

## SOMMAIRE

<i>Quand l'hôpital s'organise sous le primat du « tout économique », le travail perd son sens et les salariés leur santé...</i>	p.2
<i>Le remplacement des Cadres Infirmiers Anesthésistes Diplômés d'État par des Cadres de Santé non spécialisés n'est pas sans risque pour le patient !</i>	p.3
<i>Encart Ufmict Directeurs</i>	p.5-6
<i>Cadres de santé : des professionnels qui s'interrogent sur la transformation de leur cœur de métier</i>	p.7
<i>Quand la fragilisation des Instituts de Formation porte atteinte à la qualité de la formation initiale des personnels infirmiers</i>	p.8

## Cadres de santé : quel sens du travail ?

EDITO

Inlassablement, les cadres de santé impliqués dans l'action syndicale de la CGT rappellent ce qui est très vite oublié ou désigné dans le langage de nos élites de manière volontairement abstraite : la peine des femmes et des hommes est transformée en variable d'ajustement... sans état d'âme !

Le message dans les médias est clair : d'abord l'économie, le social passera après ! Ce message s'insinue partout comme une ritournelle chantonnée, sans que nous y prenions garde, une pensée obsédante qui s'impose d'elle-même dès que nous réfléchissons à la résolution d'un problème de service : « Il n'y a plus de moyens... financiers, humains, matériels pour résoudre mes difficultés ! Sur qui m'appuyer pour demander une aide ? ».

La nouvelle gouvernance « par les chiffres » et l'organisation polaire ont conduit de fait à une diminution du nombre de cadres supérieurs et à un accroissement des responsabilités des cadres de santé.

Cette évolution s'est effectuée dans un contexte de surcapacité et de modifications réglementaires qui ont contribué à complexifier davantage le travail des cadres

de proximité, à intensifier leur charge de travail... sans pour autant qu'ils en obtiennent une reconnaissance quelconque.

Il s'avère qu'au-delà des différences de spécialités entre pôles, les problématiques rencontrées sont souvent similaires, mais les réponses apportées hétérogènes. Différentes stratégies de résolution de problèmes sont appliquées pour tenter de concilier des exigences parfois paradoxales qui laissent à ces professionnels l'impression d'un manque de cohérence, source de mal être. Les cadres de santé expriment d'ailleurs, de plus en plus souvent, la nécessité d'échanger sur les pratiques de management et plus globalement sur le positionnement de l'encadrant au sein d'une structure hospitalière.

Dans ce numéro spécial de l'Encart Option réservé aux cadres, l'idée est d'apporter un éclairage particulier, singulier à ce qui fait le cœur des choses, notre quotidien, nos questions sur le contexte

économique, l'évolution de notre métier et pour finir nos interrogations sur la formation initiale des Infirmières.



**Laurent LAPORTE**  
Membres de la Commission exécutive de l'Union Fédérale des  
Médecins, Ingénieurs, Cadres et Techniciens.

# Quand l'hôpital s'organise sous le primat du « tout économique », le travail perd son sens et les salariés leur santé...

*La masse salariale est devenue la principale variable d'ajustement sur laquelle les établissements cherchent à faire des économies pour mettre en œuvre la politique gouvernementale d'austérité.*

**L'**exercice des missions de service public en santé et en action sociale nécessite pourtant un haut niveau de qualification. D'où l'organisation d'un décrochage croissant entre les rémunérations et les qualifications qui se traduit par le tassement des grilles salariales, le nivellement par le bas des statuts, le non remplacement des départs, l'intensification de la charge de travail et l'augmentation du temps de travail (remise en cause des 35 h, généralisation des heures supplémentaires non payées, recul des limites d'âge de départ en retraite, remise en cause de la catégorie active...).

Dans le secteur de la santé et de l'action sociale, cette logique se double d'inégalités professionnelles particulièrement marquées. Nos métiers, fortement féminisés, sont moins reconnus et moins rémunérés que les métiers à prédominance masculine. Le décrochage entre rémunérations et qualifications est devenu patent.

La qualification se trouve aussi attaquée de toutes parts. Ce qui se traduit par des formes diverses allant de l'embauche des surdiplômés sur des emplois de faible qualification au glissement de tâches entre les métiers (pratiques infirmières avancées, remplacement des masseurs kinésithérapeutes par des accompagnants sportifs, soins infirmiers assumés par des aides-soignants et travail d'aides-soignants délégués aux ASH...). A l'occasion de la réingénierie des métiers, les pouvoirs publics cherchent à casser les professions, à minorer leur contenu pour justifier demain le non-paiement des qualifications. On oppose ainsi « qualifications » et « compétences ». L'individualisation des rémunérations en est la conséquence logique. La qualification, le métier, la profession justifient une approche collective validée par un diplôme. Au diplôme s'adosse un statut qui a une application collective. ***La compétence est au contraire appréciée localement, dans chaque situation de travail et sa reconnaissance s'appuie logiquement sur une négociation individuelle qui se fait toujours au détriment des salariés, car le rapport de force lui est défavorable.***

Il y a finalement perte de sens du travail en commun. Le fonctionnement des établissements est réduit à l'agrégation de compétences techniques et n'est plus vu comme une communauté de travail composée de professionnels qui exercent leurs métiers dans la diversité et la complémentarité.

Concrètement, cette logique conduit à externaliser des prestations assurées jusque-là par des professionnels hospitaliers, à permettre le recours aux libéraux qui sont rarement intégrés dans l'équipe pluridisciplinaire, à organiser la précarité des nouveaux recrutés qui sont maintenus abusivement sur des temps partiels et dans la précarité contractuelle. Au final, c'est bien la qualité des soins qui pâtit de la mise en œuvre du « low cost » hospitalier.

Or, les établissements de santé ne se résument pas à la mise en œuvre d'un plateau technique mais sont aussi un lieu où l'humain doit avoir toute sa place. De même, ce ne sont pas des pathologies qui sont prises en charge, mais des personnes dans leur globalité. Cette ambition passe par l'excellence des qualifications, par un découpage des missions, non pas en fonction des seules ressources disponibles, mais en fonction des besoins des patients. Pour cela, les professionnels doivent avoir du temps pour accomplir leur métier et donc une charge de travail proportionnée aux exigences du métier. Ils doivent pouvoir travailler sereinement en équipe, entre professionnels de même métier et avec les autres intervenants, qu'ils soient soignants ou non. Pour se mettre pleinement au service du patient, le professionnel doit être libéré de l'incertitude du lendemain, de l'angoisse de savoir si son CDD sera ou non reconduit, de l'inquiétude de savoir s'il sera déplacé en même temps que son service restructuré... Chacun doit bénéficier d'un statut reconnaissant les niveaux de qualifications, adossé à de justes grilles de rémunérations.

La qualification passe aussi par les garanties apportées dans la formation. La formation initiale doit se faire a minima avec les garanties du droit commun (la gratification des stagiaires est encore soumise à un régime dérogatoire pour la plupart des étudiants). La qualification s'entretient aussi par la formation continue qui permet non seulement le maintien des compétences, mais aussi le développement professionnel vers de nouvelles possibilités de carrière.

C'est le sens du travail qu'il faut repenser, non plus tourné vers l'inexorable restriction de moyens et de la qualité, mais tourné vers une ambition réaffirmée de répondre aux défis de notre société (accès pour tous aux nouvelles techniques médicales, vieillissement de la population, accroissement des besoins sociaux,

diversification des modalités de prises en charge...). La haute performance du système de santé et d'action sociale ne se mesure pas en terme de « coût », mais bien en terme de « chance » donnée à la population toute entière, expression du développement humain de notre pays.

Les moyens de cette ambition tiennent bien sûr aux ressources allouées au fonctionnement

du système de santé, mais aussi à la confiance accordée à l'intelligence collective et la capacité de créativité individuelle des professionnels qualifiés et reconnus en tant que tel qui œuvrent au sein du grand service public de santé et d'action sociale porté par la CGT.

*Thomas Deregnaucourt  
Secrétaire général de l'UFMICT*

## **Le remplacement des Cadres Infirmiers Anesthésistes Diplômés d'État par des Cadres de Santé non spécialisés n'est pas sans risque pour le patient !**

*Les cadres IADE exercent majoritairement dans les départements d'anesthésie, les SMUR, les réanimations, les urgences, etc.*

Quel que soit leur lieu d'exercice, ils-elles sont les garants de qualité des soins et de la sécurité pour les patients pris en charge par les paramédicaux d'anesthésie, notamment les Infirmiers Anesthésistes, les Infirmiers de SSPI (Salle de Surveillance Post-Interventionnelle).

Les cadres IADE sont aussi présents sur des postes transversaux : gestions des risques, matériau vigilance, hémovigilance, démarche qualité, unité douleur, système d'information pour le département d'anesthésie, etc.

Au bloc opératoire, ils-elles peuvent être coordinateur-trice de bloc et ainsi organiser le travail en symbiose des équipes chirurgicales et anesthésiques, afin de faciliter la prise en charge des patients en optimisant les ressources matérielles et les compétences des professionnels.

Au quotidien, ils-elles doivent être mobiles dans leurs établissements ou leurs groupes hospitaliers, car très souvent les sites d'anesthésie bloc et hors bloc (plateaux médicaux techniques) sont dispersés dans l'hôpital ou le groupe dans les établissements, ils-elles peuvent être les seuls cadres d'anesthésie.

L'anesthésie réanimation est une discipline « particulière » qui requiert une maintenance des matériels médicaux très rigoureuse et un approvisionnement en matériel et en médicaments qui ne peut souffrir d'un défaut de stock ; cela induit une anticipation importante dans les commandes et un suivi rapproché de chaque matériel d'anesthésie.

Les cadres IADE sont garants du maintien des compétences des personnels de leurs services et doivent établir un plan de formation pour les agents.

De plus, la recherche en soins infirmiers anesthésistes est un élément concourant à l'évolution des pratiques, dont le-la cadre IADE est facilitateur grâce à son expertise dans cette spécialité.

De même, sa participation aux C.L.U.D., C.L.I.N et comme formateur aux formations sur les gestions des gestes d'urgence, contribue au fonctionnement global de l'hôpital.

Dans le contexte actuel de pathologie infectieuse contagieuse,

les cadres IADE sont en première ligne pour préparer puis assurer la prise en charge de ces patients au sein des hôpitaux, cela grâce à leurs compétences en soins pré-hospitaliers, mais aussi pour la gestion de situations critiques au sein de l'hôpital.

Le contexte des restructurations et la volonté de rendre « généraliste » tous les cadres de santé représentent un risque important pour la qualité et la sécurité des soins en anesthésie. Les suppressions de postes de cadres IADE, remplacés par des cadres IDE (généralistes) sur les sites d'anesthésie de bloc ou de SSPI les mettent en situation d'exposition juridique conséquente, compte tenu qu'il leur est difficile d'appréhender cette discipline pour laquelle ils-elles n'ont pas été formé-es.

Par ailleurs, les perspectives d'évolution de carrière s'amenuisent avec la raréfaction des postes de Cadre Supérieur IADE qui ont, eux aussi, un rôle prépondérant dans l'organisation et le fonctionnement d'un département d'anesthésie par leurs relations avec les directions fonctionnelles de l'hôpital ou du groupe.

Mais aussi pour le maintien ou le développement du tableau des emplois et les plans d'équipements en matériels d'anesthésie ou d'autres activités transversales.

L'engagement syndical d'un-d'une Cadre IADE est souvent une voie « naturelle » au regard du nombre important de mouvements sociaux survenus dans cette spécialité et qui ont très souvent permis des avancées notoires pour la profession, générant parfois des conflits pour les IDE par ricochet.

Le choix de s'investir à l'UFMICT CGT tient au fait de la volonté de travailler en équipe hospitalière, afin de s'intégrer dans le contexte de la santé, tout en défendant ardemment les spécificités de notre spécialité ; ce qui a toujours été l'objectif du Collectif IADE depuis sa création.

Au final, le-la Cadre IADE, à travers ses activités, participe pleinement à la qualité et à la sécurité des anesthésies pratiquées en France ; avec l'UFMICT CGT, il-elle contribue à la défense de cette spécialité dans le paysage sanitaire actuel et surtout avenir.

*Un Cadre IADE de l'APHP*

# Cadres de santé : des professionnels qui s'interrogent sur la transformation de leur cœur de métier

*Le manque de moyens pour faire face à nos missions, les doubles contraintes imposées par le contexte institutionnel, l'écart entre l'idéal professionnel et la réalité des pratiques nous amènent à ressentir une forme d'embarras devenu depuis quelques années quotidien ! C'est ce « tiraillement », entre accidents, imprévus, contretemps, complications et nécessité d'assurer le bon fonctionnement des services qui a transformé, peu à peu, notre cœur de métier.*

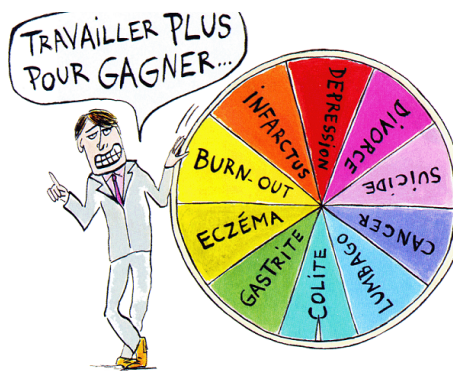
**D**evons-nous envisager cette transformation comme un « glissement de tâches ? ». Une évolution naturelle de nos métiers ? Et, s'il s'agit d'une « évolution », qu'elle en serait le moteur ?

Une première explication trouve sa source dans l'idéologie dominante de nos dirigeants qui font du libéralisme leur nouvelle religion et du déficit public leur nouveau diable !

Très clairement, les cadres sont l'objet d'une manipulation visant à faire d'eux les bras armés des Directions. Ces dernières ont effectivement besoin de petites mains pour mettre en œuvre les différentes mesures d'économies souhaitées et transfèrent leurs tâches sur l'encadrement de proximité ! Elles n'hésitent pas à employer les subterfuges habituels pour mettre leurs plans à exécution. Ainsi, nos supérieurs nous expliquent que « ce n'est pas la charge de travail qui s'alourdit considérablement, mais ce sont nos compétences qui se développent ». C'est également une manière efficace de culpabiliser ceux qui ne répondent pas à la commande. « Ce n'est pas la charge de travail qui est trop lourde mais vos compétences qui s'amenuisent ! » D'ailleurs, elles sont ensuite examinées de très près, lors de l'entretien annuel d'évaluation !

Quand le subterfuge de l'accroissement exponentiel des compétences ne marche pas, on nous vend avec beaucoup de cynisme d'autres expressions, comme celle concernant une hypothétique « autonomie », ou un « management au plus près de nos besoins ».

Cette rhétorique vise en dernier ressort à faire des cadres des spécialistes de la débrouille. Des cadres capables de travailler dans toutes les situations, dans tous les domaines, dans toutes les entreprises, inventant leurs propres histoires, leurs propres rôles. C'est flatteur mais c'est piégeant ! Cela alimente la position imaginaire du cadre pour lequel « il faut que ça marche, sinon je ne suis pas un bon cadre ! »



La réalité est différente.

Les cadres ne peuvent pas être tenus comme seuls responsables du bon fonctionnement de leurs services. Ils ne sont pas là pour pallier toutes les déficiences institutionnelles et médicales. Le bon fonctionnement d'un hôpital requiert la volonté de tous, de l'agent de ménage au plus haut niveau de l'Etat.

Sinon, pour beaucoup d'entre nous, c'est le burnout. Souvent irrités, sans réponse, fatigués, nous sommes de plus en plus nombreux à dénoncer l'impossible résolution de l'équation : missions transversales / nécessité d'encadrer nos équipes.

Nous refusons l'artifice voulant nous faire croire que nous sommes des pseudos DRH ou des mini-directeurs. Notre cœur de métier, c'est le soin, l'accompagnement humain des individus et des équipes, les modes de régulation des relations au travail, la définition des rôles et des responsabilités de chacun dans l'organisation du service.

A la CGT, nous poussons même le vice à revendiquer un droit à la déconnexion, un droit au respect de la réglementation sur le temps de travail, un droit au respect de sa vie privée. Autant de revendications qui ne plaisent pas à nos supérieurs.

***L'espace syndical de l'Union Fédérale des Médecins Ingénieurs Cadres et Techniciens (UFMICT) nous permet de prendre le recul nécessaire, de réfléchir ensemble aux possibilités de s'adapter, ou non, à un environnement changeant et complexe. Cette réflexion commune à tous les ICT contribue à ce que nous soyons acteur dans cette construction. Le regard que nous portons sur le monde hospitalier en général, et sur notre profession en particulier, doit rester lucide si nous ne voulons pas passer (trop vite) à la moulinette dans cette société de plus en plus libérale..***

Laurent Laporte



Ne pas compter ses heures, travailler les samedis et les dimanches pour boucler les dossiers, commencer tôt, terminer tard, différer ses congés, rester disponibles à toute heure du jour et de la nuit : tout directeur est soumis à ces contraintes.

Le directeur serait-il corvéable à merci ? Oui si on confond la responsabilité d'un service-établissement et la disponibilité permanente pour le service, encore accrue par l'usage non régulé des nouvelles technologies.

On fait fi du rôle stratégique et créatif du directeur au détriment de la seule gestion du quotidien. L'urgent prend le dessus sur l'important.

Derrière le forfait jour qui régit le temps de travail des directeurs se cachent ainsi des semaines à rallonge.

Avec 60 voire 70 heures de travail, dont une part croissante à domicile, on est très loin de la réglementation européenne qui prévoit un maximum de 48 heures de travail hebdomadaire.

Avec l'Ufmict-CGT, disons qu'il y a aussi une vie hors du travail, gagnons le droit à la déconnexion numérique, reconnaissons les heures effectives de travail, gagnons le droit à l'équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle, le droit de passer du temps avec nos enfants, notre famille et nos amis, le droit de consacrer du temps à nos activités sociales en dehors du travail.



**UFMICT**

MÉDECINS  
CADRES  
TECHS

**DEVENIR DIRECTEUR,  
UN SACERDOCE ?**

**VOTER,  
C'EST RÉAGIR.**

**LE 4 DÉCEMBRE  
VOTER,  
C'EST RÉAGIR.**

[ufmict@sante.cgt.fr](mailto:ufmict@sante.cgt.fr)

Plus d'infos sur <http://sante.cgt.fr/>

Au regard des autres grandes écoles de service public, l'EHESP fait figure de parent pauvre du système français.

Le manque d'attractivité des premiers échelons des corps de direction, l'absence de considération pour la rémunération antérieure des lauréats aux concours (souvent des personnels contractuels de catégorie A de la fonction publique hospitalière), les contraintes professionnelles de plus en plus exigeantes, rendent les corps de direction moins attractifs que d'autres carrières publiques.

Serait-ce un sacerdoce que de devenir directeur ? Un sacerdoce sans contrepartie, certainement pas. L'exercice des métiers de directions est en revanche un engagement pour le service public, une éthique qui considère l'humain comme moteur de l'innovation et de la qualité, des savoir-faire techniques et pratiques.

Avec l'Ufmict-CGT, marquons notre attachement à l'EHESP afin qu'elle reste garante de l'esprit de service public, de la cohérence dans les pratiques professionnelles et de management, qu'elle continue d'être un lieu ressources pour les directeurs en exercice grâce à une offre de formation continue diversifiée. Disons la nécessité de garantir aux directeurs en formation initiale des conditions de rémunération attractive en rapport avec le statut de hauts fonctionnaires auxquels ils accèdent. Revalorisons le régime indemnitaire des élèves de l'EHESP pour le mettre en rapport avec les frais réels engagés au cours de la formation et les contraintes d'éloignement familial. Exigeons des Ministères qu'ils donnent à l'EHESP les moyens nécessaires à l'exercice de ses missions. Avec l'Ufmict-CGT, mettons un coup d'arrêt à la diminution démographique des corps de direction, exigeons que les postes ouverts au concours soient au moins équivalents aux départs en retraite.

**LE 4 DÉCEMBRE**

**VOTER,  
C'EST RÉAGIR.**

[ufmict@sante.cgt.fr](mailto:ufmict@sante.cgt.fr)



**cgt UFMICT**

**UN DIRECTEUR  
DOIT AIMER  
SON TRAVAIL.**

**SOIR  
ET WEEK-ENDS  
COMPRIS.**

**VOTER,  
C'EST RÉAGIR.**

## Quand la fragilisation des Instituts de Formation porte atteinte à la qualité de la formation initiale des personnels infirmiers

*Les cadres qui siègent en CAP (Commission Administrative Paritaire) nous informent au sujet de nombreux cas de refus de titularisation pour « insuffisance professionnelle ». Ce sont des jeunes hommes et des jeunes femmes qui viennent d'être diplômé-es. Ils-elles ont suivi le cursus des études, ils-elles sont diplômé-es, ils-elles sont confronté-es à la prise de poste, et ils-elles en seraient incapables. C'est un phénomène nouveau.*

**N**ous sommes aussi témoins de nombreux cas d'échec dans le cursus des études au cours de la troisième année. Les conseils de discipline des IFSI statuent au bout de trois ans sur des dangers et des incompétences incompatibles avec la poursuite des études.

Comment est-ce possible ? La diminution du taux d'échecs n'était-elle pas l'une des raisons d'être du nouveau référentiel ? Faut-il ignorer que dans les IFSI on parle aujourd'hui d'une 4<sup>ème</sup> année d'études pour presque un quart des promotions ? Faut-il ignorer que de nombreux étudiants en promotion professionnelle en sont exclus parce que les employeurs ne sont pas prêts à payer la continuation de la formation ? Faut-il ignorer que des étudiants aides-soignants payent aujourd'hui de leur poche 7 000 euros pour pouvoir être formés ? Et que des étudiants infirmiers doivent aussi payer 28 000 euros par année d'études, dès lors qu'ils ne rentrent pas dans les « cases » de prise en charge par la région ?

Peut-on ne pas s'interroger sur cette situation ? Du point de vue du coût des études, cela semble simple. La nation a besoin de professionnels infirmiers, et la région qui se substitue actuellement sans succès à l'État, faute de moyens, devrait pouvoir répondre à ce besoin en finançant les jeunes qui souhaitent faire du soin leur métier.

Les coupes budgétaires imposées par les

gouvernements successifs, qui ont utilisé le processus de décentralisation, auraient contraint les régions à clarifier la situation sociale des étudiants. Mais qui peut croire que ce simple besoin administratif de savoir si un étudiant infirmier doit être financé par un employeur ou par l'ANPE, justifie l'avancement financier de 28 000 euros (au bas mot, car les frais de scolarité n'y sont pas inclus) par l'étudiant ou

la famille, s'il n'est pas inscrit sur la liste de chercheurs d'emploi ? Le paradoxe est tel qu'il convient de rester chômeur, de ne pas travailler - même comme précaire - pour un jeune qui veut faire des études d'infirmier, et cela sans savoir s'il va réussir le concours d'admission dans un institut !

Donc, ce n'est pas si simple. La gratuité des études a été entièrement mise en cause. Cela aurait-il un rapport avec l'universitarisation

des études ? Pour le savoir, il faudrait éplucher les comptes des instituts et évaluer le coût de la formation avant et après universitarisation. Mais on ne peut pas ignorer que le rapport conjoint de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) et de l'Inspection Générale de l'Administration de l'Éducation Nationale et de la Recherche (IGAENR), rendu public le 16 février 2014, fait état de demandes « pressantes » des universités pour rentrer dans leurs frais.

Et, c'est ici que la question sur la nature du nouveau référentiel prend tout son sens. Le nouveau référentiel introduit - à côté d'une formation théorique - la notion de formation



« sur le tas », par contact presque exclusif avec la réalité quotidienne du professionnel.

Du point de vue de la qualité de la formation, il semble évident que les trois années d'études ont été insuffisantes à ces nouveaux diplômés pour pouvoir exercer leurs compétences professionnelles.

D'une part, le mouvement ouvrier et syndical s'est battu des années durant pour arracher la formation à l'employeur. C'est un acquis remis en cause. L'employeur peut désormais se prévaloir des qualités de formateur.

D'autre part, c'est seulement la formation dispensée par les pairs dans les IFSI qui peut compléter la réalité professionnelle, d'autant plus que, sur le terrain, elle est en difficulté. Pas seulement parce que les effectifs ne sont pas suffisants, mais aussi parce que l'enseignement « hors du terrain », avec du recul, avec de l'analyse, permet la mise en lien de connaissances et de compétences à mettre en œuvre dans les différentes situations de soins.



En effet, le lien entre les connaissances théoriques et pratiques autorise l'accès à un diplôme reconnu et polyvalent, où l'acte infirmier est considéré en tant que tel. C'est-à-dire, qui découle de la capacité des IDE à accomplir des actes techniques - et non des activités - professionnels face à un patient. Un acte infirmier est un tout. C'est un tout fait de connaissances cliniques, médicales, pharmaceutiques, sociales et humaines. Et cela, face à de situations de soins multiples et diversifiées, en réanimation ou en gériatrie. Le diplôme a une valeur et une qualification uniques.

Il ne peut pas dépendre des expériences de stages aléatoires ou d'un enseignement aléatoire. Et la seule garantie de cette unité de la qualité de l'enseignement - arrachée au patronat qui rêve d'exploiter l'apprentissage - ce sont les Instituts de Formation en Soins Infirmiers et la formation par les pairs qui la portent !

C'est regrettable de constater que les dernières « réformes » du portfolio font un pas en avant pour éloigner la formation des IFSI. Les Instituts ne sont plus responsables des analyses de pratiques. C'est donc l'employeur qui gagne de la place.

Comment contribuer à faire les liens ? Comment améliorer un nouveau référentiel qui est déjà considéré comme négatif si les instituts de formation et les formateurs sont dépossédés de leur mission première ? Dès lors, comment former des diplômés, en étant garants de leurs compétences et en leur permettant de faire valoir leurs qualifications face à l'employeur ? Les universités ne peuvent pas y répondre, car elles sont toutes libres de décider de leurs contenus pédagogiques. Alors qui pourra le faire ?

Maria Bégonia CHAMBONNET  
Cadre de santé Formateur  
Membre de la CE de l'UFMICT

**Retrouvez toute l'actualité de la Santé et de l'Action Sociale**

[www.sante.cgt.fr](http://www.sante.cgt.fr)