



EHESP

Directeurs des soins

Promotion : **2015**

Date du Jury : ***Décembre 2015***

**Le partenariat entre le directeur
d'institut de formation et l'équipe de
direction de l'établissement support :
quelle valeur ajoutée ?**

Nadine BLUGEON

Remerciements

Nous souhaitons adresser nos remerciements :

à l'ensemble des personnes qui ont contribué à la réalisation de ce travail pour la qualité des données qu'elles nous ont fournies lors des entretiens,

à nos tuteurs de stage pour leur accueil et leur accompagnement dans la formation,

à nos collègues et amis de la promotion Charlie pour le partage, l'entraide et la convivialité,

à nos proches pour nous avoir soutenu.

Sommaire

| | |
|------------------------------------------------------------|-----------|
| Introduction | 1 |
| 1 Rechercher, lire pour définir | 7 |
| 1.1 La gouvernance des établissements | 7 |
| 1.1.1 Qu'entend-on par gouvernance ? | 7 |
| 1.1.2 La gouvernance à l'hôpital | 8 |
| 1.1.3 La formation et les tutelles | 10 |
| 1.1.4 La gouvernance des IFSI | 12 |
| 1.2 Le partenariat : un concept à éclairer | 14 |
| 1.2.1 Les caractéristiques d'une relation de travail | 14 |
| 1.2.2 Les différents types de partenariat | 16 |
| 1.2.3 Les trois niveaux de partenariat | 17 |
| 1.3 Le partenariat dans la pratique..... | 18 |
| 1.3.1 Les enjeux du partenariat..... | 19 |
| 1.3.2 Les clés de réussite d'un partenariat | 20 |
| 1.3.3 La co-construction : un levier potentiel | 22 |
| 1.3.4 Les freins potentiels | 22 |
| 2 Explorer, vérifier pour expliquer | 23 |
| 2.1 Une phase pour explorer | 23 |
| 2.1.1 Notre question de départ..... | 23 |
| 2.1.2 Nos hypothèses de travail | 23 |
| 2.2 Une méthode à expliciter | 24 |
| 2.2.1 La phase préliminaire | 24 |
| 2.2.2 Le choix des personnes et des établissements | 24 |
| 2.2.3 La construction de la grille d'entretien | 25 |
| 2.2.4 Le recueil des données | 26 |

| | | |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 2.3 | Une méthode pour traiter l'information | 27 |
| 2.3.1 | Le procédé d'analyse..... | 27 |
| 2.3.2 | Les limites de l'investigation | 28 |
| 2.4 | Le diagnostic | 29 |
| 2.4.1 | Les situations de partenariat constatées..... | 29 |
| 2.4.2 | Les freins mentionnés..... | 36 |
| 2.4.3 | Les leviers suggérés..... | 37 |
| 3 | Interpréter, partager pour proposer | 39 |
| 3.1 | L'interprétation des résultats en regard des hypothèses | 39 |
| 3.1.1 | Hypothèse 1 | 39 |
| 3.1.2 | Hypothèse 2 | 41 |
| 3.1.3 | Hypothèse 3 | 42 |
| 3.2 | Les perspectives et les préconisations..... | 43 |
| 3.2.1 | Investir la fonction et se positionner..... | 43 |
| 3.2.2 | Porter des projets partagés avec les autres directions du CH..... | 45 |
| 3.2.3 | Structurer une offre de formation continue adaptée aux besoins | 49 |
| 3.2.4 | Manager par la qualité pour valoriser la formation | 50 |
| 3.2.5 | Communiquer pour être connu et reconnu..... | 51 |
| 3.2.6 | Ouvrir l'institut sur le territoire pour répondre aux enjeux de demain..... | 52 |
| | Conclusion | 55 |
| | Bibliographie..... | 57 |
| | Liste des annexes..... | I |
| | - Guide d'entretien semi-directif destiné aux directeurs d'institut de formation | |
| | - Guide d'entretien semi-directif destiné aux directeurs d'hôpitaux | |
| | - Caractéristiques de la population interviewée | |
| | - Catégorie thématique : « Situations de partenariat DSF / Equipe de direction » | |
| | - Catégorie thématique : « Freins au partenariat » | |
| | - Catégorie thématique : « Leviers favorisant le partenariat » | |
| | - Catégorie thématique : « Valeur ajoutée pour l'institut de formation » | |
| | - Catégorie thématique : « Valeur ajoutée pour l'établissement gestionnaire » | |
| | - Catégorie thématique : « Parcours et profil du directeur des soins en formation » | |

Liste des sigles utilisés

AFDS : Association française des directeurs de soins

ARS : Agence régionale de santé

CH : Centre hospitalier

CAC : Commission d'attribution des crédits

CME : Commission médicale d'établissement

CODIR : Comité de direction

CP : Conseil pédagogique

CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CSIRMT : Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

DAF : Direction des affaires financières

DAL : Direction des affaires logistiques

DAS : Direction des activités de soins

DG : Directeur général

DH : Directeur d'hôpital

DPC : Développement professionnel continu

DQ : Direction qualité

DRH : Direction des ressources humaines

DRJSCS : Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale

DSCG : Directeur des soins coordonnateur général

DSG : Directeur des soins en gestion

DSF : Directeur des soins en formation

DSI : Direction des systèmes d'information

ECTS : European Credit Transfer System

EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ENSP : Ecole Nationale de la Santé Publique

EPP : Evaluation de pratiques professionnelles

EPRD : Etat prévisionnel des recettes et des dépenses

EPS : Etablissement public de santé

FHF : Fédération Hospitalière de France

GCS : Groupement de coopération sanitaire

GHT : Groupement hospitalier de territoire

GPMC : Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences

IFSI : Institut de formation en soins infirmiers

LMD : Licence, Master, Doctorat

PRS : Programme régional de santé

Introduction

Au cours de ces dernières années, le domaine de la santé connaît de grandes mutations. L'hôpital toujours plus contraint économiquement doit se réorganiser pour rester efficient et performant. Depuis un peu plus de dix ans, deux textes majeurs ont contribué à remodeler le contexte réglementaire hospitalier et réformer notre système sanitaire :

- L'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005¹ simplifiant le régime juridique des établissements de santé a fondé la réforme dite de la nouvelle gouvernance hospitalière.
- La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009², connue sous le nom de HPST (Hôpital, patients, santé et territoires), promeut de nombreuses évolutions institutionnelles majeures (la transformation du Conseil d'Administration en Conseil de Surveillance, le renforcement des attributions du directeur, la transformation du Conseil Exécutif en Directoire,...).

La formation n'échappe pas à ce nouveau paradigme. En effet, avec la déclaration de Bologne du 19 juin 1999³, l'Union Européenne a pour objectif de devenir un espace d'enseignement supérieur compétitif en harmonisant l'architecture des études supérieures en trois grades : Licence, Master, Doctorat (LMD) et en mettant en place un système européen de crédits ECTS (European Credit Transfer System). C'est dans ce contexte que la formation au diplôme d'Etat et à l'exercice d'infirmier⁴ s'inscrit avec le nouvel arrêté de juillet 2009⁵. En fin de formation, les étudiants en soins infirmiers obtiennent le diplôme d'Etat d'infirmier et un grade de Licence. Ce nouveau modèle de formation repose sur un

¹ MINISTERE DES SOLIDARITES, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE, MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE, DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE, MINISTERE DE LA FONCTION PUBLIQUE ET DE LA REFORME DE L'ETAT. Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime des établissements de santé. JORF n°102 du 3 mai 2005.

² MINISTERE DE L'INTERIEUR, DE L'OUTRE MER ET DES COLLECTIVITES TERRITORIALES, MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE, DE LA SOLIDARITE ET DE LA VILLE, MINISTERE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS, DE LA FONCTION PUBLIQUE ET DE LA REFORME DE L'ETAT, MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE, MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JORF n°0167 du 22 juillet 2009.

³ MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE – Grand-Duché de Luxembourg, [consulté le 29 août 2015], disponible sur le site internet <http://www.mesr.public.lu/enssup/dossiers/bologne/>

⁴ Lire indifféremment infirmier ou infirmière

⁵ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES SPORTS. Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier (modifié par l'arrêté du 26 juillet 2013 et du 26 septembre 2014). JORF 0181 du 7 août 2009.

dispositif en alternance. De ce fait, selon Y. BUBIEN et P. BOURREL⁶, les « services de soins et les instituts de formation mis en jeu dans ce dispositif en tant que partenaires, sont des systèmes complexes en interaction ». Les auteurs ajoutent que « la collaboration entre les différents acteurs impliqués dans le processus d'apprentissage est cruciale. Elle interroge aussi le partenariat entre directeurs des soins en gestion (DSG) et directeurs des soins en formation (DSF)... »

La question de la collaboration des directeurs de soins d'établissement de santé et des directeurs de soins d'institut de formation a déjà été explorée par plusieurs élèves directeurs des soins des promotions des années précédentes de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP). En effet, elle est un enjeu majeur dans la professionnalisation des étudiants en soins infirmiers. Par la notion de professionnalisation, il faut comprendre selon R. WITTORSKY⁷, la professionnalisation des acteurs, au sens à la fois de la transmission de savoirs et de compétences (considérées comme nécessaires pour exercer la profession) et de la construction d'une identité de professionnel.

Au cours de ces mêmes travaux, a aussi été mise en évidence la persistance « parfois de certains freins culturels à la collaboration issus des positionnements respectifs antérieurs à 2002. »⁸. C'est avec le nouveau décret de 2002⁹ que les directeurs des soins (DS) responsables de la direction des activités de soins (DAS) ou d'un institut de formation bénéficient d'un même statut et d'une même formation à l'Ecole Nationale de la Santé Publique (ENSP) devenue l'EHESP. Rappelons qu'avant cette date, « les directeurs d'instituts de formation n'étaient pas considérés en tant que collègues de même niveau par les infirmiers généraux : ils bénéficiaient seulement d'une formation d'adaptation à l'emploi et géraient ensuite une petite équipe de formateurs »¹⁰. Les zones d'incompréhension étaient essentiellement liées à la méconnaissance du travail de chacun : l'infirmier général devenu DSG estimait son collègue de formation doté d'une charge de travail moindre tandis que le DSF se démarquait par l'utilisation d'un langage

⁶ BUBIEN Y., BOURREL P., Août 2014, « Hôpital-école, une alliance entre instituts de formation et unités de soins », *Soins cadres*, n°91, p.21.

⁷ FERNANDES S., « Wittorski, R., *Professionnalisation et développement professionnel* », *Questions Vives* [En ligne], Vol.5 n°11 | 2009, mis en ligne le 01 juin 2011, [consulté le 30 août 2015], disponible sur le site internet URL : <http://questionsvives.revues.org/632>

⁸ BOUSSEMAERE S., 2007, *Le partenariat entre les directeurs des soins gestion et formation : enjeux et perspectives dans le processus de professionnalisation des étudiants en soins infirmiers*, Rennes : Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé publique, Filière Directeurs de Soins, p.2.

⁹ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE, MINISTERE DE LA REFORME DE L'ETAT, DE LA DECENTRALISATION ET DE LA FONCTION PUBLIQUE. Décret 2014-7 du 7 janvier 2014 modifiant le décret du n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière. JORF n°0007 du 9 janvier 2014.

¹⁰ BOUSSEMAERE S., *Ibid.*

élaboré, voire abstrait et semblant en décalage avec la réalité de terrain, des établissements de soins.

Aujourd'hui, la collaboration entre le directeur des soins exerçant en institut de formation et le directeur des soins œuvrant en établissement public de santé (EPS) évolue. Elle repose d'une part sur une nécessaire confiance mutuelle, une volonté partagée de construire des projets. Ce partenariat peut conduire à la mise en place « d'une stratégie commune à développer un partenariat à travers un projet de formation négocié et co-construit autour de valeurs et d'objectifs communs. »¹¹.

Au cours des deux années précédant la formation à l'EHESP, notre exercice de faisant fonction directeur des soins, responsable d'un institut de formation multisite nous a amené à appréhender la fonction de directeur au sein de l'établissement de santé. Après plusieurs années dans les services de soins, puis une expérience de coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, c'est sans aucun prérequis dans le domaine de la formation que nous avons pris nos fonctions dans un établissement de formation de près de sept cents apprenants.

Pour contextualiser cette prise de poste, l'institut de formation paramédical est le seul établissement de formation infirmière du département. Il n'est pas situé sur le site de l'établissement de santé support. La directrice précédente a été en charge de l'institution pendant un plus de vingt ans.

Les relations entre l'institut de formation et le centre hospitalier étaient minimalistes. Selon notre constat, était en place un véritable cloisonnement, vérifiable à tous niveaux. Au plan fonctionnel et opérationnel, les échanges entre cadres formateurs et cadres de santé et leurs équipes étaient très limités. Au plan stratégique, les échanges entre la direction de l'institut de formation et l'équipe de direction de l'établissement support étaient réduits aux rencontres annuelles obligatoires : dialogue budgétaire et évaluation avec le directeur général. Il s'était instauré un fonctionnement en « parallèle ». Du fait de cette situation, il y avait de part et d'autre une réelle méconnaissance du fonctionnement de l'autre structure, du travail des uns et des autres.

Pendant cette année de formation à l'EHESP, nous avons choisi d'effectuer nos deux premiers stages dans des centres hospitaliers dotés d'un institut de formation et d'en observer les modes de fonctionnement et les liens éventuels entre les directions respectives puisque c'est ce niveau de partenariat qui retenait tout particulièrement notre

¹¹ DA ROS F., 2014, *Le partenariat entre le directeur des soins en institut de formation et le directeur des soins en établissement de santé : des représentations sociales à la co-construction d'un projet de formation*, Rennes : Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en santé Publique, Filière des Directeurs de Soins, p.56.

attention. Conjointement, nous avons mené des entretiens auprès des collègues de notre promotion issus de la gestion et de la formation pour explorer cette thématique. Nous avons pu faire le constat que la collaboration entre le directeur des soins d'institut de formation et l'équipe de direction était à géométrie variable.

En tant que futur directeur des soins d'un institut de formation en soins infirmiers (IFSI) adossé à un établissement de santé, la collaboration entre le DSF et l'équipe de direction de l'établissement de santé support peut être un enjeu majeur pour chaque structure. Le rapprochement de ces deux logiques, la formation et la production de soins, nous amène à nous questionner sur la nature de cette collaboration, les personnes impliquées, pour quelle finalité et selon quelles modalités.

Dans un contexte fortement concurrentiel entre les établissements de santé mais aussi les établissements de formation, une collaboration de qualité du DS d'institut de formation et de l'équipe de direction du centre hospitalier (CH) support peut représenter un levier d'action pour les rendre réciproquement plus attractifs. Pour cela, il semble intéressant de vérifier si cette synergie de travail existe réellement ou si elle demeure une illusion.

La question qui guidera notre réflexion et donc notre travail est la suivante :

Quels pourraient être les enjeux et les perspectives d'un partenariat avéré entre le directeur des soins de l'institut de formation et l'équipe de direction de l'établissement de santé support ?

Au regard de cette question, nous formulons les hypothèses suivantes :

- Un partenariat co-construit entre le DS de l'institut de formation et l'équipe de direction du CH support est une valeur ajoutée pour l'institut de formation
- Un partenariat co-construit entre le DS de l'institut de formation et l'équipe de direction du CH support est une valeur ajoutée pour l'établissement gestionnaire
- Le parcours du DS responsable d'institut de formation influe sur les modalités de coopération mises en œuvre avec l'établissement support.

Sur le plan méthodologique, le projet de cette étude est constitué de plusieurs étapes.

Afin d'apporter un éclairage théorique en lien avec notre thématique, nous mobiliserons dans une première partie différents concepts.

Aussi, pour définir notre sujet, nous avons réalisé une recherche bibliographique et documentaire de différents termes. Nous avons choisi d'aborder successivement les notions de gouvernance en établissement de santé et en institut de formation puis de décliner le vocable de partenariat.

Nous consacrerons ensuite une deuxième partie à l'analyse des entretiens menés auprès des directeurs généraux d'établissements de santé et auprès des directeurs des soins d'instituts de formation. Nous explorerons l'existence et la nature des relations entre la directrice des soins d'institut et les directeurs de l'établissement support.

Enfin, nous formulerons une réponse à nos hypothèses puis nous formaliserons des préconisations et des actions à entreprendre en adéquation avec notre prise de fonction de directeur des soins.

1 Rechercher, lire pour définir

L'alternance est le principe fondateur de la formation des étudiants en soins infirmiers. De ce fait, les instituts de formation sont en interaction avec les établissements de santé. Cette alternance permet la professionnalisation des étudiants grâce à l'acquisition de savoirs et de compétences professionnelles. Cette interaction liée aux modalités de formation implique les directions respectives, les directeurs des soins, les cadres formateurs, les soignants des établissements qui accueillent les étudiants. La qualité du partenariat entre les DSG et DSF pour favoriser les apprentissages a été largement explorée.

Dans notre travail de recherche, nous nous intéresserons à une autre forme de partenariat. Nous souhaitons questionner les relations entre le directeur des soins en institut de formation et l'équipe de direction de l'établissement support afin d'identifier quel peut être l'impact de ce partenariat dans la gestion de leurs structures respectives.

Pour y parvenir, un temps d'observation et une recherche exploratoire bibliographique nous a permis d'intégrer la problématique et d'en définir les contours.

1.1 La gouvernance des établissements

En choisissant de s'intéresser aux acteurs qui constituent la direction d'un établissement de santé ou d'un établissement de formation, nous devons tenter de comprendre tout d'abord dans quelle gouvernance ils s'inscrivent.

1.1.1 Qu'entend-on par gouvernance ?

Selon le lexique financier du journal « Les échos »¹², le terme de gouvernance est un mot dérivé de l'anglais « *governance* ». Il est apparu en France au cours des années 1990. Il désigne la façon dont le pouvoir est organisé et exercé au sein d'une organisation. Il s'est généralisé en particulier dans son usage appliqué aux entreprises aux dépens du terme français gouvernement. Dans une acception large, la gouvernance d'entreprise ou *corporate governance* représente l'organisation du contrôle et de la gestion de l'entreprise.

A ce jour, le terme de gouvernance est une notion parfois controversée, car définie et entendue de manière diverse et parfois contradictoire. Cependant, malgré la multiplicité des usages du mot, il semble recouvrir des thèmes proches du « *bien gouverner* ». Chez la plupart de ceux qui, dans le secteur public ou privé, emploient ce mot, il désigne avant

¹² Les échos, *Le lexique financier*, [consulté le 6 septembre 2015], disponible sur le site internet http://www.lesechos.fr/finance-marches/vernimmen/definition_gouvernance.html

tout un mouvement de « *décentrement* » de la réflexion, de la prise de décision avec une multiplication des lieux et acteurs impliqués dans la décision

Il renvoie à la mise en place de nouveaux modes de pilotage ou de régulation plus souples, fondés sur un partenariat ouvert et éclairé entre différents acteurs et parties prenantes. P. MOREAU DEFARGES¹³ explique que « la gouvernance exprime quelque chose de réellement nouveau, des modes d'administration plus souples, plus égalitaires, régis par le dialogue, la négociation et le compromis ».

En entreprise, la gouvernance désigne le système formé par l'ensemble des processus, réglementations, lois et institutions destinés à cadrer la manière dont l'entreprise est dirigée, administrée et contrôlée¹⁴.

Comme nous l'avons vu en introduction, la gouvernance hospitalière et en formation initiale a connu de nombreuses évolutions au cours de ces dix dernières années, évolutions qu'il convient d'éclairer.

1.1.2 La gouvernance à l'hôpital

L'organisation de l'hôpital est compliquée et notamment du fait de processus de décisions complexes et souvent multiples : les pouvoirs du directeur, le conseil d'administration et la commission médicale d'établissement (CME).

Avec l'ordonnance du 2 mai 2005¹⁵, est entreprise une nouvelle réforme et est mise en place une nouvelle gouvernance. Elle fait partie des nouvelles mesures du Plan Hôpital 2007. Elle a trois objectifs dans un but d'efficience médico-économique :

- Responsabiliser le personnel soignant et non soignant ;
- Elargir l'autonomie de l'établissement ;
- Instaurer des contrats entre les différents acteurs de la santé.

Pour y parvenir, l'ordonnance recentre le conseil d'administration sur ses missions stratégiques d'évaluation et de contrôle et crée un conseil exécutif composé de médecins et d'administratifs. Elle met également en place une organisation médicale interne simplifiée avec les "**pôles d'activités**" ou "**pôles de soins**" qui doivent permettre le découplage de l'hôpital. Ce nouveau découpage de l'hôpital répond avant tout à une logique économique : il s'agit de mutualiser les ressources afin de limiter les dépenses.

¹³ MOREAU DEFARGES P., 2003, *La gouvernance*. Que sais-je ? Presses universitaires de France, p 121.

¹⁴ Wikipédia, Encyclopédie, [consulté le 6 septembre 2015], disponible sur le site internet <https://fr.wikipedia.org/wiki/Gouvernance>

¹⁵ MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS, DE LA SANTÉ ET DE LA FAMILLE, MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE, DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE, MINISTÈRE DE LA FONCTION PUBLIQUE ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT. Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime des établissements de santé. JORF n°102 du 3 mai 2005.

Les pôles sont dirigés par un médecin, assisté d'un cadre de santé et d'un responsable administratif. Le médecin chef de pôle reçoit une délégation de décision et de gestion qu'il exerce dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) avec la direction de l'établissement. La contractualisation donne plus d'autonomie aux acteurs, simplifie les prises de décisions et responsabilise les équipes. A ce jour, si les hôpitaux sont organisés en pôles, les responsabilités confiées aux chefs de pôle sont souvent limitées.

Une étude de 2008¹⁶ dresse un bilan plutôt favorable de la mise en œuvre de la réforme de 2005 dans les hôpitaux : la création du conseil exécutif apparaît comme un point positif de la réforme et il y a l'émergence d'une véritable implication des médecins qui en sont membres dans le pilotage stratégique de l'établissement. Néanmoins, cette même année, le sénateur Gérard LARCHER remet un rapport au président de la République présentant une série de recommandations dont la réorganisation interne des hôpitaux. Les travaux de la commission Larcher ont contribué à l'élaboration de la loi HPST du 21 juillet 2009¹⁷. En matière d'organisation interne, le texte précise les missions des hôpitaux et revoit les règles de gouvernance.

La loi HPST met en place une nouvelle organisation interne¹⁸. Les compétences du directeur sont renforcées. Il conduit la politique générale de l'établissement, il est l'ordonnateur de l'état de prévision des recettes et des dépenses (EPRD), il nomme les personnels non médicaux, il définit l'organisation de l'établissement en pôles d'activité et nomme les chefs de pôle.

Parmi les nombreuses évolutions institutionnelles majeures, le conseil exécutif est transformé en directoire (dont la composition et les attributions sont réduites), le conseil d'administration devient le conseil de surveillance (chargé de se prononcer sur les orientations stratégiques de l'établissement et d'en contrôler la gestion) et le président de la CME devient le vice-président du directoire et coordonne l'activité médicale au sein de l'établissement de santé. En procédant à une refonte de la gouvernance hospitalière et en dotant les établissements d'une liberté d'organisation renforcée, cette réforme vise donc à

¹⁶ BARAT S., BERTHELOT L., BOUSSEMART S. et al, 2008, *Etude qualitative relative à la mise en place de la nouvelle gouvernance dans les établissements de santé publics de santé*. Ecole des Hautes Etudes en santé Publique, p 28. [consulté le 13 septembre 2015], disponible sur le site internet http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_monographie.pdf

¹⁷ MINISTERE DE L'INTERIEUR, DE L'OUTRE MER ET DES COLLECTIVITES TERRITORIALES, MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE, DE LA SOLIDARITE ET DE LA VILLE, MINISTERE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS, DE LA FONCTION PUBLIQUE ET LE LA REFORME DE L'ETAT, MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE, MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JORF n°0167 du 22 juillet 2009.

¹⁸ Vie publique - Au cœur des débats, *La nouvelle gouvernance hospitalière*, [consulté le 13 septembre 2015], disponible sur le site internet <http://www.vie-publique.fr/politiques-publiques/politique-hospitaliere/gouvernance-hospitaliere/>

améliorer le fonctionnement mais aussi à accroître la performance des établissements de santé.

Après avoir parcouru les principales évolutions de la gouvernance des établissements de santé au cours de ces dix dernières années, nous explorerons la gouvernance des établissements de formation en soins infirmiers.

1.1.3 La formation et les tutelles

L'organisation de la formation dans les instituts infirmiers est complexe. De nombreuses réformes au cours des dix dernières années ont impliqué de nouveaux acteurs dans la formation infirmière (la réforme hospitalière de juillet 2009, la réforme des études de 2009, les nouvelles délégations aux collectivités locales...) et conduit à de nombreuses réorganisations.

Désormais, les instituts de formations relèvent de plusieurs compétences et tutelles : l'agence régionale de santé (ARS), la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS), la région, l'université et l'établissement de santé support.

- **L'ARS**

Les agences régionales de santé ont été créées en vertu de l'article 118 de la loi HPST au 1^{er} avril 2010. Elles sont des établissements publics administratifs de l'Etat chargées de la mise en œuvre de la politique de santé en région. Elles ont pour but « d'assurer un pilotage unifié de la santé en région pour mieux répondre aux besoins et accroître l'efficacité du système ».¹⁹ La stratégie d'une ARS est définie dans son projet régional de santé (PRS). Concernant la formation des professionnels de santé, elle contrôle le suivi des programmes, l'évaluation de la qualité de la formation mais aussi les établissements de formation agréés. Le président de l'ARS ou son représentant préside les instances des instituts : conseil pédagogique, conseil technique, conseil de discipline.

- **La DRJSCS**

Les directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale ont été mises en place au 1^{er} janvier 2010 dans le cadre de la révision des politiques publiques et plus spécialement du processus de délocalisation de l'Etat. Chaque DRJSCS est dirigée par un directeur, placé sous l'autorité du préfet de région, chargé de délivrer les diplômes d'Etat dont le diplôme d'Etat d'infirmier.

¹⁹ Agence régionale de santé [consulté le 13 septembre 2015], disponible sur le site internet <http://www.ars.sante.fr/Qu-est-ce-que-l-ARS.89783.0.html>

- **La région**

En 2004²⁰, la loi relative aux libertés et responsabilités locales a décentralisé certaines compétences de l'Etat au profit de la région. Depuis ce transfert, les formations paramédicales et sociales complètent le plan régional de développement des formations. Le président du conseil régional agréé, après avis du directeur général de l'agence régionale de santé, les directeurs des instituts et les instituts de formation. La région est compétente pour attribuer des aides aux étudiants. Elle a aussi la charge du fonctionnement et de l'équipement des instituts de formation. La subvention de fonctionnement et d'équipement est versée annuellement par la Région « aux organismes qui gèrent l'institut ; les dépenses et les ressources de ces établissements sont identifiées dans un budget spécifique ».²¹ Avec ce décret a été acté le transfert des formations sanitaires, ce qui a impliqué une évolution de la gouvernance et le fonctionnement des instituts de formation.

- **L'université**

Dans le cadre de la mise en place du LMD à la rentrée 2009 dans les instituts de formation de soins infirmiers, la formation s'est inscrite dans l'architecture européenne des études supérieures. En conséquence, est délivré conjointement aux étudiants depuis juin 2012, le diplôme d'Etat d'infirmier et le grade de licence.

Ce nouveau dispositif a nécessité la mise en place d'une forte coopération entre les conseils régionaux, les IFSI et l'université²². Le législateur a précisé les modalités de constitution des groupements de coopération sanitaire (GCS)²³. A ce titre, des conventions ont été conclues au niveau de chaque académie, pour une durée minimale de cinq ans.

- **L'établissement public de santé support**

Les instituts de formation, pour le plus grand nombre, n'ont pas de personnalité juridique propre et relèvent d'un établissement de santé, public ou privé : 86% des IFSI sont

²⁰ MINISTERE L'ECONOMIE, DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE, MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE, DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE, MINISTERE DE L'INTERIEUR, DE LA SECURITE INTERIEURE ET DES LBERTES LOCALES, MINISTERE DE L'EMPLOI, DU TRAVAIL ET DE LA COHESION SOCIALE, MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE. Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales. JORF n°190 du 17 août 2004.

²¹ Art. L.4383-5 du code de la santé publique

²² MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE. Circulaire interministérielle N°DHOS/RH1/DGESIP n°2009-201 du 26 juin 2009 relative à la délivrance du grade de licence aux infirmiers diplômés d'Etat. Organisation du partenariat conseils régionaux-universités-IFSI. JORF du 7 août 2009.

²³ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE. Circulaire interministérielle DHOS/RH1/DGESIP n°2009-202 du 9 juillet 2009 relative au conventionnement des instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) avec la région dans le cadre de ma mise en œuvre du processus Licence-Master-Doctorat (LMD). JORF du 7 août 2009.

rattachés à des hôpitaux publics, 4,7% à des établissements de santé privés à but non lucratif et 9% dépendent de la Croix Rouge Française²⁴.

Le directeur d'institut de formation chargé d'un IFSI est responsable du fonctionnement général administratif et financier mais, selon le décret portant statut particulier du corps de directeur de soins²⁵, le DSF exerce sous l'autorité du chef d'établissement auquel il est rattaché. Il est selon les centres hospitaliers souvent intégré à la direction des ressources humaines (DRH) et dans certains cas au même niveau que les autres directions fonctionnelles.

Concernant, les personnels des instituts relevant d'un établissement public de santé, ils sont recrutés, gérés et rémunérés par l'EPS support selon les dispositions de la loi de janvier 1986²⁶.

Au niveau des infrastructures, la région prend en charge le financement des équipements mobiliers et immobiliers des instituts. Toutefois, les établissements supports restent propriétaires du foncier et des équipements.

La subvention de fonctionnement est versée annuellement à l'établissement qui gère les instituts. Le suivi des dépenses et des ressources est réalisé dans un budget spécifique, le budget C. La création d'un budget annexe a impliqué un changement de logique. En effet, qui dit budget annexe, dit équilibre financier entre les recettes perçues et les recettes engagées et en aucun cas le budget annexe ne peut recevoir de subventions du compte de résultat principal pour contribuer à son équilibre.

1.1.4 La gouvernance des IFSI

A l'instar des hôpitaux, les instituts de formation ont une nouvelle forme de gouvernance avec la publication de l'arrêté du 21 avril 2007 modifié par l'arrêté du 20 avril 2012²⁷.

Le Titre 1^{er} : Gouvernance des instituts de formation précise successivement les instances en place au sein des instituts de formation en soins infirmiers. Il s'agit du conseil pédagogique, du conseil de discipline et du conseil de vie étudiante.

²⁴ VIEZ M.C., 2010, *Le financement des instituts de formation en soins infirmiers*, Direction des ressources documentaires, FHP, P.3. [consulté le 21 septembre 2015], disponible sur le site internet <http://documentation.fhp.fr/documents/16414S.pdf>

²⁵ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE, MINISTERE DE LA REFORME DE L'ETAT, DE LA DECENTRALISATION ET DE LA FONCTION PUBLIQUE. Décret 2014-7 du 7 janvier 2014 modifiant le décret du n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière. JORF n°0007 du 9 janvier 2014.

²⁶ Loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

²⁷ MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE. Arrêté du 20 avril 2012 modifiant l'arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux. JORF n°0100 du 27 avril 2012.

- **Le conseil pédagogique**

Dans chaque institut de formation préparant au diplôme d'Etat d'infirmier, est constitué un conseil pédagogique compétent sur toutes les questions relatives à la formation et à la vie étudiante. Il est présidé par le directeur général de l'ARS ou son représentant. Sont également membres de droit : le directeur de l'institut, le directeur de l'EPS support ou son représentant, le conseiller technique ou pédagogique régional, le DS coordonnateur des soins de l'établissement support, un universitaire, le président du conseil régional ou son représentant, un médecin, un infirmier, des cadres formateurs, des cadres de santé et des étudiants.

Le conseil pédagogique est consulté sur le projet pédagogique, le règlement intérieur, les effectifs administratifs et pédagogiques, l'utilisation des locaux et du matériel pédagogique, le rapport annuel d'activité et les situations individuelles des étudiants.

- **Le conseil de discipline**

Il est constitué selon les modalités définies en annexe III de l'arrêté du 21 avril 2007. Il émet un avis sur les fautes disciplinaires et propose des sanctions pouvant conduire à l'exclusion définitive de l'étudiant. Le directeur de l'IFSI est chargé de prononcer et de notifier la sanction par écrit à l'étudiant dans les cinq jours.

- **Le conseil de vie étudiante**

Dans chaque institut de formation est constitué un conseil de vie étudiante composé du directeur, des six élus étudiants au conseil pédagogique et au minimum de trois autres personnes désignées par le directeur parmi l'équipe pédagogique et administrative de l'institut. Ce conseil est un organe consultatif. Il traite des sujets relatifs à la vie étudiante au sein de l'institut. Il se réunit au moins une fois par an sur proposition des étudiants ou du directeur. Un compte rendu des réunions du conseil de la vie étudiante est présenté au conseil pédagogique et mis à disposition des étudiants et de l'équipe pédagogique et administrative de l'institut.

La gouvernance des IFSI est dotée d'une représentation pluridisciplinaire. Les différentes tutelles sont membres de droit pour les instances majeures que sont le conseil pédagogique et le conseil de discipline.

De toutes les administrations ou collectivités avec lesquelles la formation travaille, la relation qui nous intéresse tout particulièrement c'est celle que l'institut de formation et l'établissement support ou gestionnaire entretiennent. Plus précisément, nous explorerons le partenariat au sein d'un établissement de santé public entre le directeur d'institut et l'équipe de direction. Pour y parvenir, nous éclairerons en premier lieu la notion de partenariat au plan théorique. Ensuite, nous tenterons d'en restituer une approche plus pratique suite à des retours d'expériences.

1.2 Le partenariat : un concept à éclairer

Développer des liens professionnels entre le directeur des soins de l'institut de formation et l'équipe de direction de l'établissement support, implique d'explorer les caractéristiques d'une relation de travail.

1.2.1 Les caractéristiques d'une relation de travail

Les membres d'un groupe peuvent entrer en interaction de différentes façons en collaborant, en coopérant... Que faut-il comprendre des concepts de concertation, de collaboration, de coopération ou de partenariat? Comment les distinguer? Quel sens recouvrent-ils ?

- **La concertation**

Selon le dictionnaire Larousse²⁸, il s'agit d'une pratique qui consiste à faire précéder une décision d'une consultation des parties concernées. La concertation est une relation relativement structurée et formalisée qui fait appel à des rapports réguliers entre des acteurs organisés.

- **La collaboration**

Le verbe collaborer vient du terme latin *collaborare* qui se décompose en *cum* qui signifie « avec » et *laborare* « travailler ». Selon le dictionnaire Larousse, c'est travailler de concert avec quelqu'un d'autre, l'aider dans ses fonctions mais aussi participer avec un ou plusieurs autres à une œuvre commune²⁹.

D'après C. MOREAU³⁰, la collaboration est comprise comme un processus de développement qui fait intervenir différentes étapes d'activités humaines assurant une collaboration. En illustration, il reprend le modèle théorique de Buysse et Wesley (2001) qui décrit quatre étapes afin de construire une relation de travail en collaboration :

- 1- apprendre à connaître et à établir une confiance réciproque avec les personnes;
- 2- déterminer les objectifs de changement;
- 3- élaborer et mettre en œuvre un plan;
- 4- évaluer les résultats.

²⁸ Dictionnaire de français Larousse [consulté le 20 septembre 2015], disponible sur le site internet <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/concertation/17893?q=concertation#17767>

²⁹ Dictionnaire de français Larousse [consulté le 15 septembre 2015], disponible sur le site internet <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/collaborer/17140?q=collaborer#17013>

³⁰ MOREAU C., ROBERTSON A., RUEL J., Automne 2005, *De la collaboration au partenariat : Analyse de recensions antérieures et prospective en éducation inclusive*, Education et francophonie, vol. XXXIII, P. 147. [consulté le 15 septembre 2015], disponible sur le site internet www.acef.ca/c/revue/pdf/XXXIII_2_142.pdf

- **La coopération**

Le mot coopérer trouve son étymologie dans le latin ecclésiastique *cooperatio*. Tout comme la collaboration, c'est l'action de participer à une œuvre commune mais ce concept est renforcé par la notion de politique d'entente, d'échanges et/ou d'aides économiques, financières, techniques...³¹

Concernant la dimension économique, la coopération est une méthode d'action par laquelle les personnes ayant des intérêts communs constituent une entreprise où les droits de chacun à la gestion sont égaux (travail, répartition des gains au prorata de l'activité). La coopération implique donc une répartition des rôles dans l'action commune et de ses bénéfices entre les différents partenaires.

- **Le partenariat**

Le terme partenariat est entré récemment dans le dictionnaire français, seulement trente ans. Ce vocable trouve son origine dans le monde sportif. Il est d'origine anglo-saxonne, *partner* qui vient lui-même de *parçonner* qui en vieux français signifie « est associé à..., qui partage quelque chose avec quelqu'un ». ³² C'est un système associant des partenaires sociaux ou économiques, et, qui vise à établir des relations d'étroite collaboration. ³³ Il fait donc appel à la notion de relation entre plusieurs sujets, voire même une relation de pouvoir partagé, celui de former, par exemple, des professionnels compétents ou de mener des projets entre différents acteurs.

Pour C. MOREAU ³⁴, le concept de partenariat se confond à celui de collaboration; ils sont interchangeables. Pour l'auteur, il s'agit des relations convergentes au sein de structures complexes de groupes d'adultes, de services ou d'organisation de services : relations fonctionnelles entre les personnes.

Selon C. MAROY ³⁵, l'expression « être partenaires » connote une forme de complicité lorsqu'il s'agit d'un jeu ou d'un sport ; elle suggère une forme de plaisir lorsqu'il s'agit d'amour ; elle évoque souvent une dimension « horizontale », « mutuelle » lorsqu'il s'agit de l'élaboration de projets communs entre les organisations issues de champs variés : écoles, entreprises, associations... L'auteur ajoute que le sens du terme partenariat tranche avec la dimension gestionnaire associée au terme « coordination, lequel rime avec organisation, rationalisation.

³¹ Dictionnaire de français Larousse [consulté le 15 septembre 2015], disponible sur le site internet <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/coop%c3%a9ration/19056?q=coop%c3%a9ration#18946>

³² Centre national de ressources textuelles et lexicales [consulté le 20 septembre 2015], disponible sur le site internet <http://cnrtl.fr/definition/dmf/par%C3%A7onner>

³³ Dictionnaire de français Larousse [consulté le 15 septembre 2015], disponible sur le site internet <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/partenariat/58354?q=partenariat#58003>

³⁴ MOREAU C., ROBERTSON A., RUEL J., Automne 2005, *De la collaboration au partenariat : Analyse de recensions antérieures et prospective en éducation inclusive*, Education et francophonie, vol. XXXIII, P. 147. [consulté le 15 septembre 2015], disponible sur le site internet www.acelf.ca/c/revue/pdf/XXXIII_2_142.pdf

³⁵ MAROY C., 1997, « Le partenariat : concept ou objet d'analyse ? », *Education permanente*, N°131, p.29.

Le partenariat n'est donc pas une fin en soi ou un objectif à atteindre. Il apparaît bien comme un mode de fonctionnement et d'organisation des relations entre les acteurs d'appartenances institutionnelles différentes.

1.2.2 Les différents types de partenariat

Pour clarifier la notion de partenariat, C. MAROY signale les distinctions que C. LANDRY (1994) et D. ZAY (1994) relèvent dans la littérature : les partenariats y sont distingués selon le type d'acteurs impliqués, selon le champ d'action, selon la nature des relations. Cette dernière distinction est la plus intéressante car les deux premières sont surtout descriptives et permettent de situer le contexte dans lequel le partenariat se développe : partenariat institué ou de terrain, d'institutions ou d'individus. C. LANDRY complète ses propos par les éclairages de J. CLENET et C. GERARD.

- **Les typologies du partenariat selon C. LANDRY**

L'auteur a catégorisé la nature des relations qui caractérisent le partenariat³⁶. Il explique que le « *partenariat de réciprocité* » suppose une relation d'intégration entre les partenaires organisationnels, la construction de relations formelles, fréquentes, continues, qui permettent « une coopération étroite entre les organisations qui collaborent à un projet éducatif commun ». Il s'agit là d'une forme idéale de collaboration, qui dépasse le seul « *partenariat de service* » où la relation se limite à des échanges ponctuels et informels d'informations ou de ressources, sans objectif commun. Entre les deux se situerait un partenariat associatif. C. LANDRY a classé les modes de relations possibles. Il situe ainsi le partenariat dans un « *continuum qui va de l'information mutuelle d'une part, à la fusion d'autre part* » en passant par la consultation, la coordination, la concertation, la coopération, le partenariat, la cogestion. L'auteur souligne alors la nécessaire entente de départ, l'égalité requise des partenaires pour qu'on puisse parler d'un mode de relation et de collaboration qui relève d'un « *vrai partenariat* ». C. LANDRY arrive à la conclusion que finalement, dans sa forme la plus accomplie et de façon générale, le partenariat résulte d'une entente réciproque entre des parties qui, de façon volontaire et égalitaire, partagent un objectif commun et le réalisent en utilisant de manière convergente leurs ressources respectives.

- **Le partenariat : une négociation commune selon D. ZAY**

Pour éclairer le concept, certains auteurs mettent en exergue les différences, voire les divergences de valeurs ou d'intérêts entre les partenaires plutôt que mettre en évidence les notions d'entente et d'égalité. Selon eux, de ces différences dépendrait même le

³⁶ MAROY C., *Ibid.*

potentiel innovateur des collaborations construites. D. ZAY qualifie le partenariat comme une « *action commune négociée* ». En effet, il implique la reconnaissance d'une division, d'une possible confrontation des parties impliquées dont la tension est dépassée par la construction d'une action commune. En synthèse, elle écrit : « *Dans le partenariat, chacun conserve ses objectifs propres, tout en acceptant de contribuer à un objectif commun* ».

- **Le partenariat : une vraie construction selon J. CLENET et C. GERARD**

Au cours de leurs travaux, J. CLENET et C. GERARD³⁷ soulignent que le partenariat ne suppose pas une unicité de valeurs de départ. A l'opposé selon eux, la créativité pratique et institutionnelle sera plus forte si elle s'enracine dans « *l'hétérogène* », dans la tension qu'ils qualifient de créatrice. Leur propos est alors de chercher à dégager des démarches contribuant à construire le partenariat, en particulier dans le cas des formations en alternance.

Ils ont aussi montré qu'il existe deux niveaux de partenariat³⁸ : le partenariat interinstitutionnel (ou organisationnel) qui se traduit par la signature de conventions et un partenariat interactif (entre les acteurs) qui se traduit par la mise en œuvre d'actions communes. C'est ce deuxième niveau que nous explorerons au cours de notre étude.

- **Le partenariat : un paradoxe selon C. Mérini³⁹**

L'auteur explique que le mot partenariat comporte intrinsèquement le paradoxe de l'opposition/coopération. En effet, sur le plan étymologique, la notion d'association est intégrée, néanmoins, le mot partenaire est aussi la transformation du terme latin « *partitio* » qui signifie la séparation. Cette dualité se traduit dans la relation par le fait que que chacun joue son intégrité, son identité dans l'action commune

Pour tous ces auteurs, la relation partenariale est une articulation entre les intérêts personnels et les intérêts collectifs et qui, dans tous les cas, doit se construire.

1.2.3 Les trois niveaux de partenariat

A partir des travaux de J. SCHNEIDER, P. PERRIER-GUSTIN, dans son mémoire de l'ENSP, décrit trois niveaux de partenariat ayant une incidence sur les organisations⁴⁰ :

³⁷ MAROY C. 1997, « Le partenariat : concept ou objet d'analyse ? », *Education permanente*, pratiques, N°131, p.30.

³⁸ CLENET J., GERARD C., 1994, *Partenariat et alternance en éducation, des pratiques à construire*, Paris, L'Harmattan, p. 119.

³⁹ MERINI C., 1997, « Une forme de partenariat privé université/entreprises », *Education permanente*, N°131, p.164

- **Le niveau institutionnel** est celui où s'élaborent et se décident les lois et les règles qui régissent la formation professionnelle. Il correspond aux liens formalisés entre les institutions au niveau réglementaire tel que le conseil pédagogique (CP) et la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico- techniques (CSIRMT), commission présidée par le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques⁴¹ et où siègent de droit les directeurs de soins de gestion et de formation.
- **Le niveau organisationnel** concerne tout ce qui est mis en œuvre en interne par les instituts de formation et les établissements de santé pour faire exister le partenariat : commission d'attribution des crédits (CAC), participation aux instances, procédures, réunion évaluation de pratiques...
- **Le niveau opérationnel** s'intéresse aux résultats et donc traduit le partenariat au quotidien pour les acteurs de terrain qui font vivre l'alternance (exercice de la fonction tutorale, référents, modalités d'accueil et d'encadrement des stagiaires...).

Si le directeur des soins est positionné au niveau institutionnel, c'est au niveau organisationnel que sa place est la plus prépondérante. En effet, il se situe à l'interface du système de formation et de santé. Les logiques, les savoirs et les intérêts sont différents, lesquels en se confrontant, selon J. CLENET et C. GERARD, font naître « des projets et l'innovation donc la problématisation et les réponses construites ». Pour mieux comprendre cette construction du partenariat, il nous faut comprendre les modalités de mise en œuvre.

1.3 Le partenariat dans la pratique

Au fil de nos lectures, nous constatons que le partenariat, aujourd'hui, recouvre de nombreuses situations et ils peuvent être verticaux (client-fournisseur), complémentaires ou intersectoriels.

⁴⁰ PERRIER-GUSTIN P., 2004, *Directeur des soins gestion / Directeur des soins formation : duo ou dualité ?*, Rennes : Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, Filière Directeur des Soins, p. 11.

⁴¹ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Décret n° 2010-449 du 30 avril 2010 relatif à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques dans les établissements publics de santé. JORF n°0102 du 2 mai 2010.

L'AFNOR en 1986 en donnait une définition relativement englobante « Le partenariat est un état d'esprit rendant possible la création entre partenaires de relations privilégiées, fondées sur une recherche en commun d'objectifs à moyen ou long terme, menée dans des conditions permettant d'assurer la réciprocité des avantages . »

Cette définition pointe explicitement qu'un partenariat se concrétise selon certaines conditions et qu'il est nécessaire de se questionner sur les enjeux sous-jacents.

1.3.1 Les enjeux du partenariat

Pour repérer et analyser les enjeux partenariaux, KADDOURI M. estime qu'il est nécessaire d'explorer quatre dimensions⁴² :

- L'émergence et les sources du partenariat

Il est essentiel de comprendre les sources de déclenchement du partenariat. Tout d'abord, l'origine (le demandeur et sa raison sociale) a un retentissement chez les différents acteurs concernés par le partenariat. Ensuite, les raisons renseignent sur le caractère institutionnel, contraignant ou non de la coopération. Pour terminer, le processus de construction de l'objet du partenariat contribue à orienter les « rapports affectifs » des partenaires à l'égard du projet et des autres acteurs.

- L'identité des acteurs

Les dynamiques dans lesquelles sont engagés les partenaires, leur position socioprofessionnelle sont des éléments à intégrer car ils peuvent être remis en cause dans le cadre du partenariat.

- Le pouvoir au sein du partenariat

Le pouvoir peut s'exprimer au sein du partenariat en lien avec la position des membres en dehors de cet espace, c'est-à-dire leur ancrage dans leur exercice professionnel habituel. Cela peut générer des tensions car le statut et la position de l'individu peuvent être touchés. De plus, la légitimité de chacun, autrement dit le poids de chaque personne dans le partenariat peut leur permettre des affirmations ou des propositions aux valeurs plus fortes et qui va pas sans laisser, chez les autres, un sentiment d'arbitraire, d'injustice et d'inégalité dans le traitement.

- Les résultats du partenariat

Enfin, le dernier enjeu est caractérisé par les représentations que les partenaires peuvent avoir des résultats et des effets de l'action partenariale ainsi que du plaisir ou du déplaisir qu'ils peuvent en retirer.

⁴² KADDOURI M., 1997, « Partenariat et stratégies identitaires : une tentative de typologisation », *Education permanente*, N°131, p.110

Les enjeux ainsi questionnés et identifiés, il nous paraît intéressant d'établir les conditions qui peuvent favoriser le succès d'un partenariat.

1.3.2 Les clés de réussite d'un partenariat

L'association d'intérêt général, LE RAMEAU a organisé une table ronde sur la thématique « les partenariats stratégiques association / entreprise ». Les nombreuses associations et entreprises, investies dans des partenariats, ont développé les critères potentiels de succès.

Le rapport qui fait la synthèse de cette journée précise les facteurs de réussite d'un partenariat⁴³ en lien avec les diverses expériences des participants.

En préambule, il est rappelé que ce type de partenariat structure une relation entre deux institutions. En conséquence, les partenariats doivent :

- être nécessairement personnalisés
- répondre aux attentes et aux contraintes des deux partenaires
- dépasser l'engagement personnel des dirigeants.

Ensuite, pour que cette relation partenariale soit enrichissante, elle doit répondre à certaines conditions dans la mise en œuvre. Différentes situations de partenariat ont conduit à l'identification de six axes principaux qui ont favorisé leur réussite :

- **Un objectif partagé**

Le partenariat doit répondre à un enjeu réciproque et les objectifs doivent être partagés. Il convient donc de prendre le temps de définir l'intérêt de chacun dans le cadre du partenariat. Le socle du partenariat repose sur la compréhension mutuelle de l'intérêt de l'autre partenaire pour s'impliquer dans un projet commun.

- **Un projet clairement identifié**

Pour être efficace, l'action doit non seulement être définie en commun mais doit aussi être concrète. Il est nécessaire de développer des projets co-construits qui permettent une contribution de chacun. Ainsi, un projet concrètement défini est un gage pour qu'il soit rapidement opérationnel

⁴³ LE RAMEAU, Novembre 2007, Le Rayonnement des Associations par le Mécénat d'Entreprises d'Administrations et d'Universités, Rapport de synthèse, Les partenariats stratégiques associations/entreprises, 32 p.

- **Un partenariat transparent**

Chacun des partenaires doit être en mesure de communiquer sur ses valeurs, sa gouvernance et son mode de fonctionnement. Les règles de fonctionnement doivent être claires, connues et comprises de tous.

- **Un processus de gestion fortement maîtrisé**

Les modalités de fonctionnement doivent correspondre aux deux partenaires. Pour cela, il est nécessaire de dialoguer sur un pied d'égalité sur le mode d'une démarche projet. Une connaissance mutuelle et une communication de qualité favoriseront les échanges.

- **Un engagement réciproque formalisé**

Le partenariat est un ensemble d'engagements réciproques. Une charte des droits et devoirs des partenaires peut être rédigée pour faciliter la mise en œuvre de l'action. Pour construire dans la durée, il convient de prendre le temps de valider progressivement la qualité de la relation.

- **Un suivi et une évaluation régulière des résultats**

Pour toute relation partenariale engagée et durable, il est nécessaire de planifier et de suivre l'avancement du ou des projets. Les structures de pilotage et les fréquences de réunions sont clairement définies. Un interlocuteur pour le suivi est désigné pour chacun des partenaires. La mise en place d'actions correctives peut sauvegarder un partenariat dont l'amorçage est difficile. La confiance se construit dans le temps sur la base de résultats concrets.

Ces préceptes sont le fruit d'expériences spécifiques qui concernent celui de l'entreprise et le milieu associatif.

La plupart des « clés de réussite » énoncées sont transposables à une situation de partenariat entre un institut de formation et un établissement de santé support. D'une manière générale, le partenariat ne sera possible que s'il existe des règles communes, un objectif commun avec un intérêt ou un bénéfice commun.

En conclusion, « les associations se doivent d'être force de propositions pour susciter l'engagement de l'entreprise. Il convient de proposer des projets dans lesquels l'entreprise a une vraie valeur ajoutée et pour lequel un travail de co-construction pourra s'établir ».⁴⁴

⁴⁴ LE RAMEAU, Novembre 2007, Le Rayonnement des Associations par le Mécénat d'Entreprises d'Administrations et d'Universités, Rapport de synthèse, Les partenariats stratégiques associations/entreprises, 32 p.

1.3.3 La co-construction : un levier potentiel

Le terme de co-construction⁴⁵ a intégré le langage courant seulement depuis environ une quinzaine d'années.

En règle générale, il est utilisé afin de mettre en valeur l'implication d'une pluralité d'acteurs dans l'élaboration et la mise en œuvre d'un projet ou d'une action. Il peut s'agir d'associer les salariés à la détermination de la stratégie d'entreprise, les parents à une réforme de l'éducation nationale, des riverains à un projet de rénovation urbaine... Cette notion de co-construction peut donc être mobilisée dans des contextes très différents.

Le terme de co-construction intègre d'une part la notion d'un investissement participatif et d'autre part l'idée d'un débouché concret qui matérialise en quelque sorte les efforts conjoints des acteurs impliqués.

Selon AKRICH M., « Les formes de participation reposent sur une relative continuité dans les compétences et les rôles des acteurs impliqués ... De ce point de vue, la co-construction suppose des modes d'engagement des acteurs sensiblement plus forts que ceux qui sont associés à la concertation ou à la consultation ».

La mise en œuvre d'une relation partenariale peut néanmoins rencontrer des freins qu'il convient d'explorer.

1.3.4 Les freins potentiels

Les retours d'expériences colligés par l'association LE RAMEAU ont permis d'identifier des entraves potentielles à un partenariat plein et entier.

Un frein important concerne les problèmes de positionnement individuels ou collectifs. En effet, une personne ou un groupe d'individus, représentants d'une entité (entreprise, association ou institution) peuvent ne pas être ouverts au partenariat et se situer dans l'opposition systématique.

Un autre obstacle concerne la méconnaissance réciproque. Selon l'histoire de l'institution et de ses acteurs, une posture ancienne peut être ancrée et le partenariat ne peut parvenir à se mettre en place. Dans ce cas de figure, nous sommes en présence d'une gouvernance et de fonctionnements très différents qui de ce fait ne peuvent échanger.

Pour terminer, « un manque de passerelles » pour faciliter la relation peut constituer un autre frein. Par exemple, concernant les relations entre les entreprises et les associations, elles sont encore émergentes. Il est donc indispensable de développer des espaces pour faciliter les partenariats. Pour y parvenir, les lieux d'échanges et de dialogue entre les associations et les entreprises sont quasi inexistant à ce jour, doivent être développés.

⁴⁵ AKRICH M., Co-construction, in CASILLO I., avec BARBIER R., BLONDIAUX L., CHATEAURAYNAUD F. et al., 2013, Dictionnaire critique et interdisciplinaire de la participation, Paris, GIS Démocratie et Participation, ISSN : 2268-5863. [consulté le 12.09.2015], disponible sur le site internet <http://www.dicopart.fr/fr/dico/co-construction>.

2 Explorer, vérifier pour expliquer

En première partie, nous avons enrichi notre réflexion en élaborant un cadre conceptuel en lien avec la thématique choisie.

Au cours de ce deuxième chapitre, nous allons aborder la méthodologie adoptée et l'analyse de données. Ensuite, nous confronterons nos résultats avec nos hypothèses. Pour terminer, nous tenterons d'en extraire des préconisations et des perspectives professionnelles.

2.1 Une phase pour explorer

Au cours de cette phase, nous sommes partis d'une question de départ. Ensuite, nous avons élaboré des hypothèses. Cette étape a guidé notre réflexion et nous avons ciblé les champs d'investigation.

2.1.1 Notre question de départ

Quels pourraient être les enjeux et les perspectives d'un partenariat avéré, de qualité entre le directeur des soins de l'institut de formation et l'équipe de direction de l'établissement de santé support ?

2.1.2 Nos hypothèses de travail

Hypothèse 1 : Un partenariat co-construit entre le DS de l'institut de formation et l'équipe de direction du CH support est une valeur ajoutée pour l'institut de formation.

Hypothèse 2 : Un partenariat co-construit entre le DS de l'institut de formation et l'équipe de direction du CH support est une valeur ajoutée pour l'établissement gestionnaire.

Hypothèse 3 : Le parcours du DS responsable d'institut de formation influe sur les modalités de coopération mises en œuvre avec l'établissement support.

2.2 Une méthode à expliciter

2.2.1 La phase préliminaire

Notre constat de départ est issu de notre pratique professionnelle selon laquelle le partenariat entre le directeur d'institut de formation et l'équipe de direction de l'établissement support est à géométrie variable.

En tant que futur DSF et donc amenée à travailler avec la direction de l'établissement gestionnaire, notre questionnement a été le suivant :

- Que revêt la notion de partenariat ?
- Quelle gouvernance pour les acteurs concernés : l'établissement support, l'institut de formation ?
- Quels peuvent être les freins et les leviers à cette collaboration ?
- Quelles en sont les modalités de mise en œuvre ?
- Quelle pourrait être la valeur ajoutée d'un partenariat avéré entre les directions pour les institutions concernées ?

Afin de préciser les contours de notre thématique, nous avons dans un premier temps procédé à des observations et à la réalisation d'entretiens exploratoires. Cette enquête préliminaire s'est déroulée sur le terrain lors de nos deux premiers stages.

Les personnes rencontrées sur chaque site étaient :

- le directeur général,
- le directeur des soins d'institut de formation paramédical,
- le directeur des soins de l'établissement de santé support.

Dans les deux situations, les problématiques de partenariat et de non partenariat entre l'institut de formation et l'équipe de direction ont été retrouvées. Notre intérêt pour ce thème a donc été confirmé. La question définitive a alors été posée et les hypothèses formulées.

Dans un second temps, nous avons préparé l'enquête pour nous permettre de collecter les données afin de les confronter ensuite à nos hypothèses.

2.2.2 Le choix des personnes et des établissements

A l'origine de notre travail et sur les conseils de notre guidant lors de l'atelier mémoire, nous avons décidé de réaliser une recherche auprès de binômes, directeur général d'établissement de santé/directeurs des soins d'institut de formation, sur 5 sites.

Les personnes contactées ont pour certaines été empêchées et donc les duos initialement pressentis n'ont pas pu être respectés.

En revanche, deux directeurs de soins de gestion informés de la sollicitation de leurs collègues pour ce travail de recherche ont émis le souhait de participer à l'enquête.

Au total, nous avons procédé à 13 entretiens auprès de 5 directeurs d'hôpitaux (dont 4 DG), 6 DSF, 2 DSG sur 7 localités situées dans 7 régions différentes.

La répartition par site s'effectue de la manière suivante :

- Site A : DG + DSF + DSG
- Site B : DG + DSF + DSG
- Site C : DG + DSF
- Site D : DG + DSF
- Site E : DSF
- Site F : DSF
- Site G : DH

Les acteurs rencontrés travaillent tous dans des centres hospitaliers de référence ayant un centre de formation rattaché.

Trois des sept sites enquêtés ont le centre de formation dans l'enceinte de l'établissement. Il s'agit des CH des sites C, E et F.

Pour plus de facilité, nous identifierons les CH de chaque site de la manière suivante : CHA, CHB, CHC, CHD, CHE, CHF et CHG.

Les caractéristiques des personnes et des établissements considérés sont synthétisées dans un tableau récapitulatif⁴⁶. Les différents paramètres consignés sont :

- La qualité des interviewés
- L'âge des personnes
- La durée et les modalités d'entretien
- L'ancienneté dans le poste et la fonction
- L'expérience professionnelle des enquêtés
- Les spécificités de l'établissement de formation ou de santé

2.2.3 La construction de la grille d'entretien

Une grille d'entretien expérimentale a été initialement conçue. Après avoir été testée lors des entretiens exploratoires, les grilles définitives⁴⁷ ont été élaborées. Les amendements

⁴⁶ Cf. ANNEXE I

⁴⁷ Cf. ANNEXE II et III

ont concerné la formulation des questions mais aussi la différenciation de la grille destinée aux directeurs d'hôpitaux de celle destinée aux DSF.

Les variables étudiées sont les suivantes :

- Les niveaux de collaboration entre le DS d'institut et l'équipe de direction
- Les freins et les leviers pour optimiser le partenariat
- La valeur ajoutée pour chaque institution
- Les caractéristiques éventuelles pour exercer en tant que DS en institut : parcours, qualités, compétences
- La place occupée par le DS actuellement au sein de l'EPS support et celle qu'il pourrait occuper « idéalement ».

2.2.4 Le recueil des données

La technique d'enquête choisie est l'entretien semi-directif.

Selon BLANCHET A. et GOTMAN A.⁴⁸, « L'enquête par entretien est ainsi particulièrement pertinente lorsque l'on veut analyser le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques, aux évènements dont ils ont pu être témoins actifs ; lorsque l'on veut mettre en évidence les systèmes de valeurs et les repères normatifs à partir desquels ils s'orientent et se déterminent. Elle aura pour spécificité de rapporter les idées à l'expérience du sujet ».

Les grilles d'entretien servent donc de trame permettant le recueil des données. L'objectif est de « favoriser la production d'un discours sur un thème donné au moyen de stratégies d'écoute et d'intervention »⁴⁹.

Treize entretiens ont été menés en complément des entretiens exploratoires. Ils ont fait l'objet en amont d'une prise de rendez-vous. Tous les acteurs ont été informés préalablement :

- du thème général de l'enquête,
- de la garantie de l'anonymat,
- de la durée prévisible de l'entretien.

Tous les entretiens ont été assujettis à une prise de note en direct et à un enregistrement puis à une retranscription intégrale. Les garanties d'anonymat ont été précisées ainsi que la possibilité de consulter ultérieurement le travail sur le site de l'EHESP.

⁴⁸ BLANCHET A. et GOTMAN A., 2000, *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Sociologie 128, Paris : Nathan Université, p.27.

⁴⁹ BLANCHET A. et GOTMAN A., *Ibid* p27.

Le recueil des témoignages des professionnels s'est déroulé pour 6 d'entre eux sur le lieu de leur exercice professionnel tandis que pour les 7 autres, il s'agissait de rendez-vous téléphoniques.

2.3 Une méthode pour traiter l'information

2.3.1 Le procédé d'analyse

Les données recueillies au cours des différents entretiens menés ont été retranscrites en extenso. Aucune sélection, ni reformulation n'ont été effectuées.

La technique d'analyse choisie est l'analyse thématique.

BLANCHET A. et GOTMAN A.⁵⁰ expliquent que « la manipulation thématique consiste ainsi à jeter l'ensemble des éléments signifiants dans une sorte de sac à thèmes qui détruit définitivement l'architecture cognitive et affective des personnes singulières.

Nous avons procédé en plusieurs étapes :

- Lectures préliminaires

La lecture itérative de toute la matière recueillie a permis de dégager les idées principales et les mots clés pour chaque entretien.

- Organisation des unités d'énumération

Les unités d'énumération sont les mots, expressions ou verbatim retrouvés dans l'ensemble des discours : le corpus⁵¹. Nous avons repéré et classé ces unités d'énumération sous des phrases ou locutions.

- Choix des thématiques

Cette organisation thématique consiste à catégoriser, à classer toutes les unités d'énumération. Les différentes thématiques choisies sont en lien direct avec les hypothèses. Les catégories sont donc les suivantes :

- Situations de partenariat DSF/Equipe de direction
- Freins au partenariat
- Leviers favorisant le partenariat
- Valeur ajoutée pour la formation
- Valeur ajoutée pour les ES
- Parcours et profil du DS en formation

⁵⁰ BLANCHET A. et GOTMAN A., *Ibid* p98.

⁵¹ BLANCHET A. et GOTMAN A., *Ibid* p91.

- Organisation selon les thématiques

Plusieurs grilles (une par thématique) ont été construites afin de regrouper les contenus. Chaque grille de recueil est à double entrée : d'une part la qualité et le site de la personne interviewée et d'autre part les différentes unités d'énumérations. Cette organisation permet d'avoir une exhaustivité des unités d'énumérations mais aussi d'en apprécier la récurrence selon les thématiques⁵².

- Interprétation des résultats

A cette étape du travail, afin de réaliser un diagnostic, nous avons établi un lien entre notre cadre théorique et toutes les données recueillies.

2.3.2 Les limites de l'investigation

Le travail de recherche que nous avons décidé de mener comporte un certain nombre de limites qu'il convient de passer en revue.

La première difficulté concerne le choix de la thématique. La collaboration entre les directeurs de soins en formation et les directeurs de soins en gestion a été explorée à de nombreuses reprises. Nous avons préféré envisager cette relation partenariale plus largement. Nous avons souhaité explorer la relation entre le DSF et toute l'équipe de direction de l'ESP support tout en réalisant quelques focus sur les liens entre DSF et DSG.

Concernant l'échantillon des personnes interviewées, nous avons souhaité dans un premier temps avoir des binômes DH/DSF exerçant dans des établissements publics de santé. Ce postulat n'a pas pu être respecté du fait de l'impossibilité de fixer des rendez-vous. En effet, nous avons fait face à plusieurs aléas : DSF dont les agendas sont surchargés dans certains cas ou absents dans d'autres cas (DSF en vacances, en récupération avant un départ à la retraite ou EPS en attente d'un nouveau DSF). L'exploration s'en trouve dès lors modifiée et les comparaisons sont moins aisées et moins fiables puisque nous n'avons pas le double point de vue pour les ES contactés.

Par ailleurs, les directeurs qui ont accepté de témoigner pour ce travail évoluent dans des établissements de tailles différentes, avec une histoire singulière et des conditions particulières. Nous n'avons pas questionné tous ces paramètres sauf s'ils ont été abordés spontanément et donc nous les avons intégrés. Pour terminer, le nombre restreint de directeurs entretenus contribue à limiter le champ de la recherche.

Le mode d'entretien semi-directif est la méthode qui nous est apparue la plus adaptée à notre objet d'étude. Néanmoins, elle peut représenter malgré tout un biais du fait que les discours sont recueillis à un temps donné. L'état d'esprit de la personne peut être tout

⁵² Cf. ANNEXES de IV à IX.

autre à un autre moment selon ses préoccupations, ses priorités et sa parole peut s'en trouver modifiée.

De plus, rappelons que tous les échanges ne sont pas déroulés selon les mêmes modalités. En effet, sur les treize entretiens, sept ont été menés par téléphone et six de visu.

Enfin notre manque d'expérience concernant la construction d'une grille d'entretien, la conduite d'un entretien et l'exploitation des données sont des limites majeures. De plus, le temps imparti est court et l'accompagnement méthodologique insuffisant pour produire un travail de référence.

En regard de tous ces éléments, les résultats de ce mémoire professionnel ne peuvent donc être généralisés. Toutefois, les échanges avec tous les directeurs rencontrés ont nourri notre réflexion. Ils contribuent ainsi à construire notre identité professionnelle mais aussi à déterminer notre futur positionnement en tant que directeur des soins.

2.4 Le diagnostic

Tous les directeurs rencontrés se sont positionnés en faveur d'une nécessaire collaboration voire d'un vrai partenariat qui doit exister ou être instauré entre le directeur d'institut et l'équipe de direction.

Nos échanges ont mis en évidence que la relation partenariale ne se traduit pas forcément ou n'est pas toujours évidente dans la réalité quotidienne.

2.4.1 Les situations de partenariat constatées

Chaque directeur a été questionné sur l'existence ou non d'un partenariat entre le directeur des soins en institut de formation et l'équipe de direction.

Le tableau suivant matérialise les réponses concernant leur collaboration

| Site | DSF | DH | DSG |
|------|-----|----|-----|
| CHA | - | - | - |
| CHB | + | + | + |
| CHC | + | + | |
| CHD | - | + | |
| CHE | + | | |
| CHF | + | | |
| CHG | | + | |

Dans le tableau ci-dessus, sont identifiées les personnes rencontrées par site et les relations partenariales qui existent selon elles entre le directeur d'institut de formation et l'équipe de direction de l'établissement support.

En prérequis, nous avons constaté que sur les 6 DSF audités, 2 ont un parcours de cadre exclusivement en formation (DSF des sites A et E) tandis les 4 autres ont fait de la gestion et du management d'équipe.

Nos constats sont les suivants :

- **Pour le CHA :**

Nous avons rencontré le DSF, le DG et le DSG. Les trois directeurs sont unanimes : la collaboration est limitée, il n'y a pas de partenariat. Les relations sont réduites « aux besoins fondamentaux » de l'institut pour le DSF et qualifiées de minimales par le DSG. Le DSF explique qu'il manque de temps et que les problématiques d'institut et de l'hôpital ne sont pas les mêmes. Il avoue se déplacer uniquement pour les rendez-vous avec le directeur général et être exceptionnellement présent à la CSIRMT. Il pense cesser son activité professionnelle fin 2016.

Le DSG assiste aux conseils pédagogiques, convie les cadres pédagogiques aux réunions de cadre et souhaite travailler l'offre de stage et la gestion des étudiants avec le directeur adjoint de la formation.

Le DG souhaite que cette relation évolue, un travail d'ouverture de l'institut doit se faire. La relation du DSF avec le DSG et l'équipe de direction de l'établissement gestionnaire doit certes se développer. Mais selon lui, il faut aller au-delà. Le DSF « doit s'inscrire dans des actions et des groupes de travail ». Il est indispensable « de mieux se connaître », de développer les échanges entre institut et ES support mais aussi entre instituts de formations pour une meilleure organisation territoriale.

- **Pour le CHB :**

Le même trio de directeurs a été interviewé. Ils expliquent avoir d'excellentes relations. Il y a une vraie collaboration entre le DSF et l'équipe de direction.

Le DSF explique que les liens avec le DSG sont de très bonne qualité mais aussi avec les autres membres de l'équipe de direction. Le recrutement de tous les cadres de santé est réalisé conjointement.

Le DSG confirme ce très bon climat relationnel et « aspire à ce que les relations se renforcent encore ! » avec le DSF.

Le DG atteste également que les échanges entre le DSF et l'équipe de direction sont nombreux et riches. Les axes de travail avec la DRH concernent la formation et le déroulement de carrière des agents. Avec le DSG, un vrai partenariat se met en place et

les trois directeurs expriment le besoin de le voir encore se développer. Le DG dit lui-même effectuer des points réguliers avec son collaborateur.

- **Pour le CHC :**

Un binôme a été audité. La collaboration affichée est confirmée par les deux directeurs questionnés.

Le DSF déclare collaborer avec tous les membres de l'équipe de direction et trouver ainsi de véritables ressources pour la plupart des projets conduits. Avec la direction des activités de soins, il est chargé d'un axe dans le projet médico-soignant concernant la formation. Il est également pilote ou co-pilote de groupes de travail pour la douleur et le tutorat. Avec les autres directeurs adjoints, les séances de travail sont rythmées par les échéances institutionnelles et les projets : préparation du budget, acquisition d'un nouveau logiciel pour le suivi des étudiants, travaux de rénovation ou installation d'une salle de simulation. De surcroît, le DSF a insisté sur le fait qu'il développe des partenariats avec les directeurs de site dans le cadre des directions communes mais aussi avec les autres instituts de la région. C'est une volonté du DSF soutenu par le DG de positionner la formation sur le territoire et promouvoir l'institut.

Le DG déclare que le DSF fait preuve d'un « vrai engagement ». Il fait état de nombreux échanges avec toute l'équipe. Il réalise des points réguliers avec le DSF et dit qu'il se place en « soutien stratégique ». Les deux autres partenaires cités sont la DRH et le DSG. Il reconnaît qu'avec ce dernier, la collaboration est bonne mais il estime « qu'elle est encore à amplifier ».

- **Pour le CHD :**

Le binôme DSF et DG a également été questionné. On observe une divergence sur la notion de collaboration et de partenariat.

Le DSF travaille avec la DAF pour finaliser le budget prévisionnel, effectuer le suivi financier et participer conjointement au dialogue budgétaire en région. Avec la DRH, une réflexion commune est menée pour la formation, le recrutement et la carrière des agents. Les activités avec le DSG sont limitées uniquement à l'accueil des stagiaires. Avec les autres directions citées, DSI et travaux, les rapports sont qualifiés de « compliqués ». Le DSF estime que le partenariat avec l'établissement gestionnaire n'est pas satisfaisant. Il trouve que les problématiques et les projets liés aux instituts ne suscitent pas assez d'intérêt.

Le DG estime qu'il y a un partenariat. Pour illustrer l'existence du lien entre le DSF et l'équipe de direction, il explique qu'il invite dorénavant le DSF aux réunions institutionnelles. Comme « il est coordonnateur des instituts, il a toute sa place ».

- **Pour le CHE :**

Le DSF est le seul que nous ayons rencontré dans cette structure. En poste depuis 7 mois, il déclare œuvrer très régulièrement avec toutes les directions. Un calendrier fixe des séances de travail systématiques toutes les six semaines environ avec trois directeurs : DSG, DRH et DAF. En sus, sont planifiées des entrevues avec ces mêmes directions mais également toutes les autres de l'EPS (y compris la direction générale) pour traiter les situations ou problématiques qui se présentent et pour travailler sur des projets spécifiques. Un groupe de travail a d'ores et déjà été mis en place avec la DSG.

- **Pour le CHF :**

Lors de l'entretien téléphonique avec le DSF, celui-ci a détaillé les partenariats instaurés avec toutes les directions de l'EPS.

Avec la direction générale, le « fonctionnement a été convenu à la prise de fonction ». Pour positionner la formation sur le territoire et aborder les enjeux et la stratégie à développer, des points réguliers sont planifiés entre le DG et le DSF. En outre, le DSF explique être reçu dès qu'il en fait la demande.

Avec la DRH, le contact est décrit « facile et fréquent » pour toutes les questions de gestion du personnel, de publication de poste... Pour les finances, l'examen de la situation budgétaire, prévisionnelle et réalisée, est effectué avec l'attaché tandis que le débat et la stratégie budgétaire sont gérés avec le directeur. Concernant le DSG, la CSIRMT et les réunions de cadres supérieurs sont des espaces d'échanges importants auxquels s'ajoutent les concertations régulières en lien avec les problématiques paramédicales. La direction de la qualité est partie prenante pour les enseignements spécifiques mais aussi pour la réécriture des procédures.

- **Pour le CHG :**

Le DH rencontré est adjoint à la direction générale.

Le DSF coordonnateur des instituts avait fait valoir ses droits à la retraite et le poste est à pourvoir. Pour ce DH, l'arrivée prochaine d'un nouveau DSF est l'occasion de mettre en place un nouveau mode de fonctionnement.

Au cours des années précédentes, un cloisonnement s'est opéré et tout comme le CHA, les relations étaient minimalistes. L'EPS support n'était à priori pas convié aux instances de l'institut.

Dans les mois à venir, le partenariat souhaité doit, selon le DH, se situer avec toutes les directions. En premier lieu, un lien régulier doit exister avec le DG pour l'élaboration de la stratégie en formation et le soutien de ses projets. Ensuite, un travail avec le DRH est indispensable pour la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPMC), la

formation des promotions professionnelles mais aussi le budget du titre 1. Le DSF et le DSG doivent travailler ensemble dans la construction de leurs projets respectifs. Les autres directeurs sont des collaborateurs et experts dans leur domaine pour la conduite du projet des instituts.

- **Concernant le positionnement et la participation aux instances du DSF :**

Au cours des entretiens, nous avons questionné la place occupée par chaque DSF au sein de l'EPS. Nous avons choisi de mettre les résultats sous forme d'un tableau synoptique en y incluant la localisation des instituts.

| Site | Institut sur le site du CH | DSF dans organigramme de l'EPS | DSF présent au CODIR | DSF présent aux autres instances | Gardes administratives par DSF |
|------|----------------------------|--------------------------------|----------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| CHA | - | - | - | - | - |
| CHB | - | + | + | - | + |
| CHC | + | + | + / - | - | + |
| CHD | - | + | + | + | - |
| CHE | + | + | + | - | + |
| CHF | + | + | + | Invité | + |
| CHG | - | + | A partir de 2016 : + | - | A partir de 2016 : + |

Sur les 7 sites enquêtés, nous constatons que pour :

- l'inscription dans l'organigramme de direction : seul le DSF du site A n'y figure pas.
- la présence au comité de direction (CODIR) : 6 DSF sont invités à y participer. Néanmoins, le DSF du CHC est présent en fonction de l'ordre du jour.
- la présence aux autres instances institutionnelles : le DSF du CHD explique y assister au titre de chargé du département de développement professionnel continu (DPC) et donc la présentation du plan. Le DSF du CHF est également invité. Il participe en fonction de sa disponibilité mais est systématiquement destinataire de tous les comptes rendus. Cette dernière donnée a été exprimée spontanément et n'a pas été questionnée auprès des autres interlocuteurs.
- la participation aux gardes administratives : les DSF des sites A et D n'en font pas, cela ne leur pas été proposé et ils n'en ont pas fait la demande. Concernant les autres DSF, c'est un choix et cela a fait l'objet dans certains cas d'une négociation à la prise de poste.

La plupart des DSF sont positionnés et participent à la vie institutionnelle de l'établissement gestionnaire.

Le DSF du CHA n'est pas représenté et reste en retrait de l'EPS. Cet état de fait est la traduction de l'absence de collaboration exprimée lors des entretiens entre le DSF de l'institut et la direction du centre hospitalier.

En ce qui concerne la situation de l'institut de formation, qu'il soit situé ou non sur le site du CH, l'échantillon audité ne montre pas qu'il y a un lien ou une incidence sur le positionnement des DSF au sein de l'établissement de santé.

- **Concernant les niveaux de partenariat avec les différentes directions :**

Pour la majorité des personnes interviewées, il y a une collaboration avec l'équipe de direction. Néanmoins, les niveaux de collaboration sont variables.

Comme nous l'avons déjà précisé, le DSF du CHA déclare n'avoir des liens qu'en cas de nécessité ou besoin absolu. Concernant le CHG, le DSF n'a pas encore pris ses fonctions. Aussi, nous discuterons des différents partenariats pour les établissements B, C, D, E et F.

Pour ces cinq établissements, les trois directions les plus citées et dans l'ordre suivant sont la DRH, la DSG et la DAF.

La direction des ressources humaines est le partenaire nommé en premier par les 5 DSF des sites B, C, D, E et F. Le travail avec cette direction concerne :

- Le recrutement, les mutations, le suivi des carrières des agents, la GPMC (cité 4 fois)
- Le développement professionnel continu (cité 4 fois)
- Les études promotionnelles (cité 2 fois)
- Le suivi des effectifs et du titre1 (cité 2 fois)
- La participation à des concours (cité 2 fois)

Ces différentes activités sont celles décrites dans le chapitre « activités transversales » du directeur de soins en établissement, figurant dans le référentiel métier de directeur des soins⁵³. Paradoxalement, ces mêmes missions ne sont pas attribuées explicitement au directeur des soins en institut dans ce même référentiel. Néanmoins, force est de constater que les DSF enquêtées travaillent étroitement avec la DRH.

La direction des affaires financières est le deuxième acteur cité par les DSF. Rappelons que le DSF « participe à la gestion financière de la structure dans le cadre de

⁵³ Référentiel métier de directeur des soins en établissement et en institut de formation. [consulté le 08.10.2015], disponible sur le site internet www.directeurdesoins-afds.com/lib/files/Referentiel-DS-Mission...

la délégation de gestion donnée par le directeur de l'établissement » selon le référentiel métier de DS. Des rencontres se déroulent pour :

- Préparer le budget
- Participer au dialogue budgétaire avec la Région
- Suivre, conseiller, auditer au fil de l'année.

Cette relation de travail n'a pas été abordée par la DSF du CHA. Pour tous les autres DSF, c'est un partenaire incontournable avec lequel 3 des 6 DSF ont des rendez-vous réguliers toutes les 6 semaines.

La direction des soins est un partenaire important pour 4 DSF, ceux des sites B, C, E et F. Les relations concernent :

- La CSIRMT (cité 4 fois)
- Les réunions de cadres (cité 4 fois)
- Des groupes de travail menés conjointement dont « COPIL douleur », « le tutorat » et « l'alternance » (cité 3 fois)
- La gestion des stages (cité 2 fois)
- Les réunions de cadres supérieurs (cité 2 fois)
- Des rendez-vous de concertation liés à des problématiques de management de personnel (cité 2 fois).

Sur les 6 DSF audités, 2 ont témoigné avoir « une collaboration très limitée ». Dans un cas, une collaboration avec le DSG n'est pas spécialement souhaitée, ne présente pas ou peu d'intérêt (site A). Dans un autre, la collaboration est limitée à l'accueil des stagiaires, les relations sont qualifiées de « compliquées ».

Les autres directions sont citées en deuxième intention :

- La direction des affaires logistiques et la direction des travaux sont sollicitées pour l'entretien des locaux (3 DSF) ou pour des réhabilitations et pour des investissements (3 DSF). Deux instituts ont précisé que des négociations ou des projets sont en cours pour concevoir des laboratoires de simulation.
- La direction des systèmes d'information est citée par 3 DSF pour deux raisons. Tout d'abord, dans le cadre de l'universitarisation, l'équipement informatique doit être modernisé ou renouvelé pour les enseignements à distance. Ensuite, les logiciels dédiés à la gestion des dossiers étudiants connaissent des évolutions régulières et des mises sont nécessaires.
- La direction de la qualité et gestion des risques a été mentionnée à 2 reprises. Les membres de la qualité concourent à l'élaboration de scénarii spécifiques pour le laboratoire de simulation pour l'institut du CHE, apportent leur aide dans l'écriture de procédures et contribuent aux enseignements pour l'institut du CHF.

Le directeur général est souvent nommé en dernier mais identifié comme un acteur majeur dans la relation partenariale institut/hôpital support. En effet, 4 des 6 DSF interrogés réalisent des points réguliers avec leur directeur sur le fonctionnement de l'institut de formation.

Tous les éléments recueillis auprès des DSF pour identifier les niveaux de partenariat avec les membres de l'équipe de direction au sein de l'EPS support, ont été corroborés par les DSG et les DG interviewés.

2.4.2 Les freins mentionnés

Le travail en partenariat entre le DS de formation et l'équipe de direction de l'établissement support dont nous avons cherché à explorer les contours au cours des 13 entretiens menés, a mis en exergue un certains nombres de freins⁵⁴.

- **Le positionnement individuel ou collectif**

Selon le DSF du CHE, les « freins peuvent être de part et d'autre ».

Le directeur d'institut peut ne pas vouloir s'inscrire dans le fonctionnement de l'EPS mais aussi ne pas vouloir « qu'on vienne voir chez lui ». Ce mode de fonctionnement est retrouvé dans deux établissements. En effet, la position en retrait du DSF du site A est attestée par les témoignages des trois interlocuteurs du même établissement. Par ailleurs, le DH rencontré sur le site G a relaté l'expérience avec le DSF récemment parti dont le comportement et la « non-ouverture » était également un frein à toute collaboration.

D'autre part, le directeur général peut ne pas être le soutien, le moteur attendu sur le plan stratégique, dans le fonctionnement d'un ou plusieurs instituts. La « posture » du DG devient alors un réel frein et peut influencer, « conditionner défavorablement toute l'équipe de direction ».

- **Les difficultés relationnelles**

Cette notion est avancée par trois directeurs. Deux DH et un DSG ont identifié que des relations de mauvaise qualité entre DSF et DSG sont également un frein. Selon eux, « des difficultés relationnelles seront défavorables aux relations entre cadres formateurs et de service, aux apprentissages des étudiants » puisque que la politique et la gestion des stages seront impactées et les problèmes en stage insuffisamment gérés.

- **Les représentations sociales**

Comme nous l'avions évoqué au cours de notre première partie, J. CLENET et C. GERARD précisent que suivant les milieux professionnels, les représentations des uns diffèrent de celles des autres. C'est le cas entre les personnels exerçant à l'hôpital et ceux

⁵⁴ Cf. ANNEXE V

exerçant dans la formation. Certains clichés perdurent tels que : une « charge de travail moindre », une « sous-catégorie »,... Deux directeurs ajoutent que l'IFSI peut être dans quelques cas considéré comme « un refuge pour les cadres en difficultés » et venir alimenter cette représentation négative.

- **Le manque de temps**

Cet argument a été évoqué une seule fois par la DSF du site A. Même si les autres DSF ont signalé avoir des journées chargées et manquer de temps pour remplir d'une manière satisfaisante leurs missions, ce n'était pas selon eux un frein au partenariat avec l'équipe de direction de l'établissement.

- **L'éloignement géographique**

Rappelons que 3 instituts sont à distance de l'établissement support. Cette particularité n'a été pointée que par un DSF. En effet, le DSF est en charge de plusieurs instituts distants d'une demi-heure et qui de surcroît ne sont pas sur les sites hospitaliers. La notion d'éloignement s'en trouve de fait renforcée.

- **L'historique**

Les années précédentes peuvent représenter un réel poids. C'est ce que précise le DSF du CHB selon s'il n'y a « pas eu de liens tissés » ou à contrario des relations avec « beaucoup d'affect ».

2.4.3 Les leviers suggérés

En regard des freins évoqués, les différents acteurs rencontrés ont proposé des pistes de réflexions⁵⁵ pour favoriser le partenariat entre le directeur des soins d'institut de formation et l'équipe de direction de l'établissement de santé support.

- **Une prise d'initiative et un positionnement du DSF**

Sur 13 personnes concertées, 7 ont clairement exprimé le nécessaire engagement du DSF. Il doit « être à l'initiative », afficher « une volonté », « être moteur » pour favoriser le partenariat. Il doit aussi « se faire connaître », « montrer sa valeur ajoutée ». Le DH du CHD a ajouté « il doit faire le premier pas, doit expliquer qu'il veut des infos ». Tous les verbatim recueillis caractérisent donc un indispensable engagement du DSF.

Pour 5 directeurs, ils estiment intéressant que le DSF participe aux gardes de direction, c'est selon eux un facteur d'insertion et une façon de « rester connecté ! ».

- **Une évolution du positionnement des autres directeurs**

A l'instar du directeur qui doit « donner le tempo » dixit le DSF du CHE et manifester un intérêt pour la formation, l'équipe de direction doit également « faire preuve d'ouverture »

⁵⁵ Cf. ANNEXE VI.

et participer en étant présente notamment aux manifestations organisées (accueil des étudiants, cérémonie de remise de diplômes, ...).

- **La volonté de travailler ensemble**

Cette détermination à œuvrer conjointement doit fondamentalement passer par une bonne entente et un respect de l'autre, un langage commun, des échanges, du partage.

Au total, s'il reste encore « beaucoup d'à priori » par rapport à la formation et des freins clairement identifiés, la plupart des directeurs ont convenu que des leviers existent.

Au cours de ce travail, nous avons dans une première partie dégagé des éléments conceptuels et, dans un second temps, collecté des données en questionnant plusieurs membres de direction en formation et en établissements de santé.

Cette troisième partie va nous permettre de confronter les résultats obtenus aux hypothèses posées afin d'entrevoir quelles perspectives peuvent être formulées.

3 Interpréter, partager pour proposer

Au cours du chapitre précédent, nous avons détaillé la méthodologie de recherche et exposés les résultats obtenus suite aux entretiens menés.

Dans cette troisième partie, nous allons tout d'abord nous attacher à interpréter les résultats et vérifier si nos hypothèses sont validées. Ensuite, nous dégagerons des préconisations en lien avec notre futur exercice de directeur des soins et s'appuyant à la fois sur le cadre théorique développé en première partie et sur les éléments recueillis au cours des entretiens.

3.1 L'interprétation des résultats en regard des hypothèses

Lors des entretiens, nous avons cherché à vérifier s'il y avait une collaboration voire un partenariat entre le directeur des soins en institut et l'équipe de direction de l'établissement public de santé support.

Sur l'échantillon des 13 directeurs dont 6 DSF, un directeur des soins en formation a exprimé clairement ne pas travailler en partenariat avec l'établissement support.

D'une manière générale, il y a une collaboration avec le directeur général et avec 3 directions en particulier : les ressources humaines, les affaires financières et la direction des soins.

3.1.1 Hypothèse 1

Un partenariat co-construit entre DS de l'institut de formation et l'équipe de direction du CH support est une valeur ajoutée pour la formation.

Dans la partie théorique de notre travail, nous avons abordé la notion de co-construction. Ce terme intègre d'une part la notion d'un investissement participatif et d'autre part l'idée d'un débouché concret qui matérialise en quelque sorte les efforts conjoints des acteurs impliqués. Dans le cas présent, il s'agit d'apprécier les avantages pour l'institut d'un partenariat entre le directeur des soins de l'institut de formation et l'équipe de direction de l'établissement support.

Cette co-construction démarre au niveau des directions respectives, selon la capacité qu'elles ont à entrer en relation, à tisser des liens et à impliquer secondairement leurs équipes entre elles. La connaissance de l'établissement support, le DSF ne l'aura que s'il est impliqué dans la vie institutionnelle. Pour beaucoup d'acteurs interrogés, participer au CODIR, intégrer les gardes administratives, assister à des instances et/ou en lire les comptes rendus, être dans les groupes de travail sont autant de moyens de bénéficier

d'informations actualisées, de s'ouvrir sur d'autres projets et sur les évolutions stratégiques de l'EPS. Ces données, le DSF pourra ensuite les transmettre, tout ou en partie, à son équipe selon le niveau de confidentialité. Le DSF saura aussi encourager les cadres formateurs à investir des groupes de travail le cas échéant et à entrer en contact avec leurs homologues des services de soins.

Pour les étudiants, la qualité de la formation s'en trouve tout d'abord renforcée. Même si avec le principe de l'alternance il y a des allers et retours entre théorie et pratique, des liens sont nécessaires. En effet, il est important que la formation ne reste pas que dans le conceptuel. Pour la plupart des personnes interrogées, la crédibilité de la formation passe par cette connaissance « de la vraie vie » afin de ne pas « être en décalage ». Le DSF du CHE ajoute : « on ne peut pas former des professionnels de qualité si on est pas au courant de ce qui se fait, ce qui se passe dans l'établissement support ». Au CHC, le DH explique que des liens forts favorisent un bon fonctionnement, a un impact sur l'encadrement des apprenants. Des études de cas de personnes prises en charge dans les services et en présence des cadres formateurs sont des situations concrètes d'apprentissages bénéfiques, instaurées notamment au CHB. Ensuite, des relations de qualité peuvent avoir un impact sur l'offre de stages, l'accueil des impétrants et faciliter l'intervention de certains collaborateurs ou praticiens.

Concernant pour les cadres formateurs, une relation partenariale avérée contribue au maintien et à l'actualisation de leurs connaissances. Sur le plan social, c'est aussi avoir des liens privilégiés, des personnes ressources pour de nouveaux stages, des informations spécifiques, des attentes particulières ou des partages singuliers comme au CHB. Pour ce même établissement, c'est un facteur d'évolution professionnelle pour les cadres formateurs dont la mobilité vers les services de soins est facilitée voire encouragée.

Plus largement, en étant inscrit au sein d'une structure hospitalière, l'institut de formation bénéficie directement des services inhérents aux autres directions, pour la gestion financière, des ressources humaines, l'entretien des locaux...

Par ailleurs, le DSF dans son exercice développe un réseau avec de nombreux partenaires et les tutelles. Selon un témoignage, le partenariat du DSF avec l'équipe de direction peut favoriser l'ouverture sur l'extérieur et sur la ville en particulier. De plus, ce partenariat doit aboutir à une ouverture et à une organisation de la formation beaucoup plus large et ce conformément à la création des futurs groupements hospitaliers de

territoire (GHT) inscrits dans la future loi de santé⁵⁶. Le DG du CHA développe cette idée et explique que dans le cadre des GHT, il y a une vraie « nécessité de se parler » et peut-être « de questionner le sens de la formation initiale, de la revisiter » et ceci conjointement dans le cadre de cette nouvelle organisation territoriale.

Au total, les étudiants sont donc les premiers bénéficiaires de cette relation partenariale. Des gains ont également été identifiés pour les formateurs et l'institut. En regard, des éléments recueillis, nous considérons notre première hypothèse validée.

3.1.2 Hypothèse 2

Un partenariat co-construit entre le DS de l'institut de formation et l'équipe de direction du CH support est une valeur ajoutée pour l'établissement gestionnaire.

L'implication d'une pluralité d'acteurs dans l'élaboration et la mise en œuvre d'un projet ou d'une action peut bénéficier à l'établissement public de santé support.

Le principe de l'alternance implique d'accueillir des étudiants en stage. Pour les étudiants infirmiers, les plus nombreux, ce temps représente 50% de la formation et donc beaucoup de temps de stage et de stagiaires. Il est indispensable de réguler, d'adapter les flux de stagiaires à l'activité et la situation des services de soins. C'est là l'un des bénéfices principaux d'un partenariat pour l'établissement support quand une politique de stage commune est en place, adaptée. La DSG du CHB parle d'une « gestion des stages anticipée, calée et organisée ».

Un autre intérêt mis en avant lors des entretiens se situe dans le champ du recrutement. Même si à ce jour, les besoins des hôpitaux en infirmiers sont moindres, de nombreux interlocuteurs évoquent le vivier de personnel que représentent les étudiants que ce soit pour des remplacements ponctuels (weekends et périodes estivales) et les recrutements. Les DH des sites B et E estiment que ce partenariat peut contribuer à la fidélisation des personnels.

Par ailleurs, selon son importance, l'institut de formation peut contribuer au rayonnement du CH support. Le cas du site D est intéressant en ce sens car c'est à la fois l'ES le plus petit de notre échantillon et le centre de formation le plus important avec le plus grand nombre de formations. Pour le directeur général, c'est « plus de poids » dans le budget total et une attractivité supplémentaire pour l'établissement.

Pour terminer, le DSF du site E s'estime être force de proposition et que sa participation à la vie hospitalière est un plus.

⁵⁶ HUBERT J., MARTINEAU F., Mai 2015, *Mission Groupements Hospitaliers de Territoire-Rapport intermédiaire*, http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_intermediaire_Mission_GHT_definitif.pdf, p. 36.

Plus spécifiquement, les professionnels hospitaliers profitent du partenariat développé entre DSF et équipe de direction. Pour les cadres de santé en particulier, c'est :

- la possibilité de pouvoir alterner gestion et formation,
- l'opportunité de s'approprier le référentiel de formation, encore appelé « le nouveau programme » comme le déplore le DSG du CHB
- de nouvelles perspectives pour les lauréats du concours d'entrée en institut de formation de cadres de santé.

Pour les autres professionnels, c'est dans certains cas l'occasion de bénéficier de formations spécifiques réalisées en partenariat, au sein des laboratoires de simulation.

Pour terminer, beaucoup d'interviewés soulignent la contribution des étudiants à la vie institutionnelle.

Ainsi, dans deux établissements, est mis en exergue le fait qu'ils peuvent être moteurs dans les services, et participer à l'évolution des organisations quand la formation est de qualité (un retour d'expérience a été très favorable quant à l'implantation des transmissions ciblées).

Trois sites hospitaliers pointent la contribution des étudiants à différentes actions au sein de l'établissement support. Sur un premier site, les étudiants ont accompagné les résidents lors du transfert dans le nouvel établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Sur un autre, ils s'investissent en partenariat avec des soignants dans le cadre de journées nationales ou thématiques : Octobre rose, journée sans tabac, journée hygiène des mains... Enfin, dans un dernier établissement, un audit des armoires à pharmacie a été mené dans tous les services, encadré conjointement par les cadres de santé de gestion et de formation.

Au définitive, nous pouvons estimer que le partenariat avec l'équipe de direction est une valeur ajoutée et donc que notre hypothèse est confirmée.

3.1.3 Hypothèse 3

Le parcours du DS responsable d'institut de formation influe sur les modalités de coopération mises en œuvre avec l'établissement support.

Les questions liées à cette hypothèse concernaient l'expérience, le parcours et les compétences du DS directeur d'institut.

En majorité, les personnes interrogées expliquent qu'une expérience de cadre en gestion est indispensable et pour quelques-uns, un exercice de cadre formateur serait un plus. En effet, cela permet de « comprendre le langage de la formation » et de ne pas « se laisser embrouiller ».

Le DSF est clairement identifié comme un leader dont on attend principalement des compétences managériales mais aussi relationnelles et organisationnelles.

La quasi-unanimité des directeurs ont pointé l'indispensable engagement des DSF. Selon eux, il doit être animé d'une vraie volonté de co-construction avec les DSG, DH et DG. Le partenariat dépend en premier lieu de l'investissement du DSF.

Par ailleurs, est attendu du DSF des qualités d'ouverture sur l'extérieur et le territoire en particulier mais aussi des capacités d'innovation, de prospective.

L'échantillon enquêté n'a pas permis de faire une corrélation entre le parcours des DS d'institut et les modalités de coopération mises en œuvre avec l'établissement support. En revanche, des pistes quant au profil attendu ont été clairement évoquées.

3.2 Les perspectives et les préconisations

En tant que directeur des soins chargé de la direction d'un institut de formation, nous sommes amenés à avoir des relations nécessaires au fonctionnement de la structure de formation avec les autres directions de l'établissement support.

Au-delà ces liens incontournables, notre volonté est d'aller au-delà et d'identifier « les clés » contribuant à la construction d'un partenariat de qualité dont chacun pourrait tirer des bénéfices.

Nos préconisations résultent des différents entretiens menés, de l'expérience partagée par nos maîtres de stage et des lectures complémentaires effectuées.

3.2.1 Investir la fonction et se positionner

Afin de prendre nos fonctions de directeur d'institut, nous nous sommes appropriés au cours des mois précédents nos rôles et missions en vertu des textes réglementaires et référentiels inhérents à notre profession. Néanmoins, au fil de nos rencontres pour conduire ce travail, les directeurs interrogés ont pointé des compétences et des qualités tout particulièrement attendues chez un DSF et qualifiées d'indispensables selon eux pour initier un partenariat.

Rappelons que le DS est placé sous l'autorité hiérarchique du directeur général. Il est incontournable de s'entretenir et de définir avec ce dernier quelles sont ses attentes de la direction de l'IFSI mais aussi de confronter les visions du DG et de la DSF quant à l'implication de cette dernière au sein de l'établissement de santé support. Selon le positionnement du DSF au sein du CH, cela peut être un facteur facilitant. La participation

à des instances et en particulier le CODIR mais aussi la prise de gardes administratives sera subséquemment un facteur d'insertion dans l'équipe de direction. Ce sont des leviers pour connaître les problématiques de l'institution, pour échanger et « avoir une légitimité sur le terrain ». De plus, en tant que DSF, nous sommes membre de la CSIRMT avec voix consultative et cette instance permet l'échange et la collaboration. D'autres espaces dont la liste n'est pas exhaustive sont propices à entrer en relation : la commission de formation, les réunions de cadres supérieurs et de cadres, les réunions institutionnelles,...

« Garant de l'articulation entre la direction générale, les instances, les cadres... le directeur des soins doit répondre à une exigence majeure, celle d'animer le collectif cadre... »⁵⁷. Toujours selon le même auteur, savoir manager, c'est « mettre en place de outils de mesure de l'interopérabilité des acteurs entre eux. Cet enjeu passe de fait par l'identification des potentiels, le positionnement des projets dans une ligne stratégique claire et validée et par suite par la mise en relation des acteurs opérationnels pour une mise en œuvre efficiente des actions envisagées ». Ainsi, l'adhésion des cadres doit être recherchée car elle aura un impact sur l'équipe et la réussite des actions entreprises. De plus, des compétences organisationnelles et relationnelles sont requises et une autonomie dans l'exercice professionnelle est nécessaire.

Concernant les étudiants, le DSF doit inciter la participation aux différentes instances ou actions : CSIRMT, participation à des évaluations de pratiques professionnelles (EPP), audits, journées thématiques, la semaine du handicap, la semaine de la sécurité des patients...

Il convient par rapport à tous ces axes de développer un sentiment d'appartenance dépassant le strict cadre de l'institut. La finalité de ces démarches réside dans l'analyse du fonctionnement hospitalier et la construction de différents niveaux d'appartenance.

A propos des formateurs, un vrai engagement au sein de l'établissement support est attendu. En effet, à l'instar du DSF, il faut favoriser leur inscription et leur engagement dans les réunions et groupes de travail institutionnels : réunion cadres, comité de lutte contre la douleur, comité de liaison de l'alimentation et de la nutrition, comité de réflexion éthique, CSIRMT, groupes EPP,...

Le DSF doit initier ou favoriser le développement d'expertises, la prise d'initiatives transversales logistiques et/ou pédagogiques afin de mener des actions au sein de l'établissement public de santé support.

⁵⁷ CHAUVANCY MC., DUGAST C., juin 2013, Le métier de directeur des soins, un exercice solitaire ou des missions partagées au service de la stratégie ?, *Les cahiers de la fonction publique*, n°333, p. 67.

La qualité plébiscitée pour nouer à terme des partenariats est « la **volonté** pour co-construire, faire du lien, entreprendre, motiver, impulser ». En regard de l'expérience des différents directeurs interrogés, c'est cette opiniâtreté qui sera déterminante et fera la différence.

C'est pourquoi, le DSF doit être en premier lieu un manager et le « leadership déployé par le DS auprès du collectif cadre est la courroie de transmission des enjeux locaux »⁵⁸.

3.2.2 Porter des projets partagés avec les autres directions du CH

La fonction de directeur des soins en institut de formation implique des liens indéfectibles avec certaines directions de l'établissement support telle que la direction des affaires financières.

Grâce aux entretiens que nous avons eu l'opportunité de mener, nous avons pu identifier des axes de travail, des partenariats à développer au-delà des relations « par nécessité » ou pour « les besoins fondamentaux de l'institut ».

Il est du ressort du DSF d'instaurer et de développer des partenariats. Mais, les cadres formateurs ont également un rôle à jouer. Il est nécessaire qu'ils s'approprient et qu'ils participent à ces coopérations avec tous les acteurs. Il s'agit de « parvenir à une culture hospitalière partagée dans laquelle direction, médecins et soignants acceptent de devenir partenaires d'une institution publique »⁵⁹. Le projet permet de fédérer un ensemble de personnes dans le but de finaliser et d'atteindre un objectif commun. En effet, il est évident qu'un projet porté et suivi par l'ensemble des acteurs concernés, aura plus de chances d'aboutir et de se mettre en place.

Nous avons identifié plusieurs projets potentiels à mettre en place.

- **Un projet de soins et de formation co-construits**

Les étudiants en soins infirmiers réalisent leur parcours de formation en alternance. De ce fait, un partenariat semble indispensable entre les directeurs de soins en gestion et en formation.

Nos échanges avec nos collègues pendant cette année de formation à l'EHESP, notre expérience professionnelle, nos observations en stages et les entretiens menés nous prouvent que ce partenariat est encore souvent à construire.

Plusieurs explications ont été avancées : une non collaboration des DS, le manque de temps, des projets de soins et d'institut construits depuis toujours indépendamment, des projets obsolètes non réécrits...

⁵⁸ CHAUVANCY MC., DUGAST C., Ibid.

⁵⁹ DREVET G., novembre 2011, La professionnalisation du management de proximité de l'hôpital, *Soins cadres*, Vol 19, n°79, p. 51.

C'est donc un chantier potentiellement à ouvrir la plupart du temps. Pour y parvenir, il est nécessaire d'apprendre à se connaître entre DS et de nouer une relation de confiance. Cette co-construction ne peut s'effectuer que s'il y a un respect mutuel, une vraie complémentarité et non des enjeux de pouvoir sous-jacents. La qualité de la relation de confiance instaurée va conditionner l'engagement des autres partenaires : cadres des services, cadres formateurs, infirmiers, tuteurs...

A la prise de poste, le DS d'institut doit rencontrer son homologue de gestion afin de se connaître mais aussi d'apprécier les missions, les responsabilités et compétences de chacun. Ensuite, cette relation nécessite d'être entretenue dans le temps pour être pérenne. C'est en communiquant sur des situations d'étudiants, à propos des amendements règlementaires du référentiel de formation, en construisant et en évaluant les parcours de stage que ce lien sera maintenu.

En outre, rappelons que d'une part le DS coordonnateur général des soins ou son représentant est membre de droit au conseil pédagogique de l'institut de formation rattaché à l'établissement public de santé. D'autre part, le directeur des soins chargé des instituts de formation et écoles rattachés à l'établissement participe aux séances de la CSIRMT avec voix consultative. La participation des DS aux instances respectives permet une meilleure connaissance des projets respectifs et de leur mise en œuvre.

C'est après quelques mois de fonctionnement que la confiance peut s'instaurer. C'est là le socle indispensable pour initier un projet de formation co-construit entre les DS. Une négociation doit alors s'amorcer autour des valeurs partagées et des objectifs poursuivis en y associant l'ensemble des acteurs de l'alternance. Des axes communs aux projets d'institut et de soins peuvent être posés tels que la formation/professionnalisation des étudiants ou encore la recherche.

- **Un partenariat inscrit au projet social**

Le projet social au même titre que le projet de soins fait partie intégrante du projet d'établissement. A l'instar du CHG que nous avons enquêté, il « procède du bilan du précédent projet social et peut avoir pour objectifs de consolider les coopérations et complémentarités entre les sites du CH au travers une gestion équitable, de renforcer le partenariat avec l'IFSI, d'encourager et d'accompagner les personnels pour mieux servir la qualité et la sécurité des patients dans les meilleures conditions de travail et dans le respect de chacun »⁶⁰.

L'axe 4 s'intitule « Améliorer l'attractivité du CHG et la fidélisation des personnels » et est insérée l'action 2 : « Renforcer les partenariats ». Il s'agit notamment de développer durablement les liens CH-IFSI. Ce projet est co-piloté par la direction de l'IFSI, la direction des ressources humaines et la direction des soins.

⁶⁰ Projet social in Projet d'établissement, 2013 – 2017, CHG.

Les objectifs sont de :

- harmoniser et développer les capacités d'accueil au CH et de formaliser les procédures ad hoc,
- privilégier l'accueil des étudiants de l'IFSI,
- organiser une formation sur les métiers de l'hôpital,
- diminuer les dépenses liées au frais de déplacement des étudiants en stage,
- créer un vivier d'étudiants aptes à effectuer des remplacements au CH en dehors des périodes de stage.

Les résultats attendus sont :

- structuration, formalisation et pérennisation du partenariat IFSI/CH,
- augmentation significative du nombre d'étudiants accueillis et de la qualité du stage,
- augmentation du nombre de personnes formées issues du département,
- diminution des dépenses de l'IFSI,
- attractivité, fidélisation et amélioration de l'image du CH.

Ce projet mené à son terme et évalué peut constituer un affichage partenarial fort.

- **Un projet co-construit au service de la qualité des soins**

Au fil de nos rencontres, nous avons assisté à une présentation concernant un projet de partenariat impliquant la direction des soins, la direction qualité et l'institut de formation en soins infirmiers au CHD.

Ce projet a été présenté par un cadre formateur et concerne les étudiants de 3^{ème} année pour l'unité d'enseignement 4.8 du semestre 6 : Qualité des soins, évaluations des pratiques professionnelles.

Le projet trouve son origine dans une organisation précédente où les actions EPP étaient conduites à distance suite à des observations en stage. Les étudiants étaient frustrés de ne pas avoir le retour des équipes. Aussi est envisagé pour l'année 2016 de conduire des EPP avec recueil d'informations sur le terrain dans le cadre d'un tutorat, avec traitement des données, des propositions de plans d'actions et un retour aux équipes.

Les intérêts pour les étudiants et le CH sont de :

- assurer en peu de temps des actions d'évaluation,
- livrer des audits « clé en main » qui seront reproductibles,
- former de futurs professionnels à la démarche EPP,
- instaurer une culture de la sécurité des soins,
- passer de la théorie à la pratique : être dans l'action,
- contribuer à la qualité et la sécurité des soins sur le CH,
- contribuer à la démarche d'évaluation nécessaire à la certification.

Les thèmes proposés sont au nombre de 11 et les audits seront menés par 27 binômes d'étudiants infirmiers, un jour donné.

Les suites envisagées à ce projet sont les suivantes :

- retour du travail en réunion d'encadrement du CH et en CSIRMT
- évaluation de la satisfaction des étudiants par internet,
- réalisation d'un article sur le partenariat dans une revue professionnelle,
- reconduction du projet l'année suivante.

Un chiffrage du projet est en cours.

C'est une action particulièrement fédératrice pour tous les acteurs de l'institut et du CH.

Dans le même contexte d'apprentissage, une action a également été organisée au CHG. Les étudiants infirmiers ont audité au cours de l'année 2014 la tenue de toutes les armoires à pharmacie du CH ainsi que celles des EHPAD. Cette démarche a été le début d'un décloisonnement entre le CH et l'IFSI et a été reconduite en 2015.

Ces différentes actions sont l'illustration de partenariats co-construits associant plusieurs directions.

- **La mobilité des cadres organisée**

C'est là un projet qui s'est mis en place au CHB et qui mobilise à la fois la direction des ressources humaines, la direction des soins et la direction de l'IFSI. Selon le directeur de ce site, les DS doivent donner l'exemple sinon selon lui c'est compliqué pour que les cadres travaillent ensemble. Il constate également que les cadres ont trop longtemps été cloisonnés entre le CH et l'IFSI. C'est la raison pour laquelle cette démarche a été instaurée.

Le recrutement est assuré en deux étapes. La première étape est sorte de filtre. Le candidat est reçu conjointement par les trois directeurs : DRH, DSG et DSF. Un avis est rendu à l'issue de ce premier entretien. C'est seulement s'il est favorable que l'impétrant rencontrera le coordonnateur du pôle où le poste est à pourvoir.

La philosophie et la volonté du CH est de faire un recrutement pour l'établissement et non pour un poste spécifique, une mission particulière.

Tous ces projets sont intéressants pour leur dimension partenariale. Il y a matière à réflexion et des transferts peuvent être d'ores et déjà envisagés dans notre futur exercice de directeur d'instituts.

3.2.3 Structurer une offre de formation continue adaptée aux besoins

En plus des partenariats et des projets que nous avons évoqués dans les chapitres précédents, il y a celui de développer la formation continue au sein de l'institut de formation.

Comme nous le savons, de par le principe de l'alternance, l'IFSI rattaché à un établissement public de santé bénéficie de la structure hospitalière pour les étudiants, car c'est là un vivier d'apprentissages.

Inversement, l'institut de formation peut-être pour la structure hospitalière un lieu de formation.

Dans le contexte actuel, le devenir des instituts est questionné : Rattachement à l'université ? Création d'instituts régionaux ?

La mise en œuvre d'une activité de formation continue est un projet valorisant et l'opportunité de promouvoir l'institut.

C'est l'occasion pour l'institut de :

- valoriser les compétences collectives et individuelles,
- de mettre en avant l'expertise de certains formateurs,
- de positionner l'IFSI comme prestataire de formation continue pour le l'EPS,
- de tisser des liens forts avec les différentes directions du CH : pour valider le plan de formation, faire émerger les besoins en formation, planifier les séquences de formation,
- valoriser l'image des cadres formateurs, connus seulement dans le cadre de la formation initiale.

C'est l'opportunité pour l'établissement support de :

- travailler en collaboration étroite avec l'institut de formation, de mieux se connaître,
- bénéficier de sessions à coûts moins importants (frais de déplacements réduits),
- profiter de formation « sur mesure ».

Au sein de l'institution, la formation continue peut constituer un outil essentiel pour accompagner les professionnels tout au long de leur carrière. L'enjeu de la formation est de répondre aux besoins en compétences des salariés. Cette démarche peut contribuer à optimiser une gestion prévisionnelle des métiers et des compétences.

Pour le directeur d'institut, les enjeux de la mise en œuvre d'un programme de formation continue sont :

- managériaux : la conduite de projet,
- financiers : recettes contribuant à l'équilibre budgétaire,
- stratégiques : positionnement au regard des tutelles,
- politique : valorisation et rayonnement de l'institut sur le territoire.

3.2.4 Manager par la qualité pour valoriser la formation

La tenue et la conception de nouveaux projets tels que nous venons de l'énoncer précédemment doit dans notre environnement actuel, intégrer la qualité et la gestion des risques. En effet, « ils deviennent des enjeux incontournables et prioritaires »⁶¹. Les auteurs ajoutent : « Il ne paraît pas erroné de penser que la coordination de la gestion des risques et la politique qualité sont des cadres et les outils de management du directeur des soins. Ils servent à la fois de prétexte à l'encadrement des projets et sont des leviers majeurs de motivation et de progression professionnelles, tant individuellement que collectivement ».

La démarche qualité doit être impulsée par la direction de l'IFSI, elle-même soutenue par la direction générale et pleinement intégrée par tous les membres de l'institut. Elle demande énormément d'investissement et de travail aux équipes et apparaît souvent comme un outil fédérateur lors de sa mise en place.

Comme dans toute démarche projet, des objectifs sont identifiés et reconnus par tous. La démarche qualité est l'occasion de réinterroger les pratiques et de questionner le fonctionnement de l'organisation. Elle permet d'avancer, de mettre en exergue ses actions mais aussi d'objectiver la satisfaction des personnels et surtout des étudiants.

La démarche qualité favorise la collaboration et la cohésion d'équipe autour d'un projet commun. Elle permet d'instaurer un sentiment de confiance en l'autre et en l'institution.

L'une des conditions de la réussite de la mise en œuvre d'une démarche qualité en institut de formation en soins infirmiers est l'implication de tous ses membres. Cette implication se traduit par une participation, à la fois individuelle et collective, qui s'inscrit dans un projet commun, au-delà de l'engagement indispensable de la direction. Elle implique de travailler en collaboration avec la direction qualité de l'établissement, en incluant le directeur ou son représentant dans le comité de pilotage pour accompagner la démarche⁶².

GUILLEMAIN G., dans son mémoire de directeur des soins à l'EHESP explique en conclusion que le travail réalisé «...a conduit à mettre en évidence qu'une démarche qualité pouvait avoir une visée d'amélioration au niveau strictement organisationnel ou pouvait être conçue comme un véritable outil de management et conduire à penser l'institut dans une vision prospective »⁶³.

Selon le témoignage d'un directeur d'IFSI ayant mis en place la démarche qualité dans son établissement, cette démarche, outre son aspect organisationnel, permet de donner

⁶¹ CHAUVANCY MC., DUGAST C., Ibid.

⁶² BOYER C., mai 2005, « La démarche qualité, une opportunité pour les IFSI », *Soins cadres*, n°54, p. 58.

⁶³ GUILLEMAIN E., 2008, *La démarche qualité, un outil de management pour le directeur d'institut de formation en soins infirmiers*, Rennes, Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, p.35.

confiance aux acteurs dans ce qu'ils sont au quotidien, de donner confiance aux clients et aux tutelles en regard de ce qui est produit en interne, de donner à voir en externe ce que l'on produit et de représenter une attractivité pour les bénéficiaires de la formation. C'est un moyen d'évaluer l'organisation et de proposer des axes d'amélioration permettant aussi au centre de formation de progresser d'une façon pensée et réfléchie. Pour elle, cette démarche objective la maîtrise de l'ensemble du processus de formation et rend visible la qualité de l'offre de formation et les savoirs professionnels.

3.2.5 Communiquer pour être connu et reconnu

La communication est essentielle pour rendre compte des projets menés et des partenariats développés. Elle représente un vecteur d'information tant en interne qu'en externe. En effet, c'est pour le DS l'occasion d'encourager les initiatives de coopération entreprises, de valoriser les acteurs impliqués afin d'entretenir la motivation des équipes et de poursuivre les collaborations.

Communiquer, c'est aussi faire passer des informations au-delà l'enceinte de l'hôpital et de l'institut et c'est par conséquent une condition sine qua non pour se faire connaître et donc pour développer son activité, un partenariat.

Elle permet de :

- légitimer les actions entreprises,
- mettre en exergue les travaux conjointement menés,
- afficher les liens entre le CH et l'institut de formation lors de manifestations,
- donner une image positive des institutions,
- développer l'attractivité.

Les supports de communication sont multiples, le tableau ci-dessous les recense :

| En interne à l'institut et au CH | En externe à l'institut et au CH |
|----------------------------------|-----------------------------------------|
| Conseil pédagogique | Réunion du Conseil Régional |
| Conseil de vie étudiant | Université |
| Cérémonie de remise de diplômes | DRJSCS |
| Directoire | Portes ouvertes, salons professionnels |
| Comité de direction | Interventions en lycées |
| CSIRMT | Réunions d'instituts |
| Réunions de cadres | Lieux de stage |
| Réunions de cadres de proximité | Plaquette d'information IFSI |
| Journal interne | Livret d'accueil du CH et de l'institut |
| Intranet | Presse locale et professionnelle |
| | Site internet |

Le moyen de communication sera choisi en fonction du public ciblé : patients, famille, professionnels, étudiants ou futurs étudiants, pouvoirs publics...et adapté au message à transmettre.

La communication doit être planifiée et adaptée aux éventuels impondérables.

Pour remplir ses objectifs, une stratégie de communication est nécessairement élaborée en amont et validée par la direction générale.

3.2.6 Ouvrir l'institut sur le territoire pour répondre aux enjeux de demain

Au cours de nos multiples entretiens, plusieurs directeurs ont donné une dimension supplémentaire au partenariat DSIF et équipe de direction.

En effet, alors que le parlement examine le projet de loi de modernisation de notre système de santé, il nous semble important d'aborder la question des groupements hospitaliers de territoire et la dimension partenariale associée.

Dans la future loi de santé, le titre II intitulé « Faciliter au quotidien le parcours de santé » consacre le chapitre VI à « Ancrer l'hôpital dans son territoire ».

Dans ce chapitre, la question de la formation au sein du territoire est abordée dans les termes suivants : « L'établissement support désigné par la convention constitutive assure pour le compte des établissements membres : ... la coordination des instituts et écoles de formation paramédicale du groupement et des plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels du groupement... »⁶⁴.

Notre futur EPS support est l'établissement de référence sur le territoire. L'institut de formation en soins infirmiers est le seul du département. En revanche, il y a plusieurs pôles de formation aides-soignants rattachés ou en cours de rattachement à l'institut de formation.

Concernant la formation initiale, les GHT seront le socle de cette coopération au niveau du territoire. A terme, à l'instar de l'établissement support, les instituts membres devront présenter un projet de formation partagé pour organiser les cursus des élèves et étudiants. Une harmonisation de l'offre de formation devra s'opérer afin d'avoir un maillage satisfaisant et une réponse adaptée aux besoins en formation sur tout le territoire. Une réflexion pourra être menée sur les parcours de stage, l'offre de stage, la mutualisation des moyens et des méthodes d'apprentissages mais aussi la répartition des activités.

⁶⁴ Projet de loi de modernisation de notre système de santé (AFSX1418355L), Article 27, Art.L.6132-4 [consulté le 22.10.2015], disponible sur le site internet <http://www.legifrance.gouv.fr/affichLoiPreparation.do?idDocument=JORFDOLE000029589477>

Ce sont autant d'enjeux qui nécessitent un investissement du directeur des soins coordonnateur des formations avec ses collègues afin que l'offre de formation soit la plus pertinente sur le territoire.

Avoir initié un partenariat avec l'équipe de direction de l'établissement support permettra de s'inscrire de concert dans le travail de collaboration et de coordination au niveau du GHT.

C'est ainsi que lors de l'ouverture des 13èmes journées de l'association française des directeurs de soins (AFDS), Gérard VINCENT, délégué général de la Fédération Hospitalière de France (FHF), a incité les directeurs de soins à s'emparer d'urgence de ce sujet : « le directeur de soins a un rôle à jouer dans la territorialité qui s'annonce »⁶⁵.

⁶⁵ Hospimedia, 16 octobre 2015, *L'avenir des directeurs des soins passe par l'attractivité et des mesures prises en concertation*, [consulté le 16.10.2015], disponible sur le site internet <http://hospimedia.fr>

Conclusion

Les constats liés à notre exercice de faisant fonction de directeur de soins en institut de formation sont à l'origine de ce travail. Cette année de formation à l'EHESP est pour nous l'occasion de mettre à distance notre expérience, d'explorer le fonctionnement adopté par nos futurs collègues observés en stage, et de construire notre identité et notre projet professionnel.

Ce mémoire s'intéresse aux relations partenariales du directeur des soins. Effectivement, quel que soit le champ de compétences considéré, en regard du référentiel, le directeur des soins est amené à travailler avec de nombreux collaborateurs. Il doit organiser, mobiliser, fédérer les différents acteurs autour des projets stratégiques et institutionnels.

La gouvernance de la formation a beaucoup évolué au cours de ces dernières années et de ce fait, le directeur des soins en institut de formation se situe à la fois au sein de l'établissement public de santé support mais aussi à l'extérieur. En effet, la loi relative aux libertés et responsabilités locales de 2004 et la réingénierie des études infirmières en 2009 ont conduit à de nombreuses réorganisations. Désormais, les instituts de formation relèvent de plusieurs tutelles. C'est l'établissement de santé support qui en assure la gestion. Si le DSF est responsable du fonctionnement général et financier, il exerce sous l'autorité du chef d'établissement et collabore avec toutes les directions de l'hôpital.

Notre questionnaire de départ interrogeait les enjeux et les perspectives d'un partenariat entre le directeur des soins de l'institut de formation et l'équipe de direction de l'établissement de santé support.

Pour mener cette recherche, nous avons rencontré des directeurs des soins d'institut de formation, des directeurs d'hôpitaux et des directeurs de soins en gestion de sept centres hospitaliers et de régions différentes, de visu ou par téléphone.

Si à ce jour, cette collaboration demeure encore à géométrie variable pour certains sites enquêtés, elle se révèle fortement développée pour d'autres.

Dans un contexte fortement concurrentiel entre établissements de santé et entre établissements de formation, nous avons exploré auprès de plusieurs directeurs comment s'effectue le rapprochement de ces deux logiques : la formation et la production de soins.

Y. BUBIEN et P. BOURREL⁶⁶, rappellent que l'articulation interactive de ces deux logiques « doit permettre de rompre avec les dichotomies classiques entre théorie et pratique, ou entre formation académique à l'école et travail pragmatique sur le terrain. »

⁶⁶ BUBIEN Y., BOURREL P., août 2014, Hôpital-école, une alliance entre instituts de formation et unités de soins, *Soins cadres*, n°91, p. 22.

Ils ajoutent que « l'enjeu réside dans la construction de cette alternance au sein d'une organisation institutionnelle et pédagogique réellement partenariale. »

Le partenariat entre les deux directeurs des soins, de la gestion des activités de soins ou de la gestion d'un institut de formation, est une des clés, notamment pour faciliter la professionnalisation des étudiants. Cette collaboration est encore insuffisante dans certains CH enquêtés.

Concernant le partenariat avec les autres directeurs, il est systématique avec la direction financière, récurrent avec la direction des ressources humaines mais beaucoup plus aléatoire avec les autres membres.

Les représentations sont encore tenaces dans quelques rares cas même si depuis un peu plus de dix ans, les DSG et DSF ont un même statut et la même formation à l'EHESP.

Nous affirmons que la relation partenariale repose sur une démarche volontariste du directeur d'institut mais aussi sur un soutien du directeur général et une adhésion des collègues des différentes directions. L'investissement de la fonction, le positionnement au sein de l'institution sont déterminants. Il est nécessaire de participer à la vie institutionnelle de l'établissement support afin d'en intégrer les évolutions.

Il doit s'opérer une co-construction autour des projets intégrant des besoins clairement identifiés, des objectifs précisément posés, un engagement réciproque et des valeurs partagées. Chacun doit être convaincu des enjeux des partenariats développés en termes d'attractivité pour chaque institution. Une méthodologie projet menée rigoureusement, assortie d'une communication adaptée peut alors conduire progressivement les professionnels à coopérer et secondairement développer une culture commune.

De plus, engager l'institut dans une démarche qualité, en cohérence avec celle du centre hospitalier auquel l'établissement est adossé constitue un levier managérial et partenarial supplémentaire.

Pour terminer, les compétences des directeurs des soins seront essentielles au cours des mois à venir pour faire face aux enjeux nouveaux du monde de la santé et notamment celui de la territorialisation que ce soit dans l'organisation des soins ou dans la coordination des formations initiales.

Ce travail a été in fine une vraie source de réflexion et sera un guide pour notre exercice futur quant à l'acteur incontournable que doit être le directeur des soins en formation dans l'instauration d'une relation partenariale avec l'établissement support et au sein du territoire.

Bibliographie

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

Lois

Loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. JORF n°

MINISTERE L'ECONOMIE, DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE, MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE, DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE, MINISTERE DE L'INTERIEUR, DE LA SECURITE INTERIEURE ET DES LIBERTES LOCALES, MINISTERE DE L'EMPLOI, DU TRAVAIL ET DE LA COHESION SOCIALE, MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE. Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales. JORF n°190 du 17 août 2004.

MINISTERE DE L'INTERIEUR, DE L'OUTRE MER ET DES COLLECTIVITES TERRITORIALES, MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE, DE LA SOLIDARITE ET DE LA VILLE, MINISTERE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS, DE LA FONCTION PUBLIQUE ET DE LA REFORME DE L'ETAT, MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE, MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JORF n°0167 du 22 juillet 2009.

Décrets

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE, MINISTERE DE LA REFORME DE L'ETAT, DE LA DECENTRALISATION ET DE LA FONCTION PUBLIQUE. Décret 2014-7 du 7 janvier 2014 modifiant le décret du n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière. JORF n°0007 du 9 janvier 2014.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Décret n° 2010-449 du 30 avril 2010 relatif à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques dans les établissements publics de santé. JORF n°0102 du 2 mai 2010.

Arrêtés

MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE. Arrêté du 20 avril 2012 modifiant l'arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux. JORF n°0100 du 27 avril 2012.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES SPORTS. Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier (modifié par l'arrêté du 26 juillet 2013 et du 26 septembre 2014). JORF 0181 du 7 août 2009.

Ordonnances

MINISTERE DES SOLIDARITES, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE, MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE, DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE, MINISTERE DE LA FONCTION PUBLIQUE ET DE LA REFORME DE L'ETAT. Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime des établissements de santé. JORF n°102 du 3 mai 2005.

Circulaires

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE. Circulaire interministérielle N°DHOS/RH1/DGESIP n°2009-201 du 26 juin 2009 relative à la délivrance du grade de licence aux infirmiers diplômés d'Etat. Organisation du partenariat conseils régionaux-universités-IFSI. JORF du 7 août 2009.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE. Circulaire interministérielle DHOS/RH1/DGESIP n°2009-202 du 9 juillet 2009 relative au conventionnement des instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) avec la région dans le cadre de ma mise en œuvre du processus Licence-Master-Doctorat (LMD). JORF du 7 août 2009.

OUVRAGES

BLANCHET A. et GOTMAN A., 2000, *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Sociologie 128, Paris : Nathan Université, 125 p.

CLENET J., GERARD C., 1994, *Partenariat et alternance en éducation, des pratiques à construire*, Paris : L'Harmattan, 119 p.

MOREAU DEFARGES P., 2003, *La gouvernance*. Que sais-je ? Presses universitaires de France, 127 p.

MOREAU C., ROBERTSON A., RUEL J., Automne 2005, *De la collaboration au partenariat : Analyse de recensions antérieures et prospective en éducation inclusive*, Education et francophonie, vol. XXXIII. [consulté le 20.09.2015], disponible sur le site internet www.acelf.ca/c/revue/pdf/XXXIII_2_142.pdf

ARTICLES / REVUES

AKRICH M., Co-construction, in CASILLO I., avec BARBIER R., BLONDIAUX L., CHATEAURAYNAUD F. et al., 2013, Dictionnaire critique et interdisciplinaire de la participation, paris, GIS Démocratie et Participation, ISSN : 2268-5863. [consulté le 12.09.2015], disponible sur le site internet <http://www.dicopart.fr/fr/dico/co-construction>.

BOYER C., mai 2005, « La démarche qualité, une opportunité pour les IFSI », *Soins cadres*, n°54, p. 58-61.

BUBIEN Y., BOURREL P., août 2014, Hôpital-école, une alliance entre instituts de formation et unités de soins, *Soins cadres*, n°91, p.21-24.

CHAUVANCY MC., DUGAST C., juin 2013, Le métier de directeur des soins, un exercice solitaire ou des missions partagées au service de la stratégie ?, *Les cahiers de la fonction publique*, n°333, p. 64-68.

DREVET G., novembre 2011, La professionnalisation du management de proximité de l'hôpital, *Soins cadres*, Vol 19, n°79, p. 50-53.

FERNANDES S., « Wittorski, R., *Professionnalisation et développement professionnel* », *Questions Vives* [En ligne], Vol.5 n°11 | 2009, mis en ligne le 01 juin 2011, [consulté le 30.08.2015], disponible sur le site internet URL : <http://questionsvives.revues.org/632>

KADDOURI M., février 1997, Partenariat et stratégies identitaires : une tentative de typologisation, *Education permanente*, n°131, p 109-126.

MAROY C., février 1997, Le partenariat : concept ou objet d'analyse ?, *Education permanente*, n°131, p 29-36.

MERINI C., février 1997, Une forme de partenariat privé université/entreprises, *Education permanente*, n°131, p 161-172.

MEMOIRES

BOUSSEMAERE S., 2007, *Le partenariat entre les directeurs des soins gestion et formation : enjeux et perspectives dans le processus de professionnalisation des étudiants en soins infirmiers*, Rennes : Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé publique, Filière des Directeurs de Soins, 57 p.

DA ROS F., 2014, *Le partenariat entre le directeur des soins en institut de formation et le directeur des soins en établissement de santé : des représentations sociales à la co-construction d'un projet de formation*, Rennes : Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en santé Publique, Filière des Directeurs de Soins, 56 p.

GUILLEMAIN E., 2008, *La démarche qualité, un outil de management pour le directeur d'institut de formation en soins infirmiers*, Rennes, Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 35p.

PERRIER-GUSTIN P., 2004, *Directeur des soins gestion / Directeur des soins formation : duo ou dualité ?*, Rennes : Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, Filière Directeur des Soins, 59 p.

RAPPORTS / COMMUNICATION

BARAT S., BERTHELOTL., BOUSSEMART S. et al, 2008, *Etude qualitative relative à la mise en place de la nouvelle gouvernance dans les établissements de santé publics de santé.* Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_monographie.pdf 33 p.

HUBERT J., MARTINEAU F., Mai 2015, *Mission Groupements Hospitaliers de Territoire - Rapport intermédiaire*, http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_intermediaire_Mission_GHT_definitif.pdf, 46 p.

VIEZ M.C., 2010, *Le financement des instituts de formation en soins infirmiers*, Direction des ressources documentaires, FHP, 20p. [consulté le 21 septembre 2015], disponible sur le site internet <http://documentation.fhp.fr/documents/16414S.pdf>

SITES INTERNET

Agence régionale de santé [consulté le 13 septembre 2015], disponible sur le site internet <http://www.ars.sante.fr/Qu-est-ce-que-l-ARS.89783.0.html>

Code de la santé publique – Art. L.4383-5 – www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do

Hospimedia, 16 octobre 2015, *L'avenir des directeurs des soins passe par l'attractivité et des mesures prises en concertation*, [consulté le 16.10.2015], disponible sur le site internet <http://hospimedia.fr>

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE – Grand-Duché de Luxembourg, [consulté le 29 août 2015], disponible sur le site internet <http://www.mesr.public.lu/enssup/dossiers/bologne>

AUTRES

Centre national de ressources textuelles et lexicales [consulté le 20 septembre 2015], disponible sur le site internet <http://cnrtl.fr/definition/dmf/par%C3%A7onnier>

Dictionnaire de français Larousse [consulté le 15 septembre 2015], disponible sur le site internet <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>

LE RAMEAU, Novembre 2007, *Le Rayonnement des Associations par le Mécénat d'Entreprises d'Administrations et d'Universités*, Rapport de synthèse, Les partenariats stratégiques associations/entreprises, 32 p. www.lerameau.fr

Les échos, *Le lexique financier*, [consulté le 6 septembre 2015], disponible sur le site internet http://www.lesechos.fr/finance-marches/vernimmen/definition_gouvernance.html

Projet de loi de modernisation de notre système de santé (AFSX1418355L), Article 27, Art.L.6132-4 [consulté le 22.10.2015], disponible sur le site internet

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichLoiPreparation.do?idDocument=JORFDOLE000029589477>

Référentiel métier de directeur des soins en établissement et en institut de formation. [consulté le 08.10.2015], disponible sur le site internet www.directeurdesoins-afds.com/lib/files/Referentiel-DS-Mission...

Vie publique - Au cœur des débats, *La nouvelle gouvernance hospitalière*, [consulté le 13 septembre 2015], disponible sur le site internet <http://www.vie-publique.fr/politiques-publiques/politique-hospitaliere/gouvernance-hospitaliere/>

Wikipédia, Encyclopédie, [consulté le 6 septembre 2015], disponible sur le site internet <https://fr.wikipedia.org/wiki/Gouvernance>

Liste des annexes

Annexe I :

Guide d'entretien semi-directif destiné aux directeurs de soins d'institut de formation

Annexe II :

Guide d'entretien semi-directif destiné aux directeurs d'hôpitaux

Annexe I :

Caractéristiques de la population interviewée

Annexe IV :

Catégorie thématique : « Situations de partenariat DSF / Equipe de direction »

Annexe V :

Catégorie thématique : « Freins au partenariat »

Annexe VI :

Catégorie thématique : « Leviers favorisant le partenariat »

Annexe VII :

Catégorie thématique : « Valeur ajoutée pour l'institut de formation »

Annexe VIII :

Catégorie thématique : « Valeur ajoutée pour l'établissement gestionnaire »

Annexe IX :

Catégorie thématique : « Parcours et profil du directeur des soins en formation »

ANNEXE I

| |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p style="text-align: center;">Guide d'entretien semi-directif destiné aux directeurs de soins d'institut de formation</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

A/ Présentation de l'enquête

Directeur des soins en formation à l'EHESP, je suis amenée à effectuer une recherche sur le thème du partenariat entre Directeur des soins en institut de formation et l'équipe de direction de l'établissement support.

Cet entretien a pour finalité d'évaluer l'impact de ce partenariat dans la gestion d'un institut et pour l'établissement de soins.

Les éléments recueillis seront retranscrits en tout anonymat.

Le résultat de cette recherche alimentera mon mémoire de fin d'études et sera consultable à l'EHESP à Rennes.

Je vous remercie de votre collaboration à cette recherche.

B/ Questions

Introduction :

1 - Pourriez-vous me préciser :

- Homme / Femme
- Age : Moins de 30 ans – entre 30 et 40 ans – entre 40 et 50 ans – entre 50 et 60 ans – Plus de 60 ans
- Votre itinéraire professionnel
- Vos responsabilités actuelles
- Votre ancienneté dans la fonction
- Votre ancienneté dans le poste

Questions en lien avec un éventuel partenariat DS institut/équipe de direction :

2 – Quel investissement en tant que DS d'institut avez-vous au sein de l'établissement gestionnaire ?

3 – Existe t-il une collaboration entre vous et l'équipe de direction ?

Dans quels domaines ?

4 – Selon vous, quels sont ou quels peuvent être les freins à un partenariat DS institut et équipe de direction ?

5 – Selon vous, quels seraient les leviers et/ou les freins à l'optimisation d'un partenariat DS Institut et équipe de direction ?

En lien avec la 1^{ère} hypothèse :

Un partenariat co-construit entre le DS de l'institut de formation et une équipe de direction d'un CH est une valeur ajoutée pour l'institut de formation

6 – Selon vous, quels sont les bénéfices d'une collaboration de qualité pour l'institut de formation ?

En lien avec la 2^{ème} hypothèse :

Un partenariat co-construit entre DS de l'institut de formation et une équipe de direction d'un CH est une valeur ajoutée pour l'établissement gestionnaire

7 – Quelle valeur ajoutée pour l'établissement gestionnaire ?

En lien avec la 3^{ème} hypothèse :

Le parcours du DS (dans son parcours professionnel, son histoire, ses pré-requis, ses valeurs...) responsable d'institut influe sur les modalités de coopération mise en œuvre avec l'établissement support

8 – Selon vous, quels sont les critères pour exercer comme DS en formation ?

9 – Y a-t-il un parcours professionnel particulier à avoir ?

10 – Quelles qualités/compétences doit-on avoir ?

Questions complémentaires :

11 – Dans l'idéal, selon vous quelle forme prendrait un partenariat optimal

12 – Quelle place occupez-vous au sein de l'établissement de santé ? (Instances et travaux : CODIR, Gardes administratives, projet social, projet de soins, autres...)

ANNEXE II

Guide d'entretien semi-directif destiné aux directeurs d'hôpitaux

A/ Présentation de l'enquête

Directeur des soins en formation à l'EHESP, je suis amenée à effectuer une recherche sur le thème du partenariat entre Directeur des soins en institut de formation et l'équipe de direction de l'établissement support.

Cet entretien a pour finalité d'évaluer l'impact de ce partenariat dans la gestion d'un institut et pour l'établissement de soins.

Les éléments recueillis seront retranscrits en tout anonymat.

Le résultat de cette recherche alimentera mon mémoire de fin d'études et sera consultable à l'EHESP à Rennes.

Je vous remercie de votre collaboration à cette recherche.

B/ Questions

Introduction :

1 - Pourriez-vous me préciser :

- Homme / Femme
- Age : Moins de 30 ans – entre 30 et 40 ans – entre 40 et 50 ans – entre 50 et 60 ans – Plus de 60 ans
- Votre itinéraire professionnel
- Vos responsabilités actuelles
- Votre ancienneté dans la fonction
- Votre ancienneté dans le poste

Questions en lien avec un éventuel partenariat DS institut/équipe de direction :

2 – Quel investissement le DS d'institut a au sein de l'établissement gestionnaire ?

3 – Existe t-il une collaboration l'équipe de direction et le DS d'institut ?

Dans quels domaines ?

4 – Selon vous, quels sont ou quels peuvent être les freins à un partenariat équipe de direction et DS institut ?

5 – Qu'est ce qui au contraire peut favoriser ce partenariat ?

En lien avec la 1^{ère} hypothèse :

Un partenariat co-construit entre le DS de l'institut de formation et une équipe de direction d'un CH est une valeur ajoutée pour l'institut de formation

6 – Selon vous, quels sont les bénéfices d'une collaboration de qualité pour l'institut de formation ?

En lien avec la 2^{ème} hypothèse :

Un partenariat co-construit entre DS de l'institut de formation et une équipe de direction d'un CH est une valeur ajoutée pour l'établissement gestionnaire

7 – Quelle valeur ajoutée pour l'établissement gestionnaire ?

En lien avec la 3^{ème} hypothèse :

Le parcours du DS (dans son parcours professionnel, son histoire, ses pré-requis, ses valeurs...) responsable d'institut influe sur les modalités de coopération mise en œuvre avec l'établissement support

8 – Selon vous, quels sont les critères pour exercer comme DS en formation ?

9 – Y a-t-il un parcours professionnel particulier à avoir ?

10 – Quelles qualités/compétences doit-on avoir ?

Questions complémentaires :

11 – Dans l'idéal, selon vous quelle forme prendrait un partenariat optimal

12 – Quelle place doit occuper le DS au sein de l'établissement de santé ? (Instances et travaux : CODIR, Gardes administratives, projet social, projet de soins, autres...)

ANNEXE III

Caractéristiques de la population interviewée

| N° | Qualité | Site (ES ou Institut) | Sexe/ Age | Durée/ modalités entretien | Ancienneté Fonction (F) / Poste (P) | Expérience professionnelle | Spécificités |
|----|---------|-----------------------|------------|----------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | DSIF | A | F 50/60 | 48 mn Face à face | F : 18 ans P : 7 ans | DSCG des instituts Parcours uniquement en formation Secteur public | IFAS-IFSI- IFAP 520 élèves et étudiants |
| 2 | DSIF | B | F 50/60 | 28 mn Par tél | F : 5 ans P : 1 an | DSCG des instituts Cadre gestion/formation Cursus public | 320 élèves et étudiants |
| 3 | DSIF | C | F 50/60 | 42 mn Par tél | F : 13 ans P : 9 ans | DS Cadre gestion 5 ans Cadre formation 3 ans DS gestion 4 ans DS formation 9 ans Cursus Public | IFAS-IFSI 155 élèves et étudiants |
| 4 | DSIF | D | F 50/60 | 38 mn Face à face | F : 5 ans P : 6 ans 1/2 | DSCG des formations : Campus de 7 formations + Formation continue Cadre gestion/formation FF DS - DS Cursus Privé / Public | Partenariat sanitaire et social : IFAS-IFE- IFMK-IFP- IFSI-Prépa EJE-AMP 720 élèves et étudiants |
| 5 | DSIF | E | F 50/60 | 46 mn Par tél | F : 8 mois P : 8 mois | DSCG des instituts Cadre en formation 17 ans FF DS 1 an Cursus Public | IFAS-IFSI- IFAP 520 élèves et étudiants |
| 6 | DSIF | F | F 50/60 | 51 mn Par tél | F : 9 ans P : 1 an | DSCG des instituts Cadre gestion/formation en instituts de spécialités FF DS - DS | IFAS-IFSI 240 élèves et étudiants |
| 7 | DH | A | H + 60 | 1 h 02 mn Face à face | F : 25 ans P : 3 ans | Différents hôpitaux et régions Plusieurs expériences de DH adjoint et DG | 1522 lits et places 3400 agents |
| 8 | DH | B | F 40/50 | 21 mn Par tél | F : 11 ans P : 1 an 1/2 | Adjoint des cadres – DRH 6 ans – ESPIC 4 ans – Directrice déléguée de site et par intérim DRH | 665 lits et places 1150 agents |
| 9 | DH | C | H 50/60 | 18 mn Par tél | F : 20 ans P : 4 ans | Exercice fonction territoriale et hospitalière DH Adjoint : tous les portefeuilles et dans 4 régions - Secteur public | 969 lits et places 1300 agents |
| 10 | DH | D | H 40/50 | 48 mn Face à face | F : 21 ans P : 1 an 1/2 | DH (5 sites différents), DG Secteur public | 610 lits et places 1300 agents |
| 11 | DH | G | F 50/60 | 58 mn Face à face | F : 9 ans P : 6 ans | Psychologue clinicienne FF directeur qualité Directeur Affaires médicales et qualité - DRH | 989 lits et places 2285 agents |
| 12 | DSG | A | F + 60 | 32 mn Face à face | F : 6 ans P : 2 ans | DSCG des activités de soins : Site principal et deux sites fusionnés à 30 et 40 km Seul DS pour les 3 sites | 1522 lits et places 3400 agents |
| 13 | DSG | B | F 50/60 | 51 mn Par tél | F : 3 ans 1/2 P : 3 ans 1/2 | DSCG des activités de soins : Site en direction commune Un DS par site | 665 lits et places 1150 agents |

ANNEXE IV

Catégorie thématique : « Situations de partenariat DSF / Equipe de direction »

| Participation du DSF au sein de l'ES gestionnaire | DSF/CHA | DSF/CHB | DSF/CHC | DSF/CHD | DSF/CHE | DSF/CHF | DSF/CHG |
|---------------------------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| CODIR | | X | | X | X | X | X |
| Gardes administratives | | X | X | | X | X | X |
| Instances (CHSCT, CTE, ...) | | | | X | | | |
| Dans l'organigramme de direction | | X | X | X | X | X | X |

| Unités d'énumérations | DSF/CHA | DSF/CHB | DSF/CHC | DSF/CHD | DSF/CHE | DSF/CHF | DSF/CHG |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Besoins fondamentaux de l'institut seulement | X | | | | | | |
| DRH – Suivi carrière des agents | | X | | X | | X | |
| DRH – Recrutement/Mutation /mouvements/GPMC | | X | | X | | X | X |
| DRH – Budget Titre 1 | | | X | | X | | |
| DRH – Etudes promotionnelles | | | X | | | | X |
| DRH – Formation/Commission | | | X | X | X | | X |
| DRH – Concours | | | X | | | | X |
| DAF – Préparation budget | | | X | X | X | X | X |
| DAF – Dialogue budgétaire/région | | X | X | X | X | X | X |
| DAF – Conseil /Audit/RDV | | | | X | | X | |
| DSG – Gestion des stages | | X | | | X | | |
| DSG – Réunion cadres | | X | X | | X | X | |
| DSG – Réunion CSS | | | | | | X | |
| DSG – CSIRMT | | X | X | | X | | X |
| DSG – Concertation //problématiques | | X | | | | X | |
| DSG – Collaboration très limitée | X | | | X | | | |
| Groupes de travail (antenne CESU, COPIL douleur, tutorat, alternance, projet social...) | | | X | | X | | X |
| DAL/Travaux – Entretien locaux | | X | X | | | | X |
| DAL/Travaux : Investissement + Wx | | | | X | X | X | |
| DSI – Equipement informatique | | X | | | | | X |
| DSI – Universitarisation/logiciel | | X | | | X | | X |
| DH adjoints site | | | X | | | | X |
| DQ – Simulation/audit/Ecriture procédures/UE Gestion risques | | | | | X | X | |
| IFSI = lieu de rencontre | | | X | | | | X |
| DG (rencontres régulières) | | X | X | | X | X | X |

ANNEXE V

Catégorie thématique : « Freins au partenariat »

| Unités d'énumérations | CHA | | | CHB | | | CHC | | CHD | | CHE | CHF | CHG |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|-----|-----|----|-----|-----|----|-----|----|-----|-----|-----|
| | DSF | DH | DSG | DSF | DH | DSG | DSF | DH | DSF | DH | DSF | DSF | DH |
| Non collaboration des DH (DG et DH dépendants – relations interpersonnelles) | | x | | x | x | | x | | | x | | x | |
| DSF : pas de volonté de s'inscrire dans l'ES, ne veut « qu'on vienne voir chez lui » | | x | x | | x | | | | | x | x | x | x |
| Personnalité du DG = Non soutien // Pb de matériel, financiers, investissement, fonctionnement | | | | x | | | | x | | | x | | |
| Difficultés relationnelles DSF/DSG (politique accueil étudiants, pb de stage) | | | | | | x | | x | | | | | x |
| Historique | | | | x | | | | | | | | | |
| Non partage d'infos, objectifs, politique connue | | | | | | | x | | | | | | x |
| DSI non compétent en multimédia | | | | | | | | | x | | | | |
| Formation considérée sans intérêt (non prioritaire, ne génère pas de finances,...) | | | | | | | | | x | | | | |
| Représentations que l'on a de la formation (« sous-catégorie »), intégration récente des instituts en équipe de direction | | | | | | | | | | x | x | x | |
| Problème de temps | x | | | | | | | | | | | | |
| Eloignement géographique institut / EPS | | | | x | | | | | | | | | |
| IFSI considéré comme « refuge pour les cadres en difficultés » | | | | | | x | | | | | | | x |

ANNEXE VI

Catégorie thématique : « Leviers favorisant le partenariat »

| Unités d'énumérations | CHA | | | CHB | | | CHC | | CHD | | CHE | CHF | CHG |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|-----|-----|----|-----|-----|----|-----|----|-----|-----|-----|
| | DSF | DH | DSG | DSF | DH | DSG | DSF | DH | DSF | DH | DSF | DSF | DH |
| DSF : Initiative/volonté +++/ doit des faire connaître, « montrer sa valeur ajoutée », moteur, promotion des projets formation | | | | x | | x | x | x | | x | x | x | |
| DSF : Participation aux gardes de direction | | | | x | x | | | | | | x | x | x |
| DSF : Participation aux projets institutionnels (« collaborateur/partenaire ») | | | | | | | x | | | | | x | |
| DSF : Favoriser l'implication des étudiants dans projets de l'EPS (déménagements, journées thématiques...) | | | | | x | | | | x | | | | |
| DSF : Réseau développé | | | | x | | | | | | | | | |
| DSF/DSG : Relations+++, communication sur le terrain | | | | | | x | | | | | x | x | |
| DH adjoints : Positionnement favorable //DSF et formation, considération, ouverture | | x | | x | | | | x | | | x | x | x |
| DH adjoints : Présence aux manifestations, interventions en formation | | x | | x | | | | | x | | x | x | x |
| DG : intérêt pour la formation, soutien, accueil étudiants, cérémonie de remise diplômes | | | | | | | | | x | | x | x | |
| DG : investi dans GCS | | | | | | | | | x | | | | x |
| Développer la formation continue pour personnel ES | | | | | | | | | | | | x | x |
| Recrutement personnel conjointement DRH/DSF/DSG | | | | | | x | | | x | | | x | x |
| Liens forts cadres formation/EPS | | | | | | x | | | | | | | |

ANNEXE VII

Catégorie thématique : « Valeur ajoutée pour l'institut de formation »

| Unités d'énumérations | CHA | | | CHB | | | CHC | | CHD | | CHE | CHF | CHG |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----|----|-----|-----|----|-----|-----|----|-----|----|-----|-----|-----|
| | DSF | DH | DSG | DSF | DH | DSG | DSF | DH | DSF | DH | DSF | DSF | DH |
| Institut : optimisation de la gestion globale (finances, entretien locaux...) | | | | | | | | | x | | | | |
| Etudiants : Pas en décalage, crédibilité de la formation | | | x | x | x | x | x | x | x | | x | x | x |
| Etudiants : situations concrètes d'apprentissage (cas//situations réelles) | | | | x | x | | | | | | x | | |
| Etudiants : Prestations par médecins ou intervenants de l'EPS facilitées | | | | | | | | | x | | | | |
| Transmission des savoirs auprès des jeunes | | | | x | | | | | | | | | |
| Etudiants : Places de stage | | | | | | | | | | x | | | x |
| Formateurs : Evolution professionnelle, retour EPS | | | | | | x | | | | | | | |
| Formateurs : Liens privilégiés avec le terrain | | | | x | | | | | | | | | |
| DSF : Ouverture à d'autres projets, vision stratégique | | | | x | | | x | | | x | | | |
| Partenariat institut/EPS favorise ouverture sur l'extérieur, la ville | | | | | | | | | | | | x | |
| Partenariat doit aboutir à une ouverture de la formation sur le territoire (GHT) | x | | | x | | | | | | | | | x |

ANNEXE VIII

Catégorie thématique : « Valeur ajoutée pour l'établissement gestionnaire »

| Unités d'énumérations | CHA | | | CHB | | | CHC | | CHD | | CHE | CHF | CHG |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|-----|-----|----|-----|-----|----|-----|----|-----|-----|-----|
| | DSF | DH | DSG | DSF | DH | DSG | DSF | DH | DSF | DH | DSF | DSF | DH |
| Etudiants avec formation de qualité, moteurs dans les services, évolution organisations, (transmissions ciblées,...) | | | | | | x | | x | | | | | |
| Participation des étudiants à la vie de l'EPS (transfert EHPAD, Journées thématiques, audits) | | | | | | x | | | | | | x | x |
| Evolution professionnelle des cadres, alternance gestion/formation (opportunité appropriation du référentiel) | | | | | | x | | | | x | | | x |
| Laboratoire de simulation, de compétences à disposition | | | | | x | | | | | | x | | |
| Participation des professionnels à l'activité de l'institut (concours) | | | | | x | | | | | | | | |
| Politique de stage, de formation co-construite, adaptée | | | | x | x | | | | x | x | x | x | x |
| Recrutement -Fidélisation des personnels – Vivier – remplacements ponctuels | | | | x | x | | | x | | x | | | x |
| DSF force proposition pour EPS | | | | | | | | | | | x | | |
| Participation au rayonnement de l'EPS (budget EPS + « consistant ») | | | | x | | | | | | x | | | |
| Permet de rencontrer des élus (conseil régional) sur certains dossiers) | | | | | | | | | | x | | | |
| Participation conjointe ES/institut à la nouvelle organisation territoriale (GHT), attractivité sur le territoire | | x | | x | | | | | | | | x | x |

ANNEXE IX

Catégorie thématique : « Parcours et profil du directeur des soins en formation »

| Unités d'énumérations | CHA | | | CHB | | | CHC | | CHD | | CHE | CHF | CHG |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|-----|-----|----|-----|-----|----|-----|----|-----|-----|-----|
| | DSF | DH | DSG | DSF | DH | DSG | DSF | DH | DSF | DH | DSF | DSF | DH |
| Compétences en pédagogie | x | | | +/- | | +/- | | | | | +/- | +/- | |
| Expérience en gestion | | | x | | x | | | x | | | | | x |
| Compétences managériales | | x | | x | x | x | | | x | | | x | x |
| Compétences organisationnelles | | | | | | | | | x | | | x | |
| Compétences relationnelles | | | | | x | x | | x | x | | | x | x |
| Autonomie | | | | | x | x | | | x | | | x | |
| Volonté de co-construction avec DG, DSG et DH | | x | | x | | x | x | x | x | x | x | x | x |
| Capacités d'innovation/prospective (différenciation, projets de recherche, en formation continue) | | | | | | x | | | | | | | x |
| Ouverture sur l'extérieur (Ville, territoire, associations,...) | | | | | | x | | | x | | x | | |

DIRECTEURS DES SOINS

Promotion 2015

Le partenariat entre le directeur d'institut de formation et l'équipe de direction de l'établissement support : quelle valeur ajoutée ?**Résumé :**

La gouvernance de la formation a beaucoup évolué au cours de ces dernières années avec d'une part la loi relative aux libertés et responsabilités locales de 2004 et d'autre part le texte relatif à la réingénierie des études infirmières en 2009. Désormais, les instituts de formation relèvent de plusieurs tutelles dont l'établissement de santé support qui en assure la gestion.

Ce mémoire s'intéresse aux relations partenariales du directeur des soins. Notre questionnement de départ interrogeait les enjeux et les perspectives d'un partenariat entre le directeur des soins de l'institut de formation et l'équipe de direction de l'établissement de santé support. A ce jour, cette collaboration demeure encore à géométrie variable pour certains sites enquêtés tandis qu'elle est fortement développée pour d'autres.

La relation partenariale repose sur une démarche volontariste du directeur d'institut mais aussi sur un soutien du directeur général et une adhésion des collègues des différentes directions. L'investissement de la fonction, le positionnement au sein de l'institution est déterminant. Une co-construction des projets doit s'opérer et chacun doit être convaincu des enjeux des partenariats développés en termes d'attractivité pour chaque institution afin de développer secondairement une culture commune. Une démarche qualité, en cohérence avec celle du centre hospitalier est à engager. Plus largement, c'est un partenariat territorial que le directeur des soins devra initier pour faire face au nouvel enjeu de coordination des formations initiales.

Mots clés

Co-construction – Communication – Directeur des soins - Equipe de direction – Etablissement de santé support – Institut de formation – Partenariat – Projet – Territoire – Valeur ajoutée