



**EHESP**

---

**Directeur des soins**

Promotion **Marie Curie – 2018**

Date du Jury : **Décembre 2018**

---

**Le directeur des soins,  
architecte de la réorganisation  
territoriale de la formation**

---

**Luc-Olivier SAUVÊTRE**



---

# Remerciements

---

« Là où il y a une volonté, il y a un chemin »

Albert EINSTEIN

Nous tenons à remercier très sincèrement :

L'ensemble des professionnels, et notamment nos tuteurs de stage, rencontrés au décours de cette année de formation à l'EHESP pour leurs contributions et l'enrichissement personnel apportés,

Monsieur Jean-Luc HERCE, directeur des soins et coordonnateur des instituts de formation paramédicale, pour son accompagnement, sa disponibilité, ses conseils avisés et pour le regard critique et bienveillant dans le cheminement de notre réflexion tout au long de la réalisation de ce travail,

Mes dix collègues et désormais amis du groupe « *Les Authentiques* » de la promotion Marie CURIE pour l'entraide, le soutien que nous nous sommes mutuellement apportés et cet esprit de groupe et la convivialité qui nous caractérise,

Mon épouse, Martine, pour son soutien indéfectible et constant tout au long de mon parcours professionnel.



---

# Sommaire

---

<b>Introduction.....</b>	<b>1</b>
<b>1 Les groupements hospitaliers de territoire, l'universitarisation, la gouvernance des instituts de formation et les parties prenantes : approche conceptuelle et contextuelle</b>	<b>5</b>
<b>1.1 Les groupements hospitaliers de territoire .....</b>	<b>5</b>
1.1.1 La loi de modernisation de notre système de santé.....	5
1.1.2 L'inscription des instituts de formation initiale dans le territoire : un contexte innovant et une hétérogénéité territoriale.....	6
<b>1.2 L'universitarisation.....</b>	<b>7</b>
1.2.1 L'universitarisation : un processus en construction .....	7
1.2.2 Du rapport de l'IGAS-IGAENR à la mission LE BOULER .....	8
<b>1.3 La notion de gouvernance .....</b>	<b>10</b>
1.3.1 Evolution d'une définition en lien avec le contexte réglementaire.....	10
1.3.2 Expression de la gouvernance dans les instances des instituts de formation .....	11
<b>1.4 Les mutations hospitalières en cours dans le champ de la formation : modèle autonome, modèle intégratif ou modèle fédératif ? .....</b>	<b>13</b>
1.4.1 Le modèle autonome.....	14
1.4.2 Le modèle fédératif .....	15
1.4.3 Le modèle intégratif .....	16
<b>1.5 Les parties prenantes au groupement hospitalier de territoire et le concept de représentation.....</b>	<b>16</b>
1.5.1 Qu'entend-on par parties prenantes ?.....	16
1.5.2 Le concept de représentation.....	18
<b>1.6 Le directeur des soins face au défi et à l'accompagnement du changement.....</b>	<b>19</b>
1.6.1 Quel management pour relever le défi ?.....	19
1.6.2 Accompagner le changement dans un contexte mouvant.....	20
<b>2 L'enquête exploratoire et le point de vue des parties prenantes au GHT .....</b>	<b>21</b>
<b>2.1 Méthodologie de l'enquête qualitative .....</b>	<b>22</b>
<b>2.2 L'entretien semi directif, mode d'investigation retenu .....</b>	<b>22</b>
<b>2.3 Les terrains étudiés et la population enquêtée : les parties prenantes au GHT .....</b>	<b>23</b>
2.3.1 Les terrains étudiés .....	23
2.3.2 La population enquêtée .....	24

<b>2.4</b>	<b>Les difficultés rencontrées et les limites de l'enquête</b> .....	<b>24</b>
<b>2.5</b>	<b>Présentation et analyse des données recueillies</b> .....	<b>25</b>
2.5.1	Premiers éléments d'analyse : constats et découvertes .....	26
2.5.2	Extraits des entretiens réalisés et propos des parties prenantes interrogées .....	27
2.5.3	Analyse en lien avec l'hypothèse 1 : « l'universitarisation est un facteur de changement » .....	28
2.5.4	Analyse en lien avec l'hypothèse 2 : « la bonne connaissance des représentations des parties prenantes sur la territorialité est un levier fort de la gouvernance que peut proposer le DS CGIF » .....	35
2.5.5	Analyse en lien avec l'hypothèse 3 : « la gouvernance par le DS CGIF implique un travail collectif, entre les parties prenantes, de construction de représentations partagées sur la territorialité » .....	40
2.5.6	Synthèse des entretiens et émergence de quelques préconisations .....	43
<b>3</b>	<b>Préconisations et éléments de transférabilité</b> .....	<b>45</b>
<b>3.1</b>	<b>Axe 1 : Co-construire et rendre lisible la stratégie territoriale</b> .....	<b>45</b>
3.1.1	Affirmer le positionnement des instituts sur le territoire (niveau stratégique) .....	45
3.1.2	Utiliser l'universitarisation comme un élément fédérateur structurant de la politique territoriale de formation (niveau stratégique) .....	46
3.1.3	Préparer les professionnels aux nouveaux métiers et aux compétences attendues, anticiper l'employabilité de demain (niveau managérial) .....	47
3.1.4	Mutualiser les ressources et les moyens (niveau managérial) .....	48
3.1.5	Prendre en compte les représentations et favoriser la dynamique d'équipe en développant l'inter professionnalité (niveau opérationnel) .....	49
3.1.6	Identifier une porte d'entrée pour un projet fédérateur : le projet pédagogique partagé de territoire ? (niveau opérationnel) .....	50
<b>3.2</b>	<b>Axe 2 : Adopter un mode de management fondé sur l'analyse du contexte et sur l'explicitation du sens à donner au changement</b> .....	<b>51</b>
3.2.1	Déterminer les enjeux du contexte afin de construire la gouvernance territoriale adaptée aux caractéristiques du GHT (niveau stratégique) .....	51
3.2.2	Donner du sens afin de créer la dynamique collective et d'impliquer l'ensemble des parties prenantes de la formation (niveau managérial) .....	52
3.2.3	Communiquer : un levier pour fédérer les acteurs (niveau opérationnel) .....	53
3.2.4	Conduire et suivre les projets engagés, inciter les formateurs à piloter en autonomie en groupes restreints certains axes de projets tout en favorisant l'innovation et la créativité des équipes (niveau opérationnel) .....	54

<b>Conclusion .....</b>	<b>55</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>57</b>
<b>Liste des annexes .....</b>	<b>I</b>



---

## Liste des sigles utilisés

---

AERES : Agence d'Evaluation de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur  
ANdEP : Association Nationale des Directeurs d'Ecole Paramédicale  
ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation  
ARS : Agence Régionale de Santé  
CGS : Coordonnateur Général des Soins  
CGIF : Coordonnateur Général des Instituts de Formation  
CH : Centre Hospitalier  
CHU : Centre Hospitalier Universitaire  
CODIR : Comité de Direction  
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens  
CR : Conseil Régional  
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins  
DIM : Département d'Information Médicale  
DPC : Développement Professionnel Continu  
DRH : Directeur des Ressources Humaines  
DRJSCS : Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale  
DS : Directeur des soins  
DURR : Département Universitaire de Rééducation et Réadaptation  
DUSI : Département Universitaire des Sciences Infirmières  
EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique  
FC : Formation Continue  
FIR : Fonds d'Intervention Régional  
GCS : Groupement de Coopération Sanitaire  
GHT : Groupement Hospitalier de Territoire  
GIP : Groupement d'Intérêt Public  
HCERES : Haut Comité d'Evaluation de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur  
IF : Instituts de Formations  
IFAS : Institut de Formation des Aides Soignants  
IFE : Institut de Formation en Ergothérapie  
IFMEM : Institut de Formation des Manipulateurs en Electroradiologie Médicale  
IFMK : Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie  
IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers  
IGAENR : Inspection Générale de l'Administration de l'Education Nationale et de la Recherche

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

LMD : Licence-Master-Doctorat

MCU-PH : Maître de Conférence des Universités – Praticien Hospitalier

PMP : Projet Médical Partagé

PPP : Projet Pédagogique Partagé

PRS : Projet Régional de Santé

PSP : Projet de Soins Partagé

SIH : Système d'Information Hospitalier

UFR : Unité de Formation et de Recherche

## Introduction

### **De la recherche du sujet au sujet de la recherche : la justification du thème choisi et les constats de départ**

L'environnement sanitaire est en mutation, la mise en œuvre des groupements hospitaliers de territoire (GHT) réinterroge non seulement les organisations des établissements mais également celles des instituts de formation. L'établissement support assure, pour le compte des établissements parties « *la coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale du groupement et des plans de formation continue et de développement professionnel des personnels des établissements du groupement* »<sup>1</sup>. Ainsi, la coordination de la fonction formation comprend deux volets : la formation initiale (écoles et instituts de formation paramédicale) et la formation continue (plan de formation et de développement professionnel continu).

L'existence de collaborations anciennes entre établissements avant la mise en place des GHT sur le territoire, l'existence de « *cultures* » différentes entre hôpitaux proches font parfois percevoir les GHT comme une fusion d'établissements et font ressurgir des craintes et des menaces en lien avec un contexte historique délétère, voire de « *con-fusion* »<sup>2</sup>. Ce ressenti par les acteurs a, par exemple, généré (et génère encore) des inquiétudes et des freins lors de la volonté émise de construire un Projet Pédagogique Partagé (PPP) des instituts de formation sur un territoire.

Avec la désignation de la référence territoriale des formations, de nouvelles missions en terme de gouvernance sont induites (même si l'on constate encore la persistance de schémas anciens tels que l'existence d'un directeur des soins pour un institut) et le fonctionnement des instituts de formation, que la mise en œuvre des GHT bouscule est remis en cause. Les missions du directeur des soins en charge des instituts sont réinterrogées, élargies en lien avec la territorialisation : le DS n'est plus seulement en responsabilité de filières, il se positionne en pilote et en coordination générale des formations. On assiste à une évolution vers des coordinations pédagogiques de filières assurées par des cadres ou des cadres supérieurs de santé, responsables pédagogiques. Par ailleurs, en regard des préconisations émises dans le rapport Le Boulter<sup>3</sup>, les liens avec l'université se modifient et se renforcent. Pour accompagner le changement et atteindre les objectifs de projets d'envergure territoriale, le directeur des soins doit

---

<sup>1</sup> MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES. Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Journal officiel n°0022 du 27 janvier 2016, article 107, 41-44

<sup>2</sup> TANGUY H., GEY M., DE LARD-HUCHET B., janvier 2017, « Et maintenant, comment sortir de la (con)fusion ? », *Gestions Hospitalières*, n° 562, pp. 14-17

<sup>3</sup> LE BOULTER S., 2018, *Mission Universitarisation des formations paramédicales et de maïeutique : bilan intermédiaire de la concertation et propositions d'orientation*, rapport à Madame la Ministre des Solidarités et de la Santé et à Madame la Ministre de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation

permettre l'expression préalable des représentations de ses collaborateurs, être dans l'écoute active des attentes, mais également des inquiétudes et des craintes afin de pouvoir adapter son management.

**Notre cadre de référence** est constitué de deux terrains d'observation : un campus de formation des métiers de la santé composé de 5 filières accueillant 650 étudiants, non adossé à l'établissement support (cadre de mon exercice professionnel antérieur), et un institut de formation inter hospitalier constitué en Groupement d'Intérêt Public (GIP), regroupant 7 filières et formant 900 à 1000 étudiants (cadre du premier stage d'élève directeur des soins).

Durant cette première immersion professionnelle, nous avons pu confronter ces deux organisations de formation implantées sur des territoires différents au sein d'une même région. Ainsi, nous avons eu l'opportunité d'étudier les avantages et les inconvénients d'un GIP qui revêt un caractère unique au niveau départemental sur le plan organisationnel, sur le plan de la gouvernance ainsi que sur les projets et les mutualisations existantes et envisagées à l'échelon territorial.

La coordination de la formation initiale sur un territoire s'inscrit dans une logique de décloisonnement et de coopération entre les instituts. Les enjeux de cette coordination sont de trois ordres :

- Un enjeu stratégique : construire un dispositif de formation sur le territoire en cohérence avec l'évolution de l'organisation du système de santé, des modes d'exercice professionnels et des besoins de santé de la population,
- Un enjeu pédagogique : élaborer un dispositif de formation de territoire qui articule les compétences et les ressources pédagogiques existantes au sein des instituts (partage et harmonisation des pratiques : innovations pédagogiques, politique de stage, démarche qualité, recherche et évaluation),
- Un enjeu managérial : créer un comité de coordination de la formation initiale dans un cadre juridique clairement défini.

Le GHT offre l'opportunité de développer des coopérations entre les acteurs des établissements du groupement et ceux des établissements associés au territoire autour de la formation clinique des étudiants afin de :

- Améliorer la qualité de la professionnalisation des étudiants et des élèves,
- Garantir l'équité entre les élèves/étudiants par l'optimisation du potentiel de stages, par le développement de la recherche ou par la mutualisation de méthodes et moyens pédagogiques<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> THUEZ L., LOMBARDO P., TRIGANCE J., CORDEAU J-C., décembre 2017, « La mutualisation des moyens pédagogiques », *Gestions Hospitalières*, n°571, pp. 629-631

L'expression de ces enjeux et de cette volonté de décroisement entre établissements de soins et instituts<sup>5</sup> est souvent retrouvée dans les projets de soins des hôpitaux parties au groupement ainsi que dans les projets de soins partagés (PSP) de territoire.

Durant cette première immersion professionnelle, nous avons constaté par le biais d'observations, d'entretiens formalisés ou de réunions et rencontres informelles, des discours convergent mais également des dissonances en lien avec des niveaux d'information et de communication inégaux et des représentations différentes du GHT. Les questionnements portaient sur les bénéfices pour les acteurs et pour les apprenants, sur le devenir des cadres formateurs en instituts au regard de la mise en œuvre des groupements et en lien avec une inquiétude majorée par l'universitarisation en marche, sur le sens de cette réforme.

Par ailleurs, durant les stages de cette année de formation à l'EHESP, l'observation et l'étude des caractéristiques des profils des directeurs des soins, de leur perception de l'évolution de leur métier, de leur conception des GHT (coopérations développées, place de l'apprenant et de l'utilisateur), du processus d'universitarisation et des défis à relever nous a incité à nous questionner sur les représentations des parties prenantes au GHT sur la gouvernance et sur le management du pilote de projet d'envergure territoriale qu'est le directeur des soins en charge de la coordination de la formation initiale sur un territoire.

### **Du questionnement à l'émission d'hypothèses**

Au regard de l'ensemble de ces premières réflexions, la question centrale est posée dans les termes suivants :

**« Dans un contexte innovant pour les instituts de formation de regroupement et de mutualisation, en quoi les représentations des parties prenantes au GHT ont-elles un impact sur la gouvernance territoriale assurée par le directeur des soins, coordonnateur des instituts de formations paramédicales ? »**

De cette question centrale, nous émettons les hypothèses de travail suivantes qui vont orienter notre réflexion :

- 1) **« l'universitarisation est un facteur de changement »,**
- 2) **« la bonne connaissance des représentations des parties prenantes sur la territorialité est un levier fort de la gouvernance que peut proposer le directeur des soins, coordonnateurs des instituts de formation »,**
- 3) **« la gouvernance par le Directeur des soins, Coordonnateur Général des Instituts de Formation (DS-CGIF) implique un travail collectif, entre les**

---

<sup>5</sup> BUBIEN Y., BOURREL P., août 2014, « Hôpital-Ecole, une alliance entre instituts de formation et unités de soins », *Soins Cadres*, n°91, pp. 21-24

***parties prenantes au GHT, de construction de représentations partagées sur la territorialité »***

Afin de mener cette étude, nous réaliserons dans un premier temps une approche conceptuelle et contextuelle centrée sur les groupements hospitaliers de territoire, le processus d'universitarisation, la gouvernance des instituts de formation, les parties prenantes au GHT et leurs représentations (1). Puis nous présenterons, dans le cadre de l'enquête exploratoire, le point de vue des parties prenantes au GHT et les premiers éléments d'analyse issus des entretiens semi directifs réalisés (2). Enfin dans une troisième partie, nous proposerons, en écho à la question centrale de notre travail, des axes de réponses et quelques préconisations (3) en regard des hypothèses exprimées.

# **1 Les groupements hospitaliers de territoire, l'universitarisation, la gouvernance des instituts de formation et les parties prenantes : approche conceptuelle et contextuelle**

Aborder le thème choisi impose des concepts maîtrisés et des connaissances actualisées tant sur le plan législatif et réglementaire, la réorganisation territoriale de notre système de santé, la mutation en marche des modèles de formation et de l'universitarisation, la place centrale des partenaires, des usagers mais également des parties prenantes qui peuvent impacter les choix du directeur des soins dans la gouvernance territoriale qu'il assure.

## **1.1 Les groupements hospitaliers de territoire**

Depuis une trentaine d'années, les établissements de santé ont connu des évolutions non seulement techniques, économiques, organisationnelles, sociologiques, mais également des réformes hospitalières impactant leur fonctionnement et transformant leur environnement. En 2016, la loi de modernisation de notre système de santé<sup>6</sup> crée les groupements hospitaliers de territoire en remplacement des communautés hospitalières de territoire mises en place en 2009<sup>7</sup>.

### **1.1.1 La loi de modernisation de notre système de santé**

L'article 107 de cette nouvelle loi pour les établissements de santé crée les groupements hospitaliers de territoire (GHT) qui s'appuie sur une convention constitutive et sur un projet médical partagé ayant pour objectif de garantir une offre de proximité et l'accès à une offre de référence et de recours pour les usagers. L'établissement support est désigné par cette convention afin d'assurer pour les établissements parties au groupement les fonctions suivantes : le système d'information hospitalier (SIH), l'information médicale de territoire (DIM), la fonction achats, la coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale ainsi que les plans de formation continue (FC) et de développement professionnel continu (DPC) des professionnels. Cette réforme vise un double objectif : permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient et assurer la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de certaines fonctions ou par des transferts d'activité entre établissements.

Un des objectifs de la loi de modernisation de notre système de santé est, par la création des GHT, de coordonner la prise en charge commune et graduée des patients, formalisée

<sup>6</sup> MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES. Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Journal officiel n°0022 du 27 janvier 2016

<sup>7</sup> MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Loi n°2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et au territoire du 21 juillet 2009. Journal officiel n°0167 du 22 juillet 2009

dans un projet médical (PMP) et un projet de soins partagé (PSP), et ce afin de répondre aux besoins de la population et de réduire les inégalités d'accès aux soins.

L'article 107 de cette loi prévoit que « *l'établissement support désigné par la convention constitutive assure pour le compte des établissements parties au groupement (...) la coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale du groupement et des plans de formation continue et de développement professionnel continue des personnels des établissements parties au groupement* ».

Le décret du 27 avril 2016 relatif aux GHT<sup>8</sup> précise que « *la convention constitutive prévoit les modalités retenues pour assurer la coordination des instituts et écoles de formation paramédicale, notamment en matière de gouvernance des instituts et des écoles, de mutualisation des projets pédagogiques, de mise en commun de ressources pédagogiques et de locaux, de politique de stages* ».

### **1.1.2 L'inscription des instituts de formation initiale dans le territoire : un contexte innovant et une hétérogénéité territoriale**

Les GHT sont constitués depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2016 et si la réflexion porte principalement sur le projet médical partagé, la convention constitutive mentionne peu les modalités de coordination des instituts. Cependant les enjeux pour les instituts sont bien ceux de leur coordination et de la mutualisation de leurs ressources afin de proposer une offre de formation de qualité qui prenne en compte les spécificités territoriales, en articulation avec le projet médical partagé et le projet de soins partagé (ou le projet médico soignant de territoire).

Envisager ces mutualisations entre instituts rattachés aux établissements d'un même groupement impose de se réaliser dans le respect de partenariats et de coopérations existants dans un esprit d'ouverture et non de repli autarcique. L'esprit de la loi constitue l'opportunité de s'interroger sur l'offre de formation du territoire, de la dynamiser, de l'optimiser au bénéfice de l'ensemble des étudiants, élèves des instituts et des écoles mais également au bénéfice des professionnels des établissements constituant le groupement. Pour les instituts de formation paramédicale, la formalisation d'un projet pédagogique partagé (PPP) est l'occasion de renforcer également les compétences des formateurs au service des apprenants.

Cependant, nous constatons que d'une part, l'implantation des instituts et des écoles de formation est inégale selon les territoires avec des partenariats qui peuvent être parfois différents au sein d'un même GHT et que, d'autre part et depuis la réingénierie de 2009, des disparités apparaissent avec des dynamiques différentes dans le « couple » instituts-université. Ces constats complexifient la réflexion engagée avec la mise en œuvre des

---

<sup>8</sup> MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Décret n°2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire (articles R.6132-17 et 18 du Code de la santé publique). Journal officiel n°0101 du 29 avril 2016, texte n°24

GHT, questionnent les partenariats universitaires existants et impactent la mise en œuvre de la gouvernance et de la coordination<sup>9</sup>.

Un travail piloté en 2016 par la DGOS a permis de traduire les données règlementaires et de centrer la réflexion sur des éléments communs à la recherche d'une efficience organisationnelle. Cette réflexion s'est portée sur l'utilisation de locaux et de moyens pédagogiques (laboratoire de simulation par exemple), l'élaboration d'une démarche qualité, d'une politique de stage et de recherche, d'un projet pédagogique de territoire. Cette réflexion a ensuite conduit les acteurs à s'interroger sur la nécessaire évolution de la gouvernance des instituts de formation rattachés aux établissements membres du GHT. Cette « *nouvelle gouvernance* » est en charge de la politique commune de territoire, en témoigne l'intégration, dans certains GHT, des directeurs des soins en charge de la coordination des instituts dans les comités stratégiques, montrant ainsi la volonté d'englober les formations dans la logique de territoire.

Néanmoins, la logique de territoire doit tenir compte de l'universitarisation en marche. Les Agences (ARS) sont conscientes que la coordination des instituts confiée à l'établissement support pose la question de son articulation avec les universités dont la place pourrait devenir plus importante conformément à la mesure 13 de la Grande Conférence de santé<sup>10</sup>.

## 1.2 L'universitarisation

### 1.2.1 L'universitarisation : un processus en construction

Néologisme apparu dans les années 2000, le terme « *universitarisation* » est composé de « *université* » et du suffixe « *sation* »<sup>11</sup>. Etymologiquement, le terme « *université* » vient du latin *universitas* signifiant acte de connaître, mais également corps, corporation, collège, association, et de *universitatis* désignant un ensemble, une totalité, et par extension l'acte de connaître dans une perspective d'universalité.

Selon BOURDONCLE<sup>12</sup>, l'universitarisation a pour objet de donner un caractère universitaire à une formation ou à faire suivre une formation supérieure universitaire à quelqu'un. Il s'agit d'un mouvement, d'un processus qui tend à étendre la sphère d'action et l'influence de l'université. Ainsi, ce qui serait intégré à l'Université serait donc universitarisé de fait et bénéficierait d'un label universitaire.

---

<sup>9</sup> AGENCE REGIONALE DE SANTE, 2017, *Guide pour la coordination des instituts et écoles de formation paramédicale des groupements hospitaliers de territoire en Ile-de-France*

<sup>10</sup> MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, 2016, Grande conférence de la santé : *Accompagner le progrès en santé : nouveaux enjeux professionnels*, mesure 13 : « *Confier, à moyen terme, aux universités l'encadrement pédagogique des formations paramédicales* »,

<sup>11</sup> BOISSART M., 2017, *La formation infirmière à l'ère de l'universitarisation*, Noisy-le-Grand : SETES Editions, 376 p.

<sup>12</sup> BOURDONCLE R., 2007, *Autour du mot universitarisation*, (en ligne), in *Recherche et formation*, n°54, (visité le 20.07.2018), disponible sur internet : <https://journals.openedition.org/rechercheformation/945>, 135-149

La formation des professionnels de santé s'inscrit depuis plusieurs années dans le champ de réformes successives. Si avant 1980, la collaboration entre milieux professionnels et milieux académiques n'était pas envisagée, elle le devient pour la formation en soins infirmiers avec l'arrêté du 31 juillet 2009<sup>13</sup> qui instaure un diplôme reconnu au niveau européen grâce au dispositif associant un parcours universitaire à une trajectoire professionnelle. En effet, les accords de Bologne de 1999 visant à l'harmonisation du système Licence-Master-Doctorat (LMD) imposent l'intégration à un processus européen permettant depuis juillet 2012 aux jeunes infirmiers la reconnaissance à un niveau bac + 3 grâce à l'obtention concomitante d'un Diplôme d'Etat d'infirmier et d'un diplôme universitaire<sup>14</sup> (grade de Licence). Ce processus de Bologne vise également non seulement la mobilité des futurs professionnels mais également l'engagement des établissements d'enseignement supérieur dans une démarche qualité et dans une politique d'évaluation<sup>15</sup> par la création de l'Agence d'Evaluation de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur (AERES) devenue Haut Comité d'Evaluation de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur (HCERES). Si ces évolutions réglementaires questionnent en profondeur la place et le rôle de la formation dans l'acquisition et le développement des compétences des étudiants, elles permettent la création de nouvelles collaborations en rapprochant la culture universitaire de la culture professionnalisante dispensée au sein des instituts de formation paramédicale.

### **1.2.2 Du rapport de l'IGAS-IGAENR à la mission LE BOULER**

Différentes acceptions sont évoquées par les professionnels au terme « *universitarisation* » qui peuvent caractériser leur niveau d'implication en fonction des instituts, écoles et territoires. Comme nous le verrons dans les résultats de l'enquête, les acteurs de la formation emploient plusieurs terminologies : intégration du dispositif LMD à la formation (dimension pédagogique), rapprochement des études paramédicales et des études universitaires (dimension institutionnelle), intégration partielle ou totale des formations paramédicales à l'Université (dimension organique ou intégrative).

Le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) et de l'Inspection Générale de l'Administration de l'Education Nationale et de la Recherche (IGAENR)<sup>16</sup> met en exergue que l'investissement des instituts est supporté de manière hétérogène par les Régions : seul le transfert du financement des dépenses d'équipement (acquisition de

---

<sup>13</sup> MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Arrêté du 31 juillet 2009 relatif aux autorisations des instituts de formation paramédicaux. Bulletin officiel Santé, Protection sociale, Solidarités n° 2009/7 du 15 août 2009

<sup>14</sup> MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE. Décret n°2010-1123 du 23 septembre 2010 relatif à la délivrance du grade de licence aux titulaires de certains titres ou diplômes relevant du livre III de la quatrième partie du Code de la santé publique. Journal officiel n°0224 du 26 septembre 2010

<sup>15</sup> MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE. Loi n°2007-1199 du 10 août 2007 relative aux libertés et responsabilités des Universités. Journal officiel n°0185 du 11 août 2007, dite loi LRU ou loi Pécresse

<sup>16</sup> IGAS IGAENR, 2017, *Pour une meilleure intégration des formations paramédicales à l'université : mise en œuvre des mesures 5, 6 et 13 de la Grande Conférence de Santé*

matériel pédagogique et informatique, de mobiliers, de logiciels permettant le fonctionnement pédagogique des instituts) a été acté et non celles liées à l'investissement immobilier et de mises aux normes (accessibilité et sécurité).

Nous avons eu, durant notre premier stage d'immersion professionnelle, l'opportunité d'assister à une réunion régionale à laquelle était présent Monsieur Stéphane LE BOULER qui était mandaté par la ministre des Solidarités et de la Santé et à la ministre de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation sur la mission de l'universitarisation des formations paramédicales. Juste avant la remise de son rapport aux ministres commanditaires et la communication du dossier de presse<sup>17</sup>, Monsieur LE BOULER faisait état du chemin parcouru dans ce processus de transformation débuté depuis la fin des années 2000. En synthèse de cette mission de concertation, il insiste sur quatre finalités, reprises dans son rapport<sup>18</sup> qui, selon lui, donnent tout son sens au processus d'intégration à l'Université. Il insiste également sur le fait que réaffirmer ces quatre finalités permet d'une part de clarifier ce changement et d'autre part de traiter les inquiétudes et les représentations erronées malgré le large consensus constaté depuis le début de la mission qui lui a été confiée :

- Dépasser la vision traditionnelle de la professionnalité par le décloisonnement et par la pluridisciplinarité : développer la transversalité et les coopérations inter filières,
- Développer de nouveaux champs de recherche mobilisant les compétences des professionnels des filières paramédicales, contribuer à la participation plus étendue de l'ensemble des soignants aux activités de recherche,
- Considérer les étudiants de toutes les filières comme des étudiants de plein droit qui doivent bénéficier non seulement des services de l'enseignement supérieur mais qui doivent également participer à la gouvernance car ils sont intégrés à l'enseignement supérieur et donc concernés par les réformes en cours,
- Améliorer la régulation territoriale des formations entre l'Agence, l'Université et les partenaires hospitaliers : le changement doit être porté par les acteurs du territoire.

En regard des finalités exposées, le rapport LE BOULER émet trois axes de travail (l'organisation de la formation et de la recherche, le parcours étudiants et les enjeux de la gouvernance) et une douzaine de propositions.

---

<sup>17</sup> MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR, DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION, 2018, *Dossier de presse : L'universitarisation des formations en santé*

<sup>18</sup> LE BOULER S., 2018, *Mission Universitarisation des formations paramédicales et de maïeutique : bilan intermédiaire de la concertation et propositions d'orientation*, rapport à Madame la Ministre des Solidarités et de la Santé et à Madame la Ministre de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation

## 1.3 La notion de gouvernance

### 1.3.1 Evolution d'une définition en lien avec le contexte règlementaire

Etymologiquement, le terme de gouvernance est issu du latin « *gubernare* », il est dérivé de « *gouverner* » qui désignait au XV<sup>ème</sup> siècle la charge domestique. Tombé en désuétude parce qu'il était associé à l'Ancien Régime, il réapparaît dans le monde de l'entreprise privée dans les années 1970 pour désigner un mode de gestion des firmes fondé sur l'articulation entre le pouvoir des actionnaires et celui de la direction, posant la question de l'implication des acteurs dans la prise de décision au sein de l'entreprise et de leur mode d'interactions. Dans les années 1980 émerge une conception fonctionnelle de la gouvernance politique avec une vision minimaliste de l'Etat selon laquelle celui-ci doit revenir à son cœur de métier en décentralisant sur d'autres acteurs les fonctions considérées comme non stratégiques. Ce mouvement de transformation s'accroît dans les années 1990 avec une réflexion portant sur le rôle de régulateur de l'Etat.

Aujourd'hui, dans les démocraties libérales, la gouvernance renvoie aux interactions entre l'Etat, le corps politique et la société : elle vise à rendre l'action publique plus efficace, plus proche de l'intérêt général, donc plus légitime, et également à rapprocher la décision du lieu de l'action en s'appuyant sur un principe général de subsidiarité. Ce mode de régulation sociale se décline à tous les niveaux et on parle de gouvernance mondiale, de gouvernance européenne, de gouvernance territoriale, de gouvernance locale, de gouvernance hospitalière... Il n'y a donc pas un modèle unique de gouvernance mais des systèmes de gouvernance, des modes de pilotage et de régulation<sup>19</sup> fondés sur des partenariats ouverts et éclairés entre différents acteurs et parties prenantes. La notion de gouvernance désigne donc un mouvement de « *décentrement* » de la réflexion, de la construction de projet et de la prise de décision. La gouvernance impose donc de repenser l'équilibre et la localisation des pouvoirs, modifiant l'axe vertical de la décision autoritaire pour un axe horizontal favorisant la négociation et la coopération dans le cadre d'un processus d'élaboration collective dans la prise de décision. Selon John PITSEYS, la gouvernance évoque « *une définition plus flexible du pouvoir, reposant sur une plus grande ouverture du processus de décision, de décentralisation, la mise en présence simultanée de plusieurs statuts d'acteurs* »<sup>20</sup>. La notion de nouvelle gouvernance en santé est apparue en 1996 dans le cadre des ordonnances Juppé<sup>21</sup> avec l'avènement des agences régionales de l'hospitalisation (ARH) dont la mission était de réaliser un pilotage décentré des établissements de santé par l'intermédiaire des contrats pluriannuels

<sup>19</sup> LE ROBERT, Dictionnaire étymologique du français, Collection « *Les usuels* », septembre 2002, 243-244

<sup>20</sup> PITSEYS J, 2010, *Le concept de gouvernance*, (en ligne), in Revue interdisciplinaire d'études juridiques 2010/2, volume 65, 207-228, (visité le 20.07.2018), disponible sur internet [www.cairn.info/revue-interdisciplinaire-d-etudes-juridiques-2010-2-page-207](http://www.cairn.info/revue-interdisciplinaire-d-etudes-juridiques-2010-2-page-207)

<sup>21</sup> MINISTERE DE LA FONCTION PUBLIQUE, DE LA REFORME DE L'ETAT ET DE LA DECENTRALISATION. Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Journal officiel n°98 du 25 avril 1996

d'objectifs et de moyens (CPOM). Ce déplacement des pouvoirs et du processus décisionnel a été poursuivi par la simplification du régime juridique des établissements de santé fondement de la nouvelle gouvernance hospitalière suite à l'ordonnance de 2005<sup>22</sup> et par la création des pôles d'activités cliniques issue de la loi HPST de 2009<sup>23</sup> permettant la mise en place de la contractualisation interne (gouvernance par contrat de pôle) et d'une démocratie participative (modification des instances) au sein des établissements de santé au plus près des acteurs du soin.

En créant les GHT, la loi du 26 janvier 2016 impose aux établissements de s'inscrire dans une démarche collaborative, un partage de vision de l'offre de soins et de l'offre de formation sur les territoires qui nécessite une analyse permettant de structurer un projet médico soignant fonctionnant en réseau ou un projet pédagogique partagé. Dans cette logique de coopération, la gouvernance est réinterrogée et dépasse les schémas antérieurs. En effet, depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2016, les établissements ont élaboré la convention constitutive et le projet de territoire partagé redéfinissant ainsi leur modèle de gouvernance.

### **1.3.2 Expression de la gouvernance dans les instances des instituts de formation**

Les instituts de formation ont également vu leur gouvernance évoluer depuis ces dernières années. Ils relèvent de plusieurs compétences : l'Agence Régionale de Santé (ARS), la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS), le Conseil Régional (CR), l'Université et l'établissement de santé support. Nous présenterons dans un premier temps de manière synthétique l'expression de cette gouvernance à un niveau macro pour nous attarder sur les évolutions récentes de gouvernance au niveau méso notamment dans les instituts de formation en soins infirmiers (IFSI).

#### **La gouvernance au niveau macro**

Créées par l'article 118 de la loi HPST, les Agences Régionales de Santé, établissements publics administratifs de l'Etat, sont chargées du pilotage de l'ensemble du système de santé, de la mise en œuvre de la politique de santé en région et de la définition du projet régional de santé (PRS). Dans le champ de la formation des professionnels de santé, elles ont la responsabilité du contrôle et du suivi des programmes, de l'évaluation de la qualité de la formation des établissements de formation agréés<sup>24</sup>. Le directeur général de

---

<sup>22</sup> MINISTERE DES SOLIDARITES, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE. Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime des établissements de santé. Journal officiel n°102 du 3 mai 2005

<sup>23</sup> MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Loi n°2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et au territoire du 21 juillet 2009. Journal officiel n°0167 du 22 juillet 2009

<sup>24</sup> IGAS IGAENR, 2017, *Pour une meilleure intégration des formations paramédicales à l'université : mise en œuvre des mesures 5, 6 et 13 de la Grande Conférence de Santé*, « Repenser la gouvernance des instituts dans le contexte de l'universitarisation et de la mise en place des groupements hospitaliers de territoire », 66-68

l'ARS ou son représentant préside les instances des instituts : conseils pédagogique, technique et discipline.

Mises en place dès 2010<sup>25</sup> dans le cadre de la révision générale des politiques publiques et plus spécifiquement du processus de regroupement des services déconcentrés de l'Etat, les DJRSCS, placées sous l'autorité du Préfet de Région, sont chargées de l'ensemble de la certification des formations paramédicales (et sociales), de la délivrance des diplômes d'Etat.

En 2004<sup>26</sup>, la loi consacre et renforce la compétence de la Région dans le domaine de la santé et notamment en terme de gestion des écoles de formation des professions paramédicales (article 73). Le Conseil Régional est compétent pour l'autorisation des instituts, l'agrément des directeurs et la répartition entre instituts des capacités de formation définies pour chaque région. Outre les compétences régionales relatives à la formation professionnelle continue et à l'apprentissage, une responsabilité spécifique est attribuée aux Régions par la loi du 13 août 2004. Elle concerne l'élaboration et le pilotage du schéma régional des formations sanitaires et sociales<sup>27</sup> (SRFSS), le pilotage d'un appareil de formation et son financement partiel (versement d'une subvention annuel de fonctionnement) pour la formation initiale ainsi que la gestion des aides aux étudiants (bourses). Ce schéma des formations sanitaires et sociales fixe les grandes orientations régionales, comporte un diagnostic et présente les enjeux régionaux ainsi que des préconisations d'adaptation et la feuille de route de la Région et de ses partenaires. Ce schéma est décliné pour sa partie contractuelle avec l'Etat dans un contrat de plan régional de développement de la formation et de l'orientation professionnelle.

Avec la mise place du système LMD, la majorité des formations paramédicales sont inscrites dans l'architecture européenne des études supérieures. Ce dispositif a engendré la mise en place d'une coopération forte entre le Conseil Régional, les instituts de formations réingénérées et l'université qui s'exprime pour les IFSI par la constitution d'un groupement de coopération sanitaire (GCS) dont les modalités sont précisées par le législateur<sup>28</sup>.

Les instituts de formation sont majoritairement dépourvus de personnalité juridique propre et relèvent d'un établissement de santé. Depuis la loi de santé de 2016, la formation est

---

<sup>25</sup> MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Décret n°2009-1540 du 10 décembre 2009 relatif à l'organisation et aux missions des directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale. Journal officiel n°0288 du 12 décembre 2009

<sup>26</sup> MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE, DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE. Loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales (dite loi de décentralisation). Journal officiel n°190 du 17 août 2004

<sup>27</sup> CONSEIL REGIONAL ILE-DE-FRANCE, 2016, *Schéma Régional des Formations Sanitaires et Sociales 2016-2022*

<sup>28</sup> MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS et MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE. Circulaire interministérielle DHOS/RH1/DGESIP n°2009-202 du 9 juillet 2009 relative au conventionnement des instituts de formation en soins infirmiers avec la région dans le cadre de la mise en œuvre du processus Licence-Master-Doctorat. Bulletin officiel Santé, Protection sociale, Solidarités n°2009/8 du 15 septembre 2009

une fonction dévolue à l'établissement support, propriétaire du foncier et des équipements. Si la Région verse la subvention annuelle à l'établissement qui gère les instituts, le suivi des recettes et des dépenses est réalisé dans un budget annexe, le budget C.

### **Expression de la gouvernance des instituts (au niveau méso)**

Par gouvernance, on entend l'ensemble des organes, des instances et des acteurs du pilotage des instituts et écoles de formation paramédicale<sup>29</sup>. L'arrêté du 17 avril 2018 modifiant l'arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux<sup>30</sup> décline, dans le cadre du rapprochement avec l'université, les nouvelles instances de gouvernance en place au sein des instituts autorisés par le président du Conseil Régional. Tel que définie dans l'arrêté du 17 avril 2018 modifiant celui du 21 avril 2007, la gouvernance s'entend comme le fonctionnement interne au regard de la mission de formation des instituts, notamment en termes de relations avec l'organisme gestionnaire, les équipes pédagogiques et les étudiants.

Ainsi, dans chaque institut de formation, sont créées une instance compétente pour les orientations générales de l'institut et trois sections en lieu et place des conseils pédagogique, disciplinaire et de vie étudiante. Il s'agit d'une section compétente pour le traitement pédagogique des situations individuelles des étudiants, une section compétente pour le traitement des situations disciplinaires et une section relative à la vie étudiante. Cette nouvelle gouvernance précise le rôle de coordination et d'information assuré par le directeur de l'institut entre l'instance compétente pour les orientations générales de l'institut présidée par le directeur général de l'ARS et les trois sections. Ces nouvelles dispositions règlementaires mettent en exergue la représentation de l'université et celle des étudiants renforçant la notion de démocratie étudiante.

## **1.4 Les mutations hospitalières en cours dans le champ de la formation : modèle autonome, modèle intégratif ou modèle fédératif ?**

La loi de modernisation de notre système de santé introduit, d'une part, la politique de formation (initiale et continue) à la planification stratégique des activités de l'établissement et devient ainsi un vecteur de leur développement, voire de leur rayonnement, et permet, d'autre part, d'envisager une harmonisation des pratiques par une collaboration qui s'exprime, par exemple, pour les IFSI de manière conventionnelle au sein d'un groupement de coopération sanitaire (GCS). Rattachée à l'établissement support, la

<sup>29</sup> ASSOCIATION NATIONALE POUR LA FORMATION PERMANENTE DU PERSONNEL HOSPITALIER (ANFH), 2017, *Guide : coordination de la formation dans les GHT*, 44 p.

<sup>30</sup> MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE. Arrêté du 17 avril 2018 modifiant l'arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux. Journal officiel n°0092 du 20 avril 2018

formation est impactée par la mise en œuvre des GHT questionnant sur la gouvernance des instituts et des écoles, sur la mutualisation des projets pédagogiques, sur la mise en commun des ressources (pédagogiques et architecturales) et sur la politique de stage. En 2017, l'Association Nationale des Directeurs d'Ecole Paramédicale (ANdEP), s'interrogeant sur le futur métier de directeur, a mené des travaux prospectifs sur les évolutions du champ de la formation paramédicale et sur les scénarii d'organisation des instituts de formation aux métiers de la santé posant le postulat que le modèle GHT tel que constitué aujourd'hui ne donne pas lieu à un scénario spécifique mais donne la perspective de modèles émergents. Dans cette réflexion<sup>31</sup>, l'ANdEP choisit d'investiguer trois modèles d'organisation territoriale des formations en fonction des contextes locaux interrogeant sur le devenir des instituts, leur gouvernance et la fonction directoriale : un modèle autonome, un modèle intégratif ou un modèle fédératif<sup>32</sup>. Nous présenterons succinctement le modèle autonome correspondant à celui d'un groupement d'intérêt public (GIP) peu développé sur le territoire national, pour nous attarder sur les modèles intégratif et fédératif qui questionnent plus particulièrement, comme nous le verrons dans l'enquête exploratoire, les acteurs de la formation paramédicale.

#### **1.4.1 Le modèle autonome**

Dénommé « *macro-institut autonome* », cet institut est doté d'une personnalité morale et dispose d'une autonomie budgétaire et par conséquent d'un budget de fonctionnement unique constitué des financements du Conseil Régional, de la taxe d'apprentissage et des recettes issues des droits d'inscription des formations initiales et continues de ces instituts. Ce macro-institut, non adossé à un établissement support, fonctionne comme un « *département* », constituant une seule et unique entité indépendante, regroupant des instituts d'une même filière ou de différentes filières paramédicales, réunis autour d'une stratégie, formulée en Assemblée Générale ou en Conseil d'Administration (qui assure une gouvernance simplifiée), et d'un projet pédagogique commun. Ce modèle autonome est celui d'un GIP formations offrant les avantages suivants : simplification des circuits budgétaires, transparence financière et lisibilité en termes de responsabilité, le Conseil Régional étant en relation directe avec le directeur porteur de l'agrément. Ce macro-institut, issu du rapprochement puis de la fusion de plusieurs établissements de formation paramédicale, peut s'envisager à une échelle territoriale, départementale voire interdépartementale ou régionale en fonction des filières qui y sont présentes. Ce type d'organisation offre des opportunités en matière de rationalisation, de mutualisation de

---

<sup>31</sup> ASSOCIATION NATIONALE des DIRECTEURS D'ECOLE PARAMEDICALE, 2017, *Les instituts de formation aux métiers de la santé : quels directeurs pour demain ?*, Paris : Opal Editions, 58 p.

<sup>32</sup> CENTRE NATIONAL DE L'EXPERTISE HOSPITALIERE (CNEH), 2016, *La loi de santé, le décret GHT et ses impacts en matière de formation*

ressources et de développement d'activités<sup>33</sup> (recherche paramédicale en lien avec les universités et les laboratoires de recherche, formation continue et émergence des nouveaux métiers, stratégie de rayonnement local et de développement de l'Institut) favorable au maillage territorial. La fonction de ce directeur d'institut est celle d'un manager stratégique, garant des performances économiques.

#### 1.4.2 Le modèle fédératif

Plusieurs niveaux peuvent être décrits dans ce modèle fédératif. Le premier est celui d'une mutualisation de plusieurs instituts adossés aux établissements de santé (plus précisément à l'établissement support) dans une logique de rationalisation, d'optimisation des ressources et permettant des synergies et des économies d'échelle. Pilote et coordonnateur des instituts d'un groupement, le directeur des soins met en œuvre la stratégie et la politique transversales aux différents instituts et assure l'interface entre les établissements de santé (et le GCS pour les IFSI) pour le conventionnement avec l'université et le Conseil Régional pour le financement. Ce modèle de « mutualisation légère »<sup>34</sup> (enseignement, ingénierie pédagogique, ressources matérielles et numériques) est en phase avec l'instauration des GHT permettant de préserver le maillage territorial et les spécificités locales.

A un niveau plus élaboré et abouti de ce modèle fédératif et à la différence de l'existant dans lequel les instituts sont soit intégrés à la sphère hospitalière soit en situation d'indépendance tel un GIP<sup>35</sup>, dans ce modèle novateur, les instituts de formation se rapprochent de l'université. Ils deviennent une composante de celle-ci et, tout en bénéficiant des ressources académiques produites par la faculté, disposent de l'autonomie de décider et de mettre en œuvre leur propre stratégie. Cet « *institut universitaire paramédical* »<sup>36</sup> à l'échelon régional peut être mono-filière avec un nombre important d'étudiants (un institut ou une école universitaire en soins infirmiers) ou multi-filières avec des socles communs d'enseignements (par exemple un institut de la filière « soins » regroupant les métiers d'infirmier, y compris les spécialités, et d'aide-soignant, et un institut de la filière « rééducation » constitué des métiers de masso-kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien, orthophoniste,...). Ce schéma de convergence des filières paramédicales, qui s'inscrit dans l'universitarisation, permet une forte mutualisation avec l'université (intervenants et formateurs, centre de ressources documentaires, laboratoire de recherche) tout en préservant la dimension « *professionnalisante* » des formations et le maintien de la délivrance d'un diplôme universitaire et d'un diplôme d'Etat. Le budget de cet institut universitaire paramédical

<sup>33</sup> ASSOCIATION NATIONALE des DIRECTEURS D'ECOLE PARAMEDICALE, 2012, *Formation aux métiers de la santé : défis et perspectives pour une incontournable évolution*, Paris : VG Editions, 76 p.

<sup>34</sup> Opus cité 33

<sup>35</sup> GALLET B., 2017, *Les coopérations en santé*, Rennes : Presses de l'EHESP, 70-74

<sup>36</sup> ASSOCIATION NATIONALE des DIRECTEURS D'ECOLE PARAMEDICALE, 2017, *Les instituts de formation aux métiers de la santé : quels directeurs pour demain ?*, Paris : Opal Editions, 58 p.

négocié annuellement avec le Conseil Régional est présenté à l'université par le Directeur de cet institut qui siège dans toutes les instances de gouvernance universitaire.

### **1.4.3 Le modèle intégratif**

En lien avec le processus d'universitarisation, ce modèle est celui d'une indépendance totale vis à vis des établissements de santé mais d'une intégration totale des instituts paramédicaux à l'Université, porteur de la personnalité morale, sous la forme de départements regroupés dans un pôle. Ce modèle intégratif validé par le Ministère existe depuis 2 à 3 ans sous la forme d'expérimentations. En témoignent les instituts de formation paramédicale du Campus d'Angers qui sont aujourd'hui intégrés à l'UFR Santé sous la forme d'un Département des sciences infirmières. Ce « pôle universitaire paramédical » serait une des entités de l'Unité de Formation et de Recherche (UFR) « Santé ». Ce pôle paramédical ou de soins infirmiers ou de rééducation se déclinerait en départements correspondants aux différentes disciplines paramédicales<sup>37</sup> cohabitant avec d'autres pôles (médecine, pharmacie, formation continue, recherche) et permettrait de s'inscrire dans une logique de mutualisations des enseignements médicaux et paramédicaux, de pluridisciplinarité et de volonté de collaboration des différents corps de métier au bénéfice du patient (cours mutualisés, mises en situations dans le cadre de l'apprentissage par simulation, analyses de pratiques partagées). Véritable révolution culturelle en matière de fonctionnement et d'identités professionnelles, ce scénario nécessitera un accompagnement au changement notamment dans le champ des ressources humaines en facilitant l'obtention de doctorat et de qualification de maître de conférence pour positionner les cadres de santé formateurs en enseignants-chercheurs, comme préconisé dans la mesure 15 de la grande conférence de la santé<sup>38</sup>. A terme un système équivalent aux professeurs des universités - praticiens hospitaliers (PUPH) serait envisageable pour les enseignants chercheurs paramédicaux.

## **1.5 Les parties prenantes au groupement hospitalier de territoire et le concept de représentation**

### **1.5.1 Qu'entend-on par parties prenantes ?**

A l'origine, une « *partie prenante* » était une personne à qui l'on confiait une somme d'argent ou un bien en attendant de déterminer son propriétaire légitime, ou une tierce personne à qui des parieurs confiaient leur argent en attendant de connaître le gagnant. La théorie des parties prenantes, ou *Stakeholders Theory*, trouve son origine dans les

---

<sup>37</sup> ASSOCIATION NATIONALE des DIRECTEURS D'ECOLE PARAMEDICALE, 2012, *Formation aux métiers de la santé : défis et perspectives pour une incontournable évolution*, Paris : VG Editions, 76 p.

<sup>38</sup> MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, 2016, Grande conférence de la santé : *Accompagner le progrès en santé : nouveaux enjeux professionnels*, « *Concourir à l'émergence d'un corps d'enseignants chercheurs pour les formations paramédicales* »

années 1930 pour se populariser dans les années 80. Le terme de parties prenantes apparaît suite au constat fait par BEARLE et MEANS<sup>39</sup> en 1932 que « *les dirigeants sont confrontés à une pression sociale afin qu'ils reconnaissent leurs responsabilités auprès de tous ceux qui peuvent être affectés par les activités organisationnelles* ». Selon MULLENBACH, il s'agit de modéliser la responsabilité sociétale de l'entreprise et de dépasser les difficultés organisationnelles posées par les modèles de gouvernance classique. En 1984, la définition du terme de parties prenantes est donnée par le Stanford Reserach Institute : un « *stakeholder est une personne ou un groupe de personnes sans le soutien desquels l'entreprise cesserait d'exister* »<sup>40</sup>, des personnes ou des groupes clés indispensables à la pérennité et à la survie de l'entreprise, qui peuvent affecter ou être affectées par la réalisation des objectifs. FREEMAN schématisera ce modèle comme une roue de vélo réunissant les différentes parties prenantes au sein de cercles concentriques autour de l'entreprise et les reliant entre elles par des flèches bi-directionnelles reflétant ainsi la double relation de l'entreprise avec son environnement.

Dans les dernières décennies du XXème siècle, la notion de « *partie prenante* » est centrale dans la littérature managériale et dans le système de démocratie participative. Elle évolue pour désigner une personne, un acteur ou une organisation qui a un intérêt légitime dans un projet ou une entité. Ainsi, les « *parties prenantes* » ne sont pas seulement les membres de l'équipe de direction et les membres siégeant au conseil d'administration ou au conseil de surveillance, mais les financeurs, les employés, les clients, les représentants des tutelles, des collectivités territoriales et des usagers. La théorie des parties prenantes propose une approche participative de la conception de la stratégie en prônant l'intégration de l'ensemble des partenaires à la démarche pour tisser des alliances profitables pour chacune des parties.<sup>41</sup>

Dans la gouvernance des instituts, les « *parties prenantes* », qui ont des intérêts dans son bon fonctionnement et qui contribuent à créer de la valeur et de l'activité, associent les représentants de l'Etat (Agence Régionale de Santé, Conseil Régional), les représentants des instituts de formation (directeur des ressources humaines, directeur des soins en charge de la formation, cadres de santé formateurs et membres des équipes administratives, logistiques et en charge du service de documentation), les représentants de l'établissement support (directeur des soins, cadres de santé), un représentant de l'Université (PU-PH), les représentants des étudiants.

---

<sup>39</sup> MULLENBACH A., 2007, *L'apport de la théorie des parties prenantes à la modélisation de la responsabilité sociétale des entreprises*, (en ligne), in *Revue des Sciences de Gestion*, 2007/1, n°223, 109-120, (visité le 20.07.2018), disponible sur internet <https://www.cairn.info/revue-des-sciences-de-gestion-2007-1-page-109.htm>

<sup>40</sup> Opus cité 39

<sup>41</sup> FERNANDEZ A., 2018, *Les parties prenantes, l'autre stratégie*, (en ligne), (visité le 06.08.2018), disponible sur internet [www.piloter.org/startegie/theorie-parties-prenantes.htm](http://www.piloter.org/startegie/theorie-parties-prenantes.htm)

Ces parties prenantes contribuent à la création des valeurs, assurent le succès et la réussite des instituts, contribuent à la conduite de la gouvernance et à la conception de la stratégie pour répondre à la satisfaction des besoins et des attentes des apprenants.

### 1.5.2 Le concept de représentation

Étymologiquement, la représentation désigne « *l'action de replacer devant les yeux de quelqu'un* », il s'agit de rendre sensible un concept ou un objet absent au moyen d'une image, d'une figure, d'un signe. La représentation est une idée que l'on se fait de quelque chose. En psychologie, la représentation renvoie à la représentation mentale du monde extérieur en associant une perception à une idée, une catégorie de faits, une image mentale, un symbole ou un modèle explicatif.

La notion de représentation sur un plan sociologique apparaît à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle avec DURKHEIM qui, en 1898, distingue les processus physico-chimiques du cerveau, les représentations individuelles et les représentations collectives. Dans un article publié dans la Revue de métaphysique et de morale<sup>42</sup>, il définit les représentations collectives comme « *les croyances et les valeurs communes à tous les membres d'un groupe ou d'une société, intrinsèquement distinctes de l'addition des représentations individuelles* ». La psychologie sociale va conceptualiser la notion de représentation avec MOSCOVICI en 1961 et théoriser ses modalités de construction et de transmission. Pour lui, la représentation sociale « *se caractérise par un processus de construction et de fonctionnement qui se différencie d'autres manières de penser et d'interpréter la réalité quotidienne* »<sup>43</sup>. Dans un groupe social donné, la représentation est basée sur des informations, des opinions, des croyances relatives à l'objet ou au sujet présenté qui vont donner lieu à une ou à des interprétations, fournissant ainsi des données « *prêtes à l'emploi* ». Selon ABRIC<sup>44</sup>, la représentation sociale est « *le produit ou le processus d'une activité mentale par laquelle un individu ou un groupe reconstitue le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification spécifique* ». La représentation collective est donc un système d'interprétation qui intègre notre appartenance sociale, notre vécu expérientiel et nos schémas culturels, qui régit notre relation aux autres et à notre environnement et qui oriente notre conduite et notre mode de communication.

Travailler sur les représentations, c'est observer comment cet ensemble de valeurs, de normes sociales et de modèles culturels est pensé et vécu par les membres d'un groupe. C'est également étudier comment s'élabore, se structure logiquement, psychologiquement et socialement, la représentation que l'individu ou les membres d'un

---

<sup>42</sup> DANIC I., 2006, *La notion de représentation pour les sociologues*, (en ligne), in RESO-Université de Rennes II, n°25, (visité le 20.07.2018), disponible sur internet [eso.cnrs.fr/fr/publications/eso-travaux-et-documents/n-25-decembre-2006.html](http://eso.cnrs.fr/fr/publications/eso-travaux-et-documents/n-25-decembre-2006.html)

<sup>43</sup> Opus cité 42

<sup>44</sup> HERZLICH C., 1984, *La problématique de la représentation sociale et son utilité dans le champ de la maladie*, (en ligne), in Sciences sociales et santé, volume 2, n°2, pp. 71-84, (visité le 09.08.2018), disponible sur internet <https://www.persee.fr>

groupe se font d'un objet (HERZLICH, 1969)<sup>45</sup>. Travailler sur les représentations, c'est chercher à comprendre ce qui peut les opposer, ou tout au moins les différencier à la réalité, c'est entendre les contradictions ou les écarts, les laisser s'exprimer pour permettre la construction d'un consensus, une recherche de valeurs communes et partagées permettant de relever les défis et d'accompagner le changement.

## **1.6 Le directeur des soins face au défi et à l'accompagnement du changement**

Le métier de directeur des soins en instituts de formation est en évolution : du directeur des soins par filières au directeur des soins, coordonnateur des formations territoriales. Les transformations en cours constituent une opportunité pour le directeur des soins d'être innovant **et** de faire valoir sa vision prospective **et** d'accompagner le changement **et** d'élargir ses compétences à un niveau territorial en lien avec les réflexions portant aujourd'hui sur le nécessaire développement de la pluri professionnalité, la recherche en formation et en pédagogie, l'intégration universitaire. Dans la réflexion sur la mise en œuvre des GHT, le DS doit être force de propositions face à une stratégie d'organisation des formations et face aux défis (universitarisation des formations, nécessaire décloisonnement entre instituts et établissements de santé, innovations territoriales) donner du sens.

### **1.6.1 Quel management pour relever le défi ?**

Le monde hospitalier, y compris celui de la formation dispensée au sein du service public, n'est plus un monde clos, à part et statique : il est en mouvement, il évolue et se refonde relevant les défis du changement dont les causes identifiées sont celles d'une décentralisation, d'une déconcentration, d'une contractualisation et d'une évaluation des organisations et des processus. Ces défis sont d'ordre économiques, financiers, organisationnels, sociétaux comme nous l'avons vu en lien avec un contexte « *novateur* » de groupement, de territorialité, d'évolution numérique et d'intégration universitaire.

Pourquoi parler de défi ? Parce que tout changement dans une organisation modifie l'ordre des choses établies, révèle des fragilités et génère des résistances de la part des acteurs tout en cherchant un nouvel élan<sup>46</sup>. L'hôpital vit depuis des décennies des réformes successives sans avoir eu le temps nécessaire de se les approprier. Aujourd'hui, le monde de la formation des futurs professionnels de santé est inscrit dans cette mouvance à la recherche d'efficience, de mutualisation, de rationalisation. Notre

---

<sup>45</sup> HERZLICH C., 1984, *La problématique de la représentation sociale et son utilité dans le champ de la maladie*, (en ligne), in Sciences sociales et santé, volume 2, n°2, pp. 71-84, (visité le 09.08.2018), disponible sur internet <https://www.persee.fr>

<sup>46</sup> ESPAGNO-ABADI D., PENERANDA A., 2018, *Fonction(s) publique(s) : le défi du changement*, Rennes : Presses de l'EHESP, 191 p.

parcours professionnel dans la fonction d'encadrement nous a souvent montré que la digestion, l'appropriation, l'acculturation de ces réformes hospitalières, de ces évolutions n'est possible que si l'on est en capacité de permettre aux acteurs de donner du sens à ces transformations. Les acteurs du soin et de la formation sont en quête de repères, d'éclairages d'autant que certaines mutations paraissent souvent plus subies que souhaitées. La nécessité d'être constamment en équilibre au sein de son environnement a conduit les établissements publics de santé et amène aujourd'hui les instituts de formation à se modifier, à transformer leurs activités, leur infrastructure, leurs processus voire leur architecture pour répondre aux attentes des politiques publiques et pour s'adapter aux contraintes. Les « dirigeants » de ces organisations mutantes, directeurs et cadres ont pour mission de piloter ce phénomène continu de transformation ce qui sous entend la nécessité de l'avoir identifier, d'être en capacité de l'analyser et de le comprendre pour relever le défi de l'accompagnement managérial. Face au changement, on observe trois attitudes : l'adhésion, l'adaptation et le rejet. Pour relever ce défi, l'implication de tous les acteurs est nécessaire par un management de type participatif qui tient compte des parties prenantes que nous avons identifiées précédemment.

### **1.6.2 Accompagner le changement dans un contexte mouvant**

La mise en œuvre des GHT associe le changement souhaité et le changement dicté par les obligations réglementaires. Ainsi, à l'examen de la loi, la stratégie de groupe (changement souhaité) semble constituer le socle de la construction des groupements hospitaliers de territoire. Cependant des craintes résident pour nombre d'acteurs des établissements parties et s'expriment en termes d'une « *centralisation des activités nobles sur l'établissement support, de restructurations imposées, d'absorption, de vassalisation, de bureaucratisation* »<sup>47</sup> générant des résistances. En effet, la mise en œuvre des GHT touche à la question de l'identité propre des établissements, des instituts et de l'ensemble des parties prenantes au GHT. Pour tenter de réduire ces inquiétudes, de rassurer, il est nécessaire de savoir communiquer, de préciser les avantages, d'énoncer clairement le pilotage, les objectifs et le calendrier mais avant tout de donner du sens à un changement qui s'inscrit dans le temps. Construire de la confiance impose d'associer les acteurs de manière égalitaire dans les instances et dans les groupes de travail, de leur laisser le temps de l'appropriation et donc de faire preuve de patience, de diplomatie mais également de ténacité afin de trouver le point d'équilibre, garant du succès et de l'adhésion de tous à un modèle pertinent qu'il soit collaboratif ou intégratif, « *respectant les cultures et historiques locaux* »<sup>48</sup>.

---

<sup>47</sup> SCHMIDT T., MISSE C., LUSSIEZ C., CALMES G., janvier 2017, « Conduite du changement et pilotage de l'innovation : l'exemple du GHT Ile-de-France Sud », *Gestions Hospitalières*, n°562, pp. 28-31

<sup>48</sup> « DEWITTE J-P., DELAS A., DICHAMP I., mai 2017, « La mise en place des GHT : où en est-on ? », *Gestions Hospitalières*, n° 566, pp. 287-291

## **2 L'enquête exploratoire et le point de vue des parties prenantes au GHT**

Nous avons présenté en première partie le cadre conceptuel en lien avec la thématique choisie qui nous a permis d'enrichir notre réflexion. Dans cette deuxième partie, nous allons préciser la méthodologie utilisée. Les résultats de l'enquête exploratoire nous permettront dans un troisième temps de proposer des préconisations et des perspectives professionnelles transférables dans notre futur exercice de directeur des soins en instituts de formation paramédicale qui s'inscrit dans un contexte en forte mutation.

Tout d'abord, il est nécessaire de préciser que notre questionnement trouve son origine dans notre exercice antérieur de coordonnateur pédagogique et d'adjoint à la direction d'instituts. Ce questionnement s'est poursuivi dans le cadre de la formation à l'EHESP et notamment dans les deux premiers stages qui ont permis de procéder à des observations et de réaliser les premiers entretiens. Sur chaque site, nous avons eu la possibilité de rencontrer les DS coordonnant les activités de soins, les DS en charge des instituts de formation (de l'établissement support ou des établissements parties au groupement) ainsi que leurs collaborateurs directs (CSS et CDS du soin ou de la formation initiale). Durant ces observations, durant ces rencontres formelles ou informelles, les problématiques de la mise en œuvre des GHT, de l'intégration universitaire, de l'accompagnement au changement ont été largement abordées, ce qui a confirmé l'intérêt que nous portions au sujet et ce qui nous a permis d'approfondir nos connaissances par la revue de littérature, préalable à la formulation d'une question de départ et à l'émission d'hypothèses.

Nos objectifs sont donc de :

- Vérifier que le groupement hospitalier de territoire et l'universitarisation contribuent à la création d'un contexte innovant,
- Identifier les représentations professionnelles des parties prenantes que nous avons définies en regard de la mise en œuvre des GHT et de la gouvernance des instituts (croyances, valeurs, connaissances, attitude),
- Déterminer en quoi la connaissance des représentations influence la gouvernance territoriale que peut proposer le directeur des soins (DS), coordonnateur général des instituts de formation (CGIF),
- Connaître l'influence de ces représentations sur l'engagement des acteurs et sur le mode de gouvernance exercée par le directeur des soins en charge de la coordination et de la construction territoriale des formations paramédicales,
- Réfléchir et émettre des préconisations concrètes permettant de lever ou tout au moins d'atténuer les freins dans un contexte novateur.

## 2.1 Méthodologie de l'enquête qualitative

Sur les conseils de notre guidant lors des ateliers mémoire au sein de l'EHESP et sur ceux de notre personne ressource, nous avons élaboré un guide d'entretien<sup>49</sup> centré sur les trois grandes questions-hypothèses. La réalisation du **test de ce guide** auprès d'un DS en charge de plusieurs instituts a permis de réajuster, d'amender celui-ci et de rendre intelligible la formulation des questions principales mais également de rectifier ou de compléter les questions de relance.

Le **guide d'entretien** se décompose comme suit :

- 1) Questions relatives à la notion de territorialité : il s'agit d'explorer ce qui, pour les acteurs, compose le contexte innovant actuel,
- 2) Questions centrées sur les représentations des parties prenantes concernant la territorialité et sur la connaissance, la prise en compte de ces représentations par les directeurs des soins en charge des instituts de formation paramédicale,
- 3) Questions axées sur la gouvernance, sur les moyens utilisés par le DS-CGIF, pour impliquer les parties prenantes et construire des représentations partagées.

## 2.2 L'entretien semi directif, mode d'investigation retenu

Fondé sur l'empathie, l'entretien est utilisé pour recueillir les modes de pensée et percevoir les émotions : l'interviewé donne son point de vue, son analyse de la situation, son ressenti en réponse à un questionnement sur chacune des thématiques formalisées dans le guide d'entretien. Le préalable à l'entretien est l'instauration d'une relation de confiance qui se caractérise par une écoute active, par l'intérêt porté à notre interlocuteur afin de permettre la libération de la parole et le développement du discours en profondeur. Le début de ce travail s'est déroulé dès la première immersion professionnelle et s'est poursuivi jusqu'au milieu du troisième trimestre de la formation, permettant l'investigation dans trois régions différentes et dans des structures de formations indépendantes, adossées ou parties à un groupement hospitalier de territoire.

Les entretiens ont été réalisés après prise de rendez-vous soit par contact téléphonique, soit par courrier électronique, soit après entrevue directe avec un acteur concerné. Dès ce premier contact, la durée de l'entretien était précisée (45 minutes) afin de respecter les contraintes d'emploi du temps de chaque interviewé. La durée moyenne a cependant été dépassée à trois reprises en regard de l'intérêt déclaré pour le thème abordé. Le choix de la date et de l'heure de l'entretien a été volontairement laissé à la discrétion des interviewés afin de limiter les moments parasites en lien avec leur exercice et permettre la disponibilité nécessaire pour une expression libérée des contingences professionnelles.

---

<sup>49</sup> Annexe 1 : « Guide d'entretien »

Si tous les entretiens ont été majoritairement réalisés en face à face dans un environnement calme et serein, deux d'entre eux ont été perturbés par des appels téléphoniques en lien avec des astreintes directoriales.

Au début de chaque entretien, nous avons sollicité l'autorisation d'enregistrer afin d'être dans une configuration d'écoute active et nous avons pris l'engagement que le secret professionnel et l'anonymat des personnes et des structures investiguées seraient respectés dans la présentation et dans l'analyse des résultats de notre étude. Sur les 15 entretiens réalisés, certains n'ont cependant pas été enregistrés quand ils étaient téléphoniques (2), ou en regard du contexte de la rencontre (1), du souhait émis par l'interlocuteur (1) et/ou de problèmes techniques survenus a posteriori (3). Afin d'interroger les hypothèses, la thématique et les objectifs sont succinctement présentés au début de l'entretien. La mise en confiance se poursuit par une présentation synthétique de notre parcours professionnel, préalable à celle de l'interviewé.

## **2.3 Les terrains étudiés et la population enquêtée : les parties prenantes au GHT**

En lien avec notre question de départ, nous avons décidé d'enquêter au sein de structures de formation paramédicale impliquées dans la dimension territoriale et auprès d'acteurs que nous avons considérés comme parties prenantes.

### **2.3.1 Les terrains étudiés**

Notre intérêt s'est porté sur trois types de structures de formation publique :

- des instituts adossés à l'établissement support (n = 5),
- des instituts parties au groupement (n = 2),
- des instituts indépendants constitués en GIP (n = 1).

L'enquête menée concerne 6 GHT et les 15 interviews ont été réalisés<sup>50</sup> au sein de :

- deux CHU : DS-CGIF (n = 2), DS-CGS (n = 1) et cadre supérieur de santé (CSS) en charge de la politique de stage et du lien instituts - hôpitaux (n = 1),
- cinq CH et CHI : DS-CGIF (n = 3), DS-CGS (n = 1), cadres de santé formateurs (n = 2), un directeur des ressources humaines (DRH) rencontré sur un établissement partie au groupement (n = 1),
- un GIP : DS-CGIF (n = 1), cadre supérieur de santé (CSS) en charge de la coordination de l'IFSI (n = 1), DS-CGS (n = 1)
- une université : MCU-PH (n = 2).

Le choix de cet échantillon est en lien avec trois des modèles d'organisations territoriales présentés dans le cadre théorique de notre mémoire et avec les éléments contextuels que sont les GHT et l'universitarisation des formations paramédicales.

---

<sup>50</sup> Annexe 2 : Tableau récapitulatif des entretiens réalisés

### **2.3.2 La population enquêtée**

Notre panel est construit au regard des critères suivants :

- acteurs identifiés au sein du territoire, ancienneté et fonctions des parties prenantes (directeurs des soins-coordonnateurs des activités de soins, directeurs des soins-coordonnateurs d'instituts de formations, cadres supérieurs de santé et cadres de santé formateurs, directeurs des ressources humaines, maîtres de conférences universitaires et praticiens hospitaliers),
- dimensionnement et spécificités du territoire, convention constitutive de chaque groupement,
- configuration des établissements (instituts de formation paramédicale, CH ou CHI, CHU, GIP, université).

Nous analyserons en quoi les représentations sont différentes selon les lieux dans lesquels les acteurs exercent et en quoi elles peuvent influencer sur la gouvernance des instituts de formation paramédicale au niveau territorial.

## **2.4 Les difficultés rencontrées et les limites de l'enquête**

Nous sommes conscients que notre enquête, impliquant un nombre d'acteurs important dans la réorganisation territoriale, est incomplète et mériterait d'être reprise *a posteriori* et élargie pour une représentativité plus large et une analyse plus fine. Néanmoins, et sans pouvoir légitimer les résultats de notre étude, certains éléments de réponse recueillis (dont les représentations) ont été constatés dans les échanges, les réunions et débats menés lors de la période précédant les conclusions de la mission Le Bouler auxquels nous avons pu assister lors de notre premier stage. Ainsi, en regard de l'actualité très prolifique et évolutive de cette année, certains discours ont été recueillis à un temps donné, ce qui peut constituer un biais à notre étude.

Notre recherche, réalisée dans le temps contraint de l'année d'études à l'EHESP, nous a enrichi tant sur le plan personnel que professionnel en nous questionnant sur notre métier, sur notre positionnement futur, sur notre implication à venir, sur notre « mission d'architecte » dans la construction et dans l'organisation territoriale. Par ailleurs, l'exploration partielle de seulement six territoires de santé ne peut constituer une vision partagée par les parties prenantes des 135 GHT aujourd'hui établis et nous ne prétendons donc pas à une valeur de généralisation des réponses apportées tant aux hypothèses qu'aux orientations et préconisations à venir.

Nous regrettons également de ne pas avoir eu la possibilité de rencontrer un Doyen d'université. Quant aux entretiens avec les 2 MCU-PH, nous avons décidé de les interrompre d'un commun accord au bout de 20 minutes : en effet, l'université ciblée n'est pas partie prenante dans l'évolution de l'environnement et a des représentations et des visions erronées du processus d'universitarisation. Les deux MCU-PH considèrent d'une

part que l'universitarisation, datant de 2009, est aboutie, et d'autre part ignorent les évolutions et les préconisations de la mission Le Bouler.

Néanmoins, ce travail nous aura permis d'utiliser un prisme différent pour explorer et questionner les différentes approches qui contribuent à notre professionnalisation. Cette démarche de recherche pourrait être reprise ultérieurement, après stabilisation de la construction territoriale et de l'universitarisation, et menée plus largement dans une approche pluridisciplinaire en inter filières, à l'image de la construction actuelle de certains groupements de formations.

Le tableau ci-dessous reprend de manière synthétique les terrains (établissements, classe et type, support ou partie au GHT), les interviewés (fonction et ancienneté), les entretiens réalisés (date, numéro de l'entretien, enregistrement O/N et durée).

	ETABLISSEMENTS		GHT		INTERVIEWES		ENTRETIENS	
	Classe	Type	Etablissement support	Etablissement partie au GHT	Fonction	Ancienneté	Date & numéro de l'entretien	Enregistré O/N Durée
1	CH-A	GIP	A		DS-CGIF	3 ans	15 mars	N
2					CSS	1 an	28 février	N
3		CH			DS-CGS	5 ans	13 mars	N
4	CH-B	CHI	B		DS-CGIF	8 ans	30 mai n°1	O 57'22
5					CDS Formateur	13 ans	6 juillet n°4	O 39'04
6					DRH	8 ans	6 juillet n°5	O 42'55
7		CHI			CDS Formateur	10 ans	16 août n°7	O 43'53
8	CH-C	CHU	C		DS-CGS	10 ans	11 juin	N
9					CSS DS	?	31 mai	N
10					DS-CGIF	11 ans	14 juin n°3	O 51'02
11	CH-D	CH	D		DS-CGIF	8 ans	13 juillet n°6	O 51'47
12	CH-E	CH	E		DS-CGIF	3 ans	7 juin n°2	O 38'37
13	CH-F	CHU	F		DS-CGIF	18 ans	22 août n°8	O 85'32
14	CH-G	U	G		MCU-PH	8 ans	30 août n°9	N - Tél 25'
15					MCU-PH	2 ans	7 sept n°10	N - Tél 20'

## 2.5 Présentation et analyse des données recueillies

Dans cette partie, nous présenterons dans un premier temps les constats et les découvertes issus des entretiens puis dans un deuxième temps, nous analyserons les données recueillies en lien avec les trois hypothèses retenues et les concepts abordés dans le cadre théorique.

### 2.5.1 Premiers éléments d'analyse : constats et découvertes

Nous distinguons, dans cette présentation des premiers éléments, les propos tenus par les directeurs des soins en charge des instituts et les cadres de santé formateurs d'une part, de ceux des directeurs (des soins en charge des activités de soins et des ressources humaines) et des universitaires. Cette distinction appliquée aux notions de territorialité, de gouvernance, d'universitarisation et de représentations des parties prenantes, nous semble pertinente au regard des disparités relatives aux exercices professionnels et aux préoccupations spécifiques et contextuelles des acteurs interrogés.

Unanimement, les acteurs interrogés (DS-CGS, DS-CGIF, CSS, CDS, DRH) s'accordent à dire que les évolutions dans le champ de la santé se sont accélérées depuis deux ans. En témoignent les publications règlementaires, le calendrier de mise en œuvre des groupements hospitaliers et les avancées dans le champ de l'universitarisation. Même si des changements et des avancées dans le champ sanitaire (comprenons ici dans les activités de soins et dans les activités de formation) étaient attendus et souhaités, cette période a néanmoins été vécue comme accélérée, mouvante et génératrice d'incertitudes en lien avec les représentations de chacun.

Un autre point qui nous a conforté dans le choix de cette thématique réside dans l'intérêt exprimé en début d'entretien par certains enquêtés, ce qui a été facilitateur dans le sens où certains propos étaient largement illustrés d'anecdotes enrichissant notre compréhension (DS-CGIF et DS-CGS du **CH-A**, DS-CGIF et CDS du **CH-B**, CSS du **CH-C** et DS-CGIF du **CH-F**).

Avant d'aborder les constats et l'analyse des éléments de l'enquête en lien avec nos hypothèses, nous souhaitons rapporter certains éléments extraits des entretiens et certains points d'étonnement qui nous ont confortés dans le choix de notre thème :

- Concernant les groupements hospitaliers de territoire :
  - Si les directeurs des soins en charge des instituts de formation maîtrisent la définition de la gouvernance interne de leurs instituts, définir la gouvernance de manière générale et notamment la définir dans la nouvelle organisation induite par les GHT est moins aisée (DS-CGIF des **CH-A**, **CH-C**, **CH-D**, **CH-E**),
  - La mise en œuvre des GHT est perçue comme « *trop structurante* », voire « *enfermante* » par les parties prenantes dans le sens où elle éloigne les établissements parties du centre de décision que représente l'établissement support (DS-CGIF des **CH-B**, **CH-D** et **CH-E** + CSS du **CH-A** et du **CH-C** + CDS du **CH-B** + DRH des **CH-B** et **CH-D**),
  - Un décalage entre les IF pilotés par l'établissement support et les IF pilotés par les établissements parties au groupement est mis en exergue par les parties prenantes (DS-CGIF des **CH-A**, **CH-B** et **CH-D** + CSS des **CH-A** et **CH-C** + 2 CDS du **CH-B**),

- Les cadres formateurs sont inégalement impliqués dans la mise en œuvre des GHT selon les DS-CGIF des **CH-A**, **CH-B**, **CH-D** et **CH-E**.
- Les instituts adossés au CHU sont plus concernés par la notion de territorialité que par le groupement hospitalier de territoire (interviewés des **CH-C** et **CH-F**),
- Concernant la territorialité et l'universitarisation :
  - Les notions de territorialité et d'universitarisation sont prégnantes et se télescopent sur le plan de leur mise en œuvre, de la gouvernance, de la place des directeurs des soins et des cadres de santé formateurs dans une organisation universitaire des formations (tous les DS-CGIF, CSS et CDS interviewés des **CH-A à CH-F**),
  - Si la crainte de la délocalisation des formations apparaît en filigrane dans les entretiens, l'impact de l'université est inversement proportionnelle à la distance qui sépare les instituts de leur université de rattachement (DS-CGIF du **CH-E**),
  - La majorité des parties prenantes a une vision péjorative du modèle intégratif qui est assimilé à une phagocytose et synonyme de crainte forte de l'éloignement stratégique (tous les DS-CGIF, CSS et CDS interviewés des **CH-A à CH-E**), ce qui repose la question de la différence de représentations entre parties prenantes et établissements supports, notamment dans les villes universitaires.
- Concernant les représentations des parties prenantes :
  - Les représentations des parties prenantes ne sont pas toujours prises en compte par les directeurs des soins, coordonnateur des instituts (DS-CGIF du **CH-E**),
  - Le modèle managérial du DS-CGIF et sa capacité à communiquer conditionnent l'implication et le dynamisme de ses collaborateurs dans une construction commune (DS-CGIF des **CH-A**, **CH-B** et **CH-D** + CSS du **CH-A** et **CH-C** + CDS du **CH-B** + DS-CGS des **CH-A** et **CH-C**),
  - Le modèle fédératif apparaît comme un modèle dynamique pour le DS-CGIF car il favorise l'adhésion des acteurs aux projets (a contrario le modèle intégratif est un frein à l'adhésion de projets de mutualisation de ressources) (DS-CGIF des **CH-A**, **CH-B**, **CH-D**).

### **2.5.2 Extraits des entretiens réalisés et propos des parties prenantes interrogées**

Pour davantage de lisibilité et une mise en exergue des éléments importants extraits des entretiens, nous avons choisi de présenter quelques verbatim des interviewés de chaque établissement (CH) sous la forme des rubriques thématiques suivantes : « *groupement hospitalier de territoire* », « *universitarisation* », « *gouvernance* », « *représentations des parties prenantes* », « *management du DS-CGIF* ».

### 2.5.3 Analyse en lien avec l'hypothèse 1 : « l'universitarisation est un facteur de changement »

Si initialement, nous pensions que les GHT étaient le centre des préoccupations des professionnels de la formation, nous nous sommes rapidement aperçu que tous les DS-CGIF et les cadres de santé formateurs interrogés ont abordé dans l'entretien la particularité du contexte actuel qui prend en compte non seulement la mise en œuvre des GHT mais également l'universitarisation en ordre de marche.

#### Restitution et discussion concernant les GHT :

Les DS-CGIF ont déclaré unanimement (6 sur 6) que « *la mise en œuvre des groupements peut impacter la cartographie des instituts sur le territoire en regard de la taille modeste de certains d'entre eux* » et que l' « *on évolue vers des instituts de référence et des instituts de formation « antennes » au sein des GHT<sup>51</sup>* » (DS-CGIF du CH-E). Ainsi, hormis la DS-CGIF du CH-C qui estime que « *certaines directeurs des soins, comme moi, n'ont pas su se saisir de l'opportunité offerte par les GHT<sup>52</sup>* », les DS-CGIF, de manière assez unanime, qualifient le GHT comme une « *opportunité* », « *un puissant outil* » (DS-CGIF des CH-B et D) permettant de :

- « *Réfléchir, se questionner sur des valeurs communes, mettre en partage et harmoniser les pratiques* », (DS-CGIF des CH B et D)
- « *Accroître et développer les collaborations* », (DS-CGIF des CH-B, D et E)
- « *Réinterroger les pratiques, les organisations, les interfaces* », (DS-CGIF des CH-B et D)
- « *Mettre en partage des moyens et surtout des compétences au service des apprenants* » (DS-CGIF du CH-B, D et E)
- « *Réaliser des économies d'échelle en regroupant les instituts doublons, (DS-CGIF des CH-B et E) ou un optimisant les ressources humaines et matérielles* », (DS-CGIF de CH-B, C et E)
- « *Décloisonner les unités de soins et les instituts de formation* », (DS-CGIF des CH-B, C et D)
- « *Etablir une équité dans l'accompagnement et dans la formation des étudiants* », (DS-CGIF des CH-B et D)
- « *S'adapter aux besoins de l'établissement et aux besoins du territoire en intégrant le parcours patient dans la formation paramédicale<sup>53</sup>* »,
- « *Faire preuve d'innovation dans le champ de la pédagogie et dans le pilotage de projets d'envergure* », (DS-CGIF du CH-B)
- « *Décloisonner les instituts de formation* », (DS-CGIF du CH-B)

<sup>51</sup> Entretien n°2 réalisé le 7 juin 2018 auprès de la DS-CGIF du CH-E (durée : 38,37 minutes)

<sup>52</sup> Entretien n°3 réalisé le 14 juin 2018 auprès de DS-CGIF du CH-C (durée 51,02 minutes)

<sup>53</sup> Entretien n°1 réalisé le 30 mai 2018 auprès de la DS-CGIF du CH-B (durée : 57,22 minutes)

- « Unifier une politique de formation de territoire », (DS-CGIF des CH-B)
- « Répondre à une recherche de maillage territorial, qui se traduit par des moyens alloués<sup>54</sup> »,
- « Communiquer, de développer mon attractivité, d'informer dans le cadre de la CSIRMT de territoire...ça me sert de tribune pour informer sur l'évolution des formations en lien avec les arrêtés et les référentiels qui évoluent,... sur le service sanitaire par exemple » (DS-CGIF du CH-E).

D'autre part, les 2 cadres de santé formatrices du CH-B (support et partie) s'accordent à dire que dans les GHT, « il y a enrichissement dans le respect des spécificités », car ils permettent de :

- « Potentialiser et d'optimiser les formations » (CDS du CH-B partie)
- « Mettre en commun des forces, des richesses, du savoir-faire et des compétences », (2 CDS du CH-B)
- « Elever le niveau de qualité car on partage avec les autres sur les pratiques », (2 CDS du CH-B)
- « Dynamiser les formateurs car il nous oblige à sortir de notre zone de confort, ça fait bouger les lignes » (CDS du CH-B partie)

Pour l'une des DRH questionnées (DRH du CH-B), le GHT :

- « C'est une opportunité pour installer des parcours d'intégration des étudiants futurs professionnels et pour les fidéliser<sup>55</sup> »,
- « La formation est le levier idéal pour la réalisation des groupements hospitaliers de territoire : les coopérations existantes doivent être pérennisées et développées »,
- « Ne pas rester hospitalocentré est l'enjeu de la territorialité : le territoire tel que défini n'est pas exclusivement en lien avec les parcours patient...l'approche groupe est importante ».

**Les freins énoncés** sont « plus humains qu'organisationnels ou structurels » (CDS du CH-B) et trouvent leur expression dans :

- Le repli autarcique par crainte d'être absorbé, « la non volonté de travailler ensemble » (DS-CGIF des CH-B, D),
- « Il faut dépasser l'intention et œuvrer réellement pour le décroisement<sup>56</sup> »,
- « Le non respect des spécificités, la recherche de substitution », (CDS du CH-B partie au GHT),

<sup>54</sup> Entretien n°8 réalisé le 22 août 2018 auprès de la DS-CGIF du CH-F (durée : 85,32 minutes)

<sup>55</sup> Entretien n°5 réalisé le 6 juillet 2018 auprès de la DRH du CH-B (durée : 42,55 minutes)

<sup>56</sup> Entretien réalisé le 31 mai 2018 auprès du CSS en charge de la coordination des stages du CH-C (non enregistré)

- Le fait que « *les instituts ne constituent pas une priorité pour le chef d'établissement support* » (d'autres fonctions dévolues à l'établissement sont priorisées au détriment de la coordination des instituts), (DS-CGIF du CH-C)
- « *Le poids des politiques* », (DS-CGIF des CH-B et C)
- L'absence de volonté du chef d'établissement ou du DRH en charge de la formation, (DS-CGIF du CH-C)
- « *L'importance du CH et le nombre important de projets de restructuration en lien avec le COPERMO conjuguée avec l'arrivée récente d'une nouvelle équipe de direction ne vont pas améliorer le cloisonnement déjà existant entre les unités de soins et les instituts*<sup>57</sup> » (DS-CGS du CH-C)
- « *La difficulté de trouver sa place*<sup>58</sup> », (DS-CGIF du CH-D)

Pour les 2 cadres formateurs du CH-B interrogés, les freins majeurs résident dans :

- Les « *insuffisances de communication qui font ressentir le GHT comme subi* », (CDS du CH-B partie et DS-CGIF des CH-B et D)
- Les « *insuffisances d'accompagnement et de suivi dans les projets de mutualisations (rapprochement de deux IFAS pour la prochaine rentrée) génératrices d'inquiétudes (projet architectural des instituts non abouti) et de points de crispation* », (2 CDS du CH-B)
- Un « *leadership peu fédérateur, un mode de management trop directif dans la construction du projet pédagogique partagé de territoire* », (2 CDS du CH-B).

**Les leviers exprimés** par les DS-CGIF résident dans la volonté de :

- Dépasser l'intention et d'œuvrer au décloisonnement en intégrant les DS-CGIF dans les comités de direction, (DS-CGIF du CH-C),
- Se questionner sur des valeurs communes, (DS-CGIF des CH-B et D)
- Servir de modèle, d'exemple pour d'autres directions dans un contexte de généralisation des directions communes, (DS-CGIF du CH-D)

Pour les cadres de santé formateurs, « *les freins s'estompent car le travail sur les thématiques du projet pédagogique partagé de territoire est fédérateur*<sup>59</sup> », les leviers sont dans :

- Le respect des spécificités de chacun,
- L'accompagnement des mutations en cours par un management participatif et fédérateur,
- Le savoir communiquer sur les objectifs, sur le suivi des actions,
- La valorisation du travail et des contributions des participants au projet de construction territoriale des formations.

<sup>57</sup> Entretien réalisé le 11 juin 2018 auprès de la DS-CGS du CH-C (non enregistré)

<sup>58</sup> Entretien n°6 réalisé le 13 juillet 2018 auprès de la DS-CGIF du CH-D (durée : 51,47)

<sup>59</sup> Entretiens n°4 réalisé le 6 juillet 2018 auprès d'une CDS du CH-B (partie) (durée : 39,04) et n°7 réalisé le 16 août 2018 auprès d'une CDS du CH-B (support) (durée : 43,53 minutes)

Si des coopérations ou des collaborations entre instituts existaient préalablement à la mise en œuvre des GHT, elles s'inscrivent aujourd'hui, non plus en filigrane pour certains instituts, mais constituent une forte incitation de la part du législateur pour la recherche de mutualisations de moyens, de ressources et de compétences au service d'un territoire. L'esprit de la loi se manifeste non seulement dans ce partage pour les établissements de santé mais également pour les instituts de formations obligeant certains, même minoritaires, à sortir de leur autarcie et à revisiter leurs organisations et leurs pratiques. Nous l'avons vu, certains avis sont parfois divergents du côté des DS-CGIF et des CDS interrogés, mais leurs propos convergent pour affirmer que le GHT est une opportunité et constitue ainsi une innovation dans le champ de la formation. Tout changement, et celui-ci est important pour des instituts qui étaient autrefois adossés à un seul établissement, génère des freins mais également des leviers : certains esprits visionnaires appellent de leurs vœux et souhaitent cette réflexion et ce partage depuis longtemps. Dans les conventions constitutives des établissements inclus dans notre recherche, le paragraphe concernant la coordination des écoles et instituts des GHT est assez laconique, laissant le champ aux acteurs d'en établir les plans et d'en construire les fondations au sein de leur territoire. Ainsi les ARS encouragent les initiatives, les idées telles que les projets de mutualisation : politique de stages territoriale, schéma de gouvernance des instituts, plateforme numérique partagée. Les collaborations et les mutualisations se renforceront et se formaliseront dans le champ de la formation tout en contribuant à décroiser non seulement les instituts et les établissements de santé mais également les instituts entre eux. En cela, le groupement hospitalier de territoire impacte les établissements de santé et les instituts de formation contribuant à créer un contexte innovant.

### **Restitution et discussion concernant l'universitarisation :**

Pour l'ensemble des DS-CGIF, « *l'universitarisation peut modifier à terme le fonctionnement et l'organisation actuelle des instituts* ». Comme nous l'avons exposé dans le cadre théorique, l'universitarisation génère des modifications profondes qui se manifestent d'ores et déjà dans les modalités d'entrée dans certains instituts (IFE, IFMK, IFMEM). Dès la rentrée 2019, les concours d'entrée en IFSI disparaîtront pour une inscription sur « *Parcours Sup* », ce qui suscite quelques interrogations concernant le repérage de profils incompatibles avec l'exercice tel qu'il était décelé auparavant par le biais des entretiens individuels.

De manière assez partagée par les DS-CGIF, les CDS formateurs et la DRH du CH-B<sup>60</sup> des établissements de santé, le modèle fédératif est privilégié au modèle intégratif à l'université : « *le modèle fédératif favorise l'adhésion des acteurs pour ce qui concerne les instituts de formation initiale* » (DS-CGIF des CH-A, D, E). Pour certains, les formations

---

<sup>60</sup> Entretien n°5 réalisé le 6 août 2018 auprès de la DRH du CH-B (durée : 42, 55 minutes)

paramédicales spécialisées (IADE, IBODE, infirmières de puériculture) considérées comme des formations professionnelles, sont davantage éligibles à l'intégration universitaire totale en regard de leur niveau grade master (DS-CGIF des CH-A, C et F), même si parfois CDS et DS de ces instituts intégrant l'université seront soumis aux règles de celle-ci : élection par leurs pairs pour une durée de mandat déterminée dans le temps, modification de leur appartenance et de leur statut (passage de la fonction publique hospitalière à l'enseignement supérieur). Ils pensent que l'université s'intéresse à ces formations spécialisées en regard de leur intérêt porté sur la recherche en soins. L'universitarisation est décrite par les DS-CGIF comme :

- *« une opportunité pour les étudiants et pour la profession dans le sens où elle permettra le développement des sciences paramédicales »*, (CH-B et E)
- *« pour les étudiants, il s'agira d'un progrès, d'une avancée car les formations ne seraient plus en silos mais transversalisées et permettraient d'élever le niveau et de valoriser les professions de santé<sup>61</sup> »*,
- *« l'universitarisation va permettre de modifier les pratiques pédagogiques, de développer le e-learning, les MOOC<sup>62</sup> et permettre d'accéder à des moyens numériques dont ne disposent pas tous les instituts<sup>63</sup> »*,
- *« l'université est un levier pour l'inter professionnalité, sans corporatisme, au service de la qualité des soins et de la collaboration...en ce qui me concerne, je suis favorable à un modèle intégratif<sup>64</sup> »*,
- *« elle va peut-être imposer aux instituts de se recentrer sur le cœur de métier, d'être innovant, d'élever un peu le discours »...« c'est une mutation à prendre en compte dans la gouvernance »*, (CH-B)
- *« l'intégration à l'université, le modèle intégratif, c'est mettre en commun ce qu'il y a de meilleur de chaque côté »... « pour moi qui suis dans l'établissement de référence, j'ai le beau rôle, je suis le chef d'orchestre tout en respectant chacun<sup>65</sup> »*
- *« pour les établissements de référence, l'université n'est pas un danger mais va générer des changements mais pas, comme c'est souvent décrié, de réels dangers immédiats en lien avec l'intégration des formateurs à l'université<sup>66</sup> »*,
- *« ...ne luttons pas contre l'université mais travaillons avec eux...la place est à prendre de manière intelligente et constructive »*, (CH-B et D)

Les cadres de santé interrogés (CSS du CH-A et les CDS du CH-B) ne voient pas de contradictions entre GHT et processus d'universitarisation :

---

<sup>61</sup> Entretien n°6 réalisé le 13 juillet 2018 auprès de la DS-CGIF du CH-D (durée : 51,47)

<sup>62</sup> MOOC pour *Massive Open Online Course* (ou FLOT : Formation en Ligne Ouverte à Tous)

<sup>63</sup> Entretien n°1 réalisé le 6 août 2018 auprès de la DS-CGIF du CH-B (durée : 57,22 minutes)

<sup>64</sup> Entretien n°8 réalisé le 22 août 2018 auprès de la DS-CGIF du CH-F (durée : 85,32 minutes)

<sup>65</sup> Entretien n°2 réalisé le 7 juin 2018 auprès de la DS-CGIF du CH-E (durée : 38,37 minutes)

<sup>66</sup> Entretien n°3 réalisé le 14 juin 2018 auprès de DS-CGIF du CH-C (durée : 51,02 minutes)

- *« Ce sont deux logiques, deux mutations en cours qui ne s'opposent pas et qui ont des gouvernances différentes ».*
- *« Ce qui est innovant aujourd'hui, ce n'est pas uniquement le regroupement de structures et d'acteurs de la formation, c'est surtout la vision que l'on a de la formation des futurs professionnels, les nouvelles méthodes pédagogiques qu'il faut développer, la place que l'on donne aux étudiants qui sont parties prenantes de leur formation<sup>67</sup> »,*
- *« Ce qui pourrait être innovant, c'est que les GHT Formations évoluent en parallèle des établissements de soins...les instituts adapteront et innoveront leurs prestations au regard des évolutions sanitaires telles que la médecine, la e-santé, le virage ambulatoire, les liens ville-hôpital avec les parcours de stages<sup>68</sup> ».*

Les propos ci-dessus sont néanmoins nuancés en lien avec des incertitudes, voire teintés d'inquiétudes, quand les acteurs interviewés reviennent sur les mesures de la Grande Conférence de la santé et sur le rapport Le Boulter :

- *« Je ne sais pas comment cela va évoluer, ça va dépendre si les établissements gestionnaires nous gardent dans leur giron<sup>69</sup> », ...« Modèle fédératif ou modèle intégratif, je n'en sais rien pour l'instant, le chef d'établissement ne s'est pas prononcé sur ce sujet, mais en ce qui me concerne, je ne veux pas être sous la tutelle universitaire (cité deux fois dans l'entretien) : je pense que la profession est en danger dans l'intégration...je suis une hospitalière, attachée à la fonction publique hospitalière...pour moi, ce sera un critère d'exercice »...« Mes craintes face au positionnement de la Région en faveur de l'université et au silence de l'ARS et de l'université relatif à l'intégration programmée des formations spécialisées<sup>70</sup> »,*
- *« Les cadres formateurs expriment leurs inquiétudes sur une possible unification des formations régionales, sur un changement d'organisation et une redistribution des quotas, sur leur place dans les enseignements « cœur de métier », sur leur devenir en lien avec l'universitarisation et leur remplacement à terme par des enseignants-chercheurs », (DS-CGIF du CH-C)*
- *« Actuellement, dans les faits, il n'y a pas d'équilibre entre IFSI et université...si la coopération existe au sein du GCS, on ne connaît pas les contraintes des uns et des autres, on est proche et éloignés à la fois », (CDS du CH-B support)*
- *« Je considère que l'avenir des DS d'instituts est compromis et évoluera peut être vers d'autres missions en intégrant les départements universitaires »...« j'envisage une intégration universitaire partielle des DS dans le champ de la*

<sup>67</sup> Entretien n°4 réalisé le 6 juillet 2018 auprès d'une CDS formatrice du CH-B (partie) (durée : 39,04 minutes)

<sup>68</sup> Entretien n°7 réalisé le 16 août 2018 auprès d'une CDS formatrice du CH-B (établissement support), (durée : 43,53 minutes)

<sup>69</sup> Entretien n°2 réalisé le 7 juin 2018 auprès de la DS-CGIF du CH-E (durée : 38,37 minutes)

<sup>70</sup> Entretien n°3 réalisé le 14 juin 2018 auprès de DS-CGIF du CH-C (durée 51,02 minutes)

*formation continue... à l'image des IUT qui maintiendrait le métier de formateur paramédical...<sup>71</sup>»...« le détachement possible des hôpitaux n'est pas forcément péjoratif, ...mais il faudra faire valoir notre plus-value vis-à-vis des universités dans les enseignements cœur de métier, l'accompagnement pédagogique personnalisé ».*

Si nous pouvons dire que le groupement hospitalier de territoire et l'universitarisation contribuent l'un et l'autre à la création d'un contexte innovant, confirmant notre première hypothèse, nous nous interrogeons sur le sens du terme « innover ».

Innover, est-ce découvrir, inventer, déconstruire pour reconstruire ? Dans la recherche d'une amélioration de la qualité des formations, l'innovation revêt à la fois un caractère attrayant et captivant mais aussi un caractère inquiétant. En effet, ce contexte innovant n'est pas seulement caractérisé par la découverte ou par l'invention de nouveaux schémas ou modèles, il impose une réflexion, une quête de sens. Il répond à une logique économique, à une recherche de performance tout en répondant à des injonctions réglementaires visant à la rationalisation, à la mutualisation de moyens. Mais les trajectoires de ces deux courants novateurs que sont la mise en œuvre des GHT et l'universitarisation ne sont pas linéaires. Ces trajectoires peuvent être, comme nous l'avons vu, infléchies par les parties prenantes porteuses d'intérêts ou de valeurs différentes. Ainsi, ce contexte constitue plutôt un processus d'adaptation dans lequel interviennent les représentations de chacun et les interactions entre les acteurs qui vont contribuer, amender ou rejeter le changement induit. Innover c'est transformer, c'est reconfigurer en quelque sorte l'existant. Traiter de l'innovation, c'est intégrer la question du changement et donc de son accompagnement pour y parvenir.

C'est du côté des cadres formateurs que l'identité professionnelle peut être le plus impactée du fait des enjeux liés à l'universitarisation. En effet, non seulement ils ne pourraient pas se soustraire à terme à une formation universitaire pour légitimer leur fonction au sein de l'université, mais ils devraient peut être également investir un nouvel espace qui ne sera plus celui de leur espace professionnel actuel. Leur rôle (d'accompagnateur et de médiateur), leur fonction (la bi-appartenance), leur statut (fonction publique hospitalière ou enseignement supérieur), leur positionnement s'en trouveront modifiés : ils devront construire en partenariat un dispositif de formation universitarisé permettant d'articuler les savoirs scientifiques et les savoirs empiriques afin de permettre la professionnalisation des étudiants de demain. Quant aux directeurs des soins et dans le champ de la gouvernance des instituts paramédicaux, leur responsabilité reste entière conformément à l'arrêté du 17 avril 2018<sup>72</sup> puisqu'ils « *participent au*

---

<sup>71</sup> Entretien n°6 réalisé le 13 juillet 2018 auprès de la DS-CGIF du CH-D (durée : 51,47)

<sup>72</sup> MINISTRE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE. Arrêté du 17 avril 2018 modifiant l'arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux. Journal officiel n°0092 du 20 avril 2018

département pédagogique universitaire et bénéficient des appuis, des procédures pédagogiques et disciplinaires de l'université<sup>73</sup> ».

## 2.5.4 Analyse en lien avec l'hypothèse 2 : « la bonne connaissance des représentations des parties prenantes sur la territorialité est un levier fort de la gouvernance que peut proposer le DS CGIF »

Avant d'analyser les représentations des personnes interrogées, dans ce contexte innovant de mise en œuvre des GHT et de l'universitarisation, il convient de présenter l'acception qu'elles donnent au terme « partie prenante ». Le tableau ci-dessous identifie de manière synthétique qui est partie prenante selon les interviewés :

	Fonction	Formateurs / collaborateurs	Equipe administrative	CR	ARS	DRJSCS	Membres du CA GIP	DS des IF partenaires	Université	Equipe de direction	Etablissements de santé	Etudiants	TOTAL
CH-A	DS-CGIF	X		X	X	X	X	X	X		X		8
	CSS	X		X	X		X	X	X		X		7
CH-B	DS-CGIF	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	10
	CDS 1	X		X	X			X	X		X	X	7
	CDS 2	X		X	X				X		X	X	6
CH-C	DS-CGIF			X	X				X	X	X		5
	CSS	X		X	X						X		4
CH-D	DS-CGIF	X	X	X	X			X	X	X	X	X	9
CH-E	DS-CGIF	X		X	X			X		X	X		6
CH-F	DS-CGIF	X		X				X	X	X	X	X	7
CH-G	MCU-PH 1	X						X	X		X	X	5
	MCU-PH 2	X						X	X			X	4
TOTAL		11	2	10	9	2	2	9	10	5	11	7	

### Restitution et discussion concernant les parties prenantes :

On peut constater que les réponses apportées sont loin d'être unanimes selon les catégories professionnelles : sur les 10 parties prenantes recensées dans les entretiens, peu d'interviewés sont exhaustifs. En effet, 4 des 6 DS-CGIF en citent entre 7 et 10, et 4 sur 6 des CSS et CDS interrogés en citent entre 4 et 7 :

- Pour les DS-CGIF, viennent en tête le Conseil Régional et les établissements de santé partenaires qu'ils soient support ou partie au groupement (unaniment cités), suivis par l'ARS, les équipes de formateurs et collaborateurs directs, par

<sup>73</sup> Rapport IGAS IGAENR, 2017, *Pour une meilleure intégration des formations paramédicales à l'université : mise en œuvre des mesures 5, 6 et 13 de la Grande Conférence de Santé* IGAS-IGAENR, 72-74

l'Université, les directeurs des soins des instituts de formation partenaires et l'équipe de direction (5 sur 6). Puis viennent dans le classement, par ordre décroissant, les étudiants (cités par la moitié des DS-CGIF) et enfin l'équipe administrative et la DRJSCS (cités 2 fois comme parties prenantes),

- Pour les cadres supérieurs de santé et les cadres de santé formateurs le palmarès des parties prenantes s'établit comme suit : les équipes de cadres formateurs des instituts, les établissements de santé partenaires, le Conseil Régional et l'ARS (cités à l'unanimité comme parties prenantes), puis l'Université et enfin les étudiants et les DS des instituts partenaires.

Au total, le Conseil Régional (CR) en tant qu'actuel financeur, et les établissements de santé (pourvoyeur de ressources), puis les équipes de formateurs / collaborateurs directs, l'ARS et l'Université (volet pédagogie et formation) sont en tête de classement dans les parties prenantes citées, suivies des DS des instituts de formation partenaires. Les équipes de direction (générales et fonctionnelles) ainsi que les étudiants ne sont cités comme parties prenantes que par 5 des 6 DS-CGIF et par les cadres de santé interrogés. Les « oubliés » de ce palmarès sont les équipes administratives et la DRJSCS, ce qui interroge sur la collaboration et le rôle dévolu aux secrétaires des instituts qui apportent pourtant une contribution importante dans le fonctionnement général des instituts sans pour autant être pleinement intégrées et considérées comme des collaborateurs et des parties prenantes. Concernant la DRJSCS, son rôle s'inscrivant dans la certification des formations paramédicales et dans la délivrance des diplômes d'Etat explique peut être qu'elle soit peu citée par les interviewés.

### **Restitution et discussion concernant les représentations des parties prenantes :**

Après leur avoir demandé ce qu'ils entendaient par « parties prenantes », nous avons constaté que lorsque nous posons la question « *Quelles sont les représentations des parties prenantes concernant... ?* », les DS-CGIF répondaient à celle-ci en ne prenant en compte que celles de leurs collègues directeurs d'instituts et partenaires, de leurs collaborateurs directs ou celles des équipes pédagogiques. A l'identique, les cadres de santé interrogés répondent en énonçant et en explicitant leurs propres représentations concernant la mise en œuvre des GHT et le processus d'universitarisation.

Ainsi, les réponses apportées sont celles que l'on retrouve dans un contexte de changement, constituant des freins ou des leviers dans le management de la conduite de projet. Les verbatim les plus significatifs sont les propos exprimés par les DS-CGIF :

- « *mes collègues directrices d'instituts ont des représentations négatives du GHT et manifestent dans les faits des résistances et d'un moindre niveau d'implication dans les groupes de travail d'envergure territoriale...cela se répercute sur leurs*

*équipes pédagogiques même si certaines formatrices sont investies dans les groupes de travail communs<sup>74</sup> »,*

- *la DS-CGS du même établissement interrogée corrobore ces propos et l'explique en nous confiant que : « depuis le début, notre groupement rencontre, dans sa construction et sa mise en œuvre, des difficultés en lien avec la différence de cultures et les rivalités historiques entre nos 3 établissements. Il n'y a pas de représentation positive qui permette aujourd'hui une construction collective et un esprit de groupe<sup>75</sup> »,*
- *« pour le directeur d'instituts et ses cadres formateurs, les freins sont en lien avec la représentation « du gros qui mange le petit », (CH-B et E)*
- *« les cadres formateurs expriment leurs inquiétudes sur une possible unification des formations régionales, sur un changement d'organisation et une redistribution des quotas, sur leur place dans les enseignements « cœur de métier », sur leur devenir en lien avec l'universitarisation et leur remplacement par des enseignants-chercheurs à terme<sup>76</sup> »,*
- *« j'ai entendu la crainte exprimée (par les équipes pédagogiques) d'absorption qui se répercutait sur les étudiants<sup>77</sup> »,*
- *« ils (les cadres formateurs) sont dans leurs missions respectives et n'ont pas, a contrario de leurs collègues des autres instituts du groupement, d'inquiétudes particulières ni de représentations négatives du GHT »...« les représentations des formateurs (des instituts des établissements parties) expriment des inquiétudes liées au regroupement possible des instituts, dans les déplacements qu'ils seraient amenés à faire en cas de mutualisations au vue des distances entre instituts...les formateurs redoutent les mutualisations d'enseignements...ils sont peu au fait des risques de l'universitarisation<sup>78</sup> »,*
- *« les représentations des formateurs sont caricaturales et fantasmées mais l'inquiétude est palpable, ... il y a du non-dit mais ce qu'ils redoutent avec l'universitarisation, c'est d'être contraints de retourner exercer en unités de soins<sup>79</sup> »,*
- *« l'universitarisation est plutôt en avance sur la mise en œuvre de notre GHT et constitue plus une menace pour l'avenir des DS<sup>80</sup> ».*

Les cadres de santé formateurs expriment que :

- *« les représentations de mes collègues sont celles du gros qui avale le petit<sup>81</sup> »...*

---

<sup>74</sup> Entretien réalisé le 15 mars 2018 auprès de la DS-CGIF du CH-A (non enregistré)

<sup>75</sup> Entretien réalisé le 13 mars 2018 auprès de la DS-CGS du CH-A lors du stage n°1 EHESP dans le cadre d'une étude exploratoire sur la mise en œuvre des GHT (non enregistré)

<sup>76</sup> Entretien n°3 réalisé le 14 juin 2018 auprès de DS-CGIF du CH-C (durée 51,02 minutes)

<sup>77</sup> Entretien n°6 réalisé le 13 juillet 2018 auprès de la DS-CGIF du CH-D (durée : 51,47)

<sup>78</sup> Entretien n°2 réalisé le 7 juin 2018 auprès de la DS-CGIF du CH-E (durée : 38,37 minutes)

<sup>79</sup> Entretien n°8 réalisé le 22 août 2018 auprès de la DS-CGIF du CH-F (durée : 85,32 minutes)

<sup>80</sup> Entretien n°3 réalisé le 14 juin 2018 auprès de DS-CGIF du CH-C (durée : 51,02 minutes)

- *« contrairement à certains de mes collègues qui ont déjà vécu une fusion dans laquelle le gros avale le petit, je vois dans le GHT une résolution à la désertification médicale, une réponse à des attendus, à des besoins, à la raréfaction des ressources matérielles et des problèmes non résolus pour les instituts... une mutualisation de compétences, un moyen de rencontres avec d'autres professionnels pour une mise en commun de pratiques au bénéfice des apprenants...le GHT est une opportunité à condition d'être vigilant sur la qualité des prestations rendues<sup>82</sup> ».*

Les directeurs des soins en charge de la coordination des instituts mettent en exergue **certains freins** qui trouvent également leur expression dans d'autres secteurs que celui de la formation dans un contexte politique général de globalisation et de recherche d'efficacité. Nous l'avons vu, les parties prenantes sont porteuses d'intérêts différents : les freins trouvent leur origine dans une différence de culture, parfois dans un corporatisme excessif, dans des perspectives de fonctionnement et de modifications organisationnelles ressenties comme majeures menaçant la zone de confort des parties prenantes. Le risque de perte d'identité est perceptible dans les échanges, l'inquiétude exprimée d'être absorbé ou la crainte d'une fusion peuvent être majorées par une antériorité et l'existence de rivalités historiques entre établissements. La connaissance des représentations des acteurs, la connaissance et l'analyse de l'existant sont des éléments fondamentaux que doit prendre en compte le DS en charge de la coordination des instituts afin d'adapter sa communication et son mode managérial pour envisager de fédérer autour de projets communs.

Pour rapprocher les acteurs et engager une construction commune, les DS-CGIF utilisent **quelques leviers** (leviers également partagés par deux des cadres de santé formateurs) :

- *« J'assure une veille constante et quotidienne, je les (équipes de formateurs) informe régulièrement et elles s'informent aussi de leur côté...elles sont au fait des préconisations de la Grande Conférence de la santé concernant le devenir des enseignants-chercheurs et la volonté affichée que l'université gère à terme les formations paramédicales », (CH-A)*
- *« Je rencontre les cadres formateurs qui composent mon équipe pédagogique et l'équipe administrative en réunion plénière mensuelle pour les informer sur la vie et sur les avancées du groupement, mais je constate de manière récurrente que cela est très loin de leurs préoccupations », (CH-E)*

---

<sup>81</sup> Entretien n°4 réalisé le 6 juillet 2018 auprès d'une CDS formatrice du CH-B (établissement partie au GHT), (durée : 39,04 minutes)

<sup>82</sup> Entretien n° 7 réalisé le 16 août 2018 auprès d'une CDS formatrice du CH-B (établissement support), (durée : 43,53 minutes)

- *« La construction d'une identité commune passe par la transparence, la réflexion, l'expression et l'écoute des besoins et des attentes de chacun et l'affichage de valeurs partagées » (CH-D)*
- *« Il faut communiquer pour diminuer les peurs ; le projet pédagogique partagé permet cela, c'est un outil, un levier pour fédérer et rapprocher les équipes pédagogiques », (CH-B)*
- *« Une communication adaptée permet de contrer le positionnement de ceux qui se positionnaient en victimes et à lever les freins qui étaient importants au début de la mise en œuvre de notre GHT Formations » (CH-D)*
- *« Il faut informer périodiquement pour lutter contre la désinformation diffusée, contre les représentations individuelles et éviter qu'elles ne deviennent collectives », (CH-B et D)*
- *« Trouver un élément fédérateur tel que celui de la construction d'un projet pédagogique partagé, ...remettre les gens au travail a permis de sortir du ressenti, de la rumination »...« avec ce projet, le sentiment d'appartenance s'est déplacé de leur institut vers le groupement... appartenir à un groupe permet de sortir des représentations initiales des parties prenantes », (CH-D)*
- *« Les instituts doublons des 2 autres établissements, de taille plus modeste, craignent l'absorption...en revanche, la mutualisation des terrains de stages est très satisfaisante dans le sens où les chevauchements sont limités et que chacun respecte le territoire de l'autre », (CH-E)*
- *« Il faut rechercher ce qu'il y a de commun dans les référentiels, ce peut être l'apprentissage par la simulation, le service sanitaire, la recherche, des thématiques transversales envisageables en inter professionnalité », (CH-F)*

Le changement de paradigme annoncé depuis les accords de Bologne s'accélère depuis ces derniers mois avec la Grande conférence de la santé, le rapport de l'IGAS et de l'IGAENR et la mission Le Bouler. Il y a changement de mode de pensée puisque les représentations du monde de la formation paramédicale ainsi que la manière de concevoir les choses ne reposent plus sur le modèle connu jusqu'à présent. L'universitarisation va bouleverser les représentations des acteurs principaux que sont les cadres formateurs et les directeurs des soins en charge des instituts et bouscule le paradigme antérieur remis en cause. Cependant cette inflexion ne peut se réaliser dans de bonnes conditions que si les conditions d'insertion dans le nouveau modèle sont remplies en terme de cohérence et de respect d'une temporalité permettant aux parties prenantes leur adhésion, leur appropriation afin de vaincre les obstacles pour une co-construction possible. Si la connaissance et la prise en compte des représentations des parties prenantes au GHT semblent être des facteurs de succès dans l'exercice de la gouvernance, nous verrons dans l'hypothèse suivante comment celle-ci peut se bâtir.

### **2.5.5 Analyse en lien avec l'hypothèse 3 : « la gouvernance par le DS CGIF implique un travail collectif, entre les parties prenantes, de construction de représentations partagées sur la territorialité »**

Nous ne ferons pas état ici de la gouvernance que connaissent tous les instituts de formation en lien avec la réglementation que nous avons abordé dans la partie théorique et que les intéressés ont éludé pour répondre à une vision plus opérationnelle.

#### **Restitution et discussion concernant la notion de gouvernance :**

Tous les directeurs des soins en charge de la coordination des instituts ont, en effet relaté unanimement que la gouvernance consiste à assurer au quotidien et en prospectif le fonctionnement de leur structure avec leurs collaborateurs directs (coordonnateurs pédagogiques ou responsables de filières, équipes pédagogiques et équipes administratives et logistiques). Nous nous sommes attachés à la définition que les acteurs de la formation donnaient à ce terme de gouvernance. L'acceptation donnée comprend des variantes en lien avec le contexte, le lieu de leur exercice et l'appropriation individuelle ou locale de ce mot. Pour exemple, le centre d'intérêt pour la DS-CGIF du CH-A<sup>83</sup> est focalisé sur la gouvernance du GIP qu'elle dirige : elle explique que la gouvernance de son groupement d'intérêt public est exercée par un conseil d'administration et par une assemblée générale composée des représentants des établissements fondateurs. A l'instar des instituts du GIP, les DS-CGIF des CH-C et F sont centrées et focalisées sur leur propre gouvernance interne et sur le lien de « dépendance » avec leur CHU de rattachement. Nous avons relevé quelques verbatim chez les DS qui illustrent leur approche de la gouvernance :

- « Définir la gouvernance est complexe... la véritable gouvernance est ailleurs, elle est au CHU<sup>84</sup> »,
- « La gouvernance s'exprime dans un organe stratégique déconcentré, c'est-à-dire qu'il n'y a plus un gouverneur...mais un manager collaboratif, des décisions partagées, des collaborations dans le cadre des projets<sup>85</sup> »,
- « Je définirais la gouvernance comme la structuration du parcours de décision<sup>86</sup> ...dans la gouvernance, le mode de management est décentralisé »,
- « Ma vision de la gouvernance est celle d'instituts qui intègrent davantage la notion de démocratie, y compris la démocratie étudiante<sup>87</sup> »,
- « La gouvernance s'exprime déjà sur des valeurs élémentaires...sur des valeurs de respect des personnes et de la législation, de collaborations, qui permet de

---

<sup>83</sup> Entretien réalisé le 15 mars 2018 auprès de la DS-CGIF du CH-A (non enregistré)

<sup>84</sup> Entretien n° 3 réalisé le 14 juin 2018 auprès de la DS-CGIF du CH-C (durée : 51, 02 minutes)

<sup>85</sup> Entretien n°1 réalisé le 30 mai 2018 auprès de la DS-CGIF du CH-B (durée : 57,22 minutes)

<sup>86</sup> Entretien n°5 réalisé le 6 juillet 2018 auprès de la DRH du CH-B (durée : 42,55 minutes)

<sup>87</sup> Entretien n°7 réalisé le 16 août 2018 auprès d'une CDS du CH-B (IFSI de l'établissement support) (durée : 45,53 minutes)

*fonctionner pour répondre aux attendus. On ne peut pas gouverner sans respecter les personnes...on ne peut pas s'inscrire dans une gouvernance sans un socle de valeurs partagées<sup>88</sup> »,*

- *« La gouvernance, c'est le pilotage de la structure...c'est une organisation partagée pour une coordination d'instituts...gouverner c'est contribuer à la stratégie, à la politique régionale de la formation, c'est répondre aux engagements de l'enseignement supérieur...favoriser la relation entre formation et emploi en lien avec les besoins de la population, c'est faire travailler ensemble et faire adhérer les acteurs, prendre en compte les besoins des étudiants et des professionnels paramédicaux<sup>89</sup> ».*

Gouverner n'est plus le fait d'un seul individu, la gouvernance est aujourd'hui exercée, certes dans un cadre règlementaire prescrit, dans les instances dans lesquelles siège le DS en charge de la coordination des instituts, mais la vision est élargie et englobe l'ensemble des acteurs pour l'accomplissement de projets tant pédagogiques qu'organisationnels impliquant les parties prenantes au plus près du lieu d'exercice des futurs professionnels. Des termes forts sont employés tels que « *management décentralisé* », « *manager collaboratif* », « *fédérateur* », « *décisions partagées* », « *valeurs élémentaires* », « *respect des personnes* », « *démocratie* », « *prendre en compte les besoins* » et renvoie à la notion de parties prenantes que nous avons abordé en première partie déterminant un mode non plus descendant ou pyramidal mais horizontal plus impliquant puisqu'il devient **un levier possible** pour une co-construction. Cette co-construction met en relief l'implication d'une pluralité d'acteurs dans l'élaboration et la mise en œuvre d'actions ou de projets. Ce terme intègre de facto la notion d'investissement individuel et collectif dans le temps (notion de temporalité) des acteurs ou parties prenantes impliqués ainsi que la notion de partenariat puisque la co-construction se nourrit de compétences plurielles, de l'engagement au-delà de la simple consultation.

Néanmoins, **des freins** peuvent entraver cette relation partenariale, comme nous l'avons exprimé dans l'analyse des représentations. Ces freins trouvent leur expression dans le positionnement individuel ou collectif pouvant aller jusqu'à l'opposition systématique, dans une opposition affichée à la personne porteuse d'un projet institutionnel ou d'envergure territoriale ou politique insuffisamment ou maladroitement présenté, expliqué et perçu comme « dangereux ». Ces freins ou ces points de blocage peuvent être majorés selon l'histoire de l'institution : antériorités historiques, fusions, rivalités, échecs de partenariats antérieurs, modèle managérial inadéquat.

---

<sup>88</sup> Entretien n°6 réalisé le 7 juin 2018 auprès de la DS-CGIF du CH-E (durée : 38,37 minutes)

<sup>89</sup> Entretien n°8 réalisé le 22 août 2018 auprès de la DS-CGIF du CH-F (durée : 85,32 minutes)

## **Restitution et discussion concernant le mode de management :**

En lien avec la gouvernance, les personnes interrogées ont spontanément et naturellement abordé leur mode de management (pour les DS-CGIF) ou le modèle managérial souhaité (par les CDS formateurs). Les verbatim présentés s'inscrivent donc en cohérence avec l'expression des représentations des parties prenantes et dans l'intégration de celles-ci dans la gouvernance des instituts de formation.

Le point de vue des DS-CGIF :

- *« Le DS-CGIF est un chef d'orchestre, et non pas un responsable pédagogique »... « un acteur de dynamisation qui donne le tempo, indique la trajectoire et donne l'autonomie nécessaire à la construction, celui qui donne du sens<sup>90</sup> »,*
- *« Les missions ne sont pas celles d'un coordonnateur pédagogique, comme avant, elles sont d'ordre stratégique, politique dans le pilotage et le suivi des projets... mon rôle s'inscrit dans la décision, l'arbitrage, l'accompagnement des équipes et du changement, l'organisation et la négociation partenariale ... dans le cadre de regroupement comme le nôtre, il faut s'approprier l'histoire et la culture afin de faire fonctionner des entités différentes et parvenir à une cohérence, à une équité de traitement pour tous les étudiants et élèves de nos filières<sup>91</sup> »,*
- *« Le DS n'est pas dans la pédagogie, moi je suis dans la stratégie, la politique, l'organisation et la coordination, c'est que je sais faire...en ce qui me concerne, je suis davantage dans un management directif que dans un management participatif... mais pour faire adhérer au projet de territoire, il faut considérer les gens, voir s'il y a une part d'eux, s'ils s'y retrouvent, les faire participer pour aboutir à une co-construction<sup>92</sup> »,*
- *« Le DS doit être dans le respect et la reconnaissance de l'autre afin de favoriser l'inter professionnalité, ...pour aboutir à une construction commune...pour préparer l'universitarisation et pour professionnaliser les cadres formateurs dans cette perspective, les préparer à l'avenir<sup>93</sup> »,*

Les cadres de santé formateurs expriment leur point de vue sur le mode de management souhaité dans les termes suivants :

- *« Notre directrice est une adepte d'un mode de management participatif et fédérateur, elle a priorisé et développé la communication de ses instituts et diffuse largement et de manière périodique l'avancée des projets menés ainsi que les points forts de la vie institutionnelle<sup>94</sup> » ... « considérant les membres de ses*

---

<sup>90</sup> Entretien n°7 réalisé le 16 août 2018 auprès d'une CDS du CH-B (IFSI de l'établissement support) (durée : 45,53 minutes)

<sup>91</sup> Entretien n°6 réalisé le 13 juillet 2018 auprès de la DS-CGIF du CH-D (durée 51,47 minutes)

<sup>92</sup> Entretien n°2 réalisé le 7 juin 2018 auprès de la DS-CGIF du CH-E (durée 38,37 minutes)

<sup>93</sup> Entretien n°8 réalisé le 22 août 2018 auprès de la DS-CGI du CH-F (durée 85,32 minutes)

<sup>94</sup> Entretien réalisé le 28 février 2018 auprès de la CSS du CH-A (non enregistré)

*équipes pédagogiques comme de véritables collaborateurs, ceux-ci sont informés et impliqués à divers niveaux dans de nombreux projets internes et transversaux comme la recherche, la simulation en santé ou encore le développement de formations continues des instituts ... elle tient compte des représentations de chacun même si c'est elle qui décide au final, ça lui permet d'être proactive, de parfaire sa communication, de fédérer et de lever progressivement les freins »,*

- *« Un manager qui a une vision claire de la formation ... quelqu'un qui porte les projets, quelqu'un qui donne l'orientation, le cap et qui surtout donne du sens ... quelqu'un qui s'appuie sur les participants aux projets ... nous avons besoin d'un leader au mode de management participatif qui n'en restera pas aux intentions sinon il n'y aura pas d'adhésion<sup>95</sup> »,*
- *« Je sais que les missions des DS ont changé et ne sont plus centrées sur un institut, les instituts ne sont plus autarciques...j'attends du coordonnateur qu'il soit fédérateur, un communicant qui tiendra compte des avis exprimés, qui encouragera la concertation, permettra l'expression d'un compromis dans les projets pour que tout le monde s'y retrouve...quelqu'un qui permettra la définition de points essentiels pour une co-construction...il doit communiquer, informer sur les évolutions pour fédérer ses équipes et nous accompagner<sup>96</sup> »*

Globalement, le seul frein identifié est celui de la non-réponse apportée par le DS-CGIF aux attentes exprimées par l'encadrement pédagogique et par les parties prenantes de manière générale. Si le directeur des soins en charge des instituts n'est plus considéré par les formateurs comme un responsable pédagogique d'antan, ces derniers désirent un leader, un « coordonnateur », un communicant au management participatif, traçant une voie faisant sens dans une temporalité négociée. Ils veulent un manager qui pilote et suit l'avancée des projets fédérateurs permettant ainsi, une acculturation nouvelle et de fait l'appropriation du changement. Cette conception est reprise par les DS-CGIF qui considèrent eux aussi que *« les leviers de la réussite sont dans l'application de la démarche projet et notamment dans le suivi et dans les points d'étapes...mais il faut aussi qu'il y ait des idées qui viennent du terrain, il faut les prendre en compte ».*

## **2.5.6 Synthèse des entretiens et émergence de quelques préconisations**

Malgré une vision de la territorialité différente selon que les instituts sont adossés à un établissement support, partie au groupement ou adossés à un CHU, la perception du **GHT** est globalement assez positive. Quant aux représentations sur l'**universitarisation**, elles sont partagées : crainte des DS et des formateurs de perdre le côté professionnalisant des formations tout autant que leur statut à terme.

---

<sup>95</sup> Entretien n° 4 auprès d'une CDS formatrice du CH-B (établissement partie), réalisé le 6 juillet 2018 (durée 39,04 minutes)

<sup>96</sup> Entretien n° 7 réalisé le 16 août 2018 auprès d'une CDS formatrice du CH-B (établissement support), (durée 43,53 minutes)

En effet, nous avons pu constater que, si des freins sont exprimés en lien avec des représentations parfois fantasmées des parties prenantes sur le GHT et sur l'universitarisation, la mise en œuvre de ces deux processus semble être une véritable opportunité majoritairement attendue et souhaitée par les DS-CGIF et les CDS formateurs interrogés. La volonté assez largement exprimée de développer les partages de compétences et de pratiques professionnelles, de construire des valeurs communes permet d'envisager de manière optimiste une co-construction dans ces deux champs.

La **gouvernance** et sa déclinaison intéressent autant les DS-CGIF que les CDS formateurs. De leur côté, les DS cherchent à mettre en œuvre et à accompagner ces réformes et utilisent les outils mis à leur disposition. Quant aux formateurs, ils expriment la nécessité d'avoir un **manager**, un leader, un communicant qui donne du sens, un fédérateur qui porte et assure le suivi des projets de mutualisation et qui donne du sens aux mutations, aux orientations stratégiques et les accompagne dans le changement. Ils renforcent leur propos en émettant le souhait que les DS passent de l'intention affichée d'un management participatif à une traduction dans les faits pour être intégrés à la réflexion et non pas juste informés, mais consultés.

En regard des résultats et de l'affirmation de nos trois hypothèses, nous allons aborder dans la partie suivante quelques préconisations susceptibles d'être appliquées permettant la construction de représentations communes de la territorialité tenant compte de l'existant et du contexte environnant, la réalisation d'une acculturation à un contexte innovant dont le caractère est indissociable d'un mode de management adapté pour accompagner le changement.

### **3 Préconisations et éléments de transférabilité**

L'analyse des données de l'enquête nous permet d'émettre quelques préconisations constituant des éléments de transférabilité dans notre futur exercice de DS en charge de la coordination d'instituts de formation paramédicale. Nous avons constaté que l'universitarisation et la mise en œuvre des GHT constituent un environnement innovant mais qu'elles suscitent des interrogations et des inquiétudes en fonction des représentations des acteurs impliqués. Si la co-construction nécessite l'implication de chacun, elle ne peut se réaliser sans la prise en compte des représentations exprimées et sans l'adoption d'un mode managérial alliant communication, concertation et négociation. Ce management permettra ainsi aux DS-CGIF d'enlever l'adhésion et d'emmener avec eux dans ce nouveau projet les DS en charge de la coordination d'instituts et les équipes pédagogiques afin de contribuer à l'accélération de la territorialisation des formations et à la réduction de la parcellisation de l'offre de soins.

Nous retiendrons 2 axes pour lesquels nous formulerons des préconisations qui se déclineront sur 3 niveaux. Le choix méthodologique pour la présentation des éléments transférables dans notre futur exercice professionnel est le suivant :

- L'échelon stratégique concerne les DS-CGIF et ce que nous serions amené à mettre en œuvre dans l'exercice de ces missions au niveau territorial,
- L'échelon managérial est orienté vers les DS non CGIF et nous concernerait dans le cadre d'une prise de poste sur des fonctions de directeur des soins d'instituts et écoles de formation paramédicale au sein d'un établissement,
- L'échelon opérationnel est à destination des équipes pédagogiques et s'adresse aux CSS et aux CS formateurs que nous serions amené à piloter.

#### **3.1 Axe 1 : Co-construire et rendre lisible la stratégie territoriale**

La co-construction stratégique des formations s'inscrit aujourd'hui dans un contexte dont le DS-CGIF doit s'emparer. Nous avons identifié que la mise en œuvre des GHT est perçue comme « *trop structurante et enfermante* » par les parties prenantes, et qu'elle éloigne surtout du pilotage stratégique. Si l'absorption-fusion est un frein majeur à l'adhésion de projets de mutualisation de ressources, le modèle fédératif apparaît comme un modèle dynamique, favorisant l'adhésion des acteurs aux projets. Dans ce contexte mouvant, le DS-CGIF tient une place prépondérante.

##### **3.1.1 Affirmer le positionnement des instituts sur le territoire (niveau stratégique)**

Les entretiens ont révélé que la future cartographie des instituts sur les territoires questionne au niveau de leur répartition, de leur implantation et de leur organisation. En lien avec l'ARS, le Conseil Régional et l'établissement support, le DS-CGIF participe à cette réflexion qui, selon nous, doit être accélérée pour aboutir à une mutualisation des IF

de petites tailles sur l'établissement support ou sur un établissement partie au groupement, à la suppression d'instituts doublons ou à la création d' « antennes » ou d' « instituts satellites » répondant aux besoins de formations territoriales. Pour le DS-CGIF, il s'agit d'une opportunité de positionnement et d'une opportunité managériale. Œuvrer au regroupement et aux mutualisations pour asseoir les instituts de formation de manière équilibrée sur un territoire lui confère la responsabilité de s'inscrire dans les évolutions règlementaires, de contribuer au maillage territorial des formations et de répondre ainsi aux besoins de formation identifiés tout en accompagnant l'ensemble des équipes dans le changement. Le décloisonnement tant réclamé entre établissements de santé et instituts, ainsi qu'entre instituts eux-mêmes, le développement ou le renforcement de partenariats et de collaborations semblent aujourd'hui incontournables pour atteindre cet objectif ambitieux et inscrire durablement les instituts comme les partenaires privilégiés des tutelles et des structures de soins, comme des acteurs utiles et réels au service du territoire de santé. Comme nous le verrons plus loin, le DS-CGIF proposera et accompagnera la construction de projets fédérateurs ancrés dans le concret dans une perspective d'innovations issues du partage qui contribueront à rendre attractifs les instituts dont il assure la coordination. Dans cet esprit de rapprochement et cette recherche de décloisonnement, le DS-CGIF doit maîtriser les orientations stratégiques du GHT pour les inscrire dans le projet des instituts. Placé sous l'autorité hiérarchique du directeur d'établissement, il échangera avec lui sur sa vision et ses attentes dans le champ de la formation ainsi que sur son implication au sein de l'établissement support. Son inscription dans l'équipe de direction, sa participation aux astreintes administratives, aux réunions du comité de direction (CODIR) et aux instances de l'hôpital, les contributions qu'il apportera dans certains axes du projet de soins partagé de territoire et sa collaboration affichée avec les directions de soins constituent des éléments d'exemplarité, de légitimité et de cohérence lui permettant de montrer qu'il donne par ses actions du sens aux projets et à la vision qu'il propose.

### **3.1.2 Utiliser l'universitarisation comme un élément fédérateur structurant de la politique territoriale de formation (niveau stratégique)**

A l'instar du développement croissant des pathologies chroniques et des alternatives à l'hospitalisation, des besoins nouveaux apparaissent en lien avec la définition des parcours permettant l'émergence de nouveaux métiers, en témoigne la reconnaissance récente des pratiques avancées infirmières. La complexité des parcours fait envisager dans un avenir proche l'émergence de métiers de la coordination mais aussi de nouveaux besoins d'ingénierie afin de mettre en œuvre des dispositifs pluri-professionnels<sup>97</sup>.

---

<sup>97</sup> LE BOULER S., 2018, *Mission Universitarisation des formations paramédicales et de maïeutique : bilan intermédiaire de la concertation et propositions d'orientation*, rapport à Madame la Ministre des Solidarités et de la Santé et à Madame la Ministre de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation

Si l'initiation à la recherche s'est développée au sein des instituts, il faut en accélérer le processus car il constitue un enjeu de l'intégration universitaire. En effet, les travaux de recherche contribuent à l'amélioration des pratiques soignantes par une démarche réflexive en mobilisant les professionnels du soin, de la réadaptation ainsi que les étudiants de ces filières. Par ailleurs, des départements universitaires de soins infirmiers (DUSI) ou de rééducation et réadaptation (DURR) s'organisent sur les territoires, exerçant leur mission de formation et de recherche dans une perspective d'intégration des formateurs des instituts au sein de l'université, avec les enseignants chercheurs du champ de la santé. La constitution de ce vivier peut s'envisager sous différents statuts au sein de l'université pour permettre la production de travaux et aboutir à l'articulation recherchée formation académique et formation clinique. Pour le DS-CGIF, l'universitarisation est un levier pour structurer progressivement la politique territoriale de formation tenant compte d'une répartition équilibrée respectant la notion de maillage. La formation tout au long de la vie et l'obligation de développement professionnel continu (DPC) lui offre la possibilité de faire monter en compétences les cadres formateurs pour une intégration à terme dans l'environnement universitaire.

### **3.1.3 Préparer les professionnels aux nouveaux métiers et aux compétences attendues, anticiper l'employabilité de demain (niveau managérial)**

Si la notion de parcours pour les patients en lien avec le virage ambulatoire, la diminution de la durée des hospitalisations conventionnelles, le développement de partenariats dans une vision hospitalo décentrée ainsi que la volonté de maintenir à domicile les personnes âgées ont modifié considérablement les modes de prises en charge pour les équipes soignantes, cette logique impose de revisiter également les fonctionnements dans le champ de la formation. En effet, ces nouvelles approches nécessitent une offre de formations en adéquation, une adaptation de la pédagogie à des situations plus complexes et nécessairement pluridisciplinaires et, de fait, un développement de compétences dont les formateurs doivent favoriser le développement chez les apprenants. Cette mutation sera accompagnée par le DS pour que les formateurs adhèrent au nécessaire décloisonnement entre instituts et hôpital afin de favoriser des collaborations tant sur le plan des prises en soin que sur le plan de l'accompagnement clinique des étudiants. Pour favoriser ce décloisonnement, le DS incitera son encadrement pédagogique à son inscription et à sa participation au sein des instances hospitalières et réunions institutionnelles (CSIRMT, CLUD, CLIN, réunions d'encadrement) et aux groupes de travail de l'établissement (axes du projet de soins partagé, démarche qualité, audits de processus, forums et journées thématiques de santé publique). Ces modes de participation contribueront à ce que les logiques se rejoignent

dans une construction commune des représentations de l'exercice soignant chez les futurs professionnels.

Dans le cadre de l'universitarisation, une réflexion sur l'évolution des métiers et des compétences a déjà débouché sur la création des diplômes de pratiques avancées infirmières et les échanges portent actuellement sur les formations de niveau grade master et sur une évolution vers un statut d'enseignant chercheur. Si tous les acteurs de la formation affirment de manière consensuelle la nécessité d'avoir dans les filières et dans chaque université des enseignants chercheurs, le DS doit envisager les conditions pour inscrire les cadres de santé formateurs dans ce type de cursus en favorisant (priorisant) et en leur proposant des formations universitaires permettant, dans un calendrier défini, de les préparer à leur exercice de demain et à une bi-appartenance clinique et formation. Dans le cadre de l'élaboration annuelle du plan de formation, il favorisera une élévation individuelle et collective des compétences et des qualifications.

#### **3.1.4 Mutualiser les ressources et les moyens (niveau managérial)**

Les **partenariats institutionnels** avec la direction du GHT sont incontournables avec un DS intégré au CODIR pour échanger sur la stratégie et le pilotage du groupement, avec des cadres formateurs impliqués dans l'ensemble des instances de l'établissement ainsi que dans les groupes de travail liés à la pratique soignante. Travaillant en collaboration étroite avec le DS-CGS sur les axes du projet de soins partagé de territoire (recensement de l'offre de stages, développement du tutorat des stagiaires au sein des établissements du GHT, construction d'un groupe de recherche en soins) et sur son articulation avec le projet pédagogique partagé, le DS incitera les cadres formateurs à s'inscrire dans les travaux en lien avec l'encadrement des stagiaires sur l'ensemble des sites, tissant ainsi des liens avec les équipes soignantes partenaires dans l'accueil des étudiants et élèves.

Conformément à la réforme des études, les IFSI se sont regroupés et ont mis en place un **partenariat pédagogique** avec une université de référence et se sont constitués en GCS par la signature d'une convention tripartite (entre la Région, le GCS IFSI et l'université). Cette convention de partenariat s'est déjà parfois concrétisée par la création d'un Département Universitaire en Sciences Infirmières (DUSI) ou d'un Département Universitaire de Rééducation et de Réadaptation (DURR). Ces départements disposent de statuts rédigés et proposés par les DS, ainsi que d'instances contribuant à l'organisation de la formation dans les disciplines universitaires, à la diffusion de la dynamique pédagogique agissant au plus près des coordonnateurs d'UE (commission d'enseignement et de recherche, comité de lecture des évaluations, comité de pilotage de l'innovation pédagogique). Dans une vision idéale, car les situations sont hétérogènes et ne concernent pas la majorité des territoires, les départements universitaires déterminent chaque année des axes thématiques prioritaires qui sont animés par un binôme composé

d'un universitaire et d'un directeur des soins d'instituts. Mais, un partenariat ne peut réussir et être pérenne que s'il répond à un enjeu réciproque, aux attentes des deux parties. Si les objectifs sont partagés, si les règles de fonctionnement sont clairement définies par les partenaires, le partenariat repose alors sur un socle constitué d'une compréhension mutuelle des intérêts des parties qui permet la transparence et l'implication dans les projets et la mise en œuvre d'actions concrètes. Le DS sera garant de ces fondamentaux, veillera au maintien d'un dialogue d'égal à égal (excluant toute notion de subsidiarité ou de suprématie de l'un ou de l'autre des partenaires) et inscrira durablement cet engagement réciproque dans la confiance et dans l'engagement. L'expérience nous a montré que le respect des spécificités permet de dépasser les clivages et contribue à l'enrichissement mutuel recherché, favorise une réflexion commune sur les pratiques pédagogiques, sur les compétences à développer et sur les moyens à déployer dans le cadre des innovations au service de la professionnalisation et du respect du principe d'équité envers tous les étudiants.

### **3.1.5 Prendre en compte les représentations et favoriser la dynamique d'équipe en développant l'inter professionnalité (niveau opérationnel)**

Faire admettre que l'hospitalo-centrisme et le mode autarcique des instituts et des filières sont dépassés dans une dimension territoriale en recherche d'efficacité n'est pas chose simple. Le rapprochement des instituts et l'accompagnement au changement nous apparaissent conditionnés à la mise en œuvre effective d'objectifs qui résident dans :

- L'analyse de l'existant et l'identification des freins,
- L'accompagnement du « processus de deuil » pour envisager la transition et la prise de conscience du changement à venir,
- Le recours à des espaces dédiés favorisant l'expression des craintes, des mécontentements,
- L'élaboration commune et concertée des futurs modes de fonctionnement dans le cadre du changement annoncé,
- La mise en place de séminaire regroupant les acteurs avec pour objectifs de mieux se connaître, d'identifier les valeurs communes, de déterminer des thèmes communs pour engager des travaux de groupes et construire un projet partagé, de définir les règles de fonctionnement interne et les modalités de prise de décisions, de déterminer la fréquence des réunions et les modes de communication pour la circulation de l'information, de créer une dynamique et un esprit de groupe.

L'inter-professionnalité peut être un levier pour revisiter les fonctionnements et les organisations traditionnelles, sortir d'une représentation en silo des formations paramédicales. Intégrer la notion de transversalité, c'est mettre en adéquation les pratiques d'apprentissage avec les modes de prises en soin d'aujourd'hui. Dans un esprit

d'ouverture entre les acteurs sur le parcours du patient, ce décloisonnement dans les pratiques soignantes doit trouver écho dans des enseignements transversaux et pluridisciplinaires permettant aux apprenants d'établir les liens entre théorie et clinique. La diminution des résistances passe par une facilitation des échanges entre les professionnels des filières de formation, par la création de conditions de rencontres et d'échanges. Le DS s'attachera à favoriser le dialogue, le partage de ce qui est commun et spécifique, l'ouverture sur les autres pour obtenir l'adhésion de ses équipes. L'inter-professionnalité est un moyen pour modifier dans le temps les représentations, favoriser une dynamique d'équipe, intégrer la nécessaire complémentarité dans la collaboration inter filières pour la construction d'une vision plus collective, pour la réussite des actions engagées, répondant aux enjeux territoriaux, aux attentes des étudiants et aux besoins des usagers consommateurs de soins.

### **3.1.6 Identifier une porte d'entrée pour un projet fédérateur : le projet pédagogique partagé de territoire ? (niveau opérationnel)**

Un projet est un moyen de fédérer un groupe, d'atteindre un ou des objectifs communs et partagés par des actions déterminées de manière consensuelle. Comme nous l'avons vu dans les entretiens avec les cadres de santé formateurs, le DS est attendu sur les qualités managériales nécessaires au pilotage et au suivi régulier de l'avancée des projets et de la co-construction. Déterminé dans les objectifs qu'il s'est fixé et qu'il a négociés avec le directeur de l'établissement support, il fera preuve de constance et d'opiniâtreté auprès de ses équipes tout en favorisant la prise d'initiatives et le débat en interne. Pour relever les défis, le DS mettra en œuvre un pilotage appuyé (en assurant le suivi de la démarche projet) et adoptera, le plus souvent possible, un mode collaboratif, en s'appuyant sur les binômes constitués, sur les compétences et sur les expertises.

Fédérer les CDS formateurs des instituts est un enjeu majeur pour le DS. L'identification d'une porte d'entrée, permettant de répondre à la mise en cohérence des orientations stratégiques nationales, territoriales et à la volonté de rapprochement pour une mutualisation des compétences et des ressources, stimuler les initiatives de ses équipes, est un défi managérial pour le DS. Nous pensons que la mise en œuvre des GHT permet de sortir du mode autarcique, de rapprocher les acteurs pour la construction de projets communs, de s'enrichir. Un projet pédagogique partagé de territoire (PPPT) constitue, selon nous, une porte d'entrée possible permettant au DS de réunir l'ensemble des formateurs des instituts pour une réflexion commune sur des thématiques constituant pour eux une priorité, d'envisager le partage et la mutualisation des compétences et des pratiques. Les thématiques ainsi mises en exergue offrent au DS la possibilité de modifier progressivement les représentations négatives, de donner du sens au projet territorial, de créer les conditions d'une appartenance à un groupe élargi constitué d'expériences et de

compétences reconnues et valorisées lors des différentes restitutions. Les thématiques du PPPT définies (valeurs, simulation en santé, recherche, interdisciplinarité, développement numérique, parcours de stages, démarche qualité, accompagnement pédagogique, gestion des évaluations) seront portées par des pilotes sur des critères affichant l'interdisciplinarité avec des binômes (établissement support et partie au groupement, instituts de soins et instituts de rééducation) qui constitueront à leur tour des groupes de travail respectant les mêmes critères.

### **3.2 Axe 2 : Adopter un mode de management fondé sur l'analyse du contexte et sur l'explicitation du sens à donner au changement**

Les missions du DS relèvent du niveau stratégique, du niveau de coordination et du niveau opérationnel avec, pour le DS en institut, une responsabilité institutionnelle en matière de conception, de pilotage, de mise en œuvre et de suivi des projets contribuant au fonctionnement et au développement de la structure. A sa prise de poste, le DS analysera la situation dans laquelle il doit agir. Pour ce faire, il observera l'organisation en place à la recherche des points positifs pour les cultiver et les développer, et aussi des problématiques de fonctionnement en prenant en compte les normes en vigueur. Durant cette phase d'observation, il évaluera les organisations, les projets antérieurs et identifiera les axes prioritaires en adaptation avec les objectifs institutionnels fixés par le directeur de l'établissement support et les variables situationnelles (modification programmatique de formation, mise en place d'une direction commune, organisation territoriale, intégration organique à l'université ou adoption d'un modèle fédératif).

#### **3.2.1 Déterminer les enjeux du contexte afin de construire la gouvernance territoriale adaptée aux caractéristiques du GHT (niveau stratégique)**

Au niveau stratégique, le DS-CGIF questionnera l'existant pour réaliser un diagnostic régulier et adapter sa vision prospective. En croisant les éléments du diagnostic établi, il sera en capacité de présenter les éléments actualisés et structurants du contexte (matrice SWOT) et d'identifier ainsi les facteurs d'évolution prévisibles lui permettant d'inscrire le dispositif de formation dans une perspective dynamique. Sa capacité à analyser le contexte est déterminante pour utiliser les forces internes et externes comme des leviers et pour gérer les fragilités du dispositif. Dans son exercice, le DS assure le pilotage stratégique auquel s'associe le CODIR dans lequel il est inscrit, pour le processus décisionnaire, l'accompagnement et le suivi des projets. Il effectue un reporting régulier auprès du chef d'établissement qui apporte son soutien dans les projets qu'il propose et son appui pour obtenir les ressources nécessaires à leur réalisation.

L'organisation de la gouvernance et du pilotage de la coordination des IF doit permettre de produire des avancées notables en termes de projets et de réflexions communes,

d'harmonisation de pratiques pédagogiques, administratives et de procédures dans une dimension qualitative. Selon nous, les principes du pilotage reposent sur l'instauration d'une culture de l'appartenance à un GHT, sur une stratégie de groupe au service d'un territoire et non pas à un ensemble local d'instituts rattaché à un seul établissement de santé. Nous entendons la mutualisation comme une recherche d'harmonisation (et non d'unification) de pratiques entre plusieurs sites de formation, comme une recherche d'équité pour les apprenants inscrits dans un processus professionnalisant.

Dans un contexte en transformation, et par définition potentiellement insécurisant, la mise en œuvre des GHT impose d'émettre des signaux forts d'appartenance et de cohérence, de montrer la plus-value des organisations en construction, de les clarifier et de rassurer.

### **3.2.2 Donner du sens afin de créer la dynamique collective et d'impliquer l'ensemble des parties prenantes de la formation (niveau managérial)**

Une politique managériale pour quoi faire ? De manière générale, à l'annonce d'un changement, un groupe réagit spontanément en manifestant sa désapprobation et oppose des résistances pour en contrer la réalisation à des degrés très divers qui peuvent aller de la simple réserve, de la vigilance à l'opposition franche, systématique voire massive. Le souhait de pérenniser une situation ou une organisation existante, de préserver l'acquis est rassurant car on chemine en terrain connu. L'incertitude du lendemain perçue par le changement annoncé risque de remettre en cause les habitudes, les avantages acquis et génère pour certains la peur de perte de repères, un risque de déstabilisation voire un sentiment d'incompétence ou un risque d'exclusion. D'autres vont s'installer dans l'immobilisme, dans l'attentisme car le changement est susceptible de remettre en cause l'équilibre d'un fonctionnement habituel. Ces résistances se manifestent par des actes d'opposition trouvant leur expression dans des tensions dans les relations hiérarchiques ou entre pairs, par de l'absentéisme, par un renforcement du cloisonnement existant ou par une diminution de l'investissement et une baisse de la qualité des prestations. A cette opposition, le manager doit être vigilant à ne pas résister aux résistances, mais trouver des moyens de les contourner ou de les utiliser comme ressource. Travailler collectivement, et notamment avec ses plus proches collaborateurs, sur les valeurs et les objectifs du changement, en maintenant le cap, en instaurant un nouvel équilibre, en étant constant. Il paraît essentiel que le management de tout niveau partage ce travail afin qu'il soit le relais des informations auprès du terrain duquel il est souvent le plus légitime. L'instauration par le DS de réunions d'encadrement mensuelles afin de favoriser le dialogue et la confiance est une donnée centrale. Par ailleurs, le DS s'attachera à déléguer des responsabilités, donnant ainsi des marges de manœuvres, favorisant l'implication de ses collaborateurs directs dans ce processus de changement envisagé vers un projet commun, dans la mise en œuvre de l'universitarisation. Pour

reprendre les propos de BUBIEN, BARON et THOMAS<sup>98</sup>, « *piloter et accompagner le changement fait l'objet d'un calendrier, d'anticipation, de transparence et de délégation* ». Outre le management pédagogique des formations, le DS assoit son positionnement au sein de l'équipe de direction de l'établissement support comme acteur stratégique, force de proposition dans son champ de compétences permettant à l'établissement d'accomplir ses missions d'offre de soins. Il collabore à la gouvernance de l'établissement en intégrant le projet des instituts dans la stratégie de l'hôpital et du GHT. Ainsi, il établira le projet du « pôle formation » incluant les orientations fixées et la vision prospective des besoins identifiés sur le territoire, les évolutions des métiers et la mutualisation des ressources et des compétences. Responsable de la gestion des ressources humaines, administratives, logistiques et financières des instituts qu'il dirige, il assure un pilotage dynamique et efficient des organisations inscrites dans une démarche qualité. Ce pilotage doit être expliqué et compris de ses collaborateurs. Etre pragmatique. Trouver le juste équilibre entre un discours fait de certitudes et d'affirmations voire d'injonctions, et un discours empreint de nuances pour réduire l'incompréhension et les freins au changement. Donner du sens par la description, par l'explication des évolutions et des orientations afin de déterminer les objectifs et les actions à mettre en œuvre pour concevoir une construction collective. L'enjeu managérial est l'appropriation de cette évolution par les acteurs afin qu'ils participent activement à l'optimisation des organisations, à la mutualisation des compétences au bénéfice des apprenants.

### **3.2.3 Communiquer : un levier pour fédérer les acteurs** (niveau opérationnel)

Le DS portera une attention particulière à ne pas présenter les enjeux dans les termes d'une substitution mais d'une recherche de complémentarité. Une stratégie bien élaborée permet de positionner la communication des instituts et écoles du GHT au regard des besoins et des attentes des usagers, des étudiants en formation et des élèves et étudiants potentiels en véhiculant une image et des messages audibles et qui les concernent directement. Communiquer, c'est partager, c'est s'accorder sur le sens que l'on donne à une orientation, à un projet. La communication doit faire l'objet d'une réflexion approfondie impliquant le DS et les coordonnateurs pédagogiques des instituts avec le service de communication de l'établissement support. Communiquer, c'est également coordonner le travail pour donner du sens, c'est manager et encadrer efficacement. L'enjeu de la communication est de donner la direction, préciser les objectifs de l'action collective. Ce levier doit être actionné par le DS : une communication adaptée permettra d'atteindre l'objectif fixé, de faciliter la transition d'un modèle ancien à

---

<sup>98</sup> BUBIEN Y., BARON A., THOMAS., mai 2017, « Le changement », *Gestions Hospitalières*, n° 566, pp. 278-282

un modèle novateur, de parvenir à une mobilisation des acteurs, de favoriser leur engagement pour l'acculturation attendue. La communication portera sur les éléments de contexte, leur finalité, leurs impacts. Elle trouvera son expression par différents moyens : site internet des établissements, réunions d'informations pour l'ensemble des acteurs des instituts, journal interne périodique, forums sur les métiers, encarts publicitaires. L'ensemble de ces moyens contribuera à rétablir la vérité, à limiter toute déperdition et tout risque de désinformation classiquement rencontrés qui génère, comme nous l'avons vu, des représentations individuelles et/ou collectives freinant la convergence et l'aboutissement des projets. Il s'agit de mettre en exergue le diagnostic de territoire et les objectifs, d'informer sur les activités, la qualité du service rendu, le niveau de performance, de rappeler les valeurs communes, d'expliquer les décisions en lien avec les restructurations en cours, d'installer la confiance durablement. La fonction communication doit contribuer à la promotion et à la légitimation de l'établissement support et des instituts et écoles sur son territoire. Elle peut également constituer une priorité pour l'établissement support en terme d'image et d'attractivité pour l'ensemble des professionnels et des apprenants, renforçant la notion d'appartenance, la cohérence entre établissements de soins et instituts de formation, façonnant une identité de groupe. La communication est l'outil promotionnel de l'institution, de ses activités, de ses acteurs : le DS s'attachera à faire connaître et à valoriser les activités, la qualité et la performance du service rendu par ses équipes.

### **3.2.4 Conduire et suivre les projets engagés, inciter les formateurs à piloter en autonomie en groupes restreints certains axes de projets tout en favorisant l'innovation et la créativité des équipes (niveau opérationnel)**

La finalité des formations paramédicales est de qualifier de futurs professionnels ouverts sur le territoire, ayant développé une posture réflexive, possédant les compétences attendues afin de répondre aux besoins de santé actuels et futurs. Il s'agit également de les préparer, dans le cadre de leur cursus, à un exercice en pluri professionnalité et de développer chez eux une appétence à la recherche constante de l'amélioration de leurs pratiques. Dans le cadre de la mise en œuvre des GHT et du rapprochement des acteurs des instituts, nous avons constaté des points communs tels que les valeurs humanistes retenues par les acteurs (respect, solidarité, éthique, responsabilité) et utilisées comme socle pour la construction d'un projet pédagogique commun sur lequel reposent des principes et des concepts pédagogiques similaires (autonomie, professionnalisation, alternance et réflexivité, compétence) et dans lequel certains axes stratégiques sont également partagés (développement de méthodes pédagogiques innovantes telles que la simulation en santé, préparation à l'universitarisation, investissement dans une démarche qualité des prestations de formations en vue d'une certification).

## Conclusion

L'objet de notre réflexion a porté sur les représentations des parties prenantes au GHT, à l'universitarisation et leur impact sur la gouvernance assurée par le directeur des soins, coordonnateur des instituts dans un contexte innovant. Pour de nombreux acteurs du champ de la formation, ces évolutions constituent des opportunités de décloisonnement, d'évolutions dans les pratiques et de mises en partage de compétences et de ressources. Dans une temporalité des réformes successives laissant peu de place à l'appropriation, nous avons aussi parfois relevé, au décours des enquêtes, un certain attentisme chez des professionnels en quête de sens.

Dans sa participation à la construction territoriale des formations, le directeur des soins en charge de la coordination des instituts et des écoles est à l'articulation du stratégique, de la coordination et de l'opérationnalité. Son positionnement au sein de l'équipe de direction, son engagement et sa capacité de travail, son parcours professionnel et son expérience du management, ses compétences lui confèrent une légitimité auprès de ses collaborateurs, de ses équipes et des partenaires avec lesquels il co-construit les projets d'envergure dont le projet pédagogique partagé de territoire, fil conducteur des actions mises en œuvre.

Dans un esprit visionnaire et pro actif, dans cette volonté de construire ou d'œuvrer à l'architecture des formations de demain, le DS-CGIF doit travailler à abaisser les résistances en tenant compte des représentations parfois tenaces des parties prenantes au GHT et à l'universitarisation pour piloter et accompagner ces mutations. Sa ténacité, son investissement, son esprit fédérateur, son mode de management sont probablement les clefs de la réussite et de la pérennité des actions qu'il engagera pour conduire une action collective avec l'ensemble de ses collaborateurs, de ses équipes et de ses partenaires au bénéfice des apprenants d'aujourd'hui et des professionnels de demain.

Sa fonction repose sur des valeurs d'ouverture et d'équité dans une dimension stratégique, le directeur des soins est au service du bien commun et ses activités s'inscrivent dans une dimension prospective : en cela, il est l'architecte de la réorganisation et de la co-construction territoriale. L'étape suivante consisterait à aller plus loin dans la fédération des acteurs en co-construisant avec nos partenaires hospitaliers un projet de soins et de formations territorial au service de la qualité globale de la formation et des soins au bénéfice des usagers du territoire.



---

## Bibliographie

---

### Textes législatifs et réglementaires

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES. Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Journal officiel n°0022 du 27 janvier 2016, article 107, 41-44 et article 114, 46-48

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Loi n°2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et au territoire du 21 juillet 2009. Journal officiel n°0167 du 22 juillet 2009

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE. Loi n°2007-1199 du 10 août 2007 relative aux libertés et responsabilités des Universités. Journal officiel n°0185 du 11 août 2007

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE, DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE. Loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales (dite loi de décentralisation). Journal officiel n°190 du 17 août 2004

MINISTERE DES SOLIDARITES, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE. Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime des établissements de santé. Journal officiel n°102 du 3 mai 2005

MINISTERE DE LA FONCTION PUBLIQUE, DE LA REFORME DE L'ETAT ET DE LA DECENTRALISATION. Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Journal officiel n°98 du 25 avril 1996

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Décret n°2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire (article R.6132-17 du Code de la santé publique). Journal officiel n°0101 du 29 avril 2016, texte n°24

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE. Décret n°2010-1123 du 23 septembre 2010 relatif à la délivrance du grade de licence aux titulaires de certains titres ou diplômes relevant du livre III de la quatrième partie du Code de la santé publique. Journal officiel n°0224 du 26 septembre 2010

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Décret n°2009-1540 du 10 décembre 2009 relatif à l'organisation et aux missions des directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale. Journal officiel n°0288 du 12 décembre 2009

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Arrêté du 31 juillet 2009 relatif aux autorisations des instituts de formation paramédicaux. Bulletin officiel Santé, Protection sociale, Solidarités n° 2009/7 du 15 août 2009

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE. Arrêté du 17 avril 2018 modifiant l'arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux. Journal officiel n°0092 du 20 avril 2018

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux. Journal officiel n°108 du 10 mai 2007

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS et MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE. Circulaire interministérielle DHOS/RH1/DGESIP n°2009-202 du 9 juillet 2009 relative au conventionnement des instituts de formation en soins infirmiers avec la région dans le cadre de la mise en œuvre du processus Licence-Master-Doctorat. Bulletin officiel Santé, Protection sociale, Solidarités n°2009/8 du 15 septembre 2009

### **Ouvrages**

BOISSART M., 2017, *La formation infirmière à l'ère de l'universitarisation*, Noisy-le-Grand : SETES Editions, 376 p.

ESPAGNO-ABADI D., PENERANDA A., 2018, *Fonction(s) publique(s) : le défi du changement*, Rennes : Presses de l'EHESP, 191 p.

GALLET B., 2017, *Les coopérations en santé*, Rennes : Presses de l'EHESP, pp. 70-74

### **Articles / Revues**

BUBIEN Y., BOURREL P., août 2014, « Hôpital-Ecole, une alliance entre instituts de formation et unités de soins », *Soins Cadres*, n°91, pp. 21-24

BUBIEN Y., BARON A., THOMAS., mai 2017, « Le changement », *Gestions Hospitalières*, n° 566, pp. 278-282

DEWITTE J-P., DELAS A., DICHAMP I., mai 2017, « La mise en place des GHT : où en est-on ? », *Gestions Hospitalières*, n° 566, pp. 287-291

SCHMIDT T., MISSE C., LUSSIEZ C., CALMES G., janvier 2017, « Conduite du changement et pilotage de l'innovation : l'exemple du GHT Ile-de-France Sud », *Gestions Hospitalières*, n°562, pp. 28-31

TANGUY H., GEY M., DE LARD-HUCHET B., janvier 2017, « Et maintenant, comment sortir de la (con)fusion ? », *Gestions Hospitalières*, n° 562, pp. 14-17

THUEZ L., LOMBARDO P., TRIGANCE J., CORDEAU J-C., décembre 2017, « La mutualisation des moyens pédagogiques », *Gestions Hospitalières*, n°571, pp. 629-631

### **Recommandations, rapports, préconisations, guides**

ASSOCIATION NATIONALE des DIRECTEURS D'ECOLE PARAMEDICALE, 2017, *Les instituts de formation aux métiers de la santé : quels directeurs pour demain ?*, Paris : Opal Editions, 58 p.

ASSOCIATION NATIONALE des DIRECTEURS D'ECOLE PARAMEDICALE, 2012, *Formation aux métiers de la santé : défis et perspectives pour une incontournable évolution*, Paris : VG Editions, 76 p.

ASSOCIATION NATIONALE POUR LA FORMATION PERMANENTE DU PERSONNEL HOSPITALIER (ANFH), 2017, *Guide : coordination de la formation dans les GHT*, 44 p.

AGENCE REGIONALE DE SANTE, 2017, *Guide pour la coordination des instituts et écoles de formation paramédicale des groupements hospitaliers de territoire en Ile-de-France*, 55 p.

CENTRE NATIONAL DE L'EXPERTISE HOSPITALIERE (CNEH), 2016, *La loi de santé, le décret GHT et ses impacts en matière de formation*, 45 p.

CONSEIL REGIONAL ILE-DE-FRANCE, 2016, *Schéma Régional des Formations Sanitaires et Sociales 2016-2022*, 54 p.

IGAS IGAENR, 2017, *Pour une meilleure intégration des formations paramédicales à l'université : mise en œuvre des mesures 5, 6 et 13 de la Grande Conférence de Santé*, 219 p. (66-68 et 72-74)

LE BOULER S., 2018, *Mission Universitarisation des formations paramédicales et de maïeutique : bilan intermédiaire de la concertation et propositions d'orientation*, rapport à Madame la Ministre des Solidarités et de la Santé et à Madame la Ministre de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, 68 p.

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR, DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION, 2018, *Dossier de presse : L'universitarisation des formations en santé*, 24 p.

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, 2016, *Grande conférence de la santé : Accompagner le progrès en santé : nouveaux enjeux professionnels*, 19 p.

### **Sitographie**

BOURDONCLE R., 2007, *Autour du mot universitarisation*, (en ligne), in Recherche et formation, n°54, (visité le 20.07.2018), disponible sur internet : <https://journals.openedition.org/rechercheformation/945>

DANIC I., 2006, *La notion de représentation pour les sociologues*, (en ligne), in RESO-Université de Rennes II, n°25, (visité le 20.07.2018), disponible sur internet [eso.cnrs.fr/fr/publications/eso-travaux-et-documents/n-25-decembre-2006.html](http://eso.cnrs.fr/fr/publications/eso-travaux-et-documents/n-25-decembre-2006.html)

FERNANDEZ A., 2018, *Les parties prenantes, l'autre stratégie*, (en ligne), (visité le 06.08.2018), disponible sur internet [www.piloter.org/startegie/theorie-parties-prenantes.htm](http://www.piloter.org/startegie/theorie-parties-prenantes.htm)

HERZLICH C., 1984, *La problématique de la représentation sociale et son utilité dans le champ de la maladie*, (en ligne), in Sciences sociales et santé, volume 2, n°2, pp. 71-84, (visité le 09.08.2018), disponible sur internet <https://www.persee.fr>

MULLENBACH A., 2007, *L'apport de la théorie des parties prenantes à la modélisation de la responsabilité sociétale des entreprises*, (en ligne), in *Revue des Sciences de Gestion*, 2007/1, n°223, 109-120, (visité le 20.07.2018), disponible sur internet <https://www.cairn.info/revue-des-sciences-de-gestion-2007-1-page-109.htm>

PITSEYS J, 2010, *Le concept de gouvernance*, (en ligne), in *Revue interdisciplinaire d'études juridiques* 2010/2, volume 65, 207-228, (visité le 20.07.2018), disponible sur internet [www.cairn.info/revue-interdisciplinaire-d-etudes-juridiques-2010-2-page-207](http://www.cairn.info/revue-interdisciplinaire-d-etudes-juridiques-2010-2-page-207)



---

## Liste des annexes

---

- Annexe n°1 : Guide d'entretien
- Annexe n°2 : Tableau récapitulatif des entretiens réalisés

## ANNEXE 1 :

### Guide d'entretien (incluant les questions de relance)

**Hypothèse 1** : *La bonne connaissance des représentations des parties prenantes sur la territorialité est un levier fort de la gouvernance que peut proposer le DS CGIF*

- 1) Quelle est votre définition de la « *gouvernance* » ?
- 2) Selon vous, dans le cadre des GHT, le modèle de gouvernance intégratif ou le modèle fédératif, favorise t-il l'adhésion des acteurs ?
- 3) Dans le cadre de projets partagés ou de mutualisations évoquées dans le cadre des GHT : avez-vous réalisé un diagnostic des organisations existantes ? Ce diagnostic a t-il été communiqué aux équipes pédagogiques et administratives ? Avez-vous ressenti des freins (en lien avec une histoire ? un vécu de fusion inter établissement ?) des inquiétudes ? des opportunités ? auprès de vos collaborateurs directs ? des équipes de formateurs ou des équipes administratives concernées par la mise en œuvre du GHT formation ?
- 4) Quelle est votre définition du terme « *parties prenantes* » ?
- 5) Quelles sont les représentations des acteurs de la formation sur ces modèles fédératif ou intégratif ? Des craintes ont-elles été exprimées ? En quels termes ?
- 6) Selon vous, les représentations des parties prenantes ont-elles un impact sur les projets de mutualisation des instituts ?
- 7) Prenez- vous en compte les représentations des parties prenantes dans votre gouvernance ?

**Hypothèse 2** : *L'universitarisation est un facteur de changement*

- 1) Selon vous, en quoi la mise en œuvre des GHT réinterroge-t-elle les organisations des instituts de formation ? Impacte t-elle la cartographie des instituts et des écoles sur votre territoire ?
- 2) Existait-il des collaborations, des coopérations antérieures à la mise en place des GHT ? sous quelle forme ? sont-elles remises en question ?

- 3) Le GHT est-il une véritable opportunité de décloisonnement entre établissements de santé et instituts de formation ? Si oui, en quoi ?
- 4) Assurez-vous la référence territoriale et la coordination des instituts du groupement ? Selon vous, passe t-on à un « *modèle fédératif* » ou à un « *modèle intégratif* » ? Quels sont les avantages et les inconvénients de chacun de ces modèles ? Vos relations avec vos collaborateurs et vos collègues directeurs des soins ont elles été modifiées depuis l'avènement des GHT (et si oui, en quoi ?)
- 5) Quelles réflexions portez vous sur l'intégration universitaire ? Quelle est la place, selon vous, des GHT dans une organisation universitaire ?

***Hypothèse 3 : La gouvernance par le DS-CGIF implique un travail collectif, entre les parties prenantes au GHT, de construction de représentations partagées sur la territorialité***

- 1) Selon vous, quels sont les enjeux de la coordination territoriale des formations initiales ?
- 2) En quoi les mutations en cours constituent elles une opportunité pour le DS ?
- 3) Comment imaginez-vous le rôle du directeur des soins dans gouvernance territoriale des instituts ? qu'est ce que la mise en œuvre des GHT a modifié dans vos missions, dans votre positionnement ? comment percevez-vous votre avenir ?
- 4) Avez vous l'expérience d'un projet pédagogique partagé de territoire ? Comment s'est déroulé ce projet de mutualisation ? Par quel biais avez-vous abordé le rapprochement entre les différentes équipes ?
- 5) Le projet pédagogique partagé de territoire est il un levier pour accompagner le changement ?
- 6) Votre mode managérial est il différent depuis la mise en place des GHT ? Pourquoi ? Qu'en pensent vos collaborateurs directs ?
- 7) Quels sont les leviers permettant l'adhésion des collaborateurs aux projets ?

**ANNEXE 2 :**

**Tableau récapitulatif des entretiens réalisés**

	ETABLISSEMENTS		GHT		INTERVIEWES		ENTRETIENS	
	Classe	Type	Etablissement support	Etablissement partie au GHT	Fonction	Ancienneté	Date & numéro de l'entretien	Enregistré O/N Durée
1	CH-A	GIP	A		DS-CGIF	3 ans	15 mars	N
2					CSS	1 an	28 février	N
3		CH			DS-CGS	5 ans	13 mars	N
4	CH-B	CHI	B		DS-CGIF	8 ans	30 mai n°1	O 57'22
5					CDS Formateur	13 ans	6 juillet n°4	O 39'04
6					DRH	8 ans	6 juillet n°5	O 42'55
7		CHI			CDS Formateur	10 ans	16 août n°7	O 43'53
8	CH-C	CHU	C		DS-CGS	10 ans	11 juin	N
9					CSS DS	?	31 mai	N
10					DS-CGIF	11 ans	14 juin n°3	O 51'02
11	CH-D	CH	D		DS-CGIF	8 ans	13 juillet n°6	O 51'47
12	CH-E	CH	E		DS-CGIF	3 ans	7 juin n°2	O 38'37
13	CH-F	CHU	F		DS-CGIF	18 ans	22 août n°8	O 85'32
14	CH-G	U	G		MCU-PH	8 ans	30 août n°9	N - Tél 25'
15					MCU-PH	2 ans	7 sept n°10	N - Tél 20'

SAUVÊTRE

Luc-Olivier

Décembre 2018

## Directeur des soins

Promotion Marie Curie – 2018

# Le directeur des soins, architecte de la réorganisation territoriale de la formation

### **Résumé :**

La mise en œuvre des groupements hospitaliers de territoire et l'accélération du processus d'universitarisation réinterrogent les organisations, la gouvernance et le pilotage des instituts de formation paramédicale, suscitant des interrogations et générant parfois craintes et incertitudes auprès des acteurs de la formation.

Dans ce contexte innovant de réorganisation territoriale, nous avons constaté au décours des entretiens que les questionnements portaient sur le sens de ces évolutions, sur les bénéfices pour les acteurs de la formation et les apprenants, sur la place et le devenir des cadres de santé formateurs et des directeurs des soins en charge des instituts paramédicaux dans cette nouvelle architecture.

Ces mutations constituent pour ces derniers un véritable défi à relever sur le plan stratégique, sur le plan managérial et opérationnel. Ainsi, notre intérêt s'est porté sur les représentations des parties prenantes au GHT et sur l'impact de celles-ci sur la gouvernance territoriale assurée par le Directeur des soins en charge de la coordination des écoles et des instituts de formation paramédicale.

### **Mots clés :**

« territoire », « universitarisation », « gouvernance », « formation », « coordination », « mutualisations », « représentations », « parties prenantes », « management », « changement »

*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.*