



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

DIRECTEUR DES SOINS
Promotion 2007

**La décentralisation des formations
sanitaires en région Nord-Pas-de-Calais
Un enjeu pour le directeur d'institut de
formation en soins infirmiers**

Thérèse Delattre

Remerciements

J'adresse mes vifs remerciements aux professionnels rencontrés lors des entretiens pour la qualité de leur accueil, leur disponibilité et la confiance qu'ils ont bien voulu me témoigner.

Je remercie particulièrement le Docteur Yves Benoit pour son écoute attentive, sa relecture patiente et son questionnement critique. Son soutien indéfectible m'a été précieux tout au long de la formation.

Et enfin, ma famille, mes amis, pour leur soutien et leur compréhension tout au long de cette année 2007.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1. DU CONTEXTE AU CONCEPT POUR UNE APPROCHE GLOBALE DU THEME.....	5
1.1. DECENTRALISATION ET INCIDENCES.....	5
1.1.1. Un mouvement ancien marqué de grandes étapes.....	5
1.1.2. Les incidences sur les instituts.....	9
1.2. ENJEUX DE LA FORMATION EN REGION NORD-PAS-DE-CALAIS.....	11
1.2.1. L'état des lieux des formations sanitaires.....	11
1.2.2. La formation, une réponse aux enjeux sanitaires et sociaux.....	12
1.2.3. La difficulté d'apprécier la capacité de l'appareil de formation à répondre aux besoins des employeurs.....	13
1.2.4. Des orientations pour une politique régionale des formations sanitaires et sociales.....	14
1.3. APPROCHE THEORIQUE DES DIFFERENTS ELEMENTS DE L'HYPOTHESE.....	15
1.3.1. Le management du directeur de l'institut.....	15
1.3.2. L'une des dimensions importantes de la fonction managériale : le projet d'école.....	17
1.3.3. L'accompagnement du changement.....	20
1.3.4. La démarche qualité et la certification.....	20
2. L' ENQUETE ET L'ANALYSE.....	23
2.1. L'ENQUETE.....	23
2.1.1. Le choix de la méthode d'enquête.....	23

2.1.2. La population ciblée.....	23
2.1.3. Le déroulement des entretiens.....	24
2.1.4. Les grilles d'entretien.....	24
2.1.5. Le traitement de l'information recueillie.....	25
2.1.6. Les points forts et limites de l'enquête.....	25
2.2. L'ANALYSE DESCRIPTIVE ET QUALITATIVE.....	25
2.2.1. Une présentation de la population des directeurs et des structures.....	25
2.2.2. La perception globale de la décentralisation.....	27
2.2.3. Les conséquences de la décentralisation sur le management de l'institut.....	33
2.2.4. Des perspectives pour l'avenir.....	45
3. REFLEXION AUTOUR DE LA VALIDATION DES HYPOTHESES ET PROPOSITIONS D'ACTION.....	47
3.1. DES HYPOTHESES MAJORITAIREMENT VALIDEES.....	47
3.2. DES PROPOSITIONS D'ACTION.....	49
3.2.1. Une ébauche de guide pratique pour appréhender la gestion budgétaire de l'institut.....	50
3.2.2. Une élaboration de tableaux de bord pertinents, adaptés à la situation.....	54
CONCLUSION.....	55

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

Liste des sigles utilisés

ANFH: Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier.

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

ASSEDIC: Association pour l'Emploi Dans l'Industrie et le Commerce.

AVS: Auxiliaire de Vie Sociale.

CAF: Caisse d'Allocations Familiales.

CEFIEC: Comité d'Entente des Formations Infirmières et de Cadres.

DATAR : Délégation à l'Aménagement du Territoire et à l'Action Régionale.

DDASS: Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale.

DGF: Dotation Globale de Fonctionnement.

DPAS : Diplôme Professionnel d'Aide Soignant.

DRASS: Direction Régionale de l'Action Sanitaire et Sociale.

ENSP: Ecole Nationale de Santé Publique.

GVT: Glissement Vieillessement Technicité

HEC: Hautes Etudes Commerciales

IFSI: Institut de Formation en Soins Infirmiers.

IFCS: Institut de Formation de Cadres de Santé

ISO : International Organisation for Standardization

MSA: Mutualité Sociale Agricole.

OPCA: Organisme Paritaire Collecteur Agréé.

ORS: Observatoire Régional de la Santé.

PARM: Permanencier Auxiliaire de Régulation Médicale.

PRDFP: Plan Régional de Développement de la Formation Professionnelle.

RMI: Revenu Minimum d'Insertion.

SRFSS: Schéma Régional des Formations Sanitaires et Sociales.

URIOPSS: Union Régionale Interfédérale des Organismes Sanitaires et Sociaux

VAE: Validation des Acquis de l'Expérience.

INTRODUCTION

Vingt ans après les lois «Defferre », une seconde vague de réformes est venue approfondir la décentralisation en France. La révision constitutionnelle du 28 mars 2003, souvent qualifiée « d'acte II de la décentralisation » a établi un certain nombre de changements. Cette étape s'est achevée par le vote de lois organiques dont celle du 29 juillet 2004 relative à l'autonomie financière des collectivités territoriales et de la loi du 13 août 2004 quant aux libertés et responsabilités locales.

Cette dernière loi donne un nouvel essor à la décentralisation. Elle détaille notamment les nouveaux transferts de compétences au profit des collectivités territoriales. Ces transferts interviennent en matière de développement économique, de transport, de logement, de santé.....et dans le domaine de la formation. Elle confère aux régions la compétence concernant certains secteurs de la formation para médicale.

Les instituts de formation en soins infirmiers connaissent actuellement une période importante de turbulences et de changements. Cette affirmation s'appuie sur plusieurs constats :

Sur le plan national, cette décentralisation entraîne de nouvelles relations entre les représentants de l'Etat, des régions, des instituts de formation, des établissements supports hospitaliers.... Un surcoût des formations transférées étant actuellement constaté, l'ensemble des régions a sollicité une révision du montant compensatoire. En effet, les conseils régionaux déclarent rencontrer des difficultés de financement face aux compétences transférées. Par ailleurs les textes réglementaires fixant les conditions de fonctionnement des instituts ont été modifiés. D'autres sont en cours de réflexion (programmes, référentiels de compétences). Des chantiers importants sont ouverts et mobilisent les acteurs tels que la Validation des Acquis de l'Expérience (VAE), le rapprochement avec l'université, le transfert de compétences..... Enfin la démarche de développement continu de la qualité, même si elle n'est pas encore obligatoire, devient incontournable, dans la perspective d'une certification des organismes de formation.

Sur le plan régional, le Nord Pas-de-Calais compte 23 instituts de formation en soins infirmiers (IFSI), 28 écoles d'aides-soignants soit au total au 1^{er} janvier 2004, 6 196 étudiants et 1 195 élèves¹. Elle occupe la troisième position au niveau national dans l'offre de formation infirmière après L'Ile de France et la Région Rhône-Alpes.

Ces instituts ont des statuts très différents. Ils sont adossés à un hôpital, à des associations, à l'éducation nationale. La Belgique limitrophe, a, par ailleurs développé une offre de formation

¹ KAROUTCHI R. *Le transfert des formations sanitaires et sociales*. p.24.

importante et attractive (pas de concours d'entrée pour les futurs étudiants, conditions de validation différentes). Cela constitue une possibilité d'emploi pour les professionnels formés.

Dans cet environnement concurrentiel, le Conseil Régional Nord Pas-de-Calais a commandé en 2006 un audit externe de l'ensemble des organismes formateurs (sanitaires et sociaux). Les résultats globalisés sont aujourd'hui connus des directeurs d'IFSI. L'analyse détaillée fait apparaître des écarts importants selon les responsables rencontrés au Conseil Régional. Par ailleurs, une étude prospective des besoins en professionnels, diligentée par la région est actuellement en cours de réalisation. La situation actuelle, effective, doit être connue, évaluée.

Sur le plan professionnel, le public « étudiants » est en évolution. Selon l'étude de la Direction de Recherche d'Etude et d'Evaluation de la Statistique de novembre 2006², la moitié d'entre eux bénéficie d'une aide financière. Ils veulent être acteurs, reconnus par l'appareil de formation. De même, ils souhaitent des changements au niveau des instances représentatives et des décisions les concernant.

En outre, lors des réunions à l'initiative du Conseil Régional, auxquelles j'ai assisté durant mon année de formatrice, j'ai pu constater un cloisonnement des instituts de formation. Il y a peu de projets communs, de partenariats ou de mutualisation des compétences. Un positionnement « défensif » de certains directeurs a parfois été observé. Ceux-ci craignent une possible recomposition de l'offre de formation, une éventuelle modification des conditions d'agrément des instituts et des directeurs. De même, ils sont confrontés aux inquiétudes et questionnements des équipes pédagogiques concernant leur devenir.

Dans quelques mois, je prendrai la direction d'un IFSI d'un quota de 115 étudiants dans la région Nord Pas-de-Calais. Aussi, le choix de mon thème de mémoire s'est rapidement imposé. Il me permet de me projeter dans mon nouvel exercice professionnel et de me positionner :

- sur l'actualité au regard de l'évolution du contexte réglementaire et de ses répercussions sur le terrain ;
- dans une appropriation de la dimension politique et stratégique du directeur d'institut de formation ;
- dans une dimension prospective pour la conception, la promotion d'un projet d'école novateur dans un environnement concurrentiel ;

² DANTANS, MARQUIER R. *Les étudiants en formations paramédicales en 2004*. p.7.

Les observations relatées ci-dessus me conduisent, dans ce contexte à m'interroger sur la question suivante :

En quoi la décentralisation des formations sanitaires constitue-t-elle un enjeu de la politique managériale du directeur d'IFSI ?

Cette question de départ sera le fil conducteur de mon travail pour lequel j'ai retenu quatre hypothèses :

- Première hypothèse: **la décentralisation des formations sanitaires conduit le directeur à réexaminer son projet d'école et à développer une stratégie adaptée à son environnement**
- Seconde hypothèse: **ce changement accélère le processus de développement de la qualité de la formation, enjeu pour la certification.**
- Troisième hypothèse : **cette situation nécessite un accompagnement des équipes dans le changement.** Expliquer, sécuriser, préciser la finalité de la nouvelle politique me semble indispensable.
- La dernière hypothèse concerne **la réforme du financement. La mise en place de budgets annexes clairement affectés, constitue pour le directeur une opportunité d'autonomie et de développement de nouvelles coopérations.**

Une première partie de synthèse (éléments bibliographiques, recherches, études prospectives, contexte réglementaire, définition de concepts) permettra de mieux cerner le cadre national, régional de la décentralisation, et sa déclinaison politique. Une description de l'évolution de la fonction et des missions du directeur d'IFSI vous sera également proposée.

Après avoir précisé les modalités de l'enquête sur le terrain, une deuxième partie exposera, analysera les informations recueillies lors d'entretiens avec des professionnels afin de tester, d'évaluer les hypothèses de travail.

La dernière partie s'appuiera sur l'analyse des résultats obtenus pour proposer des actions concrètes et les intégrer dans la réflexion plus générale, globale, de mon projet professionnel.

1. DU CONTEXTE AU CONCEPT POUR UNE APPROCHE GLOBALE DU THEME

1.1. DECENTRALISATION ET INCIDENCES

1.1.1. Un mouvement ancien marqué de grandes étapes

1.1.1.1. Un concept évolutif

Le sens du mot décentralisation a évolué au fil du temps. Il serait apparu au cours du XIXe siècle. La décentralisation était alors considérée depuis la révolution française comme une réaction au centralisme excessif de l'ancien régime. La définition donnée par le dictionnaire Le Littré en 1880 est à cet égard caractéristique :

« Décentralisation : action de détruire la centralisation. La décentralisation des pouvoirs, des affaires. Etat de choses opposé à la centralisation »

Centralisation : on désigne en général par centralisation un régime qui soumet la gestion des intérêts locaux à la direction ou au contrôle de l'autorité centrale ou de ses agents immédiats »

Aujourd'hui la décentralisation a un sens différent bien que complémentaire. Le dictionnaire Robert la définit ainsi :

« Décentralisation administrative : par laquelle la gestion administrative d'une région est remise à des autorités locales élues (et non à des agents nommés par le pouvoir central) »

Sur le site de l'Assemblée Nationale en date du 10 juillet 2006³ :

« La décentralisation vise à donner aux collectivités locales des compétences propres, distinctes de celles de l'Etat, à faire élire leurs autorités par la population et à assurer ainsi un meilleur équilibre des pouvoirs sur l'ensemble du territoire. La décentralisation rapproche le processus de décision des citoyens favorisant l'émergence d'une démocratie de proximité ».

La décentralisation ne doit pas être confondue avec la déconcentration. *« Celle-ci consiste aussi en une délégation de compétences à des agents ou organismes locaux mais appartenant à l'administration d'Etat. A la différence de la décentralisation, ils sont soumis à son autorité et ne disposent d'aucune autonomie »*⁴

³ Assemblée Nationale, 10 juin 2006. *La décentralisation (1789-2006)*. Disponible sur Internet.

⁴ BOEUF J.L. MAGNAN M. *Les collectivités territoriales et la décentralisation* p.39

1.1.1.2. Une étape préparatoire vers une démocratie de proximité

Il me semble important, pour une bonne compréhension de la décentralisation, de dresser un bref historique de cette période et de ses principales évolutions⁵. En effet, le long processus qui a conduit à la création des Régions, entités juridiques support de cette décentralisation à débuté sous la Révolution française.

➤ **Le découpage territorial de la France (1789 - 1790)**

En 1789, l'Assemblée constituante examine les modalités d'un nouveau découpage territorial de la France alors composée de provinces. Le 26 février 1790, elle crée 83 départements en respectant autant que possible les limites des anciennes provinces. La loi du 14 décembre 1789 institue la commune comme structure administrative de base de l'organisation administrative française. Elle fixe à 44 000 le nombre de communes correspondant le plus souvent aux anciennes paroisses.

➤ **l'héritage jacobin (1791)**

La Constitution du 3 septembre 1791 dispose : « *Le Royaume est un et indivisible : son territoire est distribué en quatre vingt trois départements, chaque département en districts, chaque district en cantons* »

Sous la Convention, les députés Girondins partisans d'une assez large décentralisation s'opposent aux Jacobins, tenants d'une République unitaire. Ces derniers supprimeront les conseils de département et transféreront leurs attributions à 84 des administrations directement contrôlées par le Comité de Salut public.

➤ **la création de la fonction préfectorale (1800)**

La loi du 28 pluviôse an VIII (17 février 1800) crée la fonction de préfectorale. Nommés et révoqués par le Premier Consul, puis par l'Empereur, les préfets constituent l'unique exécutif du Département.

➤ **les bases de la démocratie locale (1871- 1884)**

Les lois du 10 août 1871 (élection au suffrage universel du conseil général) et du 5 avril 1884, grande loi municipale (élection du maire par le conseil municipal, reconnaissance de l'autonomie communale) jettent les bases de la démocratie locale, en définissant les principes généraux d'organisation, de tutelle et de compétences des communes. Commune et département acquièrent ainsi le statut de collectivités territoriales.

⁵ Assemblée Nationale, 10 juin 2006. *La décentralisation (1789-2006)*. Disponible sur Internet

➤ la naissance de l'aménagement du territoire (1950)

Dans le contexte des 30 glorieuses, le pays connaît une forte croissance démographique et urbaine en région parisienne et dans les métropoles. La prise de conscience des méfaits de la centralisation se traduit par l'application d'une politique favorable à une meilleure répartition des activités sur l'ensemble du territoire. On cherche à susciter l'implantation en province d'activités économiques, industrielles et tertiaires. Dans cette optique la direction de l'aménagement du territoire au ministère de la reconstruction est instituée par Eugène CLAUDIUS-PETIT en 1950. Les nécessités économiques contraignent les pouvoirs publics à instituer des circonscriptions plus grandes que les départements. A partir de ceux-ci, « 21 régions de programme » sont créées en 1956⁶ accompagnées de la mise en place du premier système d'aide au développement régional. Elles seront remplacées en 1960 par des circonscriptions d'action régionale, cadres géographiques de la coordination administrative assurée par les préfets⁷. Le 14 février 1963 est créée la Délégation à l'Aménagement du territoire et de l'Action Régionale (DATAR). L'aménagement du territoire est en termes de développement le corollaire de la décentralisation. Une politique ambitieuse de délocalisation de 400 000 emplois vers la province est menée de 1955 à 1975.

➤ la lente émergence des régions (1960 -1980)

Les régions apparaissent tardivement dans le paysage administratif français en tant que collectivités administratives de l'Etat. Elles sont véritablement nées dans les années 1960 s'ajoutant aux deux autres niveaux existants, la commune et le département. Le décret du 14 mars 1964 installe 21 préfets de région chargés de mettre en œuvre la politique du gouvernement concernant le développement économique et l'aménagement du territoire de sa circonscription. Le concept de région administrative voit le jour.

Si la tradition de centralisation reste longtemps dominante, les prémices d'une autre répartition et d'un autre exercice des pouvoirs de la République existent. Ainsi, le général De Gaulle, souligne le 26 mars 1968⁸ : « *l'évolution générale porte en effet sur un équilibre nouveau. L'effort multiséculaire de centralisation, qui lui fut longtemps nécessaire pour réaliser et maintenir son unité malgré les divergences des provinces qui étaient successivement rattachées ne s'impose plus désormais. Au contraire, ce sont les activités régionales qui apparaissent comme les ressorts de sa puissance économique de demain* »

L'échec au référendum du 27 avril 1969 sur les régions et la réforme du Sénat marquera une pause dans le processus de régionalisation. Sur le plan juridique, la loi du 5

⁶ BONNARD M. *Les collectivités locales en France*. p. 9.

⁷ VITAL-DURAND E. *Les collectivités territoriales en France*. p. 20.

⁸ DE GAULLE C. *Discours d'inauguration de la 50^{ème} foire internationale de Lyon*.

juillet 1972 met en place les 22 régions et les érige en établissement public. Ils sont pourvus de deux assemblées : le conseil régional et un Comité économique et social. Le préfet de région détient le pouvoir exécutif. La loi du 3 janvier 1979 institue la Dotation Globale de Fonctionnement (DGF).

1.1.1.3. Les deux grands actes de la décentralisation

En France, la décentralisation a été assez tardive car la tradition centralisatrice est très ancienne, ancrée dans les pratiques. Autre caractéristique française : l'émiettement communal (36 783 communes) qui a une forte incidence sur l'organisation territoriale.

➤ **Acte I : le transfert des pouvoirs**

Promulguée par F. Mitterrand dès le début de son 1^{er} septennat, la loi du 2 mars 1982, relative aux droits et libertés des communes, des départements lance la décentralisation.

La décennie 1980 sera surtout marquée par la mise en œuvre des lois Defferre (Ministre de l'intérieur) de 1982 et 1983. La loi du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, départements, régions, est l'une des grandes réformes institutionnelles de ces vingt dernières années. Elle est marquée par trois avancées majeures⁹ :

- La suppression de la tutelle administrative et la mise en application du principe de libre administration. La tutelle est allégée. Elle n'exerce plus de contrôle à priori sur l'opportunité des actes des collectivités mais à posteriori et uniquement sur leur légalité ;
- Le transfert du pouvoir exécutif au département et à la région. Celui-ci sera désormais exercé par les présidents des conseils généraux et régionaux ;
- La transformation de la région en collectivité territoriale. Elle place les régions sur le même plan que les communes et département consacrant ainsi trois niveaux de collectivités territoriales.

Depuis 1982 une trentaine de lois sont venues compléter le droit français pour clarifier ou amplifier le dispositif de décentralisation.

➤ **Acte II : la réforme constitutionnelle**

Réforme de grande ampleur, la décentralisation a été annoncée par le 1^{er} ministre JP Raffarin dès sa déclaration de politique générale le 3 juillet 2002. Destinée à « *bâtir une République des proximités, unitaire et décentralisée* », cette réforme consacre l'existence des régions et reconnaît aux collectivités territoriales, des compétences élargies. Cette « *organisation décentralisée de la République* » va de pair avec la volonté du Gouvernement de

⁹ BOEUF J.L., MAGNAN M. *Les collectivités territoriales et la décentralisation*. p.40.

réaliser une réforme de l'Etat. Il s'agit en effet pour l'Etat de « *se recentrer sur ses missions essentielles* ».

Alors que la décentralisation avait été mise en œuvre en 1982 dans le cadre de lois ordinaires, la réforme initiée en 2003 va dans le sens d'un approfondissement de la décentralisation, avec révision constitutionnelle. En effet la loi du 28 mars 2003 implique un certain nombre de changements. Elle :

- établit que « *l'organisation de la République est décentralisée* » (art.1^{er}) ;
- élève la région au rang constitutionnel de collectivité territoriale (art.72) ;
- pose le principe de l'autonomie financière des collectivités (art.72-2) ;
- proclame le droit à l'expérimentation pour les collectivités (art. 72) ;
- institue le référendum décisionnel local et le droit de pétition pour les électeurs (art.72.1)

Une seconde étape s'ouvre avec la publication de trois lois organiques précisant les modalités d'organisation des référendums décisionnels locaux (du 1^{er} août 2003), de l'expérimentation (du 2 août 2004) et de l'autonomie financière des collectivités territoriales (du 29 juillet 2004).

Enfin la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales précise les nouveaux transferts de compétences, effectifs pour la plupart à compter du 1^{er} janvier 2005¹⁰. Le rôle de la région est clairement affirmé dans les domaines du développement économique, de la planification, de l'aménagement du territoire, des transports... Des missions importantes lui sont notamment confiées en matière de formation et d'enseignement : la Région définit et met en œuvre une politique en direction des jeunes et des adultes à la recherche d'un emploi ou d'une orientation professionnelle.

1.1.2. Les incidences sur les instituts

1.1.2.1. Un domaine d'intervention partagé entre la Région et l'Etat

La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales définit les conditions de transfert des formations sanitaires et sociales aux Régions. En ce qui concerne le domaine sanitaire, (établissements publics et privés), les compétences de la Région s'appliquent :

- à la répartition des quotas et des capacités d'accueil entre les établissements de formation ;
- à l'autorisation de leur création et le fonctionnement des instituts de formation ;
- à l'agrément de leur direction ;

¹⁰ Annexe 1 : Extrait de BOEUF JL., MAGNAN M. *Les collectivités territoriales et la décentralisation*. p. 31 à 34.

- au financement des établissements publics et privés à hauteur des fonds antérieurement engagés par l'Etat.

Les dispositions de cette loi concernent les 21 professions paramédicales, qu'elles soient réglementées ou non¹¹.

L'Etat définit les grandes orientations, fixe par métier les quotas d'étudiants aux niveaux national et régional, après avis des Conseils régionaux. Il définit les programmes de formation, l'organisation des études, les modalités d'évaluation des étudiants ou élèves et délivre les diplômes. Il a un droit de regard sur la création d'institut et l'agrément des directeurs par le représentant de l'Etat en Région.

1.1.2.2. Un montant compensatoire du transfert de compétences contesté

Depuis 2004, il est demandé aux établissements supports des instituts de formation de créer une nouvelle lettre budgétaire « C » affectée au budget annexe retraçant les charges et produits des écoles de formation des professionnels paramédicaux et sages femmes¹². Pour l'exercice 2005, et par dérogation, le budget annexe des instituts de formation a pu bénéficier d'une subvention d'équilibre du budget général¹³. Cette dérogation a depuis été reconduite d'année en année faute d'accord sur les montants financiers à transférer.

Le financement des instituts relève donc, dorénavant de la compétence de la Région. Les hôpitaux, gestionnaires d'instituts ont procédé au « débasage » des sommes correspondantes au fonctionnement des instituts. Ces sommes sont transférées par l'Etat à la Région.

Dans ce contexte, de nombreuses régions (dont le Nord Pas de Calais) ont réalisé des audits financiers afin d'obtenir un réel état des lieux. Les résultats de ces audits ont mis en évidence une difficulté à cerner la situation financière des instituts de formation, des disparités d'une région à l'autre mais aussi (comme dans le Nord Pas de Calais) d'un établissement à l'autre.

Cette question des transferts financiers de l'Etat aux Régions fait actuellement l'objet d'âpres discussions. Les régions se préoccupent du surcoût occasionné. Certains élus ont dénoncé les faiblesses du mécanisme de compensation de ce transfert¹⁴ : Les charges leur semblent avoir été systématiquement sous-évaluées. Par ailleurs, l'Etat avait engagé un plan prévoyant 3000 diplômés supplémentaires par an. La première étape se déroulait en 2002 et la troisième en 2004. La compensation n'était pas initialement prévue¹⁵. Lors des premières

¹¹ Annexe 2 : Liste des professions paramédicales règlementées et non règlementées.

¹² Circulaire DHOS-F2/F4 n°416 du 1^{er} septembre 2004.

¹³ Décret n° 2005-723 du 29 juin 2005 Art. 2.

¹⁴ KAROUCHI R. *Le transfert des formations sanitaires et sociales*. p. 28.

¹⁵ CHEVREUL P. *La mise en œuvre des transferts aux régions des formations sanitaires et sociales*. p.21.

assises de la décentralisation des formations sanitaires et sociales¹⁶, Martin MALVY, président du conseil Régional Midi-Pyrénées précisait: « *le compte n'y est toujours pas* »; Il redoutait que les nouvelles compétences transférées aux régions sans moyens correspondants, ne pénalisent le financement d'autres politiques régionales, voire pour certaines leur suppression.

1.2. ENJEUX DE LA FORMATION EN REGION NORD PAS-DE-CALAIS

1.2.1. L'état des lieux des formations sanitaires

L'offre de formation sanitaire est difficile à appréhender : variété des financements (région, association pour l'emploi dans l'industrie et le commerce (ASSEDIC), organisme paritaire collecteur agréé (OPCA), employeurs, particuliers....) et organisation différente des structures formatrices. Les enseignements sont dispensés dans les lycées, un réseau d'écoles et d'instituts spécialisés à caractère public ou privé. La population accueillie est variée : personnes en formation initiale, stagiaires de formation professionnelle, salariés en reconversion.... En 2003/2004, 4000 personnes environ étaient en année terminale de formations allant du niveau V (aide-soignant, auxiliaire de puériculture..) au niveau III (infirmier...). L'offre régionale est très diversifiée avec 21 formations décentralisées (spécialisations incluses). Seule, celle d'audioprothésiste n'est pas représentée, les étudiants intéressés s'orientant de façon préférentielle vers Bruxelles. Le recrutement est essentiellement régional (86% en moyenne). Les écoles d'ergothérapie, de psychomotricité, plus rares ont un recrutement national.

Dans la région, 81 écoles et instituts accueillent approximativement 10 000 élèves toutes spécialités confondues dont la plupart souhaite être infirmier¹⁷. Pour rappel, le quota fixé à 2 527 se répartit entre 23 instituts ou écoles. La couverture territoriale en est disparate avec une forte concentration sur la métropole lilloise¹⁸. A rappeler l'offre francophone belge qui accueille de nombreux français, en particulier du Nord Pas de Calais. Ce choix s'explique par des modalités différentes d'accès aux enseignements : absence de quotas ou de capacités d'accueil. L'instauration récente d'un recrutement réglementé, sur concours, à finalité restrictive, limitative, touche principalement les masseurs kinésithérapeutes, les infirmiers, les ergothérapeutes et orthophonistes – d'où un paramètre supplémentaire à prendre en considération.

¹⁶ A l'initiative de l'Association des Régions de France le 10 mars 2006 à Toulouse

¹⁷ Extrait du : *Schéma Régional des Formations tout au long de la vie.*

¹⁸ Annexe 3 : Carte 1 : *Profession paramédicale de sage femme. Répartition des centres de formation en fonction du statut du gestionnaire.* Carte 2: *Profession aide-soignante. Répartition des centres de formation en fonction du statut du gestionnaire.*

1.2.2. La formation, une réponse aux enjeux sanitaires et sociaux

La région Nord Pas de Calais connaît des problèmes de santé publique importants corrélés à des difficultés sociales. Un certain nombre d'indicateurs socio-économiques défavorables¹⁹ en attestent :

- l'espérance de vie des habitants est inférieure de 3,1 ans pour les hommes et de 1,9 ans pour les femmes par rapport à la moyenne nationale.
- La surmortalité régionale estimée globalement à 30 % est notamment liée aux cancers, maladies cardio-vasculaires, cirrhoses avec des disparités infrarégionales importantes.
- La mortalité prématurée (avant 65 ans) est anormalement élevée.
- Le revenu fiscal médian par personne est le plus faible en France métropolitaine.
- le taux de chômage demeure très élevé, nettement supérieur à la moyenne nationale : 12,5% en juillet 2006 (8,9% en France). Le chômage en Nord-Pas-de-Calais touche particulièrement les jeunes et sa durée moyenne importante.

Enfin d'autres indicateurs illustrent le cumul important des difficultés sociales de la population : le nombre d'allocataires du revenu minimum d'insertion (RMI) représentait près de 6% de la population régionale des 25/60 ans en juin 2006 (4,5% au niveau national). La proportion de la population de moins de 65 ans couverte par l'Allocation Parent Isolé était en 2003, près de deux fois plus élevée que le taux national²⁰.

L'offre de soins y est inférieure à la moyenne nationale comme en témoignent les densités de lits hospitaliers en court séjour, soins de suite et psychiatrie nettement inférieures à la moyenne nationale. Ces lits sont inégalement répartis sur le territoire.

Par ailleurs, un déficit important de médecins spécialistes (notamment ophtalmologues, psychiatres, radiologues, chirurgiens...) limite l'offre de soins et entraîne une charge de travail accrue pour ceux qui exercent. Ce déficit se répercute aussi sur les professions para médicales dont l'activité et les responsabilités se trouvent renforcées.

Le recours au système de santé présente des particularités : les consultations chez le généraliste sont les plus fréquentes de France alors que celles des spécialistes, bien qu'en progression demeurent inférieures à la moyenne nationale²¹. Le recours aux soins est plus tardif. De même, on note un manque de suivi dans les démarches de santé, ou dans le parcours de soin notamment pour les publics en situation de précarité.

¹⁹ DRASS Nord Pas de Calais. *Inventaire préalable à l'élaboration du plan régional de santé publique*. p.36.

²⁰ Caisse d'allocations Familiales

²¹ TARTAR C., LEON O. *Santé et recours aux soins en Nord-Pas-De-Calais*. p.4.

Si le Nord Pas de Calais demeure la région la plus jeune en France métropolitaine avec 28% des habitants de moins de 20 ans, (trois points de plus que la moyenne nationale), il n'en connaît pas moins un certain vieillissement. Ainsi, le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus a augmenté de 17% pendant la période 1999-2004 (1,8% dans la population totale). Cette évolution de la structure démographique met en évidence l'émergence de populations sollicitant fortement et assidûment les services sociaux et de soins en raison de leur isolement, de leur dépendance et des pathologies lourdes pouvant accompagner le vieillissement.

Les professionnels devront développer des compétences nouvelles pour être en capacité de prendre en charge le vieillissement physique et psychique compte tenu de l'actuelle offre quantitative de soins. Certaines professions seront plus sollicitées : aides soignants, masseurs kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes. A noter que le rapport BERLAND²² évoque les possibilités de transferts de compétences ou déléation de tâches des médecins vers les infirmiers, des ophtalmologues vers les orthoptistes, des radiologues vers les manipulateurs en radiologie.... Cela nécessite de repenser la prise en charge des patients, de modifier le positionnement des médecins et des professions paramédicales, avec pour ces dernières une formation complémentaire²³.

Au cours de la même période, les taux de fécondité, natalité (7,1% des naissances en 2005) demeurent supérieurs à la moyenne nationale. Il semble donc important de maintenir l'effort en matière de services destinés à la petite enfance.

Quel que soit le domaine, sanitaire ou social, la population souhaite conserver ses repères, ses habitudes, ses relations, dans un cadre de proximité. Cela rejoint et conforte le choix des pouvoirs publics : le maintien à domicile. La formation de professionnels, de personnels de qualité s'impose, devient une nécessité.

1.2.3. La difficulté d'apprécier la capacité de l'appareil de formation à répondre aux besoins des employeurs

Les résultats des audits menés sur l'ensemble des instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) ont conduit à plusieurs constats :

- une difficulté pour certains instituts à atteindre les quotas d'entrées malgré l'organisation de deux épreuves de sélection ;
- un taux important de départs anticipés de formation (29%).

Des hypothèses ont été émises :

- d'un détournement de la formation initiale infirmière au profit de l'obtention du Diplôme Professionnel d'Aide Soignant (DPAS) ;

²² BERLAND. *Coopération des professionnels de santé : transfert des tâches et de compétences*. p.56.

²³ Dr. BROUCHET J. *Déléation et transfert des compétences*. p.7.

- d'une diminution de la sélectivité à l'entrée liée à l'augmentation des quotas en particulier entre 1999 et 2001 ;

Dans ce contexte, la région a diligenté :

- une recherche action auprès d'étudiants ayant interrompu leur formation sur leurs motifs d'abandon. Cette recherche a été menée par des étudiants de master 2 « stratégies et développement social » de l'université Lille 3. Les résultats ont été présentés au comité de pilotage de juin 2007.
- Une étude auprès des employeurs potentiels permettant de cerner avec précision les besoins en recrutements actuels et futurs de professionnels. Les résultats seront connus en décembre 2007.

A signaler la décision des élus d'accorder la gratuité de la formation aide-soignant aux élèves prenant en charge leurs études. Il s'agit majoritairement de jeunes issus de la voie scolaire et de demandeurs d'emploi.

1.2.4. Des orientations pour une politique régionale des formations sanitaires et sociales

Le Schéma Régional des Formations Sanitaires et Sociales (SRFSS), a été adopté en séance plénière les 22, 23 et 24 novembre 2006. Sa finalité est de contribuer à la qualité des services sanitaires et sociaux offerts à la population régionale. Trois grands enjeux apparaissent :

- la satisfaction des besoins en recrutement du secteur sanitaire et social des territoires.
Les deux principaux objectifs sont :
 - dimensionner et structurer l'offre régionale de formations sanitaires et sociales en fonction des besoins anticipés par profession paramédicale ou sociale ;
 - veiller aux équilibres inter et infra régionaux de l'offre et accompagner les projets locaux de santé et d'action sociale.
- la construction des parcours individuels de formation et la sécurisation des trajectoires, déclinée en six objectifs :
 - équilibrer et mettre en cohérence les voies et filières de formation ;
 - décloisonner les formations sanitaires et sociales ;
 - promouvoir le développement de la Validation des Acquis de l'Expérience (VAE) ;
 - « qualifier » le système d'information et d'orientation relatif aux professions sanitaires et sociales ;

- faciliter la mobilité et la promotion professionnelles des travailleurs sociaux et de santé ;
 - garantir l'égalité des chances et rendre les aides plus équitables .
- la professionnalisation des intervenants et des services se décline en deux objectifs :
- développer la qualification et/ou les compétences des professionnels pour accompagner l'évolution des métiers et des pratiques professionnelles ;
 - accompagner la reconnaissance et la professionnalisation d'activités nouvelles ou en cours de structuration en particulier dans le secteur social.

Des moyens d'action ont été déterminés au regard de ces objectifs ainsi que des conditions de réussite.

1.3. APPROCHE THEORIQUE DES DIFFERENTS ELEMENTS DE L'HYPOTHESE

1.3.1. Le management du directeur de l'institut

➤ **Une assise réglementaire**

Le décret n° 2002-505 du 19 avril 2002 portant statut particulier de directeur des soins de la fonction publique hospitalière fixe les modalités de recrutement, de titularisation, d'avancement et les missions du directeur des soins. L'article 5 du décret précise notamment : « *le directeur des soins, directeur d'institut de formation est nommé par le chef d'établissement. Il est responsable sous l'autorité de ce dernier de la conception du projet pédagogique...du fonctionnement général de l'institutIl participe à la gestion administrative et financière de l'institut et à sa gestion des ressources humaines.* ».

➤ **Une fiche de poste dans le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière**

Les activités principales du directeur d'institut de formation en soins, management et pédagogie et activités paramédicales y sont définies²⁴. Elle précise en particulier « *la formalisation du dispositif de formation...le pilotage et le contrôle des projets concernant ce dispositif..., le management et la supervision des équipes pédagogiques et logistiques ..la gestion prévisionnelle des compétences de l'équipe pédagogique* ».

➤ **Une posture de dirigeant**

Lors de notre formation à l'École Nationale de Santé Publique (ENSP), nous avons été invités à réfléchir en groupe sur les représentations du métier de dirigeant. Parmi les multiples

²⁴ Annexe 4 : Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière

éléments rassemblés, j'en ai sélectionné certains qui me semblent représentatifs de cette posture :

- savoir utiliser de façon optimale les ressources (équité, axes prioritaires...);
- passer de la notion de gestion des personnels à la gestion de personnes ;
- prendre des risques qu'il faut savoir mesurer ;
- construire une communication pour disposer de l'information utile à la prise de décision (confiance, reconnaissance de l'encadrement...);
- s'inscrire dans un réseau d'appartenance pour lutter contre la solitude du dirigeant ;
- s'engager sur des résultats ;
- être en veille sur les pratiques professionnelles et de formation ;
- traduire des politiques ;
- savoir anticiper.

Pour Philippe GABILLIET²⁵ professeur affilié à l'Ecole Supérieure de commerce de Paris et consultant en management, anticiper c'est être capable de :

- ressentir et décider en situation d'incertitude ;
- de repérer les indices du futur dans les situations présentes ;
- d'imaginer les liens pouvant s'établir demain entre les acteurs et les phénomènes ;
- de visualiser par avance les avenir possibles.

Mais c'est aussi de disposer de capacités et de qualités :

- être cohérent ;
- posséder des capacités d'adaptation, de discernement importantes ;
- savoir se distancier des événements ;
- savoir établir des liens pour faciliter la communication et travailler ensemble ;
- s'imposer sur des contenus plutôt que sur un statut ;
- faire preuve de rigueur ;
- disposer d'une force de conviction ;
- rester humble et à l'écoute ;
- savoir interpeller ;
- être capable de dire non.

Pour conclure la fonction prend toute son importance sous le regard de l'autre. Pour cela, il est nécessaire qu'elle soit positionnée, comprise, partagée.

²⁵ GABILLIET P. *Savoir anticiper, les outils pour maîtriser son futur*. p.72.

1.3.2. L'une des dimensions importante de la fonction managériale : le projet d'école.

1.3.2.1. Le concept de projet

L'actualité de l'entreprise, la vie politique et sociale regorgent de projets. On parle de projet en toutes occasions : orientation, développement, insertion, aménagement, personnel, de formation. Le sujet semble inépuisable mais peut-être faut-il y entendre la volonté de l'individu de maîtriser son futur.

Jean Pierre BOUTINET²⁶ rappelle que les Grecs et les Latins ignoraient dans leur vocabulaire ce qui correspond au sens actuel du projet. «*Le terme de projet, apparaît, semble-t-il, de façon régulière dans le courant du XVe siècle sous les deux formes de pourjet et de project. Il a alors des connotations d'aménagement spatial en lien avec l'étymologie latine du verbe projicio (projeter, expulser) ».*

Dans l'usage courant, comme dans la littérature managériale, le projet est parfois purement et simplement réduit à la notion de but. Pour le dictionnaire LAROUSSE, avoir un projet c'est « *ce que l'on a l'intention de faire* ». Projeter c'est donc vouloir quelque chose.

Pour Lionel BELLENGER directeur du groupe Centor-Idep, maître de conférence HEC et intervenant à l'Ecole Polytechnique et Marie Josée COUCHAERE²⁷, diplômée de l'Enseignement Supérieur et de l'Université, consultante en management « *le projet s'inscrit dans un courant de pensée qui prône l'autonomie, le volontarisme, le goût pour l'action* ». Pour ces auteurs, le concept de projet relève d'un champ d'investigation : celui des « *conduites d'anticipation* ». Il s'agit bien là du cœur du problème : peut-on anticiper le futur, maîtriser les événements Ces auteurs insistent sur trois axes fondamentaux du concept projet :

- La recherche de sens : « *la mise en projet a la volonté première d'exprimer une intention pour chacune des initiatives et d'expliquer la valeur qu'on attribue à leur mise en œuvre* ». Pour Lionel BELLENGER, un sens recherché bien exprimé est capable d'affermir le mental au point de mobiliser et de donner un peu plus de sécurité personnelle et donc de confiance en soi.
- L'anticipation : pour les auteurs, le projet crée les conditions d'un véritable apprentissage de l'anticipation. « *Dans un monde en perpétuel changement, l'avantage ira à ceux capables d'anticiper. Anticiper c'est agir en fonction du futur désiré, c'est se projeter*

²⁶ BOUTINET J.P. *Anthropologie du projet*. p.128.

²⁷ BELLENGER L., COUCHAERE M.J. : *Animer et gérer un projet, un concept et des outils pour anticiper l'action et le futur*. p.89.

dans l'avenir pour en apprivoiser les contours et poser des repères ». Il en va de la maîtrise de changements orientés, choisis et non subis.

- L'autonomie : donner un sens, fixer un objectif, définir un cadre rend possible une liberté d'action orientée, donc une chance pour plus d'autonomie.

Ces fondements du projet permettent de « *réconcilier efficacité et motivation*²⁸ ».

1.3.2.2. Le projet d'école en institut de formation

Les fondements théoriques présentés ci-après reposent essentiellement sur les travaux de Madame Marie Odile GALAND conseillère pédagogique de la région Pays de la Loire²⁹, de Monsieur Patrice LOMBARDO³⁰, directeur des soins promotion 2005 et sur une méthodologie du projet d'école définie par l'Education Nationale³¹.

En effet le projet d'école ne repose sur aucun texte législatif ou réglementaire. Il reste à l'initiative du directeur d'institut :

- **Les préalables au projet d'école**

Reposent sur trois déterminants fondamentaux :

L'analyse de la situation environnementale

Elle doit permettre de prendre en compte :

- les données significatives du bassin de vie dans lequel s'inscrit l'école : contexte démographique, emploi, caractère rural ou urbain, proximité d'une frontière, environnement culturel, zone sensible, contrat local de sécurité... ;
- les orientations prioritaires du projet de territoire défini par le Schéma Régional d'Orientation Sanitaire de 3^{ème} génération (SROS). Il s'agit de répondre au mieux aux besoins actuels et futurs en termes d'exigences de santé de la population, de formation et d'employabilité des professionnels ;
- une réflexion sociologique sur l'évolution du public étudiant (situation financière, culture de l'instantanéité, difficultés de structuration des écrits...) et un questionnement sur les attentes des employeurs et des usagers en termes de compétence de ces professionnels .
- le contexte des réformes : décentralisation des formations sanitaires, évolution des métiers, modification des textes réglementaires sur le fonctionnement des instituts, rapprochement avec l'université, VAE.....

²⁸ BELLENGER L, COUCHAERE M.J. *Animer et gérer un projet : un concept et des outils pour anticiper l'action et le futur*. p.123.

²⁹ GALAND M O : cours ENSP. *Le projet d'école*.

³⁰ LOMBARDO P – Mémoire de l'École Nationale de Santé Publique - 2005.

³¹ Education Nationale. *Projet d'école*. Juillet 2007. Disponible sur internet.

- les orientations du SRFSS

Le diagnostic de l'existant, une analyse :

- de la démographie des étudiants : provenance, cursus scolaire ou professionnel antérieur, bénéficiaires de bourses.... ;
- de l'équipe de formateurs : expériences antérieures, qualifications, expertises, cursus universitaires, conduite de projets, participation à la formation continue, nombre de « faisant fonction », stabilité de l'équipe.... ;
- du secrétariat : nombre, qualification, ;
- des liens avec les terrains de stage : nature, projet en commun ou absence, échanges.

Le rôle du directeur de l'institut

Il a un rôle déterminant dans la conduite du projet d'école et des projets qui en découlent. Son positionnement de responsable, de dirigeant (explicité en 1.3.1.) est indispensable. Sa conception de la fonction fondée sur l'expérience, ses valeurs professionnelles, l'éthique lui permettent de prendre en compte les tendances actuelles et à venir pour construire un projet adapté, actualisé régulièrement.

➤ La construction du projet d'école³²

Repose sur sept points fondamentaux

- l'école elle-même : type de formations dispensées, orientation pédagogique (connaissances, compétences, enseignement supérieur orienté sur le comportement de l'apprenant en situation professionnelle). Ce choix entraîne une logique ultérieure de formation des formateurs, du type d'évaluation, de validation de l'apprentissage
- les valeurs : l'accord d'équipe prime, nécessite parfois du temps. Le directeur est le garant de la cohérence entre les valeurs affichées et leur concrétisation au quotidien ;
- la finalité de la formation : elle pose la question du profil des professionnels à former. Il est nécessaire de s'appuyer sur un référentiel faisant l'objet d'un consensus au sein de l'équipe pédagogique ;
- les fonctions et les missions : au-delà de la fonction réglementée, quelle est la place de l'institut en tant que lieu d'échanges, de communication, de débat ?
- les principes pédagogiques : nécessité d'avoir un référentiel pédagogique clair pour que l'équipe puisse se situer et définisse la conception de l'apprenant et des modes d'apprentissage ;

³² GALAND M.O., cours ENSP. *Le projet d'école.*

- les dispositifs pédagogiques : c'est poser la question du type de cours proposés, des travaux de groupe, de la définition du suivi pédagogique ou du travail de fin d'études, des modalités de mise en œuvre de l'alternance ;
- les instances : une présentation du projet d'école en conseil pédagogique permet d'exposer les axes politiques et stratégiques .

1.3.3. L'accompagnement du changement

L'organisation peut être comprise dans l'action des différents acteurs qui la composent. Dans une équipe, les membres s'insèrent, structurellement, autour de finalités, de rôles, de statuts déterminés. Cela constitue un système dans lequel chaque acteur élabore une stratégie personnelle dont le but est d'accroître son pouvoir, et dont les modalités dépendent de ses valeurs et des moyens d'influence dont il dispose.

En sociologie des organisations, comprendre les mécanismes du changement organisationnel implique de considérer « *le caractère construit du changement* »³³. CROZIER et FRIEDBERG suggèrent que « *toute action de changement passe par la découverte et l'acquisition de nouvelles capacités collectives, de nouvelles façons d'être ensemble* ». Le changement est donc un apprentissage et engendre souvent une période de crise. La psychologie sociale et la sociologie des organisations nous enseignent qu'il existe des potentialités de changement chez les individus. Selon Philippe BERNOUX : « *le changement ne se décrète pas* »³⁴ ; Il ne peut se réduire à une décision hiérarchique et doit être accompagné d'un « *apprentissage de nouveaux modes de relations* », d'où la nécessité pour réussir un changement de « *donner une certaine souplesse à l'organisation que l'on veut modifier* ». Pour parvenir au changement il est donc nécessaire qu'il y ait, découverte et acquisition de nouvelles capacités d'action.

1.3.4. La démarche qualité et la certification

La qualité se développe dans tous les domaines. A l'hôpital, les ordonnances Juppé de 1996 ont imposé la mise en œuvre d'une véritable politique qualité et d'accréditation. Elles ont permis d'harmoniser, de valoriser les démarches de qualité et d'évaluation des soins initiées depuis nombre d'années par certains acteurs de terrain.

Nous assistons actuellement au développement de pratiques d'accréditation dans tous les domaines y compris celui des formations professionnelles supérieures. La formation infirmière n'y échappe pas car intimement liée aux évolutions de la profession, en particulier aux

³³ CROZIER M., FRIEDBERG E. *L'acteur et le système*. p.29.

³⁴ BERNOUX P. *La sociologie des organisations*. p.203.

avancées technologiques. Cette formation professionnelle s'est progressivement structurée. Elle est basée sur l'alternance. Elle repose sur une longue tradition de formation pratique et clinique associée à un enseignement théorique. En effet les usagers, les recruteurs souhaitent dès leur sortie de l'institut, des professionnels compétents, opérationnels et adaptés à l'évolution des pratiques et des structures hospitalières. Il s'agit d'une exigence sociale et professionnelle, forte, justifiée. Aussi aborder la question de la qualité de la formation interpelle un certain nombre de fonctions dispensées par l'organisme formateur. Elle permet le centrage sur la mission essentielle de l'institut : répondre aux besoins de l'apprenant, acteur central du processus de formation.

Si la démarche qualité et la certification ne font pas partie des obligations réglementaires pour les instituts de formation, le choix d'une procédure qualité est essentiel. Elle vise à prendre en compte l'évolution des besoins de l'apprenant, à développer la traçabilité, le suivi, le contrôle, l'évaluation de la formation en lien avec les partenaires de terrain. Enfin l'objectif global de cette démarche est une certification, c'est-à-dire le constat par un organisme certificateur extérieur, d'une assurance de conformité vis-à-vis des exigences référencées. Cette étape constitue un gage de crédibilité, d'efficacité, de transparence du fonctionnement de l'institut.

M. NAGELS³⁵ définit deux types de démarches qualité « *certifiantes* » pour les organismes de formation :

- la norme ISO 9001, relative au management par la qualité. Il s'agit d'une normalisation issue des techniques industrielles, qui applique des procédures « *reproductibles et permanentes afin d'assurer des caractéristiques identiques à un produit ou un service et en attente de conformité aux exigences qu'elle énonce* »
- l'accréditation de dispositifs de formations supérieures de la Direction de l'Évaluation et du développement pédagogique sur la base du référentiel qualité³⁶ de l'ENSP.

Dans les deux cas, l'utilisation d'un référentiel est une obligation : il permet la mesure et l'évaluation. La démarche de l'ENSP est généraliste et s'applique au champ des formations professionnelles supérieures.

³⁵ NAGELS M., Cours l'ENSP. *Certification et accréditation d'un organisme de formation.*

³⁶ ENSP. Direction de l'évaluation et du développement stratégique. *La qualité partagée.*

2. L'ENQUETE ET L'ANALYSE

2.1. L'ENQUETE

2.1.1. Le choix de la méthode d'enquête

Après avoir présenté le contexte et les concepts, l'enquête de terrain aura objectif de confirmer les hypothèses.

La démarche consistant à recueillir des données qualitatives, des informations, un vécu, le choix d'entretiens semi directifs a été retenu. Cette méthode permet de recueillir des informations, des éléments de réflexion riches, nuancés. Le contact direct, la souplesse et la faible directivité du dispositif ont contribué à l'instauration d'un véritable échange. Ils ont permis de recueillir les témoignages, les interprétations des différents interlocuteurs dans le respect de leurs cadres de référence.

Des lectures préalables et deux entretiens exploratoires ont circonscrit le champ de l'étude et éclairé la pertinence du questionnement initial. Les entretiens exploratoires ont été effectués auprès de directeurs d'instituts de formation, témoins privilégiés, choisis en fonction de leur position, des actions qu'ils mettent en œuvre, ou encore de leurs responsabilités et de leur bonne connaissance de la problématique. Les éléments obtenus ont permis « d'affiner » la grille d'entretien, en particulier les questions de relance.

2.1.2. La population ciblée

Les principaux interviewés sont :

- Onze directeurs d'instituts ou d'écoles d'infirmières : sept publics, trois privés et un de l'Education Nationale. L'échantillon a été constitué en tenant compte d'une diversité de parcours, de temps d'expériences professionnelles, de « taille » des établissements. Il incluait également la responsable régionale du Comité d'Entente des Formations Infirmières et Cadres (CEFIEC).

Les autres entretiens visaient à une meilleure compréhension de la situation globale, avec ses finalités, à connaître la totalité des objectifs opérationnels des personnes interrogées, représentants respectifs de leurs institutions ou administrations. Ils ont été menés auprès de :

- La responsable du service Formation et Santé - Social du Conseil Régional ;
- Le contrôleur financier et comptable en charge des instituts de formation du même service ;
- La conseillère pédagogique de la Direction Régionale de l'Action Sanitaire et Sociale (DRASS) ;

- Un directeur, chef d'établissement, d'un centre hospitalier, représentant la Région à la Fédération Hospitalière de France ;
- Deux directeurs des services financiers hospitaliers ;
- Le professeur des universités, responsable d'une formation action, pilotée par la Région, engageant 17 des 23 instituts, sur le thème de l'amélioration de la qualité de l'alternance dans la formation des étudiants infirmiers.

2.1.3. Le déroulement des entretiens

L'ensemble des entretiens a été réalisé, sur les différents lieux d'exercice, de mars à juin. Leur durée moyenne a été de 1h 15. Deux d'entre eux se sont déroulés par téléphone. La plupart ont été enregistrés avec leur accord, afin d'utiliser les données en conformité avec leurs propos. L'anonymat demandé a été scrupuleusement respecté.

2.1.4. Les grilles d'entretien

Pour les onze interviews avec les directeurs d'institut³⁷ l'entretien s'est déroulé en quatre parties :

- Donner un recueil d'éléments descriptifs personnels et contextuels encadré par deux questions. L'objectif était de faciliter la prise de contact, de mettre à l'aise l'interlocuteur, de recueillir d'éventuels éléments comparatifs permettant d'éclairer, de comprendre une autre façon d'agir .
- Connaître leur perception globale de la décentralisation des formations sanitaires. L'objectif était de les laisser s'exprimer, de donner leurs impressions, le vécu, de cette première phase.
- Obtenir un recueil de leurs expériences, ainsi qu'une vision « anticipatoire », prévisionnelle des répercussions sur le management de leur institut. Sept questions éventuelles de relance avaient été identifiées grâce aux entretiens exploratoires. La liberté a été laissée aux interviewés d'aborder les différents points dans l'ordre désiré. Les questions de relance ont été utilisées uniquement pour revenir sur les objectifs ou poser les questions que l'interviewé n'avait pas évoquées spontanément.
- Avoir des perspectives pour l'avenir et des propositions éventuelles .

³⁷ Annexe 5 : Grille d'entretien des directeurs d'IFSI

Les autres entretiens pratiqués en fonction de la qualité des différents interlocuteurs ont fait l'objet de questions ciblées. Il s'agissait de mieux comprendre l'environnement général, politique, administratif, financier, de faire émerger le positionnement de chacun et de cerner les interactions possibles.

2.1.5. Le traitement de l'information recueillie

Les données recueillies ont été classées, et présentées afin de pouvoir comparer les résultats observés aux résultats prévus par hypothèse. Une analyse thématique, verticale et horizontale a été effectuée. Cela permettait de réaliser une synthèse individuelle des thèmes abordés lors de l'entretien et de percevoir les spécificités du discours de chacun des interlocuteurs. Un croisement des données a ainsi pu être effectué en fonction des obligations des différents responsables selon les thèmes abordés. Les résultats seront présentés en incluant ces éléments et devraient permettre une meilleure compréhension de la situation. Ils feront l'objet d'une analyse descriptive et qualitative.

2.1.6. Les points forts et limites de l'enquête

La démarche méthodologique proposée ne constitue pas une recherche exhaustive. Les onze entretiens réalisés auprès des directeurs sur un ensemble de vingt trois déterminent une tendance. Une généralisation ne peut être effectuée sur la base des propos retenus en raison de l'hétérogénéité des situations. Par ailleurs, l'enquête reposant sur le contexte particulier de la Région Nord-Pas-de-Calais, elle est difficilement transposable à d'autres territoires en l'état. Celle-ci devra nécessairement être adaptée.

2.2. ANALYSE DESCRIPTIVE ET QUALITATIVE

L'analyse des informations recueillies porte sur la description des avis donnés et sur l'analyse qualitative concomitante pour chaque thème. Les thèmes abordés recouvrent les questions posées pendant les entretiens et des éléments de prospective.

2.2.1. Une présentation de la population des directeurs et des structures

Onze entretiens ont été menés auprès de directeurs d'IFSI. Pour rappel, leurs instituts sont privés (3), adossés à un hôpital public (7) et 1 relevant de l'Education nationale. Un tableau de présentation de la population enquêtée et des quelques caractéristiques a été élaboré. Pour

faciliter leur identification, le choix a été fait de les répertorier en associant un numéro d'entretien.

Numéro d'entretien	Nombre d'années d'exercice de la fonction de directeur	Sexe	Quota infirmier	Capacité d'accueil aide soignant	Taux d'encadrement
1	23	Féminin	110	45	1/20
2	1	Masculin	140	70	1/22
3	24	Féminin	105	44	1/19
4	3	Féminin	125	50	1/21
5	12	Féminin	120	50	1/20
6	4	Masculin	90	50	1/22
7	3	Féminin	130	35	1/20
8	9	Féminin	110	40	1/20
9	3	Masculin	80	50	1/21
10	8	Féminin	90	50	1/22
11	18	Féminin	110	30	1/20

A signaler que deux instituts forment également des Auxiliaires de Vie Sociale (AVS). L'un des deux prépare par ailleurs à la formation de Permanenciers Auxiliaires de Régulation Médicale (PARM). Quant au second, il participe à la formation de manipulateurs en électroradiologie médicale en lien avec un lycée voisin.

Tous les instituts ont développé, à des degrés divers, leur mission de formation continue. Les actions menées sont :

- Des préparations au concours infirmier et/ ou aide soignant ou une participation aux formations organisées par un organisme extérieur, voire un lycée ;
- Des actions de formations effectuées à la demande des centres hospitaliers de rattachement : accueil des nouveaux arrivants, accueil pour les ASH, aide-soignant, préparation au concours aide soignant pour les ASH ayant plus de 3 ans d'exercice, formation d'Agent de Service Hospitalier Qualifié, référent aide-Soignant, Agent de Service Hospitalier, formation aux gestes et soins d'urgence... ;
- Il est à signaler que l'ensemble des instituts a mis en place le module de 70 heures pour la validation des acquis de l'expérience afin d'accéder au diplôme aide-soignant.

- A noter qu'une école organise des préparations à divers concours paramédicaux en complément de celui d'infirmier et d'aide soignant : kinésithérapeute, ergothérapeute, éducateur, éducateur de jeunes enfants, manipulateur en électroradiologie... Elle abrite également un espace carrières, un centre de bilan de compétences et un centre d'apprentissage d'une demi section (20 places) pour les infirmiers.

2.2.2. La perception globale de la décentralisation

2.2.2.1. Une stratégie régionale d'implantation progressive, délicate, dynamique

L'analyse présentée ci-après a pour support l'échange du 27 mars avec la responsable du service Formation et Santé/Social à la Région. Sa finalité est de mieux appréhender les orientations et les angles d'approche de la décentralisation sur les plans politique, administratif, financier et d'apporter des éléments de compréhension à la perception de la décentralisation par les directeurs.

- *Une obligation d'application rapide des textes*

Cette décentralisation reconnue comme ayant toute son importance mais « *non demandée par les régions à l'origine* », a fait l'objet d'une demande de report ou de période de transition « *pas du tout entendue* ». L'application de la loi dès le 1^{er} janvier 2005 pour les aides individuelles se traduisant par l'obligation de verser des bourses aux étudiants dans les établissements autorisés ou agréés a entraîné avec les services compétents de la DRASS, des difficultés souvent de nature organisationnelle. Il est à noter que, de manière générale, les réformes se mettent en œuvre avec des délais plus longs que ceux prévus par les textes.

- *Une découverte de l'appareil de formation*

Lors du transfert, les élus et les responsables du Conseil Régional ont découvert qu'ils n'avaient qu'une « *connaissance parcellaire, lacunaire des appareils de formation sanitaires et sociaux* ». Une première rencontre a été organisée dès le 1^{er} avril 2005. Elle réunissait tous les organismes de formation sanitaires et sociaux. Présidée par le président du Conseil Régional, elle comprenait la vice-présidente en charge de la formation, des représentants du Préfet, le directeur de la formation permanente et les responsables de l'embryon de service en cours de constitution. Trois autres rencontres avec les organismes de formation de la santé ont ensuite été décentralisées, sur la métropole lilloise, à Arras regroupant le bassin minier et le valenciennois et à Dunkerque pour la zone « *littoral* ». Ces réunions ont permis aux directeurs des organismes de formation d'évoquer leurs difficultés. Celles-ci ont été « *écoutées* » et « *des disparités de traitement importantes entre le Nord et le Pas-de-Calais* » constatées.

- *Les constats de départ*

Selon la responsable, les premières préoccupations ont été rapidement définies. Elles ont permis d'identifier les insuffisances et de tracer les premières pistes de travail. Elle évoque notamment :

- la difficulté d'appréhender le nouveau champ de compétences transféré : « *c'est une forme de connaissance que nous n'avions pas* » ;
- le besoin d'activer des partenariats et de « *nous positionner comme ensemblier, chef d'orchestre, de réunir tous ceux qui contribuent à ce qu'il y ait des besoins de formation* » ;
- la nécessité de s'inscrire dans le dispositif et « *de faire valider les propositions par les politiques de la région* ».

- *Un plan de travail pour un véritable état des lieux validé de tous*

Ces constats établis, une véritable dynamique s'est instaurée en quatre étapes :

- *L'émergence d'une équipe, projet, élargie.* La constitution d'une équipe projet a été décidée. La présence dans les mêmes locaux, au Conseil Régional, de collègues chargés de la mise en œuvre d'une politique d'initiative régionale en matière de santé³⁸, de l'apprentissage, de la direction de la programmation et de la prospective³⁹, a constitué une opportunité de travailler ensemble, notamment pour analyser la formation dans ses différentes possibilités d'accessibilité :
 - par la voie scolaire : avant l'entrée dans une formation certifiante, diplômante de la DRASS, les étudiants sont dans des cursus de formation initiale ;
 - par la voie de l'apprentissage, voie de formation initiale qui « *valorise l'alternance* ».
- *Des moyens pour appréhender le nouveau champ de compétences.* Des rencontres, ont eu lieu avec les différents responsables de la DRASS, experts, chercheurs universitaires, directeur de l'Observatoire Régional de la Santé (ORS), les Organismes Paritaires Collecteurs Agréés (OPCA), l'Union Régionale Interfédérale des Organismes Sanitaires et Sociaux (URIOPSS)... sur la base d'une grille de questionnement. Cette démarche semble avoir ouvert « *la voie de l'acculturation pour l'équipe projet* ». Parallèlement, des études documentaires ont

³⁸ Plans régionaux de santé, maison de la prévention de la santé

³⁹ Schémas globaux : aménagement du territoire, d'action économique, de développement économique.

été menées avec l'aide d'un cabinet privé. Une synthèse de tous les documents existants a été réalisée.

- *Une mobilisation des élus.* Les élus ont fait le choix de maintenir groupés le sanitaire et social, en formation professionnelle dans le cadre de la formation permanente. Le service adéquat doit donc travailler en transversalité avec l'ensemble des directions (enseignement supérieur, santé, formation initiale) afin de « *bénéficier des outils de la formation permanente* »
- *Le projet d'un schéma de tous les acteurs de la professionnalisation des intervenants et des services.* Deux forums ont été organisés. Ils regroupaient des directeurs des ressources humaines des centres hospitaliers importants, quelques directeurs d'écoles, l'Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier (ANFH), les OPCA, et les Conseils Généraux. Les informations données par les groupes de travail ont permis d'élaborer la base de rédaction du schéma avec ses enjeux, objectifs, moyens d'action et conditions de réussite. Trois enjeux principaux ont été retenus par les participants⁴⁰. Les pistes d'action prioritaires ont été déclinées.

Certains enjeux notés par les participants ne relèvent pas en priorité du champ de compétence de la région : reconnaissance et professionnalisation des activités et celles des intervenants, développement de la qualification, des compétences des professionnels pour accompagner l'évolution des métiers. Aussi le développement de partenariats, pour « *s'emparer de ces problématiques* » est apparu indispensable. Les conclusions ont été présentées aux différents partenaires qui les ont validées. La Région souhaite s'engager dans le développement d'actions et se positionner comme le garant de ce qui a été décidé collectivement.

Pour la responsable du service, la décentralisation c'est d'abord « *l'obligation d'élaborer un schéma départemental des formations sanitaires et sociales, s'inscrivant dans le Plan Régional de Développement de la Formation Professionnelle (PRDFP)* ». Au « *cœur de cette décentralisation* », ses travaux ont permis une approche politique, administrative et financière.

2.2.2.2. Des relations satisfaisantes entre la Région et la DRASS

La conseillère pédagogique DRASS lors de l'entretien du 29 mars confirme la qualité des relations avec les services du Conseil Régional : de « *bonne qualité, dans un respect mutuel* ».

⁴⁰ Schéma Régional des Formations Sanitaires et sociales.

Les relations semblent plus tendues entre l'ARH et le Conseil Régional notamment au niveau des aspects financiers.

Les prérogatives de l'Etat sur le plan pédagogique et la répartition du quota national entre les régions semblent bien comprises et respectées même « *s'il y a lieu de rester vigilant en ce domaine* ». Elle s'interroge néanmoins sur les limites d'un tel dispositif. Si le diplôme reste d'Etat avec les mêmes exigences pédagogiques sur l'ensemble du territoire national, « *quelle place laisser à un payeur qui n'a pas de droit de regard sur la pédagogie ?* ».

La volonté de coopérer des responsables du Conseil Régional est reconnue comme facilitatrice. L'objectif est fixé : « *que les écoles fonctionnent de façon harmonieuse* ». Relevant de la Fonction Publique Hospitalière (FPH), interface de tous les acteurs, son positionnement de conseillère, l'excellence de ses relations, ont facilité la mise en œuvre du dispositif même si fait-elle remarquer, « *les réunions se sont multipliées* ».

2.2.2.3. Des directeurs d'hôpitaux mobilisés

« *Les hôpitaux sont attachés à leurs écoles* » déclare lors de l'entretien la directrice, chef d'établissement, représentant la FHF. « *L'école est un observatoire des services, un outil tonifiant qui a un effet miroir* ». Les stages présentent par ailleurs un intérêt pour le recrutement ultérieur de professionnels et une fidélisation pour les sites hospitaliers.

Les directeurs ont collaboré avec la Région sur les thématiques de la formation. Ils constatent que celle-ci est un interlocuteur ouvert, sensible aux problèmes de la santé. Cependant « *les enjeux se situent dans l'identification des vrais besoins* ». Si la Région a parfois une vision de la formation comme « *ascenseur social, polarisée sur l'accession des catégories sociales défavorisées à la formation, pour nous, le problème vital demeure le manque de médecins avec ses difficultés de recrutement* ». Des expérimentations sur la délégation de tâches sont actuellement en cours dans la Région « *peut-être serait-il temps de fermer les rapports et de passer à la pratique* ».

2.2.2.4. Une décentralisation globalement bien accueillie par les directeurs des instituts

- *Un intérêt particulier de la Région vécu positivement*

Les directeurs ont bien perçu la méconnaissance du Conseil Régional pour le domaine transféré, et sa découverte d'un système relativement complexe. L'ensemble des participants, à l'enquête cite deux démarches :

- les réunions entre les organismes sanitaires et sociaux ;
- la mise en œuvre d'un audit de l'ensemble des instituts et écoles.

Dans l'ensemble, les directeurs se sont sentis « *écoutés* », et souvent « *sollicités* ». Ils se déclarent satisfaits de ces rencontres permettant de mieux se connaître entre sanitaire et social. La Région est ressentie comme un « *interlocuteur facile* », se situant dans la proximité, avec un « *souhait affiché d'avancer ensemble* ». Rapidement, après cette phase de prise de contact, de nombreuses réunions en sous groupes ont été instituées sur des thématiques particulières : bourses, frais de déplacement des étudiants..... Elles sont qualifiées de « *riches, profitables pour mieux comprendre et débiter la coopération* ». Si ces réunions ont pu paraître initialement « *anarchiques* » à certains, aujourd'hui, la plupart lui reconnaissent un fil conducteur évident. L'image du « *puzzle avec limites et complémentarités* » est évoquée par l'un des enquêtés.

- *Un contrôle des activités pour une meilleure connaissance du périmètre transféré*

Dans ce contexte, l'audit financier, d'activité, parfois contesté sur la pertinence des indicateurs retenus par la société réalisatrice, a été plutôt ressenti comme une volonté de la Région de prendre la mesure de ses nouvelles responsabilités. Ceci avec un souci d'évaluer de façon précise le montant compensatoire nécessaire au bon fonctionnement des écoles. Les termes de « *clarté, transparence* » sont cités. Pour certains directeurs, l'audit a constitué une aide à leur diagnostic personnel donnant des informations, jusqu'alors centralisées, sur leur structure. Ce fut aussi l'opportunité de faire connaître à la région les activités pédagogiques des instituts ou écoles notamment la qualité des prestations au regard du financement. Cette phase d'audit terminée, lorsque les négociations en cours entre l'Etat et la Région auront abouti, une majorité anticipe à moyen terme des évolutions, des changements, des prises de décision dont les contours demeurent à ce jour flou. Le regroupement de certains instituts est évoqué mais semble actuellement prématuré.

- *Une prise de conscience et une meilleure répartition de l'offre de formation, de soins, sur le territoire*

Les directeurs ressentent l'implication politique des élus. Il existe une volonté d'utiliser l'appareil de formation pour répondre au mieux aux besoins de santé de la population, mais aussi aux réalités socio-économiques : chômage, précarité...

- *Une mise à disposition d'un réseau performant*

Dans leur ensemble, les directeurs perçoivent le rôle important que la Région prendra dans la gestion des instituts. Ils reconnaissent l'existence de relais territoriaux bien organisés, facilitateurs pour une insertion à proximité des besoins. Cette insertion, expérimentée par une

directrice ainsi relatée : « *je me suis sentie écoutée, impliquée, ce fut une expérience positive d'ouverture* ». Une communication plus importante avec l'extérieur s'imposera.

- *Des réserves exprimées*

La régionalisation progressive n'est pas toujours vécue comme évidente. Les tractations actuelles entre l'Etat et le Conseil Régional sur le montant compensatoire avec reconduction régulière de la période transitoire constituent une zone d'incertitude et inquiètent ces directeurs. L'un d'entre eux pense que la réforme de la nouvelle gouvernance et la recherche de maîtrise des dépenses ont accéléré le processus de désengagement de l'Etat. Les hôpitaux subissent de fortes pressions et semblent avoir pris conscience des enjeux. Il est difficile, dans ces conditions, d'anticiper « *on ne sait pas très bien où l'on va* » dit l'un des interviewés.

L'obligation de résultats des élus au cours de leur « *mandature* » interpelle et interroge sur les contraintes futures. Cette politisation est parfois vécue comme un risque d'inégalité de traitement en fonction des besoins. L'un des participants à l'enquête cite le risque « *d'une dérive politique, idéologique avec regret qu'il n'y ait pas de la part des collègues une prise de conscience collective* ». La crainte exprimée est de « *tomber dans des jeux d'influence et d'être hyper contrôlés par des personnes non expertes dans le domaine de la formation* »

Certains directeurs évoquent la complexification des relations entre Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale (DDASS), DRASS, Région et les administrations hospitalières. Un climat de méfiance est parfois observé entre les administrations hospitalières et le Conseil Régional. Le transfert des pouvoirs semble être identifié. La position intermédiaire des directeurs d'écoles n'est pas très confortable dans certaines circonstances. La nécessité d'une définition exacte, précise des champs de compétences est évoquée à plusieurs reprises notamment en termes de « *qui fait quoi ?* ».

En résumé, l'attribution au Conseil Régional du financement de la formation initiale modifie l'environnement. Il réinterroge le système sur sa finalité, sa place, son poids dans le contexte politique, socio économique, de la santé...Il modifie le jeu des acteurs. Un impact sur les organisations en place et les équilibres en découle. Globalement, dans cette première phase d'approche, les relations sont satisfaisantes entre les interlocuteurs de terrain, mais l'observation vigilante entre les différents acteurs reste de mise. La situation transitoire freine le positionnement et les prises de décision du Conseil Régional.

Par ailleurs, la rencontre de cultures différentes peut générer des tensions sur fond d'intérêts politiques, économiques, sociaux mais aussi en termes d'identité, de jeux de pouvoir, d'histoire des groupes au sens de Philippe BERNOUX⁴¹ .

2.2.3. Les conséquences de la décentralisation sur le management de l'institut

2.2.3.1. Un projet d'école à revisiter

La notion de projet d'école a nécessité une clarification du concept préalablement à l'entretien avec les directeurs. En effet, ce concept, de développement récent, n'est pas toujours précisément identifié. En effet, les contenus recouvrent pour certains, l'usage des termes « *projet institutionnel* » ou « *partie de projet pédagogique* ».

Après cette mise en phase, les directeurs ont essentiellement abordé le projet d'école à partir de deux axes :

- une approche fonctionnelle, au quotidien incluant la gestion d'une équipe, nécessitant une anticipation à moyen terme en déterminant des objectifs et des moyens ;
- leur fonction de pilotage du projet.

Cela les conduit à prévoir, anticiper et agir. La responsabilité de la formalisation de ce projet leur incombe. Elle est clairement énoncée. En parallèle, la responsable du service santé et social de la Région envisage à terme « *la passation de contrats pluriannuels d'objectifs* » avec les instituts dès la fin de la période financière transitoire.

La décentralisation, avec son lot de réunions successives, a conduit les directeurs à s'interroger sur la place de leur institut dans l'environnement général de la formation. Ils estiment, dans leur majorité, important d'obtenir des informations en temps réel afin d'être réactifs. Le nouveau cadrage institutionnel par le Conseil Régional dont les grands axes sont maintenant connus au travers du SRFSS les conduit à revisiter leur projet. Une ouverture plus large leur semble indispensable. Plus généralement c'est l'environnement qui est cité comme le plus influent. La nécessité d'une insertion, dans un contexte de proximité, au sein des territoires de santé, des bassins de vie apparaît comme un indicateur incontournable dans la stratégie à développer. Une connaissance approfondie de ce territoire, des besoins de santé (identifiés par les conférences sanitaires de santé), des différents acteurs leur semble indispensable. Ceci, en lien avec leurs caractéristiques socio-économiques, démographiques, notamment des

⁴¹ BERNOUX P. *La sociologie des organisations*. p.203.

professionnels de santé. Une prise de conscience des enjeux d'aménagement du territoire, constitue également une nouvelle approche.

Le projet d'école apporte, selon les personnes interviewées, un éclairage sur les axes de développement à mettre en œuvre et la stratégie à utiliser. Il est aussi perçu comme un possible instrument de gestion.

Ces données conduisent les directeurs à réfléchir sur les orientations actuelles et à venir du projet. Les questions les plus fréquemment posées sont :

- quelle répartition des quotas de demain pour quelles formations et selon quelles modalités ?
- quels sont les publics qui entreront en formation ?
- quelle stratégie face aux départs massifs en retraite de professionnels et au développement de nouveaux métiers ?
- Quelles compétences pour l'équipe ?

Plusieurs critères concrets et précis sont ensuite évoqués et identifiés comme étant de nature à modifier le projet d'école :

- *Le développement de certaines formations en réponse aux besoins actuels ou à venir en recrutement du secteur.* Une étude prospective sur les emplois, pilotée par le Conseil Régional, auprès des employeurs est actuellement en cours de réalisation. Elle vise, pour les prochaines années, à connaître les besoins nécessaires de personnels paramédicaux, toutes formations confondues. Les résultats seront connus en décembre. Cette étude, citée fréquemment par les directeurs, leur semble un élément important de projection.
- *Le développement d'activités de formation continue en lien avec les besoins des territoires ou de projets spécifiques* (ex formation à la prise en charge du grand âge, réseaux, soins palliatifs...).
- *L'émergence de nouvelles activités.* Pour répondre aux demandes de formations en particulier dans le domaine de la prévention, de création de nouveaux services à la personne, de nouveaux métiers émergent. De même, pour les directeurs, qui doivent répondre à « *une préoccupation forte du Conseil Régional d'insertion professionnelle des demandeurs d'emploi* ». Dans ce domaine, des craintes sont parfois exprimées. Des « *pressions* » peuvent être exercées pour accepter en formation des personnes d'un niveau insuffisant et, simultanément, d'être tenus à une obligation de résultats statistiques positifs. Par ailleurs, certains directeurs déclarent avoir été fortement sensibilisés au développement de l'apprentissage.
- *Le décloisonnement des formations sanitaires et sociales.* La mise en place de cours communs a été expérimentée et jugée positive par l'une des directrices entre les

formations aide médico-psychologique et aide-soignante (psychologie, initiation à l'observation, hygiène, communication). D'une manière générale, les directeurs ne sont pas opposés à travailler avec le secteur social. Ils pensent possible d'établir des tronc communs mais souhaitent néanmoins « *garder leur spécificité, leur légitimité* ». Ils notent toutefois la difficulté éventuelle de travailler ensemble en raison de la relative autonomie des instituts de l'existence de projets différents : « *ce n'est pas dans la culture* ».

- *La généralisation et l'extension de la VAE*. De fortes incitations au développement de cette activité, en particulier pour l'accès au diplôme professionnel d'aide soignant, se sont accentuées avec la régionalisation. La perspective de la VAE infirmière en lien avec l'élaboration du nouveau référentiel de compétence et du prochain programme est clairement identifiée comme axe futur de développement. Un « *raccourcissement des temps et des coûts de formation* » leur semble être dans l'attente de l'instance régionale.
- *Le rapprochement avec l'université*. Ce projet, selon certains Directeurs semble avoir été plus développé il y a quelques années. Un groupe de travail se réunissait régulièrement. Cependant, ses travaux n'ont pas abouti. Les revendications actuelles de la profession infirmière pour une reconnaissance dans le système Licence Master Doctorat leur semblent une opportunité pour développer cet axe. Les étudiants, interpellent les différents interlocuteurs et notamment le Conseil Régional « *qui semble particulièrement à leur écoute* ».

En résumé, l'entrée d'un nouveau partenaire, la Région, modifie sans aucun doute les règles existantes. Si les directeurs ont conscience du bouleversement qui s'opère au sein de la formation, les interrogations sont nombreuses. Les pistes de travail semblent identifiées. La zone d'incertitude reste cependant fortement ressentie par les enquêtés. Les enjeux en termes de réponse à des demandes sociales, économiques, de santé sont prégnants. Si la Région a pu acquérir une certaine expérience dans l'enseignement secondaire, supérieur, elle a aujourd'hui besoin de l'expertise des professionnels entendus dans l'enquête. La révision du projet d'école, apparaît donc nettement comme un outil de développement, de positionnement, de concertation et de négociation avec cette nouvelle tutelle. Si globalement la Région est appréhendée comme un élément fédérateur, acteur principal, en amont, la qualité de ces nouvelles collaborations reste posée : ceci entre l'institut, la DRASS, le Conseil Régional, l'établissement de rattachement, les différents lieux d'apprentissage pratiques. Le projet d'école peut devenir un instrument de pilotage de ces collaborations.

2.2.3.2. Une gestion anticipée des compétences de l'équipe

Dans leur majorité, les directeurs admettent que cette décentralisation, les amène à s'interroger sur les compétences de leur équipe. C'est également le cas pour le travail en réseau entre instituts sanitaires, sanitaires et sociaux, objectif affiché du SRFSS. Le but le plus fréquemment cité est de « *rechercher des synergies et des complémentarités pédagogiques* », de « *limiter les coûts de fonctionnement. La mutualisation, l'échange de compétences, le partage* » sont préconisés. Cependant, il convient de noter la difficulté à mettre en place ces dispositifs malgré la bonne volonté affichée de certains acteurs. Les principales raisons invoquées sont « *la différence de culture* » mais aussi « *une certaine rivalité entre les instituts* ». Le partage de moyens techniques et d'informations, type documentation, système de visioconférence, pourrait être une première étape dans la finalité de travailler ensemble.

Majoritairement les directeurs pensent que les modifications du projet d'école nécessiteront une gestion anticipée des compétences de leur équipe pour :

- accompagner les formateurs face à l'émergence de demandes nouvelles de formations encouragées par la Région. Cela conduit à « *réexaminer le rôle des formateurs et la cristallisation des savoirs autour de certaines situations* » ;
- évoluer vers une polyvalence des formateurs, capables d'intervenir dans différentes formations initiales et continues. Le renforcement de compétence d' « *animateurs de travaux en plus de l'organisation et de la prestation d'enseignement* » des formateurs, le développement de connaissances ciblées mais aussi de compétences dans le domaine de la formation d'adultes sont évoquées. Un décloisonnement interne est attendu.
- recruter des formateurs aux profils et compétences différents. Une directrice dit : « *la richesse est dans la diversité* »

Pour d'autres, il s'agit plutôt d'une évolution générale de la société. Le développement de compétences spécifiques s'effectuera en fonction des besoins comme pour l'entretien d'explicitation du dossier pour la VAE aide-soignante.

Globalement, le développement de compétences des formateurs en termes de cursus universitaires et de formations « diplômantes » différentes semble inéluctable. Cependant, les directeurs ne la relient pas à la décentralisation des formations mais plutôt à la demande de reconnaissance de la formation infirmière dans le système Licence Master Doctorat et à la recrudescence actuelle des mouvements étudiants. Il leur semble nécessaire d'anticiper, de développer ces formations « *si on ne veut pas voir l'activité des formateurs réduite à certains contenus et devoir passer le relais à l'université* ». Ils rencontrent des difficultés à transmettre ce message dans les priorités des plans de formation des hôpitaux. Leurs interlocuteurs n'en perçoivent pas l'intérêt direct (logique de gestion des ressources dans un contexte contraint avec d'autres priorités institutionnelles)

En résumé, Pour les directeurs, la gestion des compétences est perçue comme un des enjeux importants afin d'anticiper, d'adapter, de mobiliser, développer les performances de l'équipe et obtenir des résultats. Cela tient compte de la situation actuelle et à venir pour identifier les futurs besoins et prendre les décisions stratégiques qui s'imposeront. La décentralisation des formations, stimule, pour partie le système et concourt à fixer des caps en fonction des grandes orientations retenues par le SRFSS.

2.2.3.3. Un réel accompagnement du changement

Les personnels des IFSI ont vécu cette décentralisation autour de certains événements :

- les fréquentes réunions des directeurs avec le Conseil Régional ;
- l'étude menée sur les causes de sorties anticipées des étudiants en cours de formation ;
- l'audit général des organismes de formation. Pour rappel cette démarche visait après le transfert de compétences :
 - à disposer, pour l'ensemble des établissements de formation d'un information complète sur :
 - les budgets et les coûts de fonctionnement ;
 - l'organisation des activités pédagogiques ;
 - les systèmes de gestion interne.
 - à établir des comparaisons et des valeurs moyennes.

Les personnels ont été largement associés à cette dernière démarche. Cela s'est traduit par une prise de conscience de l'environnement de la formation, des demandes du Conseil Régional, du questionnement sur leur activité. Une certaine déstabilisation est apparue dans un premier temps. La nature des interrogations portait principalement sur le maintien, à moyen terme, de leurs statuts de la fonction publique hospitalière et du nombre de postes affectés à l'IFSI. Elles portent également sur les contrôles opérés par cette nouvelle tutelle. Des inquiétudes apparaissent sur la métropole lilloise en raison de la densité des instituts et des possibilités de fusion, de regroupements. L'annonce d'un déficit par les directions des hôpitaux, non couvert par la Région, la nécessité d'une subvention d'équilibre est venue renforcer ces inquiétudes.

Face à ces réactions, les directeurs ont renforcé l'information sous toutes ses formes : réunions, intranet... pour expliquer la démarche de connaissance du dispositif engagé par la Région et sécuriser les professionnels. Pour les directeurs, cela fait pleinement partie de leur rôle d'accompagnement des équipes dans le changement. C'est l'opportunité de les sensibiliser à la nécessité de faire des économies, d'établir des charges de travail pour justifier et diversifier

les activités, d'impulser une dynamique différente pour un nouvel état d'esprit et modifier le positionnement du formateur. Une enquête fait remarquer : « *nous sommes sereins mais très en veille* »

En résumé, L'arrivée d'une nouvelle tutelle à qui il faut rendre compte, a été perçue initialement par les formateurs comme une remise en cause organisationnelle, avec risque de perte de moyens. L'examen approfondi des structures de formations par le Conseil Régional introduit un contexte de changement avec l'anticipation de décisions à court et moyen terme. Cela questionne l'équipe sur sa place et son devenir. Ce contexte confirme le directeur dans son rôle de manager, d'accompagnateur des équipes. Il lui appartient d'informer, de sensibiliser, de communiquer, d'aplanir, de réguler les tensions, de maintenir la cohésion du groupe et un niveau de confiance suffisant. Son positionnement, son engagement à titre personnel et collectif, sa réactivité stratégique permettent aux personnels de conserver un sentiment de sécurité.

2.2.3.4. Un développement de la qualité vers une probable certification.

L'ensemble des directeurs reconnaît que l'aspect qualitatif de la formation doit être pris en considération. Tous ont, à des degrés divers, formalisés une démarche qualité. Trois sont en cours de certification ou certifiés sur certaines formations. Ce résultat est à relativiser puisque l'un des instituts interrogés fait partie d'un regroupement avec cinq autres instituts qui n'ont pas été entendus dans le cadre de l'enquête. Tous sont engagés dans une démarche qualité depuis 18 mois avec une certification prévue en juin.

Dans le contexte de la régionalisation, avoir une démarche qualité leur semble incontournable. Sa formalisation apparaît comme une mise en évidence de l'efficience de l'IFSI. Elle favorise la clarification, une transparence organisationnelle et des logiques de travail.

La difficulté réside plutôt dans la reconnaissance de critères pertinents entre IFSI. Ainsi, sur le plan pédagogique, les paramètres communs restent à imaginer, par exemple : les travaux de groupes, les travaux pratiques, le face à face pédagogique.....

La responsable régionale interviewée déclare « *la démarche qualité, la certification sont de la responsabilité de l'Etat* ». Cependant les directeurs pensent que la régionalisation des formations va accélérer le mouvement pour plusieurs raisons :

- un droit de regard du « financeur » sur la qualité de la formation dispensée. Ils ont été fortement sollicités par le Conseil régional pour participer à la formation action « *concevoir, construire, conduire la qualité des formations en alternance* » développée ci-après.

- une situation non stabilisée : montant compensatoire, études en cours auprès des employeurs, offre de formation belge ..., avec peu de visibilité sur les décisions futures. Le risque de fermeture, regroupements, fusions leur semble réel. « *Il faudra bien avoir des critères sélectifs* ». La démarche qualité & la certification leur paraissent constituer des éléments d'aide à la décision.
- un moyen de connaissance des instituts, de contrôle de la cohérence de la formation dispensée, de traçabilité. Ceci est en adéquation avec les attentes des étudiants, les exigences et la satisfaction future des usagers.

Pour l'instant, la démarche de certification s'inscrit plus dans une volonté d'anticipation. En effet, à ce jour, ni le ministère, ni la région imposent une telle démarche. Une des participantes dit : « *il est urgent d'attendre* ». L'importance d'une « *réflexion préalable en équipe* » est souhaitée, voire demandée, afin d'obtenir un solide engagement, facteur de réussite de la démarche ultérieure.

Les éléments présentés ci-après sont issus de la rencontre avec le professeur des universités, responsable de la formation action pour améliorer la qualité de l'alternance. Il rappelle dans un premier temps le processus suivi :

- pilotage par la région ;
- coût de 20 000 euros, financé au titre du contrat de plan Etat/Région
- opération débutée en novembre 2006 sur la base du volontariat pour 18 mois. Quinze IFSI et un Institut de Formation de Cadre de Santé (IFCS) y participent. L'engagement des équipes avec leur direction est absolument requis et fait partie de la stratégie.
- collaboration avec le centre régional de ressources pédagogiques et un laboratoire de recherche. Cette opération s'inscrit dans une recherche plus large, entreprise en 1998 sous sa direction, « *La conception des systèmes de formation et de l'alternance* ».
- Cette formation action a trois objectifs :
 - accompagner la réflexion stratégique des IFSI et la construction d'outils adaptés ;
 - mobiliser un nouveau réseau de partenaires pour donner plus de légitimité à l'alternance ;
 - enrichir les travaux du laboratoire de recherche

En outre, elle permet également au Conseil Régional de mieux connaître les IFSI, une nouvelle compétence.

Les IFSI ont fixés eux-mêmes leurs priorités. Les chercheurs abordent les questions retenues dans chaque IFSI (deux demi-journées sur site), puis lors de travaux en sous-groupes (trois ou quatre demi-journées) enfin lors de trois réunions collectives (trois journées).

Pour le professeur, « *la qualité, c'est la reliance, la création de liens* ». Pour lui, il est possible de faire jouer cette phrase à tous les niveaux. « *Pour gagner des points en qualité, il faut relier les choses et personnes entre elles* ». Deux exemples illustrent son point de vue :

- Les apprentissages. Il est indispensable de relier les expériences des étudiants, les savoirs déjà acquis, les savoirs d'action, les savoirs théoriques et méthodologiques. « *Plus vous allez créer des liens entre ces formes de savoirs, plus vous développez des liens entre les personnes d'une équipe (relationnels, fonctionnels, de projets, rapport au temps, d'organisation...), mieux ça marche* »
- A un autre niveau, il précise que si les IFSI se coupent les uns des autres, s'éloignent des terrains professionnels, ce sont des ruptures de liens. « *Comment je peux faire une formation qualitativement convenable si je ne sais plus à terme ce qui se passe dans l'hôpital, si je ne travaille plus avec les opérateurs, les responsables ?* ».

En ce qui concerne la certification il n'y est pas favorable. Cependant, il lui semble intéressant qu'une organisation s'inscrive dans une référence X ou Y. Deux reproches principaux sont adressés à la certification :

- les référentiels sont souvent pauvres conceptuellement, non stabilisés et introduisant des confusions (par exemple entre compétence et capacité) ;
- le mythe de la maîtrise de la formation.

Dans la conduite des organisations, la mise en œuvre de ces référentiels lui semble plutôt une régression qu'un gain, en raison du processus de standardisation. Le référentiel lui-même n'est pas directement remis en cause si l'équipe se l'approprie de manière personnalisée, pertinente localement. Le discernement et la retenue sont essentiels dans la démarche. La prudence s'impose pour « *ne pas tomber dans une forme de pensée, la qualité prescrite, non automatique dans ses rapports avec la qualité conçue* ».

Il pense cependant que nos autorités de tutelle vont renforcer le mouvement en raison du double mythe de « *maîtrise totale et de transparence* ».

En résumé , Si la responsable de service du Conseil Régional reconnaît officiellement le champ de compétence de l'Etat dans ce domaine, la formation action pilotée par la Région, témoigne du vif intérêt pour ce sujet. En effet, c'est l'un des éléments de connaissance, qui informe sur les organisations, le fonctionnement, le management. ...La démarche qualité en tant que démarche projet est aussi très riche d'enseignements. Elle donne du sens aux initiatives pour les rendre pertinentes, permet l'action en intégrant les forces, les résistances, les atouts et contraintes de l'organisation. Elle influe inévitablement le management dans ses dimensions stratégique, culturelle, structurelle et technique. L'écoute des étudiants, partie intégrante du dispositif, permet d'en vérifier l'efficacité. Les directeurs l'ont bien compris mais manquent de

visibilité quant à l'utilisation de toutes ces données. La certification leur apparaît comme un mouvement inéluctable qui touche actuellement tous les domaines d'exercice.

2.2.3.5. Un retentissement très positif pour les étudiants.

Lors de la rencontre avec la responsable de service au Conseil Régional, le sujet a été abordé. Les principaux éléments qui en ressortent sont :

- *Des difficultés de départ.* Les décrets concernant les aides individuelles aux étudiants sont parus les 3 et 4 mai 2005. Le versement des bourses attribuées par la DRASS en septembre 2004 devait alors être honoré ainsi que la prise en compte des étudiants infirmiers pour la rentrée de février. Se surajoutent des difficultés d'ordre administratif, d'organisation. Une réorganisation des services et des responsabilités inhérents aux différents pôles (les deux DDASS, la DRASS) s'est imposée alors que l'équipe opérationnelle était incomplète. D'où un retard important dans la constitution de dossiers. Des problèmes financiers apparaissent avec la modification des règles d'attribution tandis que les demandes de bourses augmentent de 25%. « *La compensation financière n'a toujours pas eu lieu, l'impact est de trois millions d'euros sur le budget formation* ».
- *Une volonté politique d'accompagnement et d'amélioration des conditions matérielles des étudiants.* Etablir, donner une vraie égalité des chances sur le territoire régional a toujours été le souhait exprimé. Les élus demeurent très soucieux de répondre aux demandes des étudiants qui souhaitent poursuivre leurs études.
- *Un service de qualité pour accueillir les demandes des étudiants.* Il comprend une plateforme téléphonique avec un numéro vert (4 personnes) et une mise en ligne des dossiers (deux agents) pour leur instruction rapide.
- *Un recentrage des écoles sur leur responsabilité de pédagogie et de la qualité de la formation.* Les instituts interviennent peu dans l'instruction du dossier. Dans ce cas, l'aide aux étudiants se limite essentiellement à compléter, vérifier les dossiers et résoudre les difficultés de saisie informatique.
- *Un désir d'étudiants acteurs, responsables, organisés.* Ils sont largement associés aux groupes de travail. Selon la responsable, « *ce n'est pas toujours facile* ». La structuration de fédérations organisées des étudiants est souhaitée, afin qu'elles

assument des responsabilités, représentent effectivement leurs adhérents, les conseillent ou leur apportent une aide.

Les directeurs d'instituts, dans leur ensemble, sont favorables à cette nouvelle approche où l'étudiant est réellement bénéficiaire du système. Ils ont unanimement apprécié :

- la réactivité, la rapidité, l'efficacité des services de la Région sur ce problème ;
- les effets bénéfiques pour les étudiants : simplification des démarches, suivi des dossiers et des paiements, aide mensualisée, critères d'attribution plus larges. Leurs étudiants se déclarent satisfaits d'avoir un interlocuteur de proximité, à leur écoute, de la rapidité du traitement des dossiers et de la possibilité de suivre en ligne les paiements ;
- l'allègement de leurs charges pour cette activité ;
- l'équipement en postes informatiques de l'ensemble des instituts.

Cela donne aux étudiants de meilleures conditions matérielles et de travail, éléments de réussite à la formation. La volonté d'équité, d'égalité, par uniformisation de pratiques est également vécue positivement (exemple des indemnités de frais de déplacement).

L'implication des étudiants dans les groupes de travail est remarquée. Certains la relient à une « *population de jeunes électeurs perçue par la Région* ». Les étudiants semblent « *l'avoir bien compris et savent utiliser le réseau* ».

En résumé, l'étudiant est le grand bénéficiaire de cette nouvelle approche. Acteur responsable, il est directement impliqué dans sa formation. Si globalement les interviewés sont satisfaits, en filigrane, les limites du système apparaissent : « récupération politique », place de l'étudiant dans l'institut avec les formateurs.

2.2.3.6. Une nébuleuse pour l'agrément des directeurs

Lors de la réunion du 12 avril, réunissant des représentants du Conseil Régional, de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) et de la FHF, les interlocuteurs constatent que la Région n'est pas en mesure d'exercer sa nouvelle compétence. La parution des textes relatifs aux agréments des directeurs d'école est attendue. Le directeur de l'ARH s'est engagé à solliciter le ministère pour accélérer leur parution.

Certains directeurs estiment qu'il n'y a pas de vide juridique vu l'arrêté du 30 mars 1992 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation en soins infirmiers. Il s'appliquerait en l'attente. Les interrogations portent notamment :

- sur les critères d'agrément, en particulier le profil des candidats : formation en management, ENSP.... ;

- sur les modalités pratiques d'agrément par la Région et leur nomination par le directeur chef d'établissement pour les directeurs de soins relevant de la FPH.

Il est admis qu'à l'avenir, les agréments ne seront pas accordés avec facilité en particulier pour les « *faisant fonction* ». Une formation sera exigée « *au vu de dossiers à fournir et d'une obligation de résultats* ».

En résumé, Les différents interlocuteurs sont en attente de la parution de textes réglementaires : l'un pour exercer sa compétence, les autres pour clarifier leur situation individuelle. Pour les directeurs, il s'agit d'un élément important de sécurité personnelle, indispensable pour le positionnement ultérieur.

2.2.3.7. Un budget à reconsidérer

Le contrôleur comptable et financier en charge des instituts et écoles précise que les subventions de fonctionnement se répartissent entre le privé (reprise des subventions allouées par l'Etat) et les structures publiques. Pour évaluer le montant de la compensation financière, un audit général des organismes de formation, a été réalisé sur sites. Pour le volet financier, le directeur des services financiers et celui de l'IFSI ont été associés. Ses conclusions présentées le 8 décembre 2006 ont permis :

- de mieux connaître le mode de fonctionnement des instituts ;
- de clarifier la situation pour une élaboration plus homogène des budgets annexes ;
- de déterminer un coût moyen par étudiant et par an ;
- de mettre en exergue des incompréhensions sur la définition des termes formations initiale, continue, professionnelle. De même pour les produits de formation : en particulier la facturation aux employeurs des étudiants relevant de la formation professionnelle ;
- de mettre en évidence le besoin évident d'outils de gestion communs.

Il a permis en outre d'identifier pour 2007 d'une part un déficit pour les instituts publics de 3 millions d'euros (débasage ARH 26 millions, coût estimé par la société d'audit de 29 millions) et d'autre part une différence dans l'estimation des bourses. L'Etat a diligenté mi-mars une inspection.

Suite à cet audit, une aide technique a été apportée par le Conseil régional aux directions financières pour « *construire un budget qui reflète la réalité* ». Il s'agit d'identifier le plus précisément possible les charges directes imputables aux IFSI.

Les principales difficultés rencontrées furent :

- l'hétérogénéité des situations en particulier l'utilisation des clés de répartition différentes entre établissements, difficiles à harmoniser ;

- de nouvelles dépenses augmentant régulièrement (hors Gissement Vieillesse Technicité) dont l'identification s'impose ;
- de fortes disparités entre les écoles sur les indemnités et frais de déplacements. La situation est maintenant harmonisée. ;
- l'évaluation des coûts par formation et par diplôme. En effet, certains instituts ou écoles regroupent plusieurs types de formation. Les objectifs fixés pour 2008 sont : une comptabilité par diplôme et l'établissement de critères qualitatifs et quantitatifs avec élaboration de tableaux de bord permettant une comptabilité analytique précise.

Actuellement, pour les directeurs des services financiers rencontrés, « *la situation est complexe* » en raison d'un transfert de compétences sans les moyens afférents. S'ajoute une lenteur dans la résolution des problématiques « *ce n'est qu'en 2008 que les choses vont se cadrer* » La difficulté est de passer d'une entité globalisée à une entité individualisée avec un profil de dépenses qui augmentent plus vite que les recettes. Les débasages successifs du sanitaire vers un autre tarifificateur ont entraîné des déficits nécessitant des subventions d'équilibre. Comme à l'hôpital, « *les économies se feront par la mutualisation et réorganisation* ».

Ceci est confirmé par la directrice, chef d'établissement représentante de la FHF « *les mécaniques financières longues ne facilitent pas la tâche des directeurs qui se voient dans l'obligation d'afficher ces déficits pour ne plus compenser, avec le risque d'accumulation au fil des années* ». La réunion tripartite précitée entre les représentants du Conseil Régional, l'ARH et la FHF du 12 avril dernier a également permis de faire le point et d'ouvrir des perspectives.

Pour certains directeurs d'institut à l'ancienneté importante, le budget annexe est un retour à la période antérieure au budget global, déjà connu par certains lors de leur prise de fonction.

Si la situation transitoire financière actuelle concourt à une certaine opacité, les directeurs dans leur majorité pensent que ce passage au budget annexe est plutôt favorable :

- l'obligation de produire un budget clair, transparent, justifié, nécessite une collaboration avec les services financiers de l'hôpital en particulier pour la comptabilité analytique ;
- leur participation à l'entretien contradictoire organisé par la Région avec les directeurs d'hôpitaux les sensibilise fortement et les implique dans la gestion ;
- une reconnaissance de leur spécificité et besoins particuliers est attendue ;
- un meilleur contrôle des sommes imputées peut-être exercé avec demande possible de justifications.

Les directeurs souhaitent par ailleurs être « *reconnus, interrogés, consultés* » lors de l'élaboration budgétaire, le contrôle de l'imputation des dépenses et l'analyse des résultats. Des

réunions de cadrage en amont avec la région et les services financiers leur semblent indispensables pour l'élaboration d'un projet financier de l'institut. Celui-ci, sur la base du projet d'école « *permettrait une anticipation budgétaire* ». Il en est attendu une meilleure visibilité sur un budget de base des formations initiales auxquelles s'ajouteraient des axes de développement contractualisés avec la Région. La notion de « *tarification à l'activité* » à l'image des hôpitaux est évoquée par l'un des interviewés.

Sur le plan opérationnel, certains disposent de tableaux de bord de suivi. Ceux-ci sont « *insuffisants, imprécis* ». Un cadrage général, avec « *élaboration d'indicateurs communs, rigoureux entre les établissements* » leur semble indispensable. Cela nécessiterait une formation ad hoc qui pourrait être effectuée en commun et participerait au décloisonnement des instituts.

Quelques difficultés sont rencontrées localement. Elles semblent liées à l'absence de langage commun, à une tendance centralisatrice administrative ou à une organisation spécifique.

Deux points restent à signaler :

- les établissements privés ont, le plus souvent, une gestion comptable transversale. Ils souhaitent que le coût réel de la formation soit pris en compte pour l'allocation de la subvention ;
- l'institut rattaché à l'Education Nationale ne note aucune modification dans son fonctionnement car travaillant de longue date avec le Conseil Régional.

En résumé, La situation est complexe. Le désaccord persistant sur le montant compensatoire accompagnant le transfert de compétences brouille les pistes, freine la prise de décision et la mise en place des actions. Cette situation, ressentie fortement par les différents intervenants, ne donne pas la visibilité budgétaire suffisante pour anticiper, ralentit le décisionnel et risque, à terme, de bloquer la situation. Les directeurs d'instituts semblent très sensibilisés à cette nouvelle politique pour laquelle certains souhaitent se former, avoir des outils communs pour l'investir pleinement.

2.2.4. Des perspectives pour l'avenir

La dimension stratégique, « *art de combiner des actions, de manoeuvrer habilement pour atteindre un but* »⁴² est largement citée par les enquêtés. La nécessité d'apporter des réponses

⁴² Grand dictionnaire encyclopédique Larousse p.9826

à l'échelle du territoire, de se situer dans les orientations et les objectifs fixés par le PRFSS, et notamment celui d'être réactifs, sont reconnus comme des atouts.

La nécessité d'ouverture de l'institut est fréquemment citée. « *L'interfiliarité, le décloisonnement des formations paramédicales et sociales* » sont perçus comme des enjeux importants, sources d'enrichissement respectif. Les modalités de mise en œuvre restent cependant floues. « *Etre solidaires, échanger les savoirs, travailler ensemble, ne pas tomber dans des enjeux de pouvoir* » sont dans les préoccupations des directeurs. « *Une disparition à terme du clivage public/privé* » est évoquée par l'un des enquêtés.

Le rapprochement des instituts à leur initiative, plutôt « *qu'imposé par la tutelle* » est préconisé mais cela ne s'inscrit pas toujours dans la facilité.

Sur le plan organisationnel, une évolution vers « *une étude des charges de travail liée à une obligation de résultats* » semble inéluctable. Rendre compte de l'utilisation des ressources, mutualiser les moyens sont cités comme incontournables dans un environnement financièrement contraint.

Au niveau structurel, « *une recomposition du tissu des formations* », tenant compte de l'aménagement du territoire est anticipée, le préalable étant la diminution des quotas. « *Une reprise à terme des locaux et personnels par la Région ou l'Education Nationale* » est évoquée comme possible par l'un des participants, avec un questionnement sur la place des directeurs de soins dans cet éventuel dispositif. Ceux-ci s'interrogent, par ailleurs, sur les limites du soutien et du positionnement des directions hospitalières à l'égard de leurs écoles.

3. REFLEXION AUTOUR DE LA VALIDATION DES HYPOTHESES ET PROPOSITIONS D'ACTION

3.1. DES HYPOTHESES MAJORITAIREMENT VALDEEES

L'objet de la recherche posait la question suivante : « **En quoi la décentralisation des formations sanitaires constitue-t-elle un enjeu de la politique managériale du directeur d'IFSI ?** »

A la suite de cette étude, il apparaît que le mouvement de décentralisation des formations sanitaires s'inscrit dans un processus général de désengagement de l'Etat au profit des collectivités territoriales. Dans ce mouvement, sur fond de financement contraint, les directions d'instituts et d'hôpitaux sont conduites à composer avec cette nouvelle répartition des compétences et donc des pouvoirs. Certes, de nouvelles collaborations, liées à l'aménagement du territoire, à l'immersion de la formation dans les projets territoriaux ouvre l'horizon mais constitue un véritable défi pour les directeurs d'instituts. Ils étaient, jusqu'à présent peu sensibilisés, à cette approche. Les besoins régionaux en recrutement à moyen terme, le nombre important d'instituts dans la Région les conduisent inévitablement à s'interroger sur de possibles fusions, rapprochements... voire à terme fermeture de certains instituts. Soumis à des changements à géométrie variable en fonction des besoins, les directeurs et leurs équipes devront faire preuve de réactivité mais aussi de souplesse, de rapidité d'adaptation. De nouvelles formes de coopérations, collaborations sont à initier. Il en va de la survie de certains établissements.

Interface entre la direction hospitalière, la DRASS, la Région, les formateurs, le directeur doit avoir une politique managériale active, réactive et prédictive. Une veille professionnelle est indispensable quant aux évolutions des institutions et des professions paramédicales.

L'action est à conduire dans la plus grande concertation avec les différents interlocuteurs. Elle conservera son caractère ouvert évolutif, adaptable aux nouvelles réglementations et fera l'objet d'un rapport d'activité explicite. Ce rapport constituera un bilan, un suivi, une évaluation de l'action entreprise et une base d'échanges avec le directeur de l'établissement et les autorités de tutelle pour les futures missions ou décisions.

Pour répondre à cette question de départ, **quatre hypothèses avaient été formulées. Les trois premières sont vérifiées, la dernière partiellement.**

Première hypothèse : « **la décentralisation des formations sanitaires conduit le directeur à réexaminer son projet d'école et à développer une stratégie adaptée à son environnement** ».

Comme nous l'avons vu tout au cours de l'étude, les directeurs sont très sensibilisés aux modifications importantes de leur environnement et à la nécessité d'adapter les grandes axes de leur projet. Force de propositions, ils ont conscience de la nécessité d'être à l'écoute de tous, vigilants aux tendances d'évolution des métiers, de l'emploi, des besoins de leur territoire et aux conséquences majeures sur les activités professionnelles et les compétences. La révision du projet d'école, établi en concertation avec les interlocuteurs internes, négocié avec le Conseil Régional en fonction des besoins leur semble un point d'appui, un balisage indispensable. Sa prévision sur plusieurs années, avec contractualisation possible des objectifs, apporterait l'indispensable sécurité pour accompagner en interne les projets de développement. Cela contribuerait également à formaliser une politique d'ouverture, de coopération entre instituts sanitaires et sociaux.

Seconde hypothèse : « **ce changement accélère le processus de développement de la qualité de la formation, enjeu pour la certification** »

Si les instituts enquêtés ont tous, à des degrés divers, formalisés une démarche qualité, les modifications déjà citées de l'environnement et la commande par la Région d'une formation action en cours de réalisation inscrivent inévitablement les instituts dans une étape d'accélération de ce mouvement. La démarche qualité constitue le support interne d'une reconnaissance externe : la certification. Dans un second temps, elle est largement pressentie comme incontournable par les protagonistes.

Troisième hypothèse : « **cette situation nécessite un accompagnement des équipes dans le changement. Expliquer, sécuriser, préciser la finalité de la nouvelle politique est indispensable** ».

Les directeurs d'institut se sont largement positionnés dans cette démarche d'accompagnement de leurs équipes. Cela s'est imposé naturellement. Ils estiment qu'il est de leur rôle de manager, de dédramatiser, rassurer, initier à une nouvelle méthodologie de travail, donner un sens au changement. Ils se positionnent ainsi en garant de la qualité de travail de leurs personnels et dans une anticipation de développement de nouvelles compétences au sein de l'équipe.

Quatrième hypothèse : « **La mise en place de budgets annexes clairement affectés, constitue pour le directeur une opportunité d'autonomie et de développement de nouvelles coopérations** ».

Suite à la réforme du financement, les budgets annexes ont été instaurés en juillet 2005. Si, dans l'esprit du texte, ils devaient permettre d'identifier nettement les produits et les charges des instituts et d'équilibrer les comptes, la réalité est différente. Faute d'accord entre l'Etat et le Conseil Régional sur l'évaluation du montant compensatoire, un déficit s'est créé, obligeant les hôpitaux à verser des subventions d'équilibre. Actuellement, cette situation place les directeurs d'institut dans une politique contraignante, restrictive en attendant la régularisation de la situation. Ils ont rapidement compris la nécessité d'anticiper financièrement leurs projets d'où l'intérêt de tableaux de bord de suivi de leurs dépenses. **L'hypothèse est donc partiellement validée au niveau de l'autonomie.** Cependant, elle est complètement validée en ce qui concerne les nouvelles coopérations. Des propositions concrètes, seront présentées dans la dernière partie de ce travail.

3.2. DES PROPOSITIONS D'ACTION

Le décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier de la fonction publique hospitalière dans son article 5 stipule « *le directeur des soins, directeur d'institut de formation préparant aux professions paramédicales ou d'institut de cadres de santé,... /participe à la gestion administrative et financière de l'institut et à sa gestion des ressources humaines* ». L'arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux énonce : « *Le conseil pédagogique est informé du budget* » et, dans le contenu du rapport annuel d'activité, prévoit une partie « *exécution du budget* ».

L'étude réalisée montre l'importance pour le directeur des soins de s'intéresser au projet financier de son institut. En effet, le financement de son projet d'école passe inévitablement par cette phase « cruciale » sans laquelle les projets ne pourraient se concrétiser. Ce projet financier s'impose dans la constellation des projets d'établissement, de soins, d'école, pédagogique. Travailler sur un guide pratique d'approche de la gestion budgétaire pour le directeur d'institut a donc été retenu. Il s'agit de savoir comment il peut investir cette voie, dans le respect du domaine d'exercice de chacun, de déterminer quel est son rôle et de proposer secondairement quelques exemples d'outils de suivi.

3.2.1. Une ébauche de guide pratique pour appréhender la gestion budgétaire de l'institut

Cette proposition non exhaustive n'a pas la prétention de répondre à la complexité de mise en œuvre d'un projet financier. Elle se veut un guide simple, pratique, utilisable par le directeur d'institut lors de sa prise de fonction. L'approche opérationnelle est donc privilégiée à partir des acquis de la formation et des conclusions de l'étude réalisée.

3.2.1.1. Effectuer un bilan de départ précis, justifié.

- *Etudier le contexte local et régional*

Une approche qualitative s'avère indispensable. L'institut s'inscrit dans une entité hospitalière. Au plan local, plusieurs voies sont à explorer :

- la place de l'institut au sein de l'Établissement Public de Santé (EPS) ;
- la politique de l'EPS en regard de la formation ;
- l'insertion du projet d'école dans le projet d'établissement ;

L'analyse de ces données permettra de situer l'IFSI au sein de la structure hospitalière. En effet, sa place conditionne en grande partie les moyens qui lui sont accordés. L'étude a démontré l'importance d'un projet d'école actualisé. Celui-ci, dans toutes ses composantes pédagogiques, sociales, organisationnelles... fait partie intégrante du projet d'établissement hospitalier. En ce sens, l'institut doit s'inscrire dans la politique d'établissement et être à son service (au sens de projet de service). En principe, son budget devrait trouver sa place dans celui du budget de l'établissement gestionnaire.

Aujourd'hui, l'approche locale ne suffit plus. Au plan régional, plusieurs questions doivent être posées :

- quelle est la place des formations paramédicales au sein du Schéma Régional des Formations Sanitaires et sociales ?
- comment sont-elles appréhendées par les élus régionaux ?
- quels sont la place et l'impact de la structure de formation dans l'appareil de formation régional ?
- quelle est la politique régionale au regard de ces formations ?

Les réponses à ces questions permettront de situer l'institut dans le maillage régional. C'est un véritable enjeu, conditionnant ultérieurement les moyens pour répondre aux besoins.

Par ailleurs, les structures de formation devront être en phase avec la politique régionale. Celle-ci influencera fortement la détermination des orientations de l'institut et conditionnera le montant des subventions allouées. Il s'agit donc d'être en accord, de répondre aux besoins recensés ainsi qu'aux attentes de ce financeur qui, comme nous l'avons vu au cours de l'étude, pèsera fortement sur le projet des instituts : ratios, quotas, audit financier et des pratiques, démarches qualité, certification... Il y va de l'obtention des moyens de fonctionnement.

- *Identifier le réseau relationnel existant*

S'approprier les composantes du budget annexe nous conduit à établir des collaborations avec différents acteurs. Il s'agit, à ce stade d'identifier les relations du directeur au sein et à l'extérieur de l'établissement.

L'un de ses premiers objectifs sera de se situer au sein des différents secteurs d'activité. Il est en effet primordial d'identifier, les liens du directeur de l'institut avec les différents acteurs internes et externes de l'organisation, de repérer les éventuelles alliances... pour trouver sa place. En fonction de l'organisation, de la taille de l'établissement, il est important d'observer les liens entre les acteurs suivants :

- en interne : directeur général, des services financiers, des services économiques, des ressources humaines, des affaires générales, des services techniques et leurs collaborateurs.
- En externe : président du Conseil Régional, trésorier payeur, et leurs collaborateurs.

Il est indispensable que le directeur d'institut puisse développer une stratégie adaptée. Les rapports humains, base des liens hiérarchiques et fonctionnels, parfois complexifiés par les changements de personnes demeurent fluctuants, fragiles. Ils peuvent constituer des zones de vulnérabilité appelant sa vigilance.

- *prendre connaissance du budget formulé par l'établissement*

La liste des comptes étant répertoriée dans le plan comptable, il importe de savoir ce que recouvre chaque intitulé. Prendre connaissance de l'état des dépenses et des recettes, se faire expliquer les données par des entretiens avec les responsables concernés peut s'avérer utile. Se construire des outils personnels de calcul permettra d'individualiser au mieux les dépenses par type d'activité : nombre d'étudiants, nombre de locaux utilisés, heures réalisées.... Ces clés de répartition sont à valider par les services économiques et financiers.

3.2.1.2. investir dans une véritable politique budgétaire

Après analyse des éléments recueillis, il importe de réfléchir à la future politique de développement du projet d'école, à son évolution, au regard du projet d'établissement, de l'organisation et du fonctionnement de l'institut.

Exploiter le bilan de départ, véritable état des lieux, permettra au directeur de l'institut de se situer, d'utiliser au mieux les atouts, ressources, appuis de l'institution pour :

- répondre aux besoins exprimés sur les plans local et régional en formations initiale et continue ;
- déterminer les limites et cerner la marge de manœuvre locale, départementale et régionale ;
- dégager des perspectives et fixer les possibilités de négociation.

Cette approche s'inscrit dans la politique institutionnelle. Il est donc indispensable d'associer et d'impliquer l'ensemble du personnel de la structure. Cela suppose de fortes dimensions : managériale, stratégique, mais aussi de communication et de contrôle.

L'aspect délégation, en particulier la délégation de signature est à observer avec toute la réserve qui s'impose. La dimension éthique est également à prendre en compte. En effet, il s'agit de pratiquer la gestion de fonds publics. Un souci d'efficience, du meilleur rapport qualité/prix doit nous guider.

3.2.1.3. gérer de façon pragmatique

Pour le directeur d'institut, trois étapes peuvent servir de repères :

- *Préparer son budget*

Etape importante car gérer c'est aussi prévoir. Il s'agit d'anticiper les moyens matériels, humains en adéquation avec l'activité prévisionnelle déterminée dans le projet d'école. La formulation des objectifs doit s'effectuer annuellement, centrée sur le fonctionnement mais aussi dans une temporalité pluriannuelle, l'investissement par exemple. Pour cela deux actions peuvent être entreprises :

- analyser rétrospectivement les coûts de l'année précédente, par domaine précis.
- réfléchir à la prospective. Celle-ci peut concerner la gestion des ressources humaines, le management (postes, évolutions en terme d'emploi, formations du personnel...), les projets et orientations pédagogiques : équipements, visites, voyages...), les projets de développement et d'innovation : travaux, équipements informatiques, audio-visuel.....

A moyen terme il est important de cerner de façon précise les recettes : taxe d'apprentissage, formation continue, concours...mais aussi les dépenses : enveloppes budgétaires pour les achats d'investissement, pédagogiques, travaux, documentation, intervenants... qu'il faudra respecter.

- *Négociier*

Deux niveaux de négociation peuvent être retenus :

- en externe avec les interlocuteurs du Conseil Régional en particulier hors de la procédure contradictoire mais aussi avec les DRASS et DDASS susceptibles de soutenir les projets ;
- en interne avec la personne appropriée en fonction de la stratégie à développer.

La négociation, avec son corollaire d'argumentaires est un temps essentiel. Il convient de s'y préparer : par une connaissance approfondie des coûts, une anticipation des questions, des éléments fiables, précis correspondant aux besoins réels. La connaissance et la maîtrise du budget sont une nécessité absolue.

- *Agir, assurer le suivi, contrôler*

Cette étape implique l'ensemble du personnel. Aussi est-il important de le sensibiliser, de l'informer régulièrement. Une « culture budgétaire » pourra ainsi s'instaurer dans leur pratique quotidienne. Une partie plus délicate concerne le suivi des dépenses et leur contrôle, le directeur étant garant du respect des enveloppes négociées. Des outils de suivi sont à construire pour suivre mensuellement ou trimestriellement les dépenses. Quelques exemples seront proposés pour aborder ce suivi dans les pages suivantes. Ces tableaux de bord de suivi sont à élaborer en fonction de la situation locale et pour les dépenses significatives de l'institut.

3.2.2. Une élaboration de tableaux de bord pertinents, adaptés à la situation

3.2.2.1. Des cibles à identifier

L'expérience montre que les meilleurs outils opérationnels sont ceux créés ou adaptés par les utilisateurs eux-mêmes, car ils prennent en compte le contexte dans lequel s'inscrit cette démarche. Ces outils sont pertinents au regard des objectifs ou des dysfonctionnements repérés par le directeur de l'institut. Recueillir des données n'est pas une opération que l'on réalise fortuitement. En effet, ce recueil est consommateur de temps et doit être utilisé à bon

escient. Les tableaux de bord doivent donc bien informer, nous renseigner précisément et permettre :

- de suivre l'évolution d'un poste budgétaire particulier ;
- d'établir des comparaisons d'une année à l'autre mais aussi à terme d'un établissement à l'autre ;
- d'expliquer et de comprendre les écarts et dysfonctionnements ;
- d'apporter des réajustements en moyens, en organisation.... ;
- d'aider à la décision ou d'être force de proposition pour des changements ultérieurs.

Les outils sont donc à construire individuellement, en fonction de l'identification des besoins. On peut, cependant, citer quelques exemples :

pour les dépenses :

- l'état mensuel des dépenses en intervenants extérieurs et vacataires ;
- le suivi des factures ;
- le salaire annuel charges comprises de chaque membre du personnel ;
- un état des consommations diverses ;
- une individualisation des dépenses par type d'activité ;
- un suivi des dépenses par enveloppe

pour les recettes :

- la taxe d'apprentissage ;
- les droits d'inscription annuels ;
- les frais d'inscription aux concours ;
- la facturation des actions de formation continue

3.2.2.2. Une perspective d'utilisation pour une réflexion commune en Région

Au-delà du travail personnel réalisé par le directeur d'institut, un échange et une critique constructive entre collègues sur les indicateurs retenus pour les tableaux de bord pourraient s'avérer bénéfique, enrichissante. Cette réflexion commune pourrait s'effectuer dans le cadre des travaux du CEFIEC.

Dans le contexte de la régionalisation l'utilisation des moyens alloués deviendra indispensable. Le contrôleur financier et comptable de la Région, évoque lors de l'entretien, l'établissement de tableaux de bord communs pour 2008 avec mise en place de critères qualitatifs et quantitatifs afin de mieux apprécier les situations. Avoir des outils de référence, construits, harmonisés, validés par l'ensemble des directeurs d'une même région constituerait un atout. Ceci permettrait de se référer à des bases communes, objectives, comparatives et partagées.

CONCLUSION

L'étude menée avait pour but d'étudier les premières conséquences de la décentralisation des formations sanitaires et sociales dans la région Nord-Pas-de-Calais. Le retentissement sur le management du directeur de l'institut et le fonctionnement de sa structure devaient être examinés, analysés.

La situation a été replacée dans son contexte historique, politique, stratégique. Exercant prochainement en institut de formation, cela m'a permis d'en découvrir les mécanismes dans toute leur complexité. Une prise de conscience des enjeux, des incidences sur le fonctionnement institutionnel, des points de vigilance seront utiles pour ma prochaine prise de fonction.

L'historique a permis de situer cette décentralisation dans un mouvement ancien, continu, évoluant par étapes successives. Le désengagement progressif de l'Etat au profit des collectivités territoriales et son recentrage sur ses missions essentielles, confortent l'orientation politique vers une démocratie de proximité. Il s'agit de rapprocher le processus de décisions au plus près des citoyens.

Comme cela a été perçu dans l'étude, cette décentralisation présente des difficultés pour trois raisons essentielles:

- le maintien des prérogatives de l'Etat dans certains domaines ;
- le désaccord persistant sur l'évaluation du montant compensatoire ;
- un retard de parution de décrets d'application.

Par ailleurs, la Région Nord-Pas-de-Calais, économiquement et socialement défavorisée, sous-médicalisée, est un terrain d'étude tout à fait particulier. On note l'importance de l'offre de formation, sa répartition géographique hétérogène, sa position limitrophe avec la Belgique qui a fortement influencé le développement de formations paramédicales. Cela a conduit la Région à définir avec précision ce nouveau champ de compétences et à cerner précisément ses besoins dans un système de financement contraint. Les entretiens avec les différents interlocuteurs montrent tout l'intérêt porté à cette entreprise qui se veut dynamique, rationnelle, avec une volonté et une finalité d'efficacité.

En questionnement, demeurent les décisions réellement prises. L'étude de documents, de comptes rendus de réunions, les entretiens avec les décideurs et les différents protagonistes ont permis de déterminer les principales tendances. Il sera intéressant d'en suivre l'évolution. Exercant ma fonction dans cette région, j'en serais un témoin privilégié.

Comme nous l'avons constaté les directeurs d'institut interviewés ont vécu positivement cette nouvelle tutelle. Elle semble avoir donné une nouvelle vigueur à la vie hospitalière, dont l'activité institutionnelle s'est vue affaiblie par le "tourbillon" de réformes successives.

Cette gestion de proximité conduit inévitablement à réexaminer, approcher la situation sous plusieurs angles : emploi, besoins de santé, recrutement local des futurs professionnels....

Elle souligne également le positionnement des usagers, des recruteurs. Ils souhaitent, des professionnels compétents dès leur sortie de l'institut, opérationnels, adaptés à l'évolution des pratiques et des structures hospitalières. Il s'agit d'une exigence sociale et sanitaire forte, justifiée.

A l'aspect quantitatif, il est essentiel d'associer l'aspect qualitatif. Interface entre la direction hospitalière, le personnel, les autorités de tutelle, le directeur de l'institut doit dans une démarche participative et prédictive suivre l'ensemble des évolutions institutionnelles paramédicales. L'accès à une médecine de qualité nécessite des professionnels performants, initiés aux pratiques des nouvelles avancées technologiques. Simultanément la pathologie évoluera. Ainsi, le nombre d'Alzheimer pourrait quadrupler dans les prochaines décennies.

Les rapports des professeurs BERLAND(2006) et VALLENCIEN (2007) ouvrent des pistes, proposent des solutions. L'enseignement sera probablement prolongé et les programmes modifiés. Les étudiants devront être initiés aux "*référentiels scientifiques*", à l'apprentissage de nouveaux gestes et de nouvelles techniques.

L'évaluation des IFSI s'imposera école par école. Les directeurs, comme dans la médecine moderne, seront redevables d'une obligation de résultats statistiques. Donc formation et information continue iront de pair dans la recherche de la qualité des soins. Les pratiques, les connaissances de l'équipe formatrice seront à actualiser, à compléter à l'aune des progrès scientifiques et techniques. Les meilleures de leurs étudiant(e)s, devenues infirmier(e)s confirmé(e)s, pourraient être expert(e)s⁴³ ou assistant(e)s⁴⁴ et préparer un diplôme de pathologie.

D'où un suivi très attentif des directeurs d'IFSI, qui au demeurant devront également s'adapter à l'évolution des concepts soin et éthique. On passe du partage du savoir à la délégation de tâches et, progressivement, on s'oriente de la bioéthique à une éthique de l'ensemble des relations soignants/soignés⁴⁵, c'est à dire une éthique de la sollicitude. Les deux premières créations "*d'espaces de réflexion éthique*"⁴⁶ par les Assistances Publiques de Paris et de Marseille pour "*une culture du partage*"⁴⁷ en application de la loi de bioéthique du 6 août 2004, sont un exemple. Des expériences sont en cours dans d'autres villes universitaires de province.

Le directeur d'institut se situe donc au centre de ces différentes problématiques, de difficultés, sans oublier son rôle d'interface. Dans une exigence de justice, avec des principes éthiques, en fonction de contextes qui parfois se chevauchent, il est appelé à prendre des décisions. Comme l'a écrit récemment le Professeur Pierre LE COZ, le directeur devra alors

⁴³ BERLAND Y. *Coopération des professionnels de santé, le transfert de tâches et de compétences*. p.48.

⁴⁴ VALLENCIEN G. *La santé n'est pas un droit : manifeste pour une autre médecine*. p.153.

⁴⁵ Rencontres Pétrarque de Montpellier juillet 2006

⁴⁶ LE COZ P. *Petit traité de la décision médicale*. p.166.

⁴⁷ FIESCHI M. *Les données du patient partagées : la culture du partage et de la qualité des informations pour améliorer la qualité des soins*. p.3.

avoir une *“pensée protocolaire qui planifie et calcule (la pensée pré-décisionnelle) relayée par une pensée qui médite (une pensée post-décisionnelle), le moment de réflexion philosophique”*
Et à ses étudiants, il devra également apprendre à *“traiter comme des semblables ceux qui ne sont pas identiques”*.

Bibliographie

OUVRAGES

- BERNOUX P., 1990, « *La sociologie des organisations* », 5^{ème} édition, Paris, Edition du Seuil, 379 p.
- BŒUF J., MAGNAN M., 2007, « *Les collectivités territoriales et la décentralisation* », 3^{ème} édition, Lassay-les-Châteaux, La documentation Française, 157 p.
- BONNARD M., 1996 (Coordonnatrice / ouvrage collectif) « *Les collectivités locales en France* », Nancy, La documentation française, 133 p.
- BOUTINET J.P., 2003, « *Anthropologie du projet* », 5^e édition, Paris, PUF, 368 p.
- CARRE P., GASPAR P., 2004 « *Traité des sciences et des techniques de la formation* », 2^{ème} édition, Paris, Editions Dunod, 500 p.
- CROZIER M., FRIEDBERG E., 1992, « *L'acteur et le système* », Paris, Editions du Seuil, 478 p.
- DAB W., 2007 « *Santé et environnement* », 1^{ère} édition, Vendôme, PUF, collection encyclopédique, 125 p.
- LE BOTERF G., 2002 « *Ingénierie et évaluation des compétences* », 4^{ème} édition, Paris, Editions d'Organisation, 563 p.
- LE COZ P., 2007 « *Petit traité de la décision médicale* », Mesnil-sur-l'Estrée, Editions du Seuil, 196 p.
- MINTZBERG H., 2000 « *Structure et dynamique des organisations* », Paris, Editions d'organisation, 434 p.
- VALLENCIEN G., 2007 « *La santé n'est pas un droit: manifeste pour une autre médecine* », Paris, Bourin Editeur, 199 p.

- VITAL-DURAND E., 2000, « *Les collectivités territoriales en France* », Evreux, Hachette Supérieur, 153 p.

RAPPORTS

- BERLAND Y., 2003, « *Coopération des professionnels de santé : le transfert de tâches et de compétences* », réalisé dans le cadre de l'Observatoire national des professions de santé, 58 p.
- BOUVERET L. (présidente du groupe de travail), 2006, « *Formations sanitaires et sociales* » Adopté par la délibération n° 2006-05 du Conseil Economique et Social le 14 mars 2006 34 p.
- BROUCHET J., 2004, « *Délégation et transfert de compétences* », adopté le 29 et 30 janvier 2004 lors de la session du Conseil National de l'Ordre des médecins, 2 p.
- CHEVREUL P., 2005, « *La mise œuvre du transfert aux régions des formations sanitaires et sociales* » Commande du ministère de l'Emploi, du travail et de la cohésion sociale, 86 p.
- CONSEIL REGIONAL DU NORD PAS-DE-CALAIS, 2006, « *Schéma Régional des formations tout au long de la vie du Pas de Calais* », adopté par la délibération n°2006-2500 du 23 Novembre 06, 288 p.
- DRASS du NORD PAS-DE-CALAIS, 2005, « *Inventaire préalable à l'élaboration du Plan Régional de Santé Publique Nord Pas de Calais* », 104 p.
- FIESCHI M. 2003. « *Les données du patient partagées : la culture du partage et la qualité des informations pour améliorer la qualité des soins* ». Rapport remis au ministère de la santé. 5 p.
- KAROUTCHI R., 2005, « *Le transfert des formations sanitaires et sociales* » Commande du Sénat (Observatoire de la décentralisation), 72 p.
- PERISSOL P. A., 2003, « *Régionalisation de la formation professionnelle* » Commande du Ministère des affaires sociales du travail et de la solidarité, 20 p.

ARTICLES DE PERIODIQUES

- ARCHAMBAULT H, novembre 2000, « *Le management d'un IFSI* », Objectifs soins n°90, pages 13-19.
- BOYER C., novembre 2005, « *La démarche qualité, une opportunité pour les IFSI* », Soins cadres n°54, pages 58-62.
- BRUGERE F, LE BLANC G., PIRARD V., WORMS F., ZACCAÏ-REYNERS N., janvier 2006, « *Les nouvelles figures du soin* », Revue Esprit n°321 , Pages 77-156
- DEKUSSCHE C., août 2004, « *Décentralisation, l'appareil de formation anxieux* », Soins cadres n°51, page 9.
- DEKUSSCHE C., août 2005, « *l'accréditation à la porte des instituts* », Soins Cadres n°54, page 12.
- TARTAR C., LEON O., avril 2005 « *Santé et recours au soins en Nord-Pas-De-Calais* », INSEE Nord Pas-de-Calais, n°4, pages 1-6.
- VIGNATELLI W., janvier 2000, « *La qualité de la formation en IFSI, un outil, des perspectives* » Soins Cadres n°34, pages 56-57.

PRESSE

- DE KERVASDOUE J. « *Santé : en finir avec les lieux communs* » Le Monde, 27 janvier 2007.
- WEIL N. « *Une nouvelle morale du soin* », Le Monde, 5 août 2006.

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

- Loi n°82-213 du 2 mars 1982, relative aux droits et libertés des communes des départements et des régions.
- Lois n°83-8 du 7 janvier 1983 et 83-663 du 22 juillet 1983 relatives à la répartition de compétences entre les communes les départements et régions.

- Loi n°2002-73 du 17 janvier 2002 dite de modernisation sociale.
- Loi constitutionnelle n°2003-6276 du 28 mars 2003 relative à l'organisation décentralisée de la République.
- Loi organique n° 2003-704 du 1^{er} août 2003 relative au référendum décisionnel local.
- Loi organique n° 2003-703 du 2 août 2003 relative à l'expérimentation pour les collectivités territoriales.
- Loi n°2004-391 du 4 mai 2004 relative à la formation professionnelle tout au long de la vie et au dialogue social.
- Loi organique n°2004-758 du 29 juillet 2004 relative à l'autonomie financière des collectivités territoriales.
- Loi n°2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique.
- Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux responsabilités locales.
- Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.
- Décret n°2002-505 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeurs des soins de la fonction publique hospitalière.
- Décret n°2005-723 du 29 juin 2005 relatif au régime budgétaire des écoles et instituts de formation de certains professionnels de santé relevant d'établissements publics de santé et modifiant le code de la santé publique.
- Arrêté du 30 mars 1992 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation en soins infirmiers.
- Circulaire DHOS-F2/F4 n°416 du 1^{er} septembre 2004 relative à la procédure budgétaire 2005 des établissements sanitaires financés par dotation globale mentionnés au a, b, c de l'article L162-22-6 du code de la sécurité sociale.
- Circulaire n°101 /DHOS/0/2004 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération.

SITES INTERNET

- Assemblée Nationale, 2006, « *La décentralisation (1789-2006)* », disponible sur Internet : www.Assemblee-nationale.fr/histoire/decentralisation.asp
- Dossier de la Mutualité Fonction Publique, 2004, « *La décentralisation un nouveau défi à relever de la Mutualité Fonction Publique* », disponible sur Internet : www.mutualitefonctionpublique.com
- Education Nationale, 2007, « *Projet d'école* », disponible sur Internet : <http://www.acbordeaux.fr/ia64/pedago/projeco/index.htm>
- Émission Eclairage de Canal Académie, 2004 *Quelle réforme constitutionnelle pour la France de demain ?* », disponible sur Internet : www.canalacademie.com
- Service d'information du Gouvernement consacré à la décentralisation, 2003, « *Rapport au 1^{er} ministre du comité stratégique de la DATAR intitulé une nouvelle politique de développement des territoires pour la France* », disponible sur Internet : www.vie-publique.fr

ETUDES

- DANTAN S., MARQUIER R., novembre 2006, « *Les étudiants en formations paramédicales en 2004* », DREES, Etudes et Résultats, n°540, 8p.

PUBLICATIONS DIVERSES

- BELLENGER L. COUCHAERE M.J., 1999, « *Animer et gérer un projet : un concept et des outils pour anticiper l'action et le futur* », Paris, Editions ESF, collection Formation Permanente/Séminaire Mucchielli, 176 p.
- DIRECTION GENERALE DE L'ADMINISTRATION ET DE LA FONCTION PUBLIQUE, 2005, « *Le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière* », édition de l'ENSP.
- ENSP DIRECTION DE L'EVALUATION ET DU DEVELOPPEMENT STRATEGIQUE, novembre 2005, « *La qualité partagée* », l'Expertise Formation.

- GABILLIET P., 2003, « *savoir anticiper les outils pour maîtriser son futur* », Paris, ESF éditeur, Collection Formation Permanente, Séminaires Mucchielli.

MEMOIRES

- BETOULLE F., 2004, « *Le directeur des soins et la fusion de deux IFSI : émergence d'une identité nouvelle et stratégie d'accompagnement du changement* », Ecole Nationale de la Santé Publique, Filière des directeurs des soins 2004, 61p.
- BOURGEON D., 2005, « *La mutualisation pédagogique au sein des groupements d'écoles et d'instituts paramédicaux* », Ecole Nationale de la Santé Publique, Filière des directeurs des soins 2005, 53 p.
- DORE M.C., 2005, « *La démarche qualité, un enjeu pour les instituts de formation* » Ecole Nationale de la Santé Publique, Filière des directeurs des soins 2005, 53 p.
- GESREL P.B., 2004, « *Comment favoriser l'appropriation du changement par les personnels* », Ecole Nationale de la Santé Publique, Filière des directeurs d'établissement sanitaire et social, 2004, 81p.
- LOMBARDO P., 2005, « *Le projet d'école en institut de formation en soins infirmiers* », Ecole nationale de la santé publique, Filière des directeurs des soins 2005, 53 p.
- SIFFERLEN B., « *Indicateurs d'activité : quelles utilisations pour le directeur des soins en IFSI ?* », Ecole Nationale de la Santé Publique, Filière des directeurs des soins 2006, 53 p.

Liste des annexes

Annexe 1 : Tableau récapitulatif des compétences transférées par la loi du 13 août 2004 extrait de BŒUF J.L., MAGNAN M., « les collectivités territoriales et la décentralisation ».

Annexe 2 : Liste des professions paramédicales réglementées et non réglementées.

Annexe 3 : Cartographie :

- Carte 1: Professions paramédicales et de sage femme - répartition des centres de formation en fonction du statut du gestionnaire.
- Carte 2: Profession aide soignant – répartition des centres de formation en fonction du statut du gestionnaire.

Annexe 4 : Fiche de poste du directeur d'institut de formation en soins, management et pédagogie et activités paramédicales issue du répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière.

Annexe 5 : Grille d'entretien des directeurs d'IFSI.

Annexe 1 : Tableau récapitulatif des compétences transférées par la loi du 13 août 2004 extrait de BOEUF J.L., MAGNAN M., « les collectivités territoriales et la décentralisation ».

Niveau de collectivité	Compétences	Transférées avant la loi du 13 août 2004	Transférées par la loi du 13 août 2004
Commune et groupement de communes	Urbanisme et transports	<ul style="list-style-type: none"> Élaboration des plans locaux d'urbanisme et des schémas de cohérence territoriale ; Délivrance de permis de construire ; Création, aménagement, exploitation des ports de plaisance. 	<ul style="list-style-type: none"> Si elles le demandent avant le 1^{er} janvier 2006, propriété, aménagement et gestion de tout port non autonome relevant de l'Etat situé sur son territoire ; Création, aménagement et exploitation des ports de commerce et de pêche qui leur sont transférés ; Si elles se portent candidates avant le 1^{er} juillet 2006, aménagement, entretien et gestion d'aérodrômes civils.
	Enseignement	<ul style="list-style-type: none"> Propriété, construction, entretien et équipement des écoles publiques ; Intervention dans la définition de la carte scolaire. 	Possibilité de créer, à titre expérimental pour cinq ans, des établissements publics locaux d'enseignement primaire.
	Action économique	<ul style="list-style-type: none"> Participation possible au financement des aides directes aux entreprises dans le cadre d'une convention avec la région ; Attribution d'aides indirectes aux entreprises. 	<ul style="list-style-type: none"> Possibilité de mettre en œuvre leurs propres régimes d'aides après l'accord de la région ; Possibilité d'instituer un office de tourisme.
	Logement	Définition d'un programme local de l'habitat.	<ul style="list-style-type: none"> Délégation possible au maire ou au président d'un EPCI de la gestion du contingent préfectoral ; Possibilité de participation à la construction, entretien et équipement du logement des étudiants ; Lutte contre l'insalubrité à titre expérimental.
	Action sanitaire et sociale	Action complémentaire à celle du département avec les centres communaux d'action sociale (CCAS).	<ul style="list-style-type: none"> Possibilité d'exercer des activités en matière de vaccination, de lutte contre la tuberculose, la lèpre, le sida et les infections sexuellement transmissibles ; Possibilité de gérer totalement ou partiellement le fonds d'aide aux jeunes (FAJ).
Culture	Responsabilité des bibliothèques de prêts, conservatoires et musées municipaux.	<ul style="list-style-type: none"> Organisation et financement de l'enseignement artistique initial ; Peuvent devenir propriétaire de monuments classés ou inscrits appartenant à l'Etat ou au Centre des monuments nationaux. 	

Niveau de collectivité	Compétences	Transférées avant la loi du 13 août 2004	Transférées par la loi du 13 août 2004
Département	Action sociale, solidarité, logement	<ul style="list-style-type: none"> Sauf exception, à la charge de l'ensemble des prestations d'aide sociale : aide sociale à l'enfance, aide aux handicapés, insertion sociale et professionnelle (gestion du RMI-RMA depuis le 1^{er} janvier 2004), aide aux personnes âgées ; Protection sanitaire de la famille et de l'enfance. 	<ul style="list-style-type: none"> Définit et met en œuvre la politique d'action sociale ; Possibilité d'exercer des activités en matière de vaccination, de lutte contre la tuberculose, la lèpre, le sida et les infections sexuellement transmissibles ; Création dans chaque département, financement et gestion de nouveaux FAJ ; Expérimentation dans certains départements de compétences élargies en matière de protection judiciaire de la jeunesse ; Création dans chaque département, gestion et financement de nouveaux fonds de solidarité pour le logement.
	Aménagement de l'espace, équipement	<ul style="list-style-type: none"> Entretien et investissement concernant la voirie départementale ; Organisation des transports routiers non urbains de personnes et des transports scolaires hors du périmètre urbain ; Création, équipement et gestion des ports maritimes de commerce et de pêche ; Élaboration d'un programme d'aide à l'équipement rural ; Protection, gestion et ouverture au public des espaces naturels sensibles boisés ou non ; Donne son avis lors de l'élaboration du schéma régional d'aménagement et de développement du territoire (SRADT) par la région. 	<ul style="list-style-type: none"> Gestion d'une partie (environ 15 000 km) des routes nationales ; Si candidats avant le 1^{er} juillet 2006 : aménagement, entretien et gestion d'aérodrômes civils ; Si ils le demandent avant le 1^{er} janvier 2006, propriété, aménagement et gestion de tout port non autonome relevant de l'Etat situé sur son territoire.
	Éducation, culture, patrimoine	<ul style="list-style-type: none"> Construction, entretien, équipement et financement des collèges ; Responsabilité des bibliothèques centrales de prêt ; Gestion et entretien des archives et des musées départementaux. 	<ul style="list-style-type: none"> Propriété du patrimoine immobilier des collèges ; Définition des secteurs de recrutement des collèges après avis du conseil départemental de l'Éducation nationale ;

Département	Éducation, culture, patrimoine		<ul style="list-style-type: none"> - Responsabilité du recrutement et de la gestion des personnels techniciens, ouvriers et de service (TOS) des collèges ; - Élaboration d'un schéma départemental de développement des enseignements artistiques dans les domaines de la musique, de la danse et de l'art dramatique ; - Gestion, à titre expérimental pour quatre ans, des crédits d'entretien et de restauration du patrimoine classé ou inscrit n'appartenant pas à l'État ou à ses établissements publics ; - Peuvent devenir propriétaires de monuments classés ou inscrits appartenant à l'État ou au Centre des monuments nationaux.
	Action économique	<ul style="list-style-type: none"> - Participation possible au financement des aides directes aux entreprises dans le cadre d'une convention avec la région ; - Attribution d'aides indirectes aux entreprises. 	Possibilité de mettre en œuvre leurs propres régimes d'aides après l'accord de la région.
Région	Développement économique (domaine dans lequel la région joue un rôle de coordination)	<ul style="list-style-type: none"> - Détermine le régime des aides directes et les attribue (primes régionales à l'emploi, à la création d'entreprise et prêts et avances à taux bonifiés) ; - Mise en œuvre et attribution des aides indirectes (garanties d'emprunt aux entreprises, exonération de la taxe professionnelle). 	<ul style="list-style-type: none"> - Suppression de la distinction entre aides directes et indirectes aux entreprises, remplacée par la distinction entre aides économiques et aides à l'immobilier ; - Le conseil régional définit le régime des aides économiques aux entreprises et décide de leur octroi, sauf exception ; - Élaboration d'un schéma régional de développement économique à titre expérimental pour cinq ans.
	Aménagement du territoire et planification	<ul style="list-style-type: none"> - Participation à l'élaboration de la politique nationale d'aménagement et de développement durable ; - Élaboration d'un schéma régional d'aménagement et de développement du territoire (SRADT) ; - Signature de contrats de plan État-région (contrats de projets depuis 2007), notamment pour la mise en œuvre du SRADT ; - Élaboration d'un schéma régional de transport ; - Organisation des services de transport routier non urbain des personnes et des transports ferroviaires de la région, sauf en Ile-de-France où le syndicat des transports d'Ile-de-France (STIF) remplit ces fonctions. 	<ul style="list-style-type: none"> - Élaboration d'un schéma régional des infrastructures et des transports (anciennement schéma régional de transport) ; - Si candidates avant le 1^{er} juillet 2006 : aménagement, entretien et gestion d'aérodromes civils ; - Si elles le demandent avant le 1^{er} janvier 2006, propriété, aménagement et gestion de tout port non autonome relevant de l'État situé sur son territoire.

Annexe 2 : Liste des professions paramédicales réglementées et non réglementées .

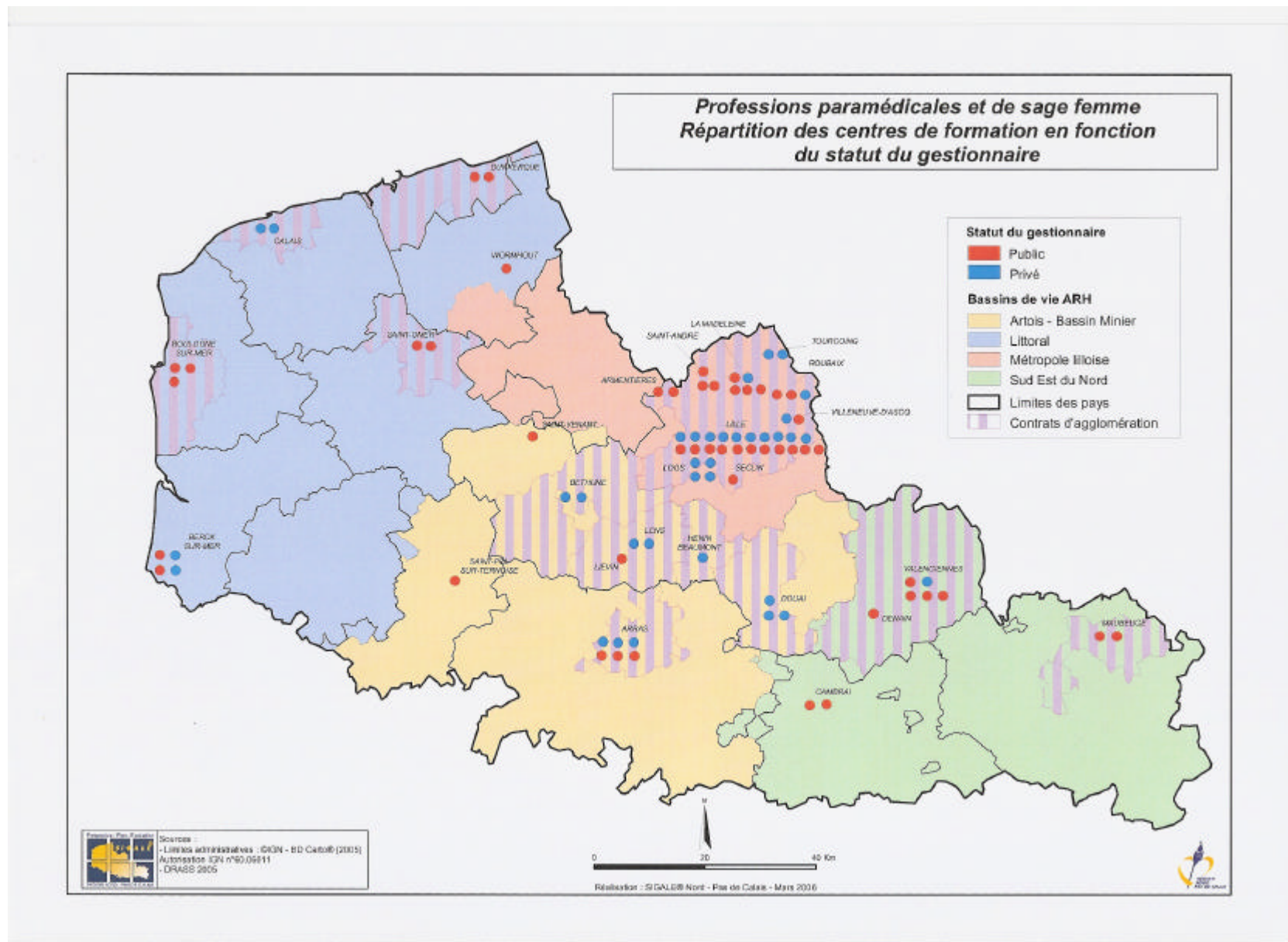
Professions réglementées :

infirmier ;
kinésithérapeute ;
pédicure-podologue ;
ergothérapeute ;
psychomotricien ;
orthophoniste ;
orthoptiste ;
audioprothésiste ;
opticien-lunettier ;
diététicien ;
préparateur en pharmacie hospitalière ;

Professions non réglementées :

aide-soignant ;
auxiliaire de puériculture ;
ambulancier ;
technicien de laboratoire de biologie médicale ;

Annexe 3 : Cartographie - Carte 1 : Professions paramédicales et de sage femme - répartition des centres de formation en fonction du statut du gestionnaire.



Annexe 4 : Fiche de poste du directeur d'institut de formation en soins, management et pédagogie et activités paramédicales issue du répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière.

DIRECTEUR DES SOINS ET DES ACTIVITÉS PARAMÉDICALES

OPTIONS : Services Soignants ; Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique

DÉFINITION

- Concevoir la politique des soins et des activités paramédicales et en diriger la mise en oeuvre

SPÉCIFICITÉS DANS LE MÉTIER

- Conseiller technique régional, national, coordonnateur général des soins en établissement de santé

> ACTIVITÉS PRINCIPALES

- Formalisation et réalisation du projet de soins et de ses déclinaisons en liaison avec le projet d'établissement, et en partenariat avec le corps médical et les membres de l'équipe de direction
- Pilotage et contrôle des politiques concernant l'organisation des soins et des activités paramédicales, détermination d'objectifs et de projets
- Organisation et gestion des structures, des activités en partenariat avec le corps médical, les membres de l'équipe de direction, et l'encadrement paramédical
- Présidence et animation de la commission des soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation
- Management et supervision de responsables et/ou d'équipes projet
- Affectation du personnel paramédical et avis sur la gestion des carrières
- Répartition des moyens et dimensionnement des effectifs
- Gestion prévisionnelle des métiers et des compétences dans le champ des soins et des activités paramédicales
- Conseil en organisation des soins et activités paramédicales auprès des différents partenaires, instances et tutelles
- Élaboration d'un rapport d'activité
- Veille professionnelle

RELATIONS PROFESSIONNELLES LES PLUS FRÉQUENTES

- Équipe de direction pour le suivi des orientations politiques et stratégiques
- Président de la CME et corps médical pour la cohérence des projets, des organisations et des activités dans la prise en charge des patients
- Directeurs des écoles et instituts de formation dans le cadre de l'organisation des stages et de l'évolution des pratiques professionnelles
- Partenaires sociaux dans le cadre des conditions de travail des personnels, des organisations et des évolutions professionnelles
- Médecin du travail dans le cadre des conditions de travail et de l'aménagement des postes pour les personnels
- Conseiller technique régional en soins pour la coordination régionale

> SAVOIR-FAIRE REQUIS

- Concevoir des politiques et des projets en adéquation avec les besoins, les contraintes de la structure et le projet d'établissement
- Décider et/ou influencer les choix stratégiques d'organisation des soins et activités paramédicales
- Animer, mobiliser et entraîner des équipes
- Communiquer auprès des équipes, des instances, des représentants professionnels et des publics divers
- Traiter et résoudre des situations conflictuelles
- Créer et développer un réseau de partenaires dans le domaine des soins et des activités paramédicales
- Négocier des ressources (financières, humaines, techniques, logistiques)
- Concevoir une politique de promotion professionnelle pour les agents
- Concevoir une politique de recherche dans le domaine des soins et des activités paramédicales
- Évaluer la qualité des soins et des activités paramédicales à travers la mise en place de démarches, d'outils et d'indicateurs de résultats
- Fixer des objectifs et évaluer les résultats

> CONNAISSANCES ASSOCIÉES

Exercice, organisation, et actualités professionnelles	Conduite de projet	Gestion des ressources humaines	Économie de la santé	Droit hospitalier	Éthique et déontologie	Gestion budgétaire	Sociologie des organisations
3	3	3	2	2	2	2	2

1 : Connaissances générales 2 : Connaissances détaillées 3 : Connaissances approfondies

CONDITIONS PARTICULIÈRE D'EXERCICE DU METIER

- Travail week-end et jours fériés, astreintes

PRÉREQUIS INDISPENSABLES POUR L'EXERCER

- Diplôme professionnel paramédical permettant l'exercice dans l'une des professions paramédicales
- Diplôme cadre de santé, certificat de l'ENSP

EXPÉRIENCE CONSEILLÉE POUR L'EXERCER

- Diversité des expériences en qualité de cadre de santé et supérieur/ou de mission transversale

PASSERELLES ET ÉVOLUTIONS PROFESSIONNELLES VERS D'AUTRES MÉTIERS

Passerelles courtes

- Directeur d'institut de formation en soins, management et pédagogie et activités paramédicales
- Directeur d'hôpital
- Directeur d'établissement social et médico-social

CORRESPONDANCES STATUTAIRES ÉVENTUELLES

- Directeur des soins

TENDANCES D'ÉVOLUTION DU MÉTIER

Les facteurs clés à moyen terme	Conséquences majeures sur l'évolution des activités et des compétences
<ul style="list-style-type: none"> • Évolution des politiques nationales de santé (gestion par pôle, développement des mises en réseau des établissements, restructuration, fusion et réorganisation des activités médicales et paramédicales avec parfois externalisation, partages d'activité avec le secteur privé...) 	<ul style="list-style-type: none"> • Veille continue sur les évolutions réglementaires • Connaissances accrues de l'environnement (structures de santé, épidémiologie et besoins de la population, réseaux, associations...)
<ul style="list-style-type: none"> • Évolution des institutions hospitalières avec la mise en place de la tarification à l'activité (T2A), et de la gestion par pôle 	<ul style="list-style-type: none"> • Compétences renforcées en management stratégique, contrôle de gestion, négociation avec les partenaires internes et externes, systèmes d'information...
<ul style="list-style-type: none"> • Évolution des professions paramédicales, transferts d'activités et de compétences des médecins vers les paramédicaux 	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptation des formations à l'évolution des métiers • Redéfinition des missions, des procédures de prise en charge et des responsabilités au sein de l'équipe
<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement de la judiciarisation et du consumérisme de la part des usagers, des associations d'usagers • Pression médiatique accrue sur les structures de santé (réaction de la presse à des incidents, à des actions de communication externe...) 	<ul style="list-style-type: none"> • Compétences renforcées en méthode de traçabilité, contrôle des procédures et contrôle qualité • Connaissances en techniques de communication (s'exprimer en public) de négociation (conciliation ou médiation avec les usagers...)

GUIDE D'ENTRETIEN DES DIRECTEURS D' IFSI

Pouvez-vous me donner quelques éléments de votre parcours professionnel ?

Pouvez- vous me présenter succinctement votre structure ?

- une ou plusieurs filières de formation initiale
- quotas et taux d'encadrement des étudiants
- développement d'un projet de formation continue
- particularités éventuelles de la structure

De façon globale, quelle est votre perception de la décentralisation des formations sanitaires ? .

Pensez-vous que cette décentralisation a ou aura des répercussions sur votre façon de diriger l'école ?

- 1) votre projet institutionnel ou d'école ? Envisagez-vous des axes de développement ?
- 2) Sur votre budget de l'école et sa gestion. Si oui dans quel sens ? Quel est votre positionnement en ce domaine ? Y a t-il des points de vigilance ?
- 3) votre gestion des compétences des personnels en particulier des formateurs ?
- 4) Les personnels.
- 5) la démarche qualité, la certification ?
- 6) les étudiants
- 7) agrément de directeurs

Souhaitez- vous apporter d'autres observations ou précisions ?

Comment anticipez-vous l'avenir ?