



EHESP

Directeur des Soins

Promotion : **2015**

Date du Jury : **Décembre 2015**

**Le Groupement de Coopération
Sanitaire (GCS) d'institut de
formation, une opportunité pour le
Directeur des soins ?**

Jeanne Moncorger

Remerciements

Nous souhaitons remercier :

Les personnes qui ont permis la réalisation de ce mémoire grâce à leur disponibilité pour les entretiens et questionnaires

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

Jean-René Ledoyen et Nelly Levieux pour leur présence positive,

Les étudiants de la promotion Charlie pour tous les moments d'échange et leur soutien tout au long de cette année,

Mes proches qui ont rendu ce projet possible.

Sommaire

Introduction.....	1
1. Les GCS un mode de coopération hospitalière transposé ou transposable aux instituts de formation ?.....	5
1.1 Le GCS emblème d'une coopération hospitalière adaptable et multiforme	5
1.1.1 La coopération comme mode d'organisation territoriale	5
1.1.2 Une évolution historique qui confère aujourd'hui au GCS une certaine maturité	6
1.1.3 Un outil de structuration de la coopération hospitalière qui présente deux formes mais des éléments communs.....	7
1.2 Les GCS d'institut.....	9
1.2.1 Une création des GCS très encadrée par la loi mais qui permet de s'adapter aux spécificités locales	10
1.2.2 La gouvernance du GCS-institut	12
1.2.3 Un formalisme important qui s'appuie sur la convention constitutive du groupement	14
1.2.4 La convention avec l'université symbole d'un partenariat qui se construit	15
2. L'enquête de terrain.....	17
2.1 Méthodologie de l'enquête réalisée	17
2.1.1 Choix de la population enquêtée.....	17
2.1.2 Elaboration de la grille d'entretien et recueil de données	17
2.1.3 Caractéristiques de la population interrogée	18
2.2 Des données relativement contrastées selon les régions ou académies	19
2.2.1 Une composition des GCS variable sur le territoire	19
2.2.2 Une gouvernance avec des configurations différentes	20
2.2.3 Un GCS peu ouvert sur l'extérieur	21
2.2.4 L'existence de groupes de travail concernant surtout des domaines relatifs à l'université.....	22
2.2.5 Des GCS qui présentent une plus-value	23

2.2.6 Des GCS qui doivent permettre l'expression de tous et rassembler malgré certaines difficultés.....	24
2.2.7 Un rôle du DS qui reste semble-t-il à construire.....	26
2.2.8 Un partenariat universitaire à des degrés de développement et de maturation différents	27
2.2.9 Des propositions d'amélioration selon l'avancée des GCS	30
3. Des propositions d'analyse pour évoluer	33
3.1 L'interprétation des données de l'enquête.....	33
3.1.1 Au regard des hypothèses.....	33
Le GCS d'institut est un outil qui a surtout permis aux instituts de signer des conventions avec l'université et la région	33
Les GCS peuvent permettre une amélioration, une uniformisation de la formation à l'échelle territoriale en termes d'organisation, de pédagogie, de développement de la recherche.....	34
Le Directeur des Soins (DS) est davantage responsabilisé dans cette nouvelle forme de coopération	35
Les GCS peuvent renforcer le positionnement des formations paramédicales en termes de professionnalisation face à l'université.....	35
3. 1.2 Une analyse plus globale.....	37
3.2 Intérêts et limites de notre recherche	38
3.3 Des préconisations pour accompagner une coopération des instituts	39
3.3.1 Certains enjeux rendent la création de coopérations indispensables pour les instituts de formation	39
3.3.2 Le DS, un acteur clé de ces groupements de coopération pour accompagner les professionnels et les étudiants.....	40
3.3.3 Une nécessaire articulation des différentes formes de groupements de coopération sur le territoire.....	41
Conclusion	45
Bibliographie	47
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

- AAH : Attaché d'Administration Hospitalière
- AERES : Agence d'Evaluation de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur
- AFDS : Association Française des Directeurs de Soins
- AG : Assemblée Générale
- ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance
- ANDEP : Association Nationale des Directeurs d'Ecoles Paramédicales
- ARS : Agence Régionale de Santé
- CAC : Commission d'Attribution des Crédits
- CEFIEC : Comité d'Entente des Formations Infirmières et Cadres
- CHT : Communauté Hospitalière de Territoire
- CME : Commission Médicale d'Etablissement
- CSS : Cadre Supérieur de Santé
- CSIRMT : Commission des Soins, de rééducation et médico-techniques
- CTE : Comité Technique d'Etablissement
- DG : Directeur Général
- DH : Directeur d'Hôpital
- DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
- DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
- DRJSCS : Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale
- DS : Directeur des Soins
- DS-CGS : Directeur des Soins-Coordonnateur des Soins
- ECTS : European Credits Transferts Student
- EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
- FEHAP : Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne
- FHF : Fédération Hospitalière de France
- FTLV : Formation Tout au Long de la Vie
- GCS : Groupement de Coopération Sanitaire
- GCSMS : Groupement de Coopération Sanitaire et Médico Social
- GHT : Groupement Hospitalier de territoire
- GIE : Groupement d'Intérêt Economique
- GIP : Groupement d'Intérêt Public
- HPST : Hôpital Patient Santé Territoire
- IFA : Institut de Formation des Ambulanciers

- IFAS : Institut de Formation des Aides-Soignants
- IFCS : Institut de Formation des Cadres de Santé
- IFMEM : Institut de Formation des Manipulateurs en Electroradiologie Médicale
- IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers
- IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
- LMD : Licence Master Doctorat
- PRES : Pôle de Recherche et d'Enseignement Supérieur
- PUPH : Professeur des Universités- Praticien Hospitalier
- RAA : Registre des Actes Administratifs
- UE : Unité d'Enseignement
- UFR : l'Unité de Formation et de Recherche
- VAE : Validation des Acquis de l'Expérience

Introduction

En ratifiant les accords de Bologne le 19 juin 1999¹ la France s'est engagée à faire entrer les formations dans le système Licence-Master-Doctorat, pour favoriser la reconnaissance des diplômes et la mobilité des diplômés au sein de l'Europe. Cette réforme a concerné les formations paramédicales dès 2009 avec l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier². A ce jour, seules quelques formations ont bénéficié de cette réingénierie : infirmier, ergothérapeute, pédicure-podologue, manipulateur en électroradiologie, masseur- kinésithérapeute « et seuls les diplômés d'infirmier et d'ergothérapeute ont fait l'objet d'un décret leur conférant le grade licence³ », alors que les kinésithérapeutes se voient reconnaître un grade master comme les infirmiers anesthésistes qui représentent la seule formation non initiale réingéniérée. Les formations paramédicales initiales sont ainsi remaniées profondément et les études sont organisées selon un découpage universitaire, soit deux semestres par an. Les validations partielles de connaissances théoriques et cliniques contribuent à la validation globale de dix compétences constitutives du métier d'infirmier et donnent lieu à l'attribution d'un nombre de crédits ou European Credits Transferts Student (ECTS).

Ces réformes des études se sont accompagnées d'un changement de tutelle et dès 2004⁴, la région est devenue compétente en matière de formation professionnelle. Elle est ainsi chargée de définir la politique de formation des futurs travailleurs du secteur sanitaire et social. Elle prend en charge les frais de fonctionnement et les équipements des écoles paramédicales, sociales et de sages-femmes et finance les bourses allouées aux étudiants. Le président du Conseil Régional délivre également l'autorisation des instituts et l'agrément du directeur de l'Institut après que l'ARS ait instruit le dossier et donné son avis. L'ARS quant à elle, contrôle le suivi des programmes, l'évaluation de la qualité de la formation et les établissements de formation agréés. Le président de l'ARS ou son représentant préside les instances des instituts : conseil pédagogique, conseil technique, conseil de discipline. De plus, la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS) est chargée depuis de 2010 de délivrer les

¹ MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE – Grand-duché de Luxembourg, [consulté le 30 septembre 2015], disponible sur le site internet <http://www.mesr.public.lu/enssup/dossiers/bologne/>,

² Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

³ MARSALA V, ALLAL P, ROUSSEL I « les formations paramédicales : bilan et poursuite du processus d'intégration dans le dispositif LMD, Rapport IGAS Tome 1, juillet 2013, p 6.

⁴Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.

diplômes d'Etat, elle est donc l'autorité de certification. Enfin l'université dès 2010 a du conventionner avec les IFSI et la région par l'intermédiaire d'un GCS-IFSI pour assurer un certain nombre d'enseignement, habilitier les intervenants et enfin délivrer le grade licence aux étudiants infirmiers. Sans oublier le Ministère chargé de la Santé qui a un rôle de définition du contenu et des modalités de la formation des professionnels de santé, et une compétence pour arrêter le quota annuel des étudiants admis en formation et leur répartition par région. Toutes ces tutelles et partenaires ne font pas oublier que les instituts sont aussi rattachés à un établissement de santé support public ou privé. Ces établissements sont employeurs du personnel et propriétaires des locaux et équipements des instituts. Le DS d'institut exerce sous l'autorité du DG de l'établissement auquel l'institut est rattaché et la subvention de fonctionnement est versée par la région à l'établissement au sein d'un budget annexe qui se doit par essence de rechercher l'équilibre

Ce contexte spécifique et complexe des formations sanitaires s'insère dans un mouvement plus large de réformes hospitalières et il est intéressant de noter que la loi HPST et le texte sur la nouvelle ingénierie des études d'infirmières sont sortis le même mois, la même année et bénéficient des mêmes logiques de territorialisation, de coopération, de maîtrise des coûts, de démocratie sanitaire et de restructuration que les textes concernant les établissements de santé. La gouvernance des établissements de santé modifiée par la loi HPST, renforce les pouvoirs du DG et lui adjoint un directoire, et un conseil de surveillance organe de contrôle de la gestion menée, chargé de se prononcer sur les orientations stratégiques de l'établissement. L'organisation en pôles d'activité s'est accompagnée de délégation de gestion au chef de pôle, médecin, qui accompagné par un Cadre Supérieur de Santé (CSS) et un Attaché d'Administration Hospitalière (AAH), contractualise avec le DG de l'établissement afin de définir les objectifs et les moyens alloués au pôle. D'autres exigences de modernisation, de développement des compétences et de nouvelles technologies sont aussi présentes dans ces deux réformes, signes que l'évolution engagée pour les hôpitaux nécessite des professionnels formés différemment. D'ailleurs, il est à noter que la formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et de la recherche dans leurs domaines de compétences constitue une des quatorze missions de service public définie dans la loi HPST.

Au vu de ce contexte et de notre expérience de formateur en Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) et en Institut de Formation des Cadres de Santé (IFCS) et de notre projet de prise de poste de Directeur de Soins d'un Institut de formation, nous avons souhaité aborder un thème en rapport avec la formation. N'ayant pas accompagné la

nouvelle ingénierie des études infirmières prévue par la loi du 31 juillet 2009, nous avons voulu nous intéresser à un outil juridique socle de la coopération institut-université-région, le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) d'Institut. Ce dispositif ne concerne que les IFSI puisque les autres formations paramédicales réingéniérées n'ont pas l'obligation de constituer un GCS mais uniquement de conventionner avec une université. Notre travail s'inscrit dans un contexte de territorialisation de coopération et s'intéresse au concept de coopération et d'universitarisation, tout en cherchant à comprendre ce que le GCS peut apporter de plus qu'une simple signature de convention entre les IFSI, l'université et la région.

Nous avons donc étudié ce dispositif de GCS pour comprendre comment se sont organisés ces différents GCS et voir quelles opportunités ils peuvent représenter en termes de coopération, de projets d'instituts, d'harmonisation des pratiques pédagogiques, de professionnalisation et de reconnaissance des professionnels infirmiers. Au détour de lectures peu foisonnantes sur ce sujet, et d'entretiens exploratoires nous avons découvert que certains instituts, en plus d'appartenir à ce GCS d'institut prescrit par la loi, avaient créé un GCS de moyens pour regrouper des instituts présents sur un territoire proche. Nous avons donc tenu compte de cette évolution mais l'objet de notre recherche reste les GCS d'institut, Malgré tout, ces deux aspects de notre objet d'études prennent un sens nouveau dans la perspective de la nouvelle recomposition territoriale annoncée et de la nouvelle signature des conventions entre université et Instituts de formation prévue en 2015-2016. Après avoir cerné le contexte de ce thème et délimiter le champ de l'étude, nous avons formulé une question qui est :

En quoi les GCS d'Instituts de Formation en Soins Infirmiers favorisent une coopération au service de l'efficacité de la formation des professionnels de santé ? (qualité, autonomie, transversalité des formations, interdisciplinarité, culture commune, coût) ?

Cette question nous a ensuite permis de formuler quatre hypothèses :

- Le GCS d'institut est un outil qui a permis aux instituts de signer des conventions avec l'université et la région ;
- Les GCS peuvent permettre une amélioration, une uniformisation de la formation à l'échelle territoriale en termes d'organisation, de pédagogie, de développement de la recherche ;

- Le Directeur des Soins (DS) est davantage responsabilisé dans cette nouvelle forme de coopération,
- Les GCS peuvent renforcer le positionnement des formations paramédicales en termes de professionnalisation face à l'université,

Aussi, pour approfondir cette question et les hypothèses posées, nous aborderons tout d'abord la coopération et le GCS de façon assez générique, afin d'en comprendre son organisation et son évolution, puis la forme spécifique construite pour les instituts de formation. Puis nous proposerons une analyse des données recueillies lors d'entretiens semi-directifs auprès de DS et de représentants de région et d'université pour pouvoir la confronter à nos hypothèses et à notre question de recherche. Enfin, au regard de ces éléments nous tenterons de proposer une analyse des données qui nous permettra de formuler des préconisations pour affirmer la place des GCS dans l'environnement des instituts de formation et le rôle de DS dans cette nouvelle organisation.

1. Les GCS un mode de coopération hospitalière transposé ou transposable aux instituts de formation ?

Nous allons tout d'abord présenter, le GCS en tant qu'outil de coopération pour les établissements de santé et montré que son évolution a permis de transposer sa structure pour les instituts de formation.

1.1 Le GCS emblème d'une coopération hospitalière adaptable et multiforme

Les GCS sont des outils de restructuration du paysage hospitalier qui ont évolué grâce à des réformes successives pour aboutir à des coopérations davantage intégrées.

1.1.1 La coopération comme mode d'organisation territoriale

Le GCS est avant tout une structure de coopération au même titre que les Communautés Hospitalières de Territoire (CHT ou Groupement Hospitalier de Territoire aujourd'hui) et d'autres formes comme les Groupements d'Intérêt public (GIP), Groupements d'Intérêt Economique (GIE), ou réseaux de santé que nous ne traiterons pas ici. Ils ont pour objet « de faciliter, améliorer ou développer l'activité de ses membres ». Coopérer peut être considéré comme le fait de participer à une œuvre commune, et induit une politique, d'échanges d'ententes, d'aides économiques, financières et techniques. Ici, le terme de « coopération peut s'apparenter à un compromis organisationnel, voir une concurrence négociée sur un territoire ».⁵ La coopération implique donc d'avoir des intérêts communs et d'être basée sur le volontariat de ses membres. En effet la coopération hospitalière pour être efficiente économiquement et sur le plan de la prise en charge résulte du sens que lui confèrent et lui reconnaissent volontairement les membres qui la composent ».⁶

Les coopérations peuvent, selon l'ANAP être classées selon trois types. Premièrement, ces coopérations peuvent être dites « filières » si leur objet est une prise

⁵ LOUAZEL M, « coopération hospitalière, entre incitation réglementaire et intérêt stratégique à agir », Séminaire –Chaire management des établissements de santé, EHESP- IDM Gestion Hospitalière, n° 523, février 2013, p 117-119.

⁶ KELLER C, LOUAZEL M, MOQUET-ANGER M-L, « les outils juridiques de coopération issus de la loi HPST : des instruments au service de la restructuration de l'offre hospitalière ». Revue de droit sanitaire et sociale (RDSS), n° 4, juillet-août 2013, p 687-699.

en charge coordonnées de pathologies ou de besoins concernant des populations spécifiques. La seconde possibilité de coopération est dite « d'efficience » et sa vocation est alors, la mutualisation d'équipements, de ressources, la rationalisation par une recherche d'économie d'échelle. La dernière modalité est appelée « coopération isolement » dès qu'une structure de santé « défavorisée » sur un territoire se rattache à un ou d'autres établissements de santé pour avoir accès à certaines compétences, équipements, ou volume d'activités lui permettant une pérennité.⁷ Nous voyons ainsi que ces choix de coopération et de rationalisation sont désormais pensés « en complémentarité avec d'autres établissements et au sein d'un territoire »⁸. Au final, la coopération peut être mobilisée en tant qu'instrument de restructuration mais également en tant qu'instrument de pilotage et de gestion. Des enquêtes menées par l'EHESP et la FEHAP confirment que volontariat, équilibre entre partenaires et partage d'objectifs, choisis collectivement, constituent des pré requis et des facteurs de réussite dont une dynamique coopérative ne peut faire l'économie »⁹.

1.1.2 Une évolution historique qui confère aujourd'hui au GCS une certaine maturité

Le GCS est un outil de coopération qui a évolué au fil des réformes hospitalières dans sa forme juridique, son organisation, son fonctionnement, et son champ d'activité.

En effet, la création d'outils juridiques de coopération jalonne les grandes étapes de réformes hospitalières. Le GCS est remis sur le « métier législatif » à travers pas moins de cinq lois et deux ordonnances qui, par touches successives, élargissent, infléchissent son champ d'application, ses modalités de fonctionnement et de financement. KELLER souligne ainsi que « les réformes qui ont fait date dans l'organisation de l'offre de soins, notamment hospitalières, ont misé sur des outils juridiques de coopération pour porter leur ambition de modernisation ». Les ordonnances Juppé de 1996,¹⁰ affichent d'emblée « clairement que la réforme concerne l'ensemble des établissements de santé, indépendamment de leur statut juridique, et s'attachent à

⁷ MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE ET ANAP, Guide méthodologique des coopérations territoriales, ARNAUD A LEHERICEY H, TASSERY Mi, Paris, 2011, 92p.

⁸ KELLER C, LOUAZEL M, MOQUET-ANGER M-L, « les outils juridiques de coopération issus de la loi HPST : des instruments au service de la restructuration de l'offre hospitalière ». Revue de droit sanitaire et sociale (RDSS), n° 4, juillet-août 2013, p 699..

⁹ Ministère de la Santé et des sports. Recensement DGOS, recensement annuel des GCS, 30 juin 2010 ; enquête EHESP/FEHAP ; la coopération dans les établissements sanitaires adhérents de la FEHAP, avril-mai 2011).

¹⁰ Ordonnances n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

élaborer un outil spécifique, adapté au monde de la santé : le GCS ». ¹¹ Cette nouvelle forme juridique de coopération, voit ses modalités de constitution, d'organisation et de fonctionnement précisées par décret dès l'année suivante ¹². En 1999, une loi complète leur régime juridique, mais il faudra attendre 2003 ¹³ pour modifier les formes de coopération et désigner les GCS comme mode privilégié de coopération en matière sanitaire, même si les autres formes de coopération comme les GIP, GIE ou réseaux de santé demeurent possibles. Par ce texte, les GCS sont érigés en véritables outils de coopération entre les établissements de santé, publics ou privés, les structures médico-sociales et la médecine de ville. Puis dès 2004, deux nouveaux textes complètent ce dispositif, tout en précisant ses modalités de financement ¹⁴. Enfin, la loi HPST ¹⁵ place la coopération « au cœur de la modernisation des établissements de santé et présente les CHT et les GCS comme des supports désormais finalisés et aboutis, ayant bénéficié de cette longue maturation juridique et pouvant répondre à toutes les situations de coopération ¹⁶ ». Le GCS est donc un outil de décloisonnement public-privé, qui favorise les coopérations entre les secteurs sanitaires et médico-sociaux et ville-hôpital. Cette idée étant réaffirmée par Couty dans son pacte de confiance pour l'hôpital lorsqu'il souligne « l'intérêt des formes de coopérations de territoire pour dépasser le clivage entre sanitaire et médicosocial ». ¹⁷ Pour répondre à ces objectifs entre des acteurs aux enjeux différents, le GCS est adaptable et offre une progression en termes de coopération.

1.1.3 Un outil de structuration de la coopération hospitalière qui présente deux formes mais des éléments communs

A partir d'éléments constitutifs communs, le législateur permet une graduation dans la coopération en proposant deux formes de coopération, le GCS de moyens qui sert de base à une forme plus aboutie : le GCS établissement de santé.

¹¹ KELLER C, « coopération hospitalière, articuler stratégie d'établissement/optimum global. GCS et CHT alpha et oméga de la coopération hospitalière ? », Séminaire –Chaire management des établissements de santé, EHESP- IDM, Gestion hospitalière, n° 523 février 2013, p 120 ;

¹² Décret n° 97-240 du 17 mars 1997 relatif aux groupements de coopération sanitaire

¹³ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

¹⁴ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. et le Décret n° 2005-1681 du 26 décembre 2005 relatif aux groupements de coopération sanitaire et modifiant le code de la santé publique.

¹⁵ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 modifiée portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

¹⁶ KELLER C, « coopération hospitalière, articuler stratégie d'établissement/optimum global. GCS et CHT alpha et oméga de la coopération hospitalière ? », Séminaire –Chaire management des établissements de santé, EHESP- IDM, Gestion hospitalière, n° 523 février 2013, p 121.

¹⁷ KELLER C, LOUAZEL M, MOQUET-ANGER M-L, « les outils juridiques de coopération issus de la loi HPST : des instruments au service de la restructuration de l'offre hospitalière ». Revue de droit sanitaire et sociale (RDSS), n° 4, juillet-août 2013, p 699.

La loi pose le principe que sous réserve de dispositions contraires, toutes les activités, fonctions ou missions de ses membres peuvent être confiées à un GCS, avec pour seule obligation de comporter au moins un établissement de santé (or GCS réseau de santé). Le groupement est ouvert aux établissements de santé publics, privés, aux établissements médico-sociaux, aux professionnels médicaux libéraux, aux centres de santé et pôles de santé. Les parties au groupement restent titulaires des autorisations qui leur sont conférées par l'ARS. Le GCS est le fruit d'une démarche volontaire de ses membres, même si par exception la loi prévoit la possibilité pour le DG de l'ARS, de demander à un établissement public de santé de créer un GCS et de lui transférer certaines compétences. Ce dispositif est constitué pour une durée déterminée ou indéterminée et est doté de la personnalité morale, de droit public ou privé, selon le statut de ses membres. Il comprend une Assemblée Générale (AG) composée de l'ensemble de ses membres, qui est l'organe délibérant et un administrateur, désigné par l'AG, qui constitue la fonction exécutive du GCS. La loi HPST a ouvert la possibilité de créer au sein de l'AG un comité restreint qui peut recevoir délégation de certaines compétences de l'AG pour une gestion plus souple et efficace. La convention constitutive du groupement est élaborée par ses membres et transmise pour approbation et publication au DG de l'ARS. Dans cette organisation, les établissements publics de santé conservent leurs instances propres, comme la Commission Médicale d'Etablissement, le Comité Technique d'Etablissement (CTE), le Conseil de Surveillance...Le groupement peut être employeur ou bénéficiaire de personnel mis à disposition par ses membres et peut-être constitué avec ou sans capital. Ces principes sont le socle de cette forme de coopération qui se décline ensuite en deux possibilités, GCS de moyens ou GCS établissement de santé.

Le GCS de moyens est la forme de droit commun et a pour but de permettre la mutualisation de moyens de toute nature. Cette mise en commun de moyens peut concerner la fonction logistique, administrative, technique ou médico technique, ainsi que l'ensemble des moyens nécessaires aux soins, ou encore les activités d'enseignement et de recherche. Ce type de GCS peut réaliser ou gérer des équipements d'intérêt commun et permettre l'intervention commune de professionnels médicaux et non médicaux. Au final, « seules des activités dites de support, en tout cas périphériques aux soins, fussent-elles médico techniques, comme un bloc ou une pharmacie à usage intérieur peuvent faire l'objet d'un GCS de moyens¹⁸». Le GCS de moyens permet aujourd'hui des coopérations entre les secteurs sanitaires et médicosociaux ainsi que la ville et constitue la base juridique du Groupement de Coopération Sanitaire et Médico- Social (GCSMS).

¹⁸ MINISTERE DU TRAVAIL DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE, Le GCS, Paris, 24 mai 2011.

Dans sa forme la plus aboutie et intégrée, le GCS devient GCS établissements de santé public ou privé afin d'aller plus loin dans la coopération autour du soin. Cette transformation est automatique à partir du moment où le GCS est détenteur d'une autorisation de soins, et s'est imposée pour répondre à une double exigence de sécurisation des conditions de prise en charge des patients et de simplification des modes de gestion. En effet, ce GCS est tenu aux mêmes règles que tous les établissements de santé en matière de qualité et sécurité des soins, systèmes d'information et suivi des données ... Il est donc à ce titre responsable de l'intégralité de la prise en charge des patients qu'il accueille. Il a les mêmes règles de financement et de système tarifaire que les établissements de santé. Il constitue aujourd'hui « un outil de coopération très structurant qui favorise des démarches de recomposition de soins sur un territoire¹⁹ ». Avec ces formes de coopération, sans oublier les GHT, GIP, GIE, on peut dire qu'il semble aujourd'hui que « le monde de la santé dispose de ses propres outils de coopération inter établissements, s'émancipant ainsi des formules de coopération élaborées ou expérimentées dans d'autres secteurs d'activité²⁰ ». Du fait de leur adaptabilité au système sanitaire, et de leur expérimentation dans ce domaine, ces outils ont été retenus pour accompagner la réforme des études d'infirmières en 2009. Des GCS ont alors dû être créés par les IFSI d'une même région ou académie pour servir de support à la signature de convention entre l'université, la région et les IFSI. Ces GCS – IFSI ont créés en conservant les éléments socles des GCS conçus pour la coopération inter-établissements de santé mais ont nécessité une adaptation au contexte de la formation infirmière.

1.2 Les GCS d'institut

Dès la parution du nouveau programme des études infirmières, les IFSI doivent se regrouper en créant un GCS dont le nombre par région et académie est fixé par la circulaire de 2009, avec cependant une certaine souplesse pour tenir compte des enjeux locaux.²¹ Cette démarche est indispensable pour que les IFSI puissent signer au plus tard en juin 2010, une convention entre les IFSI ou leurs établissements support, les universités et les régions. Ceci affirme le choix fait par l'Etat de « recourir au

¹⁹ Le GCS, MINISTERE DU TRAVAIL DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE, Paris, 24 mai 2011

²⁰ KELLER C, LOUAZEL M, MOQUET-ANGER M, ,les outils juridiques de coopération issus de la loi HPST : des instruments au service de la restructuration de l'offre hospitalière ? Revue du droit sanitaire et social, n°4, juillet-août 2013, p 699id

²¹ Circulaire interministérielle DHOS/RH1/DGESIP n°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 ma mise en œuvre du processus Licence-Master-Doctorat (LMD).

conventionnement avec les universités plus tôt qu'à l'intégration de la formation au sein de ces dernières ». ²²

1.2.1 Une création des GCS très encadrée par la loi mais qui permet de s'adapter aux spécificités locales

La circulaire de 2009 fixe par région et académie le nombre de GCS qui est à constituer sur le territoire national²³. Pour comprendre l'installation de ces GCS nous avons analysé ce tableau et relevé les caractéristiques initiales qui serviront de base à notre réflexion après recueil des données de terrain. Conformément à ce texte, vingt-huit GCS doivent voir le jour répartis dans les vingt-deux régions. Dans ces prévisions, dix-sept régions ont un GCS unique, quatre régions ont deux GCS (Lorraine, Nord Pas de Calais, PACA, Rhône-Alpes), et la région Ile de France comporte trois GCS, conformément au nombre d'académie dans ces régions. Pour l'outre-mer, la circulaire stipule qu'aucun GCS n'est constitué en Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion et Mayotte. Les GCS uniques ont au minimum deux IFSI (Corse), de six à sept IFSI (Auvergne, Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Haute-Normandie, Limousin, Poitou-Charentes), de dix à douze (Alsace, Basse-Normandie, Picardie) de treize à quinze (Bretagne, Centre, Languedoc-Roussillon, Pays de la Loire), et enfin le GCS Aquitaine comporte seize IFSI. Il semble donc que ce chiffre de seize IFSI soit le seuil pour le passage à un second GCS au sein d'une même région. Dès dix-huit IFSI, la Lorraine doit constituer deux GCS, tout comme les régions PACA et Nord Pas de Calais qui comprennent respectivement vingt-cinq et vingt-six IFSI, et enfin avec quatre-vingt-quatorze IFSI la région Ile de France constitue trois GCS d'au moins une trentaine d'IFSI chacun. En sachant que les régions qui ont plusieurs GCS n'ont pas une répartition forcément égalitaire des instituts, pour preuve la région PACA qui a un GCS de neuf instituts et un de seize par exemple. Si on fait une moyenne les GCS d'institut peuvent comporter de deux à trente-quatre IFSI, ce qui interroge sur les contraintes et la dynamique qui peuvent exister dans ces organisations.

Sur trois-cent-soixante-douze IFSI nous observons une prédominance des instituts publics (trois-cent-vingt et un) pour seulement trente-quatre IFSI Croix Rouge et dix-sept IFSI FEHAP. Les IFSI Croix rouge sont présents sur tout le territoire si ce n'est dans les départements d'outre-mer et les régions Alsace, Corse et Picardie. Les IFSI FEHAP ne sont présents que dans six régions. Seules cinq régions ont sur leur territoire les trois

²² MARSALA V, ALLAL P, ROUSSEL I « les formations paramédicales : bilan et poursuite du processus d'intégration dans le dispositif LMD, Rapport IGAS Tome 1, juillet 2013, p 22.

²³ Annexe 1 : tableau de données sur les GCS – IFSI extrait de la circulaire n° DHOS/RH1/DGESIP/2009/ du 9 juillet 2009

formes juridiques d'IFSI (publique, Croix Rouge et FEHAP), il s'agit de l'Aquitaine, du Nord Pas de Calais, des régions Ile de France, PACA et Rhône-Alpes. La Corse, la Picardie et les départements d'outre-mer hébergent exclusivement des IFSI publics. A la lecture de ces éléments on perçoit déjà des différences en termes de taille et, de composition des GCS, qui vont sûrement avoir un impact sur la mise en place et le fonctionnement de ceux-ci. Cette photographie nationale permettra aussi de comparer cette projection à la réalité trouvée lors de l'enquête de terrain. Ces GCS serviront de base à la signature d'une convention entre les établissements de santé référence des IFSI, la région et l'université, et ils permettent une certaine adaptation aux contraintes locales.

Son cadre juridique est en effet adaptable aux spécificités régionales ou locales et pour les DOM par exemple, la convention avec l'université est passée, sans constitution d'un GCS. La convention signée entre les IFSI, par l'intermédiaire de leur établissement support, la région et les universités, en sachant que ces dernières sont coordonnées par une université disposant d'une composante formation en santé. Cette convention dont un modèle est proposé dans la circulaire de 2009, précise la participation des universités aux instances pédagogiques et leurs contributions aux enseignements et aux jurys d'examen. Ce document prévoit aussi les modalités suivant lesquelles les dossiers d'évaluation des formations seront transmis à échéance régulière par l'intermédiaire de l'université coordinatrice, à l'Agence d'Evaluation de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur (AERES). La vocation première du GCS est donc d'être l'interlocuteur unique dans la mise en place du processus LMD pour signer la convention tripartite université, région, IFSI. Ses objectifs sont également de fournir une organisation structurée entre les IFSI d'une même région ou académie pour permettre l'intervention d'universitaires dans l'enseignement, et de mutualiser les expériences des instituts dans le domaine pédagogique. Les IFSI privés FEHAP et croix rouge sont aussi dans l'obligation de signer une convention avec l'université et la région. Et le rapport IGAS relève à ce sujet que «l'obligation de conventionner avec une ou plusieurs universités de l'académie ou de la région a été remplie par tous les IFSI ».²⁴ Pour ce faire chaque directeur d'ARS a désigné, en fonction de la taille de sa région, le ou les établissements de santé chargés de la rédaction de la convention constitutive du GCS afin d'initier les premières réunions constitutives. Le conseiller technique ou pédagogique de l'ARS a apporté son concours à ce dossier et contribué à la remontée d'informations dans le cadre du dispositif national de suivi qui a été mis en place dès 2010. Le référentiel du métier de DS a prévu que le

²⁴ MARSALA V, ALLAL P, ROUSSEL I « les formations paramédicales : bilan et poursuite du processus d'intégration dans le dispositif LMD, Rapport IGAS Tome 1, juillet 2013, p 22.

DS participe également à la rédaction de la convention constitutive du GCS –IFSI.²⁵ L'établissement désigné par le directeur de l'ARS a ensuite rédigé, en lien avec les autres établissements concernés la convention constitutive du GCS qu'il a approuvé et qu'il a fait publier au recueil des actes administratifs. Pour avoir lu un certain nombre de convention constitutives de GCS sur internet dans des recueils d'actes administratifs, elles peuvent être très minimalistes ou beaucoup plus précises, mais elles ont le mérite d'acter cette création et de permettre la constitution des instances nécessaires à son fonctionnement.

1.2.2 La gouvernance du GCS-institut

Le GCS –institut comporte trois instances pour gérer les missions qui lui sont dévolues. Il s'agit de l'AG, de l'administrateur et d'une commission spécialisée.

Dès sa constitution, l'établissement désigné a réuni les membres en assemblée générale du GCS. L'AG est composée de deux représentants par établissements supports d'IFSI, désignés par leur représentant légal. Elle a élu l'administrateur du GCS-IFSI à la majorité des membres présents, sous réserve du respect des règles de quorum. Elle doit se réunir au moins une fois par an et plus si nécessaire, sur convocation de l'administrateur. Elle peut aussi se réunir de droit à la demande d'au moins un tiers de ses membres sur un ordre du jour déterminé. L'AG est présidée par l'administrateur du groupement ou par un membre de l'AG désigné par celle-ci avec alternance entre les membres du groupement. Cette instance est chargée de délibérer sur la politique du GCS, le projet de convention tripartite ou toute modification envisagée, l'élection ou la révocation de l'administrateur, la désignation du secrétaire de séance, le règlement intérieur, le lieu du siège du GCS, la dissolution du groupement, les modalités de communication aux membres du groupement. L'AG délibère si au moins la moitié des membres sont présents ou représentés. Si le quorum n'est pas atteint, l'AG est de nouveau convoquée dans un délai de quinze jours et peut délibérer quel que soit le nombre des membres présents ou représentés. En cas d'urgence ce délai peut être ramené à huit jours. Les délibérations de l'AG sont prises à la majorité des membres sauf les délibérations concernant les modifications de la convention constitutive, l'adhésion et l'exclusion d'un membre, qui ne peuvent être prises qu'à l'unanimité. Ses décisions sont consignées dans un Procès-verbal de réunion et engagent les membres du groupement. Elle tient informée les instances des établissements membres du groupement de ses décisions « Il paraît opportun que les directeurs d'IFSI puissent participer » aux instances du GCS et qu'ils « participent le cas échéant à l'instance délibérative du GCS et aux

²⁵ Référentiel métier de directeur (trice) de soins, EHESP, mars 2010, p 6.

structures de ce groupement ²⁶». La seconde instance du GCS est l'administrateur qui est compétent pour tout ce qui n'est pas réservé à l'approbation de l'AG.

L'administrateur est élu pour un mandat dont la durée est fixée à 3 ans renouvelable mais révocable à tout moment par l'AG à la majorité de ses membres. Chaque membre du GCS peut présenter un candidat au poste d'administrateur. Son mandat est exercé à titre gratuit. Il a essentiellement pour mission de convoquer l'AG, de veiller au bon déroulé des réunions de l'AG et à sa communication, et surtout il prépare et exécute les décisions de l'assemblée. Il représente le GCS dans les actes de la vie civile et en justice et assure la gestion courante du groupement. Il peut bénéficier d'une délégation de pouvoirs de l'AG sur les décisions ne relevant pas exclusivement de celle-ci. Il semble d'après les conventions initiales de GCS que j'ai pu trouver que les premiers administrateurs aient été majoritairement des DH, essentiellement DRH ou Directeur de la formation. Quelques DS ont été administrateur d'un GCS ou plus fréquemment administrateur suppléant ou adjoint lors des premières élections.

Dernière instance du GCS, la commission spécialisée donne un avis consultatif sur tout projet entrant dans l'objet du groupement de nature à modifier le statut ou les moyens dont le groupement dispose à court ou long terme. Elle a pour mission de proposer et de mutualiser les orientations et expériences pédagogiques fixées par l'AG et de s'assurer du respect des objectifs et engagements pris dans le cadre de la convention de partenariat. Elle est composée du DG de l'ARS, du président du Conseil Général, du président des Universités ou de leurs représentants, de l'administrateur du GCS, des directeurs des IFSI, de trois représentants des étudiants, élus par les représentants des étudiants des IFSI membres du GCS. Le référentiel DS souligne ici que le DS peut «apporter son concours à la commission spécialisée du GCS »²⁷. La commission est placée sous la présidence du Directeur de l'ARS ou son représentant et se réunit sur convocation de l'administrateur. Son fonctionnement est défini par le règlement intérieur. Les débats des séances des AG et des commissions spécialisées sont soumis à la confidentialité et les comptes rendus de réunion sont transmis à l'ensemble des membres du GCS et l'AG est tenue informée de ses travaux. L'organisation de ces instances est soumise également à un important formalisme qui a pu paraître lourd au départ pour membres du GCS.

²⁶ Référentiel métier de directeur (trice) de soins, EHESP, mars 2010, p 8.

²⁷ Référentiel métier de directeur (trice) de soins, EHESP, mars 2010, 12 p.

1.2.3 Un formalisme important qui s'appuie sur la convention constitutive du groupement

La convention constitutive du GCS est élaborée pour six ans et est renouvelable par tacite reconduction. Elle est toujours soumise, ainsi que ces modifications à l'approbation de l'ARS et publiée au Registre des Actes Administratifs (RAA). La non-reconduction n'a lieu que par décision unanime des membres ou retrait ou exclusion de membres rendant impossible la poursuite du groupement. Tout IFSI autorisé par le Conseil Régional est admis de droit dans le GCS et adhère à la convention et aux décisions prises par les instances antérieurement. L'exclusion d'un membre n'est possible que par décision motivée prise à l'unanimité des membres de l'assemblée générale. En cas de retrait volontaire, l'IFSI doit notifier son intention à l'administrateur par courrier recommandé avec avis de réception au moins six mois avant la clôture de l'exercice au terme duquel interviendra ce retrait. Celui-ci avisera ensuite chaque membre et le Directeur de l'ARS et soumettra la décision à l'AG lors de la prochaine réunion. L'AG après avoir constaté par délibération la volonté de retrait du membre, déterminera les conditions dans lesquelles l'activité menée en commun pour le compte des membres peut continuer. Le retrait d'office d'un membre du GCS est constaté également par décision de l'AG lorsque ce membre n'a plus la qualité juridique requise, ou lorsqu'il y a dissolution de l'établissement membre du groupement ou lorsque le Conseil Régional retire l'autorisation de l'IFSI.

Par la signature de la convention constitutive du GCS les membres du groupement s'engagent à participer activement à la réalisation des objectifs du GCS-IFSI et à assurer les missions qui peuvent leur être confiées dans ce cadre. Ils doivent respecter de plein droit les dispositions de la convention constitutive et ses avenants et toutes les décisions applicables aux membres du groupement. Dans les rapports entre eux les membres du GCS sont tenus aux obligations du GCS-IFSI, et communiquent aux autres toutes les informations qu'ils détiennent et qui sont nécessaires à la réalisation de l'objet du GCS.

Un règlement intérieur décrit l'organisation générale du fonctionnement interne du GCS-IFSI et les principes applicables à son fonctionnement, il est adopté par l'AG et opposable à chacun des membres. Le groupement peut-être dissous si l'ensemble des membres dénoncent la convention constitutive au-delà de la durée initiale prévue de cinq ans ou de plein droit si le retrait d'un de ses membres fait qu'il ne reste plus qu'un seul membre. La dissolution du groupement peut intervenir aussi par décision judiciaire ou par décision de l'AG en cas de réalisation ou extinction de son objet. Les GCS sont donc des outils « souvent très formels »²⁸ non dotée de la personnalité morale, ce qui en fait des

²⁸ MARSALA V, ALLAL P, ROUSSEL I « les formations paramédicales : bilan et poursuite du processus d'intégration dans le dispositif LMD, Rapport IGAS Tome 1, juillet 2013, p 36 ;

« services » de l'établissement de santé. La région vérifie lors de la réception du dossier d'agrément élaboré tous les cinq ans par l'IFSI, pour bénéficier du renouvellement de son autorisation, que la convention constitutive du GCS et celle de partenariat avec l'université sont bien présentes les cinq ans par les IFSI.

1.2.4 La convention avec l'université symbole d'un partenariat qui se construit

Comme le souligne le rapport IGAS, «une convention devait être passée entre les universités et les IFSI réunis au sein d'un GCS au plus tard en juin 2010, convention aux termes de laquelle l'université devait prendre en charge, selon des modalités fixées par les dites conventions, la formation théorique des étudiants infirmiers»²⁹. Les conventions ont toutes été signées pour cinq ans et les domaines d'enseignement pris en charge par les universités sont exclusivement les sciences humaines, sociales, le droit, les sciences biologiques et médicales, les méthodes de travail et l'anglais. Ces domaines apparaissent comme un « choix logique dans la mesure où les domaines d'enseignement choisis correspondent à des enseignements fondamentaux de nature universitaire »³⁰.

Selon ce rapport IGAS, il semble que le nombre d'heures de cours magistraux effectués par les intervenants universitaires varient d'une université à l'autre. Dans certains cas, l'université assure la totalité des cours magistraux par l'intermédiaire d'enseignants hospitalo-universitaires ou PH déjà à la faculté de médecine, pour les IFSI proches géographiquement d'une université. Parfois, au vu du maillage territorial des IFSI les intervenants universitaires ne peuvent être présents dans chaque IFSI et ne peuvent rassembler les étudiants de plusieurs IFSI sur un même site pour des raisons d'organisation d'emploi du temps, de taille des amphithéâtres, ou de coût de frais de déplacement. Les IFSI sont au nombre de trois-cent-soixante-douze pour trente-sept facultés de médecine, soit une moyenne de neuf IFSI par université, ce qui explique les difficultés de ces dernières pour assurer l'intégralité de ces enseignements. Certaines universités ont donc fait appel à la technologie pour dispenser des cours par visioconférence ou par l'intermédiaire d'une plateforme d'enseignement à distance. Ces cours en ligne ne dispensent pas d'échanges soit avec les enseignants en fin d'enseignement ou d'un accompagnement par les formateurs. D'autres universités ont pris le parti de laisser aux formateurs et aux intervenants habituels le soin de dispenser les cours magistraux, tout en vérifiant les référentiels supports au cours, en habilitant les formateurs et en mettant à disposition du matériel pédagogique, sur l'intranet de l'université. Les universités ont désigné un hospitalo-universitaire référent pour chaque

²⁹ 22 MARSALA V, ALLAL P, ROUSSEL I « les formations paramédicales : bilan et poursuite du processus d'intégration dans le dispositif LMD, Rapport IGAS Tome 1, juillet 2013, p 22.

³⁰ Op. cit. MARSALA V, ALLAL P, ROUSSEL I.

UE pour coordonner les cours magistraux et travaux dirigés. Cette option permet aux étudiants d'avoir tous leurs cours en présentiel mais pas de contact avec les enseignants hospitalo-universitaires. Certaines universités sont allées jusqu'à penser les procédures d'évaluation communes et concomitantes à plusieurs IFSI et à en assurer la correction. Dans le prolongement des évaluations, les universitaires sont présents aux Commissions d'Attribution des Crédits (CAC) pour attribuer les crédits correspondants aux UE validées. Ces nouvelles relations avec l'université permettent selon le bilan dressé toujours par ce rapport IGAS, un meilleur «niveau de connaissances théoriques et un niveau de formation quasiment identique entre les IFSI conventionnés avec une même université ».³¹

Les GCS –IFSI ont donc bien été constitués dans toutes les régions et ont permis un conventionnement avec l'université pour tous les IFSI. Malgré un formalisme important, les instances prévues par la loi, les GCS ont été suffisamment adaptables pour permettre l'atteinte des objectifs visés notamment celui du conventionnement avec l'université. Afin d'objectiver ces éléments et les compléter nous avons réalisé une enquête de terrain qui cherche à comprendre la réalité de ces GCS, à travers leur organisation, leurs instances, leurs acteurs, leurs difficultés éventuelles et leurs possibles évolutions.

³¹Op. cit. MARSALA V, ALLAL P, ROUSSEL I.

2. L'enquête de terrain

2.1 Méthodologie de l'enquête réalisée

Pour cette enquête, nous avons interviewé douze directeurs de soins, deux représentants de région et deux d'université et sollicité d'autres DS par questionnaire afin d'avoir des données plus larges.

2.1.1 Choix de la population enquêtée

Nous avons choisi les douze directeurs de soins interrogés par entretien semi-directif pour des raisons de proximité essentiellement et de façon à avoir des régions variées. Les entretiens ont duré de 50 minutes à 1H35, et se sont déroulés dans les bureaux des DS, par téléphone ou visioconférence. Les représentants de la région et d'universités sont ceux de régions où nous avons fait un stage ce qui nous a permis d'être introduit facilement par les DS des instituts qui nous accueillaient. Les personnes sollicitées par questionnaire l'ont été pour avoir un panorama géographique plus large et les personnes contactées nous ont été conseillées par nos collègues de promotion ou par les DS sollicités, pour leur bonne connaissance des GCS.

2.1.2 Elaboration de la grille d'entretien et recueil de données

Nous avons élaboré une grille d'entretien³² que nous avons testé préalablement auprès de deux élèves DS faisant- fonction de DS d'institut avant leur entrée à l'EHESP, ce qui nous a permis de finaliser une grille comportant onze questions, support des entretiens semi-directifs que nous réalisons en présentiel, par téléphone ou visioconférence. Nous avons consigné les résultats de nos entretiens et des questionnaires dans un tableau pour classer les données selon des items qui sont : la région d'origine, le nombre d'IFSI présents au sein du GCS, le parcours professionnel du DS d'institut, la fonction de l'administrateur, les personnes invitées éventuellement, la présence de groupes de travail et leurs missions, les intérêts du GCS, les éléments favorisant son fonctionnement, les freins possibles, le rôle du DS, l'état du partenariat universitaire, et enfin les propositions d'amélioration éventuelles. Au fur et à mesure de l'avancée de notre travail nous avons ressenti le besoin d'avoir des données plus complètes sur certains éléments comme le nombre d'IFSI partie au GCS, la présence d'IFSI privés ou non, la fonction de

³² Annexe 2 : Grille d'entretien

l'administrateur, l'invitation de personnes ressources... et nous avons adressé notre grille d'entretien par e-mail à des DS choisis pour leur appartenance à des régions non couvertes par les entretiens pour tenter d'élaborer une « cartographie » plus large des éléments précités. Nous avons récupéré une dizaine de questionnaire qui nous ont permis de construire le tableau de recueil de ces éléments. Au total nous avons donc recueilli des données auprès de vingt-deux DS uniquement d'IFSI publics, représentant quinze régions et quatorze GCS, ce qui représente environ deux tiers des régions et la moitié des GCS.

2.1.3 Caractéristiques de la population interrogée

Sur le plan sociologique, les douze DS interrogés³³ ont entre 50 et 60 ans sauf trois qui ont dépassés les 60 ans. Ce qui traduit bien le fait que ce métier n'est accessible qu'après une carrière de professionnelle paramédicale et de cadre de santé, et reflète bien la moyenne d'âge de ce corps. Parmi les DS interrogés il n'y a que deux hommes ce qui est cohérent avec le fait que la profession est essentiellement féminine. En termes de parcours professionnel nous avons interviewé des DS essentiellement de formation professionnelle initiale infirmière, dont trois sont spécialisés (IADE et deux puéricultrices) et un manipulateur en électroradiologie médicale, ce qui est logique dans la mesure où les GCS ont été prévus pour les IFSI. Tous les DS ont été CSS sauf une personne, et seulement cinq DS étaient formateurs avant de faire l'EHESP, et parmi eux, trois DS ont pris un poste en institut de formation après leur année de formation à l'EHESP. Huit DS sont coordonnateurs de plusieurs instituts de formation, essentiellement IFSI, IFAS, IFAP et IFA. L'expérience de la fonction pour ces DS est de 2 mois à 13 ans pour le panel interrogé avec une grosse majorité autour de 10 ans d'exercice professionnel. Concernant les dix DS qui ont répondu aux questionnaires, ils ont sensiblement les mêmes caractéristiques d'âge, d'expériences professionnelles, de durée d'exercice que les personnes interviewées. Les deux représentants de l'université sont chargés de la mission de réingénierie des professions de santé depuis 2010 et les deux représentants de la région sont en contact avec la formation infirmière depuis le début (soit 2004) pour l'un et depuis 6 ans pour l'autre (soit 2009), deux dates charnières pour les IFSI.

Les données recueillies lors des entretiens et par retour de questionnaires révèlent des différences entre les régions et leur analyse nous permettra de répondre à nos hypothèses et à notre questionnement.

³³ Annexe 3 : Tableau des caractéristiques des personnes interrogées

2.2 Des données relativement contrastées selon les régions ou académies

2.2.1 Une composition des GCS variable sur le territoire

Si on regarde la composition des GCS IFSI nous voyons qu'ils sont de taille très variable dans l'échantillon interrogé, de six à trente-trois et qu'ils regroupent des instituts publics et privés et même un ESPIC, une école de l'éducation nationale, un GIP ou un IFSI GCS de moyens. Dans certaines régions il y a eu des difficultés pour constituer le GCS du fait d'une grosse région avec plus de trente IFSI avec des intérêts différents., et un DS avoue qu'il y a eu « injonction de la région pour signer la convention tripartite », Et Un directeur interrogé, diligenté en 2010 par l'ARS et détaché en partie pour constituer le GCS d'institut de la région m'a avoué que face aux intérêts divergents des établissements (trois CHU, des établissements publics, des établissements FEHAP, Croix rouge et indépendants) il y a eu une scission et qu'au lieu de constituer deux GCS cohérents tenant compte des logiques territoriales, ils ont dû accepter la création de deux GCS de nature différente, un regroupant les établissements publics et une fondation indépendante, et un exclusivement privé regroupant des IFSI croix rouge, des IFSI FEHAP et des IFSI indépendants. Pour lui les IFSI FEHAP ont craint d'être absorbés par le public et les établissements croix rouge souhaitent garder leur identité. Toujours selon lui certains IFSI ne sont pas attachés à des établissements de santé et ont comme vocation première de faire de la formation, ils peuvent donc se sentir menacés par des IFSI rattachés à des établissements qui n'ont pas comme priorité la formation et qui existent par d'autres activités. Une autre région a rencontré la même problématique, puisqu'une autre DS relève que « les IFSI privés sont dans un GCS à part ». Au sein d'une région, l'IFSI croix rouge n'est pas membre du GCS mais est partie à la convention universitaire avec les autres IFSI du GCS, conformément à la circulaire de 2009 qui n'impose que la signature de la convention pour les IFSI privés et croix rouge et non l'appartenance à un GCS. Nous constatons qu'il y a un écart entre la projection proposée dans la circulaire de 2009 et la réalité. Les GCS ne correspondent pas forcément aux prévisions en termes de nombres d'IFSI et de mixage public – privé³⁴ et par contre des départements comme la Réunion et la Guadeloupe qui n'étaient pas obligés de créer un GCS de façon individuelle, en ont créé un ensemble. On peut dire que la souplesse prévue dans le texte malgré un

³⁴ Annexe 4 : Tableau de composition des GCS –IFSI et des fonctions de leur administrateur

formalisme qui paraissait assez lourd semble avoir fonctionné, et que certains GCS restent perfectibles.

2.2.2 Une gouvernance avec des configurations différentes

Les directeurs interrogés expliquent que l'administrateur est selon les cas un Directeur d'Hôpital (DH), Directeur Général (DG), Directeur des Ressources Humaines (DRH) ou Directeur de la formation souvent, ou un DS. Dans l'échantillon interrogé, nous notons la présence d'un seul DG d'un CH d'établissement de santé mentale en tant qu'administrateur d'un GCS depuis que le « DG du CHU est parti », Dans un autre groupement l'administrateur et son suppléant sont deux DS mais cela reste exceptionnel. Un DS administrateur a été suppléant pendant trois ans et est administrateur depuis 18 mois. Il nous a expliqué qu'au départ, des DH se sont succédés comme administrateurs avec peu d'intérêt pour le GCS, et « qu'ils se reposaient sur les DS », hormis une DH qui s'en est servi comme opportunité de carrière. Par contre il précise que depuis un an environ que les établissements supports parlent de GHT, les DH commencent à s'intéresser au GCS. Dans les GCS où ce sont des DH qui ont en charge la formation ou des DG qui sont administrateurs, les deux directeurs des soins précisent qu'il s'agit « du DH du CHU ». Pour avoir une idée plus précise nous avons tenté d'exploiter les conventions constitutives des GCS et d'obtenir par nos collègues de promotion et nos questionnaires quelle était la fonction de l'administrateur des GCS en place³⁵. Nous avons saisi l'opportunité de cette recherche pour obtenir ces informations qui si on en croit une DS interrogée sont difficiles à obtenir, car elle avait sollicité ses collègues du CEFIEC mais n'avait obtenu que six ou sept réponses. Certains GCS publics-privés ont mis une clause d'alternance des administrateurs dans la convention constitutive pour éviter le risque que l'administrateur appartienne toujours au même établissement. Si nous nous intéressons aux missions de l'administrateur, il « devrait-être garant des intérêts du groupement et de son fonctionnement, et organiser des réunions de partage des pratiques dans le collège des directeurs pour qu'il y ait des décisions et positions communes ». Cette DS perçoit aussi l'administrateur comme quelqu'un qui « fait le lien avec la conseillère pédagogique » et elle regrette que cela ne « fonctionne pas très bien, du fait de la personnalité de l'administrateur, du positionnement des différents directeurs, de la conseillère pédagogique et du « jeu » de l'université qui ont chacun des enjeux et objectifs différents ».

Dans un GCS, la commission spécialisée régionale est présidée par une coprésidence ARS et Conseil Régional et non seulement par le représentant de l'ARS

³⁵ Annexe 4 : Tableau de composition des GCS –IFSI et des fonctions de leur administrateur

comme le prévoit le texte. Selon les DS les instances se réunissent environ deux à trois fois par an pour la commission spécialisée et une fois par an pour l'AG, Face à l'existence de la commission spécialisée à vocation pédagogique, certains universitaires participant à un GCS ont décidé que l'université devait aussi avoir une commission où les universitaires président et prennent des décisions. Ils ont donc créé une commission pédagogique régionale et des sous commissions pédagogiques par université puisque cette région comporte trois universités qui ont conventionné avec des IFSI des deux GCS de cette région. Ensuite ces sous-commissions pédagogiques tiennent informées la commission spécialisée de l'avancée de leurs travaux, ce qui semble court-circuiter la commission spécialisée. Aujourd'hui, la commission pédagogique universitaire qui était selon le directeur d'institut un enjeu politique pour le doyen universitaire de l'époque est moins par les successeurs de ce doyen. Dans d'autres GCS, la commission spécialisée régionale semble la véritable instance où se travaille l'harmonisation des pratiques universitaires et celles des IFSI, et « permet l'expression de tous les IFSI, notamment des IFSI éloignés d'université de pointe », qui craignaient d'être délaissées par les universités et de voir les IFSI de pointe près des universités et les autres plus isolées. Une région qui a deux groupements d'IFSI a fait le choix de composer une seule commission spécialisée au niveau régional, et une seule commission pédagogique regroupant les trois universités dans la lignée d'une seule convention universitaire pour éviter une scission public-privé. D'autant que dans ces GCS les IFSI travaillent librement avec l'université proche, ce qui ne correspond plus au découpage des GCS publics et privés. Une région a appelé la commission spécialisée « comité d'ingénierie de la formation en Soins Infirmiers », où les directeurs d'IFSI membres du GCS sont membres permanents et le directeur de l'IFSI croix rouge et de l'IFCS sont invités. Dans un GCS il y a un fonctionnement relativement atypique dans la mesure où il n'y a pas de commission spécialisée, mais un bureau. On voit que malgré un formalisme qui pouvait paraître contraignant, les GCS ont pu ou su bénéficier d'une certaine souplesse dans leur organisation. Par contre il semble que les GCS soient pour l'instant peu ouverts à d'autres membres.

2.2.3 Un GCS peu ouvert sur l'extérieur

Dans l'ensemble, peu de GCS convient d'autres personnes au sein de l'AG du GCS comme des personnes qualifiées ou des directeurs d'institut d'autres écoles paramédicales ou d'IFCS par exemple, alors que la loi l'autorise. Une DS reconnaît que lorsqu'il y a un besoin des personnes spécialisées sont invitées au sein de l'AG ou du bureau, mais cette réponse est infirmée par une DS du même GCS qui répond par la négative à cette même question. La première relève que malgré tout, des « représentants de la FHF se sont invités ». Une autre DS pense que si une problématique nécessitait la

Jeanne Moncorger - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2015

présence d'une personne extérieure «rien ne s'y opposerait », Une personne qui a répondu négativement a dit à un autre moment de l'entretien que des formateurs du CEFIEC étaient venus présenter un sujet lors d'une réunion du GCS, preuve que c'est une possibilité, même si elle n'est pas forcément repérée. Un directeur d'Institut de Formation des Manipulateurs en Electroradiologie Médicale (IFMEM) nous a confié qu'avant la nouvelle réingénierie des études de manipulateur en électroradiologie médicale il avait sollicité le GCS IFSI pour savoir s'il pouvait participer aux réunions pour préparer l'universitarisation. Il a donc été invité quelques fois mais il a peu retrouvé les problématiques de son institut et a abandonné rapidement d'autant que l'obligation de créer des GCS pour les IFMEM n'a pas été posée légalement au regard du nombre de ces instituts qui est bien moindre, selon lui. Une collègue IADE interrogée nous a confié que lors de la nouvelle ingénierie les instituts de formation d'IADE ont eu la tentation de créer un GCS national ou de s'intégrer aux GCS d'institut mais que ce n'était pas possible au regard des textes et il n'y a pas eu de décision faisant consensus. Les GCS semblent donc peu ouverts à des personnes ressources et ne travaillent pas encore en pluridisciplinarité, puisqu'ils ne concernent que les IFSI à ce jour.

2.2.4 L'existence de groupes de travail concernant surtout des domaines relatifs à l'université

Concernant les groupes de travail, certaines régions sont en cours de formalisation ou remettent en place ces groupes sous l'impulsion de la conseillère pédagogique régionale pour certains. Ces groupes sont surtout centrés sur un travail sur les maquettes d'UE contributives, sur l'évaluation des enseignements, sur les stages et sur les équivalences (validation de certaines UE à des étudiants titulaires de diplôme universitaires). Ces groupes de travail lorsqu'ils existent ont été créés dès 2010. Dans ces groupes « sur l'élaboration du cahier des charges de toutes les UE », une directrice confie que les DS (y compris celui de l'IFSI croix rouge non signataire du GCS mais membre de la convention de partenariat), ont la coordination d'au moins deux UE en binôme avec un PUPH et pilotent ces groupes qui élaborent des objectifs en lien avec le contenu du référentiel, afin de définir « les contenus que doivent aborder les universitaires qui acceptent d'enregistrer leurs cours en vidéo ». Ensuite ces vidéos sont visionnées et le groupe fait des propositions de réajustement. Ce groupe permet aussi de « réfléchir sur les évaluations notamment la rédaction des QCM et de constituer une banque de données pour les 7 IFSI. » Une DS résume ce travail de groupe au thème de l'universitarisation et ajoute aussi qu'il existe des groupes de travail sur les moyens alloués, mais c'est un élément unique dans données recueillies. Une DS très nouvellement nommée parle de la commission spécialisée en tant que groupe de travail

mais elle n'a assisté qu'à une seule réunion du GCS. Pour une autre DS, les groupes de travail permettent de faire des propositions en termes de « mutualisations des orientations et expériences pédagogiques » ce qui paraît plus large que les simples UE et qui est très proche de l'intitulé des objectifs du GCS prévu dans la circulaire de 2009. Si pratiquement tous les DS abordent le travail sur le UE, y compris les modalités d'évaluation, seules quelques-unes abordent les procédures d'habilitation des enseignants et un travail sur les stages.

2.2.5 Des GCS qui présentent une plus-value

L'intérêt des GCS n'est pas remis en cause par les directeurs d'institut même si certains aimeraient qu'ils soient autre chose que le support de la « convention avec l'Université ». Certains directeurs interrogés voient ces GCS comme « des lieux d'expression pour différents acteurs aux logiques très différentes », et qui prennent en compte « l'avis de tous y compris des étudiants ». Ils les voient à ce titre comme « une instance pédagogique » qui a « favorisé, la mutualisation, l'uniformisation et l'harmonisation des pratiques sur la Région ». Une directrice souligne que le GCS permet de « formaliser et dynamiser les échanges pédagogiques entre les directeurs d'IFSI et les formateurs » et juste après elle précise qu'il permet de « partager le même projet pour les 930 étudiants du territoire ». La représentante de la région note que les GCS favorisent effectivement les échanges mais regrette que « les universités au départ n'ont vu ces GCS que comme un moyen d'obtenir des moyens humains et financiers du Conseil Régional seulement ». Mais il lui semble qu'aujourd'hui « ils contribuent à une reconnaissance de l'expertise de chacun », université et IFSI. D'ailleurs pour plusieurs DS ces groupements offrent des « temps d'échange avec toutes les collègues de la région » qui sont précieux et une DS rajoute « je ne les rate pas ». Le GCS semble donc être un lieu d'expression et d'échanges pour les DS, les formateurs et les étudiants, acteurs des IFSI, et ils sont aussi un outil favorisant des relations avec les tutelles.

En effet, une DS voit en cet outil l'opportunité de mettre en place « un partenariat avec l'université, la Région en présence de l'ARS ». Pour une autre le GCS permet d'être au plus près des discussions avec la région, surtout avec le conseil régional. Elle prend pour exemple une étude emploi formation pour laquelle elle a été invitée 48 h avant parce que sa collègue de l'ANDEP ne répondait pas. Il s'agissait de lancer une étude d'envergure qui allait décider de l'avenir des quotas d'étudiants, et elle s'étonnait que les administrateurs des GCS ne soient pas conviés. Par contre elle apprécie d'être présente pour discuter des contrats d'objectifs et de moyens. Elle nous a confié l'intérêt d'être dans tous les groupes proposés par le Conseil Régional et remarque que « l'ARS la connaît

bien ». Malgré l'apport insuffisant du GCS pour une DS parce qu'il est encore pour elle « en voie de construction », elle relève que ce GCS traduit une forme « d'union qui fait la force face aux tutelles ». Ce GCS permet donc des échanges avec la région et d'incarner un collectif face à celle-ci. On constate que les acteurs sont mis en valeur ici, hormis peut-être l'établissement de santé support même si il est bien présent comme on l'a vu dans les instances du GCS, à travers l'administrateur notamment. L'université quant à elle est bien présente mais fait l'objet d'un développement dans une autre partie. Les trois parties à la convention sont bien identifiées, et nous avons souhaité ensuite comprendre quels sont les éléments favorisant le fonctionnement du GCS et les difficultés rencontrées.

2.2.6 Des GCS qui doivent permettre l'expression de tous et rassembler malgré certaines difficultés

Pour qu'un GCS fonctionne il semble important pour les directeurs d'institut que les réunions soient préparées en amont par l'administrateur ou son suppléant avec les directeurs et directrices des autres instituts de formation. Pour une DS il est également important qu'il y ait une « régularité de ces réunions et que l'IFSI accueillant le GCS soit au centre du secteur pour simplifier les déplacements des participants au GCS ». En effet cet élément de proximité géographique ressort plusieurs fois dans les verbatim y compris pour les contacts avec l'université. En effet une DS souligne que l'Université dont elle dépend est toujours présente mais elle relève qu'il « est vrai que les réunions ont lieu sur place », mais que par contre les universitaires des autres secteurs ne pas toujours présents. Elle regrette aussi l'absence de la région lors de la dernière réunion, et le fait que celle-ci ait annulé la dernière prévue. Mais elle rajoute qu'elle a apprécié qu'un DS du GCS se soit bien positionné par rapport à cette difficulté.

Outre la notion géographique et la régularité des réunions, il paraît capital que « chaque collège s'exprime pour apporter des éléments intéressants » et que la « volonté des directeurs d'IFSI et des formateurs » soit réelle pour harmoniser les pratiques et assurer une formation de qualité. Pour une DS et le universitaires, s'il y a une réelle volonté des acteurs, le « travail avec les universitaires est efficace et engagé ». La volonté des participants est donc un élément fondamental pour que le GCS accomplisse un travail de qualité.

Par contre lorsque l'on aborde les difficultés des GCS pour exister et être une vraie instance de partage, certains directeurs déplorent « un langage de bois », un certain « conformisme », « La recherche de consensus qui ne permet pas d'avancées probantes, et l'insuffisante ou « non-expression des acteurs tels que les directeurs d'institut et les étudiants » est aussi soulignée. Nous pouvons donc nous interroger sur la

place que veulent ou peuvent prendre ces acteurs au sein de ce GCS. D'ailleurs l'absence d'un acteur est un prétexte avancé par un administrateur pour expliquer l'arrêt de production depuis un an d'un GCS selon une directrice. Une directrice d'institut note l'absence d'investissement des membres du GCS, et le sentiment que « personne ne sait à quoi sert le GCS ». Pour appuyer ses dires elle relève qu'il n'y a eu que deux réunions de l'assemblée générale du GCS en deux ans et que lorsqu'elle a pris la succession d'une collègue celle-ci ne lui a fait aucune transmission sur ce dispositif, démontrant que ce GCS n'est pas très prégnant dans le paysage de l'institut. Elle souligne aussi qu'elle a eu des difficultés pour récupérer la convention lors de la préparation du dossier d'agrément qui l'exige. D'ailleurs lors d'un rendez-vous avec la directrice adjointe d'un établissement pour le dossier d'agrément d'un IFSI où nous avons effectué un stage, celle-ci a demandé ce qu'était ce GCS d'IFSI dont la directrice des soins demandait la convention pour le dossier d'agrément également. Celle-ci lui a expliqué l'intérêt premier de signer une seule convention pour l'université, et le travail pédagogique réalisé entre IFSI. L'investissement insuffisant des acteurs et la non connaissance ou publicité de ce mode de coopération semblent des éléments qui peuvent nuire au bon fonctionnement du GCS- institut.

Pour un directeur d'institut GCS ne peut réellement être le lieu de décisions régionales, du fait dans ce GCS de la présence de plusieurs universités avec des fonctionnements très différents. En effet cette région bénéficie de plusieurs universités sur son territoire et compte tenu des partenariats historiques et de la proximité appréciable, trois groupes d'IFSI existent au sein de deux GCS et travaillent avec l'université proche de leurs IFSI, même si une seule convention universitaire a été signée par les deux GCS et les trois universités. La même idée est exprimée par une DS qui regrette qu'il y ait des « découpages multiples » dans sa région et une autre qui relève que « le fait d'avoir deux universités est un souci car elles n'ont pas du tout le même positionnement et ne prennent pas du tout les mêmes décisions ». Ceci peut aussi être vu comme une forme de liberté et de commodité très appréciable mais peut freiner un travail collectif plus large et j'ai pu constater que selon les universités les groupes de travail créés avec les universitaires proches sont plus ou moins avancés. Cette interrogation semble corroborée par une DS qui déplore qu'au quotidien « on travaille avec les autres, mais c'est trop segmenté pour être efficace ».

Selon une DS enfin les GCS ont du mal à exister en dehors de la signature de la convention avec les universités parce que certaines directrices d'institut ont peur de perdre leur autonomie, notamment face à l'université. Pour elle, « les IFSI craignent le mastodonte qu'est l'université ». Pour une autre DS, l'autonomie est visible lors de la

renégociation de la convention universitaire, lorsque l'administrateur du GCS signe au nom du GCS. Pour une autre DS le renouvellement de la convention universitaire va se passer avec le DG de l'établissement et elle ne sera pas sollicitée en première intention. Cela peut expliquer qu'une DS dont l'IFSI qu'elle dirige est en GCS de moyens avec une université déplore que le GCS régional ne soit « pas un GCS de moyens et que la place qu'occupent les établissements de santé supports ne lui permette pas d'être au plus près des missions de formation » et des négociations. Dans le prolongement de ce discours une DS regrette qu'il ne puisse avoir de discussion autour de l'uniformisation des budgets malgré la proposition d'une de ses collègues, mais elle pense que « c'est peut-être trop tôt » et que « c'est surtout politique ». Pour elle la vision au sein du GCS reste très « hospitalière » et il est quelques fois difficile de faire entendre les préoccupations des instituts de formation qui diffèrent de celles des établissements de santé. Au final, les difficultés pour les GCS tiennent semble-t-il à un nombre important d'IFSI, aux découpages territoriaux, et à des acteurs aux logiques différentes et qui n'ont pas forcément appréhendé la possible autonomie offerte pas les GCS.

2.2.7 Un rôle du DS qui reste semble-t-il à construire

Si on s'intéresse au rôle du DS dans ce dispositif les directeurs le considèrent comme important dans la préparation des séances avec l'administrateur, notamment travaillant avec ses collègues en amont. Il peut alors avoir la fonction de représenter « les animateurs et réalisateurs de la formation IDE » et peut être force de proposition pour améliorer le fonctionnement du GCS ». Cette vision du DS est confirmée par les deux universitaires interrogés et les représentants des régions qui décrivent le DS « comme essentiel au fonctionnement du GCS et force de proposition sur de nombreux axes stratégiques et pédagogiques ». Unanimement les DS et les représentants de la région et de l'université interrogés relèvent que les DS sont moteurs dans les GCS, du fait qu'ils ont dix représentants à la commission spécialisée. Une DS ajoute également que « comme pour toutes les réformes ce sont les soignants qui les portent » et une autre fait remarquer que, « les DS sont les seules personnes stables et qu'ils font le boulot ». De plus ils sont « fédérateurs, ce sont eux qui alimentent le GCS » et, « la dynamique du GCS dépend en partie du corps des DS ». Pour d'autres, les DS tentent de travailler en duo sur la stratégie et les objectifs, et pour une DS le fait d'être « partie prenante dans le travail avec le Conseil régional et d'être militante au CEFIEC représente un avantage certain ».

Le directeur d'institut est aussi reconnu en tant que membre du GCS, dans la mesure où il répond aux groupes de travail en tant que membre des instances et qu'il se considère comme la « cheville ouvrière de la relation avec le Conseil Régional, l'Unité de Formation et de Recherche (UFR), et le GCS afin de mener à bien l'universitarisation avec une

harmonie pour les étudiants en soins infirmiers. Il permet donc de «recentrer sur la gestion des instituts, sur l'ingénierie pédagogique, sur la politique de formation et sur les axes stratégiques que les DS d'institut ont à poursuivre ». D'ailleurs une DS voit avec une certaine inquiétude le DH de son établissement s'intéresser aux GCS, à l'approche de la constitution de GHT qui pourront concerner la formation initiale et continue et remarque que «les DH se réapproprient les choses dès qu'il y a des enjeux».

2.2.8 Un partenariat universitaire à des degrés de développement et de maturation différents

En ce qui concerne la nature du partenariat avec l'université, les directeurs notent que cette collaboration permet de travailler sur les enseignements par exemple par DVD, L'université participe ainsi à « l'élaboration des maquettes d'UE et à l'élaboration d'épreuves sous formes de Questionnaires à Choix Multiples (QCM) et QROC ». Dans une région, une université et les IFSI de son périmètre avaient déjà bien avancé sur l'enseignement par podcast et elle a demandé aux deux autres groupes d'IFSI adossés à deux autres universités de se répartir les UE restantes. Du coup ils ont constitué chacun des sous-groupes en charge des UE sur les différents processus pathologiques et construit avec les universitaires des podcast de dix minutes avec des quizz pour évaluer les pré requis et pour effectuer une autoévaluation en fin d'enseignement. Pour avoir assisté à une réunion d'un sous-groupe nous avons noté l'investissement des formateurs présents (un représentant par IFSI participant au groupe de l'université concernée, les formateurs sont différents dans chaque sous-groupe, sauf pour un IFSI qui a choisi d'envoyer le même formateur dans tous les sous-groupes et c'est intéressant car il peut faire des liens entre les différents processus). Chaque sous-groupe de travail est animé par une directrice d'institut, qui accueille le sous-groupe dans son IFSI. Nous avons pu nous rendre compte, que le groupe où nous avons participé fonctionne bien du fait d'un investissement important du médecin référent qui soumet son podcast au groupe et questionne les quizz des formateurs. Le travail sur les UE avance mais nous pouvons nous interroger sur la cohérence globale du dispositif et l'articulation des UE entre elles.

Une directrice précise que la collaboration avec les universitaires de la faculté de médecine et de sciences humaines s'est structurée avec « la mise en place d'une commission pédagogique » et qu'elle permet ainsi des échanges notamment sur les méthodes pédagogiques. Un autre directeur d'institut est plus réservé et dit que le partenariat « fonctionne moyennement » et que pour l'instant il permet l'enregistrement de podcast mais qu'il n'y a pas d'évaluation construite. Pour une directrice l'université a été choquée par la formation dispensée dans certains instituts. En effet l'université peut être en capacité de comparer et d'évaluer la qualité des formations dispensées dans les IFSI

et le niveau d'exigence attendu. Une directrice a l'impression que « la formation paramédicale ne passionne pas les universitaires et qu'en même temps cela représente un moyen pour l'université d'exercer leur pouvoir sur cette formation ». On peut voir peut-être dans ce discours une résurgence de l'envie de s'émanciper du pouvoir médical qui est historiquement présent dans la profession infirmière. Pour d'autres directeurs le partenariat est très « personnes dépendantes », mais lorsque le partenariat universitaire fonctionne bien, « nous avons tendance à oublier que la première fondation a été le GCS », dit cette même directrice. Certains IFSI « ont trouvé leur rythme de croisière avec l'université, et n'ont plus peur d'être mangé par celle-ci ». On relève donc des propos antagonistes selon la maturité et la réalité du partenariat entre les membres du GCS-IFSI et l'université.

Pour d'autre DS il y a peu de contacts entre le GCS et les universités, à part lors de la discussion de la convention pluriannuelle. A ce sujet une DS souligne que la convention tripartite a été renouvelée en 2015 pour son GCS et que les périmètres ont évolué et qu'elle a fait le choix pour son IFSI de changer de partenariat universitaire, elle est la seule, même si lors d'un autre entretien une autre DS l'avait envisagé. Par cette convention l'université désigne annuellement un « référent pédagogique universitaire pour chaque IFSI qui est aussi membre de la CAC et un représentant universitaire qui siège au jury régional d'attribution du DE ». Cette convention précise aussi « la gestion des interventions universitaires » en termes de règles d'intervention, de déplacements, de validation des enseignements. Pour une autre DS, le travail avec l'université se caractérise par « la signature d'un avenant financier avec une volonté d'atteindre les objectifs fixés ».

La question de l'habilitation des intervenants est posée également et un groupe est souvent constitué pour examiner l'expérience et les diplômes des enseignants et des formateurs qui interviennent dans les UE contributives. Dans de nombreux GCS ces groupes ont habilités les intervenants et aujourd'hui se pose la question de reconnaître l'habilitation d'intervenants qui ont obtenu leur habilitation au sein d'une autre université.

De plus le travail avec l'université peut être centré sur des outils comme les plateformes numériques par exemple. Dans un GCS la DS souligne que pour informer certains IFSI sur le e-Learning un groupe de formateurs du CEFIEC est venu présenter ce mode d'apprentissage au GCS, ce qui montre que les IFSI n'ont peut-être pas le même niveau de maîtrise de ces nouvelles technologies. Pour avoir participé à un groupe de travail avec les concepteurs d'une plateforme universitaire qui propose son utilisation gratuitement aux IFSI de son périmètre, une difficulté est aussi liée à l'existence parfois d'autres universités qui ont fait des choix différents. Dans ce cas, une autre université

partenaire du GCS a une plateforme mais payante pour les IFSI de son secteur géographique et ne partage pas encore les contenus avec l'autre plateforme qui elle est accessible par tous. Lors d'une réunion le 22 octobre 2015 avec le responsable universitaire, en présence d'une représentante de la région, et des DS de IFSI partenaires, le directeur de la plateforme a interpellé la région afin qu'elle puisse intervenir et les DS présentes ont prévus de faire remonter ces difficultés à la commission spécialisée régionale du GCS. Ce travail de plateforme qui monte en charge nécessite ici le recrutement d'un technicien qui sera détaché par un des établissements à la plateforme grâce à une enveloppe accordée par la région, Ce poste a pour but de répondre aux questions des IFSI et des universitaires par rapport aux enregistrements de cours, à l'accès aux contenus numériques et il est prévu que technicien se déplace dans les IFSI pour former une personne relais car l'enveloppe n'est accordée que pour un an. Les besoins en formation à l'utilisation de la plateforme pour les formateurs seront envisagés en inter- IFSI et le profil de poste du technicien va être travaillé par les responsables de la plateforme et quelques DS d'FSI. La région lors de ces discussions a rappelé que les demandes individuelles ne seraient pas recevables, car la mutualisation de ces outils est encouragée. Une DS va plus loin et propose de « mailler les plateformes entre la formation initiale et continue, et d'intégrer les autres formations paramédicales lors des formations pour les formateurs à la simulation par exemple ». Afin d'appuyer ces propos le rapport IGAS note que « l'urgence est que les deux ministères de tutelle relancent ensemble et sans attendre les travaux de réingénierie, avec une approche qui ne soit plus profession par profession, mais transversale, indispensable pour développer une culture commune et faciliter les pratiques interdisciplinaires ». « Cela devrait permettre d'organiser des enseignements communs à plusieurs profession, piste d'amélioration de la qualité de la formation, tout en réduisant les coûts ».³⁶ Ce domaine de l'apprentissage par simulation nécessite donc un travail commun aujourd'hui. Lors du congrès de l'AFDS le 15 octobre dernier, une DS a présenté une expérience en région sur la simulation et expliqué qu'un cahier des charges a été réalisé dans le cadre du GCS IFSI pour définir ce dont chaque IFSI devait se doter, Le constat a révélé de grosses différences entre IFSI qui ont permis de répartir les équipement et de recruter ensemble un technicien. Ces nouvelles méthodes pédagogiques nécessitent une mutualisation réfléchie entre les IFSI et entre les IFSI et l'université.

Pour la gestion des étudiants les deux partenaires IFSI et universités travaillent à améliorer certains dispositifs. Par exemple, une des difficultés concerne l'inscription

³⁶ MARSALA V, ALLAL P, ROUSSEL I « les formations paramédicales : bilan et poursuite du processus d'intégration dans le dispositif LMD, Rapport IGAS Tome 1, juillet 2013, p 5.

universitaire des étudiants en soins infirmiers. Celle –ci ne peut avoir lieu qu’après l’inscription définitive à l’IFSI et les logiciels des IFSI ne sont pas compatibles avec ceux de l’université ce qui oblige la responsable de la scolarité à l’université à saisir les informations manuellement. Par contre les étudiants ont accès aux activités sportives proposées par l’université et c’est un aspect positif pour les deux partenaires. Concernant l’obtention d’équivalences pour les étudiants infirmiers, les universitaires lors des CAC examinent les diplômes de ces étudiants et le contenu des enseignements pour les dispenser du suivi de certaines UE et leur accorder une validation de ces UE. Dans certaines région l’université est prête « à proposer un schéma un peu général pour l’obtention d’équivalence » afin que les étudiants ne soient pas obligés de passer l’évaluation des UE parce que la CAC se réunit trop tard pour accorder la validation. Cette proposition « sera abordée à la réunion régionale des universités ou des représentants délégués du GCS sont présents ».

Le partenariat avec l’université semble assez avancé sur le plan pédagogique, de la conception à l’évaluation et dans l’ensemble les relations sont constructives et témoignent pour certains DS « d’une véritable collaboration ». Cependant certains DS sont plus réservés en ce qui concerne le budget, la rémunération des intervenants universitaires, certains droits des étudiants, et l’accès aux outils numériques notamment.

2.2.9 Des propositions d’amélioration selon l’avancée des GCS

Lorsque l’on demande aux directeurs d’institut s’ils ont des propositions d’amélioration concernant ces GCS, un directeur souhaiterait une simplification du fonctionnement du GCS, notamment en ne multipliant pas le nombre de partenaires universitaires pour dit-il « des décisions applicables et bénéfiques pour les étudiants ». Pour une directrice d’un GCS vidé de ses missions il serait nécessaire de réexpliquer les « fondements de la création des GCS pour que tous les participants soient au clair avec ça ». Une autre DS d’un GCS qui ne fonctionne pas bien souhaiterait « associer les directeurs des établissements, non dans le cadre du GCS mais lors de réunion dite plus stratégique et politique avec le conseil régional, en présence de l’université, des directeurs d’IFSI et de l’ARS ». En effet certains DS souhaitent un engagement plus fort des directeurs hospitaliers. Une directrice va plus loin et propose de constituer un GCS de moyens dont la direction serait assurée par un DS, comme proposé dans le rapport IGAS qui propose de « rattacher l’IFSI à une structure juridique unique qui serait à la fois l’interlocuteur de la région et de l’université donc un GCS de moyens dont l’objet serait de gérer et organiser les activités d’enseignement et de recherche. Le périmètre de ce GCS reprendrait celui des GCS actuels et GCS serait alors employeur des personnels des IFSI, nommerait les responsables de chaque IFSI. Les budgets ne seraient plus des

budgets annexes des hôpitaux, mais le budget du GCS comprendrait ; des dépenses communes, des dépenses par IFSI, chaque IFSI étant constitué en centre de responsabilité ; des recettes (subventions de la région et frais de scolarité.³⁷ La DS favorable à cette évolution des GCS souligne qu'elle permettrait selon elle de « disposer de davantage de lisibilité dans les échanges financiers » pour avoir « une structure juridique et financière permettant un réel travail d'analyse et de proposition sans compter sur le bénévolat et la bonne volonté des DS ». Pour elle les instituts « devraient être autonomes pour leur gestion et ne plus dépendre de la gestion des établissements de santé ». Elle relève aussi que les IFSI travaillent déjà pour la partie clinique de la formation avec « plusieurs structures, établissements, réseaux de santé et pas uniquement avec l'établissement support ». Comme elle a déjà l'expérience de gestion d'un GCS de moyen, elle explique « qu'elle ne dépend plus sur le plan gestionnaire d'un établissement de santé support et qu'elle voit bien la différence », mais rajoute que « l'autonomie de gestion n'empêche pas de travailler avec les établissements de santé, dans le cadre d'un véritable partenariat ». Pour elle, les relations sont d'égal à égal, le DS dans ce GCS de moyens peut avoir des objectifs et des stratégies adaptés à l'activité de formation et les négociations avec la Région pour le budget sont beaucoup plus claires et transparentes. Elle renchérit en ajoutant que la « culture professionnelle que nous avons à faire acquérir aux étudiants n'est absolument pas altérée, bien au contraire, sous prétexte qu'un établissement support ne décide plus de ce qui est « bon » ou « pas bon » pour nous ». Enfin cette DS aborde la question des GHT, et c'est une des seules, elle s'interroge sur le fait que les GCS et les GHT n'auront pas les mêmes périmètres et se demande si il faudrait qu'ils aient le même périmètre ou qu'ils y aient des IFSI référents et d'autres qui seraient satellites.

Après avoir analysé les données recueillies auprès des acteurs des GCS, nous allons tenter de répondre aux hypothèses posées et à notre question de recherche.

³⁷ MARSALA V, ALLAL P, ROUSSEL I « les formations paramédicales : bilan et poursuite du processus d'intégration dans le dispositif LMD, Rapport IGAS Tome 1, juillet 2013, p 40.

3. Des propositions d'analyse pour évoluer

Nous allons examiner tout d'abord les quatre hypothèses formulées dans l'introduction pour proposer une réponse plus globale à notre question principale.

3.1 L'interprétation des données de l'enquête

3.1.1 Au regard des hypothèses

Le GCS d'institut est un outil qui a surtout permis aux instituts de signer des conventions avec l'université et la région

Cette hypothèse est en partie vérifiée puisque pour ce qui est de « l'obligation de conventionner avec une ou plusieurs universités de l'académie ou de la région, elle est remplie par tous les IFSI ». Tous les IFSI, qu'ils soient privés ou publics ont en effet signé des conventions avec des universités y compris les IFSI qui ne sont pas intégrés dans des GCS. Cependant certains IFSI remettent en question certaines signatures de convention en avouant avoir l'intention de conventionner avec une autre université lors du renouvellement des signatures des convention prévu en 2015, et un IFSI est même passé à l'acte en changeant d'université de référence. Ceci est d'actualité puisque les renouvellements de convention doivent avoir lieu prochainement pour la plupart des IFSI, puisque ces conventions arrivent à leur terme. De plus la nouvelle carte régionale risque de fournir à certains IFSI d'autres possibilités de conventionnement universitaire

Le partenariat entre l'université et les IFSI ne s'est pas limité à la signature de la convention et il semble effectif aujourd'hui. Il s'est tout d'abord centré sur les enseignements, les évaluations et les habilitations des intervenants. Les universitaires se sont aussi souciés de chiffrer le coût de leurs prestations dans les conventions signées avec les IFSI et la région. Les IFSI et l'université ont pris ensuite en compte les questions autour des équivalences, des outils numériques, de la vie étudiante. Ils vont plus loin aujourd'hui en envisageant des recrutements pour répondre à des problématiques communes à plusieurs IFSI, à l'organisation de formation pour les formateurs, aux besoins de matériel en simulation, par exemple. Ce partenariat est malgré tout à des stades différents selon régions mais peut servir de base aux probables regroupements de GCS qui vont avoir lieu avec le nouveau découpage territorial dès janvier 2015, et qui vont probablement modifier l'influence de certaines universités dans la formation des professionnels de santé.

Les GCS peuvent permettre une amélioration, une uniformisation de la formation à l'échelle territoriale en termes d'organisation, de pédagogie, de développement de la recherche

Cette hypothèse est vérifiée en partie également car des avancées sont présentes dans le domaine de la pédagogie sur les UE contributives notamment et sur l'organisation essentiellement, mais avec des GCS qui ne sont pas tous au même stade. En terme d'organisation, la région est un moteur en termes de mutualisation car elle refuse de considérer les demandes individuelles des IFSI et privilégie les projets concernant tous les IFSI afin de mutualiser, les équipements, les formations, les recrutements... Il reste encore des éléments à améliorer, par exemple les IFSI d'un même département n'ont pas le même logiciel de suivi administratif et pédagogique des étudiants, ce qui pose problème à l'université qui ne peut importer les listes d'étudiants pour les inscriptions universitaires, ce qui engendre un retard certain dans leur enregistrement pour l'ouverture de leurs droits aux services universitaires. Idem pour les plateformes numériques qui ne sont pas communes aux universités d'une même région et qui sont parfois publiques et gratuites ou privées et très onéreuses, et empêchent la mutualisation des cours entre IFSI du même GCS. Les formations à l'utilisation de la plateforme s'envisageaient de façon individuelles, mais aujourd'hui certains responsables de plateforme envisagent de confier à un technicien recruté de centraliser les demandes et d'organiser une ou deux formations communes aux différentes IFSI pour répondre à leurs besoins.

Par contre le domaine de la recherche ne ressort pas du tout dans les travaux engagés avec l'université, et nous pouvons nous interroger sur les raisons. Est-ce que cette UE sera travaillée après toutes les unités contributives en rapport avec les processus pathologiques, qui sont le cœur des enseignements médicaux ? Les facultés de médecine sont-elles les bons interlocuteurs pour travailler la recherche ou faut-il se rapprocher d'universités en sciences humaines ? Ou cela s'explique-t-il par le fait que dans le système LMD, la recherche n'est pas abordée avant le Master en principe ?

Sur le plan pédagogique, dans les régions où les contenus des UE sont prêts et disponibles pour tous les IFSI, les étudiants ont accès aux mêmes connaissances, ce qui va bien dans le sens de l'uniformisation recherchée. Le niveau de connaissances théoriques des étudiants est semble-t-il plus exigeant malgré le fait que les IFSI proches de l'université géographiquement semblent privilégiés, en termes d'échanges, d'enseignements, d'accès aux plateformes par exemple et que les GCS qui comportent plusieurs universités aient du mal à créer du collectif et un consensus semble-t-il. Avec les nouvelles grandes régions, cet effet risque d'être amplifié et de placer des IFSI jusqu'ici privilégiées dans une situation plus compliquée, pour exemple, une

représentante de région a annoncé que la prochaine réunion régionale des universités aurait lieu dans une autre des trois villes du GCS abritant une université, pour être centrale à cette nouvelle région. Cela risque de changer les alliances et les influences au sein des GCS.

Le Directeur des Soins (DS) est davantage responsabilisé dans cette nouvelle forme de coopération

Cette hypothèse est vérifiée dans la mesure où le DS est un élément moteur des partenariats initiés dans le cadre des GCS et ceci est confirmé par les représentantes de région et les universitaires qui plébiscitent l'engagement et le motivation des DS. Il prend énormément d'initiatives et participe à de nombreux groupes ou sous-groupes de travail du GCS pour faire avancer les projets et il semble que les directeurs les plus impliqués soient également engagés dans les associations professionnelles type, CEFIEC, AFDS, ANDEP. Ces associations sont un relais et une DS dit qu'elle fait remonter certains thèmes pour en discuter. Il ressort des entretiens que les DS est la personne qui recentre le GCS sur les axes pédagogiques et les étudiants. Certains DS aimeraient aller plus loin et que le GCS aient des compétences en terme de budget, en constituant un GCS de moyens, mais ces DS sont soit déjà à la tête d'un GCS de moyens avec un autre IFSI, ou ont une expérience déjà importante d'administrateur du GCS. Ils veulent aussi rester présents au sein des GHT annoncées et ne pas être « évincés » par les DH qui se réintéresse aux GCS dans certaines régions. Ces GHT peuvent permettre selon certains DS d'aller plus loin dans le maillage territorial et dans l'harmonisation des pratiques, et des moyens dans le domaine de la formation initiale et continue. Cela peut permettre de développer davantage la formation continue au sein des IFSI, ce qui permettrait de générer des recettes, et qui est fortement encouragé par la représentante de région rencontrée.

Les GCS peuvent renforcer le positionnement des formations paramédicales en termes de professionnalisation face à l'université

Il semble que les universités se soient acculturées et soient impliquées dans la formation des professionnels de santé infirmiers et inversement. Pratiquement tous les formateurs sont habilités pour enseigner avec des critères posés (expérience de 4 ans dans la pédagogie et niveau bac + 3 par exemple). Dans une des universités enquêtée, les formateurs habilités par une université sont reconnus par les autres universités du GCS et la question va se poser pour les universités des autres régions. Le niveau des connaissances théoriques des étudiants semble plus élevé et va aider les infirmiers à s'affirmer dans les projets de pratiques avancées ou de coopération entre professionnels

de santé. Par contre la poursuite d'études en Master et doctorat pour les infirmiers est encore à travailler avec l'université, car cela ne semble pas avoir été une priorité, alors que les premiers infirmiers sont sortis avec le grade licence en 2012.

Les IFSI et les professionnels de terrain conservent l'enseignement des soins infirmiers, des apports méthodologiques, des analyses de pratique et des valeurs de la profession qui constituent le socle de la professionnalisation. L'université n'empiète pas sur ces domaines tenus par les formateurs et les professionnels. Nous n'avons pas défini ce terme aussi nous proposons quelques éléments de définition. Professionnaliser peut être compris comme le fait de former une personne pour qu'elle développe des compétences qui lui permette de savoir ce qu'il a à faire sans être enfermé par des règles directives, des modèles, des procédures, tout en respectant un comportement éthique qui se construit dans la tension entre autonomie et respect des règles du travail en équipe . Cela peut aussi s'entendre comme une caractéristique plus collective, l'état historique d'une pratique qui reconnaît aux professionnels une autonomie statutaire fondée sur une confiance dans leurs compétences et leur éthique. En contrepartie les professionnels assument la responsabilité de leurs décisions et de leurs actes, leur capacité à réfléchir dans et sur leurs actes. Ce processus de professionnalisation combine différentes modalités qui sont, une insertion organisée dans le milieu du travail, un parcours de formation organisé si possible avec l'accompagnement d'un tuteur, des dispositifs pour vérifier et améliorer les compétences. C'est aussi la mise en œuvre en situation professionnelle, de capacités acquises par la formation, et ce ne sont pas seulement les savoirs qui sont importants mais la notion de droit à l'erreur et la capacité d'inventer sa pratique et de devenir autonome. Pour Perrenoud, la professionnalisation est le passage de l'application stricte de méthodologies, à la construction d'une démarche. D'un point de vue davantage sociologique, la professionnalisation met l'accent sur la prise en charge par le groupe professionnel de la maîtrise des filières de formation initiale et continue, le développement du savoir et de l'éthique sur laquelle se base la profession et le contrôle des conditions d'admission à celle-ci. Il semble donc qu'avec le nouveau référentiel et sa mise en œuvre, que l'université ait investi les domaines de sa compétence et que les formateurs et les professionnels de terrain restent en charge de la construction du projet professionnel et l'identité du professionnel.

3. 1.2 Une analyse plus globale

Nous nous étions demandés,

En quoi les GCS d'Instituts de Formation en Soins Infirmiers favorisent une coopération au service de l'efficacité de la formation des professionnels de santé ? (qualité, autonomie, transversalité des formations, interdisciplinarité, culture commune, coût) ?

Le rapport IGAS concluait sévèrement que le GCS n'était « ni une structure permettant d'aborder les questions financières ni même un lieu de discussion sur la pédagogie³⁸ », quelques années plus tard nous pouvons dire que sur le plan de la pédagogie, les GCS par la constitution de groupes de travail abordent les questions pédagogiques, même si elles sont centrées sur les enseignements universitaires et pas encore sur les domaines de construction professionnelle et d'évolution de la profession. Par contre, concernant les questions financières, si quelques DS ont cette volonté, appuyée par la région, le GCS ne constitue pas pour le moment l'outil propice à ces discussions à part pour les prestations universitaires.

Selon les universitaires le niveau de connaissances théoriques semble meilleur et l'approche des soins par des situations forme des infirmiers réflexifs peut-être plus autonomes. Ceci paraît –être une nécessité face à certains défis qu'ils auront à relever, comme celui des pratiques avancées, des coopérations entre professionnels de santé par exemple. Par contre nous ne pouvons pas savoir si les enseignements sont uniformes sur un même territoire régional au regard d'inégalités de proximité avec les universités partenaires. En ce qui concerne la transversalité des formations, les GCS ne semblent pas apporter une démarche pluridisciplinaire ni dans les mutualisations d'enseignement, ni dans une forme d'ouverture pour leurs instances, exception faite de quelques exemples où le directeur d'une autre école paramédicale est invité. N'étant construits qu'entre IFSI ces GCS ne permettent que très peu d'inventer des enseignements communs à plusieurs filières de soins. Ceci ne permet pas encore de travailler à une culture commune du soin. Les principaux apports du GCS semblent concerner le partenariat avec l'Université et la mutualisation d'équipements. En effet du fait de l'objectif prioritaire de passer une convention avec l'université pour garantir il est vrai la délivrance du grade licence, les IFSI et l'université ont validé les contenus des unités d'enseignements concernant celle-ci et ont construit des cours à l'aide de supports numériques. Ces outils numériques comme ceux en simulation permettent d'envisager une forme de mutualisation en région. Mais

³⁸ MARSALA V, ALLAL P, ROUSSEL I « les formations paramédicales : bilan et poursuite du processus d'intégration dans le dispositif LMD, Rapport IGAS Tome 1, juillet 2013, p 37.

ces premières pierres ont le mérite d'avoir créé une « confiance réciproque » comme le relève un universitaire interrogé, et cela peut permettre de développer d'autres projets

En terme de coût la convention avec l'université a fait l'objet d'un chiffrage des prestations fournis mais les IFSI sont dépendants des établissements de santé auxquels ils sont rattachés car ils ne sont pas dotés de la personnalité morale. Ils sont assimilés à des « services » de l'établissement de santé et sont dotés d'un budget annexe, l'établissement de santé reste donc compétent pour négocier la convention, même si elle se fait au sein du GCS. Certains DS regrettent ce manque d'autonomie et souhaitent comme l'a proposé le rapport IGAS déjà cité, la transformation des GCS existants en GCS de moyens. La représentante de la région souhaiterait « apporter davantage son expertise sur les aspects de coordination territoriale ». ce qui sera possible avec l'articulation avec les futures GHT. Au vu du rapport intermédiaire sur les futures GHT, le devenir des GCS semble incertain et l'arrivée de ces GHT dans l'espace de la formation va donner la possibilité de travailler avec les instituts d'autres filières mais risque de faire bouger les frontières et les équilibres encore fragiles des GCS.

3.2 Intérêts et limites de notre recherche

Ce sujet de mémoire nous a permis d'étudier un thème relativement nouveau dans le paysage de la formation infirmière. Cette familiarisation avec le nouvel environnement des IFSI nous offre la possibilité avant de prendre un poste de DS en institut de formation d'appréhender l'organisation de ces GCS, l'avancée du partenariat universitaire, le rôle que le DS peut prendre dans ces outils de maillage territorial et d'intégration des études paramédicales dans le système LMD. Ce travail nous a aussi permis de rencontrer des DS d'institut vont constituer pour nous un réseau et qui se sont montrés curieux et intéressés par le thème abordé. Nous avons aussi apprécié que le thème des GCS d'institut ait été peu abordé jusqu'à aujourd'hui, ce qui nous a permis de ne pas avoir de modèles.

Mais dans le même temps cela a représenté également une des principales difficultés. En effet il existe encore peu de publications sur le thème et nous avons dû transposer certains éléments des GCS initiaux pour les établissements de santé, plus anciens et avancés pour comprendre la logique des GCS d'institut. Concernant l'enquête de terrain nous aurions souhaité pouvoir réaliser une enquête exhaustive de tous les GCS et rencontrer davantage d'universitaires et de représentants de la région. Mais nous avons eu du mal à entrer dans un sujet assez abstrait pour nous au départ car

complètement inconnu et assez juridique, et le temps pour l'enquête et le recueil de données a été écourté d'autant.

Enfin, en termes de résultats nos premières hypothèses sont en partie vérifiées, mais la dernière est plus difficile à confirmer, dans la mesure où nous n'avons pas travaillé ce concept et pas formulé de question précise sur la professionnalisation des étudiants. En termes d'analyse nous ne pouvons donc faire que des déductions. Ce qui ne nous empêche pas d'envisager quelques préconisations à partir de l'analyse des résultats obtenus.

3.3 Des préconisations pour accompagner une coopération des instituts

Nous allons tenter de proposer des pistes pour mesurer notre rôle et nos missions dans les formes de coopération présentes et à venir dans le contexte des formations paramédicales. Pour cela nous allons nous appuyer sur les conclusions formulées dans les parties précédentes, en identifiant des freins et leviers et points de vigilance à observer afin que cette coopération soit efficiente et permette l'articulation des différents groupements sur un territoire donné. Pour cela nous allons tout d'abord proposer une lecture des éléments recueillis permettant de repérer quels sont les fondements d'une coopération réussie dans le contexte de la formation des professionnels de santé.

3.3.1 Certains enjeux rendent la création de coopérations indispensables pour les instituts de formation

Tout d'abord, les coopérations entre instituts contribuent à une répartition de l'offre de formations sur un territoire, et plus largement à répondre aux besoins de la population. Ces groupements permettent aussi de réaliser des économies d'échelle grâce aux mutualisations d'équipements, d'enseignements ou de recrutement partagé par exemple, d'autant que le contexte budgétaire est contraint. Les GCS ou GHT à venir, ont aussi pour objectif de garantir une formation de qualité et par ricochet des soins de qualité, par une approche scientifique de la formation et le développement de la recherche dans le contexte de l'intégration des formations médicales au système LMD. Les modes d'accès à ces formations sont à repenser dans le cadre de la Formation Tout au Long de la Vie (FTLV) et des systèmes de Validations des acquis de l'expérience (VAE). Le choix de l'Etat de conserver des instituts et de ne pas basculer complètement la formation des

professionnels de santé à l'université démontre que la professionnalisation de ceux-ci ne passe pas seulement par des savoirs académiques. Ce choix ne doit pas occulter la nécessité de proposer des perspectives d'évolution professionnelle à ces acteurs de terrain et de développer des échanges entre filières de formation et avec les formations médico-sociales et socio-éducatives, pour développer une culture des soins susceptible de favoriser les prises en charge coordonnées des patients dans le cadre de parcours de soins ou de santé. Enfin les exigences de qualité vont engager les instituts dans des démarches de certification des formations. Ces enjeux et les réformes qui les accompagnent ont fait de l'environnement des instituts de formation un environnement très mouvant ce qui a induit des changements importants en termes d'ingénierie, de gouvernance, de partenariat.

3.3.2 Le DS, un acteur clé de ces groupements de coopération pour accompagner les professionnels et les étudiants

Face à ces défis, le directeur des soins est pour nous un acteur incontournable de ces projets de coopération, tant au niveau stratégique, qu'au niveau organisationnel et du fait de sa connaissance fine des filières de formation. Par son positionnement dans l'équipe de direction et au sein des instances des groupements il peut anticiper et envisager ce que les coopérations peuvent apporter et les biais possibles mais il peut aussi analyser ce qu'il peut apporter à ces organisations. Il nous semble que suite à l'enquête de terrain, les DS en tout cas certains ont pris une place stratégique dans les GCS et sont force de proposition dans ces groupements. Ils collaborent avec la région et l'université et sont reconnus par ces partenaires de la formation. Ils peuvent aller plus loin en accompagnant les formateurs à travailler sur les axes professionnalisant qui pour l'instant ne font pas l'objet de réflexion au sein des GCS. En effet les formateurs ne sont pas présents dans la commission spécialisée ou dans les commissions pédagogiques créées souvent à l'initiative des universités, et qui sont les lieux où on discute pédagogie. Pour élaborer en commun sur des sujets comme le raisonnement clinique, les parcours de stage, l'analyse de situations, l'éthique les formateurs semblent avec les professionnels de terrain les plus pertinents. Ces échanges permettraient d'envisager le partenariat universitaire comme complémentaire et non dans une forme de concurrence. Les formateurs peuvent aussi prendre le relais des DS au sein de groupes de travail pour s'approprier davantage la nouvelle ingénierie et affirmer leur expertise des soins infirmiers. De plus en tant que DS il paraît important de continuer la formation universitaires des formateurs par des Masters de disciplines différentes pour injecter dans la formation des approches différentes et créer d'autres relations avec les universitaires afin de se connaître mutuellement. Dans le cadre des groupements de coopération ces

programmes de formation universitaires ou de formation continue pourraient- être pensés pour plusieurs instituts et mélanger des formateurs de différentes filières. Ces formations universitaires seront aussi une forme d'opportunité pour développer la recherche en soins. En effet la possibilité de travailler en inter-filières pourraient encourager le développement de laboratoires de recherche communs et d'effectuer le recrutement d'une personne experte chargée d'accompagner les étudiants, les formateurs et en accord avec les DS- Coordonnateur Général des Soins (CGS) les professionnels de terrain dans l'écriture, la publication et la communication de ces travaux scientifiques. Ces nouveaux postes seraient aussi une façon de valoriser les parcours des doctorants déjà diplômés et offrirait des perspectives professionnelles aux étudiants souhaitant poursuivre rapidement un cursus universitaire. Ce développement de la recherche en soins encouragerait les universités à penser les parcours universitaires post grade licence, ce qui n'est pas encore fait dans le cadre des GCS.

Les étudiants aussi pourraient être davantage impliqués dans les échanges au sein des GCS, et nous pourrions envisager d'inviter des représentants d'associations d'étudiants comme la Fédération Nationale des Etudiants en Soins Infirmiers (FNESI) pour offrir un espace commun de démocratie étudiante et débattre de sujets qui les préoccupent. Que ce soit pour les formateurs ou les étudiants cette participation plus active serait susceptible de développer un sentiment d'appartenance à ces groupements de territoire et une cohésion favorable à l'évolution de nos professions de santé.

3.3.3 Une nécessaire articulation des différentes formes de groupements de coopération sur le territoire

Les GCS et futur GHT peuvent être complémentaires, dans la mesure où ils ne vont pas avoir le même périmètre, les mêmes membres, et les mêmes missions. Les GCS –instituts ont été constitués à l'échelle de la région et demain des nouvelles régions, alors que les GHT devraient avoir le département comme territoire avec quand même la possibilité d'être organisés en inter régionalité, ce qui impliquerait alors un ou deux DG d'ARS. Les GHT vont cependant avoir un caractère obligatoire, en effet le DG de l'ARS va décider de la création de cette GHT et des membres qui la composeront. Les GCS sont ouverts autant aux IFSI publics que privés alors que les GHT seront exclusivement constitués d'établissements publics, les établissements privés pouvant être partenaires mais non membres. De plus les GCS n'ont été prévus qu'entre les IFSI alors que dans les GHT, tous les instituts et les écoles, de toutes filières confondues adossés aux établissements parties à la GHT vont être coordonnés par un établissement support désigné par la convention constitutive. Enfin, les GCS ont eu pour objectif principal de

conclure les conventions avec l'université, alors que les GHT auront dans leurs compétences « la coordination des instituts et des plans de formation continue et de DPC pour les personnels des établissements du groupement ³⁹». Ceci devrait permettre un décloisonnement et un travail avec le DS- CGS concernant les besoins de formation des personnels concernés.

Cette opportunité est à saisir pour écrire un projet médico-soignant commun pour le territoire dans lequel les instituts de formation auront une place à créer, nous pourrions aussi penser à une partie commune dans les différents dossiers d'agrément pour définir une politique de formation pour le territoire concerné. De plus le projet pédagogique de chaque institut sera pensé en cohérence avec celui des groupements pour la définition des objectifs et des moyens nécessaires. L'objectif des GHT étant de rationaliser la gestion des instituts et des établissements de santé plus largement. Un coordonnateur des instituts sera désigné coordonnateur des instituts et écoles du département des différentes filières, ce qui inclus les formations de niveau V comme AS ou AP. Comme son homologue de gestion, nous pourrions envisager que le domaine de la formation ait une instance équivalente à la Commission des Soins, de Rééducation et Médico-techniques (CSIRMT) mais à l'échelle d'un territoire. Nous pourrions ainsi adopter cette phrase d'Aubree-Lijour et Grelet qui considère qu'écrire un projet médico - soignant commun pour le territoire. « S'apparente à une stratégie de groupe pour les établissements participants »⁴⁰ et nous pourrions ajouter pour les instituts. Le projet de GHT qui va faire l'objet de l'article 27 de la prochaine loi de modernisation de notre système de santé parle non plus de projet médico-soignant ou de projet unique, mais de projet partagé. Par contre celle-ci ne précise pas encore en détail le formalisme de ces GHT en terme d'instances notamment, mas il serait souhaitable selon Faucheu⁴¹ de « choisir une organisation la plus simple et la plus efficiente ». De plus, dans ce projet de loi, est avancée l'idée d'une « certification à engager de manière conjointe », ce qui devrait aussi concerner les instituts qui ne sont pas encore majoritairement dans cette démarche, faute aussi de référentiel et de démarche spécifique à la formation émanant de nos tutelles. Cette volonté de démarche d'évaluation collective pourrait être un levier pour les DS pour faire avancer ce sujet pour les instituts.

³⁹ HUBERT J, MARTINEAU, Rapport du Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, « Mission groupements hospitaliers du territoire », rapport intermédiaire, Mai 2015, p 36.

⁴⁰ AUBREE-LIJOUR M-C, GRELET L, « directeurs des soins et stratégie de groupe » Revue Hospitalière de France, n° 564, mai-juin 2015, p 12.

⁴¹ Intervention de JM Faucheu journées AFDS, Arcachon, 15/10/2015.

Selon nous, le coordonnateur des instituts ne pourrait être qu'un DS et les établissements auront à déterminer les délégations ou transferts de compétences accordés et le profil de poste de ce coordonnateur serait à rédiger avec les DS des instituts des établissements parties à la GHT, selon nous. En sachant que l'absence de personnalité morale du GHT se fait au profit de l'établissement support. Le DS serait l'interlocuteur unique de la région pour la formation sur ce territoire et aurait en charge d'assurer l'articulation avec les GCS d'institut de la région. Par contre le cumul avec des fonctions d'administrateur de GCS ne serait pas souhaitable selon nous, pour éviter des situations de « main mise » trop forte et un risque pour la représentativité des IFSI. De même il nous semblerait intéressant que la représentativité des établissements de santé soit pensée dans une recherche d'équilibre et que le CHU ou les CHU du territoire ne soient pas surreprésentés dans les instances du groupement. L'articulation GHT-GCS passera aussi par une transparence en termes de communication afin de ne pas créer un sentiment d'exclusion pour les IFSI publics et privées non membres de la GHT et accueillir ceux qui désireront être partenaires. Le DS est à ce titre compétent pour « animer et développer un réseau professionnel⁴² » et créer cet échange. Le GCS que l'on a vu peu ouvert à l'invitation de personnes extérieures dans ses instances devra sans doute inviter des DS d'instituts d'autres filières et la représentation de membres du GCS aux instances de la GHT sera sûrement à envisager. Le DS a l'avantage d'avoir déjà cette expérience des GCS et ceux déjà très impliqués dans les GCS pourront être moteurs pour accompagner ceux qui s'engageront dans la gouvernance du regroupement d'instituts. Il sera L'expérience du DS dans la constitution et le fonctionnement des GCS-instituts pourrait lui permettre d'être un peu comme une sentinelle qui « avertit en tournant l'attention vers ce qui peut faire obstacle⁴³ ».

Par contre une certaine prudence en termes de calendrier sera à observer dans la mesure où la nouvelle configuration des régions et la création des GHT risquent d'être concomitantes, ce qui nécessitera de prioriser et déléguer certains dossiers pour être disponible, d'où la proposition déjà exprimée de responsabiliser davantage les formateurs dans les GCS. Le risque étant la désertion des GCS, ou que les GCS ne soient plus tenus que par les rares IFSI qui ne seront pas parties à une GHT. En plus le fait qu'il y ait également des GCS de moyens regroupant déjà certains IFSI ou instituts de différentes filières fait que l'environnement des instituts de formation devient très complexe et inégal en termes d'autonomie de gestion, et les GHT vont sûrement modifier encore ce paysage. Du coup l'éventualité pour les GCS d'instituts d'évoluer vers des GCS de moyens nous paraît difficile à défendre catégoriquement aujourd'hui puisque nous ne savons pas

⁴² ALTER .N, Donner et comprendre, la coopération en entreprise, Paris, La découverte, p 200.)

⁴³ PAUL. M, L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique », Paris, l'Harmattan, 352 p

comment l'articulation d'un GCS au sein d'une GHT pourrait se décliner et comment un établissement support pourrait coordonner la gestion d'instituts avec des statuts juridiques différents et quelle légitimité reconnaîtrait-on au représentants désignés de l'établissement support chargé de coordonner un GCS de moyens constitués par deux ou plusieurs autres établissements. D'autant que pour les DS à la tête de GCS de moyens et qui apprécient une certaine autonomie et lisibilité notamment financière, cette coordination par un établissement de santé support peut donner l'impression d'un retour en arrière.

Ces préconisations et réserves ne sont pas exhaustives et nous avons rencontré des difficultés pour les formuler dans la mesure où elles sont très dépendantes d'un contexte fait de projets qui ne sont pas encore définitifs et qu'elles concernent un sujet assez technique et juridique. De plus la marge de manœuvre du DS dans ces deux types de groupements de coopération (GCS et GHT) est très dépendante des établissements supports, des tutelles, des partenariats et des moyens alloués mais cela n'empêche pas de nous tenir à relever ces nouveaux défis, en prenant bien l'ampleur des enjeux pour la formation des professionnels de santé dans leur ensemble. Les GCS constituent une base qui servira au DS à s'affirmer dans ces nouveaux GHT pour construire une coopération qui reste à inventer en collectif de direction élargi.

Conclusion

Arrivée au bout de ce travail de recherche nous pouvons dire que le GCS –IFSI a bénéficié de l'expérience des différentes formes de GCS pour les établissements de santé, et qu'il s'est constitué dans les délais pour les IFSI, même si certains n'ont pas souhaité en faire partie. Par contre les signatures de convention entre l'université, la région et les IFSI ont bien eu lieu pour tous les IFSI, quels que soient leurs statuts et leur appartenance ou non à un GCS. Cependant les autres objectifs assignés, notamment fournir une organisation structurée entre les IFSI d'une même région pour permettre l'intervention d'universitaires dans l'enseignement, et mutualiser les expériences des instituts dans le domaine pédagogique sont plus difficiles à objectiver et les IFSI ne semblent pas tous au même niveau. Il semble que les IFSI proches géographiquement des universités soient privilégiés en termes d'enseignement et de dynamisme du partenariat avec l'université. La gouvernance de ces instituts a toute fois évoluée et le deuxième mandat des administrateurs montre que les DS ont pris leur place dans ces groupements et qu'ils souhaitent la conserver et pour certains même aller plus loin dans l'autonomie de gestion.

En ce qui concerne la mutualisation d'équipements le GCS permet un recueil de besoin et une distribution susceptible de rééquilibrer les offres des IFSI. Les enseignements par plateforme numérique peuvent constituer une réponse à l'éloignement de certains IFSI des universités partenaires, mais des inégalités se créent entre les régions qui sont à des stades très différents de développement et d'accès à ces plateformes, sans compter des difficultés de partage ou coût de ces prestations. Par contre des recrutements de nouveaux métiers comme des techniciens sont partagés au sein d'IFSI d'un même périmètre universitaire pour former les équipes de formateurs à acquérir des compétences les rendant autonomes dans la maîtrise de ces outils. La région accompagne ces changements et contraint les IFSI à formuler des demandes collectives et à ne plus fonctionner de façon isolée et individuelle.

Nous avons le sentiment que ces GCS après cinq ans d'existence s'imposent dans le paysage de la formation infirmière, et certains DS souhaiteraient qu'ils soient un espace pour discuter la répartition budgétaire régionale par exemple. De plus le renouvellement de la convention avec l'université prévue pour 2015-2016 selon les IFSI devrait être l'occasion de rediscuter certains éléments comme le choix de l'université, les prestations attendues, et le coût notamment. Par contre l'avenir des GCS-institut est incertain, dans la mesure où quelques GCS de moyens ont été constitués entre IFSI de proximité et la prochaine loi sur les GHT va permettre une configuration territoriale des

instituts et écoles paramédicales toutes filières confondues cette fois. Cette approche transversale devrait offrir aux IFSI la possibilité d'aller plus loin dans la mutualisation, l'interdisciplinarité et la politique de formation continue. Un établissement support désigné par la convention du GHT assurera la coordination des instituts et écoles paramédicales de tout le groupement, et le DS devra se positionner pour prendre ces responsabilités. La réponse de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins (DHOS) à la Fédération Hospitalière de France⁴⁴, a confirmé que seuls les DS peuvent être agréés pour diriger un institut de formation public, et offre il nous semble un argument pour qu'ils se portent candidats à la coordination des instituts du GHT. D'autant que les « regroupements ou coopérations renforcées de structures se développent pour des raisons d'efficience dans le cadre du maillage territorial et peuvent se traduire par la mise en place de directions communes à plusieurs instituts de formation préparant à différents diplômes ⁴⁵».

L'expérience acquise dans les GCS et dans ces différentes formes de direction devrait être un atout supplémentaire et permettre d'envisager plus facilement l'articulation entre les différents modes de coopération présents ou à venir dans l'environnement des IFSI. Cette rationalisation de gestion présente pour nous une opportunité pour affirmer nos compétences au service de stratégies communes sur un territoire à géométrie variable et évolutive.

⁴⁴ Instruction de la DHOS du 18 décembre 2009 relative à l'agrément des directeurs d'institut de formation.

⁴⁵ Référentiel métier de directeur(trice) de soins, EHESP, mars 2010, 2 p.

Bibliographie

Textes réglementaires :

En lien avec le thème de la région :

- Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.
- Circulaire interministérielle DHOS/RH1/DGESIP n°2009-201 du 26 juin 2009 relative à la délivrance du grade de licence aux infirmiers diplômés d'Etat. Organisation du partenariat conseils régionaux-universités-IFSI.
- Circulaire interministérielle DHOS/RH1/DGESIP n°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 sa mise en œuvre du processus Licence-Master-Doctorat (LMD).
- Arrêté du 31 juillet 2009 relatif aux autorisations des instituts de formation préparant aux diplômes d'infirmier, d'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'analyse biomédicale, cadre de santé et aux agréments de leur directeur.
- Décret n°2010-336 du 31 mars 2010 portant création des Agences Régionales de Santé.

En lien avec le thème de la coopération :

- Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.
- Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.
- Ordonnances n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.
- Décret n° 97-240 du 17 mars 1997 relatif aux groupements de coopération sanitaire et modifiant le code de la santé publique.
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.
- Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création des établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation.
- Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

- Décret n° 2005-1681 du 26 décembre 2005 relatif aux groupements de coopération sanitaire et modifiant le code de la santé publique.
- Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
- Arrêté du 23 juillet 2010 relatif aux Groupements de Coopération Sanitaire (GCS).
- Loi n°2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009.
- Ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 de coordination avec la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009.
- Décret n° 2010-862 du 23 juillet 2010 relatif aux Groupements de Coopération Sanitaire (GCS).
- Articles L.6133-1 à L.6133-9, L.4383-3 et les articles R.6133-1 à R.6133-21, R.4383-3, code de la santé publique.

En lien avec les formations paramédicales :

- Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier (modifié par l'arrêté du 26 juillet 2013 et du 26 septembre 2014).
- Instruction de la DHOS du 18 décembre 2009 relative à l'agrément des directeurs d'institut de formation.
- Instruction DGOS/RH1/2010/243 du 5 juillet 2010 relative aux modalités de mise en œuvre de la réforme LMD au sein des instituts de formation en soins infirmiers (IFSI).
- Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute
- Arrêté du 23 juillet 2012, relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste.
- Arrêté du 5 juillet 2012 relatif au diplôme d'Etat de pédicure-podologue.
- Arrêté du 14 juin 2012 relatif au diplôme d'Etat de manipulateur d'électroradiologie médicale.
- Décret n° 2015-1110 du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute.
- Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute.
- MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE – Grand-duché de Luxembourg, [consulté le 30 septembre 2015], disponible sur le site internet <http://www.mesr.public.lu/enssup/dossiers/bologne/>.

Rapports et guides :

- ARNAUD A, LEHERICEY H, TASSERY M, MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE ET ANAP, Guide méthodologique des coopérations territoriales, Paris, 2011, 92p.

- HUBERT J, MARTINEAU, Rapport du Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, « Mission groupements hospitaliers du territoire », rapport intermédiaire, Mai 2015, 52 p.
- Loi HPST. Quelles places pour la coopération et le management médico-administratif ? Rencontre ECSP Europe, ISCOMM, Ministère de la santé et des sports, Paris, 5 mai 2010, 36p.
- MINISTERE DU TRAVAIL DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE, Le GCS, Paris, 24 mai 2011.
- MARSALA V, ALLAL P, ROUSSEL I « les formations paramédicales : bilan et poursuite du processus d'intégration dans le dispositif LMD, Rapport IGAS Tome 1, juillet 2013, 242 p.
- Référentiel métier de directeur(trice) de soins, EHESP, mars 2010, 12 p.
- BORREL M, Groupement de Coopération Sanitaire, retour d'expérience, journées nationales du CEFIEC.

Ouvrages :

- ALTER .N, Donner et comprendre, la coopération en entreprise, Paris, La découverte, 362 p.
- ALVENTOSA J-R, « les outils du management public », Lextenso éditions, L.G.D.G, collection système, finances publiques, 2012, 258 p.
- JOBERT G, L'intelligence au travail, Traité des sciences et des méthodes de formation, Paris, 1999.
- MOQUET-ANGER Marie-Laure, « Droit hospitalier », Lextenso éditions, L.G.D.G, 2^{ème} édition, 2012, 548 p.
- PAUL. M, L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique », Paris, l'Harmattan, p 69.
- PERRENOUD P, Développer la pratique réflexive dans le métier d'enseignant, ESF, Paris, 2001
- RENETEAU J, Construire un parcours individuel de professionnalisation, La lettre du CEDIP, n° 12, 2000.

Articles :

- AUBREE-LIJOUR M-C, GRELET L, « directeurs des soins et stratégie de groupe » Revue Hospitalière de France, n° 564, mai-juin 2015, p 12-16.
- BARRE S, LAROSE D, « groupement de coopération sanitaire : l'âge adulte ? », Revue Hospitalière de France 2005, n° 504, p 42.
- CORMIER M, « les groupements de coopération sanitaire : instruments de coopération à privilégier ? », Revue Générale de Droit Médical 2007, n° 22, p 39.

- ESPER C, « le groupement de coopération sanitaire : actualités et limites », Revue de Droit Sanitaire et Social, n°1, janvier-février 2007, p 117.

- LEGROS B, « contribution des Directeurs de Soins à la création d'un GCS : coopération des établissements publics et privés de Sedan et Charleville-Mézières », Revue Hospitalière de France, n° 564, mai-juin, p 24-25.

- KELLER C, LOUAZEL M, MOQUET-ANGER M-L, « les outils juridiques de coopération issus de la loi HPST : des instruments au service de la restructuration de l'offre hospitalière ». Revue de droit sanitaire et sociale (RDSS), n° 4 , juillet-août 2013, p 687-699.

- KELLER C, « coopération hospitalière, articuler stratégie d'établissement/optimum global. GCS et CHT alpha et oméga de la coopération hospitalière ? », Séminaire –Chaire management des établissements de santé, EHESP- IDM, Gestion hospitalière, n° 523 février 2013, p 120-122.

- LOUAZEL M, « coopération hospitalière, entre incitation réglementaire et intérêt stratégique à agir », Séminaire –Chaire management des établissements de santé, EHESP- IDM Gestion Hospitalière, n° 523, février 2013, p 117-119.

Liste des annexes

- **Annexe 1** : Tableau de données sur les GCS – IFSI extrait de la circulaire n° DHOS/RH1/DGESIP/2009/ du 9 juillet 2009
- **Annexe 2** : Grille d'entretien
- **Annexe 3** : Tableau des caractéristiques des personnes interrogées
- **Annexe 4** : Tableau de composition des GCS –IFSI et des fonctions de leur administrateur

ANNEXE 2

Questionnaire destiné aux directeurs d'institut de formation

Elève Directeur des soins en formation à l'EHESP, je suis amenée à effectuer une recherche sur le thème des GCS d'Institut de formation.

Ce questionnaire a pour finalité de faire un état des lieux de ce dispositif de coopération entre instituts de formation.

Les éléments recueillis seront retranscrits en tout anonymat.

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

Je vous remercie de votre collaboration à cette recherche.

Questions

1 - Pourriez-vous me préciser :

* votre âge : Moins de 30 ans – entre 30 et 40 ans – entre 40 et 50 ans – entre 50 et 60 ans – Plus de 60 ans

* Votre itinéraire professionnel

* Vos responsabilités actuelles

* Votre ancienneté dans la fonction

* Votre ancienneté dans le poste

2. quelle est votre région de rattachement ?

3. Combien d'IFSI sont rattachés au GCS auquel votre IFSI appartient ?

Dont combien d'IFSI privés ?

4. Qui est l'administrateur du GCS ? (fonction)

5. Conviez-vous d'autres personnes aux assemblées du GCS que celles prévues par le texte ?

6. Si oui, qui sont-elles ?

7. Le GCS comprend-t-il des groupes de travail ?

8. Si oui, sur quels thèmes ?

9. Quels sont pour vous les intérêts du GCS, qu'est-ce qu'il apporte ?

10. Quels sont les éléments qui favorisent son fonctionnement ?

11. Selon vous quels sont les freins, les difficultés pour le fonctionnement des GCS d'institut?

12. Quel est le rôle du (ou des) Directeur d'Institut dans ce GCS ?

13. En quoi consiste le partenariat avec l'université issu de la constitution du GCS?

14. Quelles propositions feriez-vous concernant le fonctionnement de ce GCS ? quels changements souhaiteriez-vous ?

Annexe 3

Tableau récapitulatif des personnes interrogées

DS	âge	Itinéraire professionnel	Responsabilités actuelles	Ancienneté dans la fonction et dans le poste
DS interrogés par entretien semi-directif				
Mme O	+ de 60 ans	IDE, Cadre de santé formateur, CSS formateur en IFSI et en IFCS, Directeur des soins en 2004.	Directeur des soins IFSI, IFAS, IFAP.	11 ans dans la fonction et dans le poste
Mr G	+ de 60 ans	MERM,	Directeur d'écoles de spécialités et d'un GCS d'institut	13 ans dans le poste, 4 mois dans le GCS
Mme B	50- 60 ans	IDE 18 ans, cadre en service de soins 9 ans, 2 ans CSS responsable gestion des risques associés aux soins, 2 ans FF directeur d'institut de formation	Elève directeur des soins	2 ans dans le poste
Mme P	50-60 ans	IDE 14 ans, Cadre en unités de soins 4 ans, CSS 5 ans, DS 9 ans	Coordonnateur d'instituts	9 ans
Mme MF	+ 60 ans	IDE 4 ans, Puer 2 ans, Cadre en unité 1 an, cadre formateur 8 ans en AP et 2 ans IFSI, 6 ans cadre en fonction transverse, CSS 3 ans missions transverses, DS institut puer 1 an, DS gestion missions transversales 2 ans, 9 ans DS IFSI-IFCS,	Directrice d'institut	9 ans dans le poste, 11 ans dans la fonction
Mme R	50- 60 ans	IDE 12 ans, CS unité de soins 4 ans, CS formateur 5 ans,	Coordonnateur d'instituts IFSI, IFAS	9 ans dans le poste, 12 ans dans la fonction

		DS gestion 3 ans, DS coordonnateur institut IFSI, IFAS, IFA 9 ans		
Mme H	50- 60 ans	15 ans IDE, CS unité 5 ans, CS formateur IFSI 6 ans, CSS formateur IFCS 5 ans, DS institut IFSI IFA 3ans	DS institut IFSI IFA	3 ans dans le poste et la fonction
Mme K	50- 60 ans	IDE 13 ans, cadre en service de soins 9 ans, 2 ans CSS responsable gestion des risques associés aux soins projet transversal, 3 ans FF DS, DS institut 6 ans	DS institut IFSI, IFAS	6 ans dans le poste et la fonction
Mme T	50- 60 ans	IDE 8 ans, CS 13 ans en unité de soins, CSS 10 ans, DS Institut 2 ans	DS institut IFSI, IFAS	2 ans dans le poste et la fonction
Mme Z	50- 60 ans	IDE 9 ans, CS 7 ans gestion et 5 ans formation, CSS 5 ans formation, DS 4 ans gestion, 6 ans formation	Coordonnateur instituts IFSI, et plusieurs IFAS	6 ans dans le poste, 10 dans la fonction
Mme I	50- 60 ans	IDE 84, Cadre de santé formateur 92, CSS formateur en IFSI 97, Directeur des soins 03	Directeur des soins IFSI, IFAS,	12 ans dans la fonction et dans le poste
Mme N	50- 60 ans	IDE 1986, CS 1998 en unité de soins, CSS 2005 gestion, DS institut 2008	Directeur institut IFSI, IFAS,	7 ans dans le poste et la fonction
Mr Université 1		Chargé de mission réingénierie des professions de santé et Professeur en médecine		5 ans
Mr Université 2		Vice doyen en charge de la		5 ans

		formation		
Mme Région 1		Responsable de pôle		3 ans
Mme Région 2		Responsable de pôle		5 ans
DS interrogés par questionnaires				
Mr P	50-60 ans	IDE, IADE, cadre de santé d'unité de soins (réanimation, bloc opératoire), CSS formateur en IFCS, DS 10 ans	Coordonnateur d'institut de formation IFSI-IFAS	10 ans dans le poste et dans la fonction
Mme C	50-60 ans	IDE, cadre de santé en unité de soins, CSS, formateur IFCS, responsable de formation, DS, coordonnateur Général des instituts IFSI et IFCS, coordonnateur général des instituts IFSI, IFASP, IFAS et formation continue.	coordonnateur général des instituts IFSI, IFASP, IFAS et formation continue	5 ans dans la fonction, 1 an dans le poste
Mme J	50- 60 ans	11 ans IDE, CS unité 8 ans, CS formateur IFSI 8 ans, , DS gestion 3 ans DS institut IFSI IFA 5 ans	DS institut IFSI IFA	5 ans dans le poste et 8 ans dans la fonction
Mme A	50- 60 ans	IDE/ CS/CSS/DS Alternance gestion/formation 1979-1992 : gestion 1992-1998 : formation 1998-2009 : gestion 2009- ce jour : formation	coordinatrice des activités de formation	4 ans dans la fonction, 6 ans dans le poste
Mme F	50- 60 ans	DE en 1984 et IDE au CHU FF cadres pendant 2 ans Cadre d'unité pendant 5 ans Cadre formateur	Depuis 2006 : directeur des soins en IFSI et IFAS du CH	13 ans dans la fonction, 9 ans dans le poste

		pendant 3 ans ENSP en 2002 Directeur des soins en CH Directeur des soins et de la qualité en CH		
Mme M	50-60 ans	IDE, CS gestion et formateur, CSS-cadre de pôle, DS	Depuis 2015 DS, coordinateur d'un IFSI-IFAS	9 mois dans la fonction et le poste
Mme BO	60 ans	IDE en 1979 Cadre de Santé en 1991 Directeur d'instituts paramédicaux en 1999 puis Directeur des Soins (sortie des textes), IFSI et IFAS Coordonnateur Général de l'IFSI et de l'IFAS en 2008 Directeur des Soins,	Coordonnateur Général du GCS d'1 IFMS et Directeur du GCS depuis mars 2014	15 ans dans la fonction et dans poste
Mme U	50- 60 ans	IDE en 1985, CS 2000 en unité de soins, CSS 2005 gestion, DS en 2009, DS institut depuis	Directeur institut IFSI, IFAS, IFAP	6 ans dans le poste et la fonction
Mme S	50- 60 ans	IDE 9 ans, CS 9 ans gestion, CSS 5 ans en formation (mission transverse sur les stages), FF DS 2 ans, DS 4 ans 7 ans en formation	Directrice institut IFSI, IFAS et formation continue	7 ans dans le poste et la fonction
Mme E	50- 60 ans	DE en 1983 et IDE en santé mentale Cadre d'unité 5 ans Cadre formateur t 4 ans DS 2002 Directeur des soins gestion 3 ans 2005 DS institut	Directrice IFSI- IFAS	10 ans dans le poste, 13 ans dans la fonction

ANNEXE 4

Tableau de composition des GCS –IFSI et des fonctions de leur administrateur

GCS	Nombre d'IFSI d'après la circulaire n° DHOS/RH1/DGESIP/2009/ du 9 juillet 2009	Composition réelle des GCS	Nombre de GCS prescrit	Fonction de l'administrateur	Nombre d'universités
ALSACE	12	10 dont un privé	1	DRH d'un établissement public de santé	2
AQUITAINE	16	14 dont 1 privé	1	DH et adjoint DS	1
AUVERGNE	6	6 dont 1 croix rouge	1		2 qui ont créé un PRES et ont prévu de fusionner
BOURGOGNE	11	11	1	DS	1
BRETAGNE	14	12 IFSI dont 1 croix rouge	1	DS et suppléant DS	2
CENTRE	13	13 dont 2 croix rouge	1	DH	1
CHAMPAGNE-ARDENNE	7	7 dont un ESPIC et un associatif	1	DH et adjoint DS	1
CORSE	2	2 publics	1	DH	1
FRANCHE-COMTE	7		1		
ILE DE FRANCE	94	un GCS de 32 IFSI dont un GIP, une école éducation nationale et des écoles privées	3	DS et adjoint DS	7
LANGUEDOC - ROUSSILLON	14	11 dont un UGECAM	1	DH	4
LIMOUSIN	6	5 IFSI	1	Adjoint DS	1
LORRAINE	18		2	DS et suppléant DS	
MIDI-PYRENEES	13	12 IFSI dont 1 GCS et un	1	DRH d'un CH de la région	1

		Croix rouge			
NORD-PAS-DE-CALAIS	26		2		
BASSE-NORMANDE	10	9 IFSI dont 1 croix rouge	1	DH, adjoint DS + Un comité d'ingénierie de la formation en S.I Invités permanents : directeur IFSI Croix rouge et directeur IFCS	1
HAUTE-NORMANDE	7	6 + IFSI croix rouge membre de la convention de partenariat avec l'université	1	DH du CHU responsable de la formation et adjoint DS	1
PAYS DE LA LOIRE	14		1		
PICARDIE	11		1		
POITOU-CHARENTES	7	7 dont 1 croix rouge	1		1
PACA	25	1 de 10 IFSI dont 1 GIP, 2 SIH et une association	2		2
RHONE-ALPES	33	1 de 22 publics dont 1 privé	2	DH	3
		1 de 8 privés, FEHAP et croix rouge		Directeur d'un IFSI privé	3
GUADELOUPE	1		0	0	
GUYANE	1		0	0	
MARTINIQUE	1		0	0	
REUNION	2		1 GCS alors que loi ne l'imposait pas	DH	
MAYOTTE	1				

MONCORGER	Jeanne	Décembre 2015
Directeur des soins Promotion 2015		
Les Groupements de Coopération Sanitaire (GCS) d'institut de formation		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Université Rennes		
<p>Résumé :</p> <p>Les GCS instituts sont apparus en 2010 dans le paysage de la formation des professionnels de santé, alors qu'ils sont présents dans le paysage des établissements de santé depuis deux décennies. Préalable indispensable aux IFSII pour conventionner avec les universités dans le contexte de la formation infirmière intégrée dans le dispositif LMD, ils se sont vus confier des missions de mutualisation des contenus pédagogiques et de structuration du travail inter-IFSI de la région.</p> <p>Mais la réalité de ces GCS est bien différente selon les régions, alors que certains GCS ne sont que des supports à la signature de convention avec l'université, d'autres sont en passe de devenir un véritable laboratoire pédagogique et un levier à la redéfinition du territoire des instituts de formation. L'enquête de terrain alimente ce constat et permet de mesurer l'opportunité que présentent ces dispositifs en termes d'efficacité de la formation sanitaire.</p> <p>D'autant que ce modèle de GCS est poussé plus loin par des régions qui créent des GCS de moyens pour regrouper des instituts sur un territoire proche. Cette double reconfiguration va prendre une nouvelle dimension et risque de modifier les équilibres et les alliances construits du fait du nouveau découpage régional prévu pour 2016. Enfin la perspective des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), qui vont concerner la coordination des instituts et des écoles paramédicales et des plans de formation continue et du Développement Professionnel Continu (DPC) des personnels du groupement, laisse présager d'autres configurations territoriales et organisationnelles qui auront sûrement d'autres impacts sur la formation des professionnels de santé et sur le rôle et les missions du DS.</p>		
<p>Mots clés : Groupement de Coopération Sanitaire(GCS)- Institut de Formation- Partenariat- Région- Université- Territorialisation-</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>		