



Directeur des Soins

Promotion : **2008**

Date du Jury : **Septembre 2008**

Directeurs des soins gestion et formation :
Une nécessaire collaboration

Catherine DELAVEAU

Remerciements

Remerciements,

A Karine Chauvin,

Animatrice de l'atelier mémoire, pour sa disponibilité, ses conseils avisés

A Claudie GAUTIER et Eric LEGRAND,

Pour leurs notes et commentaires avertis sur les différentes phases d'avancement de notre recherche

Aux Professionnels,

Qui ont accepté d'être interviewés de façon spontanée, et nous ont permis d'étayer notre réflexion,

Aux collègues de l'atelier mémoire,

Qui par leur remarques, leur collaboration, nous ont aidée dans ce travail,

A Carole et Marie-France,

Qui par leur soutien, nous ont aidé tout au long de cette formation,

Une mention très spéciale pour les trois lions,

Sommaire

Introduction	1
1 Réflexions basées sur des notions	3
1.1 Le cadre Conceptuel et Réglementaire : clé de lecture de notre mémoire. ...	3
1.2 La plus-value d'une formation commune des directeurs des soins.....	7
2 L'enquête : méthodologie pour définir, rechercher, exploiter des données et les analyser	13
2.1 Enquête : présentation et justification des choix	13
2.2 Les leviers et les freins à une collaboration efficace des directeurs des soins formation et gestion.....	15
2.3 Synthèse de l'analyse des entretiens et point sur les hypothèses émises.	21
3 Propositions en lien avec les enjeux d'une collaboration efficace	23
3.1 Partager : un engagement professionnel, une assurance de cohésion.....	23
3.2 Intégrer : pour optimiser une attractivité professionnelle.	25
3.3 Participer : pour être connu et reconnu	28
Conclusion.....	31
Sources et Bibliographie	33
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

- ✓ AFNOR : Association Française de Normalisation

- ✓ C.G.S. : Coordination Générale des Soins

- ✓ C.S.I.R.M.T. : Commission du Service de soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique

- ✓ D.R.A.S.S. : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

- ✓ D.S. : Directeur des Soins

- ✓ E.H.E.S.P. : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

- ✓ E.N.S.P. : Ecole Nationale de Santé Publique

- ✓ I.D.E. : Infirmier - Infirmière

- ✓ I.F.S.I. : Institut de Formation en Soins Infirmiers

- ✓ I.G. : Infirmière Générale

- ✓ V.A.E. : Validation des Acquis et de l'Expérience

Introduction

Mon expérience professionnelle et le poste de faisant fonction de Directeur des Soins (D.S.) en gestion m'ont fait appréhender certaines difficultés dans les liens à établir avec le D.S. formation. Ceci se confirme à la lecture de mémoires où la thématique est abordée fréquemment. Enfin, la prise de poste dans un Institut de Formation en Soins Infirmiers (I.F.S.I.) à la sortie de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (E.H.E.S.P.) me fait réfléchir aux liens à optimiser entre les deux acteurs.

Il existe peu de liens formels et formalisés entre le Directeur des Soins (D.S.) Gestion et le Directeur des Soins Formation. Les seules réunions institutionnelles incontournables car réglementées sont : la Commission du Service de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique (C.S.I.R.M.T.) concernant le secteur gestion, et le conseil pédagogique en ce qui concerne le secteur formation. Si les rencontres ne se réduisent qu'à celles nommées ci-dessus, elles représentent de façon sous jacente une obligation, une contrainte par le respect d'une réglementation.

Les autres moments d'échanges semblent ne pouvoir se faire qu'en fonction de problématiques ponctuelles. La communication est rarement faite de visu, mais par le biais de moyens technologiques tels que la messagerie ou la téléphonie pour régler une difficulté, un dysfonctionnement. Le manque de temps ne semble pas être le seul responsable.

Les interfaces entre les projets formation et gestion ne sont pas souvent travaillés en commun. Les liens et la cohérence concernant certains thèmes ou axes de ces projets (accueil des stagiaires ou nouveaux professionnels, qualité - continuité des soins ...) se regroupent ou se recoupent au risque d'être redondants ou opposés plutôt que complémentaires.

Chacun reste avec ses objectifs, ses impératifs au lieu d'utiliser au mieux le principe d'alternance de la formation professionnelle. Le manque de collaboration entre D.S. Gestion et Formation peut amener à la juxtaposition de temps de cours et de stages au lieu d'optimiser l'alternance comme élément de développement de compétences. Il peut y avoir perte d'efficacité pour les étudiants dans le parcours de formation.

Les secteurs d'activité sont différents, mais la finalité reste identique, à savoir : la qualité des soins dispensés aux patients réalisés par des professionnels compétents c'est-à-dire des professionnels ayant reçu une formation initiale et pouvant la mettre en pratique.

A l'hôpital, la recherche de la gestion des risques et de la qualité, l'amélioration de l'offre de soins impliquent une convergence des objectifs. Les logiques d'apprentissage entre l'I.F.S.I. et l'établissement ne peuvent être divergentes ou contradictoires. Bien souvent, la recherche de la complémentarité permet la cohérence.

Le cloisonnement peut naître de la méconnaissance des contraintes, des fonctionnements, des moyens, des organisations, du champ de responsabilité de l'autre, ce que compense la formation à l'E.H.E.S.P. par une formation commune des D.S.

Le dernier décret d'avril 2002¹ concernant les D.S. revoit et harmonise la formation, ce qui doit permettre une connaissance des spécificités et impératifs des acteurs, et induire une réflexion sur les possibles complémentarités.

Les difficultés que rencontrent certains établissements dans le recrutement de métiers tels que infirmiers (I.D.E.), kinésithérapeutes, manipulateurs en électroradiologie, et dans la fidélisation des étudiants dans la région, pourraient trouver une piste de réflexion axée sur un réel partenariat entre managers dans ce contexte complexe. La concurrence entre établissements incite le chacun pour soi, pourtant les besoins sont différents, les attractivités aussi.

Je ne peux envisager mon exercice qu'en complémentarité avec mes collègues de gestion, c'est pourquoi je m'intéresse aux relations et aux échanges. Je souhaite identifier les zones d'intervention communes et les domaines de collaboration.

Ces constats nous conduisent à formuler la question de départ suivante :

Pourquoi la collaboration entre le directeur des soins gestion et le directeur des soins formation est-elle si difficile à mettre en œuvre ?

Nous formulons trois hypothèses à cette question :

1. La définition des zones de collaboration en commun permet de dépasser les représentations que peut avoir chaque D.S. de l'activité de l'autre.
2. Les logiques institutionnelles et les missions de chacun freinent cette collaboration
3. Le regard porté sur la profession d'infirmière est différent

Ce travail sera constitué de trois parties :

Il portera, en première intention, sur les éléments de réflexion conceptuels basés entre autres, sur le partenariat, la collaboration, et la notion de professionnalisme. Une deuxième partie traitera de la méthodologie retenue pour la phase d'investigation, d'exploration des données, de la synthèse et de l'analyse des résultats d'enquête menée sur le terrain. Les perspectives et propositions d'actions en lien avec la formulation des hypothèses, constitueront le troisième volet de ce travail de recherche.

Afin de mener cette réflexion, l'enquête est faite à partir de documents, d'entretiens semi-directifs et d'observations effectués lors des stages dans le cadre de la formation.

¹ Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière

1 Réflexions basées sur des notions

1.1 Le cadre Conceptuel et Réglementaire : clé de lecture de notre mémoire.

Avant de débiter notre recherche, il nous semble opportun de définir les idées utilisées par la suite afin de clarifier notre raisonnement, s'assurer de l'orientation donnée à notre travail. Nous définirons plusieurs thèmes souvent associés et pourtant si différents dans leur sens.

L'hôpital souhaite des infirmiers formés, compétents, opérationnels. L'I.F.S.I. a pour objectif de préparer de futurs professionnels à un métier aujourd'hui encore exigeant. Les directeurs des soins responsables, l'un, du projet pédagogique et d'école, l'autre du service de soins ont donc un réel intérêt à développer un partenariat, une collaboration, et d'inciter le professionnalisme de ces futurs professionnels de demain.

Le premier élément d'importance à développer est la notion de partenariat.

C'est « *l'association de différents intervenants qui, tout en maintenant leur autonomie, acceptent de mettre en commun leurs efforts en vue de réaliser un objectif commun* »². C'est également : « *le fait de s'associer pour la réalisation d'un projet* »³. Ce qui nous paraît intéressant dans ces deux définitions c'est la mise en exergue de deux acteurs, de deux zones d'intervention et du respect de zones d'autonomie pour les acteurs concernés.

Ce n'est pas une fin en soi ou un impératif à atteindre, car le partenariat est un mode de fonctionnement et d'organisation des relations de travail entre acteurs. Danielle ZAY (1994) confirme que le partenariat implique la négociation, le partage de références : « *une action commune négociée ... Les principaux obstacles à la conduite d'une action partenariale résident dans le manque de références communes, de cadres d'analyse transversale et d'un langage permettant de communiquer, c'est-à-dire dont les mots signifieraient la même chose pour ceux qui les emploient* ».

P. LE DOUARON (1993) pense que la négociation est incontournable dans tout partenariat et le définit comme : « *une situation de communication inscrite dans la durée pour la recherche d'un accord sur un objet pour lesquels les protagonistes sont en interdépendance mais opposés par les intérêts divergents dans un contexte donné.* »

² Définition site web : wikipedia.org

³ Définition du Petit Larousse 2000

La différence à faire avec le terme de collaboration est que c'est un processus par lequel des parties qui voient des aspects différents d'un problème peuvent explorer leurs différences de façon constructive et chercher puis mettre en œuvre des solutions qui vont au-delà de leur propre vision de ce qui est possible. « *La collaboration est un mécanisme pour tirer le maximum des ressources, venir à bout des pénuries, éliminer le chevauchement, mettre à profit les points forts individuels, constituer des capacités internes, et accroître la participation et l'engagement grâce aux possibilités de synergie et d'un impact plus grand* »⁴.

C'est également travailler parallèlement aux différents aspects de la même tâche, chacun avec un rôle complémentaire aux autres. Comme le mentionne le Petit Larousse (2000) c'est pouvoir « travailler avec d'autres à une œuvre commune ».

Quant à la notion de coopération, elle complète celle de la collaboration en la renforçant par la dimension de politique dans une action conjointe.

La coopération est le fait de travailler ensemble à la même tâche et dans le même but en se partageant les tâches et les rôles de façon à ce que chaque action contribue au produit final. La définition donnée par le dictionnaire de la langue française (1990) est que collaborer est « pouvoir opérer, travailler conjointement avec quelqu'un ».

Nous utiliserons donc plus volontiers les termes de collaboration et de coopération pour marquer l'élément commun à savoir l'appartenance à une institution commune, du moins encore pour l'instant, car la régionalisation des instituts peut modifier l'existant.

Les trois autres concepts étudiés concernent les possibles éléments de coopération entre les D.S. gestion et formation.

L'alternance définit par RAYNAL et RIEUNIER (2003) est un « *dispositif de planification de la formation basé sur un principe d'interaction entre des situations de formation et des situations de production.* »

L'alternance est la réponse pédagogique la plus adaptée à la formation initiale des infirmiers. Elle permet à l'étudiant de développer des compétences sur la base de connaissances acquises en I.F.S.I. Les stages constituent l'élément central de cette alternance. La connaissance repose donc sur un modèle cognitif qui permet de comprendre le fonctionnement dans un premier temps, puis sur un modèle opératif autour de quelques concepts organisateurs qui vont permettre de faire un diagnostic de situation pour que l'action soit bien ajustée et connaître la conduite à adopter (PASTRE, 2006). Ces deux modèles sont accompagnés par l'exercice de l'activité elle-même avec les validations et invalidations que cela sous-tend.

⁴ Définition site web : wikipedia.org

La mise en place du tutorat doit permettre d'améliorer l'accompagnement des étudiants en soins infirmiers.

C'est « *apprendre le métier par le métier* » d'après les Compagnons du Devoir.

Le Plan Santé Mentale en 2004 met en application ce compagnonnage afin d'optimiser la formation des infirmiers et surtout assurer la transmission du savoir expérientiel. « *La didactique professionnelle est née du souci d'analyser l'apprentissage qui se fait dans l'exercice de l'activité professionnelle : on y apprend à faire, mais on y apprend aussi en faisant* » (PASTRE, 2006). C'est assurer « *l'élaboration de l'action et l'assimilation de l'action* » d'après A. SAVOYANT (2005).

Un encadrement rigoureux du stagiaire, précis, sur les objectifs qu'il veut atteindre, doit être assuré par les professionnels afin, qu'en situation imprévue, telle que l'urgence, il puisse mobiliser les acquis à bon escient et prendre la décision la mieux adaptée au contexte. C'est pouvoir développer ses compétences. C'est un stage supervisé, car « *le tutorat est un processus continu d'échanges qui permettent l'élaboration d'une analyse réflexive sur un objet de travail. Il contribue au développement de la compétence professionnelle dans un contexte organisationnel* » (L.VILLENEUVE, 2000).

La réflexivité étant la faculté à se distancier par rapport aux situations vécues et à ses pratiques, la mise en place du tutorat permet à l'apprenant de décontextualiser, de formaliser et modéliser son vécu afin d'en trouver le bon niveau d'abstraction (G. LE BOTERF, 2004). C'est prendre du recul par rapport à ses pratiques, les analyser et apporter des réajustements si besoin. C'est pouvoir recontextualiser en tirant les leçons du vécu.

Le concept de compétence a fait l'objet de nombreux ouvrages développés par G. LE BOTERF. Il est très souvent associé à celui de professionnalisme. Ainsi, la professionnalisation du savoir infirmier est liée à la connaissance déclinée à quatre niveaux :

- la connaissance empirique, liée à l'expérience, aux situations professionnelles et au savoir-faire,
- la connaissance intellectuelle, qui est la capacité à mettre en action, à mobiliser les concepts de soins infirmiers,
- la connaissance rationnelle, rattachée au raisonnement professionnel et à ses conséquences,
- la connaissance responsable, est une connaissance éprouvée en situation de travail. C'est pouvoir agir en toute connaissance de cause.

G. LE BOTERF (2002) dit également: « *qu'une personne compétente sait agir avec pertinence dans un contexte donné, en choisissant et mobilisant un double équipement de ressources : personnelles (connaissances, savoir-faire, qualités...) et de réseaux*

(banques de données, réseaux documentaires, d'expertises) ». La compétence n'est donc pas la somme des savoirs, savoir-faire et savoir-être, mais doit être plus considérée comme un processus, un lien reliant la combinaison de ces ressources.

Gérard VERGNAUD (2006) ajoute un concept supplémentaire : celui de l'adaptabilité. Il explique la compétence par adaptation de la connaissance par rapport aux situations rencontrées: «*la plus grande partie de nos connaissances se situent dans nos compétences, souvent de manière implicite, voire inconsciente* ». C'est l'activité en situation, comme le raisonnement, qui constitue le ressort principal du développement des compétences.

Les normes AFNOR FD X 50-183, mentionnent la compétence en :

- capacité à mettre en œuvre des connaissances, des savoir-faire et des comportements en situation d'exécution,
- capacité éprouvée à résoudre des problèmes dans un contexte donné.

Les difficultés actuelles hospitalières concernent le recrutement des professionnels et demandent donc une anticipation et une prévision dans la gestion. Les deux questions essentielles portent sur la méthode :

- transmettre les expertises essentielles ou rares qui vont partir du service, de l'établissement ?
- développer l'attractivité des métiers dits rares tels que les manipulateurs en électroradiologie médicale, les kinésithérapeutes ?

Ainsi, la gestion et le développement des compétences correspondent à une exigence sociale mais également économique voire réglementaire concernant le secteur psychiatrie.

Les échanges, dans le cadre d'une collaboration entre les directeurs des soins formation et gestion, semblent porter pour l'essentiel, sur la formation, le suivi des étudiants infirmiers.

Les attentes sont certes différentes concernant ce métier, mais le niveau d'exigence attendu permet de poser les fondements même d'une collaboration possible.

Comme le dit G. LE BOTERF « *la qualification, stock initial à valoriser, devient un appui pour un engagement dans une dynamique d'apprentissage.* »

Les situations de travail sont impactées par de multiples facteurs : nouvelles technologies, évolution de l'organisation du travail, mutations économiques, stratégies d'entreprises ou politiques publiques, ... autant de facteurs entraînant des changements drastiques : besoins de mobilité, de polyvalence, ...

Nicolas BOILEAU⁵ (1700) disait : « *Vingt fois sur le métier remettez votre ouvrage*», nous ne pouvons que remarquer le renouveau de la prospective des métiers. Le métier : « *c'est de plus en plus la capacité de raisonnement, expérience d'un contexte, aptitudes comportementales, ... qui permettent d'évoluer dans un espace professionnel*» (G. LE BOTERF, 2004). Le référentiel des métiers en 2004, outil de formalisation et d'aide dans la gestion des ressources humaines, montre la diversité des métiers dans le monde de la santé, et ainsi, la complexité dans les parcours de formation et dans le suivi des professionnels.

1.2 La plus-value d'une formation commune des directeurs des soins.

Avant le dernier Décret d'avril 2002, les directeurs d'écoles paramédicales et les Infirmiers Généraux ne suivaient pas le même parcours de formation. La distinction débutait dès les modalités du concours tant pour les épreuves écrites qu'orales.

En 1995, le concours des I.G. devient national, alors que celui des directeurs d'école reste organisé par la région au niveau de la D.R.A.S.S. La formation entérine la différence entre les deux corps. Dix mois continus à Rennes à l'E.N.S.P. pour les I.G., 75 jours de formation (adaptation à l'emploi) à Paris ou à Lyon, avec 15 jours de stages en I.F.S.I. ou centres de formation pour les directeurs d'école.

La difficulté d'échanges, de communication entre ces deux corps pourrait provenir de cet historique, de ce passif, si ce n'est que par l'évolution de la réglementation la connaissance de l'autre devrait atténuer cette distance.

En effet, le Décret d'avril 2002 établit l'équilibre au niveau du grade, car tous deux deviennent Directeur des Soins, mais également, au niveau de la formation, car désormais le D.S. gestion et le D.S. formation vont suivre ensemble la même formation à l'E.N.S.P devenue E.H.E.S.P. en 2008.

Les D.S. ont la possibilité à plus ou moins longue échéance après la formation, en fonction de leur projet et leur désir d'évolution, de s'orienter vers l'une ou l'autre fonction : « *Les directeurs des soins peuvent être chargés : de la coordination générale des activités de soins, ..., de la direction d'un institut de formation préparant aux professions paramédicales ou de la direction d'un institut de formation des cadres de santé... »*

La formation actuelle des D.S. favorise donc une connaissance des filières et ainsi, un décloisonnement. La formation commune contribue au décloisonnement des métiers, à l'apprentissage d'un langage commun, à la connaissance des parcours et des projets de chacun, à la confrontation des attentes des uns et des autres. Cette formation organisée en alternance théorie et pratique permet aux D.S. stagiaires de développer un

⁵ N. BOILEAU : Poète et critique français, 1636-1711

partenariat au sein d'une région, de découvrir toutes les facettes du métier et de son exercice.

De la théorie à la pratique, il faut rester vigilant. Les impératifs de chacun, les missions confiées, les difficultés rencontrées dans l'exercice de ces fonctions dues à un environnement qui se complexifie, participent à l'éloignement, à un cloisonnement. « *La décentralisation place les D.S. formation en situation de complexité nouvelle, entre le conseil régional, responsable du schéma d'organisation et organisme financeur, et l'établissement, organisme gestionnaire.* »⁶

Les seuls liens formels prévus réglementairement consistent à la participation aux instances : C.S.I.R.M.T. et au Conseil Pédagogique. Lors de celui-ci, le D.S. Gestion (D.S.G.) est membre de droit avec voie délibérative⁷, alors que concernant la C.S.I.R.M.T., le D.S. Formation (D.S.F.) est membre de droit avec voie consultative. La place et la prise de position de chacun dans les décisions est réglementairement notifiée et donc totalement différente.

Ce qui peut majorer également une scission, est que le directeur des soins gestion est systématiquement convié aux réunions de direction, voire aux réunions du conseil exécutif, alors que la participation du directeur des soins formation se fait en fonction de la politique du directeur de l'établissement de rattachement. Les orientations, les stratégies envisagées au niveau des projets, des décisions institutionnelles peuvent avoir un impact dans la prise en charge des étudiants sur le terrain, sur le regard porté par l'encadrement et influencer ainsi, un sentiment ou non d'appartenance à l'institution.

Le dernier décret de compétences des D.S. permet cependant de poser un cadre afin de cerner une zone de collaboration, celle-ci est décrite dans le 5^{ème} alinéa des missions dévolues aux D.S. exerçant à l'hôpital : « *Il contribue à l'élaboration des programmes de formation et est responsable des étudiants lors de leurs stages au sein de l'établissement* ».

Ainsi, l'arrêté de janvier 2005⁸ concernant la validation des acquis et de l'expérience implique les deux secteurs (formation et gestion, amont et aval) par l'intermédiaire de la formation continue. De part les exigences pour mettre en place ce dispositif, la répartition entre le temps formation en institut et les stages, selon le nombre de modules à valider, pourrait être systématiquement pensée en commun.

⁶ Lettre du SYNCASS, juin 2008

⁷ Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux

⁸ Arrêté du 25 janvier 2005 modifié relatif aux modalités d'organisation de la validation des acquis de l'expérience pour l'obtention du diplôme professionnel d'aide-soignant

Actuellement, la collaboration entre les deux acteurs repose essentiellement sur une volonté individuelle qui se manifeste lors de l'organisation des stages qui représente une logistique dense et importante avec souvent des négociations à mener. Les relations interpersonnelles jouent un rôle important dans ce partenariat. Nous pensons qu'œuvrer ensemble : secteur formation et lieu d'apprentissage apporte une plus value, une efficience dans le devenir des étudiants, une optimisation des compétences au services des patients. Le rapport dit : « rapport Larcher⁹ » mentionne les enjeux de la formation tant au niveau de la fonction de management, que de la recherche et de la communication avec le patient. Une certaine réactivité y est prônée afin de rester en adéquation avec la demande de la population. Ainsi, la formation « *doit mieux prendre en compte les exigences d'évolutions dans les parcours professionnels et la recherche de nouvelles passerelles.* »

On ne peut aborder le sujet des relations humaines, de collaboration, de partenariat sans parler de comportement et encore moins de pouvoir. Afin de comprendre le pourquoi d'actions, E. FRIEDBERG (1988) incite à la prudence quant à une analyse de comportement. « *Une telle démarche ne suppose donc nullement que les caractéristiques personnelles d'un individu, son éducation, sa socialisation, ses expériences antérieures, bref sa « culture » n'aient aucune influence sur son comportement.* »

Les relations entre acteurs dépendent du regard porté l'un sur l'autre, ou l'un envers l'autre, et de légitimité reconnue ou non. L'esprit de collaboration peut être modulé par la « *défense jalouse de son territoire et le marquage pointilleux des frontières à ne pas dépasser* » (M. MICHEL, J. – F. THIRION, 1996). Le pouvoir définit par le Petit Larousse (2000) est « *l'autorité, la puissance, de droit ou de fait, détenue sur quelqu'un, sur quelque chose.* »

Pourtant, chacun des acteurs possède des marges de manœuvre, des marges de liberté quelque soit le contexte, quelque soit la situation afin de : « *décider de son comportement* » (E. FRIEDBERG, 1988).

Le pouvoir, l'autorité doit être reconnue comme légitime. L'un des effets du pouvoir est l'intériorisation des ordres ou des injonctions provenant d'une autorité. Les travaux de MILGRAM (1994) démontrent l'impact de la légitimité, et de situations qui créent l'obéissance. Un sujet obéit à un ordre parce qu'il perçoit le pouvoir comme légitime, c'est-à-dire une autorité clairement identifiée.

⁹Rapport de la Commission de Concertation sur les Missions de l'Hôpital, présidée par M. Gérard LARCHER, 2008

Michel CROZIER et Erhard FRIEDBERG (1977) reviennent quant à eux sur la notion de négociation qui est perpétuelle entre deux acteurs afin de répondre à l'autorité dans le cadre de relations hiérarchiques. Pour eux, il n'existe pas d'obéissance, mais cela répond à une stratégie, à un jeu d'acteurs : *« la conduite d'un individu face à ses supérieurs hiérarchiques au sein d'une organisation ne correspond absolument pas à un modèle simple d'obéissance et de conformisme, même tempéré par la résistance passive. Elle est le résultat d'une négociation et elle est en même temps une négociation »*.

Il faut également noter l'aspect relationnel du pouvoir. M. CROZIER et E. FRIEDBERG notent qu' *« agir sur autrui, c'est entrer en relation avec lui : et c'est dans cette relation que se développe le pouvoir d'une personne sur l'autre. »* La communication est un outil qui permet l'interaction, l'inter influence. Deux modes de communication existent : le mode latéral où il n'existe aucun feed back ce qui peut représenter un avantage par le côté sens unique utilisé. Par contre, ce mode rigidifie les relations car ne permettant pas de réponse de l'autre.

Le deuxième mode est celui de la réciprocité qui permet une dynamique dans la relation mais un investissement temporel non négligeable. Mais, nous revenons toujours à une notion de pouvoir car la réciprocité dans l'échange est possible si les stratégies des divers acteurs le permettent.

Tout ceci peut être influencé par la personnalité de chacun. Personne ne s'accorde sur une définition unique du concept de personnalité. La réflexion oscille entre un point de vue strictement psychologique (constitution innée), et un point de vue strictement sociologique (qui serait un caractère acquis constitué par les apprentissages sociaux).

La personnalité est l'ensemble des modes de réaction d'un sujet à son environnement social. C'est *« ce qui caractérise une personne, dans son unité, sa singularité et sa permanence ; singularité naturelle ou acquise ; originalité de caractère, de comportement. ¹⁰ »*. Le petit Larousse (2000) rajoute : *« ensemble de comportements, des aptitudes, des motivations, etc., dont l'unité et la permanence constituent l'individualité, la singularité de chacun. »*

Le point sur lequel se rejoignent les D.S est celui des effets attendus. *« Dis moi quel est ton dispositif d'évaluation des compétences, je te dirai si je peux te faire confiance durablement »* (G. LE BOTERF, 2004).

Les diverses définitions se retrouvent dans un savoir-faire opérationnel validé. Le Petit Larousse (2000) donne, concernant l'évaluation, l'explication suivante: *« Mesure à l'aide de critères déterminés des acquis d'un élève, de la valeur d'un enseignement »*. Cette

définition fait coïncider le champ d'action des deux D.S. et montre une cohérence dans l'apprentissage des étudiants. Ainsi, évaluer est le fait de « *déterminer la valeur, le prix, l'importance de* ».

G. LE BOTERF (2004) distingue deux notions dans l'évaluation qu'il s'agisse d'évaluer un savoir-faire qui se rapproche plus du contrôle *stricto sensu*, de l'évaluation du savoir-agir qui correspond davantage à l'attribution d'une valeur à une pratique professionnelle inventée et mise en œuvre. Ainsi, les divers référentiels de compétences permettent des points de repère.

Pour permettre une objectivité d'une attribution d'une valeur consensuelle, G. LE BOTERF (2004) propose trois approches selon les situations rencontrées. La première concerne l'entrée par la performance qui repose sur un jugement d'utilité, d'efficacité. La seconde approche est basée sur des situations professionnelles : la compétence n'est reconnue que lorsque la réalisation de l'activité professionnelle est conforme à un ensemble d'exigences professionnelles. Cette entrée exige la réunion des conditions suivantes :

- la compétence requise impose, au préalable, de définir les exigences professionnelles attendues,
- un consensus sur les règles d'évaluation explicitées,
- une validation collégiale pour s'approcher de l'objectivité.

Enfin, l'approche par les ressources consiste à s'assurer que les personnes disposent des connaissances, des capacités, des modes de raisonnement et les aptitudes nécessaires pour gérer des situations professionnelles, de l'emploi ou du métier.

Les concepts développés ci-dessus permettent le cadrage de notre recherche.

J'ai suivi la méthodologie ci-après afin de confirmer ou infirmer les hypothèses émises.

¹⁰ Définition du dictionnaire de la langue française, 1990

2 L'enquête : méthodologie pour définir, rechercher, exploiter des données et les analyser

L'enquête est faite à partir de constats basés sur l'expérience professionnelle confortée après étude documentaire (projets de soins, projets d'école, organigrammes, ...), puis suite à une enquête de terrain permettant de recueillir des données, enfin par le traitement puis l'analyse des informations recueillies.

2.1 Enquête : présentation et justification des choix

Les entretiens semi-directifs ont été choisis pour effectuer l'enquête de terrain. Ceux-ci permettent d'obtenir des réponses plus riches que par questionnaire, et laissent la possibilité aux interviewés d'enrichir encore les échanges et amener ainsi de nouvelles réflexions. L'entretien comporte donc une série de questions relativement ouvertes sur la base d'une grille d'entretien préalablement établie¹¹, afin de laisser parler librement le professionnel tout en le recentrant s'il s'écarte de l'objectif poursuivi.

La prise de notes, après accord des personnes interrogées, a été la plus exhaustive possible, l'objectif étant de ne pas perdre d'informations et de pouvoir les restituer le plus fidèlement possible. Les données recueillies ont été traitées de façon à respecter l'anonymat des professionnels et des lieux.

Les entretiens ont été faits dans des hôpitaux publics de santé de trois départements différents, proches de la région Parisienne, ayant tous un institut de formations initiales paramédicales rattaché. Cette option a été choisie afin d'interroger simultanément les D.S. qui, de ce fait, sont en liaisons directes de proximité.

Les centres hospitaliers, pour trois d'entre eux sont de taille similaire, le quatrième étant un établissement d'un centre hospitalier universitaire de grande taille de Paris, mais où le D.S. de l'I.F.SI. était peu de temps auparavant D.S. gestion en fonction de Coordonateur Général des Soins (C.G.S.). Il pouvait ainsi, expliquer une évolution et exprimer ses représentations et attentes des D.S. de l'hôpital de rattachement.

Le thème abordé a été celui du partenariat, 4 D.S. gestion et 4 D.S. formation ont été interrogés afin d'entendre leur discours, les comparer entre même établissement et de les confronter.

¹¹ Cf. annexe n°1

L'interview d'un directeur général d'établissement a été ajoutée afin de recueillir ses attentes et les missions concernant les D.S qu'il recrute.

Les entretiens exploratoires ont permis de vérifier la bonne compréhension des questions posées, et confirmer l'orientation donnée à ce travail. Le guide d'entretien a été également testé lors des ateliers mémoires organisés dans le cadre du module mémoire à l'E.H.E.S.P.

Nous avons également observé entre autres, lors des stages effectués en instituts de formation, l'organisation des plannings par alternance des étudiants, et croisé ces données avec les entretiens.

Les D.S. formation nous ont donné accès à la lecture des comptes-rendus de réunions d'encadrement et de réunions d'instances. Ceci nous a permis d'objectiver les entretiens au vue des ordres du jour, mesurer les participations, les échanges, mais également croiser les données.

Le recueil et l'étude de documents tels que les projets de soins, d'école, pédagogique, les diverses procédures d'accueil des étudiants en I.F.S.I. et sur l'établissement de rattachement, voire dans les autres établissements : lieu de stage, ont agrémenté notre recherche, notre réflexion, et clarifier la recherche.

Le sujet, difficile à aborder, car touchant au fonctionnement relationnel des professionnels, aura représenté la seule difficulté de cette recherche.

Souvent, d'ailleurs, lorsque la question de la personnalité et du bon vouloir est abordée, revient en écran toute autre problématique.

Comme le dit un proverbe chinois, il est fondamental pour obtenir de l'Homme, de travailler sur et avec l'Homme. C'est peut être un mode de management.

*« Si tu veux des résultats durant l'année, sème des graines,
Si tu veux des résultats durant dix ans, plante des arbres,
Si tu veux des résultats durant la vie, développe les hommes. »*

KUAN CHUNG TZU¹²

¹² KUAN CHUNG TZU : sage chinois du 7e siècle avant JC

2.2 Les leviers et les freins à une collaboration efficace des directeurs des soins formation et gestion.

La confrontation des informations recueillies avec les hypothèses émises en début de recherche, met en exergue les éléments suivants qui permettent de répondre à la question de départ, à savoir :

Pourquoi la collaboration entre le directeur des soins gestion et le directeur des soins formation est-elle si difficile à mettre en œuvre ?

✓ Hypothèse I :

La définition des zones de collaboration en commun permet de dépasser les représentations que peut avoir chaque D.S. de l'activité de l'autre.

Un point de ralliement pour les D.S. : l'étudiant.

A l'unanimité, chacun des D.S. interrogés reconnaît que les zones de collaboration s'articulent autour des étudiants : responsabilité de la formation pour les uns et responsabilité sur les terrains de stage pour les autres.

Dans un des I.F.S.I. le D.S. gestion est totalement impliquée dans la formation sur la prise de tension par les aides-soignants en cosignant l'attestation de formation avec l'institut. Ceci est « *une reconnaissance pour l'hôpital, mais également pour tous les professionnels, ..., cela permet une belle image de l'I.F.S.I. par la rencontre avec les cadres de terrain, de l'institut et de tous les personnels...* »

Nous avons pu constater l'impact du travail de concertation entre D.S. lors de la mise en œuvre du plan de formation annuel par la mise en place du planning par alternance. Pour un des I.F.S.I. la préoccupation première est de « *monter le planning par alternance de façon à éviter au maximum tout chevauchement de stage des étudiants quelque soit la promotion.* » Ainsi, les services ne sont pas « *submergés* » par trop d'étudiants et, selon les dires du D.S. gestion, en écho à sa collègue, « *évite l'épuisement des équipes.* »

Dans ce même institut de formation, le D.S. formation provoque des entrevues avec les services accueillant des étudiants afin de rencontrer l'encadrement et examiner avec eux les compétences que vont développer les étudiants dans leur secteur. Ainsi, cela permet de : « *clarifier les exigences attendues de part et d'autre, montrer une cohérence entre l'I.F.S.I. et l'établissement, mais également atteindre un autre but : préparer le nouveau programme de formation Infirmier basé sur les compétences.* » Nous avons pu de visu, vérifier ce fonctionnement, et trouvé la démarche intéressante par le contact professionnel et humain et la réponse apportée à l'encadrement de terrain. C'est valoriser l'impact de la pratique et assurer une réponse personnalisée au terrain. De plus, dans cet établissement, le D.S. formation est l'interlocuteur privilégié des cadres de santé en cas

d'un problème important relevant d'une insuffisance majeure, quand cela concerne une situation très particulière telle qu'un comportement dangereux, ou un étudiant en grande difficulté. C'est lui le tenant des textes en vigueur, et de plus, c'est lui qui fait respecter le règlement interne de son institut. Pour exemple : dans un établissement, l'étudiant qui ne vient pas en stage avec son livret d'objectifs est systématiquement renvoyé sur l'I.F.S.I.

La connaissance de l'autre : possible collaboration.

Deux D.S. exerçant dans les établissements observés nous ont parlé de : « *manque de temps, ..., de conjoncture institutionnelle difficile, ..., de délais et impératifs à tenir, ...* » et, de ce fait, ne pas pouvoir se travailler avec l'autre.

Au niveau des I.F.S.I., ce qui nous a paru intéressant, et la prise de conscience que les « *pressions* » ne sont pas du tout les mêmes, qu'« *il n'y a jamais d'urgence en I.F.S.I.* » ce qui n'est pas le cas pour leur collègue sur le terrain. Par contre, toutes celles rencontrées, désirent que leur travail soit reconnu et qu'« *on arrête de regarder soit disant des horaires confortables, et soit disant un travail routinier donc pas grand-chose à faire !* ».

Un des D.S. formation, si on lui demandait de choisir, espère que les instituts ne soient plus rattachés aux établissements tels que c'est le cas à l'heure actuelle. Les raisons qu'il exprime avec force portent sur les contraintes avec l'établissement : « *au niveau de la direction quelque soit le secteur, il faut sans cesse se battre pour obtenir gain de cause, il faut sans cesse justifier des choix que l'on prend, nous D.S. On nous impose des mesures de restrictions imposées sur l'établissement en faisant fi de notre spécificité ! Je sais où je peux faire des économies ! Nous avons un budget par la région, une taxe d'apprentissage, et sans cesse, il faut le rappeler ! Je suis gestionnaire de cet institut ! Les investissements que nous prévoyions sont sans arrêt à négocier, ... Je ne forme pas pour cet établissement, si j'ai des comptes à rendre, c'est à la région.* » A la question du comment envisage-t-il à ce jour la négociation des stages avec l'hôpital de rattachement, il voit une « *contractualisation, ce qui rendrait les choses plus transparentes, ... et pourrait amener à être plus exigeant encore dans un sens comme dans l'autre.* » Les zones d'autonomie semblent assez floues de part et d'autre, ce qui induit ces tensions : « *que chacun respecte l'autre, connaisse ce que fait l'autre, et on verra après !* ».

Concernant son collègue sur l'hôpital, les dissensions ne sont pas de même ordre et concernent plus une intégration au sein de l'équipe de direction : « *le directeur lui a demandé de participer aux réunions de direction et pas une seule fois il n'y a participé, alors que des sujets l'intéressent et peuvent nous intéresser en fonction de son actualité.* »

La mise en place de projets communs : convergence de points de vu D.S.F/D.S.G.

Les projets sont fédérateurs et révélateurs de zones de collaboration.

Un des D.S. Formation, afin « *d'intégrer* » son collègue, mais surtout lui faire prendre « *conscience* » des difficultés rencontrées dans le recrutement des futurs professionnels,

soit : à la base de leur formation, demande pour les concours d'entrée, à ce qu'il y participe avec une autre finalité : « *le partage des responsabilités* ». Pour ce D.S., il est : « *important, voire primordial que les équipes de soins comprennent l'impact des choix et de trop d'affectivité... Il y en a marre d'entendre : qu'est ce que fait l'I.F.S.I. quand on voit la qualité des professionnels qui sortent de l'école !* » dit-il sur un ton ironique et amer.

Dans un des I.F.S.I. un projet de tutorat a été mis en place pour optimiser l'apprentissage des étudiants d'un institut de formation de cadres de santé. Ce projet a été mené de concert avec le D.S. concerné. La formalisation de ce projet démontre l'implication des acteurs et objective le contrat passé entre l'étudiant et le formateur, et ainsi, entre structures. Dans un autre institut, le tutorat est un projet à l'étude, concernant l'encadrement optimisé des étudiants par le terrain. « *Le compagnonnage n'est pas désuet, ..., ce sera même un gage de qualité* ».

Trois des établissements observés au niveau gestion ont convié leur collègue de l'I.F.S.I. de rattachement à participer à l'élaboration du projet de soins, alors qu'à l'inverse aucun des D.S. d'institut n'a invité les D.S. gestion ni à l'élaboration du projet d'école ni au projet pédagogique. Un des D.S. gestion a « *trouvé dommage que les cadres de santé des services de soins ne soient pas consultés sur leurs attentes en matière de compétences I.D.E. requises* ». En effet, cela permettrait une réelle remise en question des secteurs de soins, mais également annoncer aux étudiants les attentes en qualité de soins auprès des patients. Le troisième D.S. gestion nous a dit penser, lors de la « *refonte* » de son projet de soins, à convier sa collègue. Ce projet est renforcé par la volonté d'impliquer les cadres formateurs aux évaluations des pratiques professionnelles. Ce qui nous a étonné, mais dans le même temps intéressé, est que lorsque le mot de partenariat a été abordé lors de l'entretien avec les D.S. formation, systématiquement c'est avec l'université que d'emblée la réponse a été donnée. Il est vrai que les futurs textes réglementant les études infirmières préparent à l'universitarisation, et que « *l'I.F.S.I. étant rattaché à l'hôpital, cela semble couler de source* » répond un des D.S. à mon étonnement.

Le dernier point de ralliement se fait par l'intermédiaire de la formation continue pour les I.F.S.I. intégrant ce secteur. Lors de la négociation du plan de formation les D.S. se retrouvent pour échanger sur leurs impératifs respectifs. « *Ils ont la compétence* » des direx de la D.S. gestion, et « *cela peut être une manne financière* » pour sa collègue de formation. Le D.S. gestion souhaiterait que l'I.F.S.I. puisse être le regard candide pour la visite de certification en demandant à ce que des cadres formateurs soient « *auditeurs* ».

La communication : courroie de transmissions et d'information incontournable.

Dans deux des établissements les D.S. gestion convient leur collègue formation systématiquement lors des réunions d'encadrement. Ainsi : « *tous les acteurs ont*

l'information à l'instant T, et les échanges même si parfois passionnés, permettent de mieux se comprendre et enlever les non-dits. »

« Faire intervenir le D.S. gestion en I.F.S.I. sur la place du D.S., ses missions, ses valeurs permet d'assurer une continuité dans l'apprentissage des étudiants, mais surtout montrer la cohérence entre la théorie : l'I.F.S.I., et le terrain. » L'interaction entre les D.S. peut donc être une plus-value et montrer ainsi aux étudiants le résultat, la finalité attendue.

Ce qui nous a interpellée est le fait que l'inverse, c'est à dire inviter le D.S. gestion aux réunions pédagogiques ne semble pas réciproque. A la lecture des comptes-rendus, nous n'avons jamais trouvé la mention d'une invitation, ni de sa présence.

Parfois, les dissensions peuvent provenir de la mise en place d'une nouvelle réforme telle que celle de la mise en œuvre de la validation des Acquis et de l'Expérience (V.A.E.) et du manque de concertation. Un des D.S. gestion parle de *« précipitation, ..., manque de réflexion commune »* ce qui majore des difficultés de fonctionnement dans les services. En effet, répondre de façon favorable à une formation V.A.E. sans prendre en compte les possibilités du terrain quant à la faisabilité, est difficile à supporter pour les équipes du terrain. Pour exemple : *« dans le même service deux agents pouvaient bénéficier de la V.A.E., et, sans que quiconque le sache, les agents ont reçu l'accord avec les dates arrêtées, sans que l'I.F.S.I. ait au préalable échangé avec le cadre, premier intéressé par la question, sans parler de moi-même : de la faisabilité, des délais, et du temps que cela allait représenter ! »*

La préoccupation de permanence et de continuité des soins n'est pas prise en compte par le D.S.F. qui, lui, envisage surtout, le développement des compétences.

✓ Hypothèse II :

Les logiques institutionnelles et les missions de chacun freinent cette collaboration.

Politique – stratégie ? Stratégie – politique ? :

Le niveau des champs de responsabilité de chacun se visualise déjà au niveau d'un organigramme et signe ainsi la place des uns par rapport aux autres.

Ainsi, à la lecture d'organigrammes, nous avons pu constater des différences dans la politique institutionnelle qui peut également expliquer des difficultés. L'IFSI est, dans un cas, à côté du directeur général mais sans lien apparent, dans les trois autres cas il est associé à un pôle : celui de la direction des ressources humaines.

Un des D.S. formation nous a informée que dans l'établissement précédent, elle était en lien direct avec sa collègue D.S. gestion qui était coordinatrice générale des soins ayant également la coordination de l'institut. Ceci semblait majorer les difficultés car *« me demandant si je n'étais pas sous tutelle. »* La crainte de perdre son identité peut être source de résistance.

Actuellement, d'autant plus avec la mise en place des pôles avec la contractualisation qui, entre autres la caractérise, c'est-à-dire financements et calendriers à tenir, les projets de pôle sont effectués pour trois d'entre eux sans la collaboration de l'I.F.S.I.

Connaissance – reconnaissance.

Les politiques d'établissement, la politique du service de soins infirmiers, ne sont guère orientés vers la formation des étudiants ou vers la recherche.

Un des établissements observés a le projet de revoir la composition des pôles et d'intégrer l'I.F.S.I. de rattachement dans le pôle qui sera dénommé : P.E.R.F. : Pôle d'Enseignement de Recherche et de Formation, ce que nous avons trouvé intéressant. Il comprendrait le secteur de la formation continue, celui de la formation initiale et le secteur de la recherche médicale. Le projet d'établissement n'est pas finalisé, et doit encore passer par les étapes de validation telles que le Conseil d'Administration, et les autres instances internes à l'hôpital avant d'avoir l'aval définitif de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation.

La reconnaissance de la place de l'institut est, de ce fait, assez significative au sein de l'établissement. Pourtant, pour ce même I.F.S.I., le livret d'accueil refait récemment par le service communication de l'établissement ne fait pas mention de son école. Cet oubli froisse son dirigeant ainsi que l'équipe de cadres formateurs qui se demandent s'il y faut y voir « *malgré les discours* » autre chose.

Formation identique – identité ?

L'ensemble des D.S. interrogés n'a pas eu le socle commun de formation à l'E.N.S.P. devenu depuis janvier 2008 l'E.H.E.S.P.

Deux des D.S. gestion parlent de possible mobilité entre les deux fonctions, alors que l'inverse n'est absolument pas envisagé. Cependant, ces dernières éprouvent des hésitations pour effectuer cette mobilité liées au manque d'expérience en formation et donc des lacunes en pédagogie.

Le D.S. formation auparavant coordinatrice générale des soins est la seule à avoir effectué cette mobilité par intérêt pour ce poste. Elle dit cependant n'avoir pas fait mention de son curriculum vitae devant l'équipe d'encadrement de l'I.F.S.I. ou elle travaille afin de gagner, d'emblée, en légitimité.

J'ai pu moi-même comprendre ces hésitations, d'autant plus que tous les D.S. gestion comme formation et des directeurs d'établissements m'ont demandé pourquoi je désirai prendre une nouvelle orientation : celle de la formation. Un directeur d'hôpital m'a demandé si c'était par dépit ! Un des intervenants à l'E.H.E.S.P. a été interpellé par cette volonté de changement alors que je n'ai aucune formation en pédagogie et n'ai jamais exercé en I.F.S.I. Le débat est d'ailleurs ouvert entre l'appellation : cadre formateur et

formateur, ce qui démontre la difficulté de positionnement à la base, donc lors de la formation en institut de formation des cadres de santé.

Il est à espérer qu'une culture commune pour les D.S. peut se construire à partir de la formation prodiguée à Rennes.

✓ Hypothèse III :

Le regard porté sur la profession d'infirmière est différent

Un des D.S. formation se refuse à donner des éléments d'appréciation concernant les étudiants en fin de scolarité à son collègue afin de leur laisser toutes les chances d'être recruté, alors que dans les autres établissements, cela ne pose aucune difficulté. Le stage pré-professionnel est une occasion de préparer des accompagnements ou des recrutements des futurs professionnels. Les arguments présentés montrent qu'il manque un travail de concertation sur les critères retenus : « *Je me refuse à donner mon point de vu sur un seul des étudiants. Ma collègue doit se fier au dossier de l'étudiant, à sa présentation, à l'entretien de recrutement. Si je dis que pour moi, un étudiant revendicatif est un étudiant impliqué, est-ce que plus tard on ne viendra pas me dire qu'il est un peu trop réactionnaire si je dis que c'est O.K. pour cette candidature ?* ».

Pour les trois autres établissements, la mise en place de contrats d'allocation étude est un moyen de se rencontrer, d'échanger sur les difficultés mutuelles.

L'autre point de désaccord concerne la qualité de l'évaluation. Tous les I.F.S.I. abordent le problème de la notation – évaluation en fin de stage, ce qui les met en difficulté lors d'une prise de décision au conseil pédagogique. « *Les services ne sont pas encore totalement au clair avec cette étape et restent encore trop sur de l'affect : oh ! Elle est bien mignonne, ... alors que verbalement on va nous dire les difficultés en stage, et qu'on n'en voudra pas !* » La question de la préparation des professionnels à l'encadrement des stagiaires se pose.

Malgré des discordances, lors de conseils pédagogiques auxquels j'ai assisté, j'ai pu constater que les valeurs défendues, les objectifs dépeints étaient identiques. Le but recherché à savoir : former des professionnels, était commun et sans équivoque.

Quelque soit la personne interrogée, quelque soit le poste occupé, tous les D.S. ont dit que le travail avec l'autre n'est possible qu'en fonction de ce qu'il veut bien faire avec l'autre. Ce n'est qu'une question de personnalité. « *J'ai bien fonctionné avec des D.S. gestion jusqu'à l'arrivée d'un nouveau ou plus rien n'a été possible !* »

Les représentations et attentes du directeur général.

J'ai préféré mettre à part la rencontre avec le directeur général d'un des établissements rencontrés pour cette recherche, afin de voir les attentes et les missions dévolues à chacun des D.S., membres de son équipe dirigeante.

Ce directeur général a la maîtrise des missions dévolues au D.S. gestion. Une fiche de missions annuelle est élaborée et à partir des objectifs fixés, il attend des résultats qui aideront à sa prise de décisions lors de l'évaluation annuelle. Il connaît le projet de soins et sait les difficultés que le D.S. rencontre dans sa pratique quotidienne. Le D.S.G fait partie intégrante de son équipe de direction. Ce directeur attend que le directeur des soins de l'hôpital s'inscrive dans le conseil exécutif. Il veut qu'il soit à la fois stratège et opérationnel, qu'il manage les équipes paramédicales, qu'il pilote de manière efficace les services de soins. Il espère enfin, une optimisation de la qualité et de l'offre de soins.

Concernant le D.S. formation, les attentes se décrivent en quelques mots car ce Directeur avoue ne pas être pédagogue (dit avec un grand sourire). L'I.F.S.I. est la vitrine de son établissement, car formateur de ressources professionnelles. Par contre, il attend un taux honorable de réussite au concours, et surtout de pouvoir recruter les I.D.E. formés pour l'établissement, sans ça « *à quoi cela sert-il d'avoir un institut sur son hôpital ? Quelle en serait la plus-value ?* ».

Le D.S.F. se trouve ici réduit à un fournisseur de ressources, alors que le D.S.G est un collaborateur de premier ordre du directeur général.

2.3 Synthèse de l'analyse des entretiens et point sur les hypothèses émises.

Suite à ces entretiens, nous pouvons confirmer en partie nos hypothèses.

Comme l'a dit un des D.S. formation, à partir du moment où c'est une question de personnalité, tout va dépendre de l'entente, du respect des champs de responsabilité de chacun, de la légitimité du professionnel sur son poste et de la place qui lui est laissée ou qu'il va prendre.

La formation à l'E.H.E.S.P. est un moyen de connaître les missions des uns et des autres. Elle permet d'envisager une mobilité impensable encore récemment. Elle favorise le complément de formation professionnelle, personnelle, et permet d'appréhender de près les difficultés rencontrées. L'approche pédagogique autour du positionnement de chacun, valorise les expériences, les compétences et les professionnels.

Quel que soit les points soulevés précédemment, il est clair qu'en fonction de chacun des acteurs, la collaboration est possible ou non. Les projets, le travail en commun, la communication va être plus ou moins efficace, opérationnelle en fonction principalement de la volonté de travailler ensemble et de l'acceptation de ce que chacun peut perdre.

Entrer en contact avec l'autre permet de conforter une position mais également revenir sur des incompréhensions qui, bien souvent, sont source de conflits larvés ou non en fonction des répercussions possibles. La résistance au changement peut ainsi provenir de prise de positions sur des incompréhensions d'objectifs visés.

Travailler ensemble, c'est connaître l'autre, c'est se confronter à des réalités, c'est faire des choix, enfin, partager. Si respect de l'autre il y a, personne n'a de craintes à avoir sur son positionnement. Chacun est complémentaire de l'autre, c'est ce que nous pouvons appeler une équipe.

Nous constatons la plus-value que peut produire un travail ensemble. La cohérence de la formation par alternance trouve toute sa portée et son efficacité dans une complémentarité des divers champs d'apprentissage. Les enjeux auxquels sont confrontés les établissements tant financièrement qu'en réponse à apporter à la population, doivent être pris en compte. La qualité des soins prodigués aux patients est gage de soins pensés, réfléchis en commun.

L'établissement recruteur peut ainsi être bénéficiaire d'un partenariat réel entre le directeur des soins formation et le directeur des soins gestion.

3 Propositions en lien avec les enjeux d'une collaboration efficace

Vu les enjeux des établissements publics de santé et le problème de recrutement de certains métiers tels qu'I.D.E., la collaboration entre D.S. gestion et formation semblent devenir incontournable et être un moyen d'améliorer l'accès à des ressources et des compétences.

Rien ne permet de dire aujourd'hui si travailler ensemble permettra de fidéliser des étudiants devenus de jeunes professionnels dans l'établissement de rattachement, mais la cohérence dans l'apprentissage peut être une plus-value.

Si tous les professionnels : formateurs comme des secteurs de soins sont dans la même démarche d'apprentissage, défendent une qualité des soins, et les mêmes valeurs, les étudiants devraient être rassurés sur la finalité de leurs études.

Il n'est pas rare d'entendre de la part d'étudiants qu'ils ne souhaitent pas prendre le poste proposé par manque de personnel dans ce secteur. La réactivité, le professionnalisme et les projets mis en valeur, feraient pencher la balance et optimiseraient l'attractivité.

Un adage dit que : « l'herbe est toujours plus verte à côté ». Ainsi, lorsqu'un étudiant sort d'un I.F.S.I. et a fait ses stages dans l'établissement de rattachement, il semble toujours plus intéressant d'aller voir ce qui se fait ailleurs.

Cependant, un autre adage dit : « qui ne tente rien, n'a rien ». Les propositions émises ci-après sont une réflexion que je ne manquerai pas en tant que D.S. formation de mettre en application et pourrai ainsi mesurer la plus-value ou proposer des réajustements si nécessaire. Je terminerai par un autre adage : « rien ne se crée, tout se modifie ».

3.1 Partager : un engagement professionnel, une assurance de cohésion.

Un institut rattaché à un établissement est une source d'apprentissage auprès de pairs.

Le partenariat entre les deux secteurs doit être formalisé afin de permettre des réajustements et une contractualisation, garant d'un engagement mutuel.

Ainsi, les projets : d'école et pédagogique sont à travailler ensemble au niveau de la définition d'une politique d'apprentissage plus cohérente encore, d'autant plus avec l'arrivée du nouveau programme d'études I.D.E.. Les cadres formateurs doivent devenir des cadres cliniciens, c'est-à-dire avec des connaissances sans cesse réactualisées. Les

services quant à eux doivent être vigilants sur la qualité de la formation qu'ils dispensent. La collaboration prend ainsi toute sa valeur.

Lorsque les divers projets doivent être travaillés à nouveau, selon le projet d'établissement, convier des professionnels : cadres comme I.D.E. peut amener à un partage de valeurs, à un continuum efficace entre les structures.

Chacun a des attentes de l'autre. Les discuter, les travailler ensemble amène à une cohérence dans l'apprentissage des étudiants tout en délimitant les zones d'action communes et collectives.

Des axes de travail :

Elaborer une procédure sur l'accueil des stagiaires dans les structures avec critères d'évaluation :

Les préalables pour un accueil personnalisé :

- Tous les ans, revoir avec les cadres de santé la capacité d'accueil de chaque secteur et s'engager à la respecter de part et d'autre. Toute modification est possible après négociation. Des statistiques permettent d'évaluer les fluctuations. Le planning en alternance peut ainsi être élaboré, appliqué et compris par l'ensemble des acteurs.
- Chaque service doit s'engager sur les compétences que doivent appréhender voire acquérir les étudiants à l'issue du stage. Elaborer un référentiel d'apprentissage permet de formaliser les objectifs à atteindre.
- Enfin, s'engager dans la mise en place du tutorat dans chaque service avec les critères d'évaluation de fin de stage.

L'accueil de l'étudiant :

- Elaborer un planning prévisionnel par le service afin d'intégrer d'emblée l'étudiant.
- Mettre à jour les outils de suivi élaborés par l'I.F.S.I.

Cette réflexion permet de mettre en valeur la complémentarité entre les deux structures, de mutualiser les compétences professionnelles, d'entretenir des liens, un réseau.

Cela permet également aux cadres formateurs de maintenir à jour leurs connaissances sur les nouvelles techniques de soins, et, concernant les cadres de santé, de s'impliquer encore d'avantage dans l'apprentissage des étudiants et être moins sur de l'affectivité.

Optimiser l'existant :

A l'I.F.S.I., en fin de troisième année, un travail de fin d'étude est attendu, soit un mémoire de recherche sur une thématique laissée au choix de l'étudiant.

Afin de valoriser cette étude, il paraît intéressant de la mettre en lien avec un projet de service, de pôle, versus qualité des soins. C'est donner une orientation à un travail obligatoire, travaillé de concert avec une unité de soins, ou un pôle et lui donner un sens, un poids, une valeur d'utilité.

Nous pourrions imaginer que le D.S.G soit sollicité par le D.S.F. pour fournir des problématiques de soins sur lesquels les étudiants pourraient réfléchir avec l'aide des cadres formateurs. Ce serait travailler sur le développement des compétences.

De plus, avec la mise en place de la nouvelle gouvernance, les responsables des pôles peuvent profiter de ces recherches pour réfléchir autrement à certaines situations, ou certains soins dispensés dans leur secteur.

Suite au jury de mémoire, si le travail est validé, une commission de recherche pourrait être créée afin de retenir les plus intéressants et opérationnels et, ainsi donner suite à ces travaux en les mettant en œuvre dans les secteurs ainsi qu'en les rendant accessibles à tous, via l'intranet de l'établissement.

Cette réflexion, permet de donner du sens à une production, et valoriser de futurs professionnels en tenant compte de leurs trois années d'acquis, et des compétences développées. C'est les guider à développer leur professionnalisme tout en leur démontrant la cohérence de la formation et l'intérêt porté à leur formation.

Le stage pré-professionnel est une étape importante dans une politique de recrutement. S'il est affiché que l'établissement s'engage à faire profiter l'étudiant de ce dernier stage pour peaufiner une technicité, des connaissances sur une pathologie, être conforté dans une future prise de poste, c'est montrer une écoute personnalisée et permettre ainsi de conforter des choix.

C'est peut être avoir un retour sur investissement en travaillant sur l'intégration des futurs professionnels.

3.2 Intégrer : pour optimiser une attractivité professionnelle.

La course au temps est de rigueur. Pourtant, prendre le temps de rencontrer l'autre, c'est lui montrer de l'intérêt, même si c'est également se mettre en danger.

Il nous paraît important de considérer l'institut rattaché à l'établissement en formalisant l'accueil des nouvelles promotions et la fin des études lors de l'affichage des réussites au diplôme I.D.E.

Convier un représentant de la direction générale de l'établissement et le D.S. gestion afin d'accueillir la promotion de première année, montre l'attention portée aux étudiants.

Réitérer l'invitation pour rencontrer les nouveaux professionnels diplômés démontre l'attachement de la structure à l'hôpital et inversement : de l'hôpital à l'institut.

C'est assurer un suivi du début de la formation jusqu'à la fin et valoriser le travail produit de part et d'autre. Dans le même temps, constater un taux de réussite, c'est évaluer une production, un niveau de formation, d'autant plus quand c'est une formation par alternance. Les deux secteurs peuvent ainsi faire un bilan sur leur niveau d'encadrement. Ce moment facilite l'expression des difficultés rencontrées entre l'institut et l'établissement et permet d'élaborer des mesures de réajustements si besoin.

La collaboration entre D.S.F et D.S.G. permet de percevoir les difficultés de recrutement dès le concours.

Les difficultés peuvent provenir du mode de recrutement ou, en tous les cas, du niveau de recrutement.

Actuellement, les pressions concernant les taux de remplissage sont assez fortes sur les I.F.S.I.

Etudier avec le D.S. gestion un plan de communication en amont des concours, soit : auprès des lycéens, ou lors de forums (salon de l'étudiant, métirama, salon infirmier, salon du recrutement) en faisant participer les cadres et les I.D.E. des services de soins à présenter leur métier, des évolutions possibles, et des diverses orientations proposées peut permettre de faire voir les métiers de la santé sous un autre angle, tout en montrant un niveau d'exigence et des attentes particulières en qualité et sécurité des soins dispensés.

Les interventions pédagogiques du D.S. gestion ne sont pas assez fréquentes dans les I.F.S.I.

Expliquer les strates de la hiérarchie, les missions du D.S. gestion, sa politique de soins et ses attentes vis-à-vis des professionnels paramédicaux qui exercent dans l'institution, permet une prise de contact avec les étudiants, et apporter une réponse à leur questionnement. La cohérence est de ce fait démontrée entre des valeurs prônées par une direction des soins et un institut. La continuité est assurée. Ceci est d'autant plus important quand il n'existe pas de stage d'intégration dans l'établissement.

C'est aussi pour le D.S. gestion des moments privilégiés où il peut échanger sur les difficultés du terrain, entendre des attentes, voire même avoir des pistes de réflexion sur des mesures nouvelles à mettre en œuvre.

Cette communication engagée, elle établit une courroie de transmissions qui peut ainsi trouver toute sa dimension par l'information descendante, outil indispensable pour un dirigeant tel que le D.S. gestion. Par répercussion, il pourra réfléchir avec l'encadrement des pôles voire le corps médical sur de nouvelles orientations. L'équipe hospitalière est ainsi complète, la collaboration effective est efficiente.

Ceci nous amène à la pratique réflexive de retour de stages qui serait à développer.

L'intégration des étudiants dans l'institution passe par une évaluation de leur part sur leur vécu en stage, ou tout au moins avoir la possibilité d'un lieu d'expression suite à la formation sur le terrain.

Ainsi, avec le D.S. gestion, le directeur d'I.F.S.I. pourrait travailler sur cet aspect en formalisant la démarche. Il faut s'assurer que celle-ci soit professionnelle et représente réellement une réflexion sur une situation qui a intéressé ou posé problème à l'étudiant. Faire réfléchir toute personne sur ce qu'il a fait avec une prise de recul nécessaire, c'est lui faire prendre conscience de décisions prises à un instant précis, et savoir en quoi une autre orientation aurait été encore plus adéquate. C'est également pouvoir le rassurer sur ce qui a été fait. Au total, cette démarche permet de souscrire et de s'inscrire dans une démarche professionnalisante et une démarche qualité.

De ce fait, les équipes des unités de soins doivent être préparées à ce regard, en leur expliquant que c'est une démarche critique tout en étant constructive.

Se remettre en question, c'est montrer une ouverture d'esprit et adhérer totalement à une démarche continue de la qualité.

L'intégration des nouveaux professionnels dans les services de soins, même à la sortie de l'I.F.S.I. ne gage en rien sur la maîtrise des connaissances dans une spécialité particulière, ou une prise en charge de patients.

Il faut pouvoir se départir d'une technicité pour pouvoir prendre du recul sur la pathologie et se concentrer par la suite à une prise en charge globale du patient puis du service où on exerce.

Ayant fait un stage dans un I.F.S.I. ou l'apprentissage s'effectuait par la méthode du e-learning, il semblerait intéressant de pouvoir en faire bénéficier l'établissement de rattachement. Ces cours, informatisés, étant dispensés en non présentiel, les étudiants peuvent appréhender les cours à leur rythme, y revenir quand ils le souhaitent, et autant de fois que nécessaire. De plus, en fin de programme, un questionnaire est à disposition pour confirmer ou non les acquis.

Tout nouveau professionnel intégrant l'institution, peut en bénéficier si besoin, pour remettre à jour ses connaissances. C'est lui permettre une prise de poste beaucoup plus opérationnelle et rapide, et diminuer les facteurs de stress.

L'objectif de la mise en œuvre du e-learning est multiple, car :

- ✓ il permet l'optimisation des connaissances des nouveaux professionnels,
- ✓ c'est une façon pour l'I.F.S.I. de collaborer à l'optimisation du recrutement,

- ✓ pour les pôles, c'est proposer une mobilité interne plus efficace voire permettre de mutualiser les moyens humains.

Les modalités d'échange sont à envisager, car cette méthode a un coût financier, donc d'investissement, et un coût en temps agents : ce sont les cadres formateurs de l'institut qui élaborent les cours.

Les possibilités d'échanger peuvent se voir sous un aspect financier tel que par la contractualisation entre les pôles et l'I.F.S.I. Ceci peut être fondé tant au niveau du recrutement que de la capacité de stages et des cours dispensés en interne par les équipes médicales comme paramédicales.

L'autre moyen d'envisager ces échanges est de participer au maintien des connaissances techniques des cadres formateurs.

Le D.S. formation pourrait envisager d'étendre sa collaboration avec son collègue gestion vu les évolutions du programme de formation I.D.E. qui envisage que les cadres formateurs deviennent des cadres cliniciens.

En plus de ce qui est proposé ci-dessus, pour permettre aux professionnels de l'I.F.S.I. d'accéder encore plus facilement aux services : mise en place du tutorat, travail de fin d'année d'étude en lien avec les divers projets, ..., le D.S.G. pourrait envisager avec l'aide de l'encadrement hospitalier de les convier systématiquement dans les services de soins dont ils sont référents, pour participer aux exposés et présentations diverses des visiteurs de laboratoires médicaux.

C'est les faire accéder aux nouveautés, les faire participer aux échanges avec les professionnels de terrain et tester les matériels et produits présentés.

Ouvrir les réunions de services ou les staffs aux cadres formateurs permet de garder un contact professionnel proche avec les médecins autrement qu'à travers des cours dispensés, ou lorsqu'il faut chercher des cas concrets pour les étudiants pour leurs mise en situations professionnelles. Cela stimule également le raisonnement clinique.

Les cadres formateurs optimisent ainsi une légitimité face aux étudiants confrontés aux évolutions incessantes du monde hospitalier par de nouvelles technicités de soins, de prise en charge des patients.

Ce procédé permettrait également une mobilité plus simple et peut être plus intéressante entre les deux fonctions de cadre : de santé ou formateur, due à une richesse de compétences par la mutualisation de savoirs.

3.3 Participer : pour être connu et reconnu

A partir des observations faites lors des entretiens et lors des stages effectués pendant la formation à l'E.H.E.S.P., nous constatons que les I.F.S.I. participent peu à la vie de l'établissement de rattachement.

Un des D.S. gestion interrogé, avait parlé de faire participer lors du prochain projet de soins les cadres formateurs et voir à ce qu'ils puissent participer aux évaluations des pratiques professionnelles ou à des groupes de travail de la C.S.I.R.M.T.

Ceci rejoint également une volonté de mieux les intégrer dans les services en mettant en valeur leurs compétences et maintenir les connaissances à jour. Ces évaluations représentent le processus en lien avec la certification, fondées sur des référentiels et se basant également sur des conférences de consensus.

Impliquer les cadres formateurs, c'est bénéficier d'un regard distancié d'avec le quotidien, sans enjeu particulier si ce n'est celui de mettre en exergue des dysfonctionnements ou des points forts reproductibles et être force de propositions.

Dans les services, les pressions du quotidien, les ruptures de tâches et la recherche de réponse adéquate aux situations, ne permettent pas de prendre toujours un recul nécessaire, suffisant, pour avoir une analyse réflexive de pratiques.

Il en va de même pour l'évaluation des dossiers patients partie para médicale. Faire intervenir à un instant précis à la demande du D.S. gestion, les formateurs dans des unités de soins pour tirer au sort des dossiers et les évaluer selon une grille prédéfinie, permettrait de mettre en valeur des écrits incomplets, ou poser des questions sur des prises en charge et d'inciter à une réflexion collective.

Ces évaluations permettraient de mettre en adéquation les outils appris à l'I.F.S.I à la méthode des transmissions ciblées avec ceux de l'établissement. La cohérence se fait également par une harmonisation de l'apprentissage d'autant plus quand l'I.F.S.I. est rattaché à l'établissement.

Les services, les pôles pourront ainsi bénéficier d'évaluations de professionnels. Ce seront des échanges constructifs pour un seul et même but que défendent entre autres, tous les D.S. : la qualité des soins dispensés aux patients.

L'établissement sera le bénéficiaire de ces échanges et de cette complémentarité, quant à l'I.F.S.I., il sera un partenaire incontournable pour l'établissement de rattachement.

Un autre point a retenu notre attention, lors du déclenchement d'un exercice Plan Blanc dans l'établissement ou j'effectuais un stage.

Aucune personne de l'I.F.S.I. n'a été mise au courant de cette mesure, jusqu'au moment, ou un agent de l'administration est venu le dire en personne au D.S. formation. « *Rien de particulier, sauf qu'il faudra peut être réquisitionner les locaux pour l'accueil des familles.* » J'ai attendu de voir si cette déclaration était suivie d'actions particulières, et ai donc demandé au D.S. formation ce qu'il en était. A priori, rien ne changeait le cours de la journée. Ceci interroge sur l'absence de l'I.F.S.I. à l'élaboration du Plan Blanc.

Il semble intéressant de joindre l'I.F.S.I. dans la mise en œuvre d'un plan blanc afin de disposer des compétences de cadres formateurs qui peuvent se joindre aux

professionnels de l'établissement et assurer une réponse en aval du service des urgences et apporter ainsi un renfort aux équipes de soins.

Quant aux étudiants, en fonction de l'année d'étude, et de leurs acquis, les deux D.S. peuvent, de concert, étudier les postes que les étudiants peuvent occuper afin de rejoindre des équipes des secteurs de soins.

C'est pouvoir organiser au mieux une situation d'urgence et assurer une réponse efficace aux besoins de la population à un moment particulier. C'est optimiser les ressources tant en quantité qu'en efficacité plutôt que de constater des dysfonctionnements dus à une masse d'électrons libres qui font perdre en opérationnalité. C'est le travail d'équipe.

Cette réflexion pourrait s'étendre aux autres plans tels que le Plan Bleu, entre autres.

Toutes ces propositions sont soumises à une réorganisation en priorité au niveau de l'I.F.S.I. pour libérer du temps aux cadres formateurs.

Il faut pouvoir travailler avec l'équipe sur les missions de chacun, revoir ce qui a trait à chacun des membres de l'équipe de l'institut.

Si le travail d'équipe s'étend jusqu'à l'établissement de rattachement, comme tout projet, la mise en œuvre de ces propositions demandera du temps. Le réinvestissement, par la cohérence et l'investissement de chacun devrait trouver une plus-value dans la formation des étudiants.

Il est clair également, que le nouveau programme de formation qui devrait voir le jour en 2009, devrait consacrer plus de temps en continu pour les stages. Les étudiants devraient donc être mieux intégrés et plus investis dans les équipes de soins, et apporter ainsi une ressource supplémentaire.

Les soignants devraient moins regarder leur arrivée dans le service comme une contrainte, mais bien comme une opportunité. Ceci demande aux professionnels une vigilance accrue et du temps pour les former, les encadrer, et surtout contrôler les soins donnés aux patients, mais également un regard neuf.

Pour les formateurs, le temps de stage plus long pour les étudiants, devrait leur permettre d'avoir un réseau professionnel beaucoup plus étroit, et des moments d'échanges plus importants.

Conclusion

Lorsque j'ai occupé le poste de faisant fonction de directeur des soins gestion, un étudiant m'a interpellée dans un couloir afin de me demander la procédure à suivre pour qu'un groupe d'étudiants aient un rendez-vous avec la C.G.S., au motif d'une annulation de copies par le directeur des soins de l'I.F.S.I. au seul prétexte d'un zéro au calcul de dose, demandé à la dernière évaluation théorique.

Je lui ai expliqué qu'une attitude professionnelle semblait plus adéquate, à savoir : aller voir le D.S. de l'I.F.S.I. et lui demander de refaire le devoir. Ceci montrait la compréhension et l'intégration de l'impact d'une erreur de dosage lors d'un soin. Une négociation pouvait avoir lieu autour du contexte d'apprentissage, car s'agissant d'une erreur théorique. De plus, je lui ai expliqué qu'aucun professionnel, *a fortiori* la C.G.S., ne s'opposerait à ce genre de décisions, voire même l'appuierait, car étant responsable de la sécurité des soins dispensés aux patients sur l'hôpital, et en attente d'une qualité optimale de prestations de la part de professionnels.

Cette situation nous a fait réfléchir sur la vigilance à avoir entre directeurs des soins gestion et formation pour respecter les choix pris, les valeurs défendues par chacun des protagonistes et le niveau d'exigence concernant les professionnels travaillant auprès des patients.

La cohésion d'équipe nous paraît importante dans un contexte où les enjeux sont déterminants. La cohérence dans l'apprentissage des étudiants, d'autant plus lors d'une formation par alternance, semble incontournable. L'aspect théorique doit se fondre avec la pratique afin de faciliter la compréhension et le développement de savoirs.

La mutualisation des compétences est une richesse que doivent pouvoir explorer et exploiter les directions des soins concernées, au seul bénéfice de la qualité des prestations dispensées aux patients.

Les grandes conditions à la réussite de sa mise en œuvre, sont de connaître les champs de responsabilité de chacun, se respecter, échanger et vouloir travailler avec l'autre dans un esprit d'équipe et donc de complémentarité.

Six années pour développer une histoire commune, des projets communs, vers une offre optimisée de soins de qualité, c'est encore trop peu probablement pour mesurer une réelle collaboration entre directeurs des soins formation et gestion. C'est l'enjeu de l'ensemble des professionnels, du corps des directeurs des soins, surtout avec la mise en place de la régionalisation, pour que la formation reste une formation professionnelle faite par des professionnels.

L'arrivée d'un nouveau programme de formation à l'E.H.E.S.P., suite à la parution du décret concernant les directeurs des soins en 2002, est donc une opportunité qu'il faut savoir saisir pour revoir des organisations.

C'est le moment adéquat pour se poser des questions, et tirer profit des enseignements du passé. C'est une façon d'avancer, de progresser.

Parler de travail commun entre l'I.F.S.I. et l'hôpital professionnalisé peut être davantage la collaboration, que de souhaiter un rapport entre directeur des soins formation et gestion. La notion de personnes s'efface au bénéfice de prestations de qualité, de développement de compétences, de services rendus.

Sources et Bibliographie

Textes Réglementaires :

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

Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties 4 et 5 du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code, comportant des actes, règles et déontologie professionnels.

Arrêté du 25 janvier 2005 modifié relatif aux modalités d'organisation de la validation des acquis de l'expérience pour l'obtention du diplôme professionnel d'aide-soignant.

Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux.

Ouvrages :

CROZIER M. – FRIEDBERG E., 1977, « *L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective* », Edition du Seuil, 478p

LE BOTERF G., 2000, « *Développer la compétence des professionnels* », *Construire les compétences individuelles et collectives*, Edition organisation, Paris, 214p

LE BOTERF G., oct.2002, « *Ingénierie et évaluation des compétences* », 244p

MICHEL M., THIRION J.F., 1996, « *La gestion des conflits à l'hôpital* », collection « *Pratiquer ...* », Editions Lamarre, 198p

MILGRAM S., 1974, « *soumission à l'autorité* », Almann-Lévy, collection "liberté de l'esprit", 272p

MUCCHIELLI A., 2007, « *Le travail en équipe. Clés pour une meilleure efficacité collective* », *Formation permanente. Série entreprise*, 208p

Publications : Articles – revues :

BROCH M.H., 2004/11, Lyon : *Chronique Sociale*, Travailler en équipe à un projet pédagogique, Réf. 6p, 218p

GAUTIERC., HURTAUD C., 2006, *Rapprochement des formations initiales du sanitaire et du social, Soins. Cadres, Fascicule 57*, pp. 40-43

LE BOTERF G., *Rapport de lecture : Construire les compétences individuelles et collectives ; la compétence n'est plus ce qu'elle était.*

LE BOTERF G., février 2004, « *Gérer les compétences : est-ce bien nécessaire ? De quoi s'agit-il, est-ce toujours possible ?* » Conférence introductive sur le « répertoire des métiers au service du développement de compétences »

LE DOUARON P., 1993, « *Alternance et négociation* », Edition Education permanente, n°115, pp. 111-1187

LUCE S., 2003, « *Ecole à l'hôpital : trente ans d'existence* », Gestions Hospitalières, Fascicule 424, pp. 205-210

PASTRE P., 2006, « *Apprendre à faire* », E Bourgeois et G Chapelle, *Apprendre et faire apprendre*, Edition PUF, pp.109-121

PINEAU P. / coor., BAGROS P., GEAY A., et al., « *L'alternance, une alternative éducative ?* », Education Permanente, 162p.

RAYNAL F., RIEUNIER A., 2003, « *Pédagogie, dictionnaire des concepts clés* », ESF éditeur, Paris, page 267

SAVOYANT A., 2005, « *L'activité en situation de simulation : objet d'analyse et moyen de développement* », in Pastré (dir), *Apprendre par la simulation*, Toulouse, Octares, 375p

VILLENEUVE L., 2000, « *L'encadrement du stage supervisé* », Montréal Saint Martin, 199p

ZAY D., 1994, « *Etablissements et partenariats : stratégies pour des projets communs* », *Savoir, éducation, formation*, n°1,464p

Mémoires :

BOUSSEMAERE S., 2007, Le partenariat entre les directeurs des soins gestion et formation : enjeux et perspectives dans le processus de professionnalisation des étudiants en soins infirmiers, Mémoire ENSP de Directeur des Soins, 62p.

BOUSSOUAK C., 2007, Partenariat entre directeurs des soins gestion et formation : vers une formation professionnalisante des étudiants en soins infirmiers, Mémoire ENSP de Directeur des Soins, 61p.

DAGORET C., 2006, L'adéquation entre les attentes des clients et la stratégie managériale : place de la démarche qualité dans la formation professionnelle, mémoire ENSP directeur des soins, 57p.

DEFRANCE C., La construction des compétences infirmières : une nécessaire complémentarité IFSI/Hôpital, Mémoire ENSP de Directeur des Soins, 82p.

DEMANGE-WISNIEWSKI E., 2007, Les réformes conduisant au DPAS : un levier managérial pour le Directeur des Soins, Mémoire ENSP de Directeur des Soins, 58p.

DULAC J.J., 1984, Dynamique de concertation dans l'élaboration et mise en place du projet pédagogique et thérapeutique – illusions et réalité, Mémoire ENSP de Directeur d'Etablissement Social - CAFDES Option - Enfance

FAUGIER-SEURET C., 1990, Institut de formation – institution soignante. Deux pôles en interaction nécessaire pour l'amélioration de la qualité des soins, Mémoire ENSP d'Infirmier Général, 74p.

GANIER M.A., 2004, L'intégration des cadres de santé débutants : un enjeu pour le

directeur d'I.F.S.I., Mémoire ENSP de Directeur des Soins, 61p.

JUNTER-LOISEAU A., SCHWEYER F.X., PODEVIN G., GUY C. / collab., 1992, La compétence en question. Ecole, insertion, travail, Journées du Lessor., Rennes, 228p

LAVIEILLE / SCHERB B., 2002, Adaptation à l'emploi et recrutement des infirmiers : un légitime partenariat entre Direction des Soins et Direction d'institut de formation, 53p.

PAOLI A., 1994/01, L'impact du projet pédagogique sur la fonction de direction, Mémoire ENSP de Directeur d'Etablissement Social - CAFDES Option Adulte Handicapé, 64p

PERRIER-GUSTIN P., 2004, Directeur des soins Gestion/Directeur des soins Formation : Duo ou Dualité, Mémoire ENSP de Directeur des Soins, 63p.

RIGON-JOFFROY S., 1990, L'encadrement des élèves – Infirmiers : un atout dans la stratégie de l'Infirmière Générale pour gérer les difficultés de recrutement des infirmiers, Mémoire ENSP d'Infirmier Général, 103p.

ROUILHAC N., 1990, Fidéliser les élèves Infirmiers dès leur stage, un besoin vital pour les hôpitaux : rôle de l'Infirmière Générale, Mémoire ENSP d'Infirmier Général, 98p.

SLIWKA C., 2005, Turn-over des infirmières en Ile-de-France : quelles stratégies des Directeurs des Soins pour recruter et fidéliser ?, Mémoire ENSP de Directeur des Soins, 63p.

Documents électroniques :

mieuxvivre.espacedoc.net/index.php : mieux vivre ensemble à l'école

wikipedia.org : définitions

Jacques.nimier/competences_vergnaud : VERGNAUD G., 2006, « les compétences qu'est-ce que c'est ? », Les compétences, Bravo! Mais encore? Réflexions critiques pour avancer

Liste des annexes

ANNEXE N°1 : Guide d'entretien effectué auprès des D.S. Gestion et Formation

Ancienneté dans la fonction :

Y a-t-il eu mobilité ?

Si oui, combien d'année dans chacune des fonctions :

Questions formulées en fonction des hypothèses émises :

✓ Hypothèse I :

La définition des zones de collaboration en commun permet de dépasser les représentations que peut avoir chaque D.S. de l'activité de l'autre.

Comment qualifieriez-vous votre travail avec votre collègue ?

Y a-t-il d'après vous complémentarité avec votre collègue et si oui à quel niveau ?

Quels sont les projets menés de concert ? Les projets que vous souhaiteriez mener ?

Que pensez-vous de la formation commune proposée par l'E.H.E.S.P. ?

Peut-il y avoir des zones de collaboration avec votre collègue ? Si oui, lesquelles ?

✓ Hypothèse II :

Les logiques institutionnelles et les missions de chacun freinent cette collaboration.

Quelles sont les difficultés auxquelles vous êtes confrontées dans votre quotidien ?

Comment travaillez-vous avec l'hôpital ? Avec l'I.F.S.I. ?

Pensez-vous que vos missions puissent être un frein à un travail en collaboration ? A un partenariat ?

✓ Hypothèse III :

Le regard porté sur la profession d'infirmière est différent

Qu'attendez-vous de l'I.F.S.I. concernant la formation I.D.E. ? Des terrains de stage ?

Quels sont d'après vous les incohérences dans l'apprentissage des étudiants ?

Comment s'effectue le recrutement des étudiants de l'établissement ? Y a-t-il concertation entre vous ?

Souhaitez-vous ajouter quelque chose sur le sujet ?