



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

DIRECTEUR DES SOINS

Promotion 2006

**L'optimisation des compétences des
infirmières nouvellement diplômées en regard
des attentes des services de soins en
psychiatrie.**

Pascal DUFOUR

Remerciements

Le sens de la relation en psychiatrie est une richesse et la résultante d'un vrai savoir faire. Je peux en témoigner avec plaisir et reconnaissance, moi qui ai toujours été bien accueilli tant sur le CHD qu'au sein de l'IFSI résident.

Voici donc, l'expression sincère de mes plus vifs remerciements à tous ceux qui ont contribué à enrichir ma réflexion.

Merci aussi à mes lecteurs attentifs et critiques, ainsi qu'à ceux qui m'ont guidés sur le plan méthodologique.

Enfin, merci à mes proches qui m'ont soutenu et accompagné tout au long de mon cheminement.

Sommaire

Introduction	1
1 Contexte général et éléments théoriques	3
1.1 Contexte	3
1.2 Constats	5
1.2.1 L'infirmière comme acteur hospitalier	5
1.2.2 L'impact d'un programme construisant une formation généraliste et d'un doublement des quotas d'entrée, sur les compétences acquises par les infirmières nouvellement diplômées.	6
1.2.3 L'écart entre les compétences attendues et celles possédées par les infirmières nouvellement diplômées.	7
1.2.4 L'insuffisance de l'encadrement en stage et lors de la prise de fonction.	9
1.2.5 Problématique	9
1.3 Approche théorique	10
1.3.1 Le processus de construction identitaire de l'infirmière	11
1.3.2 La compétence	12
1.3.3 La formation par alternance	15
1.3.4 Le tuteur et le tutorat	17
2 Méthodologie	20
2.1 Champ de l'enquête	21
2.1.1 Lieu de la recherche	21
2.1.2 La population interviewée	21
2.1.3 La conduite des entretiens	22
2.1.4 Les limites de la recherche	23
2.1.5 Les thèmes abordés	24
2.2 Analyse des entretiens par thème	25
2.2.1 Caractéristiques professionnelles des personnes interviewées.	25
2.2.2 Relations établies avec les IFSI et l'encadrement des ESI en stage.	27
2.2.3 Représentation des IND (motivation, identité professionnelle).	28

2.2.4 Ce qui caractérise les IND aujourd'hui	30
2.2.5 Compétences générales attendues par les services de soins chez une IND.	32
2.2.6 Déroulement de la première prise de fonction des IND	34
2.2.7 Organisations, moyens, partenariats permettant de réduire l'écart entre les compétences attendues et celles possédées par les IND.	36
2.2.8 Synthèse de l'enquête et confrontation des résultats avec les hypothèses	39
2.2.8.1 Hypothèse 1 : La construction des savoirs et des compétences des infirmières nouvellement diplômées est en décalage avec les attentes des services de soins.	40
2.2.8.2 Hypothèse 2 : L'action d'un tuteur de stage peut contribuer à la transmission des savoirs et à l'acquisition de compétences.	40
2.2.8.3 Hypothèse 3 : L'articulation IFSI et hôpital peut concourir à la construction des savoirs et favoriser l'acquisition des compétences professionnelles.	40
3 Stratégie et propositions d'actions du directeur des soins pour réduire le différentiel entre les compétences attendues par les services de soins et celles possédées par les IND	41
3.1 Le temps de la genèse de la collaboration entre le directeur des soins en gestion et le ou les directeurs des soins en IFSI.	42
3.2 Le temps de la mise en place du tutorat	45
3.3 Le temps de la formation initiale des ESI	49
3.4 Le temps de la prise de fonction des IND	53
CONCLUSION	57
Bibliographie	61
Liste des annexes	65

Liste des sigles utilisés

AFDS : association française des directeurs des soins
ANFH : agence nationale de la formation hospitalière
ARH : agence régionale de l'hospitalisation
CATTP : centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CDS : cadre de santé
CEFIEC : comité d'entente des formations infirmières et cadres
CHD : centre hospitalier départemental
CME : commission médicale d'établissement
CMP : centre medico-psychologique
CMTP : cadre en mission transversale pédagogique
CRC : cadre en mission transversale pour la construction de référentiels de compétences
CREDES : centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé
CSDS : cadre supérieur de santé
CSIMTR : commission des soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation
CTN : conseillère technique nationale
DEI : diplôme d'état infirmier
DHOS : direction des hôpitaux et de l'organisation des soins
DRASSIF : direction régionale des affaires sanitaires et sociales de l'Ile-de-France
DRESS : direction de la recherche des études de l'évaluation des statistiques
DRH : direction des ressources humaines
DS : directeur des soins
DSG : directeur des soins en gestion
DSIFSI : directeur des soins en IFSI
ESI : étudiant en soins infirmier
ESI3A : étudiant en soins infirmier de troisième année
GAS : groupe d'accueil des stagiaires
GAT : groupe d'accompagnement du tutorat
GPEC : gestion prévisionnelle des emplois et des compétences
GRH : gestion des ressources humaines
HDJ : hôpital de jour
IDE : infirmière diplômée d'état
IFCS : institut de formation des cadres de santé
IND : infirmière nouvellement diplômée
IFSI : institut de formation en soins infirmiers
MR : médecin responsable de la commission d'appui en santé mentale

MSP : mise en situation professionnelle

PH : praticien hospitalier

SROS : schéma régional d'organisation sanitaire

TFE : travail de fin d'études

UHTC : unité d'hospitalisation temps plein

VAE : validation des acquis de l'expérience

Introduction

La construction et la mobilisation des compétences professionnelles représentent des éléments clés de la réponse aux besoins des patients et aux attentes des familles. En effet, les professionnels de santé ont pour principale mission de mettre tout en œuvre pour soigner les malades et/ou pour contribuer à l'amélioration de leur qualité de vie.

L'efficacité, l'efficience, la performance, dans la réponse aux besoins des patients, sont des niveaux de qualité et des bénéfices consécutifs à des prises en charge compétentes, de plus en plus évoqués, normés et recherchés.

L'analyse de la littérature consacrée à la notion de compétences professionnelles fait apparaître l'existence de nombreuses définitions qui, bien qu'elles soient un peu divergentes, s'accordent toutes à dire que la compétence est :

- liée à l'action, ce qui permet généralement de la repérer ;
- liée à un contexte professionnel donné et à des situations de résolution de problèmes identifiées dans ce contexte.

Précédemment, et notamment lorsque nous étions formateur, nous formions souvent des professionnels pour leur permettre d'atteindre une qualification, la compétence n'étant pas directement liée au temps de formation. Aujourd'hui, le lien entre formation et compétences est clairement établi. La volonté est de rechercher des savoirs opérationnels, qui représentent une notion très dynamique permettant à l'apprenant d'être rapidement efficace. Pour tous les acteurs participant à la formation des professionnels de santé, cela constitue une évolution nette, car nous sortons de la pédagogie de la transmission d'un simple savoir, pour entrer dans la gestion de la ressource humaine, individuelle et collective, au bénéfice des savoirs mobilisables.

Cette dynamique représente une vive préoccupation pour le directeur des soins, car dans le cadre du décret n°2002-550¹, ses missions impliquent un investissement en matière de gestion de l'appropriation des compétences des personnels paramédicaux, notamment au travers de l'organisation de l'encadrement des étudiants en stage.

Au cours de notre activité professionnelle, nous avons toujours été préoccupés par la formation initiale des différents soignants composant les équipes dont nous avons la

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

responsabilité, et motivés pour rapprocher les compétences des agents (notamment des nouveaux diplômés), des besoins et des attentes des patients et des services de soins. Dans le cadre de ce travail, nous allons donc nous intéresser tout particulièrement aux compétences des infirmières nouvellement diplômées (IND) dans le contexte d'une première prise de fonction dans le domaine de la santé mentale. D'une part, parcequ'il s'agit d'une des priorités du plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008² et d'autre part, parceque nous prenons un poste de direction des soins dans un hôpital ayant la psychiatrie et la santé mentale pour activité principale. Par ailleurs, et conformément à notre intérêt professionnel, nous souhaitons plus particulièrement réfléchir au différentiel existant entre les compétences attendues par les services de soins et celles possédées par les IND.

La méthodologie que nous utilisons pour notre enquête est celle des entretiens semi directifs réalisés avec des professionnels de catégories différentes issues d'un établissement spécialisé dans le traitement des troubles de la santé mentale.

Ainsi, ce document se décompose en trois parties. La première partie précise le contexte, établit des constats et réalise une approche théorique de différents concepts et modalités organisationnelles ; elle pose également la question de départ (centrée sur la compréhension du différentiel évoqué précédemment) et les hypothèses.

La seconde partie présente la méthodologie d'enquête utilisée et l'analyse de l'ensemble des éléments recueillis.

La troisième partie nous permet de développer une stratégie d'action et d'établir des propositions opérationnelles permettant de répondre à notre question de départ.

Le lecteur trouvera également en annexes :

- le guide d'entretien (annexe 1)
- une lettre de mission (annexe2)
- la fiche projet n°1 (annexe 3)
- la fiche projet n°2 (annexe 4)
- un extrait de la circulaire du 16 janvier 2006 (annexe 5)

1 Contexte général et éléments théoriques

² Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 présenté au conseil des ministres le 20 avril 2005

1.1 Contexte

En ce début de XXI^e siècle, en France, l'hôpital public soigne et prend en charge tous les malades. On y accueille vingt-quatre heures sur vingt-quatre toutes les détresses physiques, psychologiques, sociales, toutes les maladies et accidents. L'hôpital est le centre de référence local ou régional des techniques médicales. Il évolue dans un environnement en perpétuel changement, dans un contexte de maîtrise et de rationalisation des dépenses de santé.

L'hôpital doit faire face à l'accélération des évolutions technologiques et à la nouvelle place qu'occupent les usagers. Un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens³ (qui tient compte du schéma régional d'organisation sanitaire⁴) entre l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) et l'établissement détermine ses orientations stratégiques. L'accréditation et la certification développent une culture hospitalière de la qualité et de l'évaluation quantitative et qualitative qui répond à une demande sociale croissante de confiance et de sécurité. L'impératif de fiabilité devient prioritaire, qu'il s'agisse de la qualité des produits et des services, du bon fonctionnement des processus de production ou de gestion, de la certification d'un organisme ou des soins fournis à un patient.

Dans la logique de la sectorisation, mise en œuvre progressivement à partir des années soixante⁵ et des lois du 25 juillet⁶ et 31 décembre 1985⁷ qui apportent des compléments en définissant le cadre légal de la sectorisation, la psychiatrie publique est caractérisée par une grande diversité de l'offre de soins, tant dans les structures et services que dans les modalités de prise en charge proposées. Le territoire de santé dont le secteur psychiatrique représente le cadre d'organisation des soins en psychiatrie publique a pour vocation de faciliter l'articulation entre l'offre de soins psychiatriques et somatiques sur la base de principes d'organisation commun : l'accessibilité aux soins, la qualité des soins, la continuité et la cohérence des prises en charge, le soutien et l'implication des familles.

³ L'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée a inséré dans le code de la santé publique la notion de contrat d'objectifs et de moyens

⁴ La loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière a créé le SROS, l'ordonnance de simplification du 04 septembre 2003 a réorganisé le régime de réalisation des SROS

⁵ Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales

⁶ Loi n° 85.772 du 25 juillet 1985 légalisant le secteur

⁷ Loi n° 85.1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique

L'arrêté ministériel du 14 mars 1986⁸ distingue deux grandes catégories de structures de lutte contre les maladies mentales : les structures avec et sans hébergement. Par ailleurs, outre ces structures et services, les équipes de psychiatrie publique ont développé, dans la logique de la sectorisation, différentes modalités de prise en charge telles que, la psychiatrie de liaison à l'hôpital général ou des interventions dans le secteur social et médico-social. L'organisation des urgences psychiatriques est préconisée par la circulaire du 16 avril 2003⁹ qui met l'accent sur l'ambulatoire au travers des centres médicopsychologiques, des visites à domicile et sur les services d'urgence intégrés dans les hôpitaux généraux.

La définition de la santé mentale comporte trois dimensions : « *la santé mentale positive qui recouvre l'épanouissement personnel, la détresse psychologique réactionnelle qui correspond aux situations éprouvantes et aux difficultés existentielles, et les troubles psychiatriques qui correspondent à des troubles de durée variables plus ou moins sévères et handicapants* » Sa prise en charge thérapeutique peut paraître complexe car elle relève d'une organisation multipolaire riche de compétences professionnelles très hétérogènes. Pour prendre en compte cela, les pouvoirs publics, dans le cadre du plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008, cherchent le renforcement et l'adaptation de la formation des professionnels sanitaires et sociaux dans le domaine de la psychiatrie et de la santé mentale pour tenter de mieux répondre à l'ensemble des besoins des patients souffrant de troubles psychiques.

En effet, les usagers patients et leur famille souhaitent pouvoir avoir confiance dans la compétence des professionnels¹⁰. Ils exigent d'avoir affaire à des « pros » qui sont des personnes capables de réagir de façon adaptée à une situation inattendue, de prendre des initiatives pertinentes et d'innover au quotidien en pouvant répondre à une évaluation de la performance.

L'une des réponses de l'hôpital à cette dernière problématique est d'une part la qualité de la formation initiale et continue de ses agents, et d'autre part l'encadrement lors des stages et des prises de postes.

Conformément au décret n°2002-550, le directeur des soins en fonction de gestion dans un hôpital est bien placé pour contribuer à répondre à ces différentes préoccupations. En effet, il occupe un rôle essentiel dans la structuration et l'organisation de la formation des ESI et dans la dynamique d'encadrement des IND au sein de l'établissement dans lequel

⁸ Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement

⁹ Circulaire DHOS/01 n°2002-195 du 16 avril 2003, relative à la prise en charge des urgences

¹⁰ Le BOTERF G, Gestion des compétences, gestion hospitalière décembre 2005 p 772-776

il exerce. Il participe par ailleurs au recrutement des infirmières et propose leur affectation. Leurs savoirs et leurs compétences sont des éléments essentiels qui concourent à la motivation de son choix.

1.2 Constats

1.2.1 L'infirmière¹¹ comme acteur hospitalier

Comme le précise René COUANAU (2003)¹² « *ce sont la qualité, les compétences et le dévouement de la communauté hospitalière et des équipes qui font la richesse d'un hôpital* ». Ainsi, cette organisation est une activité de service à forte valeur ajoutée où les dépenses de personnel représentent environ 70% du budget annuel de l'établissement (plus de 80% en psychiatrie). L'hôpital est avant tout un lieu de soins qui nécessite la présence de personnels exerçant des dizaines de métiers différents, des moins qualifiés aux plus techniques.

Les infirmières sont des acteurs hospitaliers incontournables de la prise en charge des patients et de leur famille. Le code de la santé publique Art R.4311-1 *précise le domaine d'exercice de la profession d'infirmière qui comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé.* Relève de son rôle propre Art R 4311-3 *les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes.*

Comme le précise une étude du CREDES publiée en octobre 2000¹³ et selon les chiffres annoncés par le ministère de l'emploi et de la solidarité en 1999, l'effectif infirmier en France métropolitaine se chiffrait au 1^{er} janvier 1998 à 360067 professionnels. Selon les prévisions de la DRESS¹⁴, la croissance des effectifs, consécutive à l'augmentation des quotas d'entrée en formation qui ont au niveau national quasiment doublé en 10 ans,

¹¹ Infirmière, étudiante, référente, s'entendent tout au long du texte autant au masculin qu'au féminin

¹² COUANAU R, le désenchantement hospitalier : les propositions pour sortir de la crise. Revue fondamentale des questions hospitalières n°8 2003, 247p, 64

¹³ La profession infirmière en mutation par COM-RUELLE L, MIDY F, ULMANN P biblio n°1318 139 p octobre 2000 CREDES

¹⁴ Les étudiants en soins infirmiers en 2004, Etudes et résultats de la DRESS n°458 janvier 2006

passant de 16000 en 1997-1998 à 30000 en 2003-2004, devrait se prolonger pour atteindre 400000 en 2006 et 428500 en 2017. Cette politique d'accroissement des quotas d'admission a pour volonté de répondre à la cessation prévisionnelle d'activité d'un grand nombre d'infirmières, au développement du temps partiel et surtout au passage aux 35 heures.

Toutefois cette augmentation considérable (tout particulièrement depuis ces dernières années) n'est pas sans poser de problèmes, notamment à l'hôpital public qui représente le lieu d'exercice de 59% des infirmières diplômées.

Comme le détaille Jean WEMAËRE¹⁵, cet accroissement important du nombre d'étudiants s'inscrit « *dans une tendance lourde, à savoir le passage d'une société plutôt industrielle à une société de service dont la production est réalisée par des individus* ». Dans la mesure où ce sont eux qui génèrent les biens et services à forte valeur ajoutée, la composante formation prend donc une place primordiale. La formation infirmière réalisée dans les IFSI et sur les terrains de stage, s'inscrit totalement dans cette démarche. Elle a pour objectifs de former des étudiants à un métier pour qu'ils soient des professionnels non seulement qualifiés mais compétents ; car la construction des savoirs, l'acquisition et l'appropriation des compétences sont des facteurs de performance et de compétitivité au bénéfice des patients, des soignants et des institutions.

1.2.2 L'impact d'un programme construisant une formation généraliste et d'un doublement des quotas d'entrée, sur les compétences acquises par les infirmières nouvellement diplômées.

Depuis le programme de 1992, la formation initiale infirmière délivre un seul diplôme d'état en soins généraux (arrêt de la filière psychiatrique spécifique). Elle est conçue comme une alternance de cours et de stages pratiques qui permettent à l'étudiant de se développer comme professionnel et de se construire une identité professionnelle. Toutefois ce nouveau programme qui privilégie la polyvalence infirmière tend, comme l'explique une enquête réalisée par plusieurs enseignants¹⁶, à majorer le développement d'une prégnance de la maîtrise technique au dépend de la relation « corporelle » avec le patient. Ceci contribue à modifier la construction de l'identité des futurs professionnels qui se reconnaissent, plus dans leur spécialité que dans leur métier.

¹⁵ Jean WEMAËRE de la transmission du savoir à la GRH, revue Personnel n°463 octobre 2005 p 32

¹⁶ COLOMBE-COURTOIS A, COURTOIS R, CUMINET L, GRANDSIRE A, Quelle est l'image de l'infirmière aujourd'hui ? Dossier Soins n°700 novembre 2005, pp 41-46

Cette évolution associée à l'augmentation spectaculaire des quotas d'entrée en formation a généré des commentaires qui marquent le différentiel entre les compétences attendues par les professionnels des services et celles acquises par les nouvelles infirmières diplômées. En très peu de temps les IFSI ont dû réadapter leurs locaux, augmenter les effectifs de formateurs, négocier de nouveaux terrains de stage, réfléchir à de nouvelles modalités de suivi des étudiants et créer de nouveaux partenariats. Cela n'est pas sans difficultés, car l'équilibre de la formation par alternance où les services de soins sont des lieux d'apprentissage et d'appropriation des savoirs et des compétences tend à se fragiliser.

1.2.3 L'écart entre les compétences attendues et celles possédées par les infirmières nouvellement diplômées.

Les infirmières nouvellement diplômées nécessitent un bilan de leurs compétences lors de leur prise de fonction. D'après des référentiels de service, il apparaît qu'elles ne possèdent que partiellement les compétences attendues, notamment dans les secteurs spécialisés (urgences, réanimation, psychiatrie, pédiatrie ...).

Pour exemple la circulaire n°2003-366¹⁷ se fait l'écho, suite à une enquête menée auprès de 239 IFSI en 2002, de l'insuffisance des enseignements proposés en santé mentale et des difficultés rencontrées par les infirmières nouvellement diplômées exerçant en psychiatrie. Par l'énoncé de recommandations, elle insiste sur les modalités d'apprentissage et les soins essentiels. Elle évoque notamment tout l'intérêt d'éviter l'empilement des savoirs au profit de l'acquisition d'une capacité globale à partir de l'analyse d'une situation de soins ; « *c'est la bonne compréhension des situations qui permet à l'infirmier d'être acteur de sa fonction* ». Cet apprentissage ne peut être conduit que dans un cadre professionnel et non lors des enseignements théoriques.

Les conclusions (en février 2006) d'un groupe de travail, initié (en juin 2004) par la DRASSIF avec l'aval de l'ARH d'Ile-de-France, ayant pour thème « la fidélisation des professionnels en Ile-de-France »¹⁸ précisent que les étudiants rencontrent des difficultés de plus en plus grandes à faire le lien entre l'enseignement théorique et la pratique des soins, rendant plus difficile l'apprentissage et l'intégration de la démarche clinique. Les

¹⁷ Circulaire DGS/DHOS n°2003-366 du 10 juillet 2003 relative à la mise en œuvre des enseignements concernant la santé mentale prévus par l'arrêté du 30 mars 2002

¹⁸ Conclusions en 2006 du groupe de travail initié par la Direction Régionale des affaires sanitaires et sociales de l'Ile-de-France. Pilotage par Madame Simone DESMOULIN, Conseillère Technique Régionale en Soins Infirmiers à la DRASSIF

étudiants et les professionnels de terrain constatent de fait, un décalage entre un enseignement ressenti comme scolaire à l'IFSI et les responsabilités professionnelles que nécessite la prise en charge des personnes soignées.

Comme le dit Pierrette DROUARD (1995)¹⁹, « *écoutons le message des étudiants qui se plaignent d'un décalage entre ceux qu'ils apprennent et la réalité quotidienne dans les unités fonctionnelles* ». Faute d'une préparation suffisante à cette confrontation avec la réalité, les étudiants doivent trop souvent se conformer à des modèles traditionnels qui ont tendance à séparer la théorie de la pratique, ce qui implicitement favorise un distancement entre les IFSI et l'hôpital.

Par ailleurs, le plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 identifie également la problématique des compétences spécifiques des infirmières nouvellement diplômées (notamment celles exerçant pour la première fois en psychiatrie). Il précise notamment que depuis 1992 « *les infirmières sont formées à des modalités de travail diversifiées et à des compétences polyvalentes pour un exercice dans des disciplines médicales diverses* ». Ainsi il est reconnu que le développement des modalités thérapeutiques et la complexité des situations traitées en milieu hospitalier rendent difficile l'intégration à un nouveau poste de travail et complique l'expression des compétences qui ne peuvent plus être immédiates. Dans cette logique, Danièle LACOSTE (2001)²⁰ insiste tout particulièrement sur le champ de la santé mentale et souligne en psychiatrie « *le manque de concordance de plus en plus aigu entre la formation et le travail sur le terrain* ».

1.2.4 L'insuffisance de l'encadrement en stage et lors de la prise de fonction.

L'encadrement formatif réalisé par les formateurs des IFSI sur les lieux de stage est très insuffisant. Les référents, tuteurs de stage et membres des équipes soignantes ne sont pas suffisamment disponibles pour les étudiants en soins infirmiers (ESI) et les infirmières nouvellement diplômées ce qui limite ainsi l'efficacité du tutorat. Comme le montre Bernard DEVIN (2005)²¹, il est fréquent de rencontrer des tuteurs qui ont reçu une formation pour cette mission, mais qui ne peuvent accorder qu'une attention réduite aux jeunes professionnels qu'ils ont en charge, « *tant les injonctions et les priorités auxquelles ils sont confrontés entrent en conflit avec les nécessités pédagogiques* ».

¹⁹ DROUARD P, Développer le tutorat pour mieux encadrer les étudiants infirmiers, objectif soins, n°31 mars 95, p 49-50

²⁰ LACOSTE D, La crise du monde infirmier, revue Pluriels n°27, lettre de la mission nationale d'appui en santé mentale, septembre 2001, p 11

²¹ DEVIN B, Un enjeu plus que sensible, la transmission des compétences, revue Personnel, n°463, octobre 2005, p 54-55

Michèle MORIN (2004)²² précise que de nombreuses infirmières jeunes et moins jeunes diplômées acteurs & témoins de débuts difficiles constatent que trente huit mois de formation en alternance pour obtenir le diplôme d'état infirmier permettent à peine d'appréhender les multiples techniques et connaissances spécifiques en constante évolution dans chaque discipline. Peu d'infirmières nouvellement diplômées osent à peine avouer qu'elles n'ont pas eu l'occasion de voir ou de pratiquer tel ou tel soin. Leurs collègues attendent d'elles du renfort et ont perdu toute patience envers ces nouvelles recrues, quand elles ne manifestent pas un certain agacement lorsque leur arrivée coïncide avec celle de plusieurs stagiaires à encadrer (résultat de l'augmentation des quotas dans les IFSI).

Par ailleurs, les membres des équipes soignantes et les tuteurs interviennent peu dans la plupart des IFSI ce qui d'une part renforce la dichotomie entre la théorie et l'application pratique et d'autre part accroît l'écart entre les compétences attendues par les services de soins et les compétences recherchées par les IFSI.

1.2.5 Problématique

Les compétences des IND se construisent progressivement, pendant toute la période de leur formation initiale, et au cours de leurs différentes expériences professionnelles. De très nombreux facteurs, individuels, institutionnels, fonctionnels et organisationnels concourent à cette construction. Chaque IND développe des compétences spécifiques, pouvant lui permettre de répondre à certaines attentes des services de soins.

Tout particulièrement en psychiatrie, et notamment en regard des constats que nous avons établis précédemment, les professionnels en poste dans les unités de soins et les IND s'accordent à dire qu'il existe, un différentiel marqué, entre les compétences attendues par les services et celles possédées par les IND, alors même que la formation infirmière cherche à former des professionnels de plus en plus polyvalents.

C'est pourquoi, en regard de cette problématique notre question de départ s'attache à comprendre **pourquoi les compétences des infirmières nouvellement diplômées ne répondent que partiellement aux attentes des services de soins lors de leur première prise de fonction ?**

Cette question nous amène à poser les hypothèses suivantes qui demandent à être vérifiées.

²² MORIN M, Pénurie, les limites à la suppléance infirmière, Soins Cadres n°50 mai 2004 p 38-39

Les hypothèses

La construction des savoirs et des compétences des infirmières nouvellement diplômées est en décalage avec les attentes des services de soins.

L'action d'un tuteur de stage peut contribuer à la transmission des savoirs et à l'acquisition de compétences.

L'articulation IFSI et hôpital peut concourir à la construction des savoirs et favoriser l'acquisition des compétences professionnelles.

Ainsi cette étude propose, dans le cadre d'une approche théorique, de définir le champ de réflexion inhérent aux concepts du processus de construction identitaire, du savoir et de la compétence, de la formation par alternance, de l'infirmière référente tuteur de stage, du tutorat, et du compagnonnage

1.3 APPROCHE THEORIQUE

Le questionnement concernant les compétences acquises par les infirmières nouvellement diplômées et les compétences attendues par les professionnels des services de soins aborde de nombreuses thématiques. Le recours à des références théoriques va permettre d'explicitier de nombreux concepts et de favoriser leur appropriation.

1.3.1 Le processus de construction identitaire de l'infirmière

L'infirmière se construit comme professionnel tout au long de sa formation initiale et de son parcours professionnel. Son cheminement lors de son apprentissage ne correspond pas à une trajectoire rectiligne mais fluctue à un rythme variable en fonction des expériences et des rencontres. Ce mouvement contribue à faire évoluer son positionnement et son identité professionnelle. Le programme de formation de 1992 insiste sur le concept de polyvalence de l'infirmière, laquelle doit bénéficier d'une « *meilleure reconnaissance sociale grâce à un savoir lui permettant d'affirmer une réelle professionnalisation* ».

Le terme professionnalisation qui peut se définir comme l'action « *de devenir une personne qui pratique une activité comme un métier* », tend à positionner cette dynamique, alors même qu'une identité bien définie du métier d'infirmier semble encore

en cours de construction. De nombreux professionnels s'accordent même à dire que les infirmières qui exercent dans des services très spécifiques (ils tendent tous à l'être !) ont une propension à faire reconnaître leur spécificité plutôt que la profession dans son aspect générique.

Ce constat lié à l'étendue très large des champs d'application professionnels du métier infirmier doit être pris en compte dans la compréhension de la construction de l'identification professionnelle de l'infirmière.

Selon Olivier BECOUZE (1996)²³ la construction de l'identité professionnelle s'appuie sur un système d'interactions entre trois zones :

Zone d'acquisition (appropriation des compétences), zone de modélisation (processus d'adhésion- identification), zone de réalisation (mise en œuvre des compétences) et le passage obligatoire par trois motivations :

Un besoin de réalisation (qui s'exprime dans le domaine professionnel), un besoin d'appartenance qui est du domaine affectif, un besoin de pouvoir (en tant qu'appropriation des compétences) qui fait partie du domaine cognitif.

Ainsi la construction de l'identité professionnelle de l'infirmière est la conséquence de nombreuses interactions qui s'articulent entre elles. Elle intègre également la personnalité de l'apprenant (qui tend toujours à s'élaborer), l'échange et le travail avec d'autres professionnels et la prise en compte des spécificités de chaque activité. Ce processus d'apprentissage qui associe une multiplicité de représentations permet à l'infirmière d'évoluer vers la construction de sa propre identité professionnelle et de réfléchir « à qui nous sommes, que faisons nous, mais surtout qu'avons-nous envie de faire de notre exercice professionnel et avec quelles compétences ? ».

1.3.2 La compétence

René WITTORSKI (1998)²⁴ caractérise le savoir comme «*un énoncé communicable, socialement validé, descriptif ou explicatif d'une réalité, établi et reconnu par et dans une communauté scientifique donnée. Il est disponible dans les encyclopédies et les ouvrages spécialisés* ». La connaissance se veut quant à elle le résultat du processus de compréhension et de mémorisation par l'individu des savoirs qui lui sont transmis.

²³ BECOUSE O, CHAUCHON C, SALOMON N, Des représentations du métier à la construction de l'identité professionnelle, Recherche en soins infirmiers, n°45 juin 1996, pp 147-153

²⁴ WITTORSKI R, De la fabrication des compétences, Education permanente, 1998, 135 p, 57-69

Comme le dit Guy Le BOTERF (1997)²⁵, c'est la combinaison de ressources telle que l'utilisation de savoirs, de connaissances, de savoir-faire, de qualités, d'expériences, de moyens, de réseaux relationnels et informationnels qui produit la compétence.

La production de la compétence nécessite alors de mobiliser des savoirs. Guy Le BOTERF (1994)²⁶ en distingue six :

- Les savoirs théoriques visent à **comprendre un phénomène, un objet, une situation, une organisation, un processus ... donc « le comment ça marche »**.
- Les savoirs procéduraux visent à **prescrire « comment il faut faire » et « comment s'y prendre pour »**.
- Les savoir-faire procéduraux **représentent l'action même à réaliser, donc l'application de la procédure, qui passe par l'expérience pratique sous contrainte temporelle.**
- Les savoir-faire expérientiels **représentent quant à eux, le savoir issu de l'action. Ils comprennent les leçons tirées de l'expérience pratique ;**
- Les savoir-faire sociaux sous-tendent que **la compétence relève aussi du savoir être induit par les représentations sociales, les valeurs et les statuts.**
- Les savoir-faire cognitifs **correspondent à des opérations intellectuelles nécessaires à la formulation, l'analyse et la résolution de problèmes, la conception et la réalisation de projets, la prise de décision, la création, l'invention.**

Il n'existe pas une définition pertinente unique de la compétence. Ce terme est polysémique et s'inscrit dans la pratique professionnelle qui comme le montre Donald SCHON (2001)²⁷ « n'est pas un domaine d'application de théories élaborées en dehors d'elle. Elle est le lieu de production constante de solutions nouvelles à des problèmes nouveaux et un lieu de développement de compétences professionnelles. Le professionnel construisant ses savoirs par l'action et la réflexion dans et sur l'action ».

La compétence n'est jamais univoque, elle est liée à l'individu. Pour Stéphane SIMONIAN (2004)²⁸ « la compétence est une transition intermédiaire entre le novice et l'expert ». Elle

²⁵ Le BOTERF G, De la compétence à la navigation professionnelle, Paris, Editions d'organisation, 1997, 294 p

²⁶ Le BOTERF G, De la compétence : Essai sur un attracteur étrange, les Editions d'organisation, 1994, 176 p

²⁷ SCHON D, Le praticien réflexif. La diffusion d'un modèle de formation. Revue recherche et formation, 2001, p 36

²⁸ SIMONIAN S, La compétence une notion de transfert théorique et pratique, Soins Cadres n°50 mai 2004 p 46-47

s'articule donc entre un savoir procédural formalisé théorique et un savoir-faire tacite pratique. Elle est davantage liée au résultat qu'à une procédure d'action cumulative. C'est alors un juste rapport entre la théorie et la pratique soumis à l'influence de l'expérience ; « *elle est ce qui est convenable dans une situation donnée* ».

Guy Le BOTERF (1997)²⁹ est proche de Stéphane SIMONIAN. Il considère que la compétence ne relève pas seulement de la somme des savoirs, savoir-faire et savoir être nécessaires à l'exercice d'une profession ou d'un métier mais qu'elle s'appuie également sur un savoir agir, un savoir combiner et raisonner en situation. Elle se développe dans la multiplicité et la variété des expériences vécues. « *Combinatoire de ressources, la compétence se communique et s'infère à partir du constat d'une performance* ». Le sujet est capable de choisir un mode de traitement adapté à la situation rencontrée.

Pour Philippe ZARIFIAN (2001)³⁰ la définition de la compétence intègre plusieurs dimensions et associe plusieurs formulations. La compétence « *c'est la prise d'initiative et de responsabilité de l'individu sur des situations professionnelles auxquelles il est confronté* » c'est aussi « *une intelligence pratique des situations qui s'appuie sur des connaissances acquises et les transforme avec d'autant plus de force que la diversité des situations augmente* », c'est enfin « *la faculté à mobiliser des réseaux d'acteurs autour des mêmes situations, à partager des enjeux, à assumer des domaines de coresponsabilité* ».

La compétence est donc un processus dynamique qui ne se réduit pas à des connaissances et à des capacités possédées. « *Le passage de la connaissance à la compétence s'effectue lorsque l'individu mobilise de façon adaptée les savoirs enseignés, au moment opportun dans une situation de travail donnée* ». On reconnaîtra alors qu'une personne sait agir avec une compétence réelle, si d'une part elle sait combiner et mobiliser un ensemble de ressources appropriées personnelles et d'autre part utiliser celles liées à son environnement pour gérer un ensemble de situations professionnelles, afin de produire pour un bénéficiaire des résultats qui satisfont à certains critères de performance.

Il existe une distinction entre la compétence réelle et la compétence requise. La première est celle qui est construite par chaque personne, la seconde est celle qui figure dans des

²⁹ Le BOTERF G, op cite 1997

³⁰ ZARIFIAN P, Objectif compétence, pour une nouvelle logique, Editions Liaisons, 2001, 201 p 65-

référentiels de compétences. Guy Le BOTERF (2002)³¹ explique que « *les référentiels ne décrivent pas les compétences réelles et singulières élaborées par chacun* ». La compétence réelle reste difficile à cerner : elle est invisible et ne se manifeste que lorsqu'elle est mise en œuvre dans une activité. Elle n'est pas directement saisissable. Guy Le BOTERF la caractérise comme « *combinatoire* » de ressources. Il s'agit « *d'une façon de s'y prendre* » propre à chacun pour répondre à un ensemble de situations. C'est donc l'action qui donne corps à la compétence et qui lui permet de faire ses preuves.

La compétence possède une double dimension, individuelle et collective. Bien qu'il n'existe pas de compétence sans individu, il est fondamental d'intégrer que la réponse compétente sera une réponse de réseau et pas seulement une réponse individuelle, même si la prise en charge d'un patient (dans une relation soignant soigné) est assurée, dans certaines situations par une seule personne.

Cette personne, qui peut être une infirmière, est reconnue dans un métier et possède une qualification. Selon Guy Le BOTERF (2005)³², sans remplacer la qualification par la reconnaissance des compétences, « *il est important d'établir une nouvelle relation entre qualification et compétence* ». Valérie WAUQUIER (2005)³³ définit la qualification « *comme l'aptitude à exercer un emploi* ». La qualification est indépendante du contexte et est acquise une fois pour toutes dans le cadre d'études théoriques ou lors de l'alternance de cours et de stages. L'aptitude est alors entendue comme un diplôme, un titre, la validation d'une expérience. Elle caractérise également la compétence comme le degré de professionnalité avec lequel on exerce l'emploi. Ainsi deux professionnels peuvent avoir la même qualification et exercer leur emploi avec plus ou moins de compétence. Les patients et les institutions ne s'y tromperont pas : entre deux professionnels ayant la même qualification, ils choisiront le plus compétent.

1.3.3 La formation par alternance

³¹ Le BOTERF G, De quel concept de compétence avons-nous besoin ? , Soins Cadres n°41 février 2002, p 20-22

³² Le BOTERF G, Gestion des compétences, définition, nécessité, faisabilité, Gestion hospitalière décembre 2005, p 772-776

³³ WAUQUIER V, Construction juridique et objectivation de la compétence, Gestion hospitalière décembre 2005, p 772-776

Pour l'étudiant en soins infirmiers, le stage, partenaire indispensable dans la formation par alternance, n'est pas seulement un lieu d'application des théories apprises à l'école ; c'est un lieu d'acquisition des compétences professionnelles, un lieu de questionnement, un lieu de développement de son identité professionnelle ; ceci en situation réelle. La formation infirmière³⁴ est bâtie sur l'alternance. L'ensemble du programme se déroule en trente huit mois avec un temps de formation sensiblement équivalent en IFSI et en établissement de santé. Le temps de formation en stage correspond à 1680 heures de stages cliniques obligatoires et 700 heures de stage laissées à l'appréciation de l'équipe pédagogique. Selon Myriam MANSON-CLOT (2005)³⁵, « *c'est un lieu où il doit à la fois produire des soins à des patients et à la fois se former; immergé dans la complexité d'apprendre et d'agir en même temps* ».

Comme le présente Frédéric CHATEAU (1999)³⁶, « *la théorie de la pédagogie de l'alternance repose largement sur le concept de transposition pédagogique* ». On porte au crédit de l'enseignement en alternance les éléments d'une rénovation des moyens visant à atteindre des objectifs académiques classiques.

L'idée sous-jacente à cette affirmation trouve son origine dans la psychologie cognitive décrite par Philippe PERROUD (1998)³⁷ qui soutient « *qu'il n'y a pas de savoir sans pratique* ». Alors l'alternance permet l'acquisition et l'appropriation durable de savoirs académiques.

Réussir une tâche professionnelle en entreprise permettrait donc de comprendre les méthodes et les concepts enseignés dans les écoles. Selon le schéma d'articulation entreprise école, Daniel CROATERS (1998)³⁸ caractérise quatre variétés de formation par alternance : *alternance-fusion, alternance-juxtaposition, alternance-complémentarité ou alternance-articulation*.

³⁴ Arrêté n° du 28 septembre 2001 modifiant l'arrêté du 23 mars 1992 relatif au programme des études conduisant au diplôme d'état d'infirmier

³⁵ MANSON-CLOT M, PAHUD P, MULLER R, DEDERDING B, HELIOT C, L'infirmière de référence : positionnements sur la pratique d'encadrement, Recherche en soins infirmiers, n°81 juin 2005, pp 28-55

³⁶ CHATEAU F, L'enseignement des statistiques par l'alternance en DUT, département STID, Institut universitaire de technologie Lumière, Université Lumière Lyon II, 1999

³⁷ PERROUD P, La transposition didactique à partir des pratiques : des savoirs aux compétences, Revue sciences de l'éducation, Volume 24, n°3 pp 487-514, Montréal 1998

³⁸ CROATERS D, Manuel de la formation en alternance Lyon : Chroniques Sociales, 1998

Dans le schéma d'alternance-fusion, la dynamique d'appropriation des savoirs se confond avec l'exercice du métier dont l'acquisition épuise le contenu de la formation. Le but est l'incorporation des savoirs mais souvent il y a une mise en échec temporaire des savoirs académiques.

L'alternance-juxtaposition est une figure qui décrit les situations où l'activité professionnelle est déconnectée de l'activité de formation. Les deux formes d'apprentissages s'ignorent, et les savoirs restent cloisonnés à leur sphère de production : d'un côté l'école pour valider un diplôme et de l'autre côté le lieu de stage pour participer à son projet collectif. L'alternance y reste créditée de la vertu d'associer aux savoirs formels des savoirs issus de l'action (savoirs expérientiels), association utile pour l'objectif d'insertion, mais sans que ceux-ci ne se fécondent mutuellement.

L'alternance-complémentarité suppose une opération de transposition pédagogique particulièrement experte : l'ensemble des savoirs d'une profession ou d'un domaine considéré, comme objectifs de la formation, sont répartis entre l'activité professionnelle et l'activité académique. Il existe alors une évidente complémentarité dans l'alternance entre les savoirs "métiers" des domaines d'activité et les autres savoirs. L'acquisition des premiers est évidemment réservée aux situations de travail. Néanmoins, cette situation pêche comme la précédente par manque de dynamique entre deux modes d'acquisitions qui se croisent sans se rencontrer par défaut d'objets communs.

Enfin, l'alternance-articulation constitue *« l'idéal souhaitable de mise en oeuvre d'une pédagogie de la complexité qui dialectise les savoirs expérientiels et les savoirs enseignés »*. Elle suppose une connaissance fine et un suivi serré des phases de l'apprentissage métier, et une cohérence profonde des curriculums parallèles. On ne saurait la considérer dans notre cadre que comme un événement exceptionnel qui toucherait de manière accidentelle certaines parties des programmes, et en général pas les notions les plus élaborées.

Après des décennies de logique juxtapositive, où les antagonistes avaient la part belle, la formation par l'alternance arrive dans la phase intégrative, où la coproduction d'outils et la concertation entre chacun des partenaires tend à devenir la règle. Toutefois, il reste encore des obstacles à une collaboration réussie telle que, l'implication des directeurs des soins en gestion dans la construction du projet pédagogique des IFSI, la pénurie et la disponibilité des personnels, alors que les quotas de stagiaires à tutorer en service ne cesse d'augmenter.

1.3.4 Le tuteur et le tutorat

Le tuteur peut être une infirmière référente qui travaille dans l'unité fonctionnelle qui reçoit l'étudiant ou le jeune diplômé. Pierrette DROUARD (1995)³⁹ estime « *qu'il doit être choisi en concertation avec l'équipe* », car il faut que ses collègues le reconnaissent comme « *bon professionnel* ». Celui-ci doit posséder une expertise en clinique et en soins et avoir le sens de l'écoute, de la communication et de l'organisation. D'après le ROBERT, « *le tuteur est un enseignant qui pratique des méthodes d'éducation stimulant l'initiative de l'élève. L'enseignant peut également être choisi par un élève parmi ses professeurs, et accepter ce choix pour le conseiller et le suivre dans ses études* ». L'infirmière référente, tuteur de stage est un transmetteur mais pas un répétiteur de gestes à apprendre. Elle réalise un accompagnement personnalisé de l'apprenant en situation de travail dans le cadre d'un dispositif précis afin de rechercher l'efficacité dans l'encadrement. Le tuteur de stage occupe un rôle stratégique car il est l'un des garants d'un métier à transmettre. Il permet de mobiliser l'équipe autour d'un projet, de réfléchir sur l'évolution des pratiques quotidiennes et de favoriser la mise en œuvre d'une politique adaptée de l'encadrement des étudiants.

La circulaire du 16 janvier 2006⁴⁰ précise tout l'intérêt de la mise en place du tutorat (ici dans le cadre de la psychiatrie) « *pour permettre au personnel infirmier qui exerce pour la première fois en psychiatrie de bénéficier d'un encadrement de proximité par des pairs expérimentés dans une démarche de continuum entre les contenus de formation et la pratique professionnelle. Cette mesure comporte deux piliers : la formation des tuteurs et la compensation du temps consacré au tutorat* ». Ainsi pour la DHOS, les tuteurs sont des infirmiers ou des cadres. Ils doivent être expérimentés, justifier de connaissances cliniques sur les savoirs êtres et savoir-faire en psychiatrie et posséder des capacités pédagogiques et de recul dans l'analyse. La DHOS ne souhaite pas qu'ils soient le supérieur direct de la personne bénéficiant du tutorat.

Le tutorat est une activité pédagogique basée sur le concret qui cherche à accompagner individuellement l'apprenant (le tutoré) vers une optimisation de ses compétences en prenant appui sur ses acquis, ses représentations et ses motivations. Sa réalisation par les pairs s'apparente à du compagnonnage infirmier qui, dans le même état d'esprit que les compagnons du devoir, cherche à guider, former les étudiants et les jeunes diplômés en leur transmettant une certaine culture et une identité partagée. L'apprentissage par

³⁹ DROUARD P, op cite 1995

l'exemple et l'autonomisation créent ainsi une dynamique propice à l'acquisition de nouvelles compétences ; de plus, ils favorisent le développement et l'accomplissement personnel.

L'infirmière référente forme alors, l'étudiant ou le jeune professionnel, tout comme le compagnon formait autrefois son apprenti ; l'apprenant n'étant pas loin à sa manière de faire son « tour de France » au travers des différents stages qu'il doit effectuer. Comme le précise Bernadette BUENERD (1995)⁴¹ « *le tutorat s'insère dans le projet du service et dans celui du service des soins. Il est l'une des composantes d'une démarche de qualité qui vise à maximiser l'acquisition de compétences pour dispenser des soins optimaux* ». A ce titre, il représente une réelle valeur ajoutée au bénéfice des professionnels, des patients et de l'institution. Il correspond également à la vocation plusieurs fois séculaire du compagnonnage qui est de « *favoriser l'accomplissement de l'homme par son métier, dans une perspective d'ouverture et de transmission* »⁴².

Pour être mis en place efficacement, la fonction tutorale implique au préalable une réflexion collective, initiée par la direction des soins en partenariat avec la direction et l'équipe pédagogique des IFSI, la direction des ressources humaines et le président de la Commission Médicale de l'Etablissement, sur le rôle de chacun dans le processus de mise en place et sur les moyens mis en œuvre

Comme nous l'avons dit précédemment, le directeur des soins, conformément au décret 2002-550 du 19 avril 2002, Article 4 :

1° coordonne l'organisation et la mise en oeuvre des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et en assure l'animation et l'encadrement ;

5° contribue à l'élaboration des programmes de formation et est responsable des étudiants lors de leurs stages au sein de l'établissement. Le cas échéant, il est membre de droit des conseils techniques des écoles ou instituts de formation des professionnels de soins de l'établissement.

A ce titre, il peut proposer la mise en place du tutorat infirmier en partenariat étroit avec les IFSI, donner du sens à la fonction d'infirmière tuteur, négocier avec la direction des ressources humaines des moyens pour former les tuteurs ou réaliser toute autre action.

⁴⁰ Circulaire n°DHOS/P2/02DGS/6C/2006/21 du 16janvier 2006 relative à la mise en œuvre du tutorat pour les nouveaux infirmiers exerçant en psychiatrie

⁴¹ BUENERD B, Une expérience de tutorat en service d'hématologie pédiatrique, Objectif Soins, mars 1995, n° 31, p 45-48

⁴² Site web Index sites, formation, enseignement

La direction de l'IFSI et son équipe pédagogique sont également des partenaires indispensables dans la construction de cette dynamique pédagogique qui cherche à optimiser la formation des étudiants et l'encadrement des infirmières nouvellement diplômées.

L'enseignant est un acteur important car il participe à l'organisation et au suivi du projet de formation de l'étudiant et lui enseigne des savoirs. Le programme d'études de 1992 lui confère également un rôle de tuteur car ce texte prévoit 245 heures de « *suivi pédagogique* » basé sur l'accompagnement et le développement personnel de l'étudiant en vue d'une meilleure intégration de ses connaissances. Ainsi, l'enseignant tuteur assure une guidance des étudiants qui cherche à leur permettre de mieux prendre conscience de leur processus d'apprentissage et à les rendre plus autonomes.

Toutefois sa position engendrée par des rôles différents est ambiguë, voire paradoxale. En effet comme l'évoque Christian BERNARD (1998)⁴³ « *l'enseignant peut être un jour tuteur, un jour évaluateur contrôleur alors que l'étudiant peut être un jour futur infirmier, un jour élève* ». Sa connaissance des services de soins et des contraintes liées au programme de formation infirmière doit lui permettre d'être un partenaire efficace pour la mise en place de tuteurs de stage (articulation avec l'IFSI, modalités d'encadrement, évaluation ...) et l'élaboration de référentiels de compétences.

Comme nous l'avons montré précédemment, le tutorat concourt au développement des compétences. Dans l'esprit de cette dynamique, la direction de l'hôpital par l'intermédiaire de la direction des soins et de la direction des ressources humaines peut faire du développement de la compétence de ses agents une orientation stratégique majeure au bénéfice de la qualité de la prise en charge des patients, de la satisfaction et de la fidélisation des agents et de la compétitivité de l'institution. Dans le cadre de la gestion des ressources humaines (GRH), la direction des ressources humaines en partenariat avec la direction des soins peut construire une politique de gestion des emplois et des compétences (GPEC) bien conduite. D'une part, pour réfléchir sur des modes d'organisation et de managements favorables au développement des compétences et d'autre part, pour évaluer de manière prévisionnelle les besoins en compétences générales ou spécifiques et les évolutions des effectifs qu'elles soient naturelles ou liées aux besoins de l'établissement.

⁴³ BERNARD C, Le tutorat pour une pédagogie de la réussite, Objectif Soins, n° 61 février 1998 p 8-10

L'équipe de direction prendra ainsi une décision en fonction du nombre de postes concernés, de l'évolution des compétences nécessaires liées aux projets de l'hôpital et à l'évolution des modalités de prise en charge des patients. Geneviève KREBS (2001)⁴⁴ explique bien cette démarche « *une entreprise a des besoins en ressources humaines en fonction de la charge de travail du moment et des objectifs à atteindre, mais doit devancer les besoins à venir en fonction de la stratégie, les évolutions du marché et des caractéristiques propres au marché. Pour y parvenir elle doit définir l'évolution de ses ressources humaines au plus juste (...). Elle établit un état des lieux de ses ressources du moment ainsi que des ressources futures, sur une période allant jusqu'à trois années. L'écart mesuré facilite la mise en place d'une stratégie de recrutement et des plans de formation à venir* ».

La réussite de la mise en place du tutorat implique son appropriation par l'ensemble de la communauté hospitalière et notamment de l'équipe de direction. Chacun doit s'impliquer, accompagner, informer et sensibiliser les acteurs. Le dispositif ainsi créé sera évalué au travers de critères précis établis en concertation.

2 Méthodologie

Après plusieurs constats et un approfondissement théorique, la recherche entreprise consiste à une étude de terrain sur la base d'entretiens semi directifs. L'objectif est de confronter les hypothèses énoncées à la rationalité des personnes interviewées dans des lieux d'exercice professionnel précis.

2.1 Champ de l'enquête

2.1.1 Lieu de la recherche

Nous avons choisi comme lieu d'investigation un centre hospitalier départemental en santé mentale (CHD) car il nous permet de nous intéresser à un établissement et à des professionnels soumis depuis le 16 janvier 2006⁴⁵ à la mise en œuvre du tutorat pour les nouveaux infirmiers exerçant en psychiatrie (texte unique en son genre). L'hôpital choisi comme lieu de recherche possède une capacité d'accueil de 550 lits et places répartis sur

⁴⁴ KREBS G, Ressources humaines/ nouvelles pratiques selon l'ISO 9001, ST Denis : AFNOR 2004. 164 p

⁴⁵ Circulaire du 16 janvier 2006, op cite

19 secteurs et 4 sites d'hospitalisation à temps complet. Ces secteurs couvrent environ 1500000 habitants, accueillent 25000 patients chaque année dans les 95 structures ambulatoires et enregistrent 6000 entrées à temps complet. Près de 2500 personnels médicaux et non médicaux exercent dans cet établissement. La direction des soins est assurée par un directeur des soins coordinateur et son adjoint. L'encadrement soignant est réalisé par 25 cadres supérieurs de santé et par 80 cadres de santé. Un IFSI est rattaché à cet établissement. 210 étudiants et élèves y sont formés. L'équipe pédagogique comprend un directeur des soins et 8 cadres de santé enseignants.

2.1.2 La population interviewée

Nous avons choisi d'interviewer des professionnels de dix catégories différentes et un membre d'une association pour diversifier les réflexions et élargir les points de vue. Les seize entretiens se sont déroulés dans l'établissement présenté précédemment. Pour certaines catégories, nous avons pu interviewer deux personnes, pour d'autres une seule, (certaines fonctions ne sont occupées que par une personne dans un établissement).

Les catégories professionnelles classées par ordre alphabétique :

- Cadre de santé
- Cadre de santé en IFSI
- Directeur des ressources humaines
- Directeur des soins
- Directeur des soins en IFSI
- Etudiant en soins infirmiers (3^{ème} année pour permettre d'appréhender l'ensemble de la formation)
- Infirmière nouvellement diplômée
- Infirmière référente ou tuteur de stage
- Membre d'association de patients
- Praticien hospitalier

Nous avons choisi d'interviewer les professionnels ou un membre d'association issus des catégories précitées, car d'une part ils sont tous impliqués à des niveaux différents dans la construction des savoirs et des compétences des étudiants en soins infirmiers et des infirmières nouvellement diplômées et d'autre part, parce qu'ils s'interrogent sur le différentiel ressenti entre les compétences attendues par les équipes de soins et les compétences proposées par les infirmières nouvellement diplômées. Nous avons

également eu l'opportunité d'interviewer une conseillère technique nationale (CTN) et le médecin responsable de la mission nationale d'appui en santé mentale (MR).

L'ensemble des personnes interviewées s'est montré très coopératif et intéressé par la réflexion entreprise, notamment dans le cadre actuel de la santé mentale où la pénurie des infirmières souhaitant y travailler est fortement ressentit et inquiète beaucoup

Professionnels du CHD interviewés lors de l'enquête

Fonction Etablissement	ESI 3 ^e année	IDE Nouvellement diplômée	IDE Tuteur	CDS	CDS IFSI	DS	DS IFSI	DRH	PH	Membre associatif	Total
CHD	2	2	2	2	2	1	1	1	2	1	16

2.1.3 La conduite des entretiens

Les professionnels et le membre d'association ont été interviewés sur rendez vous, dans le cadre d'entretiens semi directifs sur leur lieu de travail et dans un bureau. Ceux-ci se sont déroulés pendant environ une heure à l'aide d'un guide d'entretien identique (annexe 1) dont certaines relances sont spécifiques à chaque catégorie professionnelle.

La construction du guide d'entretien répond à la volonté de permettre à la personne enquêtée de s'installer progressivement dans une discussion avec l'enquêteur. Pour l'ensemble des personnes interviewées, l'entretien débute par une question d'ouverture engageant l'interviewé à se présenter professionnellement. Le but de cette première question est de permettre à chacun de parler un peu de lui et de favoriser un climat propice à l'échange.

Les thèmes abordés cherchent à introduire la réflexion sur ce qui caractérise les infirmières nouvellement diplômées, sur leur compétences et sur la dynamique que l'on peut mettre en place pour leur permettre de répondre au mieux aux attentes des services.

A cette occasion, les principaux thèmes discutés furent les suivants :

- La présentation professionnelle des interviewés.
- La perception par les professionnels interviewés des infirmières nouvellement diplômées.
- Les attentes des professionnels interviewés au regard des savoirs et des compétences des IND.
- La représentation par les professionnels interviewés de la première prise de fonction d'une IND.

- Les propositions de tous les enquêtés pour réduire l'écart entre les compétences attendues et celles possédées par les IND.

Tous les entretiens ont été enregistrés (après l'accord des interviewés), sauf un (la personne interviewée ne le souhaitant pas), puis retranscrits sur un support informatique.

2.1.4 Les limites de la recherche

Cette recherche trouve ses limites dans le nombre des professionnels interviewés et dans sa réalisation sur un seul établissement de santé. Toutefois les échanges réalisés sont l'expression d'une rationalisation donnée à un moment donné dans un environnement précis. Ils nous permettent d'infirmer ou de confirmer les hypothèses énoncées sans chercher à modéliser les résultats. Il convient donc bien d'objectiver et d'analyser le contenu des entretiens à la lumière des différents concepts en étant attentif à ne pas dénaturer les échanges retranscrits. L'idée est d'identifier le sens des propos recueillis sans leur donner une signification qui soit trop guidée par nos représentations individuelles.

2.1.5 Les thèmes abordés

Le tableau ci-dessous indique les thèmes abordés (case A) et les thèmes non évoqués (case N) lors des entretiens. Les références entre parenthèse correspondent au chapitre au sein duquel est abordé le thème.

Synthèse des thèmes abordés par catégorie professionnelle

Professionnels	ESI3A 1et 2	IND 1et 2	Tuteur 1et 2	CDS 1et 2	CDSIFSI 1,2	DS	DSIFSI	DRH	PH 1et 2	MA	CTN	MR
Présentation professionnelle	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
Relations établis avec les IFSI et l'encadrement des ESI en stage	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
Représentation des IND (motivation, identité	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A

professionnelle)												
Ce qui caractérise les IND aujourd'hui	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
Compétences générales attendues chez une IND	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
Déroulement de la première prise de fonction des IND	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
Organisations, moyens, partenariats permettant de réduire l'écart entre les compétences attendues et celles possédées par les IND.	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A

L'ensemble des thèmes est abordé pour chacune des personnes interviewées en utilisant quand c'est nécessaire une relance adaptée : à la personne, au moment et au contenu de la discussion

2.2 Analyse des entretiens par thème

Nous pouvons rappeler que l'objet de ces entretiens est de comprendre pourquoi les infirmières nouvellement diplômées ne répondent que partiellement aux attentes des services de soins et quelles peuvent être les propositions permettant de réduire cet écart.

2.2.1 Caractéristiques professionnelles des personnes interviewées.

Les étudiantes en soins infirmiers sont intéressées par la santé mentale mais souhaitent commencer leur carrière en hôpital général pour ne pas perdre leurs acquis techniques. Une se destine à travailler en soins de suite et de réadaptation, possède un intérêt pour la maternité et souhaite changer de service tous les 2 ou 3 ans ; l'autre n'est pas encore très déterminée. Elle n'est pas trop intéressée par ce qui est trop technique, trop rapide et préfère le relationnel. Elle pense que la santé mentale c'est plus difficile parce que c'est aléatoire.

Les infirmières nouvellement diplômées sont en poste depuis 1 an à 1 an et demi dans des services d'hospitalisation. Une a souhaité travailler en psychiatrie parce qu'elle « *est motivée par le contact, l'aide et tout ce qui est soin, ce que l'on peut apporter et la*

richesse de l'échange entre les personnes ». L'autre a toujours été intéressée par la psychiatrie, elle recherche le contact humain et aime s'occuper des gens.

Les infirmiers tuteurs sont en poste en service d'hospitalisation. Ils possèdent un diplôme antérieur à 1992 et sont motivés par l'encadrement, parce qu'ils ont le sentiment de transmettre un savoir et d'apprendre beaucoup avec les ESI notamment la pratique des soins techniques.

Les CDS et CSDS possèdent un diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique antérieur à 1992 et un diplôme de cadre de santé avec une ancienneté de cinq à douze ans. Leur activité s'est déroulée au sein de différents établissements en santé mentale, en intra et extra hospitalier. Leur ancienneté dans l'établissement CHD est supérieure à trois ans.

Les CDS en IFSI ont une formation initiale différente. Un possède un diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique et l'autre en soins généraux. Leurs diplômes de CDS ont une ancienneté supérieure à cinq ans. Ils occupent un poste à l'IFSI du CHD depuis 2002 mais leur ancienneté comme formateur est antérieure.

La DS possède un diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique et a une expérience professionnelle de plus de trente ans. Elle a occupé des postes de CDS et de CSDS en unité de soins et de CDS en IFSI pendant plusieurs années. Elle occupe la fonction de DS depuis plus de dix ans, toujours dans un établissement en santé mentale. Un IFSI existe dans son établissement.

Le DS en IFSI a une formation initiale en secteur psychiatrique. Il occupe un poste en IFSI depuis plus de vingt ans, d'abord comme formateur puis comme directeur. Sa prise de fonction dans l'établissement actuel est supérieure à dix ans.

La DRH a une expérience centrée sur la gestion des ressources humaines depuis plus de dix ans. Son ancienneté dans l'établissement actuel est de 3 ans. Elle occupe également un poste de directeur délégué aux écoles.

Les PH possèdent une expérience professionnelle de plus vingt ans en psychiatrie et sont tous les deux chefs de service. Ils ont effectué toute leur carrière sur le CHD et interviennent à l'IFSI situé sur l'établissement en ayant la volonté de rendre la maladie mentale accessible, pour aboutir à une dynamique commune et à un langage commun.

Le membre de l'association occupe un poste de responsable de la cellule locale depuis de nombreuses années. Son engagement associatif est consécutif à la maladie d'un de ses proches et à sa volonté de créer une alliance entre les familles et les soignants pour optimiser la prise en charge des patients. Il est membre de différentes instances et commissions au niveau de l'établissement. Son association travaille avec le ministère de la santé pour faire reconnaître le handicap psychique. Il intervient dans plusieurs IFSI, notamment celui de l'établissement.

La CTN possède un parcours professionnel varié en France et en outremer en tant que CDS et DS en institut de formation de cadres de santé (IFCS) puis en tant que DS en fonction de gestion dans un établissement public hospitalier. Elle occupe un poste de CTN depuis plusieurs années.

Le MR est responsable de la mission nationale d'appui en santé mentale depuis plusieurs années. Il est également PH, chef de service à l'hôpital Saint-Anne à Paris. Son intérêt est particulièrement marqué pour la formation des professionnels travaillant en psychiatrie et notamment celle des infirmières. Il participe activement à la rédaction du mensuel « pluriels » (lettre de la mission nationale d'appui en santé mentale) qui s'intéresse tout particulièrement aux conditions de prise en charge des patients, aux associations de familles et de patients ayant une action en psychiatrie et à la formation initiale et continue des professionnels exerçant en santé mentale.

2.2.2 Relations établies avec les IFSI et l'encadrement des ESI en stage.

Sur le CHD, il existe peu de relations entre les professionnels des services de soins et les différents IFSI partenaires, notamment celui de l'établissement. Ce constat, nous semble-t-il, est principalement dû aux faibles relations professionnelles entretenues entre la direction des soins, l'IFSI du CHD (principalement avec celui-ci), et les différents autres IFSI.

Si on considère l'IFSI du CHD, on remarque qu'il fait toutefois appel à de nombreux professionnels du CHD pour développer l'enseignement en psychiatrie. En effet, plusieurs infirmiers et psychiatres font part aux ESI de leurs connaissances, de leur analyse et de leurs expériences. Un psychiatre précise notamment qu'il a beaucoup travaillé avec les IFSI sur la clinique en « *ayant la volonté de la rendre accessible pour aboutir à un langage commun* ». Par ailleurs, la direction des soins et le responsable de la formation continue, offrent plusieurs fois par an, aux ESI de l'IFSI du CHD, la possibilité de suivre l'enseignement clinique proposé aux infirmières en poste sur l'établissement.

Les CDS de l'IFSI ne participent pas aux réunions de cadres et le DS n'est pas convié aux réunions pédagogiques organisées par l'IFSI. Cette situation ne contribue pas à resserrer les liens entre les différents partenaires et se fait ressentir dans le cadre des réunions de référents de stage qui sont peu fréquentes et peu suivies. Par exemple, un CDS précise qu'il ne se rend pas aux réunions faute de temps et d'intérêt. Les référents de stage ne sont pas identifiés dans tous les services et leurs missions ne sont pas clairement précisées. Les formateurs des IFSI sont très peu présents sur les terrains de stage, autrement que pour réaliser des MSP, ce qui ne permet pas d'échanger suffisamment sur les modalités de suivi des étudiants et de réfléchir sur les compétences cibles nécessaires à acquérir et plus particulièrement accessibles sur chaque terrain de stage.

Pour autant, certaines personnes interviewées expriment un fort intérêt à travailler avec les IFSI (et plus particulièrement celui du CHD) car comme l'exprime l'une des IND, « *elle a un plan de carrière et souhaite être formatrice après un long parcours professionnel* » ou « *souhaite intervenir en IFSI pour faire part de son expérience* ».

Par ailleurs, les tuteurs interviewés et les IND précisent tout l'intérêt qu'ils portent à l'encadrement des stagiaires sans pour autant échanger fréquemment avec les IFSI. Ils marquent leur volonté « *de permettre aux ESI d'avoir un œil critique sur leur pratique* ». Ils sont référents des stagiaires, « *font passer les DE, les MSP* », sans travailler particulièrement avec les IFSI. Les CDS interviewés indiquent qu'ils ont des relations principalement administratives avec l'IFSI du CHD et les autres IFSI plus particulièrement pour les suivis de TFE (travail de fin d'études), en tant que directeur de TFE, et pour la participation aux concours d'entrée à l'IFSI.

La gestion des stages est réalisée par un CDS directement attaché à la direction des soins. Le DRH entretient peu de relations avec le directeur de l'IFSI. Il rencontre les ESI, pour leur montrer l'intérêt qu'ils peuvent avoir à travailler sur le site et pour leur proposer des contrats d'allocation d'études.

Bien que des professionnels interviennent sur l'IFSI du CHD et qu'il existe des échanges entre la direction des soins et le directeur de l'IFSI pour l'organisation des stages et l'encadrement proposé, il n'existe pas une franche collaboration permettant une réflexion commune sur le projet pédagogique de l'IFSI, l'organisation du module santé mentale et la mise en place du tutorat. Le partenariat avec les autres IFSI utilisant le CHD comme lieu de stage est encore plus succinct.

On peut donc constater que les IFSI (notamment celui du CHD) et le CHD travaillent en parallèle sans réelle concertation. En ce sens, cette situation s'apparente à l'alternance-juxtaposition qui associe l'enseignement de savoirs formels et de savoirs expérimentiels

sans qu'ils se fécondent mutuellement. Toutefois, la volonté d'accroître le développement de l'enseignement clinique grâce à des professionnels et la participation à des colloques cliniques est une dynamique en lien avec des problématiques de stage, qui tend à rechercher l'alternance-complémentarité sans que les objectifs pédagogiques soient identifiés par un objet commun.

2.2.3 Représentation des IND (motivation, identité professionnelle).

La plupart des personnes interviewées s'accordent à dire de manière générale que les valeurs des ESI et des IND ne sont ni mieux et ni moins bien qu'avant. Ce sont celles de la société dans laquelle on vit, ils en sont tributaires. Ils ne font pas toujours passer les patients en premier. Ainsi, le groupe des ESI est très hétérogène et marqué par un fort nomadisme (lié au grand nombre de postes disponibles dans certaines régions). Il se divise empiriquement et sans réelle frontière en trois tiers qui se caractérisent par des motivations différentes, en évolutions constantes et très souvent imbriquées. Elles sont liées à la recherche d'un métier permettant : la garantie de l'emploi, une reconnaissance sociale, un salaire autorisant l'autonomie financière, la possibilité de changer de lieux de vie, la perspective d'évoluer professionnellement, de concrétiser sa volonté de soigner, d'apporter du soutien, de faire un métier où on donne de soi, où on apporte quelque chose avec le véritable désir d'aider l'autre.

A ce titre, la CTN précise que *« toutes les motivations sont bonnes à prendre, quelles soient de l'ordre du don de soi ou de la volonté de travailler. Les motivations ne sont jamais les mêmes en fonction des âges et la question est plutôt de se dire, en tant que formateur, qu'est ce qu'on est capable de faire avec celles-ci ? »*

De manière plus précise, les ESI3A et les IND enquêtées soulignent qu'elles avaient, avant de débiter leurs études, une représentation un peu vieillotte du métier d'infirmière. Elles ne s'attendaient pas à autant de « soins techniques » et ne percevaient pas tout le champ dans lequel elles sont censées intervenir. Elles étaient intéressées par la relation avec les personnes, le contact humain, la volonté d'aider, plus que par « les soins techniques ».

Pendant et après la formation, les représentations évoluent. Les professionnels interviewés soulignent la prégnance de plus en plus importante de l'infirmière technicienne au dépend de l'infirmière relationnelle. Les gestes invasifs, la dispensation des médicaments sont fréquemment des supports de soins et se substituent toujours plus aux soins relationnels qui ne sont pas perçus immédiatement comme pouvant être thérapeutiques. Ainsi un CDS formateur à l'IFSI explique que beaucoup d'ESI et d'IND

sont très attirées par l'hôpital général, « *c'est plus rassurant, on peut soigner et ça peut se terminer. C'est plus concret, c'est plus valorisant pour la société. A l'hôpital psy c'est l'incertitude* ».

Pour le membre de l'association, sa représentation de l'infirmière est fortement humaniste et rassurante car principalement centrée sur la volonté d'aider. Il considère qu'une personne qui choisit ce métier, « *aime : l'être humain, s'occuper d'une personne en état de maladie et de souffrance et porter secours à autrui* ».

Concernant la motivation à travailler en psychiatrie, une IND précise que c'est le mystère de la maladie mentale, sa volonté d'essayer de la comprendre, et son intérêt marqué pour l'écoute, le contact humain et la dynamique relationnelle qui l'a conduit à s'orienter sur cette discipline. Un PH explique, que bien souvent les IDE qui travaillent dans un établissement psychiatrique sont surprises au départ car elles sont à la fois inquiètes et fascinées par les pathologies psychiatriques. « *Leur motivation à devenir infirmière vient de la volonté d'aider les gens en souffrance. Elles pensent beaucoup aux problèmes organiques qui sont traités par des gestes techniques qui résolvent souvent les problèmes. En psychiatrie, elles sont déstabilisées car le temps n'a pas la même valeur. Elles sont fascinées par la théorie, par les mystères de la maladie mentale et déroutées par la pratique* ». Les motivations, les représentations et les identifications s'organisent alors au fur et à mesure en intégrant les spécificités des secteurs d'activités, les contraintes inhérentes à la continuité des soins et le sens que chacun donne à son action.

A la lumière de ces commentaires, on perçoit les difficultés que rencontrent les IND pour construire leur identité professionnelle car les interactions sont très nombreuses, parfois contradictoires, ce qui rend la recherche d'adhésion et d'identification à un modèle, propre à la zone de modélisation évoquée précédemment, difficile à atteindre et à concrétiser.

Cette situation doit alerter les DS et les IFSI car ces deux partenaires ont plus particulièrement la possibilité d'interagir sur les zones d'acquisition et de réalisation. En effet, l'aide à l'appropriation des compétences et à leur mise en œuvre peut être grandement facilitée par leur action conjointe dans la recherche d'une alternance-articulation où la cohérence et la complémentarité pédagogique se veulent le socle de l'action pédagogique.

2.2.4 Ce qui caractérise les IND aujourd'hui.

L'inexpérience, des connaissances insuffisantes, un manque de maturité et la volonté de bien faire peuvent caractériser les IND. Est-ce si nouveau ? Un CDS d'unité

d'hospitalisation souligne que les IND « *ont un plus grand manque de maturité au même âge entre aujourd'hui et il y a 20 ans, notamment en psychiatrie* ». Elles sont également très peu formées sur le plan psychiatrique, « *elles apprennent tout sur le terrain, il faut beaucoup les encadrer. Elles sont plutôt soins techniques que relationnels, et sujettes à une forte appréhension* ». Une ESI3A proche du diplôme insiste en expliquant que ce « *qui l'angoisse le plus ce n'est pas le diplôme, on en passe toute notre vie, c'est d'être toute seule. On ne peut pas se permettre de faire n'importe quoi, il faut être sûre de ce que l'on fait et savoir pourquoi. Ce dont j'ai peur c'est de mon manque d'expérience et de pratique* ».

Pour une IND, une jeune professionnelle est avant tout reconnaissable à son manque d'assurance et de prises d'initiatives et à sa volonté de ne pas rester seule et d'être encadrée par des plus anciens. « *Pendant la formation, on est déjà encadré par des anciens mais c'est différent parce que l'on nous dit quoi faire, ou si on prend des initiatives on est couvert par des anciens. Là, c'est nous qui décidons et qui prenons des initiatives, c'est un niveau au dessus, c'est nous qui sommes responsables* ». On constate bien dans ce commentaire toute la difficulté pour l'IND d'occuper sa fonction de professionnelle qualifiée car elle souffre d'un manque de compétences et de préparation à occuper un poste en dehors d'un encadrement très structuré, notamment en psychiatrie. Ce constat identifie bien la problématique de la préparation à l'emploi et l'encadrement au cours de la première prise de fonction.

Un PH et une IND insistent tout particulièrement sur l'insuffisance de la formation en psychiatrie, dans le contenu de la formation initiale, qui prépare mal à la prise de fonction. Le PH précise notamment qu'il a une très bonne image des IND parce qu'elles sont motivées pour travailler en psychiatrie ; « *des jeunes choisissent la psy par vocation, par envie, et ils tombent de haut parce qu'on ne leur a pas appris ce que c'était la psy, notamment la violence physique. Ils viennent avec des illusions et ils n'ont pas été du tout formés aux difficultés de la psy et quand ils les rencontrent, ils explosent (je vais partir ...). Manque de formation théorique, manque de stage, alors que les gens sont intelligents, sensibles, motivés. On a l'impression d'un gâchis formidable* ». Ce sentiment est renforcé par une IND qui considère que l'on n'est pas préparé à rencontrer la psychiatrie sous ses différents aspects, que le module santé mentale est insuffisant. « *On a les bases théoriques, on connaît différentes pathologies, mais ce que l'on n'apprend pas, c'est comment sont les patients* ». Le directeur de l'IFSI du CHD et les deux CDS formateurs interviewés soulignent pourtant toute l'importance qu'ils donnent à l'enseignement de la psychiatrie dans un IFSI situé au sein d'un établissement spécialisé.

Pour autant un des deux CDS formateurs explique également que les IND, qui sont pressées d'acquérir de nouvelles connaissances possèdent une compétence très généraliste peu à même de répondre aux différentes spécificités de la psychiatrie. Elles sont surtout centrées sur les soins techniques (beaucoup plus facilement évaluables, mesurables), « *ces types de soins les rassurent, en tout cas, ça elles savent le faire et ça les protègent alors qu'elles sont souvent en difficulté dans la relation et la gestion de la violence* ». Le même formateur précise, bien que la plupart des ESI soient intéressés, que la formation n'insiste pas assez (comparativement à l'ancien programme) sur le côté humain, la clinique infirmière et la réflexion sur le développement de la prise en charge du patient. Dans le même sens, le DRH évoque l'impression « *d'une augmentation de la qualification et de la spécialisation mais le sentiment d'un positionnement humaniste en diminution* ».

L'ensemble de ces commentaires met en évidence toute la difficulté à adapter la formation initiale aux nécessités de l'activité professionnelle. Les soins et les prises en charge pratiqués dans toutes les spécialités et notamment la psychiatrie nous interpelle quant aux contenus de la formation et aux caractéristiques de la pédagogie employée. Si l'alternance-articulation permet de rendre cohérent les différents temps et lieux d'apprentissages, il est indispensable, de manière collégiale, de s'interroger sur les compétences recherchées et de construire les modules de formation dans ce sens. Les missions du directeur de soins en poste sur le CHD doivent le déterminer à renforcer le partenariat avec l'équipe pédagogique de l'IFSI pour répondre à cette problématique et renforcer l'adéquation des apprentissages et l'encadrement en stage au bénéfice des ESI, des IND, des autres professionnels et des patients. Cette dynamique s'applique également à l'ensemble des IFSI qui négocie des temps de stage avec le CHD.

2.2.5 Compétences générales attendues par les services de soins chez une IND.

Les professionnels interviewés s'accordent à souligner l'importance des savoir-faire sociaux surtout sous la forme du savoir être. Ils sous-tendent que cette compétence, fortement induite par les représentations sociales, les valeurs et les statuts, doit considérablement se développer en formation. Ainsi comme le précise le DS, l'IND « *doit tout particulièrement posséder une ouverture d'esprit, être capable d'aller chercher la connaissance, d'avoir des valeurs éthiques et déontologiques assez fortes* ». Il faut qu'elle sache se remettre en cause et accepte de continuer à apprendre, notamment la spécificité de la maladie mentale.

L'attente est très marquée sur la capacité d'ouverture et d'attention à l'autre. Comme le souligne une IND interviewée, « *en psychiatrie, on demandera déjà à une IND d'être respectueuse des patients et d'être humaine. Ce qui est important au départ c'est l'approche avec le patient et de le prendre comme il est. En psy il faut aimer les gens, il faut savoir donner de l'affection* ».

Les agents en poste à l'IFSI insistent également, sur le côté humain qui doit primer avant tout. Ils trouvent très simplificateur de réduire le rôle de l'infirmier à celui d'un technicien. Pour eux les ESI font très vite le tour de la gestuelle, qui représente 10% du travail infirmier. Les 90% restant se situent dans le sens clinique, le relationnel, l'écoute de l'autre, « *le comment je peux prendre en charge le patient au mieux* ».

Le « savoir se remettre en question » est très recherché par tous les interviewés car c'est un gage de sécurité. Pour une ESI c'est même ce qui fait que l'on est compétent ; en arguant du fait que « *certaines IND ou ESI pensent savoir déjà tout et elles font des erreurs. Il ne faut jamais être trop sûre de soi car c'est là que l'on fait des bêtises* ».

Les compétences attendues sont également d'ordre théorique et technique. Celles-ci doivent impérativement s'articuler avec la capacité à s'adapter de l'IND, pour lui permettre de faire elle-même et de prendre ses responsabilités. Ainsi, tous s'accordent à dire que les IND doivent avoir acquis des connaissances et des compétences solides et spécifiques en pathologies psychiatriques, sur la violence ... Le stage pré-professionnel peut d'ailleurs les aider à cela.

Malgré ce vœu pieux, chacun est conscient qu'il y a beaucoup de connaissances à reprendre car tout est acquis de façon superficielle. Mais est-ce si étonnant ? Une IDE référente relate des échanges avec des IND qui considèrent « *qu'elles n'ont pas le minimum pour venir travailler ici (entendre le CHD), et qu'elles possèdent beaucoup moins de connaissances théoriques et pratiques que leurs aînées* ». Cela constitue une forte autocritique de la part de certaines IND. Celle-ci se trouve minorée par la même IDE qui précise qu'elle n'a pas d'attentes pointues par rapport à des compétences spécifiques, considérant que c'est dans les premiers mois, suivant la prise de fonction, que les IND vont les intégrer. Une des deux ESI explique même, que la qualification infirmière à l'issue du diplôme c'est « *un peu comme le permis. Quand vous l'avez, on vous autorise à conduire tout seul, mais ça ne veut pas dire que vous savez bien conduire. On a le minimum de savoirs et de compétences, ce qui fait qu'en théorie on peut se débrouiller tout seul, mais ça ne veut pas dire que l'on sera bon et bien préparé, je pense d'ailleurs que l'on a pas assez de stages* ».

La DRH trouve très important que l'IND possède « la boîte à outils » pour travailler en psychiatrie et soit motivée pour travailler au CHD. Tous pensent que la motivation est un élément clé qui doit favoriser l'intégration dans l'institution et permettre aux IND de compléter leurs connaissances en intégrant la spécificité du malade mental. En effet, c'est difficile de mobiliser des connaissances que l'on a peut-être, quand on se représente mal, ce qu'est la maladie mentale. Un PH exprime bien cette problématique. Il considère que l'IND doit être ouverte à la différence sans idées préconçues. Il constate que la polyvalence des IND s'est améliorée mais qu'elles ne savent plus se comporter face à un patient, notamment lorsque celui-ci est agité et violent. Chez les IND, il recherche déjà, la connaissance clinique infirmière et « l'agir avec » dans le cadre de la relation infirmière/patient. Pour autant il est conscient « *qu'on ne peut pas demander à quelqu'un qui débute d'avoir déjà de l'expérience* ».

Au travers de ces différents commentaires, on perçoit donc bien le socle de compétences minimales attendues par les professionnels interviewés. On les sent prêt à faire des concessions sur les savoirs théoriques ; mais ils demeurent très exigeants sur les compétences pratiques, cliniques et les savoirs être. Ces derniers sont tout particulièrement exigés, et semblent représenter un gage de garantie quant à une adaptation rapide à la spécificité de la maladie mentale.

Pour la CTN, une IND qui prend un poste en santé mentale doit posséder des compétences de base comportementales, théoriques et gestuelles, elle doit être un peu « caméléon ». Elle doit savoir parler avec les mots du malade et avec les mots du médecin. « *Elle doit détenir des compétences en germe* ».

Comme nous l'avons vu précédemment, l'acquisition de la compétence évolue par étapes. Ce cheminement permet la transition entre le novice, l'expérimenté et l'expert. Bien que les différentes personnes interviewées semblent conscientes de cette dynamique de progression, elles attendent déjà, chez les IND des compétences avérées. Cette attente est partiellement déçue et le différentiel de satisfaction qui en découle alimente certains mécontentements qui trouvent matière à se développer dans le contexte actuel de réduction des effectifs et de rationalisation des dépenses de santé.

2.2.6 Déroulement de la première prise de fonction des IND

Il y a ce qui est fait et ce qui devrait se faire. Les personnes interviewées au CHD sont conscientes de ces situations. Lors des entretiens, elles évoquent alternativement l'une ou l'autre situation.

Ainsi, un CDS souligne l'intérêt de la mise en place d'un « *référent reconnu qui fait penser au coaching* » pour piloter et rassurer le nouvel arrivant. Une infirmière référente explique également que les IND sont encadrées pendant les premiers jours, consécutivement à leur prise de fonction. « *On leur explique comment on fonctionne. Les 3 premiers jours on ne les laisse jamais seules. Souvent elles appréhendent de faire des bêtises. Les automatismes n'apparaissent qu'à partir de plusieurs années* ».

Le membre de l'association souligne tout l'intérêt que peut apporter l'encadrement d'une IND par une collègue expérimentée. Il milite d'ailleurs pour que les IND puissent bénéficier d'une formation complémentaire permettant l'adaptation à l'emploi. En effet, ce type d'organisation rassure les familles qui sont très préoccupées par la compétence des professionnels (et notamment des débutants) et par la qualité des soins dispensés à leurs proches. Comme l'exprime cette personne, « *En général les familles font confiance aux soignants, elles ont une bonne image de leur travail et sont attentives à la qualité de leurs soins* ».

Plusieurs règles existent au CHD. Chacune met en évidence l'importance de l'accueil, de l'encadrement pendant une période suffisante, d'une progression vers l'autonomie, d'une réflexion sur les pratiques...etc. Ce cadre idyllique est minoré par certaines réalités de terrain qui mettent en évidence un manque d'homogénéité des pratiques : accueil succinct, temps de guidance très court généré par des effectifs insuffisants, peu ou pas de participation aux réunions cliniques...etc.

Un CDS interviewé détaille bien cette situation ; « *On essaie que les nouvelles IDE ne comptent pas dans l'effectif pendant plusieurs jours, qu'elles rencontrent les personnels du secteur. Ensuite, elles devront être rapidement opérationnelles. Le CSDS et le CDS se montrent disponibles. Si besoin elles vont plutôt solliciter un ancien* ».

On perçoit bien dans ce commentaire la difficulté qu'il existe pour favoriser l'intégration d'une IND. A la fois l'encadrement, l'équipe se montre attentive à l'arrivée d'un nouvel agent, mais ils n'ont pas les moyens ou la volonté de proposer un référent identifié et un délai de guidance adapté au niveau de compétence de l'IND. Le DS se préoccupe de cette situation et exprime sa perplexité en s'inquiétant de la rapidité d'adaptation à laquelle les nouvelles infirmières sont soumises ; « *dans les unités hospitalières, on met très vite en action les jeunes IDE. Je souhaiterais qu'on évalue leurs compétences à l'arrivée dans le service et que l'on définisse ainsi des paliers de compétences à franchir* ». Le concept de paliers est intéressant, car il fait référence à des niveaux et à une perspective d'évolution et de progression. Toutefois, encore faut-il qu'ils soient identifiés, et c'est bien la problématique que souligne le DRH, « *l'accueil est à développer et à construire à plusieurs niveaux. J'ai le sentiment que toutes les informations*

recensées ne sont pas utilisées. Les entretiens ne sont pas traduits en résolution de problème permettant de réduire l'écart entre ce qui est vécu et ce qui est fait, entre les compétences des jeunes infirmières et celles attendues par les services ».

Un bilan de compétences peut permettre d'identifier le niveau de l'IND et contribuer ainsi à optimiser son encadrement. La CTN est particulièrement attentive à la réalisation de ce bilan car il peut : s'articuler autour du référentiel métier, faire identifier à l'IND ses axes de progression et permettre aux référents de se positionner en personnes ressources en ciblant leurs interventions.

Une ESI enquêtée synthétise bien notre analyse de ce thème en exprimant à la fois des constats et des espérances ; *« L'encadrement lors du premier poste, se fait grâce à un système de tutorat, un référent qui accueille les nouveaux. Les premiers jours on n'est pas tout seul, on est avec quelqu'un pour découvrir le service. Je pense que c'est bien, mais je ne sais pas si c'est suffisant. Je souhaiterais travailler avec quelqu'un en binôme le temps que je m'adapte. J'attendrais du binôme qu'il continue ce que l'on fait à l'IFSI, c'est à dire m'encadrer et me rassurer. Avoir quelqu'un qui est avec moi, qui puisse intervenir si je me trompe ».*

L'ensemble des personnes interviewées exprime bien l'importance d'une infirmière référente, d'un tuteur de stage. Elles insistent sur la nécessité d'un accompagnement personnalisé de l'apprenant en situation de travail dans le cadre d'un dispositif précis et généralisé. Elles déplorent également les contraintes de temps et l'hétéronégité des moyens et des pratiques. Cela réduit l'efficacité du tutorat proposé au CHD, car, contrairement à ce que nous avons expliqué dans notre approche théorique, il ne permet pas toujours un suivi individualisé de l'IND en prenant appui sur ses acquis, ses représentations et ses motivations.

2.2.7 Organisations, moyens, partenariats permettant de réduire l'écart entre les compétences attendues et celles possédées par les IND.

Consécutivement à l'analyse de l'ensemble des entretiens, deux temps d'actions composés de plusieurs axes de propositions sont identifiés. Il s'agit des temps de la formation initiale et de la première prise de fonction.

Pendant la formation initiale, l'enseignement, l'apport de connaissances en psychiatrie, est critiqué par la plupart des personnes interviewées. Une ESI identifie le manque de lien entre la théorie et la pratique en prenant pour exemple l'entretien clinique ; *« il faut*

beaucoup plus de travaux dirigés, d'ateliers cliniques pour mieux nous préparer. C'est une nécessité pour chacun de pratiquer (par exemple l'entretien clinique) car c'est très difficile la théorie quand on ne la met pas en pratique. On n'est pas assez préparé, et on est parachuté dans les services sans parachute ». Ce constat est également partagé par un CDS formateur qui propose des solutions autour du sens de l'enseignement, de l'organisation de la formation, du partenariat IFSI/CHD, du contenu des apports théoriques et du profil professionnel des intervenants. Selon lui, il faut « cesser le clivage entre IFSI et services, en intégrant plus d'infirmières de terrain dans l'enseignement. Pour les formateurs repenser plus de projets sur 3 ans, réaliser plus d'ateliers et moins de cours magistraux. Développer des modules optionnels en impliquant des professionnels des services. Il n'y a pas assez de dynamique infirmière au niveau des étudiants. Il faut faire plus réfléchir les ESI, leur apporter moins la becquée. Augmenter le temps de travail de recherche. On recrache souvent mais les ESI ont des difficultés à faire les liens. Ils voient beaucoup d'apprentissages stratifiés mais ils ne les digèrent pas. Il y a quelque chose qui ne se fait pas. C'est l'appropriation ! ».

L'insistance est très marquée sur l'intérêt d'un contenu de formation réaliste qui tient compte des expériences professionnelles. Une IND insiste tout particulièrement sur ce point et le considère comme crucial, « Pendant la formation il faut plus d'études de cas concrets apportés par des professionnels. Il faut que l'on emploie les mots et que l'on discute autour de ça et de tous les signes cliniques. Il nous faut des choses que les infirmiers ont vécues ». Plusieurs personnes enquêtées articulent cette dynamique avec la nécessité d'un fort investissement de l'étudiant et d'une meilleure orientation des évaluations qui doivent être plus centrées sur les liens théorico pratiques, l'analyse de situations et la résolution de problèmes. Ce qui est évalué prend plus de valeur aux yeux des ESI.

Le partenariat IFSI/CHD est également très plébiscité et très recommandé, au travers de la construction des modules de formation (comme nous avons pu l'expliquer ci-dessus) et pour l'organisation des stages et de l'encadrement proposé. Toutes les personnes interviewées s'accordent à dire que l'articulation IFSI/direction des soins/services de soins est cruciale. La notion de sens est fréquemment évoquée ; sens de la formation, sens du stage, sens de l'encadrement pendant la formation et lors d'une prise de poste (à fortiori, lors d'une première prise de fonction).

Chacun constate que des organisations existent ou ont existé. Que des accueils sont réalisés ou pas, qu'un, ou des référents sont disponibles pour les ESI ou pas, qu'ils sont identifiés ... etc. De manière synthétique on note, malgré une préoccupation collective évidente, une grande hétérogénéité des organisations et des pratiques. Ainsi, un CDS

explique, « *qu'il existe un partenariat avec les stages où on réfléchit sur les désirs et les contraintes du terrain. En tant que formateur on essaye de se déplacer beaucoup pour partager des expériences. Par contre, il n'y a pas d'écriture de référentiels de compétences et on essaye de lier les contraintes réglementaires avec les contraintes de service* ».

Cette expérience est modérée par une ESI et une IDE référente qui s'interrogent sur les résultats concrets de ces discussions en notant « *qu'il existe très peu de relations, de liens avec les IFSI. Il n'y a pas de référents en titre dans de nombreux services, tout le monde fait tout !* ». Ou que « *souvent l'encadrement est fait par contrainte, à la va vite quand ça les arrangent. Elles (les IDE déjà en poste) ne se rendent pas compte que ce n'est pas comme ça qu'elles vont attirer des infirmières dans leur service et motiver les jeunes recrues. Mais il y a aussi des gens qui le font bien* ».

Le DS, met quant à lui en évidence que, « *les formateurs d'IFSI doivent enrichir leurs connaissances cliniques dans les unités de soins, ils doivent être plus présents. Il existe un manque d'interfaces entre les IFSI et les services* ».

Une IND souligne l'intérêt du stage pré-professionnel qui peut, lorsqu'il est organisé dans le service qui constituera le lieu d'affectation de la jeune professionnelle, favoriser d'une part, son appropriation de compétences attendues par ses futures collègues et d'autre part, optimiser son intégration dans le service de soins.

A l'occasion de la première prise de fonction d'une IND, l'accompagnement et l'encadrement par un tuteur sont fortement souhaités. Il ne s'agit d'ailleurs pas d'un souhait mais d'une impérieuse exigence, que les personnes interviewées veulent retrouver au CHD.

En effet, l'ensemble des enquêtés affirme leur intérêt pour le tutorat. Un PH met en avant tout le bénéfice de ce type d'encadrement qui se situe dans la droite ligne du compagnonnage ; « *Je suis pour le tutorat, il faut une dualité d'expertise. Il n'y a rien de plus formateur que le contact humain avec quelqu'un que l'on a choisi ou disponible pour ça. Il ne faut pas que ça soit un enseignant professionnel, qui va débiter sa pédagogie qu'il le veuille ou non. Avoir la possibilité d'apprendre les trucs du métier par quelqu'un d'expérience qui vous chapeaute c'est irremplaçable. Le tutorat c'est la formation naturelle avec ce puissant pouvoir accélérateur du transfert du jeune sur l'homme d'expérience qui fait que l'on apprend dix fois plus vite et dix fois mieux. Le tuteur doit donner envie de travailler. C'est le moteur de l'envie d'apprendre. Le premier réservoir d'expériences c'est l'expérience de l'autre. C'est 20000 fois plus formateur que tous les cours* ».

La notion du tutorat qui possède un pouvoir accélérateur, qui motive et qui rassure est très intéressante. Elle crée une dynamique positive qui doit faciliter le renforcement ou l'appropriation de compétences chez la jeune professionnelle. Une IND l'exprime précisément ; *« Quand on est nouvellement diplômé c'est bien d'avoir un tuteur, quelqu'un qui puisse nous guider quand on a des difficultés, sans pour autant faire notre travail à notre place. Mais qui nous explique et qui nous laisse le libre choix de faire les choses après, tout en sachant qu'on a quelqu'un sur qui compter pour nous aider à prendre plus facilement des responsabilités et à apprendre notre rôle d'infirmier correctement sans appréhension, sans avoir peur ».*

La formation clinique permettant l'adaptation à l'emploi est également plébiscitée par les personnes consultées. Elles souhaitent que chaque IND, rapidement après sa prise de fonction, puisse bénéficier d'une formation continue, axée sur la clinique infirmière et les spécificités de prise en charge en psychiatrie, qui peut lui permettre de consolider ou de développer ses savoirs. Le DS et le DRH s'accordent à dire que l'organisation de la formation continue est stratégique dans ce cycle d'adaptation à l'emploi, car cela permet un véritable accompagnement en terme de connaissances et de compétences en intégrant la notion de cheminement qui permet à chacun d'évoluer à son rythme.

2.2.8 Synthèse de l'enquête et confrontation des résultats avec les hypothèses

L'objet de notre question de départ est de comprendre pourquoi les compétences des infirmières nouvellement diplômées ne répondent que partiellement aux attentes des services de soins lors de leur première prise de fonction.

Au cours des entretiens, nous avons compris que les origines du ressenti de ce différentiel sont multifactorielles et principalement causées par :

- un déficit relationnel, fonctionnel et organisationnel entre la direction des soins et la direction de l'IFSI du CHD et des autres IFSI partenaires,
- une mission transversale CHD/IFSI sous dimensionnée,
- une inadéquation du contenu du programme de formation, notamment en santé mentale, avec la réalité de la prise en charge des patients en psychiatrie,
- une participation insuffisante des professionnels des services à la construction du module de psychiatrie et à son enseignement,
- une représentation très différente de la psychiatrie entre les ESI, les IND et les professionnels déjà en poste,
- une dynamique de l'alternance cours/stage à optimiser

- une organisation des stages rendant l'immersion des ESI dans les services de soins très difficile et incomplète,
- une programmation du stage pré-professionnel pas toujours effectuée dans le lieu de l'affectation décidée pour l'IND
- un encadrement formatif des CDS formateurs, insuffisant sur les lieux de stage,
- une hétérogénéité, quant à la présence de référents/tuteurs dans les services de soins,
- un manque d'identification des référents/tuteurs,
- une formation des référents/tuteurs insuffisante,
- un manque d'échanges entre l'équipe pédagogique et les terrains de stage,
- un investissement inégal des CDS des unités de soins dans l'encadrement des ESI,
- un manque de lisibilité des compétences attendues par les formateurs et par les services,
- une formalisation imprécise des modalités d'encadrement en stage et lors de la prise de fonction,
- une formation continue à la psychiatrie pour les IND, non obligatoire ou trop étendue dans le temps.

Ainsi l'identification de l'ensemble de ces causes et le détail de l'analyse des entretiens nous conduit à confronter les informations recueillies avec les hypothèses émises au départ en mettant en exergue différents points de discussion.

2.2.8.1 Hypothèse 1 : La construction des savoirs et des compétences des infirmières nouvellement diplômées est en décalage avec les attentes des services de soins.

Au cours des entretiens, nous avons mis en évidence que ce décalage existe. D'une part, il est généré par un manque de collaboration entre le CHD et les IFSI (principalement celui du CHD) et d'autre part il est consécutif à un manque de lisibilité et de formalisation dans les compétences attendues par chacun des partenaires. Chacun travaille en parallèle avec une concertation minimale.

2.2.8.2 Hypothèse 2 : L'action d'un tuteur de stage peut contribuer à la transmission des savoirs et à l'acquisition de compétences.

L'ensemble des personnes interviewées s'accorde à dire que l'action d'un tuteur de stage est essentielle, tant pour l'encadrement des ESI que pour l'accueil et le suivi des IND. Ils soulignent l'enrichissement humain et professionnel dont peuvent bénéficier les ESI et les

IND, notamment lorsqu'il s'agit d'un accompagnement personnalisé, en situation de travail dans un contexte formalisé, en partenariat avec les IFSI.

2.2.8.3 Hypothèse 3: L'articulation IFSI et hôpital peut concourir à la construction des savoirs et favoriser l'acquisition des compétences professionnelles.

Les interviews nous ont permis de constater, que lorsque la direction des soins et la direction de (ou des) l'IFSI interagissent ensemble, sur la construction de la formation des étudiants et la structuration de l'encadrement en stage, l'action pédagogique se trouve renforcée, au bénéfice de la favorisation de l'acquisition des savoirs et des compétences professionnelles par les ESI et les IND.

L'ensemble des hypothèses se trouve maintenant vérifié. En conséquence, et consécutivement à notre stratégie, nous soumettons des propositions d'actions qui cherchent à réduire le différentiel existant au CHD et qui peuvent trouver un champ d'application sur notre lieu d'affectation.

3 Stratégie et propositions d'actions du directeur des soins pour réduire le différentiel entre les compétences attendues par les services de soins et celles possédées par les IND

Notre stratégie d'action est liée à notre mode de management qui s'inspire du principe de subsidiarité. Comme l'évoque Chantal MILLION-DELSOL⁴⁶ celui-ci repose sur « *une redéfinition des rapports entre l'autorité et l'individu dans le domaine de l'action à accomplir en vue de l'intérêt général* ». Ainsi, nous recherchons plus particulièrement à responsabiliser les acteurs et à leur donner les moyens d'agir dans le cadre d'objectifs clairement définis

Notre démarche s'inscrit dans un projet de soins, qui va développer (sous forme de fiches projets thématiques), dans sa partie opérationnelle, des plans d'actions correspondant aux propositions que nous préconisons. Elle s'appuie sur les constats et l'approche théorique développés précédemment, sur l'analyse des entretiens réalisés au CHD, sur les stages effectués pendant notre formation et sur notre expérience professionnelle. Cette stratégie, pose le postulat incontournable (pour un souci de cohérence et d'efficacité) d'un partenariat entre le CHD et le ou les IFSI qui adressent des ESI sur

⁴⁶ MILLION-DELSOL C, Le principe de subsidiarité, Que sais-je ? N°2793 PUF, Edition 1993, 126 p

l'établissement et qui permettent le recrutement d'IND. Ainsi, elle repose sur quatre temps divisés en plusieurs axes:

- le temps de la genèse de la collaboration entre le directeur des soins en gestion et le ou les directeurs des soins en IFSI,
- le temps de la mise en place du tutorat,
- le temps de la formation initiale des ESI,
- le temps de la prise de fonction des IND.

Ces quatre temps sont intimement liés ; ils s'alimentent les uns et les autres et ne répondent pas strictement à une logique chronologique. Toutefois force est de constater qu'il est préférable, pour des raisons d'efficacité de commencer à les traiter dans cet ordre.

3.1 Le temps de la genèse de la collaboration entre le directeur des soins en gestion et le ou les directeurs des soins en IFSI.

Cette collaboration ne se décrète pas mais elle se construit. Il nous semble important que le DS en gestion (DSG) se déplace dans les IFSI partenaires et plus particulièrement dans l'IFSI résident de l'établissement pour échanger avec les DS en IFSI (DSIFSI) et débiter la réflexion sur « quelles infirmières avons-nous besoin et sur quelles infirmières souhaitons nous former ? », puis de poursuivre sur « comment le faire et avec qui ? ». Il nous paraît essentiel que le DSG ou son représentant participe à l'élaboration du projet pédagogique des instituts (notamment celui du CHD) et que les points de vue se rapprochent et s'accordent pour permettre un partenariat riche et dynamique apte à favoriser la mise en place d'une alternance-articulation.

Dans le cadre de cette logique, le DSG doit chercher à structurer, à faire évoluer et à pérenniser les interfaces avec les IFSI. Pour répondre à cela, nous souhaitons établir deux missions transversales stratégiques.

La première (voir la lettre de mission en annexe 2), consiste en une mission transversale pédagogique à temps plein (cadre en mission transversale pédagogique : CMTP), confiée à un CSDS ou à un CDS possédant une expérience en pédagogie et une expertise clinique.

A l'inverse de celle existant au CHD, cette mission doit être suffisamment dimensionnée et légitimée pour être efficace et constituer une force de proposition, de construction et de gestion permanente. Ainsi, nous proposons que le CMTP puisse bénéficier d'une lettre de

mission étudiée avec les DSIFSI, délivrée par le DSG et validée par le directeur du CHD (DG).

Les objectifs de cette mission ainsi légitimée sont les suivants :

- représenter le CHD au sein des IFSI,
- se positionner en personnes ressource pour les IFSI,
- participer à la rédaction d'une convention de partenariat avec les IFSI,
- participer à l'élaboration et à l'organisation du module de santé mentale,
- gérer l'organisation des stages programmés sur le CHD en bénéficiant d'une aide du secrétariat de la direction des soins,
- animer un « groupe d'accueil » des stagiaires (GAS) avec notamment deux tuteurs dans chaque secteur,
- participer à la mise en place opérationnelle du tutorat, conformément à la circulaire du 16 janvier 2006,
- coordonner l'action des tuteurs de stage,
- animer le GAT (groupe d'accompagnement du tutorat),
- rencontrer régulièrement le référent pédagogique de la CME,
- réaliser la synthèse des questionnaires d'évaluation des stages par les ESI,
- rencontrer régulièrement, une fois par trimestre, les représentants des promotions d'ESI dont les IFSI négocient des stages avec le CHD,
- participer à l'élaboration du programme de consolidation des acquis dispensé aux IND,
- repérer les ESI prometteurs, intéressés et motivés par la psychiatrie,
- rencontrer fréquemment le CRC (cadre en mission transversale pour la construction de référentiels de compétences),
- communiquer par différents vecteurs (journal interne, Internet, le site Internet de l'hôpital, revues professionnelles, à l'occasion de colloques...) sur : la mission du CMTP (cadre en mission transversale pédagogique), ses résultats, le fonctionnement du GAS et du GAT,
- rendre compte régulièrement (lors de réunions bimensuelles) à la direction des soins et présenter l'évolution des actions entreprises au cours des réunions de CSDS, de CDS et des réunions de la CSIMTR lorsque l'actualité le nécessite.
- réaliser un rapport annuel d'activités

Les indicateurs d'évaluation de cette mission sont multiples. Ils permettent de restituer la qualité de la formation dispensée par les IFSI et le CHD à travers d'une part, la satisfaction des ESI et des IND et de leur niveau de connaissances atteint en psychiatrie, et d'autre part, celle des tuteurs et de l'ensemble des partenaires de soins. Un accroissement des IND souhaitant travailler sur CHD est également un bon indicateur, car

il va traduire l'attractivité de l'établissement et la valorisation de la spécialité traitée. Dans cet optique la DRH peut également intervenir régulièrement sur l'IFSI du CHD pour aborder le statut d'agent de la fonction publique hospitalière et les conditions de travail sur l'établissement (accord local, primes ...).

Comme nous l'avons précisé précédemment la réussite de cette mission transversale est cruciale. Un franc succès peut permettre la construction d'un socle solide sur lequel va s'élaborer l'ensemble de l'articulation IFSI/CHD.

La seconde, consiste en une mission transversale à temps partielle, s'attachant à l'organisation de la construction de référentiels de compétences sur le CHD. Ainsi, pour se voir confier cette responsabilité, le cadre en mission transversale pour la construction des référentiels de compétences (CRC), qui est CSDS ou CDS, doit posséder une solide expérience de terrain complétée par un partenariat ou un expérience pédagogique.

Tout comme pour le CMTP, nous proposons, pour renforcer la légitimité du CRC, que celui-ci puisse bénéficier d'une lettre de mission étudiée avec les DSIFSI, délivrée par le DSG et validée par le directeur du CHD (DG).

Les objectifs de cette mission sont les suivant :

- organiser une veille documentaire et réglementaire dans le domaine des référentiels métiers, de la compétence professionnelle et dans la construction des référentiels de compétences,
- coordonner et animer le groupe participant à la construction des référentiels de compétences,
- participer avec le groupe de travail précité à l'évolution des profils de fonctions, des profils de postes,
- participer, au sein des services de soins à des groupes de travail ou à des temps d'échanges avec les équipes soignantes sur ce sujet,
- être le référent de la direction des soins pour réaliser une veille réglementaire et organisationnelle sur l'évolution de la mise en place de la VAE,
- se positionner, pour son domaine de responsabilité, en personne ressource pour les IFSI,
- rencontrer régulièrement le référent pédagogique de la CME,
- communiquer par différents vecteurs (journal interne, Internet, le site Internet de l'hôpital, revues professionnelles, à l'occasion de colloques...) sur : la mission du CRC (cadre en mission transversale pour la construction des référentiels de compétences), ses résultats, les référentiels de compétences élaborés,
- rencontrer fréquemment le CMTP,

- rendre compte régulièrement (lors de réunions bimensuelles) à la direction des soins et présenter l'évolution des actions entreprises au cours des réunions de CSDS, de CDS et des réunions de la CSIMTR lorsque l'actualité le nécessite.
- réaliser un rapport annuel d'activités

Les indicateurs d'évaluation de cette seconde mission transversale sont centrés sur la capacité du CRC et du groupe de travail concerné, à construire des référentiels de compétences qui ne soient pas des compilations intellectuelles mécaniques élaborées par des spécialistes, mais qui soient des outils compréhensibles, utilisables et utilisés, tant par le DSG, la DRH, les IFSI, les tuteurs, les ESI, les IND et tous les professionnels qui travaillent auprès des patients. L'important dans cette dynamique, est de permettre à l'ensemble des soignants (déjà diplômés ou en formation) de s'interroger sur leurs pratiques et sur ce qu'il est nécessaire de savoir et de mettre en œuvre pour faire face à une situation prévisible ou imprévisible.

Fort de ces missions déterminantes, nous envisageons les propositions d'actions correspondant au deuxième temps de notre stratégie.

3.2 Le temps de la mise en place du tutorat

La mise en place du tutorat est un élément clé de notre stratégie d'action (voir la fiche projet annexe 3). Bien qu'elle intervienne après la dynamique de concertation entre le DSG et les DSIFSI, elle représente un lien fort entre tous les partenaires de la formation (Direction générale, DSG, DSIFSI, formation continue, communauté médicale) pour le bénéfice des ESI, le recrutement d'IND, leur fidélisation et la qualité des soins dispensés aux patients. Le tuteur que l'on peut également qualifier de référent clinique, fait partie du socle solide sur lequel va s'élaborer l'ensemble de l'articulation IFSI/CHD.

Il contribue aussi, à une émulation collective au sein de son unité et de son secteur, ce qui d'une part, enrichit les soins et leurs bénéfiques pour les patients et d'autre part, rassure les malades, les membres d'associations de patients, de familles ou d'amis de malades quant à la sécurité de la prise en charge et à l'efficacité des soins.

Comme nous l'avons expliqué précédemment, le tuteur de stage réalise un accompagnement personnalisé de l'apprenant en situation de travail dans le cadre d'un dispositif concerté afin de rechercher l'efficacité dans l'apprentissage proposé à l'ESI ou à l'IND. Son action pédagogique est basée sur le concret, elle doit intervenir en amont, en cours et en aval de la formation initiale infirmière ; dans ce sens, il s'agit également d'une mission transversale au sein de l'institution et entre le CHD et les IFSI.

La circulaire du 16 janvier 2004 se positionne dans cette logique car, elle opérationnalise l'idée du tutorat soutenue par le plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008. De fait, moyennant des accompagnements budgétaires et des appels à projets, elle oblige ainsi les établissements à se mobiliser pour cette démarche et à réfléchir à ses modalités de mise en œuvre.

Nous proposons donc une organisation avec les objectifs et les modalités opérationnelles suivants :

- connaître le nombre exact d'IND ou d'IDE (même plus anciennement diplômées, mais sans expérience en psychiatrie) prenant un poste ou ayant pris un poste ces deux dernières années sur le CHD. Le recensement est réalisé par la DRH et la direction des soins.
- rencontrer le président de la CME pour lui présenter le projet et le solliciter pour qu'il nomme un référent pédagogique émanant de cette instance, dont le rôle est de se positionner en tant qu'expert clinique et de réfléchir sur la transmission des savoirs et des compétences.
- constituer, sous la responsabilité directe du CMTP, un groupe d'accompagnement du tutorat (GAT) qui est le groupe ressource et garant de l'application et du suivi du dispositif. Ce groupe est composé de neuf personnes soit : le CMTP, 1 CSS du CHD, 1CDS du CHD, 1 CDS formateur de l'IFSI du CHD, 1 cadre formateur d'un autre IFSI partenaire, 2 tuteurs, le DRH ou son adjoint, le membre référent pédagogique de la CME.
- créer un groupe d'accueil des stagiaires (GAS)

Celui-ci est animé par le CMTP. Le GAS constitue alors le groupe relais pour la mise à jour et l'évolution du livret d'accueil destiné aux étudiants en stage sur le CHD (ce livret existe depuis plusieurs années sur le CHD, il est distribué à chaque ESI), l'accueil, l'encadrement, l'évaluation des étudiants et des élèves en stage. Ce groupe est composé : du CMTP, de quatre autres membres du GAT (1 tuteur, 1 CDS du CHD, 1 CDS formateur de l'IFSI du CHD, 1CDS formateur d'un autre IFSI partenaire) et des CSDS des différents secteurs ou 1 CDS par secteur ainsi que 1 tuteur par secteur.

- constituer le groupe de tuteurs.

Une note de service signée par la direction des soins et par la DRH va être diffusée à l'ensemble de l'établissement pour expliquer, les conditions nécessaires pour être tuteur (motivation, expérience, volontariat...), le rôle attendu des tuteurs dans l'institution

(encadrement des IND et des ESI, référent clinique, participation à différents groupes de travail ...) et la date limite de dépôt des candidatures.

Le tuteur appartient au même corps professionnel que la personne à tutorer. Dans la mesure du possible, il doit avoir au moins cinq ans d'expérience en psychiatrie. Si le dispositif est opérant, il pourra être étendu à d'autres catégories professionnelles telles que CDS, AS C'est un agent du même service que le tuteuré mais pas systématiquement de l'équipe dans laquelle est affecté ce dernier. Devenir tuteur, doit faire partie d'une démarche volontaire qui s'adresse à des infirmières souhaitant partager et transmettre leurs connaissances en psychiatrie tout restant proche du terrain. A ce titre, il s'engage pour une mission de deux ans renouvelables.

Le tuteur n'est pas en position hiérarchique. Il ne participe pas à l'entretien de progrès proposé à chaque agent, lors de son évaluation annuelle, mais adresse au CDS, dont dépend l'agent tuteuré, un bilan de la période de tutorat. Il est reconnu dans cette mission d'encadrement par l'encadrement infirmier, par les équipes pédagogiques des différents IFSI partenaires, par les médecins et par ses pairs. Il bénéficie de temps détachés (position en double effectif quand c'est nécessaire, participations aux réunions, relations avec les IFSI), fixés et respectés.

L'expérience réussie du tutorat et la place du tuteur dans l'institution pourra permettre au terme d'une période test de deux ans de faire les propositions suivantes :

- les modalités d'intéressement du tuteur,
- la possibilité de réfléchir à un nouveau métier soignant ouvrant à un grade de cadre clinique/pédagogique sans rôle hiérarchique.

- caractériser les modalités organisationnelles du tutorat.

Le tutorat est obligatoire et formalisé. Il s'étend sur une période d'un an et est réalisé sur du temps de travail, aussi bien pour le tuteur que pour le tuteuré. La fréquence des rencontres entre le tuteur et le tuteuré est laissée au libre choix des deux partenaires. L'encadrement du tuteuré peut se dérouler en binôme (le plus souvent lors de la prise de poste) ou sous la forme d'un accompagnement personnalisé (temps d'échanges, partage d'expériences, confrontations cliniques ...). Les interventions du tuteur doivent être précisément identifiées, afin d'établir un bilan récapitulatif en fin de tutorat, permettant le calcul des indemnités de remplacement (à ce titre, il est important de créer un nouveau code dans le logiciel de gestion du temps de travail pour le temps consacré au tutorat).

Le GAT, qui participe à la mise en place de la formation des tuteurs, organise et planifie deux fois par an des rencontres avec l'ensemble des tuteurs.

En cas de difficultés entre le tuteur et le ou les tutorés, ceux-ci ont la possibilité de solliciter le CDS de leur unité, le CSDS de leur secteur ou le CMTP et les membres du GAT. L'encadrement des services de soins s'engage à faciliter la mise en œuvre et à pérenniser le dispositif du tutorat. Ainsi les rendez-vous fixés et planifiés ne peuvent être annulés pour raison de service. Il veille à ce que chaque nouveau recruté, ayant moins de deux ans d'expérience en santé mentale, puisse s'inscrire dans ce dispositif. Il est chargé de diffuser toutes les informations relatives au tutorat.

Le dispositif du tutorat est discuté à la CSIMTR et présenté pour avis dans les instances CTE, CME et pour information au CA.

Chaque année, pour valoriser le tutorat et réaffirmer l'engagement de l'établissement dans cette démarche, l'ensemble des tutorés sur cette période, les tuteurs, les membres du GAT, le directeur, le DSG, le DRH, les DSIFSI, le président de la CME... se retrouvent pour un échange autour d'un « pot de l'amitié ».

- former les tuteurs.

Le nombre de tuteurs à former peut être estimé à 36, soit deux tuteurs par secteur (dont au moins un en poste en unité d'hospitalisation temps plein). Leur formation va se dérouler sur le site du CHD (espace formation continue) pour trois groupes de douze agents sur une durée de trois jours. Le coût estimé est de 3000 euros par groupe. Une mise en concurrence (selon les dispositions du code des marchés publics de 2004) peut être lancée en décembre 2006 pour une réalisation d'ici la fin du premier trimestre 2007. En parallèle, un appel à volontariat, pour être tuteur, est réalisé en janvier 2007. Les candidats adressent une lettre de motivation précisant leur intérêt pour cette mission et retraçant leurs parcours et leurs expériences professionnelles en psychiatrie. Ils doivent informer leur encadrement de cette démarche et adresser leur courrier au DSG.

Les sélections se font en concertation entre le DSG, le CMTP, le DRH et le DSIFSI du CHD. L'objectif est que tous les tuteurs soient formés pour le premier trimestre 2008.

- élaborer des modalités d'évaluation du tutorat.

Un questionnaire de satisfaction est complété par les tuteurs et les tutorés. Au terme de chaque période de tutorat, un bilan du tutorat est réalisé par le tutoré à l'aide d'une grille lui permettant de se positionner au regard d'objectifs à atteindre, fixés en début de tutorat avec le tuteur. Ce dernier réalise une synthèse des thèmes qu'il a abordé avec les agents tutorés (psychopathologie, gestion des situations de crise, relations avec les aidants...) et transmet ses impressions.

L'ensemble des questionnaires et des grilles d'évaluations sont adressés au GAT, qui procède à l'analyse des documents et transmet un rapport annuel, au directeur, au DSG, au président de la CME, au DRH et aux DSIFSI partenaires.

L'ensemble du temps consacré au tutorat est comptabilisé chaque année (grâce au logiciel de gestion du temps de travail) et diffusé à la DSG, au DRH et aux membres du GAT.

La fidélisation à 1 an, 2 ans, 5 ans des IND et leur niveau de compétences sont de bons indicateurs de l'impact du tutorat. La volonté de rester tuteur ou celle de continuer à travailler, après 55 ans (à temps plein ou à temps partiel), des IDE motivées par l'encadrement des ESI et des IND en sont des autres.

3.3 Le temps de la formation initiale des ESI

Dans ce temps d'action, nous envisageons deux axes d'actions principaux (dans le ou les IFSI et sur les terrains de stage) se divisant eux même en plusieurs démarches opérationnelles.

Ainsi, au sein des IFSI nous souhaitons que :

- le CMTP contribue avec des experts cliniques (infirmiers, médecins...) à construire le module santé mentale de 350 heures. Pour que cette action ait du sens, le CMTP doit, dans un premier temps, pouvoir participer à la réflexion concernant le projet d'école, qui répond aux questions fondamentales : quelle infirmière voulons nous former, pourquoi, quelles organisations de la formation choisissons nous... ?

Dans un second temps, le CMTP et les experts cliniques précités doivent intégrer le groupe qui construit le module santé mentale pour aider à rendre utile, mobilisateur et vivant les enseignements apportés, les pratiques pédagogiques utilisées et les modalités d'évaluations proposées.

- les professionnels du CHD participent activement à l'enseignement de la psychiatrie et à son évaluation. Une fois la construction du module santé mentale réalisée, il semble essentiel, que des professionnels de catégories différentes contribuent aux enseignements magistraux, à la réalisation d'ateliers pratiques ou à l'organisation de temps d'échanges cliniques. Leurs contributions aux évaluations théoriques ont pour objet de conduire les étudiants à rechercher les liens, à être attentif à l'analyse des situations et à ne pas se contenter de restituer des savoirs plaqués dénués d'intérêts.

- le CMTP et le GAS négocient avec les IFSI, la construction de stages plus longs (redistribution des temps de stage, modulation avec les stages optionnels...), qui permettent aux ESI de travailler plus facilement avec les tuteurs, de s'immerger dans leur nouvel environnement, et de réduire ainsi le sentiment d'inachevé, consécutif au départ

de stage, lorsque l'étudiant commence à trouver ses marques. Ces temps de stages plus longs peuvent également faciliter l'organisation d'évaluations formatives réalisées par des membres de l'équipe soignante et/ou un formateur de l'IFSI.

Au sein du CHD nous souhaitons que :

- le CRC (cadre en mission transversale pour la construction des référentiels de compétences), le GAT, et un représentant de chaque secteur (CSDS, CDS, tuteur, IDE) construisent des référentiels de compétences (voir la fiche projet annexe n°4) qui doivent être opposables, pour la fonction IDE (dans un premier temps), dans chaque service de soins, aux compétences possédées par les ESI ou les IND, à celles attendues par les infirmières des services de soins, aux objectifs de stage des étudiants et aux axes de progrès définis avec les IND et les tuteurs.

Sur le CHD, il existe déjà des fiches de postes qui intègrent certaines compétences attendues par les services de soins ; toutefois ces compétences sont incomplètes, non travaillées avec les IFSI, peu diffusées et insuffisamment connues des soignants. La construction de référentiels de compétences, constitue donc un enjeu important pour bon nombre de professionnels et pour l'institution qui les emploie. La DHOS travaille sur un référentiel métier, la VAE fait appel aux compétences et contribue à modifier l'organisation de programmes de formations initiales (aujourd'hui AS, AP, demain infirmières...), le CEFIEC produit une étude sur les compétences infirmières... Ces outils et ces organisations sont particulièrement intéressants, car ils souhaitent fournir une valeur ajoutée en ce qui concerne :

- le repérage et la délimitation des niveaux de qualification, et de compétences des personnels,
- l'explicitation des pratiques professionnelles, notamment dans le but d'optimiser l'organisation du travail et le management,
- la GPEC, en optimisant la compétence individuelle au bénéfice de la performance collective,
- l'élaboration d'objectifs de formation ciblés, plus orientés vers la résolution de problèmes dans le contexte professionnel que vers la construction de connaissances purement théoriques ou techniques,
- la mise en œuvre d'une démarche qualité,
- etc.

Ainsi, il n'est pas étonnant de considérer que ces référentiels de compétences sont très intéressants à utiliser, car ils peuvent d'une part, aider à rapprocher les objectifs des ESI

et des IND, des attentes des professionnels de terrain, et d'autre part, être un moyen d'impliquer les acteurs et d'objectiver l'action du tuteur de stage.

Avant de détailler l'élaboration des référentiels de compétences, il est utile de préciser que ceux-ci doivent toujours prendre en compte, que la compétence est liée à l'action et ne se résume pas à une addition de savoirs, fussent-ils très nombreux.

Pour construire ces référentiels, nous proposons donc d'utiliser comme base de travail, le référentiel métier édité par la DHOS et de s'inspirer d'une méthodologie qui peut être adaptée en fonction des sensibilités conceptuelles et des orientations professionnelles du DSG et du groupe de travail. L'important, étant que les documents réalisés prennent en compte les préoccupations des professionnels des services de soins et des IFSI et qu'ils soient utiles et lisibles pour tous.

Cette méthodologie, consiste à prendre exemple sur le travail réalisé entre 2002 et 2005 par le CEFIEC (comité d'entente des formations infirmières et cadres) et l'AFDS (association française des directeurs des soins) avec la collaboration de monsieur Guy Le BOTERF. Aujourd'hui la réflexion est aboutie et le référentiel de compétences infirmière est disponible dans sa version finale sur le site Internet du CEFIEC ([http : //www.cefiec.fr](http://www.cefiec.fr)).

La méthodologie qu'ils ont construits est la suivante.

À partir du concept de compétence, la réflexion d'un groupe de travail⁴⁷ s'est attachée à identifier les composantes des « schèmes » opératoires, spécifiques du savoir agir infirmier dans des situations de travail données (démarche basée sur le cadre méthodologique défini avec Guy LE BOTERF). Les schèmes sont considérés ici comme des schèmes d'action qui permettent à l'individu d'interagir avec son environnement, dans le cadre d'un contexte particulier auquel il faut faire face en résolvant les problèmes qui y sont posés.

Dans un premier temps, identification des compétences générales de l'infirmière.

Pour chaque compétence reconnue et définie, des critères de réalisation sont identifiés et classés selon la typologie suivante :

- *démarche / méthode / mode opératoire*
- *relation au bénéficiaire*
- *coopération avec les autres acteurs*
- *sécurité / continuité*

⁴⁷ROBERTON Geneviève, *Présidente du CEFIEC, Construction d'un référentiel de compétences infirmières* - Travail d'étude régional – Novembre 2005, CEFIEC : Comité d'Entente Régional Midi-Pyrénées / AFDS : Délégation Régionale Midi-Pyrénées

- *règles et engagements professionnels*

Dans un deuxième temps, pour l'ensemble de ces critères de réalisation ; des ressources nécessaires sont énoncées en terme de :

- *savoirs théoriques*

- *savoir-faire méthodologiques*

- *savoir-faire techniques*

- *savoir-faire relationnels*

Enfin dans un troisième temps, un inventaire de critères de résultats est réalisé selon la typologie :

- *pertinence*

- *cohérence / synchronisation*

- *acceptabilité / adhésion*

- *efficience*

Ainsi le groupe de travail a identifié sept compétences :

1. *Élaborer et mettre en oeuvre un projet de soins individualisé*

2. *Gérer les activités de soins*

3. *Réaliser les soins techniques*

4. *Réaliser les soins éducatifs individualisés et/ou collectifs*

5. *Conduire des soins relationnels, notamment une relation d'aide et/ou de soutien psychologique avec le bénéficiaire*

6. *Former les stagiaires et les nouveaux arrivants*

7. *Contribuer à la valorisation et à l'évolution de l'exercice professionnel*

Ce référentiel de compétences génériques peut permettre de servir de base de travail pour l'élaboration de référentiels partagés par un ou des IFSI et les services de soins du CHD. A ce titre, la participation des praticiens hospitaliers et notamment du chef de service, dans la construction de référentiels qui prennent en compte certaines spécificités de leur service, peut se révéler productive et riche d'enseignements quant aux compétences infirmières attendues par les médecins. En conséquence et dans un souci de progression, l'équipe soignante doit partager des retours d'expériences sur ses pratiques et travailler des analyses cliniques et des modalités de prise en charge avec le corps médical.

Nous désirons que l'ensemble des référentiels soit élaboré pour la fin 2007.

- le GAS animé par le CMTP organise au mieux l'accueil des stagiaires.

Pour cela, il s'assure d'une part, qu'un temps d'échange, avec le CDS ou une IDE leur soit consacré, lors de leur arrivée sur le lieu de stage. Celui-ci est destiné à faire le point sur leur parcours de formation, sur les compétences attendues par l'équipe soignante et

sur leurs objectifs de stage, Puis d'autre part, qu'un entretien de mi-stage leur soit proposé et qu'un bilan final reprenne l'ensemble de leur vécu et établisse une évaluation de l'atteinte des objectifs précédemment déterminés.

- les questionnaires sur la satisfaction des étudiants soient traités rapidement (bilans tous les trois mois), Le CMTF et le GAS, s'assurent que les questions posées sur le questionnaire existant permettent une évaluation pertinente par les ESI, de leur vécu et de l'encadrement proposé. Ils se préoccupent également que le questionnaire soit testé et que les questions posées soient compatibles avec un codage et une évaluation statistique informatique type Epi info ou autre. Les résultats doivent pouvoir être croisés et permettre une restitution trimestrielle (au DS, au DRH, au GAT, au GAS, aux DSIFIS, aux CSDS) par pôles (quand ils seront constitués), par secteurs et /ou par services. Les résultats peuvent être présentés sous forme de tableaux ; leurs formes doivent permettre une lecture aisée et logique.

- les ESI (des IFSI partenaires) puissent bénéficier des journées d'enseignements cliniques (trois par an). Chaque année, la cellule formation continue du CHD organise des journées d'enseignements cliniques ouvertes à tous les professionnels soignants exerçant au CHD. Nous souhaitons, dans la limite d'un pourcentage précisément déterminé par le CMTF, le responsable de la formation continue et les DSIFSI, que des ESI des IFSI partenaires (notamment ceux dont le projet professionnel est de travailler en psychiatrie, ou ceux intéressés par la psychiatrie) puissent enrichir leurs connaissances en participant à ces journées.

La lecture des propositions ci-dessus, nous permet de constater que nous recherchons tout particulièrement à renforcer nos liens de fonctionnement avec les IFSI pour optimiser la formation des ESI en psychiatrie et pour démystifier la maladie mentale et ses structures de prise en charge. L'incidence se veut donc directe sur les IND formées dans ces IFSI partenaires, ce qui peut contribuer à rendre plus sécurisant, efficace et moins stressant leur première prise de fonction en psychiatrie.

3.4 Le temps de la prise de fonction des IND

Comme nous l'avons présenté dans cette étude, tout ce qui peut concourir à réduire le différentiel entre les compétences possédées par les IND et celles attendues par les services de soins mérite d'être étudié et entrepris. Cette dynamique est bénéfique pour tous ; patients, soignants, IFSI, établissement ... Elle contribue à optimiser la formation des IND, leur fidélisation sur l'établissement, la qualité des soins dispensés et la

satisfaction des patients et de leur famille. En conséquence, le temps de la prise de fonction des IND doit être particulièrement soigné. Nous envisageons donc plusieurs types d'actions.

- Le stage d'intégration.

Après avoir rencontré lors d'un entretien individuel le DSG, l'IND est informée du fonctionnement et des attentes de l'établissement, elle a pu exprimer ses motivations, ses choix, ses inquiétudes... Consécutivement à cet entretien, elle connaît son secteur (son pôle dans le futur) d'affectation. C'est le CSDS responsable du secteur qui va l'affecter dans un service (le plus souvent, il s'agit, pour débiter, d'une unité d'hospitalisation à temps complet), lui présenter le CDS de son service et le tuteur par lequel elle va être tutorée. Comme nous l'avons détaillé précédemment, le tuteur lui explique les modalités du tutorat (voir chapitre 3.2), fait le point avec l'IND sur son parcours de formation et sur ses compétences (il s'aide notamment des référentiels de compétences lorsqu'ils sont construits) et établit avec elle des objectifs partagés et répartis par ordre de priorité.

Le stage d'intégration conduit l'IND, bien qu'elle soit affectée à l'UHTC, à se déplacer également sur les structures de prise en charge extrahospitalières (CMP, HDJ, CATTP...). Après quelques semaines et un premier bilan avec le tuteur, le CSS affecte l'IND par quinzaines en double affectation d'échange avec une IDE expérimentée (pendant quinze jours l'IND prend le poste de l'IDE et vis et versa) entre l'UHTC et une structure extrahospitalière (cette organisation va se reproduire plusieurs fois dans l'année). L'objectif de cette multi affectation est double : d'une part, il doit permettre, à l'IND de visualiser et de comprendre l'étendue du champ d'action de la psychiatrie et les liens des différentes structures avec son lieu d'affectation principale, et d'autre part, de contribuer à rapprocher les infirmières les plus expérimentées des lieux d'hospitalisation temps plein pour qu'elles puissent transmettre leurs savoirs et leurs expertises.

La période de tutorat est d'un an, elle doit permettre à l'IND de s'enrichir de nouvelles compétences, de conforter son choix professionnel et s'intégrer dans l'établissement.

- La consolidation des savoirs et la participation aux journées cliniques complémentaires

Le CHD possède déjà un dispositif bien structuré, managé par la formation continue, ouvert aux IND, et aux IDE expérimentées prenant un premier poste en psychiatrie. Il s'agit d'un module de formation (non obligatoire mais conseillé) décomposé en trois périodes de formation centrées sur des rappels théoriques à partir d'études de cas et de retour d'expériences. Les journées cliniques (trois par an) sont quant à elles ouvertes à tous les soignants du CHD et à des ESI d'IFSI partenaires.

La circulaire du 16 janvier 2006 va modifier cette organisation. Elle détaille précisément le contenu du programme de consolidation et d'intégration des savoirs et des pratiques en soins pour l'exercice en psychiatrie et la rend obligatoire pour les IND, et les infirmières ayant exercé dans une autre discipline que la psychiatrie.

Les objectifs et le contenu de ce programme de formation sont précis et insistent tout particulièrement sur la possibilité pour l'IND *d'être professionnellement opérant au quotidien en lui favorisant une prise de fonction optimale lorsqu'elle intègre le champ de la psychiatrie.*

Le CMTF et les membres du GAT vont mettre en œuvre rapidement (début 2007) les recommandations de la circulaire et s'organiser pour que la formation puisse être dispensée en 15 jours (5X3) jours « modularisés » sur 2 ans maximum. Le cahier des charges est très précis (voir annexe 5) et une aide méthodologique peut être recherchée auprès de la délégation régionale de l'ANFH. Dans ce contexte, les IND et les infirmières inexpérimentées en psychiatrie ont l'obligation de suivre le cursus de consolidation et d'intégration des savoirs auquel on peut ajouter, pour le CHD, celle de participer aux journées d'enseignement clinique.

La dispensation des enseignements et l'organisation des ateliers vont être proposées à des tuteurs, des IDE expérimentées, des CSDS, des CDS, des médecins et des formateurs des IFSI selon les mêmes dispositions que celles détaillées dans le chapitre 3.2 ou à un partenaire extérieur (organisme de formation continue).

Le coût prévisionnel de la formation est très lié à son organisation et à la qualité des intervenants (personnel de l'établissement et d'établissements partenaires, ou formateurs provenant d'un organisme de formation continue).

Pour avoir un ordre d'idée, on peut prendre connaissance de l'action entreprise sur la région Franche-Comté. Véronique Stephan⁴⁸ précise que le CHU de Besançon, le centre hospitalier de Novillars, le centre hospitalier de Belfort Montbéliard ont inscrit 14 personnes à la formation 2006 destinée aux nouveaux arrivants.

« *La formation des jeunes infirmiers coûte à chaque 'établissement, 1402 euros par stagiaire* » nous signale t'elle, alors que « *la formation des tuteurs bénéficie pour sa part d'une prise en charge régionale* ». Bien qu'il ne soit qu'indicatif et conjoncturel à la région Franche-Comté, ce coût est important. Il doit nous inciter à calculer précisément (en partenariat avec la DRH) celui pouvant exister au CHD, ou sur l'établissement dans lequel nous allons prendre notre affectation. Pour cela on peut intégrer différents coûts : le

⁴⁸ STEPHAN V, responsable du plan d'action régional 2006 à l'ANFH de Franche-Comté.

temps de travail par agent, le temps de formation dispensé (par des personnels du CHD, des IFSI ou d'un organisme extérieur), le temps de remplacement (heures supplémentaires, intérim ...) nécessaire pour compenser l'absence des personnels en formation

L'évaluation de ce dispositif est également très encadré par la circulaire du 16 janvier 2006. Cette dernière recommande une double évaluation : une est centrée sur l'évaluation pédagogique des stagiaires (sous forme d'une évaluation de connaissances) et l'autre s'attache à évaluer les effets de la formation à distance (un an après) auprès des établissements et des stagiaires. Le CHD, comme l'établissement dans lequel nous allons prendre nos fonctions, peuvent également évaluer cette formation, grâce à un questionnaire dont l'objectif est d'identifier la satisfaction des stagiaires et des formateurs. Le CMTP et le GAT vont se charger de cette démarche.

CONCLUSION

Le CHD comme l'établissement dans lequel nous allons prendre nos fonctions, se trouve confronté aujourd'hui à de multiples enjeux, dont celui de garantir la continuité des soins dans un contexte de rationalisation des moyens, de vieillissement de la population et d'un fort renouvellement de personnel, qui se caractérisera par un départ massif de professionnels les plus expérimentés (notamment des IDE) d'ici dix à quinze ans.

Le CHD doit faire face à des difficultés de recrutement, tout particulièrement amplifiées depuis la disparition du diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique. A ce titre il recherche de futurs professionnels compétents, motivés, intéressés par la psychiatrie, comme avant, mais avec la formation d'aujourd'hui et des compétences différentes de celles attendues par les professionnels déjà en exercice.

Oui mais qu'est ce qu'être compétent ? De quelles compétences parle t'on ? Comment faire pour le devenir ?

Dans le cadre de ce mémoire, nous avons cherché à répondre à ces questions, à comprendre pourquoi un différentiel existe entre les compétences possédées par les IND et celles attendues par les services et à savoir comment faire pour le réduire le plus possible pendant la formation initiale et au cours de la première prise de poste.

Pour cela, il est essentiel de développer une riche collaboration entre les IFSI et les établissements qui accueillent des ESI. Toutefois, cela n'est pas suffisant ; il faut également que les établissements entreprennent une démarche d'identification des compétences qu'ils possèdent et des compétences dont ils ont besoin et qu'ils soignent tout particulièrement l'accueil et l'encadrement de leurs nouveaux professionnels.

Les projets sans les femmes et les hommes qui les font vivre ne sont rien. L'époque dans laquelle nous sommes, doit nous inciter encore plus, à tout entreprendre pour rendre compatible : la mise en place des réformes hospitalières, l'évolution des besoins des patients et de leur famille, les attentes de la société et l'exercice professionnel des IND et des personnels expérimentés.

Notre démarche se veut donc volontariste, optimiste et pleine d'ambitions. Elle s'inscrit dans le respect du travail fourni par notre prédécesseur et ses collaborateurs, repose sur une dynamique de subsidiarité qui intègre la gestion hospitalière par pôle, valorise le rôle de missions transversales non hiérarchiques, incite à l'émergence de nouveaux métiers et positionne le DSG sur une mission plus stratégique centrée sur l'optimisation de l'organisation des soins, de leur qualité, de la formation et de l'action des femmes et des hommes qui les réalisent.

Bibliographie

Textes réglementaires

Loi n° 85.772 du 25 juillet 1985 légalisant le secteur.

Loi n° 85.1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique.

La loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

L'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

L'ordonnance de simplification n°2003-850 du 04 septembre 2003.

Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement.

Arrêté du 28 septembre 2001 modifiant l'arrêté du 23 mars 1992 relatif au programme des études conduisant au diplôme d'état d'infirmier.

Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.

Circulaire DHOS/01 n°2002-195 du 16 avril 2003, relative à la prise en charge des urgences.

Circulaire DGS/DHOS n°2003-366 du 10 juillet 2003 relative à la mise en œuvre des enseignements concernant la santé mentale prévus par l'arrêté du 30 mars 2002.

Circulaire n°DHOS/P2/02DGS/6C/2006/21 du 16 janvier 2006 relative à la mise en œuvre du tutorat pour les nouveaux infirmiers exerçant en psychiatrie.

Ouvrages

COUANAU R, le désenchantement hospitalier : les propositions pour sortir de la crise.
Revue fondamentale des questions hospitalières n°8 2003, 247p

Pascal DUFOUR - Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique - 2006

Le BOTERF G, De la compétence à la navigation professionnelle, Paris, Editions d'organisation, 1997, 294 p

Le BOTERF G, De la compétence: Essai sur un attracteur étrange, les Editions d'organisation, 1994, 176 p

KREBS G, Ressources humaines/ nouvelles pratiques selon l'ISO 9001, ST Denis : AFNOR 2004. 164 p

MILLION-DELSOL C, Le principe de subsidiarité, Que sais-je ? N°2793 PUF, 1993, 126p

ZARIFIAN P, Objectif compétence, pour une nouvelle logique, Editions Liaisons, 2001, 201 p

WITORSKI R, De la fabrication des compétences, Education permanente, 1998, 135 p

Articles de périodiques

BECOUSE O, CHAUCHON C, SALOMON N, Des représentations du métier à la construction de l'identité professionnelle, Recherche en soins infirmiers, n°45 juin 1996, pp 147-153

BERNARD C, Le tutorat pour une pédagogie de la réussite, Objectif Soins, n° 61 février 1998 p 8-10

BUENERD B, Une expérience de tutorat en service d'hématologie pédiatrique, Objectif Soins, mars 1995, n° 31, p 45-48

COLOMBE-COURTOIS A, COURTOIS R, CUMINET L, GRANDSIRE A, Quelle est l'image de l'infirmière aujourd'hui ? Dossier Soins n°700 novembre 2005, pp 41-46

COM-RUELLE L, MIDY F, ULMANN P, La profession infirmière en mutation, biblio n°1318 139 p octobre 2000 CREDES

CROATERS D, Manuel de la formation en alternance Lyon : Chroniques Sociales, 1998

DEVIN B, Un enjeu plus que sensible, la transmission des compétences, revue Personnel, n°463, octobre 2005, p 54-55

DROUARD P, Développer le tutorat pour mieux encadrer les étudiants infirmiers, objectif soins, n°31 mars 95, p 49-50

LACOSTE D, La crise du monde infirmier, revue Pluriels n°27, lettre de la mission nationale d'appui en santé mentale, septembre 2001, p 11

Le BOTERF G De quel concept de compétence avons-nous besoin ? , Soins Cadres n°41 février 2002, p 20-22

Le BOTERF G, Gestion des compétences, définition, nécessité, faisabilité, Gestion hospitalière décembre 2005, p 772-776

MANSON-CLOT M, PAHUD P, MULLER R, DEDERDING B, HELIOT C, L'infirmière de référence : positionnements sur la pratique d'encadrement, Recherche en soins infirmiers, n°81 juin 2005, pp 28-55

MORIN M, Pénurie, les limites à la suppléance infirmière, Soins Cadres n°50 mai 2004 p 38-39

PERROUD P, La transposition didactique à partir des pratiques : des savoirs aux compétences, Revue sciences de l'éducation, Volume 24, n°3 pp 487-514 , Montréal 1998

SCHON D, Le praticien réflexif. La diffusion d'un modèle de formation. Revue recherche et formation, 2001, p 36

SIMONIAN S, La compétence une notion de transfert théorique et pratique, Soins Cadres n°50 mai 2004 p 46-47

WAUQUIER V, Construction juridique et objectivation de la compétence, Gestion hospitalière décembre 2005, p 772-776

WEMAËRE J, De la transmission du savoir à la GRH revue Personnel n°463 octobre 2005 p 32

Plans, rapports, études et guides

CHATEAU F, L'enseignement des statistiques par l'alternance en DUT, département STID, Institut universitaire de technologie Lumière, Université Lumière Lyon II, 1999

Conclusions en 2006 du groupe de travail initié par la Direction Régionale des affaires sanitaires et sociales de l'Ile-de-France. Pilotage par Madame DESMOULIN S, Conseillère Technique Régionale en Soins Infirmiers à la DRASSIF

Etudes et résultats, Les étudiants en soins infirmiers en 2004, les publications de la DRESS n°458 janvier 2006

Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 présenté au conseil des ministres le 20 avril 2005

ROBERTON G, *Présidente du CEFIEC, Construction d'un référentiel de compétences infirmières* - Travail d'étude régional – Novembre 2005, CEFIEC : Comité d'Entente Régional Midi-Pyrénées / AFDS : Délégation Régionale Midi-Pyrénées

STEPHAN V, responsable du plan d'action régional 2006 à l'ANFH de Franche-Comté

Mémoires

DO CHI D, Directeur des soins formation / Directeur des soins gestion : un partenariat riche d'expériences, ENSP, Directeur des soins, promotion 2005, 53 p

GLORIAN JP, Stratégie du directeur des soins dans le processus de recrutement des jeunes professionnels infirmiers, ENSP, Directeur des soins, promotion 2005, 65 p

LEBRETON L, Améliorer l'accueil en psychiatrie : l'unité d'accueil intersectorielle, une interface possible entre l'intra et l'extra hospitalier, ENSP, Directeur d'hôpital, promotion 2004, 79 p

Liste des annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien

Guide d'entretien semi directif, destiné à interviewer l'ensemble des professionnels et le membre de l'association ayant accepté de participer à l'enquête.

Rappel du thème : Réflexion sur la compréhension du différentiel existant, entre les compétences attendues par les services de soins et celles possédées par les infirmières nouvellement diplômées lors de leur première prise de fonction.

Question de départ : Pourquoi les compétences des infirmières nouvellement diplômées (IND), ne répondent que partiellement aux attentes des services de soins lors de leur première prise de fonction ?

Cet entretien comporte quatre axes qui visent à :

- Découvrir comment les IFSI, les étudiants, les jeunes professionnels infirmiers, les personnels des services de soins et les employeurs perçoivent les IND aujourd'hui.
- Déterminer les attentes des IFSI, des ESI, des IND, des personnels des services de soins et des employeurs en regard des savoirs et des compétences des infirmières nouvellement diplômées.
- Découvrir comment se déroule la première prise de fonction d'une infirmière nouvellement diplômée.
- Percevoir quelles peuvent être les propositions de tous les acteurs pour réduire l'écart entre les compétences attendues et celles possédées par les IDE nouvellement diplômées.

1) Présentation de la personne bénéficiant de l'entretien.

Pouvez vous vous présenter, personnellement et professionnellement ?

Questions de relance si nécessaire :

- Formation, ancienneté dans le métier, dans la fonction, dans l'établissement
- Relations établis avec les IFSI, avec l'encadrement des étudiants, avec la prise de fonction d'IND.

2) Découvrir comment les IFSI, les ESI, les jeunes professionnels infirmiers, les personnels des services de soins et les employeurs perçoivent les IND aujourd'hui

Pouvez vous caractériser votre représentation des IND aujourd'hui ?

Questions de relance si nécessaire :

- Recrutement, motivation, représentation du milieu professionnel

3) Déterminer les attentes des IFSI, des ESI, des IND, des personnels des services de soins et des employeurs en regard des savoirs et des compétences des infirmières nouvellement diplômées.

Dans le contexte actuel de travail, quels savoirs et quelles compétences générales attendez vous d'une infirmière nouvellement diplômée ?

Questions de relance si nécessaire :

- Dans les domaines : des savoirs théoriques, des savoir-faire, des savoirs être, des savoirs agir.
- Doit elle déjà posséder des compétences spécifiques ?

4) Découvrir comment se déroule la première prise de fonction d'une IND.

A votre avis, comment se déroule la première prise de fonction d'une infirmière nouvellement diplômée ?

Questions de relance si nécessaire :

- Percevez vous des difficultés ?
- Avez-vous des exemples ?
- Avez-vous des explications ?

5) Percevoir quelles peuvent être les propositions de tous les acteurs pour réduire l'écart entre les compétences attendues et celles possédées par les IND.

Selon vous, quels peuvent être les organisations, les moyens, les partenariats permettant de réduire l'écart entre les compétences attendues et celles possédées par les IND ?

Questions de relance si nécessaire :

- Comment les choses peuvent elles se mettre en place ?
- Quels peuvent être les freins, les éléments facilitant ?
- Quelle peut être votre action ?

Pour conclure :

Avez-vous des choses à préciser ?

Annexe 2 : Lettre de mission du CMTP

CHD	Objet : Missions du CMTP Chef de projet : Directeur des soins Date d'envoi : novembre 2006	Lettre de mission N° /2006 <u>Validation</u> le novembre 2006 Directeur : Directeur des soins : Validation du CMTP :
Contexte	<p>Les partenariats sont insuffisamment développés entre le CHD, les IFSI d'où proviennent les IND et les ESI en stage. Il existe sur l'établissement un déficit dans l'encadrement et le suivi des IND et des ESI. Le CHD recrute très peu d'IND formés dans les IFSI partenaires. Les compétences que possèdent les IND recrutées ne correspondent que partiellement aux attentes des professionnels déjà en poste.</p> <p>Le DSG en accord avec l'équipe de direction considère cette problématique comme une situation stratégique pour le bon fonctionnement du CHD et la pérennité de la qualité de prise en charge des patients.</p> <p>Consécutivement à des échanges préparatoire entre le DSG et les DIFSI des IFSI partenaires, une réflexion est engagée sur « quelles infirmières avons-nous besoin et sur quelles infirmières souhaitons nous former ? », puis poursuivie sur « comment le faire et avec qui ? ». Ainsi il est</p> <p>essentiel que le représentant (le CMTP) du DSG participe à l'élaboration du projet pédagogique des instituts (notamment celui du CHD) et que les points de vue se rapprochent et s'accordent pour permettre un partenariat riche et dynamique apte à favoriser la mise en place d'une alternance-articulation.</p> <p>Dans le cadre de cette logique, le DSG doit chercher à structurer, à faire évoluer et à pérenniser les interfaces avec les IFSI. Pour répondre à cela, deux missions transversales (le CMTP et le CRC) stratégiques sont créées.</p>	
Objectifs fixés au CMTP	<ul style="list-style-type: none"> - Représenter le CHD au sein des IFSI, - Se positionner en personnes ressource pour les IFSI, - Participer à la rédaction d'une convention de partenariat avec 	

	<p>les IFSI,</p> <ul style="list-style-type: none"> - Participer à l'élaboration et à l'organisation du module de santé mentale, - Gérer l'organisation des stages programmés sur le CHD en bénéficiant d'une aide du secrétariat de la direction des soins, - Animer un « groupe d'accueil » des stagiaires (GAS) avec notamment deux tuteurs dans chaque secteur, - Participer à la mise en place opérationnelle du tutorat, conformément à la circulaire du 16 janvier 2006, - Coordonner l'action des tuteurs de stage, - Animer le GAT (groupe d'accompagnement du tutorat), - Rencontrer régulièrement le référent pédagogique de la CME, - Réaliser la synthèse des questionnaires d'évaluation des stages par les ESI, - Rencontrer régulièrement, une fois par trimestre, les représentant des promotions d'ESI dont les IFSI négocient des stages avec le CHD, - Participer à l'élaboration du programme de consolidation des acquis dispensé aux IND, - Repérer les ESI prometteurs, intéressés et motivés par la psychiatrie, - Rencontrer fréquemment le CRC (cadre en mission transversale pour la construction de référentiels de compétences), - Communiquer par différents vecteurs (journal interne, Internet, le site Internet de l'hôpital, revues professionnelles, à l'occasion de colloques...) sur la mission du CMTP (cadre en mission transversale pédagogique) et sur ses résultats, le fonctionnement du GAS et du GAT, - Rendre compte régulièrement (lors de réunions bimensuelles) à la direction des soins et présenter l'évolution des actions entreprises au cours des réunions de CSDS, de CDS et des réunions de la CSIMTR lorsque l'actualité le nécessite, - Etablir un rapport annuel d'activité. 	
Mise en oeuvre		
Fonctionnement	<u>Contraintes à respecter concernant la composition du</u>	Ce groupe est composé de neuf personnes soit : le CMTP, 1 CSS

	<u>GAT</u>	du CHD, 1CDS du CHD, 1 CDS formateur de l'IFSI du CHD, 1 cadre formateur d'un autre IFSI partenaire, 2 tuteurs, le DRH ou son adjoint, le membre référent pédagogique de la CME.
	<u>Contraintes à respecter concernant la composition du GAS</u>	Ce groupe est composé : du CMTP, de quatre autres membres du GAT (1 tuteur, 1 CDS du CHD, 1 CDS formateur de l'IFSI du CHD, 1CDS formateur d'un autre IFSI partenaire) et des CSDS des différents secteurs ou 1 CDS par secteur ainsi que 1 tuteur par secteur.
	Rythme des réunions	Régulier et adapté aux circonstances
	Relevé de conclusions : A chaque réunion Rapport : Le CMTP produit un rapport d'activité annuel	
Aspects logistiques	Secrétariat : celui de la direction des soins Ordre de mission : permanent Repas : à la charge du CMTP (sur site, comme en déplacement) Réservation de salle : directement par le CMTP ou le secrétariat de la direction des soins Transport : possibilité d'utiliser un véhicule de service	
Indicateurs	La satisfaction des ESI, des IND, des tuteurs, des équipes, des IFSI, des patients et de leur famille. Les candidatures d'IND des IFSI partenaires pour venir travailler sur le CHD. Le niveau de formation en psychiatrie atteint par les ESI et les IND des IFSI partenaires La fidélisation des IND. La volonté des ESI, à souhaiter réaliser un ou des stages sur le CHD. La qualité de la collaboration avec les IFSI partenaires.	

	<p>La signature de contrats de partenariat avec de nouveaux IFSI.</p> <p>La qualité de fonctionnement et l'implication du GAT et du GAS.</p> <p>La pérennité de l'engagement des tuteurs dans le tutorat.</p> <p>La volonté de rester tuteur pour celles qui réalisent cette mission.</p> <p>La volonté de continuer à travailler après 55 ans (à temps plein ou à temps partiel), des IDE motivées par l'encadrement des ESI et des IND.</p> <p>Le respect du calendrier.</p>
Actions/calendrier	<p>En novembre 2006, un appel à candidature pour le poste de CMPT est réalisé.</p> <p>En décembre 2006, le CMTP est nommé et il prend ses premiers contacts avec les IFSI partenaires.</p> <p>Les modalités organisationnelles du tutorat sont présentées à la CSIMTR et aux instances en décembre 2006.</p> <p>En février 2007 le GAT et le GAS sont constitués (les tuteurs vont intégrer les deux groupes au fur et à mesure).</p> <p>Une mise en concurrence (selon les dispositions du code des marchés publics de 2004) peut être lancée en décembre 2006 pour une réalisation le premier semestre 2007.</p> <p>Un appel à volontariat, pour être tuteur, est réalisé en janvier 2007.</p> <p>Les sélections des tuteurs se font en concertation entre le DSG, le CMTP, le DRH et le DSIFSI du CHD en février 2007</p> <p>Les 36 tuteurs sont formés pour le premier trimestre 2008.</p>

Annexe 3 : Fiche projet n°1

Titre	Mise en place du tutorat
Chef de projet	Directeur des soins
Pilote	CMTP (cadre en mission transversale pédagogique)
Composition du groupe de pilotage	CMTP, GAT
Problématique de départ	<p>Les partenariats sont insuffisamment développés entre le CHD, les IFSI d'où proviennent les IND et les ESI en stage. Il existe sur l'établissement un déficit dans l'encadrement et le suivi des IND et des ESI. Le CHD recrute très peu d'IND formés dans les IFSI partenaires.</p> <p>La mise en place du tutorat est un élément clé de la stratégie d'action de la direction des soins. Elle représente un lien fort, entre tous les partenaires de la formation (Direction générale, DSG, DSIFSI, formation continue, communauté médicale) pour le bénéfice des ESI, le recrutement d'IND, leur fidélisation et la qualité des soins dispensés aux patients. Le tuteur que l'on peut également qualifier de référent clinique, fait partie du socle solide sur lequel va s'élaborer l'ensemble de l'articulation IFSI/CHD.</p>
Références	<ul style="list-style-type: none">- Le plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 présenté au conseil des ministres le 20 avril 2005.- La circulaire du 16 janvier 2006 relative à la mise en œuvre du tutorat pour les nouveaux infirmiers exerçant en psychiatrie.- La veille réglementaire et bibliographique.
Objectifs	<ul style="list-style-type: none">- Connaître le nombre exact d'IND ou d'IDE- Rencontrer le président de la CME pour lui détailler le projet et le solliciter pour qu'il nomme un référent pédagogique émanant de cette instance- Constituer, sous la responsabilité directe du CMTP, un groupe d'accompagnement du tutorat (GAT) qui assure avec le CMTP le copilotage de ce projet- Créer un groupe d'accueil des stagiaires (GAS) qui constitue alors le groupe relais pour la mise à jour et l'évolution du livret

	<p>d'accueil destiné aux étudiants en stage sur le CHD, l'accueil, l'encadrement, l'évaluation des étudiants et des élèves en stage.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Constituer le groupe de tuteurs à former - Caractériser les modalités organisationnelles du tutorat Le dispositif du tutorat est discuté à la CSIMTR et présenté pour avis dans les instances CTE, CME et pour information au CA. - Organiser la formation des tuteurs. - Mettre en oeuvre les modalités d'évaluation du tutorat.
<p>Indicateurs</p>	<p>La satisfaction des ESI, des IND, des tuteurs, des équipes, des IFSI, des patients et de leur famille.</p> <p>Les candidatures d'IND des IFSI partenaires pour venir travailler sur le CHD.</p> <p>Le niveau de formation en psychiatrie atteint par les ESI et les IND des IFSI partenaires</p> <p>La fidélisation des IND.</p> <p>La volonté des ESI, à souhaiter réaliser un ou des stages sur le CHD.</p> <p>La signature de conventions de partenariat avec de nouveaux IFSI.</p> <p>La qualité de fonctionnement et l'implication du GAT et du GAS.</p> <p>La volonté de continuer à travailler après 55 ans (à temps plein ou à temps partiel), des DE motivées par l'encadrement des ESI et des IND.</p> <p>Le respect du calendrier.</p>
<p>Actions et Calendrier</p>	<p>En novembre 2006, un appel à candidature pour le poste de CMPT est réalisé.</p> <p>En décembre 2006 le CMTP est nommé.</p> <p>Les modalités organisationnelles du tutorat sont présentées à la CSIMTR et aux instances en décembre 2006.</p> <p>Une mise en concurrence (selon les dispositions du code des marchés publics de 2004) peut être lancée début décembre 2006 pour une réalisation le premier semestre 2007.</p> <p>Le GAT et le GAS sont constitués en janvier 2007</p> <p>Un appel à volontariat, pour être tuteur, est réalisé en janvier 2007.</p> <p>Les sélections des tuteurs se font en concertation entre le DSG, le</p>

	<p>CMTP, le DRH et le DSIFSI du CHD en février 2007</p> <p>Les 36 tuteurs sont formés pour le premier trimestre 2008.</p> <p>Les premiers indicateurs sont mesurés pour le deuxième semestre 2008.</p>
Coûts	<p>1 équivalent temps plein (ETP) pour le CMTP.</p> <p>9000 euros pour les 3 groupes de 12 tuteurs ayant bénéficié de la formation.</p> <p>Un nombre d'heures supplémentaires agents pour le remplacement des tuteurs en formation.</p> <p>Du temps de réunion.</p> <p>La reprographie de documents.</p>
Pérennité de l'action	<p>La mission du CMPT sous la forme d'un 1 ETP est pérenne. Elle n'est pas limitée à la mise en place du tutorat.</p> <p>La formation des tuteurs est une dynamique continue, liée, à l'organisation de l'établissement, aux départs des tuteurs et au nombre de tutorés à encadrer.</p> <p>En fonction de la mesure des indicateurs, à la mise en oeuvre du tutorat peut évoluer.</p>
Validation	<p>Date :</p> <p>Directeur Directeur des soins</p>

Annexe 4 : Fiche projet n°2

Titre	Création des référentiels de compétences
Chef de projet	Directeur des soins
Pilote	CRC (cadre en mission transversale pour la construction des référentiels de compétences)
Composition du groupe de pilotage	CRC, GAT, un représentant de chaque secteur (CSDS, CDS, tuteur, IDE)
Problématique de départ	Sur le CHD il existe déjà des fiches de postes qui intègrent certaines compétences attendues par les services de soins ; toutefois ces compétences sont incomplètes, non travaillées avec les IFSI, peu diffusées et insuffisamment connues des soignants. La construction de référentiels de compétences, constitue donc un enjeu important, car d'une part, ils peuvent contribuer à réduire le différentiel existant entre les compétences possédées par les IND et celles attendues par les professionnels des services de soins et d'autre part, fournir des repères qui permettent à chacun de mesurer sa progression.
Références	<ul style="list-style-type: none">- Le référentiel métier de la DHOS.- La VAE et les réflexions quelle engage sur les compétences.- Les fiches de postes existantes sur le CHD.- La veille réglementaire et bibliographique.- Le référentiel de compétences élaboré par le CEFIEC.
Objectifs	<ul style="list-style-type: none">- Repérer et délimiter des niveaux de qualification, et de compétences des personnels (lors de l'accueil et du tutorat des IND, à l'occasion des entretiens de progrès),- Aider à contractualiser les objectifs de stage personnels des ESI,- Expliciter des pratiques professionnelles, notamment dans le but d'optimiser l'organisation du travail et le management,- Favoriser la GPEC en optimisant la compétence individuelle au bénéfice de la performance collective,- Elaborer des objectifs ciblés de formation, plus orientés vers la résolution de problèmes dans le contexte professionnel que vers la construction de connaissances purement théoriques ou technique,

	<ul style="list-style-type: none"> - Favoriser la mise en œuvre d'une démarche qualité, - Rapprocher les objectifs des ESI et des IND, des attentes des professionnels de terrain, - Stimuler l'engagement personnel des acteurs du soin, - d'objectiver l'action du tuteur de stage, - Présenter précisément et régulièrement le résultat des indicateurs.
Indicateurs	<p>La satisfaction des ESI, des IND, des tuteurs, des équipes, des IFSI, des patients et de leur famille.</p> <p>Les candidatures d'IND des IFSI partenaires pour venir travailler sur le CHD.</p> <p>Le niveau de formation en psychiatrie atteint par les ESI et les IND des IFSI partenaires</p> <p>La fidélisation des IND.</p> <p>La volonté des ESI, à souhaiter réaliser un ou des stages sur le CHD.</p> <p>La signature de contrats de partenariat avec de nouveaux IFSI.</p> <p>Le respect du calendrier.</p>
Actions et Calendrier	<p>En décembre 2006 le CRC est nommé.</p> <p>Le GAT est constitué en janvier 2007</p> <p>Début des actions en février 2007</p> <p>Fin 2007, les référentiels de compétences sont élaborés.</p> <p>Pour le deuxième semestre 2008, les premiers indicateurs sont mesurés.</p>
Coûts	<p>½ équivalent temps plein (ETP) pour le CRC.</p> <p>Le temps de réunion.</p> <p>La reprographie de documents.</p>
Pérennité de l'action	<p>La mission du CRC sous la forme d'un ½ ETP est programmée jusqu'à fin 2008.</p> <p>En fonction de la mesure des indicateurs, de la validité et de l'utilisation des référentiels, de la veille réglementaire et de la VAE ; le temps cadre détaché à la mission CRC peut être réduit ou augmenté.</p>
Validation	<p>Date :</p> <p>Directeur Directeur des soins</p>

ANNEXE 5 : Circulaire DHOS/P2/02DGS/6C n° 2006-21 du 16 janvier 2006 relative à la mise en oeuvre du tutorat pour les nouveaux infirmiers exerçant en psychiatrie

Extraits de l'annexe 1 de la circulaire.

CAHIER DES CHARGES DE LA FORMATION

« CONSOLIDATION DES SAVOIRS EN PSYCHIATRIE »

Thématiques à aborder

Premier module

Expression des attentes des professionnels.

Sciences humaines et santé publique.

Santé mentale - handicap psychique (rappels).

Santé mentale, psychiatrie, législations (rappels):

- actualités nationales concernant le champ de la psychiatrie et de la santé mentale
- actualités locales concernant le champ de la psychiatrie (différentes structures de soins et leurs missions ; mission d'appui ; projet locaux ; PRS santé mentale),
- modes d'hospitalisation avec et sans consentement : droit des malades et mode de protection.

Deuxième module

Formation à l'accueil

- analyse de la situation; mobilisation des ressources ; problématiques - évaluation de l'urgence, proposition d'orientation
- travail sur l'acceptation ou non des soins.

La relation :

- formation à l'entretien et à l'entretien téléphonique
- formation à l'entretien d'aide centré sur la personne
- connaissance de soi dans la relation de soin; transfert/contre-transfert...
- la famille des personnes malades.

Les outils de soins:

- la démarche diagnostique et la démarche de soin,
- observer; laisser raisonner, analyser;
- élaborer des hypothèses cliniques, mettre en oeuvre des soins et les évaluer.

Troisième module

Populations spécifiques (généralités) :

- les adolescents;
- les personnes en situation de grande précarité.

Pharmacie : - Education des malades (à partir des fiches types « revue soins »)

- molécules;
- classification,
- protocoles,
- posologie -,
- recherches.

Le soin infirmier en psychiatrie:

- approche corporelle et quotidienneté
- la temporalité (maladie chronique, durée des soins, d'engagement thérapeutique).

Quatrième module

Le soin infirmier en psychiatrie:

- fonction thérapeutique des dispositifs de soins - équipe pluriprofessionnelle sous l'autorité du chef de service.

Les techniques de soins (généralités) :

- les techniques de soins à visées psychothérapeutiques par l'infirmier;
- thérapies systémiques brèves;
- technique de médiation et d'animation de groupe,
- formation gestion de l'agressivité/la violence : la crise,
- formation à la réhabilitation psychosociale.

Reprise éventuelle d'une thématique abordée au cours de la formation.

A développer tout au long de la formation:

- Les thématiques de chaque module renvoient à des rappels théoriques à partir de la sémiologie des études de cas et expériences cliniques suivants: psychiatrie adulte/pédopsychiatrie/gérontopsychiatrie.
- Les thématiques de chaque module renvoient à des rappels théoriques sur les missions de l'infirmier exerçant en psychiatrie à partir des expériences cliniques selon les modalités d'exercice suivants : hospitalisation/ambulatoire (dont visite à domicile...)/travail en partenariat et en réseau.
- Les thématiques de chaque module renvoient à des rappels théoriques sur les conditions de travail en psychiatrie caractérisé par un travail en groupe (équipe pluridisciplinaire) :
 - élaboration clinique; analyse de pratique; régulation, supervision.
 - Adaptation des outils infirmiers de prise de note et de transmissions ciblées au soin en psychiatrie.