



EHESP

Filière Directeur des Soins

Promotion : **2015**

Date du Jury : **Décembre 2015**

**Un projet d'institut de formation
paramédicale au service du territoire :
un enjeu stratégique pour le directeur
des soins**

Christine MARCHAL

Remerciements

J'adresse mes sincères remerciements à toutes les personnes qui ont contribué, par leur disponibilité et leurs conseils avisés, au cheminement de ma réflexion tout au long de la réalisation de ce mémoire.

.

Sommaire

Introduction.....	5
1 Cadre de référence.....	11
1.1 Une mutation de l'environnement de la santé.....	11
1.1.1 L'évolution des besoins de santé et des modes de prise en charge.....	11
1.1.2 La logique de territoire.....	16
1.2 Le projet d'institut : un outil stratégique.....	20
2 Enquête de terrain.....	23
2.1 Méthodologie de l'enquête.....	23
2.2 Analyse des résultats.....	24
2.2.1 Prendre en compte l'environnement.....	24
2.2.2 Affirmer le positionnement de l'institut sur le territoire.....	30
2.2.3 Préparer les professionnels à l'exercice de demain.....	33
2.3 Synthèse de l'enquête.....	35
3 Un positionnement territorial à construire.....	36
3.1 Développer une stratégie d'ouverture sur le territoire.....	36
3.1.1 Par une politique de communication.....	36
3.1.2 Par un renforcement des collaborations.....	37
3.2 Développer des projets innovants.....	41
3.2.1 En formation initiale.....	41
3.2.2 En formation continue.....	43
Conclusion.....	45
Bibliographie.....	47
Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ARS : Agence Régionale de Santé

CPR : Conseillère Pédagogique Régionale

CR : Conseil Régional

CTR : Conseillère Technique Régionale

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DH : Directeur d'hôpital

DI : Directeur d'institut

DS : Directeur des soins

EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

HCAAM : Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie

HPST : Hôpital, Patient, Santé et Territoire

SRFSS : Schéma Régional des Formations Sanitaires et Sociales

TICE : Technologies de l'Information et de la Communication pour l'Enseignement

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

« It is today we must create the world of the future »

Eleanor Roosevelt

Introduction

Dans la société, les entreprises, quel que soit leur domaine d'activité, sont soumises à des évolutions permanentes de leur environnement. L'enjeu pour chacune est de comprendre et d'anticiper les mutations de cet environnement pour adapter leur stratégie et préserver leur place dans un monde devenu de plus en plus contraint et concurrentiel. Les enjeux de légitimité et de survie les conduisent à définir des stratégies pour maintenir leurs compétences et apporter des réponses adéquates aux besoins et aux attentes de leurs clients. Comme le souligne Giorgio Pellicelli : « *Le futur appartient aux entreprises, [...] qui savent choisir et adapter continuellement leurs stratégies [...] l'entreprise crée de la valeur quand elle adapte constamment ses compétences aux opportunités et aux menaces provenant de l'environnement extérieur* »¹.

Le monde de la santé n'échappe pas à cette logique au regard d'un environnement qui subit actuellement de multiples transitions : « *une transition démographique avec un vieillissement de la population, une transition épidémiologique avec l'augmentation des maladies chroniques et des poly pathologies, une transition technologique avec l'avènement de nouveaux outils de communication et d'information, une transition professionnelle avec l'émergence de nouveaux modes d'exercice et une transition démocratique avec une évolution de la place et de la parole de l'utilisateur* »².

L'évolution des besoins de santé de la population, le cloisonnement persistant du système de santé et l'existence de fortes inégalités sociales et territoriales ont constitué les bases d'une nouvelle politique de santé traduite dans le projet de loi de « *modernisation de notre système de santé* », porté par Marisol Touraine, Ministre des Affaires Sociales, de la Santé et du Droit des Femmes, dont la finalité est « *de renforcer la prévention et la promotion de la santé, de faciliter au quotidien le parcours de santé des Français, d'innover pour garantir la pérennité du système de santé et de renforcer l'efficacité des politiques publiques et la démocratie sanitaire.* »³

Cette nouvelle loi, dont l'application est prévue à partir de janvier 2016, a notamment pour objectif de renforcer l'approche territoriale de l'offre de soins afin de favoriser la coordination des différents acteurs et mieux accompagner les usagers dans leur parcours de santé, en effet « [...] *la coordination autour d'un patient n'est souvent possible dans de*

¹ PELLICELLI Giorgio., Stratégie d'entreprise, Bruxelles, De Boeck, 2007, p.7

² CHAMBAUD Laurent, directeur de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique(EHESP), Introduction à la formation de directeur des soins cours du 05 janvier 2015

³ Projet de loi relatif à la santé NOR:AFSX1418355L/Bleue-1 étude d'impact 14 octobre 2014, p.4 http://www.legifrance.gouv.fr/content/download/7221/101960/version/1/file/ei_sante_cm_15.10.2014.pdf%20impact%20loi%20de%20sante_.consulté le 25 juillet 2015

bonnes conditions que si l'organisation territoriale globale a été adaptée pour anticiper les situations de rupture dans les parcours.»⁴

Des rapprochements entre les structures de santé et une réelle coopération entre les professionnels de santé sont attendus par le biais de nouveaux modes d'exercice pluri professionnel, pour garantir une offre de soins sans ruptures dans la prise en charge des patients. La perspective de création des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) s'inscrit dans cette logique, comme l'indique le rapport de Jacqueline Hubert et Frédéric Martineau: « *Chacun doit pouvoir accéder au meilleur soin, au meilleur moment, et au meilleur endroit. Pour cela, le GHT doit permettre de :*

- *Garantir une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité ;*
- *Mettre en place une gradation des soins hospitaliers et développer des stratégies médicales et soignantes de territoire, orientées par les besoins de santé de leur bassin d'implantation ;*
- *Elaborer un projet médical partagé qui porte sur toutes les activités et organise une offre de soins de proximité et de recours. »⁵*

Parmi les opérateurs du système de santé, les instituts de formation des professionnels paramédicaux⁶ sont également concernés par ces multiples mutations. Les missions des instituts de formations sont définies règlementairement: « *la formation initiale des professionnels pour lesquels l'institut est autorisé , la formation préparatoire à l'entrée dans les instituts de formation, la formation continue des professionnels incluant la formation d'adaptation à l'emploi, la documentation et la recherche d'intérêt professionnel »⁷. Dans le respect des exigences de leurs différentes tutelles, leur objectif est de former des professionnels capables de répondre aux besoins de santé des usagers et capables de s'adapter à différents modes d'exercice.*

Les instituts ont toujours été amenés à prendre en compte l'évolution de leur environnement, qui est plus large que le domaine de la santé. Les différentes réformes telles que la Validation des Acquis de l'Expérience⁸, le transfert de la responsabilité des

⁴ *Ibid.*, p.55

⁵ HUBERT Jacqueline., MARTINEAU Frédéric, Missions Groupements Hospitaliers de Territoire, Rapport intermédiaire, Mai 2015, p.6

⁶ Pour faciliter la lecture nous utiliserons ensuite « Instituts » pour désigner « Instituts de formation des professionnels paramédicaux »

⁷ Article 3 de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif aux autorisations des instituts de formation préparant aux diplômes d'infirmier, infirmier de bloc opératoire, infirmier anesthésiste, puéricultrice, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute, manipulateur d'électroradiologie médicale, aide-soignant, auxiliaire de puériculture, ambulancier, technicien de laboratoire d'analyses biomédicales, cadre de santé et aux agréments de leur directeur

⁸ Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale

formations sanitaires et sociales aux Conseils régionaux⁹, l'entrée dans le système Licence-Master-Doctorat avec la réingénierie de certaines formations paramédicales, les évolutions des outils pédagogiques ont constitué au cours de la dernière décennie des changements notables pour le fonctionnement et le positionnement des instituts sur leur territoire.

Depuis la loi du 13 août 2004, relative aux libertés et responsabilités locales, le Conseil régional détient un rôle pivot dans le pilotage des formations sanitaires et sociales en veillant à la cohérence du lien entre la formation et l'emploi. C'est dans ce cadre qu'un institut doit orienter son offre de formation au regard des différents enjeux du Conseil régional :

« En termes d'emploi : le secteur sanitaire et social revêt un dynamisme économique indéniable. [...] Dans un contexte tout à la fois marqué par une augmentation du chômage et l'augmentation des besoins en termes de professionnels qualifiés [...], ce secteur comme la formation de ces professionnels revêt un caractère éminemment stratégique.

En termes de cohésion sociale et de santé : le secteur sanitaire et social s'inscrit dans des missions de service public, répondant à des enjeux de santé publique et de cohésion sociale. [...] Les SRFSS¹⁰ intègrent ainsi des objectifs transversaux aux PRDF¹¹, parmi lesquels: l'élévation du niveau de qualification de la population, travail sur l'égalité d'accès à ces formations (lutte contre l'image féminisée des métiers, mise en place de bourses pour les étudiants...), articulation des formations sanitaires et sociales avec l'ensemble des voies de qualification (formation initiale, formation continue, apprentissage, VAE, etc.) »¹². Les questions de l'emploi et de l'accès à des niveaux de qualification professionnelle de la population constituent des préoccupations prioritaires des Conseils régionaux, pour lesquelles est attendue une contribution spécifique des instituts.

Dans le cadre de cette loi, le financement des dépenses de fonctionnement et d'équipement des instituts de formation mentionnés à l'article L. 4383-3 du code de la santé publique a été transféré aux Conseils régionaux. Ainsi, le directeur d'institut est tenu à l'obligation de maintenir un équilibre financier entre les recettes perçues et les dépenses engagées au titre des activités de son établissement. Sa responsabilité dans la gestion administrative et financière de sa structure influence ses orientations stratégiques et son positionnement sur le territoire. Compte tenu des contraintes financières de plus en plus prégnantes, le directeur d'institut est confronté à des exigences d'efficience budgétaire pour garantir la pérennité de ses activités.

⁹ Article 73 de la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales

¹⁰ Schéma Régional des Formations Sanitaires et Sociales

¹¹ Lire Programme Régional de Développement des Formations

¹² <http://www.wikiterritorial.cnfpt.fr/xwiki/wiki/econnaissances/view/NotionsCles/Lesschemasregionauxdesformationssanitairesetsociales> consulté le 6 septembre 2015

Les évolutions de l'organisation du système de santé, inscrites dans la future loi de santé, sont caractérisées par le renforcement de la dimension territoriale de l'offre de soins. Cette logique implique des changements de pratiques et de positionnement des professionnels de santé au niveau de l'accompagnement des patients dans leur trajectoire de soins, de santé et de vie. Le développement des prises en charge en ambulatoire impose de nouveaux modes d'organisation et de coordination de parcours de soins dans le champ du curatif, de l'éducation, de la prévention et de la réhabilitation.

La perspective de l'organisation d'une offre de soins hospitaliers sous la forme de GHT intègre une dimension d'homogénéisation des compétences des professionnels de santé, au service d'une qualité de soins identique sur l'ensemble du territoire. A ce titre, le projet de loi de modernisation de notre système de santé prévoit en son article 27: *« L'établissement support désigné par la convention constitutive assure les fonctions suivantes, pour le compte des établissements parties au groupement : [...]*

3° La coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale du groupement et des plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels des établissements du groupement.» La question de la formation des professionnels devient un enjeu pour la qualité de l'offre de soins territoriale attendue par les pouvoirs publics et les usagers. Comme le soulignent Jacqueline Hubert et Frédéric Martineau dans leur rapport : *« la démarche qualité au sein des établissements passe par la formation des équipes médicales et soignantes, par l'harmonisation de leurs protocoles de prise en charge et par la diffusion des bonnes pratiques. C'est la raison pour laquelle il nous semble essentiel d'organiser une politique unifiée de formation continue et de développement professionnel des équipes. Cette mutualisation permettra aux équipes de bénéficier des mêmes formations, d'acquérir les mêmes compétences et d'harmoniser leurs pratiques sur l'ensemble du territoire du GHT.*¹³

Dans la perspective d'une direction d'institut de formation paramédicale, nous portons une attention particulière à toutes ces mutations. Afin de relever les défis inhérents à ce contexte en pleine évolution, il nous semble essentiel de décliner le projet d'institut à partir d'une vision prospective et stratégique de notre positionnement sur le territoire.

Ce sujet nous semble d'actualité et important à étudier pour assumer les responsabilités inhérentes à notre future fonction de directeur des soins chargé de la coordination générale d'un institut de formation. Dans le cadre de notre formation à l'Ecole des Hautes Ecoles en Santé Publique(EHSP), ce choix se tisse dans le droit fil des orientations de l'école :

¹³ HUBERT Jacqueline, MARTINEAU Frédéric, Missions Groupements Hospitaliers de Territoire, Rapport intermédiaire, op.cit. p.36

«1- En qualité d'Etablissement d'enseignement supérieur et de recherche, être force de proposition, lieu de débat, et accompagner les évolutions de notre système de santé en lien avec ceux d'autres pays pour répondre aux enjeux d'aujourd'hui et pour relever les défis de demain

2. Mieux comprendre et participer à la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé.»¹⁴.

En tant qu'acteur de santé publique, nous inscrivons notre réflexion dans les cinq thématiques, définies comme stratégiques par l'EHESP¹⁵, plus particulièrement dans les politiques sociales et de santé, le management des organisations de santé, la promotion de la santé et la prévention.

Le travail que nous souhaitons mener a pour objet de nous permettre de développer différentes compétences en lien avec notre future fonction. En regard du référentiel de compétences des directeurs des soins, celles-ci se situent notamment dans les champs suivants: *« Implication dans la conception, la conduite et le suivi de projets dans les différents champs contribuant au bon fonctionnement de la structure ; Identification des besoins et répartition des ressources disponibles ; Contribution au développement des partenariats et des spécificités pour la continuité de la prise en charge de l'utilisateur ; Contribution aux processus des décisions institutionnelles et à l'accompagnement de leurs mises en œuvre.»¹⁶.*

Les premiers éléments du contexte de notre problématique nous amènent à articuler notre réflexion autour de la question suivante :

En quoi les évolutions actuelles du système de santé et son organisation territoriale vont-elles se traduire en opportunités dans les choix stratégiques du directeur d'institut de formation paramédicale pour élaborer son projet d'établissement ?

Afin de répondre à cette problématique, nous émettons les deux hypothèses suivantes :

- **Le renforcement de la logique territoriale dans le domaine de la santé conduit le directeur d'institut de formation paramédicale à inscrire son établissement dans une stratégie de coopération et de partenariat sur le territoire**

¹⁴ Contrat d'objectifs et de performance 2014-2018 de l'EHESP, p.5

¹⁵ *Ibid.*, p.5

¹⁶ Référentiel de compétences des directeurs des soins, EHESP, Direction des Études Filière de formation des directeurs des soins, Décembre 2011, Mise à jour décembre 2014

- **Les Technologies de l'Information et de la Communication pour l'Enseignement et l'apprentissage par la simulation constituent des opportunités à saisir par le directeur d'institut pour proposer des dispositifs de formation initiale et continue en adéquation avec les besoins des structures de santé de son territoire**

Afin de cerner les mécanismes et les enjeux des évolutions qui s'opèrent dans l'environnement des instituts, nous nous appuierons dans un premier temps sur un cadre de référence qui développera différents aspects de la mutation du monde de la santé et l'intérêt du projet en tant qu'outil au service de la stratégie de l'institut. En second lieu, nous présenterons les résultats de notre enquête. Enfin, en nous appuyant sur les éclairages apportés par cette étude nous formulerons des préconisations pour répondre à notre question de départ.

1 Cadre de référence

1.1 Une mutation de l'environnement de la santé

1.1.1 L'évolution des besoins de santé et des modes de prise en charge

Les progrès en matière de diagnostic et de traitement des pathologies ont modifié le paysage de la santé. Ils ont permis de guérir définitivement certaines maladies et de vivre plus longtemps avec d'autres.

L'espérance de vie continue d'augmenter, en témoignent les résultats des projections démographiques de l'Insee : « *Au 1^{er} janvier 2050, [...], la France métropolitaine compterait 70,0 millions d'habitants, soit 9,3 millions de plus qu'en 2005. [...] En 2050, 22,3 millions de personnes seraient âgées de 60 ans ou plus contre 12,6 millions en 2005, soit une hausse de 80 % en 45 ans. Une personne sur trois aura 60 ans ou plus.* ».¹⁷

Ce phénomène de vieillissement de la population contribue à l'accroissement des maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, diabète, cancer, maladies neuro-dégénératives) et à l'augmentation de la perte d'autonomie des personnes atteintes d'incapacités fonctionnelles. S'agissant des maladies chroniques, il est à noter que : « *[...] plus de 15 millions de Français souffrent d'une maladie chronique. Parmi eux, plus de 9 millions sont inscrits en affection de longue durée (ALD), soit 14 % de la population. [...] Or, ces affections, qui s'inscrivent dans le temps et qui peuvent s'accompagner de comorbidités, nécessitent des prises en charge complexes.* »¹⁸

De ce fait, notre société est confrontée aujourd'hui à trois défis majeurs que représentent le vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques, dont le développement important des maladies neuro-dégénératives, constituant une véritable transition démographique et épidémiologique.

Il est à noter également l'existence d'importantes inégalités sociales en matière de santé liées à une inégalité d'accès aux soins aussi bien dans le champ de la prévention que du curatif, comme le démontre l'étude de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) : « *À âge et à sexe égal, l'existence et l'importance des problèmes de santé sont d'abord liées à la position sociale et au niveau d'études. Tous les indicateurs – que ce soit l'état général de santé déclaré, la mortalité, la mortalité prématurée, l'espérance de vie, la morbidité déclarée ou mesurée, ou le recours aux soins – font apparaître un gradient selon la catégorie professionnelle ou le niveau*

¹⁷ Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050, Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1089, consulté le 18 septembre 2015

¹⁸ Lettre d'information de la HAS n° 33 - Octobre-décembre 2012, http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1301349/fr/maladies-chroniques-une-vision-renovee-du-parcours-de-soins consulté le 20 septembre 2015

d'études : on observe une diminution graduelle du risque tout au long de la hiérarchie sociale, sans aucun effet de seuil.»¹⁹.

C'est ainsi que Marisol Touraine, Ministre de la santé , des affaires sociales et du droit des femmes, avait présenté, le 23 septembre 2013, la stratégie nationale de santé, prévoyant « (...) *à la fois de faire enfin de la prévention une priorité, de combattre les injustices et les inégalités de santé et d'accès au système de soins, d'adapter le système de santé français aux besoins des patients, ainsi qu'aux mutations qui sont à l'œuvre, comme par exemple le vieillissement de la population, le développement des maladies chroniques, l'exigence d'information, la proximité territoriale.*»²⁰

Ces évolutions des problématiques de santé vont générer des prises en charges de plus en plus spécifiques et complexes et exiger le développement des compétences solides dans les dimensions préventive et curative des soins et dans le domaine de l'accompagnement, notamment auprès des personnes âgées, des personnes handicapées et des personnes souffrant de maladies chroniques. En outre, ces dernières sont de plus en plus nombreuses à souhaiter vivre et être accompagnées à leur domicile. S'agissant des personnes handicapées, une demande croissante de rester dans leur lieu de vie s'observe suite à la loi du 11 février 2005,²¹ qui a valorisé le projet de vie et créé la Prestation de Compensation du Handicap permettant de soutenir les aides et les aménagements du domicile. L'offre de soins à domicile s'est développée mais nécessite une professionnalisation des métiers d'aide afin de répondre de façon pertinente à leurs besoins. A ce titre, dans le cadre du projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement, le plan pour les métiers de l'autonomie prévoit une réforme des diplômes des métiers de l'accompagnement des personnes âgées et handicapées avec la création d'un nouveau diplôme issu de la fusion du diplôme d'auxiliaire de vie sociale et du diplôme d'aide médico-psychologique. L'architecture de ce nouveau diplôme doit permettre « *de former des professionnels plus polyvalents, bénéficiant des apports de cultures professionnelles aujourd'hui cloisonnées [...] Au lieu d'avoir des diplômes étanches par domaine d'intervention [...], il s'agirait d'aller vers [...] la création d'un nouveau diplôme de niveau V de travail social, commun aux secteurs sanitaire, social et médico-social (domicile et établissements), centré sur le domaine des actes nécessaires*

¹⁹L'état de santé de la population en France, RAPPORT 2015, mise à jour février 2015, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) <http://www.drees.sante.gouv.fr/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-edition-2015,11406.html>, consulté le 18 septembre 2015

²⁰<http://www.gouvernement.fr/conseil-des-ministres/2015-06-24/la-preparation-de-la-grande-conference-sur-la-sante>, consulté le 11 septembre 2015

²¹Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

à l'aide aux personnes ne pouvant plus réaliser elles-mêmes les actes de la vie courante, tant au sein des établissements et structures qu'à domicile.»²²

Dans un autre domaine, le développement de la chirurgie ambulatoire²³ est devenu une priorité nationale pour la Haute Autorité de Santé (HAS) avec l'objectif d'atteindre un taux d'activité de plus de 50% à l'horizon 2016. Avec l'avènement de ce mode d'activité chirurgicale, qui permet le retour à domicile du patient le jour même de son intervention, la gestion de l'amont et de l'aval de sa prise en charge hospitalière devient une priorité, afin de fluidifier son parcours et éviter des ré-hospitalisations inutiles. Ce mode de prise en charge ambulatoire, qui se développe également pour les activités de médecine, nécessite des compétences spécifiques pour organiser un retour à domicile sécurisé tant pour la continuité des soins que pour l'accompagnement de la personne dans sa vie quotidienne.

Le projet de loi de modernisation de notre système de santé met également un accent fort autour de la prévention et de l'éducation à la santé, incluant l'éducation thérapeutique. Introduite par le plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques (2007-2011) et réaffirmée par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative au patient, à la santé et aux territoires (loi HPST), l'éducation thérapeutique est reconnue comme un élément essentiel pour la qualité de la prise en charge du patient. Des outils méthodologiques sont mis à disposition des professionnels pour accompagner les patients vers une gestion la plus autonome possible de leur pathologie. Les professionnels de santé doivent être sensibilisés à ces dimensions de prévention et d'éducation, à promouvoir aussi bien dans les établissements de santé que dans les structures extra hospitalières et les lieux de vie. Les instituts ont un rôle important à jouer dans ce domaine pour ancrer les actions de prévention et d'éducation dans la formation des futurs professionnels de santé.

Quelque soit le domaine, la notion de parcours devient aujourd'hui le point central autour duquel doit s'articuler l'offre et l'organisation des soins, comme l'a stipulé le Premier ministre, le 16 janvier 2013, dans sa déclaration de politique générale : *« C'est dorénavant à partir du parcours de la personne, patient, personne âgée, personne handicapée, que doit s'organiser le système de santé, pour supprimer peu à peu les ruptures dans la prise en charge provoquées par les cloisonnements. Il s'agit de structurer le système de santé*

²²Plan pour les métiers de l'autonomie, Document de concertation, consultable sur http://www.amadom.fr/offres/file_inline_src/396/396_P_10321_7.pdf, consulté le 17 septembre 2015

²³. Le décret n° 2012-969 du 20 août 2012 précise que « les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires dispensent les prises en charge (...) d'une durée inférieure ou égale à douze heures, ne comprenant pas d'hébergement, au bénéfice de patients dont l'état de santé correspond à ces modes de prise en charge...»

autour de la notion de parcours de soins, en donnant sa juste place à l'hôpital. [...] Il s'agit enfin de définir le rôle respectif des professionnels de santé et de promouvoir le travail en équipe sur le territoire et autour de la personne, pour améliorer les conditions de sa prise en charge, [...]»²⁴.

Il s'agit d'un véritable enjeu de santé publique, mais également un enjeu pour le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM), qui, dès 2012, cherchait à promouvoir la notion de parcours de soins coordonnés au regard d'un trop grand cloisonnement entre les soins de ville, les soins hospitaliers, et les soins médicosociaux, freinant une prise en charge globale des patients : « [...] *des défauts de coordination sont autant de facteurs de non-qualité qui sont en même temps des coûts évitables pour l'assurance maladie.* »²⁵ La question de l'efficacité des réponses apportées aux besoins de santé de la population doit aujourd'hui s'aborder par un changement culturel dans les modes de prises en charge et chez l'ensemble des professionnels, tel que le préconise le HCAAM : « *La médecine de « parcours » demande un travail soignant plus collectif. Elle appelle la combinaison de soins de premier recours « populationnels », c'est-à-dire tournés vers la prise en charge globale des besoins de santé d'une population sur un territoire donné, et d'une médecine [...] de plateau technique, [...] aux moments qui l'exigent. Cela suppose d'abord de renforcer, à tous les niveaux, les dimensions pluri professionnelles du travail soignant, et de considérer que les fonctions de coordination assurées par les soignants eux-mêmes font intrinsèquement partie du soin.* »²⁶.

Même si la cohérence de l'offre de soins a toujours été au cœur des préoccupations des politiques de santé, la notion de coordination des acteurs apparaît aujourd'hui comme une condition indispensable pour garantir une fluidité dans la réponse aux besoins des personnes au sein de leurs parcours de santé, de soins et de vie. Ainsi le mentionnent Marie-Aline Bloch et Léonie Hénaut : « *Alors que les efforts des pouvoirs publics ont longtemps été consacrés à la mise en cohérence de l'offre de soins et de service existante, [...], il s'agit désormais de partir des besoins des personnes pour faire évoluer cette offre. Le problème n'est plus seulement de créer du lien entre les différentes structures du système de santé [...] mais de faire surtout en sorte que ces dernières offrent un cheminement adapté aux besoins des personnes.* »²⁷. En effet, l'organisation

²⁴ Conseil des ministres du 16 janvier 2013, Annonce de la stratégie nationale de santé par le Premier ministre
<http://archives.gouvernement.fr/ayrault/gouvernement/la-strategie-nationale-de-sante-0.html>, consulté le 17 septembre 2015

²⁵ Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie : les options du HCAAM, Avis adopté à l'unanimité lors de la séance du 22 mars 2012, p.15
http://www.securitesociale.fr/IMG/pdf/l_avenir_de_l_assurance_maladie_les_options_du_hcaam.pdf, consulté le 16 août 2015

²⁶ *Ibid.* p.16

²⁷ BLOCH Marie-Aline, HÉNAUT Léonie., Coordination et parcours, La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social, Paris, Dunod, 2014, pp 95-96

coordonnée du parcours ne peut se penser efficiente que si les différents intervenants s'engagent dans une mobilisation pertinente et complémentaire de leurs compétences :

« Cette meilleure coordination appelle ainsi à trouver, autour de chaque malade, des formes nouvelles de partage des tâches entre soignants – autrement dit à transformer en profondeur ce que les économistes appelleraient la « fonction de production » des soins – en se laissant guider par l'utilisation optimale des compétences professionnelles de chacun. »²⁸.

Face à ces différentes mutations du paysage de la santé, une meilleure coordination s'impose entre les professionnels du soin et ceux du social, entre l'hôpital et le domicile au sein des parcours de soins des usagers. Comme le mentionne la Haute Autorité de Santé (HAS) : *« Médecins généralistes et spécialistes, en ville ou à l'hôpital, ainsi que diététiciens, psychologues, infirmiers, kinésithérapeutes, intervenants sociaux... sont invités à mieux combiner leurs compétences. C'est donc un parcours de santé que nous devons organiser permettant une approche intégrée entre la prévention, le soin et la prise en charge médicosociale. Cette démarche de qualité passe par un décloisonnement entre les différents professionnels et institutions, pour trouver le bon soin, au bon endroit et au bon moment »²⁹.*

Même si depuis quelques années, différents dispositifs ont permis de coordonner des activités médico-sociales et ont démontré l'amélioration du service rendu aux patients, notamment dans le cadre des réseaux de santé, des filières de soins, des Centres Locaux d'Information et de Coordination gérontologique (CLIC) ou d'expérimentations plus récentes comme, par exemple, les Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer (MAIA), les Parcours des personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA), il n'en demeure pas moins que cette offre est souvent dédiée à une population atteintes de problématiques spécifiques.

Or, l'offre de soins doit être réfléchi dans une dimension à la fois sanitaire et sociale, et s'incarner dans un renforcement d'une prise en charge pluri professionnelle tel que le préconise le HCAAM : *« La qualité du soin ne peut alors s'apprécier que de manière globale, comme la qualité du « parcours » de soins de la personne malade, appréhendé dans sa totalité. Pour cela, les questions de coordination sont évidemment déterminantes, entre les différentes prises en charge sanitaires, mais aussi entre les prises en charge sanitaires et sociales. L'intervention adéquate des professionnels du secteur social fait partie intégrante du processus soignant. »³⁰* Cette vision de prise en charge pluri professionnelle implique une bonne connaissance mutuelle entre les différents acteurs du

²⁸ Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie : les options du HCAAM, op.cit. p.17

²⁹ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1301349/fr/maladies-chroniques-une-vision-renovee-du-parcours-de-soins, consulté le 18 septembre 2015

³⁰ Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie : les options du HCAAM, op.cit. p.14

sanitaire et du social en termes de localisation sur le territoire mais aussi de périmètre de compétences.

Les évolutions des systèmes d'information et de communication et des techniques médicales (télémédecine³¹, dossier informatisé...) viennent également bouleverser les organisations de travail et nécessitent de nouvelles compétences au sein d'équipes qui vont collaborer de plus en plus souvent par l'intermédiaire d'espaces virtuels.

La communication entre la médecine de ville et les établissements de santé sera renforcée notamment au travers de la télémédecine afin de faciliter le suivi d'hospitalisation et la coordination de la prise en charge.

Les professionnels de santé de demain devront connaître et comprendre ce nouveau paysage d'organisation des soins, afin de mieux intégrer leur rôle et leur place, qui seront modifiés en profondeur au niveau des modalités de soins et de l'accompagnement des patients. Ils devront acquérir les compétences liées aux prises en charge pluridisciplinaires et coordonnées dans le cadre des nouveaux modes d'exercice. Les professionnels seront amenés de plus en plus à exercer au sein de structures ambulatoires, de réseaux de soins, de centres de santé ou de maisons de santé pluridisciplinaires. Compte tenu de ces évolutions il convient de les initier et de les préparer à ces pratiques professionnelles dès leur formation initiale.

1.1.2 La logique de territoire

L'approche territoriale de l'offre de soins existe depuis de nombreuses années. Elle a été initiée de manière très novatrice dans le domaine des soins psychiatriques dès les années 1960 et s'est progressivement développée au gré des réformes successives du système de santé. Comme l'explique Jean-François Popielski³², « *La psychiatrie française est une pionnière qui crée l'organisation territoriale en santé à travers le secteur dès 1960[...]* Confronté à un encombrement des lits lié à la nature des soins mis en œuvre, la psychiatrie propose une organisation territoriale dès la fin des années 50. La circulaire du 15 mars 1960 instaure un nouvel espace géographique : le secteur. Les départements sont divisés en un certain nombre de secteurs géographiques au sein desquels la même équipe médico-sociale, alors confondue, assure pour les malades hommes et femmes la continuité indispensable entre dépistage et traitement : la continuité des soins est

³¹Art 78 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative au patient, à la santé et aux territoires (loi HPST) : « La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients. »

³² Directeur des soins, établissement public de santé mentale Erasmé, Antony (Hauts-de-Seine)

instaurée. L'articulation entre prévention, soins hospitaliers et soins ambulatoires se pose déjà.»³³. Dans cette démarche apparaît clairement à ce moment une première notion de territoire de proximité, avec une offre de soins pluri professionnelle permettant une prise en charge du patient continue et coordonnée, qui n'est pas uniquement centrée sur la structure hospitalière.

Il est à noter également dans la même période, la parution, en 1962, du rapport Laroque³⁴, relatif à la politique sur la vieillesse, qui pointait une insuffisance de liaison entre les services et une absence de politique globale pour assurer le suivi des personnes âgées qui, pour une grande majorité à l'époque, souffraient de pauvreté et d'isolement. Ce rapport a abouti à la mise en œuvre d'une politique de revalorisation des retraites, de construction de logements et de création des clubs du 3^{ème} âge. Il s'agissait bien déjà d'une réflexion autour de la nécessité de coordination et d'une préoccupation anticipée du parcours de santé des personnes âgées sur les territoires.

Depuis les années 1970, plusieurs réformes ont successivement développé des outils d'organisation territoriale de l'offre de soins : « *La loi hospitalière du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière crée la carte sanitaire sur la base d'une appréciation quantitative des installations et des équipements mis à disposition des patients, sur la base d'un découpage du territoire en zone sanitaire.* »³⁵ Dans le champ de la santé mentale le législateur est venu encadrer les dispositions de la circulaire de 1960 sur la sectorisation psychiatrique : « *La loi du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique consacre un territoire de prise en charge qualifié de «secteurs» et d'inter-secteur en psychiatrie infanto-juvénile [...].* »³⁶ Par la suite, la loi du 31 juillet 1991, avec la création du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire « *renforce encore plus l'aspect régional du système de santé et son ancrage dans le cadre territorial [...].* »³⁷

L'ordonnance du 4 septembre 2003 fait apparaître la notion de territoire de santé qui vient se substituer à celle de secteur sanitaire « *permettant ainsi d'intégrer une meilleure prise en compte de l'action territoriale dans le domaine de la planification sanitaire et des évolutions du système de santé.* »³⁸

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative au patient, à la santé et aux territoires (HPST) définit une nouvelle approche territoriale par la création des agences régionales de santé(ARS), chargées de décliner la politique de santé publique nationale au niveau régional. La loi redéfinit le découpage géographique dans le champ de la santé

³³ POPIELSKI Jean-François, *Directeur des soins, Acteur de la politique de santé mentale au cœur du territoire de santé*, Revue hospitalière de France, N°564, juin 2015

³⁴ Rapport LAROQUE, « *Politique de la vieillesse* », 1962, <http://www.ehpa.fr/actualite/reedition-du-rapport-laroque-le-temps-passe-rien-ne-change>, consulté le 18 septembre 2015

³⁵ MARIN Philippe, Directeur des études de l'EHESP, professeur associé de droit public à l'Université de Rennes-I, *Le territoire de santé : un nouveau cadre en santé pour un exercice coordonné et intégré* », Les cahiers de la fonction publique, N° 343, Mai 2014, p.53

³⁶ *Ibid.*, p.53

³⁷ *Ibid.*, p.53

³⁸ *Ibid.*, p.53

et du médico-social dans une logique de décloisonnement et de transversalité des interventions, afin de favoriser une organisation mieux ancrée dans les territoires, au plus proche des besoins des patients. L'objectif est d'organiser pour le patient un parcours de soins cohérent et continu, non plus centré sur l'hôpital, intégrant la prévention et l'éducation à la santé. Dans cette logique, la coordination des soins entre l'hôpital et la médecine de ville est renforcée et l'exercice regroupé des professionnels est encouragé pour structurer l'offre de soins de premier recours, sous la forme notamment de maisons de santé pluri-professionnelles, de centres de santé et de réseaux de santé.

Au fil des années, l'organisation du système de santé s'est modifiée par la construction progressive d'une approche qui permette de garantir un maillage de l'offre de soins et de l'offre médico sociale sur les territoires, afin que le patient puisse avoir accès aux soins dont il a besoin : « *Schématiquement, nous sommes passés d'une planification par l'offre, celle des années 1970, à une logique d'organisation et de pilotage du système reposant sur la satisfaction des besoins et donc sur une approche par la demande, reposant sur l'appréhension fine de l'état de santé de la population.* ».³⁹

Aujourd'hui, ce changement de logique se renforce au travers de la nouvelle loi de santé, qui conduit à raisonner plus sur les besoins à partir desquels l'offre de soins doit s'organiser, en créant une interface fluide entre les différents acteurs de santé dans une dimension de responsabilité populationnelle, qui garantisse aux usagers l'accessibilité et la continuité des soins dont ils ont besoin.

L'organisation des parcours de santé et l'égalité d'accès aux soins sont des préoccupations majeures de la future réforme de l'offre territoriale de soins. La lisibilité, la fluidité et la cohérence des prises en charges sanitaires et médico sociales des patients reposent sur une coordination et une coopération entre les différentes structures.

Les futurs GHT, en remplacement des communautés hospitalières de territoire, ont pour objectif de garantir une véritable égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité à partir d'un projet médical unique de territoire fondé sur les besoins de soins des usagers en coordonnant la place de chacune des structures hospitalières du GHT. Comme le mentionne le rapport de Jacqueline Hubert et Frédéric Martineau à propos de la nécessité de créer des GHT : « *Force est de constater qu'aujourd'hui, une partie des usagers de l'hôpital public bénéficient de ce que l'on pourrait qualifier de « parcours d'initiés ». Ce sont les patients qui bénéficient des conseils et réseaux interpersonnels des professionnels de santé, accédant ainsi aux soins les plus adaptés à leurs besoins. Un tel dispositif d'orientation, qui n'est pas institutionnalisé, laisse sur la touche une part non négligeable d'usagers qui sont pris en charge au plus près de leurs lieux de vie et n'accèdent pas toujours aux compétences que requiert leur état de santé. Il s'agit donc de*

³⁹ *Ibid.*, p.54

donner naissance à un outil organisant partout et pour tous une gradation des soins hospitaliers, dans le cadre d'une approche centrée sur le patient. ».⁴⁰

Face à l'enjeu de santé publique que représentent l'accessibilité et la continuité des soins, Bernadette Devictor⁴¹ évoque, dans son rapport, la création d'un service public territorial de santé (SPTS) qui a pour objectif, d'organiser dans chaque territoire l'accès aux soins de proximité et les parcours de santé. Elle propose de : « *Définir le service public territorial de santé comme étant l'offre de service, portant les principes du service public - et tout particulièrement la continuité et l'accessibilité – résultant d'une organisation contractuelle entre les « offreurs en santé » (sanitaire, médico-social et social) du territoire sous la régulation de l'ARS.* ».⁴² Ainsi, ajoute-t-elle « [...] *le SPTS, c'est un projet collectif qui doit permettre d'ajuster une réponse aux besoins des personnes en garantissant que le premier professionnel contacté (le point d'entrée quel qu'il soit) saura orienter au mieux le demandeur en fonction de ses besoins réels.* ».⁴³ Ces propositions sont dans le droit fil du discours du 4 mars 2013 de Marisol TOURAINE : « *Le service public territorial de santé, c'est en effet reconnaître une responsabilité collective de service public à l'ensemble des acteurs de santé d'un territoire. L'objectif est simple : toutes les structures, tous les professionnels, y compris libéraux, sont appelés à coopérer concrètement et efficacement pour garantir la meilleure organisation des parcours de soins et assurer la qualité de la prise en charge des usagers, patients, personnes âgées, personnes handicapées.* ».

Cette approche de l'offre de soins sur le territoire dessine une organisation graduée depuis l'espace de premier recours jusqu'aux soins de haute technicité. Elle implique des relations interprofessionnelles étroites, nécessitant une connaissance mutuelle des périmètres de compétences de chacun des acteurs. Ce décloisonnement du système est attendu autant par les usagers, par les pouvoirs publics que par les différents professionnels de santé.

La valeur ajoutée d'un tel fonctionnement dépendra de la capacité de chaque entité à entrer en relation avec les autres : « *Aujourd'hui la réflexion sur un espace territorial c'est apprendre à s'y mouvoir avec les autres professionnels du territoire, [...] le territoire est devenu un espace de collaboration et de coopération entre les opérateurs de cet espace.* ».⁴⁴

⁴⁰ HUBERT Jacqueline., MARTINEAU Frédéric., *Missions Groupements Hospitaliers de Territoire, Rapport intermédiaire*, op.cit. p.15

⁴¹ Présidente de la Conférence Nationale de Santé et de la CRSA Rhône Alpes et Présidente du CISS Rhône Alpes

⁴² DEVICTOR Bernadette., *Le service public territorial de santé. Le service public hospitalier. Développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé*, rapport, mars 2014, p.10, http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Devictor_-_Service_public_territorial_de_sante2.pdf, consulté le 18 septembre 2015

⁴³ *Ibid.*, p.20

⁴⁴ MARIN Philippe., Directeur des études à l'EHESP, « *De la stratégie nationale de santé à la loi HPST* », cours à l'EHSEP du 6 janvier 2015

Les directeurs des soins et les directeurs d'instituts auront un rôle à jouer pour accompagner ces évolutions des modes d'exercice où la capacité à travailler en pluri professionnalité devient essentielle. Comme l'explique François-Xavier Schweyer: « *Entre professionnels, il faut construire des accords sur les usages, établir des règles implicites. Le travail suppose l'engagement de soi bien au-delà des règles pour lutter contre le sentiment de dépossession. Il faut clarifier la position de chacun pour pouvoir travailler en confiance et faire le pari du collectif.* ».⁴⁵ La bonne connaissance des champs de compétences et des domaines d'interventions des différents professionnels du territoire apparaît comme un préalable incontournable. Comme l'écrit Jean-François Popielski pour le champ de la santé mentale et la psychiatrie : « *Dans le cadre de l'exercice de territoire, sur et dans le territoire, le directeur des soins est appelé à concevoir des stratégies destinées à élaborer un parcours de soins, cohérent et efficace au bénéfice de celui pour qui, par qui, il est conçu. Cela suppose une connaissance des acteurs du territoire.* »⁴⁶.

L'approche territoriale concerne également le champ de la formation paramédicale. La coordination des instituts rattachés à un GHT sera assurée par l'établissement support. A ce jour, nous ne disposons pas d'informations précises sur les modalités d'organisation de cette coordination. Néanmoins, il apparaît incontournable de penser la formation d'ores et déjà dans une dimension transversale entre les instituts. Même si dans certaines régions le regroupement d'instituts pourront s'envisager, dans d'autres le maillage territorial sera certainement maintenu. Quel que soit le redimensionnement choisi, il appartiendra aux directeurs des instituts d'un même GHT de travailler ensemble pour élaborer des projets de formation initiale et continue qui soient adaptés aux besoins en compétences sur le territoire et pour proposer des organisations qui permettent de prendre en compte des réalités budgétaires de plus en plus contraintes.

1.2 Le projet d'institut : un outil stratégique

Le directeur des soins chargé d'un institut de formation paramédicale est responsable de l'élaboration du projet d'institut, tel que le stipule l'article 5 du décret du 19 avril 2002 modifié : « [...] *Sous l'autorité du directeur d'établissement, il est responsable : 1- De la conception du projet d'institut [...].* »⁴⁷. Même si les directeurs d'institut se sont toujours appuyés sur un projet pour diriger leur école, il est à noter que la notion de projet d'institut n'est inscrite dans les textes que depuis janvier 2014 par la modification de l'article 5 du décret précité. La conception de projet s'inscrivait auparavant uniquement dans une

⁴⁵ SCHWEYER François-Xavier., Sociologue, Enseignant chercheur « *Sociologie de l'action collective et de l'hôpital* » *Interactions et relations de travail* », cours à l'EHESP du 19 mars 2015

⁴⁶ POPIELSKI Jean-François., op.cit. p.19

⁴⁷ Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière, Art 5 modifié par Décret n°2014-7 du 7 janvier 2014 - art. 5

dimension pédagogique et organisationnelle de la formation.

Néanmoins, l'élaboration d'un projet pédagogique ne peut se concevoir sans l'analyse et la prise en compte de l'environnement politique, économique, sanitaire et social de l'institut, constituant les éléments de référence à la définition d'un projet stratégique plus global, comme c'est le cas dans toute organisation.

D'ailleurs, cette démarche s'inscrit dans les attentes du Conseil régional. En effet, le dossier d'agrément des instituts, soumis au Président du Conseil Régional pour l'obtention de l'autorisation de fonctionnement après avis de l'Agence Régionale de Santé, prévoit que, pour pouvoir mettre en œuvre leurs missions, les instituts doivent être en capacité, entre autres, « *d'identifier leur place dans le schéma régional des formations sanitaires et sociales, leur positionnement dans l'environnement territorial au regard des besoins de la population et des professionnels formés, leur positionnement dans l'environnement économique et social de la région, leur positionnement dans les démarches de partenariat et de réseaux interprofessionnels ainsi que leur engagement dans une démarche qualité de dispositifs de formations professionnelles supérieures* »⁴⁸.

Compte tenu des évolutions de l'environnement développées précédemment, le projet d'institut est, encore plus aujourd'hui, un outil indispensable au directeur d'institut pour positionner son établissement en cohérence avec les attentes et les besoins extérieurs. Dans un monde où les changements sont très rapides, il est essentiel pour un institut d'être lisible par son environnement, ses partenaires et ses tutelles. Le projet est, à ce titre, un outil stratégique qui permet de définir des choix et des orientations de formation afin d'anticiper le futur et d'être réactif aux évolutions. Comme l'a développé Jean Pierre Boutinet : « *Quoiqu'il en soit, à travers les nombreux changements dont nous sommes les témoins, [...] nous nous sentons entraînés vers un temps prospectif. Et la meilleure façon de s'adapter à ce temps prospectif est d'anticiper, de prévoir l'état futur. S'ébauche alors le projet, qui devient pour tous une nécessité, c'est-à-dire, malgré ses ambiguïtés, un mode d'adaptation privilégié qui évite aux individus de tomber dans l'une ou l'autre des formes de marginalité que secrètent les fonctionnements sociaux de l'ère postindustrielle : la situation de « sans-projet » ou encore celle de « hors-projet ».* »⁴⁹.

Le projet d'institut constitue donc un élément clé qui va contribuer à la reconnaissance de l'institut dans sa capacité à s'adapter aux changements, tout en préservant sa stabilité au sein de son environnement : « *Pour survivre, une organisation a besoin de rendre les choses prévisibles. Elle s'organise pour maîtriser, contrôler ce qui lui est nécessaire.*

⁴⁸Annexe I de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif aux autorisations des instituts de formation : composition du dossier d'autorisation en vue de la création ou du renouvellement d'autorisation des instituts de formation

⁴⁹ BOUTINET Jean-Pierre, *Anthropologie du projet*, Paris, PUF, 1990, p.6

L'objectif est d'éliminer les aléas. Or, il subsiste toujours des aléas, la vie d'une organisation est faite de tensions constantes entre le prévu et l'imprévu.»⁵⁰.

A cet effet, la construction du projet suppose d'avoir une vision prospective sur les changements à venir afin de préparer l'organisation et les équipes à répondre aux attentes de demain, tout en étant capable de réajuster en permanence en fonction de la réalité : *« Le futur est l'anticipation de ce que demain sera, anticipation toujours aléatoire dans la mesure où ce que je cherche à faire advenir se trouvera contrarié par l'irruption de l'imprévu. (...)Le futur est fait simultanément de continuité et de rupture avec ce qui a existé.»⁵¹. Ainsi, « le projet d'école est l'instrument de pilotage qui peut permettre d'anticiper l'avenir. Il porte en lui une dose d'utopie, véritable catalyseur de l'analyse, de la réflexion et de l'action.»⁵²*

La construction d'un projet s'appuie nécessairement sur la bonne connaissance de l'environnement et des attentes des protagonistes extérieurs. S'agissant de la formation paramédicale, les directeurs d'instituts sont amenés à collaborer avec de nombreux partenaires et tutelles différents : le Conseil régional dans le cadre du financement et des besoins de formation, l'Agence régionale de santé(ARS) pour le contrôle pédagogique des formations, la Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale(DRJSCS) pour la certification des formations, l'université dans le cadre des formations entrées dans le processus LMD, les structures de santé dans le cadre du processus de professionnalisation et les élus locaux dans le cadre du positionnement social et économique de l'institut sur le territoire. Cette multiplicité d'acteurs aux logiques différentes complexifie la détermination des axes stratégiques d'un projet d'institut, or *« La performance d'une action de formation se définit par la réponse qu'elle apporte aux besoins des acteurs du territoire de santé et de l'université.»⁵³*

L'analyse de l'environnement est un préalable nécessaire qui va guider le directeur dans ses choix stratégiques. L'objectif est de repérer les marges de manœuvre possibles pour transformer les zones d'incertitude ou de contraintes en opportunités et oser des perspectives d'innovations. En effet, selon Jean-Pierre Boutinet : *« Le projet émerge toujours d'une analyse suffisamment serrée de la situation, analyse qui doit avoir pour principale fonction, en dehors d'une reconnaissance du terrain, d'identifier les opportunités existantes [...].Percevoir au sein d'un environnement un ensemble d'opportunités, au-delà des contraintes apparentes, c'est développer ses capacités de*

⁵⁰ SCHWEYER François-Xavier, *« Sociologie de l'hôpital et de l'action collective. Analyse des interactions »* Formation Directeurs des soins à l'EHESP, cours du 19 mars 2015

⁵¹ BOUTINET Jean-Pierre, *Anthropologie du projet*, op.cit. p.54

⁵² LOMBARDO Patrice, Directeur des Soins en charge de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers d'Annecy, *« Diriger un institut de formation en soins infirmiers ou une école paramédicale. Projet d'institut et projet pédagogique »*, cours à l'EHESP du 24 mars 2015

⁵³ *Ibid.*

*curiosité. Se construire un projet, c'est d'abord construire toute une méthodologie de la curiosité à convertir ensuite en méthodologie d'appréhension des opportunités.»*⁵⁴

Le projet est un instrument qui permet donc au directeur d'envisager l'avenir avec ambition et stratégie pour donner à voir sa capacité à évoluer et innover pour répondre aux différents enjeux de ses missions. Comme l'indique Jean-Pierre Boutinet : « *Le projet ne peut se concevoir que dans un environnement ouvert, susceptible d'être exploré et modifié [...] Tout projet présuppose une vision plutôt optimiste grâce à laquelle on pense pouvoir amener un changement par rapport à un état donné des choses [...]. Se lancer dans un projet, c'est donc, à l'encontre de tous les déterminismes, estimer que des réalisations sont possibles, et en tout état de cause des réalisations sensiblement différentes de tout ce qui a pu être fait jusqu'ici.* »⁵⁵

Le projet est un outil au service de la stratégie dans la mesure où il doit servir à conduire le directeur à faire des choix d'actions qui prennent en compte les forces et les faiblesses de son institut ainsi que les opportunités et les menaces de l'environnement. Dans cette logique, il nous a paru intéressant de regarder comment était définie cette notion de stratégie, utilisée depuis longtemps dans le monde de l'entreprise. Parmi les différentes définitions de la stratégie proposées par Giorgio Pellicelli, nous retenons celle d'« Andrews (1980) : « *Le modèle de décisions avec lequel une entreprise détermine ses objectifs, formule les politiques et les plans pour les atteindre, définit dans quels secteurs opérer, quelle organisation elle entend construire, la nature des avantages qu'elle entend donner à ses actionnaires, aux collaborateurs, aux clients et aux communautés locales.* »⁵⁶

Nous pensons, en effet, que la stratégie du directeur doit prendre en compte les capacités internes de l'institut dans ses dimensions financières et humaines pour aboutir à des décisions d'action qui créent de la valeur pour toutes les parties prenantes, en interne et en externe.

2 Enquête de terrain

2.1 Méthodologie de l'enquête

L'enquête que nous avons menée avait pour objet de compléter notre cadre de référence et d'obtenir des éléments de réflexion en lien avec notre question de départ afin de les confronter aux hypothèses émises au début de ce travail. Souhaitant recueillir les perceptions et les expériences des personnes sur le sujet, nous avons choisi d'utiliser la

⁵⁴ BOUTINET Jean-Pierre, Anthropologie du projet, op.cit. p.257

⁵⁵ *Ibid.*, p.254

⁵⁶ PELLICELLI Giorgio., Stratégie d'entreprise, Bruxelles, De Boeck, 2007, p 17

méthode d'entretien semi-directif à partir d'un guide d'entretien⁵⁷, permettant une approche qualitative de notre étude.

Nous avons choisi de solliciter les points de vue de treize interlocuteurs concernés à différents niveaux par le sujet de cette problématique.

Sur les treize entretiens réalisés, dix se sont déroulés en face à face et trois ont été effectués par téléphone. Avec l'autorisation des interlocuteurs, certains entretiens ont été enregistrés et retranscrits littéralement tandis que certains ont fait l'objet d'une retranscription à partir d'une prise de notes.

Nous avons rencontré sept directeurs d'instituts(DI) issus de trois régions différentes, deux conseillères pédagogiques(CPR) de deux régions différentes, une conseillère technique régionale(CTR), la directrice des soins conseillère paramédicale à la Fédération Hospitalière de France(DS FHF), un représentant d'un conseil régional (CR) et un directeur d'hôpital(DH).

La limite de cette étude réside dans l'échantillonnage réduit des personnes interviewées et dans la faible représentativité des directions d'hôpital et des conseils régionaux. Par ailleurs, il aurait été intéressant de rencontrer des acteurs des formations sociales pour connaître leur point de vue sur les partenariats à développer avec les formations sanitaires.

2.2 Analyse des résultats

Afin de restituer l'analyse des entretiens, nous avons dégagé les invariants qui ont émergé des échanges. Nous les avons classés en trois thématiques principales qui constitueront l'architecture de l'exposé de cette analyse et qui nous permettront ensuite de vérifier la validité des hypothèses posées au début de ce travail : la prise en compte de l'environnement, l'affirmation d'un positionnement sur le territoire et la préparation des professionnels à l'exercice de demain.

2.2.1 Prendre en compte l'environnement

Pour l'ensemble des personnes rencontrées, la posture d'ouverture de l'institut sur son environnement apparaît comme un des piliers essentiels sur lequel le directeur doit appuyer ses axes stratégiques. Un institut ne peut pas fonctionner de manière isolée et prendre en compte uniquement les aspects réglementaires inhérents à ses missions de formation : « *Un institut de formation comprend certes la formation initiale, mais il y a aussi tout ce qui est à côté, il vit avec la ville, le département et la région, et avec des hôpitaux qui prodiguerons de plus en plus de soins en ambulatoire.* »(DI 1), « *Le positionnement aujourd'hui du directeur d'institut doit être le plus ouvert possible en*

⁵⁷ Annexe 1

matière d'ouverture d'esprit par rapport à toutes les opportunités qui peuvent s'offrir autour de lui.»(CP2), « Un institut doit s'adapter aux spécificités de son territoire et montrer une ouverture stratégique pour pouvoir le faire.» (CR)

Il fait partie d'un système où se côtoient différents acteurs concernés par les problématiques de la santé. Son environnement ne se réduit pas seulement au champ de la santé : *«Il doit intégrer plus largement les dimensions politiques économiques et sociales du territoire car l'offre de formation, particulièrement dans le domaine de la santé, débouche sur un emploi, priorité pour le conseil régional et les élus locaux ».* (DI 2).

Même si certaines zones d'imprécisions et d'incertitudes existent aujourd'hui en termes d'évolution des politiques de santé et de formation sanitaires et sociales (attente de la nouvelle loi de santé et de nouveaux SRFSS), la nécessité de connaître les attentes des différents acteurs du territoire devient une réalité incontournable pour les instituts. Le rôle d'un institut est de prendre en compte des enjeux qui diffèrent selon les acteurs en présence sur le territoire. Comme l'indique un conseiller pédagogique régional : *« les acteurs sont multiples : l'ARS, le conseil régional, le conseil départemental, la municipalité, les structures de santé hospitalières et extrahospitalières, les associations ou les syndicats professionnels, les universités, chaque acteur raisonne avec sa propre logique et selon ses propres enjeux.».* (CP1)

L'objectif est de réussir à croiser les regards de chacun et de développer des partenariats et des coopérations utiles aux besoins de chacun : *«Il faut aussi collaborer avec les bons interlocuteurs au bon moment.»(CP1), « se positionner dans les différents secteurs au-delà de la fonction publique hospitalière, notamment la fonction publique territoriale, être positionné dans l'environnement interne et externe est une orientation stratégique.».* (DI 4).

Le choix de maintenir une filière de formation dépendra du positionnement du Conseil régional, qui en donne l'agrément, mais aussi des études démographiques, menées par l'ARS, sur les besoins en professionnels qualifiés dans le domaine de la santé, du médico-social et du social : *«Ce qui est important c'est de voir le volume d'offre sur le territoire voire sur la région, pour savoir s'il faut créer ou maintenir certaines structures de formation pour garantir une offre de proximité.».*(CP1)

L'observation et la compréhension de l'environnement sont des éléments importants qui permettent de guider la réflexion du directeur d'institut. Sans analyse stratégique des besoins et des évolutions actuels, le projet d'institut, y compris les projets pédagogiques, risquent de ne pas être adéquation avec les attentes des différents acteurs du territoire.

Il s'agit donc bien d'avoir une position d'ouverture et de veille sur les changements qui s'opèrent dans le territoire d'implantation de l'institut. Comme le stipule un directeur d'institut interrogé : *«Ce qui va bouger demain, ce sont la structuration territoriale,*

l'évolution des métiers et la dimension économique avec la diminution des ressources financières.»(DI 3).

S'agissant de l'évolution de la structuration territoriale, l'ensemble des personnes interrogées porte une attention particulière à la nouvelle loi de santé, qui prévoit une nouvelle organisation hospitalière avec la mise en place des GHT, qui impactera le fonctionnement des instituts. Dans cette reconfiguration, la question de leur contribution sur le territoire se pose. Les directeurs doivent s'emparer de ce sujet par une vision prospective et stratégique de leur rôle dans l'articulation des différentes missions dont ils ont la responsabilité. Nous pouvons présager que les structures hospitalières auront des attentes précises. Ainsi l'a exprimé le directeur d'hôpital interviewé lors de notre enquête: *« Dans le futur GHT, qui aura la coordination des écoles, à un moment ou à un autre, il faudra que les écoles sortent de leur isolement ; il faut qu'il y ait la volonté, l'imagination et la créativité pour faire une offre de formation adaptée aux besoins hospitaliers.»*.

La notion de coordination suppose la recherche d'une cohérence dans l'organisation et le contenu de l'offre de formation sur le territoire. Il apparaît pertinent d'envisager de coopérer ou de mutualiser certaines activités entre les instituts du groupement en recherchant une valeur ajoutée en termes de congruence, de qualité et d'efficacité de fonctionnement : *« Le rôle du GHT sera de susciter les rencontres avec les directrices qui devront réfléchir à ce qu'apporterait ces mutualisations[...] et à ce que serait la valeur ajoutée d'une coordination[...] l'objectif est de regarder ce que peut apporter la coopération en termes de valeur ajoutée pour l'étudiant et pour répondre par ailleurs à des contraintes extérieures, [...] c'est la seule préoccupation que l'on devrait avoir.»(DH).*

Les directeurs d'instituts doivent s'emparer de cette réflexion et faire des propositions concrètes d'organisation sur le territoire au service d'une offre coordonnée de la formation. Selon le directeur d'hôpital, *« il faut être dans le pragmatisme, ne pas créer de la bureaucratie, cela va être un vrai défi : rester dans l'opérationnel avec le principe de subsidiarité, comme cela est dit dans le rapport Hubert-Martineau, on traite localement ce qui peut rester local et entrer dans le cadre du GHT ce qui peut apporter une valeur ajoutée par rapport notamment aux étudiants et aux contraintes budgétaires.»*

Il ne s'agit pas à l'heure actuelle de tout regrouper sur un seul établissement mais de *«réfléchir entre directeurs d'instituts et être force de proposition sur les collaborations et les coopérations possibles et pertinentes sur le territoire. Aujourd'hui on ne peut plus faire un projet tout seul.»(CP1).* La question se pose bien autour des mutualisations et des coopérations à envisager entre les instituts et les différents acteurs sur le territoire.

S'agissant de l'évolution des métiers, les différents entretiens montrent qu'il est indispensable pour le directeur d'institut d'y être attentif et d'adapter en conséquence son offre de formation. L'identification de l'évolution des compétences des professionnels passe par la rencontre des interlocuteurs de terrain : *« Cela suppose d'aller rencontrer les professionnels du territoire au sujet de leurs besoins par l'intermédiaire des représentants les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS), les directeurs des structures de santé de la ville et des directeurs et directeurs des soins des hôpitaux. »*(CP2).

L'avènement de l'ambulatoire et le développement de l'offre de soins en ville et au domicile vont augmenter le besoin en professionnels, qui auront besoin d'être formés à la spécificité des prises en charge dans ces champs d'intervention : *« il devient nécessaire de travailler sur un changement des représentations et de la vision encore trop technicienne et hospitalière de la fonction infirmière ; l'exercice des soignants se complexifie compte tenu des poly pathologies, notamment des personnes âgées. Les capacités à faire du diagnostic clinique vont devenir essentielles pour construire des prises en charge pertinentes en aval des séjours hospitaliers, permettant d'éviter les ré hospitalisations inutiles. »*(CP1).

Le développement de l'hospitalisation à domicile, du maintien à domicile, des soins de premier recours et de la médecine de parcours impliquent de fait une évolution des compétences chez les professionnels du soin : *« Aujourd'hui, il faut qu'on se prépare à développer des partenariats avec ces nouveaux acteurs et à former nos futurs professionnels à s'adapter à ces nouvelles modalités de prise en charge. »*(DI 3), *« Les grandes mutations que l'on peut observer c'est le travail d'équipe avec beaucoup plus de collaborations entre professionnels de santé ce qui questionne les postures professionnelles »*(CTR), *« Il faut mettre l'accent sur l'interdisciplinarité, cela me paraît essentiel pour soigner à domicile et développer les parcours de soin. »* (DI 2), *« On va sur un système de santé où la prise en charge sur le domicile va augmenter en lien avec le médecin de ville et les autres professionnels du soin et du social sur le territoire, un institut doit former des professionnels qui soient capables de travailler avec ces différents acteurs. »*(CR).

Les prises en charge en dehors de l'hôpital ne peuvent pas répondre uniquement à des visions strictement sanitaires compte tenu des dimensions pluri factorielles des problèmes de santé des personnes : *« il faut former des paramédicaux qui, pour une grande majorité, ne travailleront plus seulement à l'hôpital et qui devront porter un autre regard sur la prise en charge des patients comprenant tout le raisonnement de l'intégration des problématiques sociales »*(DS FHF), *« pour demain c'est la pluridisciplinarité qu'il faut travailler, découvrir ce que l'autre peut nous apporter en termes de complémentarité pour répondre aux besoins sanitaires et sociaux des personnes »*(CP2).

Il ressort également des entretiens la nécessité d'être attentif aux demandes des collectivités territoriales aussi bien dans leur dimensions sanitaires que sociales : *« Je m'appuie pour mon projet d'école, sur mon établissement de rattachement, mais aussi sur le territoire de santé en termes de besoins de santé et d'employabilité exprimés par les communes et le département ; par exemple, au sein de notre ville vit une population à la fois jeune et âgée avec des problématiques de santé publique et de grande précarité traitée spécifiquement par notre établissement de rattachement, données qu'il nous faut prendre en compte. »*(DI 6), *« au regard d'un développement très fort du secteur de la petite enfance par le conseil départemental, j'ai créé une section d'Educateur de Jeunes Enfants. »*(DI 2).

Enfin, s'agissant de la dimension économique, il est à noter que les instituts n'échappent pas au contexte des contraintes budgétaires fortes, qui sont imposées plus largement aujourd'hui dans le monde de la santé. Ils complètent la subvention allouée par le Conseil régional avec des recettes propres, issues des droits d'inscription aux concours et des frais inhérents aux formations et variables selon les filières, avec lesquelles ils doivent équilibrer leur budget. *« Il faut prendre en compte aujourd'hui la baisse des ressources financières des collectivités locales, qui vont conduire à des baisses de subvention, notamment de la part du conseil régional. C'est un signal fort pour les stratégies qu'il conviendra de développer. »*(DI 7). L'ensemble des personnes interviewées s'accordent à dire qu'il devient nécessaire de rechercher de nouveaux modèles de fonctionnement pour mieux maîtriser les dépenses et développer la formation continue pour générer des recettes.

S'engager dans une logique de coopération ou de mutualisation avec les autres instituts du territoire peut constituer une opportunité de rationaliser certaines dépenses et de développer d'autres activités : *« La recherche d'efficience permettra de faire de la qualité en coûtant plus juste et en générant des économies qu'il faut savoir réinvestir pour d'autres activités »* (CTR), mais *« raisonnons pragmatiquement, on ne coopère que s'il y a de valeur ajoutée »*(DH). La coopération peut porter sur l'utilisation mutualisée des ressources : *« Augmenter les ressources, c'est aussi avoir plus de ressources matérielles pour pouvoir proposer de nouvelles formations, c'est aussi mutualiser les compétences de formateurs entre instituts et échanger les travaux pour gagner du temps et optimiser les ressources. De même, il n'est pas pensable de s'engager sur des investissements onéreux, comme par exemple, les matériels d'apprentissage par simulation, si l'on ne s'en sert que quelques heures par jour et de manière intermittente. »*(CP 2), *« la logique de regroupement peut aussi être vecteur d'innovation pédagogique. »*(DI 7).

Au cours de l'ensemble des entretiens différents domaines de mutualisation ont été évoqués pour en répartir la charge financière entre chaque institut, notamment la démarche qualité, les ressources documentaires en ligne, les salles d'apprentissage par simulation ou les prestations de la vie étudiante (assistante sociale, psychologue).

Dans un institut, l'activité de formation continue, qui n'est pas subventionnée par le Conseil régional, peut constituer un volume non négligeable de recettes complémentaires à condition de « *réussir à montrer un avantage concurrentiel par rapport à la sphère marchande du champ de la formation continue, construire une offre de formation originale, attractive et adaptée aux besoins et aux contraintes du monde hospitalier* » (DH). L'enjeu est de « *se positionner avec une offre de formation continue territoriale et la proposer aux différentes structures de santé y compris dans le privé* » (DS FHF), « *il y a une politique de communication à mener pour être concurrentiel et attractif sur le territoire* » (DI 5).

La stratégie est de connaître les secteurs de développement soutenus financièrement par les structures de santé, les collectivités territoriales, pôle emploi ou l'ARS. Le directeur d'institut doit avoir une veille sur les besoins au niveau de certains métiers ou de certaines compétences spécifiques et en saisir les opportunités pour se positionner comme offreur de formation et être un acteur du maintien des compétences professionnelles au sein du territoire. Lors des entretiens différentes stratégies nous ont été relatées :

- « *Dans ma région, la priorité du conseil régional c'est de développer l'emploi pour les personnes non qualifiées, il est attentif au développement des formations de niveau V ma demande d'autorisation d'ouvrir une formation d'auxiliaire de vie sociale a été fortement soutenue.* » (DI 6).
- « *Les relations avec pôle emploi permettent de faire connaître nos domaines de formation pour lesquelles il nous adresse des personnes qu'il finance.* » (DI 7).
- « *il faut saisir les opportunités proposées par l'ARS dans le cadre du Fonds d'Intervention Régional, par exemple le soutien pour mener des formations au tutorat auprès des infirmiers libéraux.* » (CP 1).

La prospection auprès des structures de santé est aujourd'hui une opportunité pour les instituts de développer la formation continue des professionnels et ainsi contribuer au Développement Professionnel Continu :

- « *L'institut doit se positionner dans ce créneau hospitalier, à condition d'avoir une offre de formation qui colle aux besoins. Il y a de nombreuses problématiques identifiées dans les hôpitaux pour laquelle on n'a pas d'offre de formation très adaptée parce que les modalités proposées sont beaucoup trop lourdes, on ne peut plus envoyer des personnes en formation pendant 5 jours complets.* » (DH).

- « *Maintenir les compétences des différents professionnels, particulièrement celles des infirmiers, qui, dans le cadre des mobilités, induites par les restructurations, auront besoin de suivre des formations d'adaptation à leur nouveau poste.* »(CP 2).
- « *Proposer des formations pour les infirmières qui reprennent après plusieurs années d'arrêt congé parental ou après une longue période de travail de nuit, dans ce cadre un institut de la région a expérimenté une formation de réadaptation à l'emploi de 2 semaines avec des résultats satisfaisants en termes de réinsertion dans le milieu du travail.* »(CP 2)

Les structures médicosociales et d'aide à la personne présentent également des besoins qu'il faut repérer : « *j'ai fait une évaluation des besoins auprès d'établissements qui ne connaissaient pas l'offre de formation en cursus partiel pour l'obtention du diplôme d'aide-soignant, des prises en charge financières seront possibles dans leur budget de formation en 2016.* »(DI 5).

Plusieurs personnes ont souligné l'importance de proposer des formations aux différents professionnels du secteur libéral: « *Les infirmiers libéraux aujourd'hui, ne sont pas tous prêts à prendre le relais de certains soins de plus en plus complexes à domicile, des besoins de réactualisation de certaines pratiques seront nécessaires.* »(DS 7), « *dans les maisons de santé où sont regroupées plusieurs professions libérales, les instituts peuvent avoir un rôle à jouer pour les aider à collaborer entre eux et à se transmettre les informations, les accompagner au travail en équipe.* » (CP 2), « *Cela revient aux instituts d'être force de proposition en offrant un panel de formation à la ville et aux professionnels paramédicaux libéraux.* »(CP 1).

2.2.2 Affirmer le positionnement de l'institut sur le territoire

Le positionnement des instituts sur le territoire fait l'objet aujourd'hui de questionnement au niveau de leur répartition, de leur gouvernance et de leur organisation : « *On est dans une période de grande incertitude en termes d'organisation territoriale et de financement qui ne facilite pas le développement de la vision stratégique du directeur.* » (DI 6).

Néanmoins, le directeur doit s'emparer de cette question et « *se positionner avec ambition [...], assumer la responsabilité d'accompagner les évolutions de l'environnement [...]* l'évolution vers un raisonnement territorial de la formation ne dépend pas spécialement de l'apparition des futurs GHT, mais du positionnement que prendront les instituts sur le territoire. » (DS FHF), « *c'est aussi dans la mise en œuvre que se trouve la stratégie en positionnant le pôle de formation comme une ressource au cœur des besoins du territoire* » (DI 5).

Dans cette logique, pour la majorité des personnes interrogées, il apparaît, en effet, essentiel de se décloisonner et de construire des partenariats pour que l'institut devienne un réel acteur au service du territoire de santé. Il s'agit de construire un projet d'établissement qui permette de rendre l'institut attractif et lisible et de montrer son utilité sur le territoire. Il faut « *inscrire l'institut de manière durable sur le territoire en se faisant connaître par les différents acteurs* » (DI 2); « *on doit le positionner comme un réel partenaire des tutelles et des structures de soins. [...] Un vrai enjeu stratégique pour le directeur c'est de réussir à mobiliser ses partenaires autour de projets concrets avec l'ambition de former des paramédicaux inscrits le plus possible dans les évolutions futures.* » (DS FHF). ; « *Dans le projet il faut avoir aussi une vision avec de l'ambition et de l'anticipation même si pour une part il y a des choses très pratiques et très concrètes à mettre en œuvre dans l'immédiat.* » (CTR).

L'évolution de l'organisation du système de soins va amener indubitablement les instituts à s'inscrire dans de nouvelles logiques de fonctionnement : « *Selon moi, les instituts doivent se préparer à la logique de regroupement, notamment dans le cadre des constitutions des GHT. La réunion de deux ou trois instituts implique d'avoir un projet, travaillé et écrit en commun, qui soit fédérateur et une référence pour l'ensemble des acteurs afin de construire une identité commune.* » (DI 4).

La perspective de la coordination des instituts d'un même GHT par l'établissement support interroge leur devenir au niveau de leur autonomie et de leur gouvernance : « *Ce dispositif de GHT interpelle l'autonomie des instituts, on perçoit qu'en perspective c'est un début d'intégration, néanmoins il faut que les directrices soient force de proposition avec des approches pragmatiques pour démarrer la logique de mutualisation de certaines activités ce qui n'est pas contradictoire avec la logique d'autonomie et de concurrence.* » (DH).

Il ressort de l'ensemble des entretiens la nécessité pour les directeurs d'institut d'être innovants et proactifs face à ces logiques nouvelles de regroupement, afin de ne pas voir des mesures s'imposer sans concertation : « *Les évolutions que nous défendons s'appuient sur les principes incontournables de maillage territorial et d'acquisition des compétences professionnelles en situation réelle de soins* » (DI 1), « *l'ARS et le Conseil régional sont preneurs de projets d'idées pour initier des modèles, prenons l'exemple des regroupements d'instituts sous le statut juridique de Groupement d'Intérêt Public, qui avant l'heure était une innovation en matière de mutualisation, rien ne nous empêche de proposer des modèles avec des projets qui permettent d'optimiser les dépenses et faire des recettes, il faut que l'on cherche d'autres modèles, il faut être créatif.* » (DI 6). A ce titre le représentant du Conseil régional voit dans la perspective des GHT une opportunité pour développer une offre de formation cohérente et harmonisée sur le territoire : « *Cela*

peut être l'occasion pour les hôpitaux de se réengager au niveau des formations. Nous serons attentifs aux propositions des écoles, qui ont, comme nous l'avons observé dans le processus d'universitarisation, réussi à coopérer et communiquer entre elles pour construire des projets cohérents.»(CR).

L'analyse des entretiens montre deux axes principaux à intégrer dans le projet d'institut pour lui permettre d'affirmer son positionnement sur le territoire : d'une part, le renforcement du partenariat avec l'hôpital et avec les autres structures de santé et d'autre part, les coopérations entre instituts.

➤ **Le renforcement du partenariat avec l'hôpital et les autres structures de santé :**

Le partenariat avec l'hôpital ne peut se construire que si le directeur de l'institut prend sa place et se positionne auprès de la direction de son établissement de rattachement ou de ses établissements de référence selon son statut juridique. Le directeur d'institut doit *« être présent dans les réunions du comité de direction pour inscrire les orientations du projet en cohérence avec le projet de l'établissement, être dans sa dynamique politique et stratégique »* (DS FHF). Il doit aussi collaborer en proximité avec les directions des soins pour réfléchir à l'adaptation des besoins de formation des professionnels que ce soit en formation initiale ou continue : *« cela veut dire que les relations avec le terrain sont à repenser, cela peut faire partie d'une démarche globale de coopération et d'évaluation de la formation en lien avec les professionnels.»(DH).*

Lors des entretiens, la majorité des personnes a mis l'accent sur la nécessité de positionner l'institut comme un partenaire des acteurs de santé sur son territoire. Il s'agit d'un axe du projet important dans lequel le directeur doit s'engager stratégiquement pour faire connaître et reconnaître la place de l'institut dans l'accompagnement des évolutions des compétences professionnelles : *« Certes il y a la stratégie du projet, mais il y a aussi le positionnement stratégique du directeur pour favoriser l'implantation de son projet »* (DI 4), *« Au niveau du projet, l'axe de la communication est à développer fortement pour se faire connaître par l'extérieur »(DI 4)*

La prospection auprès des différentes structures de soins extra hospitalières doit également faire l'objet d'une réflexion partagée entre les instituts pour identifier des lieux de stage professionnalisant pour les étudiants et les élèves : *« au regard de la diminution de l'offre au sein des hôpitaux compte tenu des restructurations et des fermetures des lits, il faut organiser, formaliser et rendre lisible des partenariats avec les nouvelles structures, comme les maisons de santé pluri disciplinaires.»(DI 3).*

➤ Les coopérations entre instituts :

La formation des professionnels paramédicaux, qui va désormais se concevoir dans une dimension territoriale, suppose de « *créer un mode de fonctionnement entre instituts sur le territoire qui permettent de former les futurs professionnels selon une même logique, tel que mentionné dans le rapport Hubert-Martineau* » (DS FHF).

Un domaine de coopération qui apparaît dans la majorité des entretiens concerne la politique de stage : « *Une problématique à aborder ensemble ce sont les stages, pas seulement en termes de potentiel de places, il y a aussi une réflexion à mener sur la logique des parcours de stage au regard des compétences que l'on veut développer chez les futurs professionnels. Quel parcours de stage, par exemple, doit-on construire pour développer les compétences en chirurgie ambulatoire?*»(CP1).

La question du positionnement des cadres formateurs référents de stage est posée, car aujourd'hui chaque institut désigne un formateur référent pour chacun de ses lieux de stage : « *une répartition des références de stage entre les formateurs de plusieurs instituts faciliterait le travail de partenariat avec les tuteurs et générerait un gain de temps non négligeable pour les professionnels du terrain et des instituts.*»(DI 7).

L'organisation de l'offre de stage doit évoluer pour optimiser les ressources, dans un contexte où chaque institut peine à trouver le nombre de places suffisant pour ses étudiants et élèves : « *ne faudrait-il pas travailler sur une offre de stage mutualisée en envisageant une gestion commune entre deux ou trois instituts situés en proximité sur un territoire, tout en prenant en compte les liens privilégiés avec les établissements supports respectifs ?*»(DI 7).

2.2.3 Préparer les professionnels à l'exercice de demain

Comme nous l'avons évoqué dans notre cadre de référence les formations paramédicales doivent aujourd'hui préparer les futurs professionnels à exercer au sein d'organisation de soins en profonde mutation. La prise en charge ambulatoire, des hospitalisations de plus en plus courtes, le maintien à domicile des personnes âgées ou handicapées, la logique de parcours de soins viennent modifier les modes de fonctionnement des équipes soignantes: « *aujourd'hui la logique de parcours de soins commence à se mettre en place, il faut se préparer à développer des partenariats avec ces acteurs du territoire et à former les futurs professionnels à s'adapter à ces nouvelles modalités de prise en charge* »(DI 3). Ils nécessitent la mobilisation de compétences spécifiques en matière de travail d'équipe et de gestion de situations de soins de plus en plus complexes : « *pour demain c'est la pluridisciplinarité qu'il faut travailler, découvrir les compétences communes et ce que l'autre peut nous apporter, il faut les faire se découvrir le plus tôt possible sur le terrain professionnel.*»(CP 2), « *Les grandes mutations que l'on peut observer c'est le travail d'équipe avec beaucoup plus de collaborations entre professionnels de santé, qui auront*

plus d'autonomie et de marges de manœuvre sur des échelles territoriales. »(CTR). C'est dès la formation initiale que les différents métiers doivent se côtoyer : « Le directeur doit prévoir dans son projet un axe pour préparer les professionnels à travailler en équipe pluridisciplinaire, à rencontrer les autres exercices pour comprendre leurs contraintes et leurs logiques. Dès la formation, il faut faire se côtoyer les futurs professionnels qui vont travailler ensemble par l'organisation de colloques ou d'espaces d'échange. »(CR).

Le champ des compétences notamment des infirmières sera très diversifié : *« il y aura besoin de compétences à haute technicité au sein des hôpitaux et des compétences de coordination, de conseil et d'accompagnement au sein d'équipe pluri professionnelle en ville et au domicile des patients. »(DI 7).*

Nous constatons que la question de la préparation des futurs professionnels au travail de collaboration en équipe pluri professionnelle est une préoccupation prégnante et implique de travailler également sur les aptitudes professionnelles : *« Certes il y a les savoirs à acquérir, mais il faut aussi apprendre la posture de collaboration notamment dans la transmission des informations : l'infirmière, par exemple, doit être en capacité de donner des éléments d'un pont de vue des soins infirmiers qui vont être complémentaires et utiles aux autres et qu'elle doit savoir transmettre de façon professionnelle, argumentée et synthétique. Il faut développer la capacité à écrire, à transmettre l'information et qu'elle soit utile et compréhensible par les autres. Ce sont des apprentissages qu'il faut amorcer très tôt dès la formation initiale. » (CTR).*

Il apparaît également important de porter une attention particulière aux compétences spécifiques liées aux prises en charge en ambulatoire, particulièrement dans le domaine de la chirurgie, qui nécessite de s'inscrire dans une temporalité et une organisation qui sont différentes de celles de la chirurgie conventionnelle : *« s'agissant de l'infirmière, il lui faut être capable de prévoir la sortie du patient et lui transmettre efficacement les informations utiles à la poursuite de ses soins à domicile, les compétences singulières mobilisées ici sont plus en lien avec la manière de transmettre les informations que le contenu lui-même. »(CTR).*

La plupart des personnes rencontrées ont insisté sur la nécessité de travailler sur les représentations de l'exercice infirmier en particulier, pour lequel domine encore une vision trop technicienne et hospitalière : *« or pour l'infirmière, la capacité à faire de l'analyse clinique devient essentielle aussi bien à l'hôpital que dans les structures extrahospitalières devant des situations de soins de plus en plus complexes compte tenu des poly pathologies et des maladies chroniques. »(DI 6), « Un responsable d'EHPAD ne parvient pas à attirer des professionnels qui ont une vision de l'hôpital comme le lieu de l'excellence pour exercer leur métier. »(CR).*

Enfin, dans le domaine de l'accompagnement des personnes dans leur parcours et notamment les personnes âgées, il devient prioritaire de renforcer les compétences des professionnels qui interviennent dans ce domaine : *« le maintien à domicile des personnes âgées et handicapées sera de plus en plus important dans les prochaines années, il nous faut anticiper le développement des compétences des personnes qui interviennent dans les services à la personne, notamment renforcer celles des Auxiliaires de Vie Sociale par le biais de modules de formation continue »* (DI 5), *« dans ce champ, il y a plus intérêt à enrichir les professions qui existent plutôt que d'en créer d'autres au risque de trop segmenter les interventions auprès des personnes »* (CTR). Cette réflexion s'inscrit totalement dans le cadre du Plan pour les métiers de l'autonomie, dont l'un des objectifs est de développer la qualification et de faire évoluer les pratiques professionnelles des métiers de l'accompagnement, par une réforme de l'architecture et du contenu des diplômes d'auxiliaire de vie sociale, d'aide médico psychologique et d'aide soignant : *« la sortie des textes représente une opportunité pour rapprocher les formations sanitaires et sociales, le projet permet aux futurs professionnels d'apprendre à travailler ensemble en pluri-professionnalité. »* (DI 6). Cela suppose de décloisonner le champ des formations : *« Il existe une méconnaissance entre les écoles du social et du sanitaire, or il faut préparer les futurs diplômés à la réalité de l'exercice professionnel. »* (CR).

2.3 Synthèse de l'enquête

En les croisant avec notre cadre de référence, les résultats de l'enquête montrent bien que l'adaptation de la formation à l'évolution des besoins de santé et à la mutation de l'organisation du système de santé représente des enjeux importants pour le directeur des soins chargé de la gouvernance d'un institut :

- **Un enjeu stratégique** par l'identification de l'institut comme un acteur au service du territoire de santé :
 - par une reconnaissance de son utilité sociale en développant une vision prospective des compétences professionnelles en pleine évolution au regard des nouveaux besoins de santé et des nouveaux modes de prise en charge
 - la recherche d'une cohérence dans l'organisation et le contenu de l'offre de formation sur le territoire

- **Un enjeu de positionnement** par l'affirmation de la place de l'institut sur son environnement en s'inscrivant dans une logique de décloisonnement :
 - en coopérant avec les autres instituts du territoire par le biais de mutualisation de certaines activités pédagogiques et logistiques

- en développant des partenariats avec les différents professionnels et structures de santé du territoire.
- en anticipant l'évolution de la structuration territoriale de l'offre de formation

- **Un enjeu d'efficience** en étant force de proposition et d'innovation :

- par la recherche d'une cohérence et d'une efficacité de fonctionnement entre instituts au service de l'amélioration de la qualité de la formation initiale
- par une offre de formation continue en adéquation avec les besoins des structures et des professionnels et en s'adaptant à leurs contraintes de fonctionnement par l'utilisation notamment des nouveaux outils pédagogiques tels que le e Learning et l'apprentissage par simulation

Les résultats de cette étude viennent corroborer les hypothèses émises au début de notre réflexion et nous conduisent à proposer différentes préconisations.

3 Un positionnement territorial à construire

A partir du cadre de référence et des résultats de l'analyse de l'enquête nous proposons des perspectives d'action qui permettent au directeur d'institut d'ancrer son établissement sur le territoire. Ces propositions s'inscrivent en cohérence avec les compétences du directeur d'institut, définies dans le référentiel du métier de directeur des soins : *«Les compétences stratégiques : Savoir analyser l'environnement et les acteurs [...], les besoins en formation ; Savoir traduire les objectifs d'évolution des métiers et des compétences en objectifs pédagogiques et en plans d'actions. Les compétences de coordination : Savoir décider, négocier et arbitrer en interne et en externe avec les différents acteurs de la formation [...]»*.⁵⁸

3.1 Développer une stratégie d'ouverture sur le territoire

3.1.1 Par une politique de communication

De notre point de vue, un premier enjeu stratégique pour le directeur se situe dans le déploiement d'une politique de communication externe active sur le territoire. Il apparaît nécessaire de construire le projet de l'institut à partir de cette dimension communicationnelle qui constitue une des compétences opérationnelles du directeur

⁵⁸ Référentiel métier de Directeur (trice) des soins, Direction Générale de l'Offre de soins, 2010, p 9-10

d'institut : «*Savoir développer une communication pertinente vis-à-vis des différents acteurs.*»⁵⁹

Pour pouvoir affirmer le positionnement de l'institut dans son environnement, le directeur doit aller à la rencontre des différents acteurs de la santé du territoire intervenant dans les champs du sanitaire, du médicosocial et du social. L'objectif pour l'institut est à la fois de se rendre visible et lisible de ces structures et de mieux connaître leur fonctionnement et leurs attentes. Il nous apparaît essentiel que l'institut s'ouvre sur l'extérieur afin de ne pas fonctionner de manière isolée en faisant preuve d'adaptabilité et de réactivité. L'attention portée à l'environnement implique donc de construire des projets concrets avec les différents partenaires en prenant appui sur une meilleure connaissance de leurs spécificités et de leurs attentes en matière de compétences professionnelles. Il nous semble important de développer des partenariats autour de projets qui apportent une réelle plus value aux structures et à l'institut.

Nous pensons qu'il appartient au directeur de s'engager dans une démarche proactive, en étant force de proposition auprès de ces dernières, pour être partenaire dans la formation des professionnels paramédicaux au service de l'employabilité de demain.

Dans cette perspective, la collaboration étroite avec les acteurs extérieurs est un véritable levier d'amélioration de la qualité de la formation et d'attractivité de certains secteurs, comme ceux des soins à domicile, de la gériatrie ou du handicap. Cette démarche de communication participe du rayonnement et de la reconnaissance de l'institut en tant qu'opérateur de santé incontournable au maintien des compétences sur le territoire.

3.1.2 Par un renforcement des collaborations

➤ Entre les instituts de formation

Prendre appui sur la logique existante :

La mise en œuvre, en 2009, du processus d'universitarisation de la formation infirmière, impliquant la reconnaissance du grade de Licence au diplôme d'état d'infirmier, a conduit les instituts à collaborer dans le cadre d'une convention tripartite avec l'université et le conseil régional : «*La reconnaissance par le ministère chargé de l'enseignement supérieur du grade de licence nécessite que l'ensemble des établissements de santé publics et privés, supports d'un IFSI et les IFSI dotés de la personnalité juridique passent une convention au sein de chaque académie, avec la région et les universités, ces dernières étant coordonnées par une université disposant d'une composante de formation en santé.*»⁶⁰. Ce dispositif a amené les instituts publics et privés d'un même regroupement universitaire à travailler ensemble avec les référents universitaires autour

⁵⁹ *Ibid.* p.10

⁶⁰ Circulaire interministérielle N°DHOS/RH1/DGESIP/2009/202 du 9 juillet 2009 relative au conventionnement des instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) avec l'université et la région dans le cadre de la mise en œuvre du processus Licence-Master-Doctorat (LMD).

de l'élaboration des projets pédagogiques des unités d'enseignements, placés en coresponsabilité avec l'université dans le référentiel de formation. Cette expérience de partenariat entre les instituts a constitué une opportunité pour se connaître et mutualiser leurs expériences et expertises dans le domaine des enseignements dits « universitarisés ». Dans ce contexte, le phénomène d'acculturation, qui a pu s'opérer permettant de mieux se connaître et de construire une confiance mutuelle entre les instituts, est un levier favorable pour s'engager dans la logique de territorialisation de la formation. Il appartient aux instituts de continuer à construire de nouveaux modèles de fonctionnement en étant créatifs et innovants, afin de se démarquer sur le territoire. Nous pensons que les tutelles et les structures hospitalières sont dans cette attente.

Etre force de proposition :

Même si la gouvernance des instituts au sein des futurs GHT demeure à ce jour encore inconnue, nous pensons que les directeurs d'instituts doivent anticiper et être force de proposition pour renforcer les coopérations existantes et imaginer des domaines de mutualisation. La logique de mutualisation ne signifie pas le regroupement des instituts sur un même lieu. Celle-ci n'est d'ailleurs pas nécessairement une attente des Conseils régionaux en raison de l'importance des investissements qui seraient à engager, ni souhaitable en raison de la nécessité du maintien d'un maillage territorial, qui facilite le recrutement des jeunes diplômés par les établissements de santé de proximité. Il nous semble néanmoins important de montrer la capacité à aborder le changement ensemble sans pour autant craindre la perte de l'identité de chacun.

Ainsi, les directeurs d'institut d'un même territoire doivent se réunir dans une démarche pro active et se positionner comme des partenaires de la direction générale et de la direction des soins des futurs GHT. A ce titre, nous pensons qu'il est déterminant de décliner des orientations communes de formation en cohérence avec les besoins en compétences du territoire et des domaines de mutualisations possibles entre les instituts appartenant à un même GHT.

Construire une politique de stage commune :

Dans un premier temps, il nous semble indispensable aujourd'hui de définir une politique de stage commune aux instituts d'un même territoire. Une gestion coordonnée des stages entre les instituts permettrait une utilisation plus exhaustive des potentiels de places, leur mutualisation offrirait une plus grande diversité de lieux pour les étudiants et élèves de chaque établissement. Une réflexion partagée pourrait être menée plus aisément autour de la construction de parcours de stage professionnalisant en partenariat avec les structures d'accueil. Cette démarche de mutualisation doit également concerner l'activité de référence de stage. Actuellement, les formateurs de chaque institut effectuent de

nombreux déplacements dans le cadre de la référence de stage pour rencontrer les étudiants et élèves accueillis dans les structures. Il serait plus efficient de répartir les références des lieux d'accueil entre les formateurs de l'ensemble des instituts. Cette organisation, avec des formateurs référents réguliers des mêmes lieux d'accueil, favoriserait une relation plus privilégiée et régulière avec les professionnels et les tuteurs et améliorerait la qualité de l'encadrement des étudiants et élèves en stage. Une meilleure connaissance mutuelle entre les formateurs référents et les tuteurs de stage valoriserait la fonction de tutorat au sein des structures.

Construire une réflexion commune sur les projets pédagogiques :

La coopération entre les instituts pourrait également consister à mener des réflexions communes pour l'élaboration de certains projets pédagogiques à l'instar des unités d'enseignement co-construites avec l'université. A titre d'exemple, des projets et des scénarii d'apprentissage par simulation pourraient être partagés permettant d'harmoniser les objectifs d'apprentissage et les niveaux d'exigence attendus. De la même manière, le partage d'expertises spécifiques de certains formateurs pourrait s'envisager, permettant une mutualisation de compétences dans certains domaines qui ne sont pas toujours disponibles au sein de chaque institut (la recherche paramédicale, la psychiatrie, la pédiatrie, la santé publique...).

Organiser une mutualisation de ressources :

La mutualisation de certaines ressources nous semble aujourd'hui un sujet indispensable à réfléchir entre les instituts situés au sein d'un même territoire. En effet, les fortes contraintes financières, qui vont de plus en plus peser sur le budget des instituts, doivent nous amener à imaginer des fonctionnements plus efficientes. Tout en prenant en compte les contraintes géographiques, il nous semble possible de mutualiser certaines ressources logistiques comme par exemple les salles et le matériel d'apprentissage par simulation et les ressources documentaires par un partage des coûts des abonnements en ligne.

La perspective de la certification doit conduire les instituts à s'engager ensemble dans la démarche qualité dans l'attente de la publication d'un référentiel spécifique aux instituts de formation. Au delà de la mise en place d'un management par la qualité qui appartient à chaque institut, il serait pertinent d'anticiper la démarche d'auto évaluation à l'aide d'un outil de référence qui pourrait être construit en commun. Les coûts liés au recours éventuel d'un ingénieur qualité pourraient ainsi être répartis sur les instituts, constituant une source d'économie financière non négligeable.

➤ **Avec les structures de santé du territoire**

Comme nous l'avons mis en évidence par l'intermédiaire de notre enquête, le directeur doit avoir une bonne connaissance des structures sanitaires et médicosociales du territoire afin de créer des liens privilégiés et les associer à la formation des professionnels de santé. Il apparaît essentiel de se rendre au plus près de la réalité de l'exercice professionnel pour suivre l'évolution des besoins et des attentes de ces structures à l'égard des compétences et des postures des futurs professionnels. Le développement du processus de professionnalisation des étudiants et élèves ne peut pas se concevoir sans la construction de liens étroits avec les établissements de santé.

Collaborer avec l'établissement support ou de référence

Le premier partenaire de proximité de l'institut, en fonction de son statut juridique, est le plus souvent son établissement support. Le directeur doit se montrer proactif et se positionner en réel partenaire. Dans ce cadre, il doit participer aux réunions de comité de direction de l'établissement support pour avoir une bonne connaissance des projets institutionnels. Par ailleurs, sa collaboration étroite avec le directeur des soins conduit à positionner le projet de l'institut en lien avec les orientations du projet de soins. Sa participation à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques au sein de l'établissement constitue une opportunité à saisir pour réfléchir aux orientations à donner à la formation des étudiants et des élèves et pour initier des projets en commun autour, par exemple, des modalités de l'encadrement et des parcours de stage des apprenants, de l'organisation de stage professionnalisant, de la réalisation de journées thématiques sur la santé ou de travaux de recherche.

Collaborer avec les structures de santé du territoire :

Aujourd'hui la formation des professionnels de santé encore trop hospitalo-centrée, doit être pensée également avec les équipes soignantes des structures extrahospitalières. Le directeur d'institut doit développer des partenariats avec les structures de soins à domicile, les structures médicosociales, les structures de santé publique, les centres de santé, les maisons de santé pluridisciplinaires et les cabinets d'infirmiers libéraux du territoire. Il est important de construire avec ces professionnels des parcours de stage qui permettent aux étudiants et élèves de découvrir la spécificité et la complexité des situations de soins rencontrées et de s'approprier les notions de travail en équipe pluri professionnelle dans un contexte de parcours de soins. L'objectif est de confronter et préparer les étudiants dès la formation initiale à l'exercice professionnel en dehors de l'hôpital et de rendre attractifs des secteurs qui rencontrent souvent des difficultés de recrutement, particulièrement dans le champ de la personne âgée et du handicap.

Le développement de ces partenariats permet de donner des orientations aux projets pédagogiques pour qu'ils ne soient pas éloignés de la réalité professionnelle à laquelle seront confrontés les futurs diplômés.

Il nous paraît également important que l'institut ouvre ses portes à ces différents professionnels à l'occasion de l'organisation de journées d'information et de débats autour de thèmes spécifiques, en lien avec les évolutions des prise en charge des patients (domaine des personnes âgées, du handicap, de la santé mentale, de la chirurgie ambulatoire, de la prévention et de l'éducation thérapeutique...).

3.2 Développer des projets innovants

3.2.1 En formation initiale

Les instituts doivent préparer les futurs professionnels à l'exercice et à l'employabilité de demain. Dans ce cadre, le rôle du directeur est d'impulser une dynamique auprès de ses équipes de formateurs, qui leur permettent d'intégrer des innovations pédagogiques au service d'un apprentissage qui soient au plus près de la réalité des évolutions de l'exercice professionnel. Comme nous l'avons vu précédemment dans le rapport de Jacqueline Hubert et Frédéric Martineau, il nous semble essentiel de sensibiliser les étudiants et élèves, dès la formation initiale, aux concepts de coordination et de parcours de santé et de soins, qui vont se renforcer dans les prochaines années. Il nous semble nécessaire de faire évoluer les représentations de l'exercice professionnel, particulièrement dans la formation infirmière, qui se centre encore trop sur une vision technicienne et hospitalière de la fonction.

Préparer les futurs professionnels à la logique de parcours :

Il convient de développer une politique de stage qui permette aux étudiants et aux élèves d'être préparés à la logique de parcours de soins en organisant des stages auprès des professionnels des réseaux de soins, des centres de santé, des maisons de santé pluridisciplinaires, des soins à domicile et des structures ambulatoires, à partir de projets d'encadrement co-construits avec les responsables de stage.

Par exemple, il nous paraît essentiel, de repenser les parcours de stage dans les structures accueillant les personnes âgées. Dans la formation infirmière notamment, les stages en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), en services de soins à domicile sont souvent organisés en début de formation auprès des aides-soignants. Or, il nous semble qu'il serait important de proposer ces familles de stage, de façon plus systématique, en milieu ou fin de formation auprès des infirmiers(es), afin que les étudiants appréhendent mieux l'exercice dans ce type de structures. En effet, la gestion des situations de soins de plus

en plus complexes, liées aux poly pathologies, nécessite de développer les capacités des étudiants à la démarche clinique, à l'analyse globale des besoins des personnes et au travail en équipe notamment avec les médecins, les aides-soignants et les assistantes sociales.

Il nous semble également intéressant de proposer aux étudiants et élèves des rencontres au sein de l'institut avec des gestionnaires de cas⁶¹ ou autres professionnels porteurs de projets de coordination de parcours de soins. La déclinaison opérationnelle de ces projets à partir de la description de cas réels faciliterait l'appropriation de cette approche.

La formation des futurs professionnels infirmiers à l'exercice en chirurgie ambulatoire devient aujourd'hui une priorité. Au-delà des possibilités d'apprentissage en stage, il nous semble également important de préparer les étudiants à l'appropriation d'un mode de prise en charge spécifique impliquant la maîtrise de compétences particulières pour organiser le retour du patient sur son lieu de vie en toute sécurité.

Cette politique de formation présente deux avantages : d'une part, sensibiliser les étudiants à la logique de parcours de soins et à la pertinence de la prise en charge pour éviter notamment les hospitalisations inutiles et, d'autre part, favoriser l'attractivité des jeunes diplômés sur ces lieux d'exercice.

Préparer les futurs professionnels au travail d'équipe pluri professionnelle

Dans un système qui demeure structurellement très cloisonné, il semble aujourd'hui essentiel de développer des actions de formation qui favorisent une ouverture entre le secteur sanitaire et le secteur social pour apprendre aux futurs professionnels à travailler ensemble et renforcer l'attractivité du secteur médico-social dès la formation initiale. Il s'agit de concevoir des activités pédagogiques mutualisées, afin que la culture commune initiée dès le début de la formation devienne une composante de leur future pratique professionnelle. Il serait par exemple, intéressant de créer un dispositif avec les formations sociales qui permettrait de co-construire des projets d'enseignements ou d'analyse de situation communs à l'attention de publics, qui ne se connaissent pas, mais qui seront amenés à travailler ensemble.

L'évolution des textes réglementaires sur la fusion des formations Aides Médico Psychologique et Auxiliaires de Vie Sociale et la perspective de rapprochement avec la

⁶¹BLOCH Marie-Aline, HENAUT Léonie, Coordination et parcours, La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social, op.cit. p.204 : « [...]pour offrir un accompagnement plus poussé aux personnes âgées se trouvant dans des situations considérées comme particulièrement complexes, une nouvelle figure de tiers a été mise en place dans certains réseaux de santé et, plus récemment dans les MAIA, en la personne de « gestionnaire de cas ».[...]Généralement issus du travail social ou du secteur paramédical, ces professionnels ont en effet pour mission d'assurer la continuité et la cohérence du parcours de soins d'une quarantaine de personnes au plus[...] »

formation d'aide soignant invite à anticiper, dès aujourd'hui, la construction de dispositifs pédagogiques communs à ces différentes filières, en sachant que certains contenus sont déjà identiques.

L'utilisation de la méthode d'apprentissage par simulation constitue une opportunité pour initier les étudiants et les élèves au travail en équipe pluri professionnelle. Il nous paraît intéressant par exemple, de créer des mises en situation simulées autour de la prise en charge d'une personne à domicile, en faisant intervenir les étudiants et élèves de différentes filières (infirmier, aide-soignant, auxiliaire de vie sociale et assistante sociale). Ces espaces collaboratifs d'apprentissage permettraient de faire découvrir le périmètre d'exercice professionnel de chacun et d'identifier la complémentarité des compétences nécessaires à la réponse aux besoins des patients. Ce type de projet ne peut se construire que si un partenariat avec un institut de formation des travailleurs sociaux se met en place, nécessitant une volonté mutuelle de collaborer.

3.2.2 En formation continue

Le développement de l'activité de formation continue, qui fait partie des missions prévues par le législateur, représente une opportunité pour l'institut de s'ancrer et de rayonner sur le territoire. Le directeur d'institut doit être force de proposition dans le champ de la formation continue auprès des différentes structures de santé pour développer une offre de formation des professionnels non médicaux dans le cadre du Développement Professionnel Continu (DPC). Dans ce domaine la collaboration étroite avec les directeurs des soins ou les responsables de structures est indispensable pour la détermination des besoins de formation et la conception de modalités pédagogiques compatibles avec les contraintes de l'exercice professionnel. En effet, aujourd'hui il est de plus en plus difficile pour les établissements de libérer les professionnels pendant plusieurs jours pour se former. Face à cette situation, il nous semble intéressant que l'institut propose des dispositifs qui se différencient de l'offre des organismes de formation existante. Il nous semble opportun de concevoir des modules de formation qui s'adaptent aux disponibilités des professionnels en activité en termes de durée et de modalités pédagogiques. La conception d'une ingénierie de formation alliant une utilisation des TICE pour dispenser des contenus théoriques en ligne et des demi-journées de formation en présentiel, soit à l'institut soit sur site, permettrait de mieux adapter les temps de formation aux contraintes organisationnelles des équipes soignantes. L'actualisation de certaines connaissances peut également s'envisager par la mise à disposition de supports en e Learning avec la possibilité d'effectuer des tests d'évaluation. Ces dispositifs sont tout à fait adaptés à l'amélioration de certaines pratiques professionnelles. Le choix des thématiques doit s'opérer en collaboration avec chaque responsable de structure de santé ou avec les

Unions Régionales des Professionnels de Santé des infirmiers libéraux pour répondre au plus près des besoins et proposer des dispositifs « sur mesure » en s'appuyant sur les compétences internes de l'institut.

Dans cette dynamique peut se créer une synergie entre l'institut et ces structures pour contribuer mutuellement au développement des compétences professionnelles.

Conclusion

La réflexion menée tout au long de ce mémoire nous a conduits à proposer des perspectives d'actions qui permettent au directeur d'institut de renforcer la dimension territoriale de son projet d'établissement. Devant un paysage de la santé en pleine mutation et l'attente de la nouvelle loi de santé, nous avons vu que le directeur d'institut doit s'inscrire dans une vision prospective et projective pour positionner son établissement en cohérence avec les attentes et les besoins. L'enjeu stratégique pour le directeur est d'affirmer la place de son institut sur le territoire en se situant comme un véritable partenaire des différents acteurs de santé de son environnement. Les liens tissés avec ces derniers sont autant de leviers qui contribueront à optimiser ses ressources et développer son rayonnement.

Dans le même temps, la perspective des futurs GHT vient réinterroger le positionnement des instituts sur le territoire. Nous vivons actuellement une période de transition avec des questionnements sur le devenir de la gouvernance des instituts, qui doivent toutefois constituer une opportunité pour l'innovation et la créativité. L'évolution des instituts est incontournable, néanmoins les directeurs sont des acteurs qui devront prendre leur place aux côtés des hôpitaux, du Conseil régional, de l'ARS et des élus locaux pour penser la recomposition territoriale et managériale de l'appareil de formation.

Il est à noter, toutefois, que les instituts sont déjà inscrits dans une approche territoriale depuis la loi de décentralisation de 2004, amenant les directeurs d'institut à prendre en compte le SRFSS dans leur projet. Par la suite, l'entrée dans le processus LMD, initiée en 2009 pour la formation infirmière, a également conduit les instituts à s'inscrire dans une démarche territoriale dans le cadre des partenariats universitaires regroupant plusieurs instituts d'un même territoire. Il s'agit donc, aujourd'hui de renforcer le travail de complémentarité et de développer les mutualisations engagées.

Néanmoins, nous pensons que ces mutualisations auront leurs limites en fonction des particularités et des réalités territoriales dans leur dimension géographique, démographique, politique et sociale. En effet, la problématique de la reconfiguration de l'appareil de formation se situe à la croisée des différentes logiques des parties prenantes en présence : le Ministère de la santé et l'ARS, l'Hôpital, le Conseil régional, les élus locaux et l'université. Il sera également nécessaire de prendre en compte dans la réflexion les discussions, qui seront menées autour du futur statut des instituts par la Direction générale de l'organisation de soins partenariat avec les associations professionnelles et les syndicats, qui pourraient conduire à des changements dans le mode de gouvernance des instituts.

Bibliographie

Ouvrages

- BLOCH Marie-.Aline, HENAUT Léonie., Coordination et parcours, La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social, Paris, Dunod, 2014,306 p
- BOUTINET Jean-Pierre, Anthropologie du projet, Paris, PUF, 1990, 300 p
- PELLICELLI Giorgio., Stratégie d'entreprise, Bruxelles, De Boeck, 2007, pp 16-204

Textes législatifs

- Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale
- Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales
- Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées
- Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative au patient, à la santé et aux territoires
- Projet de loi relatif à la santé NOR:AFSX1418355L/Bleue-1 étude d'impact 14 octobre 2014,http://www.legifrance.gouv.fr/content/download/7221/101960/version/1/file/ei_sante_cm_15.10.2014.pdf%20impact%20loi%20de%20sante
- Décret n° 2012-969 du 20 août 2012 relatif à la chirurgie ambulatoire
- Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière,
- Arrêté du 31 juillet 2009 relatif aux autorisations des instituts de formation préparant aux diplômes d'infirmier, infirmier de bloc opératoire, infirmier anesthésiste, puéricultrice, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute, manipulateur d'électroradiologie médicale, aide-soignant, auxiliaire de puériculture, ambulancier, technicien de laboratoire d'analyses biomédicales, cadre de santé et aux agréments de leur directeur
- Annexe I de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif aux autorisations des instituts de formation : composition du dossier d'autorisation en vue de la création ou du renouvellement d'autorisation des instituts de formation
- Circulaire interministérielle N°DHOS/RH1/DGESIP/2009/202 du 9 juillet 2009 relative au conventionnement des instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) avec l'université et la région dans le cadre de la mise en œuvre du processus Licence-Master-Doctorat

Rapports, Etudes, Plans

- Rapport intermédiaire, « *Missions Groupements Hospitaliers de Territoire* », HUBERT Jacqueline, MARTINEAU Frédéric, Mai 2015
- Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050, Institut national de la statistique et des études économiques(Insee), http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1089
- L'état de santé de la population en France, Rapport 2015, mise à jour février 2015, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) <http://www.drees.sante.gouv.fr/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-edition-2015,11406.html>
- Plan pour les métiers de l'autonomie, Document de concertation, http://www.amadom.fr/offres/file_inline_src/396/396_P_10321_7.pdf
- Rapport LAROQUE, Politique de la vieillesse»1962, <http://www.ehpa.fr/actualite/reedition-du-rapport-laroque-le-temps-passe-rien-ne-change>.
- Rapport : « *Le service public territorial de sante. Le service public hospitalier. Développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé* », DEVICTOR Bernadette, Mars 2014, http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Devictor_Service_public_territorial_de_sante2.pdf.

Articles périodiques

- MARIN Philippe, Directeur des études de l'EHESP, professeur associé de droit public à l'Université de Rennes-I, « *Le territoire de santé : un nouveau cadre en santé pour un exercice coordonné et intégré* », Les cahiers de la fonction publique, N° 343, Mai 2014,
- POPIELSKI Jean-François, « *Directeur des soins, Acteur de la politique de santé mentale au cœur du territoire de santé* », Revue hospitalière de France, N°564, juin 2015

Cours filière directeurs des soins EHESP

- LOMBARDO Patrice, Directeur des Soins en charge de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers d'Annecy, « *Diriger un institut de formation en soins infirmiers ou une école paramédicale. Projet d'institut et projet pédagogique* », 24 mars 2015
- MARIN Philippe., Directeur des études à l'EHESP, «*De la stratégie nationale de santé à la loi HPST* », 6 janvier 2015

- SCHWEYER François-Xavier, Sociologue Enseignant chercheur « *Sociologie de l'action collective et de l'hôpital* » *Interactions et relations de travail* », 19 mars 2015

Sources internet

- http://www.wikiterritorial.cnfpt.fr/xwiki/wiki/econnaissances/view/NotionsCles/Lessche_masregionauxdesformationssanitairesetsociales
- <http://www.gouvernement.fr/conseil-des-ministres/2015-06-24/la-preparation-de-la-grande-conference-sur-la-sante>,
- http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1301349/fr/maladies-chroniques-une-vision-renovee-du-parcours-de-soins

Autres

- Contrat d'objectifs et de performance 2014-2018 de l'EHESP
- Référentiel de compétences des directeurs des soins, EHESP, Direction des Études Filière de formation des directeurs des soins, Décembre 2011, Mise à jour décembre 2014
- Lettre d'information de la HAS n° 33 - Octobre-décembre 2012, http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1301349/fr/maladies-chroniques-une-vision-renovee-du-parcours-de-soins
- Conseil des ministres du 16 janvier 2013, Annonce de la stratégie nationale de santé par le Premier ministre
<http://archives.gouvernement.fr/ayrault/gouvernement/la-strategie-nationale-de-sante-0.html>
- Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie : les options du HCAAM, Avis adopté à l'unanimité lors de la séance du 22 mars 2012, http://www.securitesociale.fr/IMG/pdf/l_avenir_de_l_assurance_maladie_les_options_du_hcaam.pdf,

Liste des annexes

Annexe I

Guide d'entretien :

- 1- Selon vous, quels sont aujourd'hui les changements majeurs de l'environnement des instituts ?
- 2- Quelle est la nature des impacts de ces changements sur le projet de l'institut ?
- 3- Ces changements impliquent-ils pour le directeur d'institut le développement de nouvelles stratégies sur le territoire ?
- 4- En quoi le directeur peut-il être force de proposition pour répondre à ces changements et aux besoins futurs ?
- 5- Quel sens donnez-vous à la notion d'approche territoriale de la formation des futurs professionnels de santé ?
- 6- Selon vous comment l'institut doit-il se positionner aujourd'hui sur le territoire ?

MARCHAL	Christine	2015
Directeur des soins Promotion 2015		
Un projet d'institut de formation paramédicale au service du territoire : un enjeu stratégique pour le directeur des soins		
<p>Résumé :</p> <p>Dans un environnement de santé en pleine mutation, le positionnement territorial des instituts de formation paramédicale est aujourd'hui réinterrogé. De nouvelles perspectives de fonctionnement s'imposent aux instituts au regard de l'évolution des besoins de santé de la population, de l'émergence de nouveaux modes d'exercice professionnel et de la transformation de l'organisation du système de santé. Le directeur des soins chargé de formation doit construire un projet stratégique qui affirme son positionnement sur le territoire. Ses capacités à développer des partenariats avec les différents acteurs du sanitaire et du social et à coopérer avec les autres instituts de formation constitueront les atouts de la réussite d'un ancrage territorial attendu dans les orientations de la politique nationale de santé et du schéma régional des formations sanitaires et sociales élaboré par le Conseil régional.</p>		
<p>Mots clés : Besoins de santé - Formation- GHT - Institut de formation paramédicale- Partenariat- Projet d'institut- Territoire -</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		