

www.cefiec.fr

Info CEFIEC

n°16 - septembre 2008



Comité d'Entente
des Formations
Infirmières Et Cadres

CE
FI
EC



**Vie associative - 63^{èmes} Assemblée générale
Entre nous - les nouveaux membres du
Bureau National d'Administration**

EDITORIAL



Le comité d'entente régional des pays de la Loire s'est fortement mobilisé pour accueillir les 63^{èmes} Journées Nationales.

Ainsi, Angers a accueilli plus de 600 participants dans le calme et la douceur angevine.

La pleine réussite de cette Assemblée Générale et de la journée de formation qui a suivi, ont été à la hauteur de l'investissement du comité organisateur qui n'a compté ni son temps ni son énergie pour mener à bien sa mission. Un grand merci à eux. Votre intérêt, chers adhérents, a été vif, vos échanges et vos questionnements en ont été la preuve.

Nous avons entendu vos remarques et commentaires et nous nous engageons, si ce n'est à y répondre immédiatement, au moins à chercher des pistes de réflexion.

Ces journées nationales nous ont confortés sur plusieurs points : l'inquiétude partagée par tous les acteurs de la formation, les réticences, les zones de fragilité du dispositif ainsi que sur la disparité de traitement de l'appareil de formation sur le territoire national. Nous sommes conscients que le travail que nous menons au quotidien au sein des groupes auxquels nous participons n'est pas pour nous un aboutissement, mais bien un complément au travail qui est mené par les différents comités d'entente régionaux du CEFIEC que vous conduisez.

Notre seul objectif et notre raison d'exister: améliorer et protéger le dispositif de formation des professionnels de santé pour apporter les soins les meilleurs aux patients.

Bonne rentrée à tous
Associativement vôtre

Jane-Laure Danan
Directrice de la Rédaction

Sommaire

Actualité

- Le mot du Président.p.3
- Le CEFIEC s'engage sur des axes et des orientations.....p.3
- Les 63^{èmes} Journées Nationales à Angers.....p.4-5

Dossier

Coopération inter-professionnelle

- Entre connaissances et compétences.....p.7
Jane-Laure Danan
- Sur un fond d'actualité.....p.8
Patrick Viollet
- Le transfert de compétences dans les SAMU et les SMUR.....p.9-11
- Entretien avec Didier Munerelle.....p.12-13
Jane - Laure Danan

Transfert de compétences et V.A.E : Quels liens.....p.14-15
Lise Jouany

Vie associative

Echo des régions

- Oser devenir un ex-fumeur p.16
C.E.R Bourgogne
- Les vertus du rire, poilons-nous!! p.17
C.E.R Haute - Normandie

Travaux d'études

Comparatif entre la licence et la licence professionnelle.....p.19
Michèle Cazes - Présidente Régionale Paris III

Entre nous

- Le nouveau Bureau National d'Administrationp.20
- Résultats des votes de l'Assemblée généralep.21

J'ai lu - à lire

Le billet d'humour et/ou d'humeurp.22
de Marie-Claude Carlsberg

Info-CEFIEC

ISSN 1766-8050 - Dépot légal en cours
6, rue Jean-Jaurès
94190 VILLENEUVE ST-GEORGES
Tel : 01 43 89 53 08 / fax : 01 43 82 67 20
e-mail : contact@cefiec.fr

Directeur de publication

Christian CAMOU
Directrice de la rédaction
Jane-Laure DANAN

Coordination - Maquette
Benjamin FOUSSIER

Imprimerie

KALCK (S.A.R.L) - 94603 CHOISY LE ROI

Comité de rédaction

Brigitte ERIDIA- DUPON
IFSI Hôpital Xavier Arnoz - Pessac
Fabienne FEDERSPIEL
IFSI CH Louis Pasteur - Dole
Christine LEMETAIS
IFSI CH de Cahors

Comité de relecture

Jacqueline BELOTEAU - CEFIEC
Fabienne GILET - documentaliste CPN



Mr Camou, plébiscité par les adhérents

Le mot du Président

Chers adhérents,

Tout d'abord, je tiens à vous remercier pour la confiance que vous m'avait renouvelée.

Depuis notre Assemblée Générale à Angers, le CEFIEC met toute son énergie dans la commission de travail DHOS concernant la mise en place du nouveau programme. Joëlle Kozlowski, Vice-Présidente de la formation infirmière participe activement à ces travaux notamment durant les mois de juin et de juillet et qui viennent de reprendre au mois de septembre. Par ailleurs, le Bureau National d'Administration prépare l'Assemblée Générale du 21 novembre prochain où nous pourrions arrêter le scénario définitif que vous choisirez concernant l'intégration des formations infirmières dans le dispositif L.M.D.

A cet égard j'attends vivement le rapport de l'IGAS. qui sera remis aux Ministres concernés le 22 septembre et qui contribuera sûrement à orienter nos débats. Ce rapport sera transmis par la suite à Edouard Couty qui préside le Haut Conseil des Professions Médicales. Mon intention est de le rencontrer très rapidement et de lui faire part de nos propositions .

Comme je l'ai indiqué au cours de l'Assemblée Générale à Angers, je demanderai aussi audience aux Présidents des Groupes Parlementaires pour exposer nos problématiques actuelles. Ces dernières s'inscrivent dans le souci d'une valorisation des métiers paramédicaux et tout particulièrement des professionnels infirmiers.

En cette période de rentrée scolaire, je vous adresse tous mes encouragements afin de préparer dans la sérénité les réformes à venir.

Christian Camou

Président du CEFIEC

email : direction@gip-ifsidugers.fr

Le Cefiec s'engage sur des axes et des orientations

Les propositions du Cefiec, présentées lors de l'Assemblée générale, pour l'année 2009 ont été définies en quatres axes.

1/ L'intégration des formations infirmières et cadres de santé dans le dispositif LMD ; Tout d'abord promouvoir une filière complète, puis poursuivre la réflexion sur la question du domaine et de la discipline (associative et inter associative). Poursuivre la réflexion sur l'évolution des structures de formation et la réflexion sur la qualification des personnels et leur statut. Ensuite c'est d'être force de proposition dans la réingénierie des programmes de formation. Enfin développer et renforcer les partenariats avec les professionnels participant à la formation.

2/ L'évolution du dispositif de décentralisation en confirmant notre place d'interlocuteur privilégié auprès des conseils régionaux et promouvoir la prise en charge des étudiants sans promotion professionnelle, notamment les formations spécialisées et cadres de santé. Enfin clarifier le positionnement des différents partenaires dans la gestion budgétaire (section d'investissement).

3/ L'évolution et Valorisation des structures et des personnels de l'appareil de formation afin de promouvoir la recherche sur des objets intéressants la santé, le soin, la pédagogie ou le management en lien avec l'Académie des Sciences Infirmières (GIPSI) ainsi qu'en diffusant les travaux réalisés dans nos instituts. Sensibiliser à la démarche de certification des instituts et favoriser le partage d'expériences.

4/ La vision prospective de l'association en renforçant son positionnement auprès des différents interlocuteurs (ministère, DRASS, régions, universités...). Développer et consolider nos partenariats (associatifs, organisations professionnelles, ordre infirmier...) et faire évoluer les statuts afin de répondre avec réactivité à nos missions à l'actualité.

63^{èmes} Journées Nationales

Le CEFIEC en réflexion

Les 63^{èmes} journées nationales du CEFIEC se sont déroulées les 21, 22 et 23 mai 2008 à Angers. 450 adhérents ont eu l'occasion d'échanger, de débattre et de se prononcer sur la vie et les orientations de l'association. Le CER Pays de La Loire, qui avait posé sa candidature dès 2004, avait pour mission d'organiser cet événement, en relation étroite avec le bureau national, notamment Madame DUBOYS-JAYOT, Vice-Présidente de la vie associative et les permanents du siège.

A la recherche d'un espace d'accueil

La première rencontre avec le Centre des Congrès à Angers, a eu lieu l'été 2006, dans le but d'apprécier les possibilités de réalisation de ces journées du point de vue des espaces disponibles. Un premier cahier des charges fut alors établi, étape clé qui détermine les conditions de réussite. Rapidement, les décisions et la répartition de la charge de travail entre le Centre des Congrès, le bureau national et le CER ont été arrêtées en conseil d'administration.

Le CER avait particulièrement la charge de l'accueil des congressistes, la valorisation de la ville et de la région, la conception et l'organisation de la journée de formation. Tous les délégués du CER ainsi que les étudiants et l'équipe de l'IFSI de la ville d'accueil ont été mobilisés pour l'accueil des congressistes. Une réception offerte par la municipalité au musée Jean Lurçat a permis aux participants de s'émerveiller devant l'œuvre "le chant du monde", grâce au commentaire passionné et passionnant assuré par le médiateur culturel des musées de la ville. Une promenade à travers le cloître nous a conduits vers le Grenier Saint-Jean, où nous avons partagé un long moment autour du thème "vins et mets", sur des rythmes musicaux du moyen-âge.

La journée de formation... tournée vers l'avenir

Pour la deuxième année, la journée de formation s'est construite à partir des communications proposées par les CER. Un comité d'organisation de cette journée s'est constitué à l'automne 2007. Il avait pour mission de concevoir et proposer une thématique prospective, émergeant des différents travaux régionaux. Compte tenu des orientations du CEFIEC, de la qualité des travaux et de l'actualité professionnelle, la question de l'universitarisation et de la construction disciplinaire s'y rapportant, s'est assez rapidement imposée comme le fil d'Ariane de la journée.

Les différents exposés de nos collègues ont permis de confirmer le haut niveau de réflexion et d'activité pédagogique réalisés dans les instituts.

Ces caractéristiques ont été particulièrement soulignées par Madame FANSTEN, sociologue des savoirs et des professions, au cours de ses deux conférences. A l'issue de cette journée riche



d'enseignements et d'éclairages conceptuels, la question de la construction de l'OBJET spécifique des soins infirmiers apparaît comme très urgente à traiter par l'ensemble de la profession, si cette dernière veut se poser en interlocuteur capable de négocier son entrée à l'université.

Une aventure...

Cette expérience nouvelle, très enrichissante pour tous, a incontestablement permis de renforcer la dynamique interne du CER ligérien.

Le partage des tâches, le travail dans la bonne humeur, le soutien de tous les partenaires, ont fortement contribué au plaisir de vous avoir accueilli dans la douce ville d'Angers.

Nous regrettons l'absence de représentants nationaux de notre ministère de tutelle à la dernière journée consacrée aux débats avec les adhérents.

Néanmoins, le chantier est ouvert. Rendez-vous à l'assemblée générale extraordinaire à l'automne à Paris. Il y sera question des choix pour l'avenir de la formation et de la profession.

Daniel GUESDON, *Président du CER Pays de la Loire*

Irène MUNCH, *Correspondante communication CER Pays de la Loire*

Monique LUSSON et **Michel POISSON**, *pour le comité d'organisation de la journée de formation*

63^{èmes} Journées Nationales

Le point de vue d'une adhérente

La situation géographique du palais des congrès, au centre ville, m'a permis d'allier travail, visite culturelle, découverte du patrimoine de la ville, et de poursuivre les échanges au-delà des conférences.

L'accueil chaleureux réservé aux adhérents par les différentes personnalités, comme préambule à l'ouverture du lien social..., ritualisé avec des apports sociaux et culturels sur la ville et la région des Pays de Loire ont été un facteur favorisant, tel un cocon, loin des préoccupations de mon lieu de travail...

La première journée a été pour moi vécue comme longue et dense avec la présentation des différents rapports : moraux, financiers, la présentation des statuts, des candidatures pour le renouvellement des vice-présidences pour terminer avec les votes en région, laissant parfois peu de place aux échanges.

La présentation claire et structurée du rôle et de la place occupée par le CEFIEC dans les différents groupes de travail inter-professionnels m'a laissé percevoir l'enjeu majeur de l'universitarisation de la formation compte tenu du contexte économique et politique actuel (état - place des régions).

La question de la création d'une véritable filière universitaire a été le fil conducteur de ces journées, enjeu majeur pour la profession qui doit lui permettre de s'enrichir et de se professionnaliser avec et par la recherche en gardant une autonomie indispensable à la spécificité de la profession. J'ai ressenti des points de convergence rassurant entre les propositions du CEFIEC dans le cadre du nouveau référentiel de formation et les attentes des étudiants en soins infirmiers, atout stratégique important.

La présentation de travaux, par plusieurs régions, a posé clairement la question des savoirs dans la construction d'une discipline, or la qualité des travaux présentés a démontré la capacité des formateurs à réaliser des projets de qualité et à contribuer, dans leur pratique quotidienne, à consolider la discipline qu'ils enseignent.

De même, dans le cadre du concours MNH, les travaux présentés par les étudiants en soins infirmiers ont témoigné du niveau de qualité des processus de formation spécifiques dispensés dans les instituts et qui donnent à voir que nous sommes prêts à entrer dans la cours de l'université en gardant notre autonomie et notre identité.

J'ai ressenti une forte interrogation des formateurs sur leur niveau de formation, et le passage en formation en IFCS comme insuffisant.

Dans ce contexte, il est normal de s'interroger sur ses propres compétences, sur le statut à venir des formateurs, sur le niveau de qualification, face à ces innovations.

Enfin la journée de formation, « Former pour demain » animée par Maia FANSTEN sociologue des savoirs et des professions, a enrichi ma réflexion sur la discipline enseignée et me fait dire que tous les possibles peuvent être réunis pour que ce challenge soit réussi...

Christine LUBERT

Cadre formateur IFSI du CH ALBI

... et d'une novice

J'ai été élue déléguée des formateurs au CER Midi Pyrénées en juin 2007 et j'ai participé pour la première fois à l'assemblée générale d'Angers.

J'ai été impressionnée par la grande qualité des travaux présentés par les étudiants et par les intervenants. J'ai trouvé la présidente de la FNESI particulièrement brillante dans sa façon d'aborder le dossier d'actualité.

Les échanges sur les travaux menés dans d'autres IFSI, lors de la journée de formation, m'ont permis d'enrichir ma réflexion personnelle et me laisse entrevoir des axes différents pour la mise en place du programme de formation.

Les rencontres avec les collègues tant lors des pauses que lors des déplacements et des repas m'ont fait prendre du recul par rapport aux situations que nous vivons dans nos IFSI respectifs. Je me suis rendue compte que d'autres ont réfléchi sur les mêmes thèmes que nous et que nous rencontrons globalement les mêmes problématiques.

J'ai appréciée l'organisation sur les trois jours dans une salle confortable même si la gestion du temps a été difficile rendant la première journée chargée. J'ai pu également me documenter

par le biais des visites de stands qui étaient variés.

J'ai été étonnée de la situation financière précaire mais si j'ai bien compris pas catastrophique.

Le gros point noir, à mon avis, a été l'absence des représentants du ministère.

En conclusion, assister à cette assemblée générale avec mon œil novice, m'a rendu le CEFIEC un peu moins nébuleux. J'ai retrouvé le fonctionnement « classique » et du coup ma vision en a été rationalisée.

Christine ETIEVE

Cadre Formateur IFSI de Cahors



Dossier

Coopération inter-professionnelle



Entre connaissances et compétences.....p.7

Sur un fond d'actualité.....p.8

**Le transfert de compétences dans les SAMU et dans les SMUR :
démarche contrainte ou opportunité réelle ?.....p.9 à 11**

**Entretien avec Didier MUNERELLE, responsable du service de
formation continue du CHS de Nancy-Laxoup.12 et 13**

Transfert de compétences et V.A.E : Quels liens ?.....p.14 et 15

DOSSIER : COOPERATION INTER-PROFESSIONNELLE

Jane-Laure DANAN

Directrice de la rédaction

Coopération inter-professionnelle, collaboration inter-disciplinaire, transfert de compétences, émergence de nouveaux métiers, voilà le nouveau champ sémantique du monde hospitalier. A cela rajoutez une modification prévisible du décret professionnel infirmier, un nouveau programme de formation infirmière initiale, un changement global de vision du métier : missions contre actes et tout y est ! Le paysage de la rentrée est brossé.

Pourtant la proposition estivale de l'HAS* de faire évoluer les textes vers une logique de missions déclinée en compétences l'éloignant ainsi d'un décret limitatif qui borde l'exercice infirmier depuis plus de vingt ans ne semblait en rien menaçante. L'idée des compétences s'inscrit aussi dans certaines limites, celles qui circonscrivent tout naturellement les périmètres des métiers. De cette manière, on peut entendre que les références juridiques ne disparaissent pas avec les missions ! Bien au contraire, ces missions permettent des définitions fonctionnelles des métiers ainsi que la reconnaissance ipso facto de l'évolution de chaque métier de la santé, en fonction de l'avancée des sciences, de la médecine et plus largement des connaissances. Cette structuration juridique nouvelle ne remet en rien en cause l'exercice infirmier, elle le conforte y compris en ce qui concerne l'exercice libéral. Exercice, qui suppose la qualification des actes par une nomenclature à l'instar des autres professions de santé. Mais d'ores et déjà un vent de révolte a fait frémir les toutes jeunes instances ordinales. Pétitions, motions et manifestes circulent sur le net « pour que rien ne soit engagé avant que le national ne soit en capacité de se prononcer ». Quels risques, mais aussi quels bénéfices, peut-on attendre de ces changements ?

Ce sont des questions que le CEFIEC se pose et auxquelles il tient à donner des réponses. Pour l'heure le cefiec se propose de vous informer et nous avons choisi de consacrer ce dossier pour que s'expriment les points de vue en la matière. Patrick Viollet présente une d'analyse lexicologique sur cette question, quant au Dr Pelaccia urgentiste au sein HUS** de Strasbourg, c'est l'expérimentation réalisée dans les SAMU/SMUR qu'il se propose de nous faire partager. Didier Munrelle responsable du service de formation continue au CHS de Laxou envisage l'accompagnement prévisible que ces transferts de compétences vont nécessiter. Enfin, Lise Jouany infirmière puéricultrice sortie très récemment de l'ifcs du CHU de Nancy nous fait part de son point de vue sur les liens possibles entre transferts de compétences et VAE.

Pour le CEFIEC : coopérer suppose une adhésion inconditionnelle au collectif, à l'équipe, au groupe et à l'institution mais aussi et surtout le partage de valeurs et d'éthique qui fonde toute action d'enseignement ou de soins. Alors que le discours et les écrits sur la coopération entre professionnels de santé se limitent souvent à une stratégie managériale réductrice en réponse à une problématique conjoncturelle de crise économique. Le CEFIEC a la prétention de penser que c'est une réelle opportunité d'optimisation des formations médicales et paramédicales, mais surtout à terme des prises en charge dont les premiers bénéficiaires seraient les patients les plus fragiles et les plus démunis.

* Haute Autorité de Santé

** Hôpitaux Universitaires de Strasbourg



Entre connaissances et compétences

Partage de savoirs et transfert de compétences une adaptation nécessaire

Ces partages de savoirs et compétences constituent l'une des réponses prioritaires aux difficultés de notre dispositif de santé qui doit devenir plus efficace, plus adapté aux réalités d'aujourd'hui. Le CEFIEC veut en faire un levier pour l'amélioration des formations tant initiale que permanente. D'une part pour le CEFIEC les bienfaits attendus se situeraient notamment autour de l'amélioration de l'accès au soin d'une meilleure prise en charge pour les patients atteints de pathologie chronique, une meilleure utilisation des ressources cliniques de chaque métier de l'hôpital enfin et surtout un partage de compétences et des savoirs cloisonnés aujourd'hui.

Diminution des tensions psycho-affectives

D'autre part, il est probable que cela permette compréhension et respect, diminution des tensions et des conflits psycho-affectifs interprofessionnels ... En tout état de cause, cela est notre souhait.

Saluons ici, l'initiative et la méthode utilisées par la Haute Autorité de Santé en collaboration avec l'ONDPS (Observatoire national de la démographie des personnels de santé) qui a recueilli différents matériaux : évaluation des expérimentations sur le terrain, enquête Internet auprès des professionnels de santé, groupes d'expertises juridique, économique et pédagogique, ainsi qu'une large consultation publique*.

Soin Enseignement recherche une combinaison gagnante Si le triptyque soin-enseignement-recherche a toujours été jugé comme performant et ce, depuis les ordonnances Debré, force est de constater qu'une fonction croissante de management s'y adjoint dans tous les métiers de la santé.

L'organisation et le soutien à la recherche hospitalo-universitaire sont essentiels, y compris pour envisager les zones de transfert possibles.

Or, on constate toujours des freins de par la complexité des procédures juridico administratives, une formation à la recherche médicale et soignante peu visible et insuffisamment attractive, des moyens d'évaluation de l'activité de recherche peu connus et peu utilisés.

La formation doit répondre aux besoins de la population, elle doit également pouvoir tenir compte des enjeux de santé publique nouveaux. Elle doit appréhender la diversité des pratiques professionnelles et enfin, mieux prendre en compte les exigences d'évolutions dans les parcours professionnels, et la recherche de nouvelles passerelles interdisciplinaires et de nouveaux périmètres des métiers de la santé.

Connaissances et compétences : pas d'exclusion

Ecartons rapidement une idée fautive selon laquelle pour développer les compétences et les transférer il faudrait renoncer aux connaissances.

Ces dernières, au sens classique de l'expression sont des représentations organisées du réel ou de l'action sur le réel. A ce titre, elles sont des ressources cognitives essentielles dans la constitution articulée de la compétence : en médecine, cela paraît évident. Pour les soins infirmiers dont le champ de connaissances est plus « pratique », cela est moins évident ! Pourtant nos compétences professionnelles comportent toujours une part de raison pratique fondée sur des savoirs issus de l'expérience des aînés, individuelle ou collective, du sens commun de la tradition et de notre culture professionnelle propre.

Ces savoirs infirmiers au carrefour de la médecine, de la psychologie, des sciences humaines sont des savoirs à part entière qui sous-tendent l'action au même titre que les savoirs les plus savants... C'est l'objet même de notre science infirmière.

Une opportunité d'évolution

Pour l'heure, positivons et envisageons la question du transfert des compétences comme une opportunité d'évolution du système de santé, dans son ensemble et cela pour tous ses acteurs : patients, familles et professionnels de santé. Même si il persiste des questions de fond à résoudre : la refonte du cadre juridique de ces transferts, la défense des professions, la formalisation du référentiel des missions, la valorisation des coopérations à travers la rémunération et les perspectives de carrière.

Les questions concernant les conditions de la formation sont indispensables et préliminaires à toutes modifications des métiers de la santé, cela nous en sommes pour notre part convaincus.

Jane-Laure Danan

Directrice de la Rédaction

* rapport larcher : commission de concertation sur les missions de l'hôpital. références :

Rapport Madellin sur l'évaluation des compétences – 2003

Rapport Berland sur le propos des infirmiers cliniciens

Rapport Berland sur la 5^e expérimentation – Juin 2006

Enquête HAS 2007

Rapport HAS 2007

Discours de Mme BACHELOT sur le transfert des compétences. Avril 2008



Analyse

Sur un fond d'actualité...

Comment traiter la question du transfert de compétences du médecin vers l'infirmier sans se demander si c'est bien de transfert de compétences qu'il s'agit plutôt que de transfert ou délégation de tâche, ou encore de tâche assurée en collaboration. Du débat usé délégation-collaboration, tout a été dit : Qui délègue, délègue la responsabilité qui va avec et la seule réserve porte sur la légitimité du délégataire ; qui collabore conserve une proximité, et continue d'assumer une part de la responsabilité induite. Legatus-sujet n'a strictement rien à voir avec labor-objet.

Le noyau de notre question est ailleurs, entre compétence et tâche. La tâche : selon R. Magnon, unité d'oeuvre constituant la plus petite division de l'activité infirmière. Rurale à l'origine, du latin tago ou tango ! qui signifie toucher, estimer, la tâche fut une prestation payée à l'unité ; donc unité de rémunération « d'essence répétitive » un clin d'oeil à la T2A, d'où son usage intensif en organisation du travail.

Par contre, quid de la compétence ? L'adjectif apparaît en 1240 dans le statut juridique des Iéproseries. Des sens du latin *competere*, se rencontrer, répondre à, s'accorder, c'est le second qui, dans ce contexte, a été retenu : « les léproseries sont reconnues comme répondant à... ». Le mot date du XVI^{ème} siècle, mais sa généralisation, tardive, n'explose que dans le dernier quart du XXI^{ème} siècle. Même si selon R. Wittorski, la notion de compétence est en voie de fabrication faute de discours théorique stabilisé permettant d'en définir les attributs, elle s'enrichit de repères orthonormés permettant peu à peu d'en faire un concept.

Notre groupe de travail*, qui planche sur cette question depuis 3 ans, en retient qu'elle est : "attitude de prise d'initiative et de responsabilité" s'exerçant dans le contexte précis des situations professionnelles qu'une individualité affronte et doit prendre en charge avec succès (1) ; qu'elle repose sur l'intelligence des décisions prises par l'acteur, et doit pouvoir s'évaluer, parce que son évaluation est un des 3 mécanismes de l'assurance qualité validés sur le plan européen. Etre compétent se manifeste par une maîtrise ajustée (2) et requiert cette "combinatoire d'agirs" chère à Guy le Boterf qui impose d'élargir ses cadres de perception, attribuer le « bon » sens et choisir la distance qui permet, sans s'éloigner, de caractériser les situations pour en faire des opportunités de transférabilité (3) ; tout en disposant d'un éventail de situations de références et d'un répertoire de solutions aussi larges l'un que l'autre, et du double équipement de ressources requis pour appréhender l'inédit : incorporées d'une part, accessible grâce aux réseaux de notre environnement d'autre part (3). Enfin, inscrite à la fois dans l'histoire de la situation et de

l'acteur, à l'intersection de sa biographie, de son expérience et d'une formation (4) validée, elle ne peut être qu'unique. Donc non transférable !

C'est ce qu'on en apprend qui peut être objet de transfert.

Accordons nous sur le transfert, acte jadis d'écriture consistant à passer un fait sur un registre :

transférer n'est pas que porter de ci à là. Lettres de noblesse acquises en psychanalyse, le mot fait son chemin en pédagogie, où Tornicque en 1892 est le premier à l'utiliser, à propos de ... tâches. 80 ans plus tard, lié à l'apprentissage de l'expression, il devient sémantique puis s'élargit au transfert des propriétés entre champs sémantiques ou situations ; il s'agit alors de transfert analogique, qui requiert de l'acteur de savoir repérer ce qui peut l'être, à quoi, et dans quelles conditions. Le transfert en pédagogie ne relève pas du copier-coller, mais de la même alchimie ²⁾ évoquée pour définir la compétence.

De cette recension d'écrits et de pratiques, notre groupe a extrait et nommé six attributs à la compétence : corrélation, expression contextuelle, ajustement-actualisation, légitimité, démontrabilité et effectivité. Me référant à eux, je répondrai à la question initiale que nous n'avons pas affaire à un transfert de compétences mais à une forme de délégation de tâche à personnes ayant compétence pour l'assurer.

Revenons-en à l'actualité. Si ce transfert n'en est sémantiquement pas un, qu'est-il ? Un déplacement légalisé ? Probablement : mouvement progressif de tâches d'un métier à un autre, dans une sorte de flou rendu artistique par la transformation de listes d'actes en décrets de missions. Tâches médicales vers exécution infirmières actes infirmiers vers exécution aide-soignante ; avec le retour prévisible en force logique de délégation et en fin de parcours d'un jeu de chaises musicales. Bien ? Mal ? Je vous renvoie à la vieille histoire de PNL : un chef de village avait un très beau fils et de beaux chevaux. Un jour le fils tombe de cheval et se casse une jambe ? Bien ou mal ? Le lendemain, les recruteurs pour l'armée passent...

Patrick Viollet, *Directeur des Soins, Consultant en Pédagogie et Formation, Direction de la Formation des Hôpitaux de Toulouse*

(1) Ph Zaphiran

(2) G. Malglaive

(3) G. Le Boterf

(4) R. Wittorski

* Superviseur du groupe de travail institutionnel sur l'évaluation des compétences



Le transfert de compétences dans les SAMU et dans les SMUR : Démarche contrainte ou opportunité réelle ?

Le transfert des compétences des médecins vers les auxiliaires médicaux dans les Services d'aide médicale urgente (**SAMU**) et dans les Services mobiles d'urgence et de réanimation (**SMUR**) s'affirme comme une évolution souhaitable. Les raisons sont multiples et parfois liées à des contraintes conjoncturelles. Le plus souvent, elles représentent des opportunités réelles de développement individuel et collectif, d'amélioration fonctionnelle et opérationnelle des services concernés, et de progrès en matière d'organisation du travail. Cet article est le fruit d'une réflexion entre les trois auteurs. Il n'est pas forcément représentatif de l'opinion de l'ensemble de la profession.

D'une évolution souhaitable à un besoin inéluctable

Les SAMU et les SMUR ont été créés il y a une quarantaine d'années sur le principe d'une médicalisation forte. Il est ainsi légitime de penser que l'expérience acquise dans le domaine de l'urgence préhospitalière permettrait aujourd'hui d'identifier les missions qui pourraient bénéficier du transfert de compétences vers d'autres professionnels. Dans cette optique, l'infirmier ou le permanencier auxiliaire de régulation médicale (PARM) ne « remplaceraient » pas le médecin ; ils occuperaient sans risque une place pour laquelle le médecin n'apporte pas de valeur ajoutée.

Il est aussi un fait incontestable que les missions des SAMU et des SMUR se sont considérablement élargies et diversifiées depuis leur création : formation initiale et continue aux soins d'urgence, permanence des soins, conception des plans de secours, recherche, veille scientifique etc. Le bénéfice de l'investissement médical dans la réalisation de ces activités est incontestable, sous réserve que les praticiens puissent y consacrer une part significative de leur activité. Une dynamique basée sur le transfert des compétences médicales vers d'autres professions de santé apparaît donc comme une évolution normale et souhaitable de toute organisation du travail orientée vers le progrès, l'amélioration et l'enrichissement des pratiques professionnelles.

Cette évolution est donc un fait raisonnablement souhaitable ; elle est dans tous les cas devenue incontournable. Nous prendrons ici pour exemple les risques liés au bioterrorisme et aux agents infectieux émergents, domaine de la santé publique et de la médecine de catastrophe qui est devenu au cours des dernières années une source majeure de préoccupation pour les autorités sanitaires et, plus globalement, pour la communauté mondiale. Dans l'hypothèse probable de la survenue d'un tel événement, il est avéré que les personnels soignants devront s'impliquer dans la réalisation de certaines tâches courantes qui n'entrent pas dans le cadre actuel de leur registre de compétences. La question n'est alors plus de s'interroger sur la nécessité du transfert de compétences, mais sur les modalités de sa

réalisation : doit-il être anticipé et réfléchi, ou bien doit-on agir sous la contrainte d'événements critiques, au risque de le rendre inefficace, car impliquant des personnels insuffisamment préparés ?

Soulignons encore que le transfert de compétences est un puissant outil de transfert des savoirs. Cette démarche est essentielle dans le cadre d'un exercice de l'urgence qui associe des non-professionnels de santé tels que les secouristes et les sapeurs-pompiers. De par leur formation et leurs missions, ces acteurs ne peuvent être le moteur d'un développement technique et scientifique basé sur la recherche biomédicale et sur l'évolution constante de la demande préhospitalière de soins.

Enfin, il nous paraît utile de prendre en compte l'existence d'une conjoncture bien spécifique : celle d'une situation démographique médicale défavorable. Il s'agit là d'un fait souligné à plusieurs reprises par les experts mandatés par les autorités sanitaires dans le cadre de missions d'évaluation (tels que ceux réunis au sein de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé ¹), en raison de l'effondrement du *numerus clausus* dans les années quatre-vingt-dix et des prévisions d'un nombre important de départs à la retraite. La réduction réglementaire du temps de travail ² et la faible attractivité de la médecine d'urgence - liée notamment à la nécessité de participer à la permanence des soins hospitalière - constituent également des facteurs contextuels qui contribuent à la raréfaction du temps médical. Le transfert d'une part des activités exercées par les médecins des SAMU et des SMUR vers les auxiliaires médicaux pourrait ainsi s'imposer comme un facteur partiellement résolutif de cette situation.

Le dernier argument est fréquemment utilisé de façon exclusive pour justifier la nécessité du transfert de compétences dans les SAMU et dans les SMUR. Nous pensons que la pénurie médicale doit être considérée comme un facteur de prise de conscience et comme un événement déclencheur de la réflexion, mais en aucun cas comme un argument suffisamment convaincant pour mettre en œuvre efficacement cette démarche, dont la validité permanente ne peut reposer sur des événements exclusivement conjoncturels.



Les obstacles

Le transfert de compétences s'impose ainsi potentiellement comme une source importante de progrès à l'échelle de l'individu, de l'institution hospitalière et de la société.

Dans les faits, sa mise en oeuvre est toutefois contrainte par un certain nombre d'obstacles qui se situent dans plusieurs registres régulant l'activité des personnels concernés :

- *le registre réglementaire*

Les SAMU et les SMUR sont historiquement et légalement des structures médicales, comme l'affirme sémantiquement l'acronyme qui les désigne. Ainsi le décret n°2006-577 du 22 mai 2006³ précise, par exemple, que l'équipe du SMUR « comprend au moins un médecin ».

- *le registre des compétences*

L'examen clinique du patient, l'appréciation de la gravité de la situation et la prise de décision dans le contexte de l'urgence constituent des registres de compétences très spécifiques qui nécessitent un apprentissage formel. Cependant, la formation initiale des auxiliaires médicaux intègre rarement l'optique de la gestion d'une situation critique par le professionnel isolé, sans la présence d'un médecin.

- *le registre psychoaffectif*

Les personnels travaillant au sein des SAMU et des SMUR ont construit leur identité professionnelle collective autour de représentations communes au sein desquelles la présence médicale constitue un maillon fort. Cette dynamique est très probablement influencée par une volonté de valorisation de la spécificité du modèle français de l'urgence pré-hospitalière qui repose sur la médicalisation des soins et qui s'oppose ainsi au modèle anglo-saxon. Dans le registre socio-affectif, le médecin s'affirme également comme participant fortement au sentiment d'efficacité collective.

La dimension contextuelle de l'activité semble ici constituer un facteur déterminant de cette identité, dans la mesure où, par exemple, certains infirmiers des SMUR participent volontairement et sans médecin à la prise en charge en urgence de patients en tant qu'infirmier sapeur-pompier (ISP), en particulier dans les zones rurales. La présence d'un ISP dans la gestion isolée de l'urgence est perçue comme une solution améliorée par rapport à l'équipage d'une ambulance de premiers secours traditionnelle qui ne compte que des secouristes professionnels. En revanche, la situation - fut-elle identique - dans laquelle l'infirmier oeuvre seul dans le cadre du SMUR est considérée comme une situation dégradée par rapport à la présence d'un équipage classique intégrant un médecin.

Il serait probablement souhaitable de considérer la paramédicalisation des situations d'urgence comme une opportunité d'élargir l'offre de soins par la création d'un niveau intermédiaire entre les ambulances de premiers secours et les SMUR, ce qui nécessiterait d'inscrire cet échelon supplémentaire dans un cadre légal bien défini.

Les expériences de transfert de compétences

Les expériences au SMUR

La paramédicalisation des transports de patients réalisés par les SMUR est une question légitime soulevée par le fait qu'un certain nombre d'interventions ne nécessitent a posteriori par la présence d'un médecin. Un projet pilote a été mené dans le Var⁴ et des initiatives similaires sont actuellement en cours dans le Haut-Rhin. Malgré une réflexion et un dispositif opérationnel aboutis, visant à assurer à la population un niveau de prise en charge adapté au contexte, la réalité d'une régulation médicale complexe et parfois aléatoire est à l'origine d'un certain nombre de situations dégradées que dénoncent régulièrement les syndicats, les sociétés savantes de médecins urgentistes et les autorités sanitaires, et qui ont conduit à la remise en cause formelle du modèle.

Concernant les transferts inter-hospitaliers, des recommandations⁵ sur les conditions de la mise en oeuvre de la paramédicalisation des SMUR avaient été formulées par Samu de France dès 2004 et le dispositif est actuellement fonctionnel dans de nombreux départements.

Les expériences au SAMU

Des expériences - menées notamment à Lyon et à Rouen - visent à évaluer l'efficacité du transfert d'une partie des activités de prise de bilans des médecins aux infirmiers et aux PARM. La Mission nationale d'expertise et d'audits hospitaliers⁶ (MeaH) encourage les réflexions en ce sens afin de permettre au médecin régulateur de centrer ses activités sur des tâches pour lesquelles sa valeur ajoutée est importante, en particulier la régulation initiale des appels.

Les conditions d'un transfert efficace des compétences dans les SAMU et les SMUR

Le transfert des compétences dans les SAMU et les SMUR apparaît comme une évolution incontournable. Au regard des contraintes d'ordre réglementaire, des enjeux sanitaires et socio-économiques, des réticences corporatistes et des expériences pilotes menées dans certains départements, cette démarche nécessite le respect d'un certain nombre de principes et la mise en oeuvre de mesures spécifiques dans une perspective d'efficacité.

Tout d'abord, la médicalisation de ces structures doit demeurer un principe fort. Outre certaines missions de soins pour lesquelles la présence d'un médecin est incontestablement bénéfique au patient, elle constitue à ce jour la ressource principale d'une dynamique de progrès basée sur des missions dédiées de recherche, d'enseignement, de promotion scientifique et technique, et d'encadrement. La réforme curriculaire des formations paramédicales devrait permettre à moyenne échéance d'associer les auxiliaires de santé à ces



tâches spécifiques et probablement d'envisager de nouvelles perspectives de transferts. Le cursus « LMD » doit à ce titre être considéré comme une opportunité particulièrement intéressante dans le cadre de la mise en œuvre et de la pérennisation des démarches de transfert de compétence.

Pour ne pas exclusivement considérer cette dernière comme une solution transitoire aux problèmes conjoncturels, mais en faire un véritable outil d'évolution des pratiques professionnelles et de promotion de la qualité, les médecins devront également acquérir de nouvelles compétences dans les domaines déjà évoqués précédemment et pour lesquels leur valeur ajoutée est forte, ainsi qu'en matière de gestion des ressources humaines et particulièrement de management des compétences : identification des besoins, élaboration de référentiels, promotion du développement des compétences individuelles et collectives, répartition et évaluation des compétences, accompagnement professionnel etc. Le maintien actif d'un « gradient de compétences » entre professionnels de santé constitue selon nous le moteur de la performance et de l'innovation au sein des structures de soins.

Ensuite, la protocolisation des actions diagnostiques et thérapeutiques réalisées en l'absence de médecin s'impose dans le contexte de l'urgence comme le garant d'une homogénéité des pratiques, de la mise en œuvre des dernières recommandations scientifiques et du respect des règles professionnelles. L'élaboration des protocoles répond à des normes bien établies qui nécessitent notamment une implication forte des représentants de tous les acteurs et partenaires concernés par le dispositif. Cette démarche impose également de dépasser la vision dogmatique et restrictive d'une prise en charge de l'urgence réservée à l'expert, en acceptant le principe d'un partage et d'une diffusion du savoir médical.

Par ailleurs, des formations complémentaires devront permettre aux personnels concernés d'élargir leur champ de compétences. Des formations d'adaptation à l'emploi et des diplômes universitaires destinés aux infirmiers, aux ambulanciers et aux permanenciers des SAMU et des SMUR sont d'ores et déjà proposés dans certains Centres d'enseignement des soins d'urgence (CESU).

Enfin, la spécialisation des personnels concernés - notamment des infirmiers - constitue un élément fort d'acquisition, de reconnaissance et de valorisation de la spécificité des compétences liées à l'exercice de l'urgence. Récemment évoquée^{7, 8}, cette perspective ne semble pas faire à l'heure actuelle l'objet de réflexions institutionnelles. Il s'agit pourtant d'un préalable indispensable à l'élargissement légal du domaine de compétences des infirmiers des SAMU et des SMUR. Cette démarche pourrait s'inscrire dans le cadre de la réforme curriculaire des études infirmières sous la forme d'un master spécialisé. La validation des acquis de l'expérience constitue également un facteur important à prendre en compte pour les personnels en activité.

Synthèse et perspectives

Les SAMU et les SMUR sont des services hospitaliers au sein desquels des réflexions sur le transfert des compétences médicales sont menées depuis plusieurs années. Cette démarche est susceptible de concerner toutes les catégories de personnel.

Sa mise en œuvre est complexe en raison de contraintes d'ordre réglementaire et psychoaffectives, d'intérêts corporatistes, d'une offre de formation inadaptée et d'une démarche réflexive parfois insuffisante. Le transfert de compétences dans les SAMU et dans les SMUR ne peut être exclusivement envisagé comme une mesure d'urgence palliative d'une insuffisance démographique médicale. Il doit être considéré comme une ressource majeure de développement individuel et collectif, et comme un modèle innovant et performant d'organisation du travail au sein de l'institution hospitalière. Il doit en outre être associé à des dispositifs d'accompagnement, d'encadrement et de formation indispensables à sa mise en œuvre efficace.

Cette démarche doit plus globalement s'intégrer dans une réflexion stratégique sur notre modèle d'organisation des urgences préhospitalières - et en particulier sur les missions du SMUR - visant à préciser les besoins réels et les compétences nécessaires à son optimisation, tant sur les plans scientifiques et organisationnels, que sur les plans éthiques et économiques.

Dr Thierry PELACCIA

praticien hospitalier de médecine d'urgence

Dr Hervé DELPLANCQ

praticien hospitalier d'anesthésie-réanimation. Directeur du CESU 67. Directeur médical adjoint du SAMU 67

Dr Jean-Claude BARTIER

praticien hospitalier d'anesthésie-réanimation. Directeur médical du SAMU 67

(1) Observatoire national de la démographie des professions de santé

(2) Décret n° 2002-1244 du 7 octobre 2002 relatif à la réduction du temps de travail des personnels médicaux

(3) Décret no 2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires)

(4) S. FEUERSTEIN, J-J ARZALIER, W VALLICIONI, O DUBOIS. Expérience de paramédicalisation au SMUR de Toulon. 4e journées du collège PACA de médecine d'urgence. 24 et 25 mars 2005, Marseille.

(5) Les transferts infirmiers inter-hospitaliers : recommandation de SAMU de France. Janvier 2004.

(6) Mission nationale d'expertise et d'audits hospitaliers

[online] <http://www.meab.sante.gouv.fr/meab/>

(7) Référentiel de compétences : infirmier en médecine d'urgence. Société française de médecine d'urgence. Juin 2008

(8) M-C LEGAY. La spécialité d'infirmier urgentiste : est-elle une nécessité ? 3e congrès franco-marocain de médecine d'urgence et de catastrophe. 28, 29 février et 1er mars 2008, Marrakech.

Vous souhaitez réagir sur cet article :

thierry.pelaccia@wanadoo.fr



Entretien

Entretien avec Didier MUNERELLE, responsable du service de formation continue du CHS de Nancy-Laxou

Info-CEFIEC : M. MUNERELLE pouvez-vous faire à nos lecteurs une brève présentation de votre parcours professionnel et de vos fonctions actuelles.

Je travaille depuis plus de 15 ans dans la formation professionnelle. J'ai débuté en tant que formateur pour adulte dans un organisme de formation. Puis j'ai occupé un emploi de conseiller en formation pour des publics salariés de structures associatives. Depuis janvier 2005, je suis responsable de la formation continue dans un établissement de santé mentale. J'élabore le plan de formation, le met en œuvre et le suit.

Info-CEFIEC : En tant que responsable de formation continue que pensez-vous des divers rapports concernant les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé (Berland I et II - HAS) ?

Les contraintes issues de la démographie médicale et l'évolution des soins nécessitaient une réflexion qui s'est concrétisée par ces rapports. D'une manière plus globale cette réflexion s'intègre avec la mise en place de réformes plus en lien avec l'éducation et les ressources humaines qui ne sont pas liées à la santé telle que la démarche métiers compétences et la formation tout au long de la vie. Cette démarche est fondée sur la notion de compétences. Elle apporte une visibilité pour l'institution et les professionnels mais aussi facilite la prospective. Les nouvelles formes de coopération ouvrent des portes sur de nouvelles compétences à acquérir pour les personnels paramédicaux et une évolution des métiers importante. En effet, les infirmiers avaient peu de possibilités d'évoluer dans leur métier à part vers des fonctions managériales qui correspondent à un autre cœur de métier ou des spécialisations comme IBODE et anesthésie. Les nouvelles formes de coopération permettent d'entrevoir des profils de spécialisations plus diversifiées. L'impact au niveau des personnels est la possibilité de reconnaissance effective supplémentaire. Certains d'entre eux avaient déjà développé une spécialisation dans leur activité clinique avec une reconnaissance implicite. C'est la possibilité d'ouvrir sur un parcours professionnel plus riche avec une valorisation des compétences acquises et une reconnaissance explicite. L'impact au niveau des organisations sera une valorisation des compétences et visibilité accrue des évolutions possibles tant pour les organisations que pour les professionnels.

Info-CEFIEC : Pensez-vous qu'il y ait une différence réelle entre transferts de compétence et coopérations entre professionnels de santé ?

La coopération traduit un rapprochement des professions

paramédicales et médicales pour n'en faire plus qu'une avec différents niveaux de formation et de responsabilité. Cette notion transparait dans le rapport larcher à travers la possibilité de passerelles entre les formations. La coopération prend en compte l'ensemble des approches avec leurs spécificités dans un même but et au même niveau d'intérêt pour le patient. Toutefois cette coopération induit une différenciation des champs de compétences précise avec une définition du niveau de responsabilités. Le transfert de compétences se rapproche plus de la délégation d'actes répertoriés et n'induit pas de modification de positionnement entre les différentes professions. La coopération induit des changements profonds tant dans la formation que l'organisation des activités de soins.

Info-CEFIEC : Quels sont de votre point de vue les enjeux économiques sous tendus par ces coopérations nouvelles ?

Les enjeux économiques ne sont pas simples car la revalorisation des filières paramédicales avec le LMD va impliquer un coût plus important inérant d'actes qui leurs sont confiés. En même temps, si les actes confiés aux médecins sont réalisés par des paramédicaux est-ce à dire que la prise en charge sera moins onéreuse ? La reconnaissance d'une technicité particulière et les équipements spécifiques engendrent un coût. La coopération permettra de réduire des délais de prise en charge et d'apporter une garantie par une validation complémentaire.

Info-CEFIEC : Comment ces coopérations à venir vont-elles impacter le suivi des compétences et des carrières ?

La gestion des ressources humaines va devoir évoluer d'une gestion de statuts à une gestion des compétences liées à un statut. Les politiques de formation vont devoir s'organiser sur ces concepts de compétences et de parcours professionnel liés à la formation tout au long de la vie, et intégrer la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences. La perspective de devoir maintenir sa compétence voire de la développer correspond aux principes mêmes de la formation tout au long de la vie. Professionnaliser, sécuriser le parcours professionnel sont les maîtres mots et ils impliquent pour les professionnels paramédicaux des perspectives d'évolution. Les parcours professionnels des personnels de santé vont se structurer autour de la notion de compétences et pas seulement d'un diplôme. Les possibilités d'évolution seront plus diversifiées avec la mise en place de Master de spécialité après une formation initiale.



Ces perspectives d'évolution de carrière intégreront la validation des acquis de l'expérience et ainsi des parcours individualisés seront possibles. Les équipes devront aussi s'organiser avec une répartition de la prise en charge en fonction des compétences. La psychiatrie illustre bien ce débat. Avec la mise en place d'un diplôme unique pour infirmier il est apparu un besoin dans l'accompagnement des nouveaux professionnels en psychiatrie. Le plan de santé mentale a pris en compte ce besoin avec la mise en place de formations et de tutorat. Toutefois, la spécificité de cette activité demeure et le besoin subsiste même si des aménagements de la formation initiale sont réalisés. Dans le même temps des professionnels ont développé des compétences et sont en mesure d'accompagner les nouveaux professionnels. Mais la reconnaissance de leur compétences est limitée à une reconnaissance dans l'équipe. Ainsi la possibilité de poursuivre et de faire reconnaître une spécificité professionnelle de viendra possible.

Info-CEFIEC : Le Docteur Claude MAFFIOLI, membre du Collège de l'HAS a déclaré : « nous sommes tous des professionnels de santé et le moment est venu d'être tous à égalité dans notre champ de compétence ».

Qu'en pensez-vous ?

Chacun par ces compétences spécifiques participe à la prise

en charge de la personne malade. La reconnaissance de la spécificité dans un collectif soignant est nouvelle. Pour aboutir à une compétence collective où la complémentarité joue, il est nécessaire de développer la coopération. Les conditions de réussite sont liées à la reconnaissance mutuelle des compétences spécifiques et à la mise en commun dans une dynamique. Cette démarche implique une évolution des mentalités et du rôle médicale fédérateur autour du projet de soin.

Info-CEFIEC : Alors au final, transferts de compétences où coopérations entre professions de santé ? Leviers où contraintes supplémentaires ?

La coopération entre professions de santé est un formidable levier dans un contexte général facilitateur avec en outre la mise en place du LMD pour les formations de santé. Cette coopération correspond à une nécessité d'évolution des métiers. Mais les mentalités sont elles prêtes ? Le passage par le transfert de compétences sera certainement nécessaire pour arriver à une véritable coopération des professionnels de santé.

Interview réalisée par Jane-Laure DANAN

Vice-Présidente chargée de la communication

Élection du conseil national de l'ordre des infirmiers

Créé par la loi 2006-1668 du 21 décembre 2006, l'ordre national des infirmiers, garant de la déontologie et de la qualité des pratiques professionnelles, s'organise autour de trois niveaux : les conseils départementaux, les conseils régionaux et interrégionaux et le conseil national, dont l'élection des membres titulaires et suppléants aura lieu le mardi 25 novembre 2008. Comme pour les élections précédentes, le vote par voie électronique se déroulera sur une période de 15 jours. Ainsi, les électeurs pourront se connecter au système de vote dès le lundi 10 novembre 2008. Le conseil national de l'ordre des infirmiers est composé de 9 secteurs, dont certains regroupent plusieurs régions. Ainsi, les membres titulaires et suppléants du conseil national seront élus pour chaque secteur et pour chaque collège par les conseillers régionaux titulaires.

Une lettre d'information sera adressée aux conseillers régionaux titulaires deux mois avant la date des élections, leur indiquant le nombre de conseillers titulaires et suppléants à élire par secteur et par collège. Trois semaines avant la date des élections, les électeurs recevront leur code et mot de passe, accompagnés d'une note explicative leur permettant de se connecter au système de vote. Pour être éligibles, les candidats doivent avoir fait enregistrer leur diplôme d'infirmier au

répertoire ADELI avant le 25 novembre 2005. Il n'est pas nécessaire d'être élu(e) aux conseils départementaux ou régionaux pour se porter candidat(e).

La déclaration de candidature doit impérativement mentionner les noms, le prénom usuel, les titres, l'adresse complète, la date de naissance, le mode d'exercice et être revêtue de la signature de son auteur. Il peut y être joint, sur un document distinct, une profession de foi : celle-ci doit être rédigée en français, en noir et blanc, sur une page qui ne peut dépasser le format 210 X 297 mm. Elle ne peut être consacrée qu'à la présentation du candidat au nom duquel elle est diffusée et aux questions entrant dans le champ des compétences de l'ordre. La déclaration de candidature doit être effectuée par lettre recommandée avec accusé de réception ou bien être déposée contre récépissé à l'adresse suivante : **Les candidatures doivent être parvenues à l'adresse sus-indiquée au plus tard le vendredi 10 octobre 2008 à 16 heures.**

Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative - Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) - Sous-direction des professions paramédicales et des personnels hospitaliers Bureau P1 14, avenue Duquesne 75350 PARIS 07 SP



Point de vue

Transfert de compétences et V.A.E : Quels liens ?

Lise JOUANY se demande si la spécialisation de puéricultrice par la validation des acquis de l'expérience (VAE) est un nouveau tremplin en préparation pour accéder à ce diplôme

Le transfert de compétences au vu de la conjoncture actuelle avec la pénurie médicale qui s'annonce, va répondre à un besoin de santé publique, mais il va aussi permettre de préserver la qualité des soins. Ce transfert de compétences d'activités médicales aux acteurs paramédicaux ne pourra se faire à mon sens qu'à la condition de redéfinir les contours (rôles et missions) réglementaires de chaque profession, afin de ne pas tomber dans l'exercice illégal de la médecine, par le biais des glissements de tâches. L'infirmier travaillera pour ces activités déléguées au moins (comme c'est déjà le cas actuellement pour certains soins) sous la responsabilité du médecin, qui lui déléguera un certain nombre de ses tâches médicales. D'où l'importance d'une coopération interprofessionnelle efficiente pour que ce transfert fonctionne. Certaines pratiques médicales étaient déjà déléguées à des infirmières dites compétentes sans pour autant qu'elles soient reconnues. Ce transfert permettra donc de reconnaître les compétences de certains professionnels, ce qui les valorisera. Il serait aussi intéressant dans ce cadre d'offrir aux infirmières d'autres spécialisations autres que les trois connues pour se spécialiser (I.A.D.E, IBODE, inf puéricultrices DE), reconnaître ainsi des formations infirmières à l'expertise clinique, en diabétologie, cardiologie ...

La culture du diplôme reste en France extrêmement forte actuellement. En effet, l'école délivre un savoir qui est sanctionné par un diplôme, qui donne accès à un métier. Il reste un critère essentiel d'embauche aux dépens parfois de l'expérience. La VAE propose de reconnaître les expériences comme productrices de savoir, qu'un diplôme pourrait également sanctionner. Ce qui offrirait ainsi une voie à part entière à la qualification au même titre, et avec les mêmes effets que les formations initiales. Mais elle soulève quelques réticences de la part des professionnels diplômés par le biais de formations initiales, car ils craignent de voir leurs diplômes perdre de leur valeur. Dans un premier temps, je ferai un bref rappel sur ce qu'est la VAE, puis dans un second temps, je la distinguerai du transfert de compétences. Pour finir, je parlerai de la VAE en préparation pour la spécialisation de puéricultrice.

La VAE a été présentée dès 1996, dans le rapport de De Virville à propos de la future loi sur la formation continue. Mais c'est la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 sur la modernisation sociale qui a réformé la formation professionnelle permanente en France. En effet, elle a instauré le nouveau dispositif de certification professionnelle. Ainsi, dans

l'article 133 : « toute personne engagée dans la vie active est en droit de faire valider les acquis de son expérience notamment professionnelle, en vue de l'acquisition d'un diplôme, d'un titre à finalité professionnelle ou d'un certificat de qualification ». Ce qui offre la possibilité à de nombreux professionnels de faire valoir leurs expériences acquises, pour obtenir un titre ou diplôme, et d'élever ainsi leur niveau de qualification de manière efficiente, puisque leur temps de formation sera adapté aux compétences qu'ils souhaitent acquérir. Elle offre l'opportunité d'engager un véritable travail pour mieux rapprocher la qualification (diplôme, statut) des compétences, car ces dernières restent peu valorisées. La VAE sera donc source de reconnaissance sociale, et permettra de se former tout au long de sa vie en ayant un parcours plus pertinent, avec au final un usage plus efficace du droit à la formation, puisque que la VAE sera ajustée au profil du professionnel candidat.

Le ministère de la santé a démarré le projet VAE en 2003 pour les professionnels de santé, dans un contexte de pénurie des infirmières. Ces dernières sont encadrées par une réglementation rigoureuse, et la VAE ouvre un nouvel accès à cette profession dont il n'est pas encore fait mention dans la législation. Valider l'expérience, c'est reconnaître la pratique, se pose alors la question de l'exercice illégal appelé plus couramment glissement de tâches. La VAE se distingue du transfert de compétences, car cette dernière concerne des activités hors décret de compétences infirmières. Depuis 2003, la reconnaissance et le développement du nouveau rôle élargi sont à l'œuvre en France, comme dans d'autres pays. Cet élargissement concernerait des activités et des tâches réalisées traditionnellement par des médecins. Ceci dans le but de rechercher l'autonomie de l'infirmier, mais qui s'exercera toujours dans un cadre bien délimité par la connaissance de ses limites et des contraintes extérieures.

Abordons maintenant le cas de la puéricultrice, infirmière spécialisée dans la connaissance de l'enfant, de la naissance à l'adolescence, dans le cadre de la VAE. C'est une professionnelle mobilisant son expertise pour assurer une prise en charge de qualité et mettre en œuvre un projet avec l'enfant et ses parents, dans le but de contribuer au développement optimal de l'enfant. Ce qui exige de la part de cette professionnelle des connaissances et des compétences spécifiques. Pour parler de VAE en vue d'obtenir cette spécialisation, il est nécessaire de constituer un référentiel d'activités auquel sera associé un référentiel de compétences.



Point de vue

Ces 2 référentiels serviront d'appui pour définir le cursus complémentaire pour obtenir le diplôme demandé, en regard de l'expérience acquise au cours de la vie professionnelle du candidat demandant une VAE. Ils devront s'articuler avec le programme de formation initiale, qu'il s'agira de construire en terme de compétences et non plus en terme de contenus. Il me semble indispensable d'associer une formation à la VAE, on entend parler de plus en plus de « socle incompressible » de formation qui me semble être en contradiction avec le principe même de la VAE, car il ne concourrait pas à individualiser le parcours de formation au regard des savoirs acquis.

Cette VAE revêt un caractère menaçant chez certains professionnels qui voient se profiler 2 voies d'accès pour le même diplôme. Or la VAE ne remettra pas en cause la professionnalisation de la puéricultrice et elle n'affectera en rien le processus de construction de cette profession, si le dispositif VAE est piloté par des formateurs assurant la formation initiale dans les écoles de puéricultrices. Ce qui garantirait la qualité et préserverait la valeur du diplôme à mon sens.

La puéricultrice est une infirmière avant d'être spécialisée et actuellement, elle n'a pas l'exclusivité du travail auprès des enfants, mais elle est simplement prioritaire (article R4311-13 du code de la santé publique). L'absence de « protection légale par un monopole » est le caractère faisant défaut à cette profession. Elles ont acquis un savoir légitime et une expertise à l'issue d'une formation spécifique professionnalisante, seulement, étant peu nombreuses sur le marché du travail, elles ne peuvent le faire valoir pour obtenir ce monopole.

La VAE pour obtenir le grade de puéricultrice, (qui est un grade supérieur à celui de l'infirmière) pourrait être un moyen d'augmenter le nombre de professionnels certifiés, ce qui à terme pourrait permettre de demander l'exclusivité comme pour les infirmiers anesthésistes. Elles obtiendraient du même coup une protection de leur exercice.

La loi de janvier 2002 ouvre la possibilité d'augmenter la durée minimum d'expérience, une proposition de la Direction Générale de la Santé (DGS) de 8 ans au lieu de 3, car il est important de garantir la sécurité et la qualité des soins, ce qui implique de garantir les compétences des professionnels. La DGS est également favorable à ce que les épreuves

du diplôme d'Etat soient les mêmes quelque soit la voie d'accès au diplôme.

Cependant, je pense que la formation initiale doit rester la voie privilégiée d'accès à ce diplôme. La VAE doit rester un accès réservé à des personnes ayant fait la preuve de réelles compétences professionnelles, car elle va effacer en quelque sorte le processus de distanciation et de réflexion (prise de recul) sur la pratique que créait la formation initiale.

La VAE pour obtenir le diplôme de puéricultrice me paraît donc être un bon outil de gestion des ressources humaines pour valoriser les carrières, puisqu'elle va permettre en quelque sorte de « légitimer » les compétences des professionnels candidats motivés, ayant un projet cohérent. Ils se verront ainsi reconnaître une qualification à la hauteur de leurs compétences.

Enfin cette question du transfert de compétences peut s'envisager sous l'angle d'un apport de formation complémentaire voir de l'acquisition de toutes aux parties d'un diplôme. Une sorte de coopération entre infirmière puéricultrice D.E et infirmière diplômée d'état. La VAE deviendrait alors le corollaire naturel du transfert de compétences entre infirmières elles-mêmes.

Lise JOUANY

Infirmière puéricultrice sortie de l'IFCS du CHU de Nancy

Avis de Lise Jouany

J'ai écrit cet article sur la VAE dans le cadre de mon stage à l'IFSI de Nancy Laxou et à partir d'une commande institutionnelle. Cela m'a permis d'effectuer des recherches sur ce thème d'actualité de réfléchir et de me positionner sur le sujet à partir d'une analyse réflexive personnelle. Ce travail fut enrichissant mais la mise en mots non négligeable.



C.E.R Bourgogne

Vivre sans elle pour vivre avec moi : Osez devenir un ex-fumeur !

Oser devenir un ex-fumeur : telle est la proposition suggérée aux étudiants de 2ème et 3ème année dans un module de deux semaines en 2007 à l'IFSI de Beaune. 69 des 85 étudiants mordent à l'hameçon et acceptent de suivre ce module, dont l'objectif est d'inciter à réfléchir sur sa consommation de tabac.

A noter que 22% de ces deuxième et troisième année soit 16 étudiants, qui ne fumaient pas à l'entrée en formation, se sont surpris à nouer ou renouer des relations étroites avec la cigarette : 5 étudiants en première année de formation, 7 en deuxième année et un en troisième année ! En tout 42% des effectifs de la formation fument, soit une petite moitié de l'ensemble des élèves infirmiers. Cela ne peut que soutenir notre volonté d'élaborer un tel module. Ainsi donc, sus aux idées reçues mettant en scène le titanesque combat entre une faillible volonté et une culpabilité démesurée ! Motivation et confiance en soi sont privilégiées dans l'expérimentation de ce module qui ne prétend aucunement s'inscrire dans une visée performative et résoudre la question de l'addiction.

Le bilan

Six mois plus tard, 3 étudiantes ont cessé complètement de fumer, 3 ont réduit de moitié leur consommation, 2 ont confirmé leur arrêt, 2 ont arrêté pendant deux mois, 2 ont la même consommation. Le suivi de ce module a ainsi permis, à chacun des étudiants concernés, de se confronter à sa consommation du tabac et à s'interroger sur la place et l'importance qu'elle occupe dans son quotidien. Là s'arrêtait notre objectif. Un tel module a nécessairement généré une réflexion au sein de l'équipe pédagogique sur la place du fumeur et du non-fumeur dans notre I.F.S.I. L'entrée en vigueur de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à l'usage collectif en 2007 a en effet confronté notre établissement au devoir d'aménager un espace sécurisé réservé aux fumeurs. Il s'est alors avéré nécessaire d'élaborer un dispositif de formation à la prévention et à l'éducation à la santé.

Cette double contrainte, d'apparence contradictoire, a ouvert le débat suivant : comment, en effet, traiter le problème délicat du comportement addictif chez une population, elle-même sujette à l'addiction, et se destinant de surcroît à l'éducation à la santé ? Comment favoriser l'intégration et l'assimilation d'une hygiène de vie pour soi dans le cadre d'une formation à l'éducation à la santé pour autrui ? Le suivi du module par des étudiants qui expérimenteraient sur eux-mêmes la démarche éducative à la santé aurait-il plus d'écho en matière de prévention et d'éducation à la santé ?

Ce module a été organisé autour d'une équipe transdisciplinaire. L'équipe d'addictologie des Hospices Civils de Beaune a apporté son aide médicale, technique et théorique. Ont été sollicités pour l'aide personnelle et psychologique un coach en développement personnel et un cadre en santé, spécialisé en approche psychocorporelle. Une esthéticienne et un chef cuisinier d'un grand restaurant de la ville de Beaune ont développé les notions de beauté, d'image, de représentation et de mise en valeur de soi. Une enquête préalable a permis de sélectionner la population de fumeurs, de répertorier les conduites tabagiques et surtout d'apprécier les motivations à l'arrêt...

Le module avait pour objectif de confronter chaque participant à sa propre consommation de tabac et de l'amener à s'interroger sur la place qu'occupait cette tabagie dans ses activités journalières. Le résultat escompté n'a jamais été d'éradiquer la tabagie au sein de cette population d'étudiants : cela serait méconnaître les enjeux du comportement addictif ! D.Goleman pour qui « l'enthousiasme est le principe suprême de la motivation » et J.André chez qui « l'affectivité est à la racine de la motivation » car « c'est d'abord le désir et le plaisir de vivre qui doit être suscité et alimenté sur lequel on greffera celui d'apprendre, d'apprendre à apprendre » ont guidé notre démarche. Les concepts de motivation, de confiance en soi, d'estime de soi mais aussi de plaisir et d'appétence, associés à ceux d'habitus et de stratégie d'adaptation ont donc été travaillés. Les participants ont dû repérer et identifier les émotions ressenties pour en chercher leur origine. Ils ont ensuite appris à définir des objectifs et à construire des stratégies personnelles. La compréhension des phénomènes de l'addiction et du comportementalisme leur a été alors accessible. Les aides concrètes à l'arrêt du tabac ont pu être proposées à ceux qui en faisaient la requête.

La mise en place du module a permis à ces étudiants infirmiers de saisir la complexité et les exigences d'une démarche éducative dont ils sont les premiers bénéficiaires, avant d'en être les promoteurs. Au-delà d'un bénéfice à ce jour, toutes ces compétences sollicitées ne sont-elles pas transférables à des situations de professionnel en équipe de soins ? Reste donc à inventer...

Hélène Mari-Belou

Cadre de Santé, I.F.S.I des Hospices de Beaune

C.E.R Haute-Normandie

Les vertus du rire, poilons-nous!!

Vous avez dit stressés ? Les bilans de formation se suivent et se ressemblent.Stress, fatigue, angoisse sont des mots employés par les étudiants pour traduire leur vécu de la formation. Comment aider ces futurs professionnels à se préserver du stress. La connaissance de soi est incontournable pour le professionnel de santé ou celui qui se destine à être soignant. Ce constat a motivé les formateurs de l'IFSI de Dieppe à créer le module optionnel « gérer son stress, à la recherche d'un bien être et d'un équilibre ». Ce module doit permettre aux étudiants de savoir reconnaître les signes d'alerte de son stress, découvrir son propre niveau de stress mais aussi de pouvoir repérer les stressseurs de la vie courante et professionnelle. Grâce à des ateliers « découverte » comme le Tai Chi Chuan et Qi Gong, le yoga, la réflexologie plantaire, le « toucher bien être », la sophrologie, la relaxation « aquatique » et le rire, les étudiants ont expérimenté certaines pratiques où rigueur, écoute, respect d'autrui et concentration sont nécessaires. Ces valeurs sont indispensables dans la vie professionnelle du soignant. Le bilan des étudiants conforte l'équipe pédagogique à poursuivre et développer ce module de formation. Un petit aperçu de la satisfaction des étudiants au terme d'un des ateliers propos.

« Article paru dans rivage santé n°4 (journal de bord du centre hospitalier de Dieppe automne 2007) »

« Le rire c'est la Santé »

Cette expression populaire devient une donnée médicale expliquée et vérifiée. Le rire est excellent pour la Santé, il constitue un puissant antidote contre le stress.

Dès notre plus jeune âge, nous rions (40 fois par jour), sans raison si ce n'est par désir d'établir un lien social avec ceux de son espèce, par pur plaisir. A partir de 4 mois le rire fait son apparition chez le nourrisson : nous rions donc avant de parler. En 1939, les français riaient 19 minutes par jour ; en 1980, 6 minutes; aujourd'hui à peine 60 secondes.

(Source : Journal de la santé sur France 5 du 30 novembre 2006 par le Dr Henri Rubinstein neurologue). L'école, le travail, les règles sociales nous amènent à garder notre sérieux et à perdre notre capacité de rire spontanément. Nous ne consacrons plus de temps au rire, nous consommons une grande quantité d'anxiolytiques et de tranquillisants.

Le rire aide à lutter contre la dépression, la fatigue et le stress, il stimule le système immunitaire, agit sur la douleur, oxygène les muscles...

Par la libération de l'énergie au cours de la crise de rire, les tensions sont apaisées, le rendement intellectuel augmente

C'est avec Clémentine Dunne et l'association « Coeur de Rire » que Céline et Allison étudiantes infirmières ont expérimenté le RIRE ENERGIE© qui allie trois composantes essentielles au bien être : rire, respiration et relaxation. Elles ont choisi de partager ce moment inoubliable :

Mai 2007, le module d'enseignement « gérer son stress, à la recherche d'un bien être et d'un équilibre » bat son plein à l'Institut de soins infirmiers. Nous sommes et surprises, elle seize personnes réuni dans une salle de classe.

Au programme du jour « LE RIRE ».

L'animatrice nous invite à nous mettre à l'aise, tenues décontractées, pieds déchaussés. Nous sommes inquiètes, la peur du ridicule est bien présente. Nous constituons un cercle tout d'abord, puis la tête en arrière, l'animatrice se met à rire aux éclats, nous sommes près d'elle, sérieuses et surprises, elle tourne alors la tête vers l'une de nos voisines. Son regard est pétillant, celle-ci la regarde à son tour et éclate de rire, plus rien ne peut les arrêter. C'est incroyable combien le rire devient contagieux. Sans se forcer, c'est le fou rire général.

Puis des exercices dirigés sont proposés, nous arpentons la salle de long en large en tapant dans les mains, en grimaçant, en riant bruyamment.

« Cet atelier nous a permis de découvrir une nouvelle manière de se relaxer et de gérer son stress... 3heures de pur bonheur » affirment Céline et Allison.

« Je suis maintenant convaincue que rire me fait du bien, nous avons tord de nous en priver, d'ailleurs j'ose me lâcher plus maintenant » précise Céline.

« Nous avons testé avant une épreuve écrite et ça marche » dira Allison.

Allison Gray, Céline Lair et Sylvie Charles
C.E.R Haute-Normandie



Travail régional - C.E.R. Paris III

Comparatif entre la Licence et la Licence professionnelle

Lors du BNA du 16 juillet, Michèle Cazes, Présidente Régionale Paris III, s'est engagée à expliquer le comparatif entre la licence et la licence professionnelle. Elle propose de faire le point sur les similitudes et les différences entre ces deux diplômes universitaires.

	Licence	Licence professionnelle
Principaux textes réglementaires	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Arrêté du 23 avril 2002 relatif aux études universitaires conduisant au grade de licence ▪ Décret n° 2002-481 du 8 avril 2002 relatif aux grades et titres universitaires et aux diplômes nationaux ▪ Décret n° 2002-482 du 8 avril 2002 portant application au système français d'enseignement supérieur de la construction de l'Espace européen de l'enseignement supérieur ▪ Arrêté du 9 avril 1997 relatif au diplôme d'études universitaires générales, à la licence et à la maîtrise ▪ Arrêté du 7 juin 1994 relatif aux licences pluridisciplinaires 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Arrêté du 17 novembre 1999 relatif à la licence professionnelle
Organisation des études	En 6 semestres	En une année, soit 2 semestres
Conditions d'accès	Être titulaire du baccalauréat, du DAEU ou d'un diplôme admis en équivalence Sauf pour les filières pour lesquelles la réglementation prévoit des conditions spéciales d'admission	Être titulaire d'un diplôme national sanctionnant 2 années d'enseignement supérieur validées (DEUG, DUT, BTS ou L2) dans un domaine de formation compatible avec celui de la licence professionnelle
Type d'enseignement	<ul style="list-style-type: none"> - les parcours des licences peuvent être mono disciplinaires, bi disciplinaires ou pluridisciplinaires, à vocation générale, appliquée ou professionnelle - la formation associe, à des degrés divers selon les parcours <ul style="list-style-type: none"> • des enseignements théoriques • des enseignements méthodologiques, pratiques et appliqués - elle peut comprendre <ul style="list-style-type: none"> • des éléments de préprofessionnalisation, de professionnalisation • des projet individuels ou collectifs • un ou plusieurs stages 	<ul style="list-style-type: none"> - enseignements théoriques - enseignements pratiques et finalisés - apprentissage de méthodes et d'outils - périodes de formation en milieu professionnel, notamment stage et projet tutoré individuel ou collectif - le projet tutoré implique l'élaboration d'un mémoire qui donne lieu à une soutenance orale - le projet tutoré représente au moins ¼ du volume de la formation hors stage - 25% au moins des enseignements ont assurés par des enseignants associés ou des chargés d'enseignements exerçant leur activité professionnelle principale dans un secteur correspondant à la licence professionnelle
Validation	<ul style="list-style-type: none"> - par contrôle continu, examen terminal ou ces deux modes combinés - UE acquises si obtention de la moyenne - Compensation par semestre sur la base de la moyenne des UE du semestre (toutes les UE du semestre sont alors acquises ainsi que les ECTS correspondants) 	<ul style="list-style-type: none"> - moyenne générale \geq à 10/20 à l'ensemble des UE (y compris projet tutoré et stage) et moyenne \geq 10/20 à l'ensemble projet tutoré + stage - compensation possible entre les UE et entre les éléments constitutifs d'une UE sans note éliminatoire - les UE peuvent être affectées de coefficients allant de 1 à 3
	<ul style="list-style-type: none"> - Les UE peuvent être affectées de coefficients allant de 1 à 3 <p><i>Note : certaines licences (licences pluridisciplinaires, licence d'administration publique, diplôme national de guide interprète...) peuvent avoir des modalités de contrôle des connaissances et des aptitudes propres en référence aux dispositions réglementaires les régissant</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - les éléments constitutifs d'une UE peuvent être affectés de coefficients allant de 1 à 3
Grade conféré	Licence	Licence
Accès en Master	<p>A l'issue de la licence ou de la licence professionnelle, les étudiants peuvent préparer le diplôme de master qui sanctionne des parcours types de formation initiale ou continue répondant à un double objectif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - préparer les étudiants, via les études doctorales, à se destiner à la recherche - leur offrir un parcours menant à une qualification et une insertion professionnelle de haut niveau <p>L'accès est de droit en M1 pour les étudiants titulaires d'une licence dans le même domaine (<i>source : site du Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche</i>) L'accès en M2 est soumise à des conditions qui sont différentes pour les masters recherche et les masters professionnels</p>	
Accès en Doctorat	<p>A l'issue du cursus de Master, les étudiants peuvent s'inscrire en vue de préparer un doctorat. Tous les étudiants titulaires du grade de Master peuvent se porter candidat à une inscription en thèse de doctorat, qu'ils aient obtenu un diplôme de master voie recherche ou voie professionnelle (<i>source : site du Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche</i>)</p>	
Reconnaissance européenne	<p>Les grades fixent les principaux niveaux de référence de l'Espace européen de l'enseignement supérieur Les grades sont</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ le baccalauréat ▪ la licence ▪ le master ▪ le doctorat <p>Seuls les titres, qui fixent les niveaux intermédiaires, n'ont pas de reconnaissance européenne</p>	

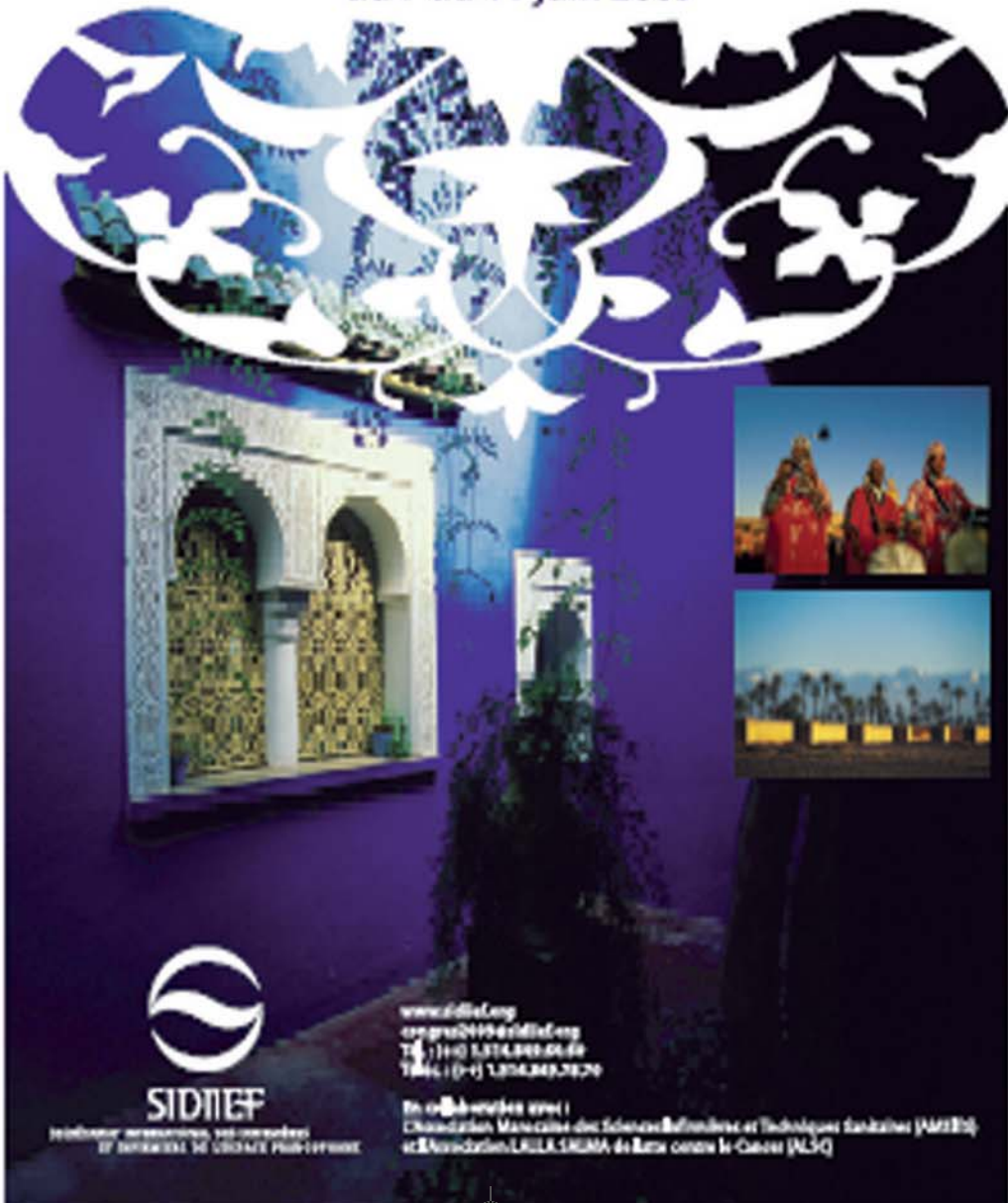
Sous le Haut Patronage de
Son Altesse Royale La Princesse LALLA SALMA



IV^e Congrès mondial des infirmières et infirmiers francophones

Le savoir infirmier, promoteur du développement humain

Palais des Congrès de Marrakech (Maroc)
du 7 au 11 juin 2009



SIDTEF
Société Internationale des
Infirmières et Infirmiers Francophones

www.sidtef.org
congres2009@sidtef.org
Tél : (+33) 3 53 48 99 66 66
Téléc : (+33) 3 53 48 99 70 70

En collaboration avec :
l'Association Marocaine des Sciences Infirmières et Techniques Sanitaires (AMTSI)
et l'Association LALLA SALMA de l'Etat contre le Cancer (ALSC)

Le nouveau Bureau National d'Administration

A Angers, outre Christian CAMOU, deux nouveaux membres du bureau national ont été élus. Portraits croisés.

Michel TOUCHARD

Vice-président chargé de la Vie associative



Diplômé infirmier de secteur psychiatrique en 1980, Michel Touchard commence à travailler en pédopsychiatrie avant de changer d'établissement et de se retrouver en poste dans un service d'handicapés profonds. Il y reste 5 années et décide de s'installer dans le sud de la France où il retrouve la pédopsychiatrie. 10 ans plus tard, il suit la formation cadre à l'école des cadres de l'Hôtel Dieu à Marseille et obtient son DCS en 1997. Cadre de santé dans une unité pour adolescents pendant 5 ans il passe alors le concours d'entrée à l'ENSP qu'il intègre en 2002. Une fois encore, le destin le pousse vers un nouvel établissement de l'est de la France où il occupe le poste de coordonnateur général des soins. Toutes ces années passées à la gestion des services de soins

ont permis à Michel Touchard de cerner au plus près les difficultés de la fonction de cadre de santé et lui ont donné envie d'apporter ses compétences et ses connaissances au service de la formation des cadres de santé. En 2007, le poste de directeur de l'IFCS de l'hôpital Sainte Anne se libère et c'est tout à fait conscient de l'enjeu mais aussi tout à fait motivé par ce nouveau challenge qu'il passe le cap et entre de plein pied dans la formation. La suite arrive naturellement avec la rencontre avec le CEFIEC par le biais des commissions IFCS ou très vite se révèle l'envie de s'investir complètement dans l'association. Le pas est franchi avec sa candidature au poste de VP vie associative pour « aller rencontrer les régions afin de mettre en cohérence les attentes des uns et des autres par rapport au CEFIEC », mais aussi « afin de suivre au plus près les évolutions des appareils de formation et de leur apporter une réflexion commune issue du travail des régions. »

Muriel Saget

Vice-présidente chargée des formations spécialisées



Se présenter en quelques lignes, facile et difficile à la fois, que vais-je dire de moi. (donner à voir diraient les psy !) mon parcours professionnel ? : allons y!

Après mon baptême du feu en réanimation polyvalente à l'hôpital des enfants de Bordeaux, (à l'époque cours de l'Argonne) tournois en

poche pour régler scopes et respirateurs je ne jurais que FiO2, Ph, PPC, il était temps qu'un peu de formation vienne mettre de l'ordre dans tout cela et me rapproche de l'enfant.

De réanimation en néphrologie pédiatrique, de crèche en halte garderie, j'ai poursuivi mon chemin sans jamais me lasser de ces rencontres toujours singulières avant de décider de rendre un peu de tout ce que j'avais reçu et de me tourner vers les étudiants.

Formatrice puis Directrice d'Institut c'est le même engagement qui m'anime, dans le désir de proposer aux enfants et à leur famille des soins attentifs et de qualité. Impulser une dynamique de projet être force de proposition plutôt que force de résistance.

L'adhésion de notre structure au CEFIEC et mon implication dans les travaux initiés par l'association relève de cette volonté.

Mes hobbies sont la randonnée et l'équitation...mais aussi le feu de cheminée et la lecture. Ma joie est sans aucun doute une grande table et des enfants plein la maison, (l'ami Ricoré comme me dit une amie moqueuse)

Mes défauts montrent que j'aime que les choses aillent vite autant vous dire, je suis au supplice dans certaines réunions ! et je ne sais pas dire non ce qui me met souvent dans des situations impossibles. Ma plus grande qualité : savoir rire de moi!

Résultats des votes de l'Assemblée générale

Lors des journées nationales à Angers, six postes au sein du Bureau National d'Administration étaient à pourvoir; le Président, la trésorière nationale, le Vice-Président de la Formation Continue, le Vice-Président de la Vie Associative, le Vice-Président des formations spécialisées et le Vice-Président des Affaires générales.

Le Président sortant, Mr Camou a été réélu avec **97,7 %** des voix. Mr Camou reprend ses fonctions pour un mandat de trois ans. Mme Desmurs, pour le poste de Trésorière nationale a été également réélue avec **92,6 %** des voix pour un mandat de 2 ans. Concernant la Vice-Présidence chargée de la formation continue, Philippe Dehaut a été réélu avec **95,5 %** des voix. Par ailleurs, Philippe Dehaut a démis-

sionnée de son poste de Vice-Président chargé de la formation continue. L'intérim est assuré par Martine Borrel, Présidente Régionale Midi-Pyrénées jusqu'à l'assemblée générale extraordinaire du 21 novembre. Michel Touchard a été élu Vice-Président chargé de la Vie associative avec **94,8 %** des voix. Ce poste était occupé par Marie-Claude Dubois-Jayot depuis 2005. Muriel Saget a été élue Vice-Présidente chargée des formations spécialisées avec **95,9 %** des voix, pour un mandat de 2 ans. Izabel Mabit a été réélue Vice-Présidente des Affaires Générales avec **63,9 %** des voix. Izabel Mabit ayant démissionné de ses fonctions, l'intérim est assuré par Michèle Cazes, Présidente Régionale Paris III, jusqu'au 21 novembre.

Le Bureau National d'Administration 2008-2009 (coordonnées sur www.cefiec.fr)

Président : **Christian Camou**
Secrétaire Nationale : **Izabel Mabit**
Trésorière Nationale : **Jacqueline Desmurs**
Vice-pdte formation infirmière : **Joelle Kozlowski**
Vice-pdt formation cadres de santé : **Philippe Bourrel**

Vice-pdte formations spécialisées : **Muriel Saget**
Vice-pdte formation AS-AP : **Martine Peguin**
Vice-pdte communication : **Jane-Laure Danan**
Vice-pdte vie associative : **Michel Touchard**
Vice-pdt formation continue : **Philippe Dehaut**

Dernière minute...

L'Assemblée générale extraordinaire aura lieu le 21 novembre à "l'Espace Charenton" à Paris. L'accueil aura lieu à 8h30 et l'Assemblée générale commencera à 9h00 pour se terminer à 17h00.

"Espace Charenton"
 327 rue de Charenton
 75012 PARIS



Agenda du Bureau National d'Administration

Exceptionnellement pour ce numéro 16, l'agenda du Bureau National d'Administration est disponible sur notre site Internet www.cefiec.fr

Votre avis nous intéresse.

Un article vous a plu et vous souhaitez prendre contact avec l'auteur. Vous souhaitez publier un article?

Contactez nous :

contact@cefiec.fr et janelaudanan@yahoo.fr

J'ai lu - à lire

Les cadres de santé à l'hôpital



Que font les cadres de santé au quotidien ? Quelle est la nature précise de leur activité ? Quelle place occupent-ils dans l'organisation hospitalière ? Pendant plusieurs mois, l'auteur a suivi des cadres de santé dans un centre hospitalier universitaire pour tenter de répondre à ces questions.

Au fil des pages, elle donne à voir leurs pratiques, qui sont souvent ignorées, alors qu'elles sont indispensables pour le fonctionnement des services hospitaliers. À travers cette analyse sociologique émergent l'ensemble des contradictions inhérentes à la fonction de cadre de santé mais aussi consécutives à de nouvelles formes d'organisation, souvent introduites sous couvert de rationalité. Pour éviter les dysfonctionnements et donner du sens, les cadres de santé effectuent un travail de lien entre les équipes de soins et les malades, mettent de la cohérence entre des actions éclatées.

Au-delà de la reconnaissance du travail de lien invisible réalisé par les cadres de santé, cet ouvrage invite à réfléchir à d'autres formes de conduite du changement prenant en compte les situations réelles de travail, à penser son action en vue de construire un hôpital plus humain.

*Les cadres de santé à l'hôpital de P. Bourret
Editions Seli Arslan 284 pages., 2006, 26,50 €.*

Le billet d'humeur et/ou d'humour

De Marie-Claude Carlsberg



M'am Germaine prend sa « retraite des vieux... »

« Alors M'am Germaine, j'me suis laissé dire que vous envisagiez de mettre la clé sous l'paillason ?

*Vous abandonneriez le navire à l'aune d'une si belle réforme ?
qui nous promet enfin la reconnaissance
de toutes nos compétences ?*

Vous étiez de tous les combats...

Auriez-vous donc baissé les bras ?

*Que sera votre quotidien sans le stress positif
des préparations, évaluations, corrections
interrogations, et autres "réflexions-passions" ?*

Vide et néant vous guettent

Mesurez-vous les conséquences ?

car enfin, une question s'impose :

Etes vous sûre qu'il y a une vie,

Après l'I.F.S.I ? »

« C'est une bonne question en effet,

Merci de me l'avoir posée...

mais, qui va rester sans réponse...

... Comme les blancs laissés pour les remplir un jour...

les points qui ne seront jamais mis sur les i...

les pages non tournées ...

Certaines questions ne sont là que pour faire avancer...

Alors, je vais cheminer...

et je vous répondrai... un jour !

...Ab, J'oubliais, merci pour tout... et surtout

n'oubliez pas...

...l'humour, à la louche, ou à dose homéopathique

mais l'humour, toujours...

Le métier d'infirmier en santé mentale

Le rôle infirmier en santé menta-

le a fortement évolué avec l'ouverture de l'hôpital psychiatrique et l'éclosion des structures de soins ambulatoires. L'infirmier psychiatrique a dû construire sa pratique en s'appuyant sur la formation initiale et continue, mais aussi et surtout sur des savoirs empiriques. Aujourd'hui, la

professionnalisation des infirmiers psychiatriques n'est pas homogène en France. Même si des établissements, des services ou des équipes ont permis aux infirmiers d'effectuer des allers et retours théorie-pratique solides et efficaces, dans bien des cas, les infirmiers sont restés dans le flou et l'incertitude pour faire évoluer leur pratique.

Face à cette situation, l'auteur vise à proposer des repères.



*Le métier d'infirmier mentale de Jacky Merklings
Editions Seli Arslan 318 pages., 2007, 27 €.*

CEFIEC

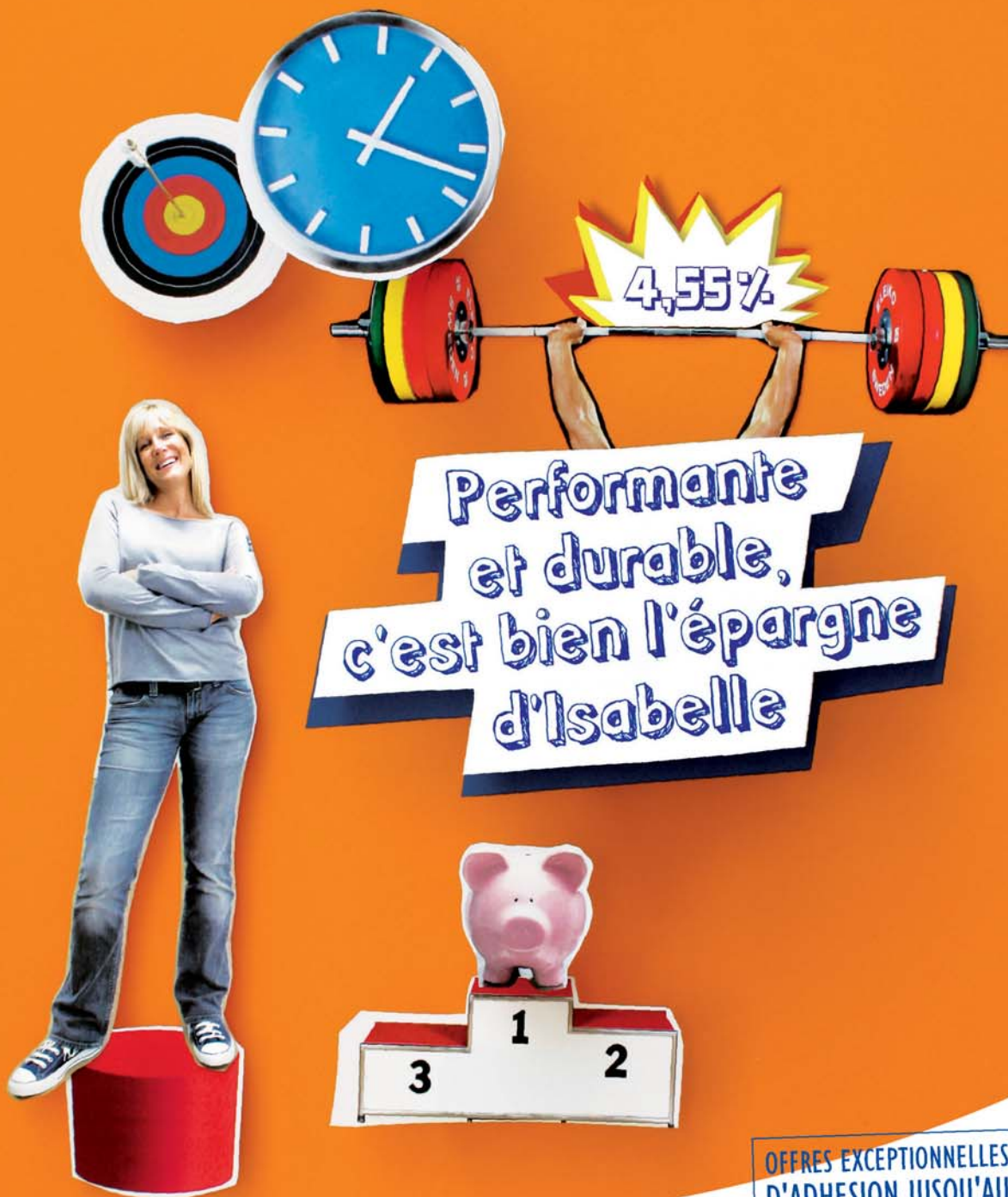
Au coeur de la vie associative

- ➔ **L'engagement et l'expertise au service de la formation des professionnels de santé**
- ➔ **Une force de proposition représentant les intérêts communs des structures de formation auprès des pouvoirs publics**
- ➔ **Une forte implantation se déclinant sur tout le territoire national en 26 comités d'entente régionaux en métropole et DOM-TOM**
- ➔ **Une polyvalence d'activités**
 - ➔ **Formation continue : en proposant des sessions de formation permanente aux professionnels**
 - ➔ **Travaux de recherche et d'études : en animant des groupes de travaux régionaux et nationaux**
 - ➔ **Organisation d'un concours national autour des travaux de recherche.**
 - ➔ **Communication : par le biais d'un journal : INFO CEFIEC et d'un site internet : www.cefiec.fr**
 - ➔ **Présence active aux salons et aux congrès professionnels**

Le CEFIEC est membre de FINE EUROPE *

* European Federation of Nurse Educators (Fédération Européenne des enseignants en soins infirmiers)





OFFRES EXCEPTIONNELLES
D'ADHESION JUSQU'AU
31 DECEMBRE 2008**

Si Isabelle a choisi le contrat d'assurance vie Altinéo de la GMF, c'est parce qu'il lui offre une rentabilité élevée depuis plusieurs années. Pour preuve, son épargne lui a rapporté 4,55%* en 2005, 2006 et 2007.

Renseignez-vous au 0 800 88 11 62 (appel gratuit depuis un poste fixe), dans votre agence GMF ou sur www.gmf.fr

Assurément gagnant avec la GMF



* Frais de gestion déduits et avant prélèvements sociaux. ** Offres valables du 1er novembre au 31 décembre 2008.

GMF VIE - Société anonyme au capital de 143 737 152 euros entièrement versé. Entreprise régie par le Code des assurances - R.C.S. Paris B315 614 806. Siège social : 76 rue de Prey 75857 Paris cedex 17. Adresse postale : 10-14 avenue Louis Armand 95127 Erment cedex.