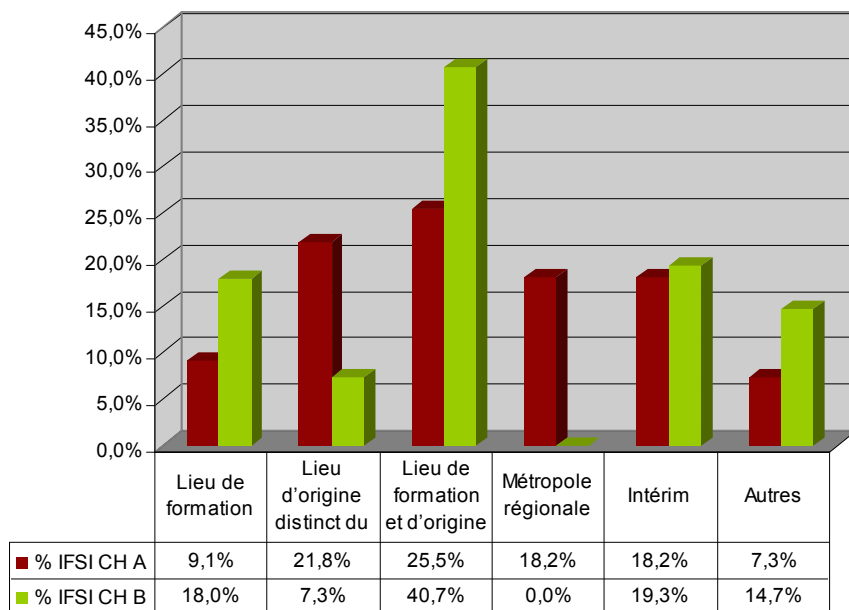
Taux de fixation ou de conversion : 22,31%

| IFSI CH A – 48 étudiants | | | | | | | |
|---|----------------------|--|--------------------------------------|------------------------|---------|--------|----------|
| Intention choix du lieu de travail | Lieu de formation | Lieu d'origine distinct du lieu de formation | Lieu de formation et d'origine | Métropole régionale | Intérim | Autres | Ensemble |
| Nombre étudiants | 5 | 12 | 14 | 10 | 10 | 4 | 55 |
| % | 9,1% | 21,8% | 25,5% | 18,2% | 18,2% | 7,3% | 100,0% |

| IFSI CHU B - 121 étudiants | | | | | | |
|---|----------------------|-------------------|--------------------------------------|--------|-----------------|----------|
| Intention du lieu de travail | Lieu de formation | Lieu d'origine | Lieu de formation et d'origine | Autres | Dont Intérim | Ensemble |
| Nombre étudiants | 27 | 11 | 61 | 22 | 29 | 121 |
| % | 22,3% | 9,1% | 50,4% | 18,2% | 24,0% | 100,0% |

| | Lieu de formation | Lieu d'origine distinct du lieu de formation | Lieu de formation et d'origine | Métropole régionale | Intérim | Autres | Ensemble |
|----------------|----------------------|--|--------------------------------------|------------------------|---------|--------|----------|
| IFSI CH A | 5 | 12 | 14 | 10 | 10 | 4 | 55 |
| IFSI CH B | 27 | 11 | 61 | | 29 | 22 | 150 |
| % IFSI CH A | 9,1% | 21,8% | 25,5% | 18,2% | 18,2% | 7,3% | 100,0% |
| % IFSI CH B | 18,0% | 7,3% | 40,7% | 0,0% | 19,3% | 14,7% | 100,0% |

Intention / choix du lieu de travail selon la localisation de l'IFSI



CONTRAT DE PRE-RECRUTEMENT ET ALLOCATION D'ETUDES

Dans le cadre des circulaires n°68 DH/FH3/91 du 23 décembre 1991 et n°DH/FH3 95 -35 du 29 août 1995 relatives au versement de l'allocation d'études et aux contrats de pré-recrutement du personnel infirmier hospitalier et conformément à la délibération du Conseil d'administration en date du 18 janvier 2008, il est convenu

Entre les soussignés :

Le Centre Hospitalier , représenté par son directeur, Mr
d'une part,

et Monsieur
né le 16 Août 198 à
de nationalité française,
demeurant : - 31400 TOULOUSE
étudiant à l'Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie - (31) - (fournir un certificat de
scolarité) d'autre part ;

ce qui suit :

Article 1 : Objet du contrat

Le Centre Hospitalier s'engage à compter du 1^{er} Juillet 2009 à verser mensuellement une allocation d'études à Monsieur , étudiant en Master en kinésithérapie à l'Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie - (31).

En contrepartie du versement de cette allocation d'études, Monsieur s'engage à servir comme Masseur Kinésithérapeute Diplômé d'Etat au Centre Hospitalier pendant une durée égale à une fois et demi la période pendant laquelle il aura perçu l'allocation d'études et à compter de la date de son embauche comme Masseur Kinésithérapeute diplômé d'état.

La durée de l'obligation de servir est calculée en mois d'activité temps plein au prorata de la durée de versement de l'allocation. Pour le présent contrat, elle est égale à 18 mois.

Article 2 : Montant de l'allocation d'études

Monsieur percevra mensuellement la somme de
- 600 euros net pour la 2^{ème} année d'étude, soit du 1^{er} Juillet 2009 au 31 Août 2009
- 800 euros net pour la 3^{ème} année d'étude, soit du 1^{er} Septembre 2009 au 30 Juin 2010.

L'allocation est versée mensuellement à terme échu.

ll

Article 3 : Déroulement de la scolarité et obligation du bénéficiaire

En cas de redoublement, le versement de l'allocation d'études est automatiquement suspendu durant toute l'année scolaire de redoublement. Le directeur pourra toutefois exceptionnellement accorder une prolongation de la durée de versement de l'allocation d'études par voie d'avenant au présent contrat qui entraînera une augmentation de la durée de servir dans les mêmes proportions.

En cas de départ volontaire de l'étudiant, ou en cas d'exclusion pour motif disciplinaire décidée par le directeur de l'Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie, ou en cas de non obtention du diplôme d'Etat, le remboursement des sommes versées sera réclamé dans leur totalité à Monsieur.

Seul le cas d'interruption des études lié à une inaptitude médicale ou physique constatée médicalement, dégage l'étudiant du remboursement.

En cas d'interruption de la scolarité pour cas de force majeure ou insuffisance de résultats le directeur pourra toutefois décider de ne pas réclamer le remboursement des sommes déjà versées ou d'octroyer un remboursement partiel, à son appréciation des circonstances.

Article 4 : Obligation du Centre Hospitalier

Le Centre Hospitalier s'engage à procéder au recrutement de Monsieur dans le délai maximal de 2 mois à compter de la date d'obtention de son diplôme d'Etat de Masseur Kinésithérapeute. Sa mise en stage et sa titularisation restent soumises aux conditions réglementaires.

Le service d'affectation est fixé par le directeur et la direction des soins.

Article 5 : Exécution de l'obligation de servir

Monsieur s'engage à exercer comme Masseur Kinésithérapeute Diplômé d'Etat, pour une période de 18 mois au Centre Hospitalier et à prendre ses fonctions dans un délai maximum de 2 mois à compter de la date d'obtention du diplôme d'Etat.

Entre la fin des études et la date de délivrance du diplôme, Monsieur pourra être recruté en tant que Masseur Kinésithérapeute contractuel rémunéré en tant que tel, mais cette période ne sera pas décomptée de la durée de son obligation de servir.

En cas d'autorisation d'exercice à temps partiel, la durée de l'engagement de servir sera augmentée en proportion.

Les périodes de maladie, congé maternité ou paternité et congé parental ne sont pas comptées dans la durée d'exécution de l'engagement de servir.

Article 6 : Non exécution de l'obligation de servir

En cas de refus de prise de poste au Centre Hospitalier, Monsieur redevable à l'établissement de la totalité des sommes perçues pendant sa scolarité accordées sous forme d'allocation d'études.

Dans le cas où l'engagement de servir prévu par le présent contrat serait rompu par la volonté de Monsieur avant son terme, soit par démission ou par abandon de

Hospitalier des sommes perçues pendant sa scolarité accordées sous forme d'allocation d'études, au prorata du temps restant à effectuer.

En cas de licenciement pour inaptitude médicale, insuffisance professionnelle ou pour motif disciplinaire, le Directeur pourra accorder la dispense des sommes dues selon son appréciation des circonstances.

Article 7 : Rupture du contrat à l'initiative de l'établissement

Le Centre Hospitalier peut, pour des raisons exceptionnelles, mettre fin au présent contrat de façon unilatérale après en avoir informé l'intéressé par lettre recommandée avec accusé de réception. Dans ce cas, Monsieur cesse d'être redevable envers le Centre Hospitalier des sommes perçues pendant sa scolarité sous forme d'allocation d'études et n'est plus soumis à obligation de servir.

Fait à , le 04 Mai 2009

Pour le Directeur du Centre Hospitalier
Et par délégation

Le contractant :

L
Directrice des Ressources Humaines

Monsieur

(le contractant doit faire précéder sa signature de la mention « lu et approuvé » écrite de sa main).