



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur des soins

Promotion : **2007**

Date du Jury : **Septembre 2007**

**Stratégie : actualité et futur de la
direction d'institut de formation en
soins infirmiers dans le cadre de la
régionalisation**

Gilles BREST

Remerciements

Merci à M. Papazian...qui faisait parfois le choix, dans son atelier, de réparer les voitures à pédales des enfants, alors qu'il y avait des choses plus « importantes » à faire ...

Sommaire

INTRODUCTION	1
1. CONTEXTE ET APPORTS THEORIQUES	3
1.1. LA DECENTRALISATION : SON EVOLUTION	3
1.2. EVOLUTION DU MANAGEMENT PUBLIC DANS LE CADRE DE LA DECENTRALISATION	8
1.2.1. De la bureaucratie au management...	9
1.2.2. Management public / privé : rupture ou continuité ?	12
1.3. IMPACT DE LA DECENTRALISATION SUR LE MANAGEMENT DES INSTITUTS DE FORMATION	14
1.3.1. Evolution historique des directions des écoles d'infirmières	14
1.3.2. Le management des IFSI face à la régionalisation	16
1.3.3. Du diagnostic de l'entreprise face à son environnement au diagnostic de l'IFSI face à la régionalisation	19
1.3.4. De la stratégie au management stratégique des IFSI	21
1.4. SYNTHÈSE DE LA PROBLÉMATIQUE APPARUE, QUESTION ET HYPOTHÈSES DE RECHERCHE	24
2. RECHERCHES ET ANALYSE	25
2.1. MÉTHODE DE RECHERCHE	25
2.1.1. Un outil : l'entretien	25
2.1.2. La grille d'entretien	26
2.1.3. La population ciblée	27
2.2. CONTENU DES ENTRETIENS ET ANALYSE	28
2.2.1. Contenu des entretiens	28
2.2.2. Analyse du contenu des entretiens	34
2.3. SYNTHÈSE DE LA RECHERCHE	37
3. TRANSFERABILITÉ, PROPOSITIONS ET PERSPECTIVES	39
3.1. PLACE DE LA STRATÉGIE DANS LE MANAGEMENT D'UN IFSI	39
3.2. PROPOSITIONS EN FAVEUR DE L'ÉTABLISSEMENT D'UN DIAGNOSTIC STRATÉGIQUE POUR UNE DIRECTION D'IFSI	41
3.3. EVOLUTION DU MÉTIER DE DIRECTEUR D'INSTITUT DANS LE CADRE D'UNE PERSPECTIVE D'ACCENTUATION DE LA DECENTRALISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ	48
CONCLUSION	50
BIBLIOGRAPHIE	53
LISTE DES ANNEXES	56

Liste des sigles utilisés

ARF	: Association des Régions de France
CEFIEC	: Comité d'Entente des Formations Infirmières et Cadres
CH	: Centre Hospitalier
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
COM	: Contrat d'Objectifs et de Moyens
CR	: Conseil Régional
CSTS	: Conseil Supérieur du Travail Social
DAS	: Domaine d'Activité Stratégique
DPO	: Direction Par Objectifs
DS	: Directeur des Soins
EPS	: Etablissement Public de Santé
FOAD	: Formation Ouverte A Distance
IFAS	: Institut de Formation des Aides Soignants
IFSI	: Institut de Formation en Soins Infirmiers
IRTS	: Institut Régional du Travail Social
LMD	: Licence/ Master/ Doctorat
Matrice BCG	: Matrice Boston Consulting Group
NPM	: New Public Management
OCDE	: Organisation de Coopération et de Développement Economiques
PPP	: Partenariat Public Privé
PRDFP	: Plan Régional de Développement des Formations Professionnelles
PRSP	: Plan Régional de Santé Publique
RCB	: Rationalisation des Choix Budgétaires
SPH	: Service Public Hospitalier
SROS	: Schéma Régional d'Organisation sanitaire
UE	: Union Européenne
VAE	: Validation des Acquis et de l'Expérience

INTRODUCTION.

Depuis le début des années 1980, les lois marquant la volonté politique d'opérer une redistribution des pouvoirs entre l'Etat et les collectivités locales, revêtent une ampleur sans précédent. Il s'agit de rapprocher les citoyens des centres de décision, de responsabiliser les assemblées élues en leur donnant de nouvelles compétences, de favoriser l'initiative locale. Mais cela ne va pas toujours de soi.

En effet, de manière structurale, la société française et son administration furent dévouées à un fonctionnement qui concentrait le pouvoir de décision et laissait peu de marge de manœuvre aux autres échelons. Avec la décentralisation, il est indispensable que chacun des acteurs s'inscrive dans le principe de subsidiarité. Par ailleurs, partant d'une culture d'administration à laquelle est attaché un management de type gestionnaire, la décentralisation oblige à l'adoption d'une culture politique engageant à un management de type stratégique et prospectif.

La loi du 13 août 2004, relative aux libertés et aux responsabilités locales, confère le financement des Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) aux Conseils Régionaux. Ce changement qui facilite la lisibilité des budgets des instituts, introduit un nouvel acteur, qui, par le passé, a démontré une culture de management public différente de celle des administrations d'Etat. Les directeurs d'IFSI, qui ont longtemps, dans leur établissement hospitalier de rattachement, centré leurs missions sur l'activité pédagogique, vont être, à l'avenir, dans la nécessité d'intégrer de nouvelles dimensions dans leur management, sur le plan financier, celui de la communication, en recourant à des outils novateurs permettant d'opérer des choix stratégiques, d'innover, d'anticiper.

Ceci nous conduit à la question de recherche suivante : en quoi la régionalisation constitue un enjeu stratégique pour le directeur d'institut de formation ?

Avec pour hypothèses :

- la régionalisation induit une culture de résultats dans le domaine de la formation professionnelle modifiant les pratiques et le sens que les acteurs donnent à leurs actions,
- la politique conduite par une collectivité territoriale influe sur le management d'un institut de formation,
- la régionalisation implique pour le directeur d'instituts de formation le recours à un diagnostic stratégique.

Après avoir développé le contexte et proposé des apports théoriques concernant l'évolution du processus de décentralisation et, parallèlement, celle du management public, nous apprécierons leur impact sur la direction des instituts.

Les résultats d'une enquête auprès d'acteurs ciblés permettront le recueil de données, et la confrontation de celles-ci, aux hypothèses de recherche.

Enfin, nous dégagerons de cette approche des éléments de transférabilité concernant la place de la stratégie dans le management d'un IFSI, puis des propositions en faveur de l'établissement d'un diagnostic stratégique par le directeur d'institut, et quelques pistes prospectives concernant l'évolution de ce métier.

1) CONTEXTE ET APPORTS THEORIQUES.

Paradoxalement la politique publique de décentralisation est impulsée par le sommet de l'Etat : « *en matière de décentralisation, le pouvoir politique gouverne de façon centralisée* »¹ et vient s'opposer à une maîtrise très centralisée du pouvoir que l'adjectif « Jacobin » à longtemps résumé. Cette forme de pouvoir politique, apparue à la Révolution, avait été précédée par un modèle d'administration très concentré dès l'ancien régime : le « colbertisme ». Les deux principes, l'un politique l'autre administratif, s'associent durant plusieurs siècles pour faire de la France un des pays les plus centralisés d'Europe.

Depuis trente ans, le processus de décentralisation a inversé cette logique, suivant en cela le principe de subsidiarité. Cette évolution s'accompagne, et accompagne aussi, des transformations du modèle de management public. Ainsi, la notion de gouvernance est associée à un degré d'opérationnalité en évolution, les directions d'instituts de formation n'échappant pas à ce contexte.

1.1. LA DECENTRALISATION : SON EVOLUTION.

La loi du 13 Août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales approfondit le processus de décentralisation entamé il y a près de 25 ans.

Celui-ci peut être défini comme un mode d'organisation où des attributions sont transférées à des entités distinctes de l'Etat, qui bénéficient d'une autonomie de pouvoir et de gestion. « *Quatre conditions caractérisent la décentralisation : la personnalité juridique de l'institution décentralisée, distincte de celle de l'Etat (personne morale de droit public), son autonomie (qui peut passer par l'élection), une délimitation géographique ou fonctionnelle des compétences (affaires locales, par exemple, pour les collectivités territoriales) et le contrôle du pouvoir central (autonomie et non indépendance).* »²

¹ THOENIG J-C. in La décentralisation (1982-2004) - Des lois Deferre à la réforme constitutionnelle. www.vie-publique.fr

² BCEUF J.L. Décentralisation et expérimentations locales. *Problèmes politiques et sociaux*, décembre 2003, n°895, p.110.

Selon une représentation fréquente dans l'administration française, la réforme de 2004, mise en œuvre à partir de la révision constitutionnelle de Mars 2003³, constituerait l'« acte II » de la décentralisation. L'« acte I » a été conçu par la réforme du début des années quatre-vingt, inaugurée par la loi du 2 Mars 1982 relative « aux droits et libertés des communes, des départements et des régions ».

Les mutations opérées par la loi de 1982 dans l'organisation territoriale peuvent être résumées autour de quatre chapitres, dont trois sont de portée institutionnelle.

Le premier concernait la création des régions comme collectivités territoriales qui n'étaient jusqu'alors que des établissements publics⁴.

Le second touchait le transfert de l'exécutif départemental : du Préfet au Président du Conseil Général.

Le troisième chapitre, plus novateur, avait pour objet initial de modifier la nature des relations entre les collectivités territoriales et l'Etat. A une possibilité d'annulation directe par le Préfet fut substituée une procédure de contrôle de légalité à posteriori, permettant au représentant de l'Etat la saisine du tribunal administratif aux fins d'annulation de certains actes.

Le quatrième grand chapitre de la loi de 1982 relevait d'une approche plus fonctionnelle, découlant de la montée du chômage, et visant à mobiliser l'action des collectivités territoriales autour de cet enjeu.

Depuis, les collectivités territoriales peuvent octroyer des aides aux entreprises privées, selon diverses modalités (aides directes : primes à l'emploi, prêts aux entreprises, ou indirectes) et diverses finalités (aide au développement, aides aux établissements en difficulté...).

³ La loi constitutionnelle n°2003-276 du 28 Mars 2003 relative à l'organisation décentralisée de la République précise l'organisation des collectivités et le financement des compétences décentralisées. « *Aucune collectivité ne peut exercer une tutelle sur une autre* » et « *Tout transfert de compétences entre l'Etat et les collectivités territoriales s'accompagne de l'attribution de ressources équivalentes à celles qui étaient consacrées à leur exercice.* »

⁴ Il s'agit de la création du Conseil Régional. Le Conseil Régional est l'assemblée politique délibérante de la région. Dirigé par un Président élu pour 6 ans, il règle par ses délibérations les affaires de la Région. Pour des raisons pratiques d'écriture lors du mémoire seront utilisés indifféremment les termes : Conseil Régional, CR, Région.

Cette dimension est représentative de la dialectique caractérisant l'évolution de la décentralisation lors des dernières décennies, « ...en positionnant les collectivités au regard d'enjeux transcendant les périmètres locaux et de finalités économiques conçues en termes de performances et de productivité, plus proches des logiques entrepreneuriales du secteur privé que des traditionnelles missions d'intérêt général et de service public local. »⁵

Au bout de 25 ans le bilan semble positif. Les collectivités locales ont, dans plusieurs domaines (collèges, lycées, transports...), réussi à exercer leurs responsabilités, « mieux que ne l'aurait vraisemblablement fait l'administration centrale. »⁶

A noter, par exemple, que le montant des investissements dans les établissements scolaires a été multiplié par six depuis qu'ils ont été confiés aux Départements et aux Régions.⁷

La nouvelle vague de décentralisation provoquée par la loi du 13 Août 2004⁸ confirme les compétences du Département en matière d'action sociale et celles des Régions dans le domaine de la formation.⁹

Si les Régions souhaitent davantage d'autonomie en matière de formation professionnelle, elles n'ont jamais demandé de compétences pour la formation initiale des travailleurs sociaux et paramédicaux.¹⁰ Mais « l'ensemble des actions de formation visant à favoriser l'accès, le maintien et le retour à l'emploi » et les formations du sanitaire et du social répondant à des besoins en expansion et donc bénéficiant d'une forte employabilité, invitent, malgré l'absence de demande de leur part, les Conseils Régionaux « à s'en charger, et le faire bien ».¹¹

⁵ REGOURD S. L'organisation territoriale issue de la décentralisation de 1982 : un bilan critique. *Cahiers français*, janvier/février 2004, n°318, p.12.

⁶ ibidem.

⁷ BIDAULT M. Décentralisation : la nouvelle donne. *la Gazette Santé Social*, 01/11/2004, n°2, p.22.

⁸ Dans le cadre de la loi du 13 Août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, de nombreuses missions sont confiées à la Région en lien avec une nouvelle répartition des compétences Etat/niveaux décentralisés. Notons que le rôle de la Région est clairement affirmé dans les domaines du développement économique (aides aux entreprises), de la planification et de l'aménagement du territoire, des transports (urbains, ferroviaires, de voyageurs), des infrastructures routières, de l'environnement et du cadre de vie (habitat, tourisme). Enfin, des missions importantes lui sont confiées en matière de formation et d'enseignement, ce qui est l'objet de notre réflexion.

⁹ La Région assumait depuis la loi du 20 Décembre 1993, l'entière responsabilité de la formation professionnelle des jeunes.

¹⁰ Articles 53, 54, 55, 73 de la loi du 13 Août 2004.

¹¹ Paul DENANOT Président du Conseil Régional du Limousin, membre de l'A.R.F (Association des Régions de France), *la Gazette Santé Sociale*, 01/11/2004, n°2, p.24.

Ces derniers se voient confier l'entière responsabilité de l'apprentissage et de la formation professionnelle dès lors qu'ils ne relèvent pas de l'entreprise ou de l'assurance chômage. Dans le cadre de cette compétence générale, s'inscrit la responsabilité du pilotage de la formation des travailleurs sociaux et des professionnels paramédicaux. La Région « *définit et met en œuvre la politique régionale d'apprentissage et de formation professionnelle des jeunes et des adultes à la recherche d'un emploi ou d'une nouvelle orientation professionnelle.* »¹² Elle ne se contente donc plus de la simple mise en œuvre d'actions de formation elle devient pleinement compétente pour la formation des demandeurs d'emploi comme processus d'intégration sociale.

La loi transfère de l'Etat vers les Régions les compétences relatives à la création, au fonctionnement et à l'équipement des établissements de formation aux professions paramédicales¹³ et de sage-femme¹⁴.

Dans le domaine des formations du sanitaire, les compétences de la Région s'appliquent à la répartition des quotas et des capacités d'accueil entre les établissements de formation, ainsi qu'à l'autorisation de leur création et l'agrément de leur direction. La Région assure le financement des établissements publics, quant au privé, elle le fait à hauteur des fonds antérieurement engagés par l'Etat. Celui-ci fixe les quotas d'étudiants au plan national et régional et par métier, 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.

Créé par la loi de 1993, le Plan Régional de Développement des Formations Professionnelles (PRDFP) établit un lien entre les différentes actions de formation confiées aux Régions. Il a pour objet de définir « *une programmation à moyen terme des actions de formation professionnelle des jeunes et des adultes.* » et de « *favoriser un développement cohérent de l'ensemble des filières de formation* »¹⁵. C'est le document prévisionnel du dispositif régional pour l'apprentissage, les formations sociales et sanitaires faisant cependant l'objet de réflexions spécifiques : schémas régionaux des formations sanitaires et sociales.

¹² Article 8 de la loi du 13 Août 2004.

¹³ Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, orthoptistes, manipulateurs d'électroradiologie médicale, audioprothésistes, opticiens lunetiers et diététiciens, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et techniciens de laboratoire.

¹⁴ Article 73 de la loi du 13 Août 2004.

¹⁵ Article 11 de la loi du 13 Août 2004.

L'élaboration de ces schémas a nécessité le recours à certaines méthodologies de nature relativement variable d'une Région à l'autre.

Pour exemple, en Rhône Alpes, les schémas ont été élaborés dans le cadre du Comité de coordination régional de l'emploi et de la formation professionnelle réunissant, aux cotés de la Région, l'Etat et les partenaires sociaux de l'interprofessionnel.

Tandis qu'en Provence Alpes Cote d'Azur, des Comités techniques réunissant l'ensemble des partenaires sous la présidence d'un élu régional, et sur une dimension territoriale restreinte, travaillent en amont de l'établissement du schéma régional.

En règle générale, la méthodologie adoptée par les Régions obéit à trois phases : une analyse des besoins «emploi formation » suivie de diagnostics, puis, l'ouverture d'une période de débat sur leur base, et enfin, une troisième phase concernant l'élaboration des deux schémas avec pour objectif de les soumettre au vote des élus régionaux, avant leur intégration dans le PRDFP ¹⁶.

Plusieurs Régions envisagent que la première étape se poursuive par une politique contractuelle. Ainsi le Conseil Régional de Provence-Alpes-Côte d'Azur, conçoit des contrats d'objectifs et de moyens entre les régions et les établissements. Tous les établissements percevant des subventions ont une convention cadre pluriannuelle, ce qui permet de fixer des objectifs, mais surtout d'assurer le fonctionnement et les rémunérations des personnels des instituts de formation... ¹⁷.

Par ailleurs, cette nouvelle compétence des Régions s'inscrit dans une période de profondes réflexions sur l'avenir des formations du secteur sanitaire.

¹⁶ La Région ne peut pas réaliser seule le dimensionnement des besoins en formation. Elle doit travailler à l'articulation avec d'autres acteurs, les DRASS, les autres collectivités territoriales... Elle doit aussi chercher une logique entre formation initiale et la formation continue par l'intermédiaire des schémas régionaux de formation professionnelle. Dans le domaine de la réalisation des schémas, des Régions sont plus en avance que d'autres, pour exemple : le Conseil Régional de Bretagne a voté les siens en fin 2006 et début 2007, la Région PACA les votera fin 2007 et début 2008. Ces écarts s'expliquent par la différence de taille des Régions, et par les moyens qu'elles ont pu consacrer à l'établissement de ces schémas.

¹⁷ Les ressources des collectivités territoriales : elles se composent d'impôts et de taxes diverses : les impôts directs (taxes foncières, taxe professionnelle...), les impôts indirects (taxes sur les jeux, la publicité, les spectacles...), la fiscalité liée aux transferts de compétences (taxe sur vignette automobile (département), taxe sur les cartes grises, taxe intérieure sur les produits pétroliers...), enfin les transferts et dotations de l'Etat constituent la deuxième catégorie de ressources des collectivités territoriales. Ces transferts ont pour objectif de compenser les augmentations des dépenses engendrées par les transferts de compétences de l'Etat vers les collectivités dans le cadre de la décentralisation. On distingue les DGF, dotations et subventions de fonctionnement et les DGE, dotations et subventions d'équipement (Fond de compensation de la taxe sur la valeur ajoutée) et enfin les dotations de décentralisation comme celle liée à la décentralisation des formations sanitaires et sociales (47 millions d'Euros en 2006), d'ailleurs considérées comme insuffisantes par les régions. *Les collectivités territoriales en France*, Maryvonne Bonnard, Les notices de La Documentation Française, 2005 ; 180p.

Eric Waisbord, sous-directeur à la Direction Générale de la Santé, considère que les enjeux de la décentralisation des formations doivent être analysés dans un contexte mouvant : Validation des Acquis et de l'Expérience (VAE), dossier Licence-Master-Doctorat (LMD), création d'ordres professionnels, expériences de « délégation d'actes »...devant cependant « *permettre de maintenir la qualité des soins, la qualité individuelle des pratiques, de répondre à une juste répartition de l'offre de soins et de l'offre de professionnels sur l'ensemble du territoire.* »¹⁸

C'est aussi face à cet environnement que Geneviève Roberton, Présidente du Comité d'Entente des Formations Infirmières et Cadres (CEFIEC) rappelle (en 2006) que son association s'inscrit déjà dans une dynamique régionale et souhaite « *une harmonisation nationale des dispositifs de formation qui tienne compte des contextes régionaux, tout en respectant les objectifs de santé publique* », elle ajoute « *la nécessité de penser la formation dans une vision réunie des secteurs sanitaire et social.* »¹⁹

Cette redéfinition des niveaux de décision, cette nouvelle répartition des responsabilités entre pouvoir administratif et pouvoir politique, entre Etat et Régions, s'opère dans un contexte de renouvellement des modèles du management public.

1.2 EVOLUTION DU MANAGEMENT PUBLIC DANS LE CADRE DE LA DECENTRALISATION.

Les connotations historiques et culturelles sont fortes dès qu'il est question de l'action publique et du rôle de l'Etat Français. On peut constater aussi que les volontés de réformes ou de changement dans le domaine du management public se révèlent être au moins aussi nombreuses que les tendances à l'inertie...

Pourtant, l'enjeu paraît fondamental aujourd'hui, dans la mesure où la plupart des organisations concernées sont interpellées par des défis liés à l'ouverture internationale, aux réglementations, aux exigences sociales, aux besoins multiformes des usagers, aux restrictions de moyens, aux crises...

¹⁸ Info flash, n°677 du 1^{er} au 15 Avril 2006, p. 5. *Centre INFFO*.

¹⁹ *Ibid.* p. 4.

C'est sans doute pour une part dû aux racines profondes et anciennes du management public. « *L'administration aurait en particulier été bâtie sur la place laissée vide par la théocratie.* »²⁰

Son arsenal juridique provient du combat mené au XIV^{ème} siècle par la monarchie montante contre l'Eglise et les pouvoirs féodaux. Le développement de l'Etat se fera au détriment des pouvoirs locaux autonomes. Afin de favoriser l'unification du royaume : « *Le rôle de l'Etat va se trouver défini comme figure centrale du pouvoir* ». ²¹

Mais avec le temps, d'autres pays européens vont développer des idéologies alternatives à un fort pouvoir central.

Dès le début du XVIII^{ème} siècle des économistes libéraux contribuent à faire perdre à l'Etat de son aura, en le qualifiant de « *mal nécessaire* »... Adam Smith, « père » du libéralisme économique, estime que puisque ses missions échappent aux régulations du marché, l'administration de l'Etat est en position d'abus de pouvoir.

La France semble avoir été moins atteinte par le courant du libéralisme économique. Au contraire, après la Révolution française, se développe la notion d'intérêt général au nom des principes de Liberté et d'Egalité, complétée sous Napoléon par une importante structuration de l'appareil d'Etat. « *Cette centralisation a accentué le poids d'une organisation énorme, puissante et concentrée. Plus encore que dans d'autres pays, le secteur public français est avant tout « bureaucratique* » »²².

1.2.1. De la bureaucratie au management...

Si de nos jours le terme « bureaucratie » est connoté très péjorativement il n'en a pas toujours ainsi.

Pour Hegel, la bureaucratie est un concept positif, empreint d'une certaine spiritualité : les hauts fonctionnaires sont dévoués, porteurs d'une éthique collective au service du bien public.

²⁰ VERRIER P.E. Introduction de *Le management public*. 2^e ed. PUF, 1997.

²¹ BARTOLI A. *Le management dans les organisations publiques*. 2^e ed. Dunod, 2004, p.10.

²² Ibidem. p12.

Max Weber, aujourd'hui considéré comme l'un des premiers théoriciens du management public, dégagera sur la base de ses observations un « modèle bureaucratique » :

- une division du travail officialisée,
- une hiérarchie organiquement et clairement définie,
- un système de règles stables et explicites,
- une séparation des droits et moyens personnels et des droits et moyens officiels,
- une sélection et une carrière du personnel sur le critère des qualifications,

Ces caractéristiques correspondent à un modèle « *idéal* » qu'il nomme bureaucratie, et reposant selon lui sur un pouvoir « *légal rationnel* », par opposition à deux autres : le pouvoir « *traditionnel* » et le pouvoir « *charismatique* »²³.

Weber met en avant les bienfaits d'une organisation basée sur une unité de commandement, reposant sur la règle et la hiérarchie, présentant d'importants avantages en termes de stabilité.

L'approche de Max Weber, et celle des théoriciens des organisations du début du XXème siècle (Fayol, Taylor), ont permis de définir des modèles d'organisations complexes utilisés dans les secteurs publics mais aussi privés.

Il faudra attendre l'après seconde guerre mondiale pour qu'apparaissent de sérieuses oppositions à l'idéal bureaucratique, notamment par la mise en évidence des dysfonctionnements qu'il engendre. Ce sont les travaux de Merton, March et Simon aux USA, et ceux de Michel Crozier en France, qui vont révéler les effets négatifs du modèle bureaucratique.

Pour exemple, les règlements internes d'une organisation ne sont pas considérés par les agents comme des moyens mais comme une fin en soi.

De même, la relative inapplication de règles trop générales conduit à spécifier des règles, plus nombreuses et/ou plus contraignantes. Celles-ci vont, d'une part, créer une complexité accrue pour le décideur public, d'autre part, se heurter à des exceptions et des contradictions. Le phénomène débouchera sur des blocages ou bien encore des comportements visant au détournement des règles, devenant ainsi des paradoxes au sens propre du terme.

²³ Pour Max Weber, sociologue allemand socialiste du 19^{ème} siècle, il faut préférer un pouvoir exercé en conséquence d'un niveau de connaissances (diplômes, ...), de manière impersonnelle, dans le cadre d'une hiérarchie préétablie dans laquelle on peut progresser par étapes, à un pouvoir héréditaire de type nobiliaire, ou encore essentiellement lié à des qualités personnelles.

L'approche par Michel Crozier des phénomènes organisationnels, intervenant dans un contexte sociopolitique particulier, fait du développement accru du phénomène concurrentiel, et de la montée d'un courant d'économie libérale²⁴, l'origine d'un éclairage nouveau sur les systèmes bureaucratiques. Il met en évidence la dimension humaine du fonctionnement organisationnel : les stratégies individuelles sont au cœur des processus à l'oeuvre dans l'entreprise, quel que soit le secteur d'activité, privé ou public.

Annie Bartoli rappelle qu'il est erroné de croire que les logiques gestionnaires et managériales sont récentes pour les organismes publics français. En effet, « *on peut situer le développement de ces approches au cours des décennies qui ont suivi la Seconde Guerre mondiale, avec un accent plus marqué depuis les années soixante-dix.* »²⁵

Pour les années soixante on peut citer les méthodes « coûts-avantages », la comptabilité analytique et la RCB (Rationalisation des Choix Budgétaires) : sur la base d'une planification d'objectifs et de moyens, il s'agit de contrôler des réalisations budgétaires. La RCB devait être accompagnée de méthodes de contrôle de gestion et d'une démarche de direction par objectifs (DPO).

Mais le bilan global fut plutôt décevant ; cette approche strictement technique semblait peu adaptée au processus de décision publique, et ce, pour diverses raisons. Dans le système public, l'acteur est peu engagé par l'objectif choisi par le supérieur hiérarchique. Par ailleurs, cet objectif n'est pas fixé que par le dirigeant, il peut dépendre des choix politiques, de la pression des usagers (...citoyens, électeurs,...), de groupes d'intérêts externes...

Les années 1980 furent celles d'un engouement nouveau au sein du secteur public, et d'une lutte instrumentale et conceptuelle entre, d'un côté les promoteurs et de l'autre, les détracteurs de l' « administration entreprise ». L'hôpital-entreprise sera un exemple de cette lutte intestine.

En cette période de profondes mutations (révision des statuts, décentralisation) et de défis nouveaux (crise de légitimité, l'Europe, le resserrement des budgets...), le modèle de l'entreprise apparaît comme pouvant permettre de combattre les dysfonctionnements bureaucratiques et de donner un souffle nouveau au secteur public.

²⁴ Septennat de M. Valéry Giscard D'Estaing.

²⁵ BARTOLI A. *Le management dans les organisations publiques*. 2^e ed. Dunod, 2004. p.19.

En même temps se propage l'expression de management public ; des programmes de formation sont mis au point pour les fonctionnaires avec une optique instrumentale (transfert d'outils provenant du privé...).

Les excès et erreurs méthodologiques d'une part, et les profondes remises en causes sous jacentes aux nouvelles techniques introduites d'autre part, ont suscité parfois de violentes réactions de rejet chez les fonctionnaires ... « *Souvent les démarches des années quatre vingt ont été victimes d'erreurs de dosage, de défauts d'adaptation au contexte, de manque d'implication des acteurs, et d'ambiguïtés sur la nature et le sens même du concept de management* ». ²⁶

Sur le terme de management les malentendus sont nombreux. Entre autres, on croit assez souvent qu'il est d'origine anglo-saxonne alors qu'il s'agit d'un mot de vieux français de source latine, proche du verbe latin *maneggiare* (manier, conduire...). Ce terme a ensuite été oublié dans la langue française, au point qu'il a généralement été utilisé, à tort, lors de sa réintroduction, comme synonyme du mot « gestion ».

C'est en clarifiant le concept de « management » que l'on peut percevoir à quel point celui-ci n'est pas réductible au monde de l'entreprise, telle que celle-ci est comprise traditionnellement.

1.2.2. Management public/privé : rupture ou continuité ?

Entretien des confusions : le management se limiterait à une notion d'animation.

Il est assimilé à une population : les cadres supérieurs et dirigeants, davantage qu'à des processus, et à la notion implicite de profits, de finalités lucratives ... ce qui ne manque pas d'interroger sur son introduction dans les sphères de l'activité publique. ²⁷

Pourtant, les premières études et les premiers travaux des théoriciens du management ont pris pour cibles les administrations publiques, que Fayol nommait les « *entreprises sans objectifs monétaires* ».

²⁶ Ibidem, p. 23.

²⁷ On attribue communément la première définition du management au français Henri Fayol qui proposa, en 1916, une structuration de la fonction de direction en cinq composants (planifier, organiser, commander, coordonner, et contrôler) et dont les américains popularisèrent les travaux. Ibid. p. 26.

Il faut par ailleurs noter que bon nombre d'habitudes, procédures, et même vocables, dans la gestion des entreprises, viennent du secteur public...ainsi, contrairement aux idées reçues dans le domaine, les transferts managériaux se produisent dans les deux sens, entre le public et le privé.

Ce constat est d'ailleurs celui sur lequel s'établissent certaines approches du partenariat public privé (PPP).

Après une longue période de gestion centralisée de la chose publique, s'est progressivement substituée une conception différente des rapports entre le public et le privé.

En effet, le New Public Management (ou encore «la Nouvelle gestion publique ») est devenu, à partir des années quatre-vingt, un paradigme dominant ²⁸. Ce modèle soutend les politiques de réformes administratives, bénéficie de la caution d'institutions internationales (Banque mondiale, OCDE, UE...), est axé sur la performance et vise à un meilleur usage des ressources publiques. Il en vient même à s'imposer comme choix de société.

Ainsi, certains observateurs admettant que le modèle de la politique de santé en France arrive à obsolescence, considèrent que penser les questions de santé dans une perspective de partenariat public-privé est une nécessité. Ce partenariat deviendrait un véritable outil de management du système de santé, avec une recherche absolue de performance par une redistribution efficiente des ressources²⁹.

Pour exemple la collaboration du secteur privé d'hospitalisation au Service Public Hospitalier (SPH) peut prendre la forme soit d'une admission à assurer l'exécution du SPH, soit d'une simple association au fonctionnement du SPH. Dans le cadre de la décentralisation, les nouvelles compétences attribuées aux Conseils Régionaux, par l'application de la loi du 13 Août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, en matière de Santé Publique, s'accompagnent d'une culture de partenariat public-privé : les prestataires, quel que soit leur statut juridique (associatifs, privé lucratif...), entrent en concurrence lors d'appels d'offre à l'initiative du Conseil Régional pour des missions dont celui ci conserve le pilotage et l'évaluation (dépistage SIDA, IST, vaccinations,...).

²⁸ SEDJARI A. *Partenariat public privé et gouvernance future*, L'Harmattan, 2005. p.19.

²⁹ *Penser les questions de santé dans une perspective de partenariat public privé : plus qu'une évidence, une véritable nécessité* : BOUT-COLONNA L. in *Partenariat public privé et gouvernance future*. Ibid. p. 127.

La participation des Conseils Régionaux et Généraux ou des Groupements Régionaux de Santé Publique, chargés de la mise en œuvre du Plan Régional de Santé Publique (PRSP) selon des modalités fixées par convention après appel à projet, alimentent également une conception nouvelle de la gouvernance d'une prestation, relevant du service public.

Ainsi, on le voit, dans l'ensemble des domaines dépendant de leurs compétences, les Conseils Régionaux ont su développer des stratégies renouvelant les pratiques de l'action publique ; il en va bien entendu de même pour le secteur de la formation.

1.3. IMPACT DE LA DECENTRALISATION SUR LE MANAGEMENT DES INSTITUTS DE FORMATION.

Quelle que soit l'importance de l'impact de la régionalisation sur le management des instituts de formation, cet exercice s'inscrit dans un processus historique évolutif.

1.3.1. Evolution historique des directions des écoles d'infirmières.

L'exercice du métier de soignant a très vite fait apparaître la nécessité d'apprentissages et de formations spécifiques et organisés.

Dès le XIVème siècle, les formations se font sans programme préétabli : les sœurs anciennes forment les novices. La supérieure des religieuses a une double responsabilité puisqu'elle organise les sœurs pour les soins (prioritairement de nature compassionnelle) et le tutorat des novices. Ce modèle persistera jusqu'au XIXème siècle.

C'est à cette époque qu'un nouvel enseignement apparaît avec l'apprentissage de la pratique à l'hôpital et de la théorie en école.

Sous l'impulsion du médecin Désiré Magloire de Bourneville, en 1878, s'ouvrent les écoles des hôpitaux de la Salpêtrière et de Bicêtre, afin de créer un « *personnel instruit, jeune et malléable... capable de rendre, pendant longtemps des services à l'administration* »³⁰. Pour Bourneville, il s'agit aussi de remplacer « *un personnel ignorant par un personnel instruit et respectueux de la liberté de conscience* »³¹.

Les nouvelles conceptions de l'hygiène et de l'asepsie renouvellent le modèle de la formation : les cours pratiques ont lieu pendant la journée de travail et la théorie le soir.

³⁰ GIESBERGER P. Les premières écoles d'infirmières de l'assistance publique. *Soins Psychiatrie* 1994, n°164-165, p.45.

³¹ Ibid.

L'enseignement magistral est assuré par le corps médical et l'enseignement pratique se fait auprès des malades avec le concours d'une « *maîtresse de l'enseignement pratique* » choisie parmi le personnel. La direction des écoles est réservée à des médecins qui orientent la formation vers les besoins en auxiliaires médicaux hospitaliers.

Avec Anna Hamilton, médecin, nommée en 1902 directrice d'une école de Bordeaux, une autre personne issue de la grande bourgeoisie française diplômée «dame infirmière surveillante », participe à la création d'écoles, il s'agit de Léonie Chaptal.

C'est en conséquence de l'action de ces figures tutélaires que sont créés, en 1922 le premier diplôme d'Etat français pour les infirmières, et le Conseil de Perfectionnement des Ecoles d'Infirmières, présidé par ... un médecin. Ce conseil donne un avis sur les demandes de reconnaissance administrative des écoles, surveille leur fonctionnement, et leur gestion.

Les directions des écoles restent aux mains soit de médecins, soit de personnes cooptées par des congrégations ou des associations, souvent d'obédience religieuse. Il faut d'ailleurs noter que les compétences, en matière de ce que l'on nommera plus tard les soins infirmiers, ne sont absolument pas un préalable à la direction d'une école. Léonie Chaptal n'a jamais exercée en service de soins et n'allait pas au contact « *des pauvres et des malades* » dont, par ailleurs, elle savait si bien parler.³²

La directrice était surtout responsable de la formation dans son ensemble. Elle choisissait le personnel enseignant et répartissait les tâches.

Ce travail était centré sur des activités de gestion, d'organisation des cours, et de veille du respect d'un code moral : « *très stricte avec les élèves, sachant très bien ce qu'on pouvait exiger d'elles, elle avait l'ambition de faire de « ses filles » des infirmières exemplaires tant au point de vue professionnel que moral* ». ³³ Les directrices se réservaient d'ailleurs souvent l'enseignement de la morale et de l'organisation professionnelle.

Cet exercice de direction restait soumis à une forte tutelle. D'ailleurs la directrice de l'école des cadres de la Croix Rouge s'en plaignait dans les années soixante expliquant ce phénomène, entre autres, par l'absence de représentantes de la profession dans l'administration centrale, contrairement à la plupart des autres pays modernes.³⁴

³² DIEBOLT E. Esquisses de biographies Anna Hamilton et Léonie Chaptal : Pour une histoire des soins et des professions soignantes. *Cahiers de l'AMIEC*, 1988, p. 109 à 119. (Sous la direction de M-F COLLIÈRE et E. DIEBOLT).

³³ KNIBIEHLER Y. *Cornettes et blouses blanches*. Hachette, 1984, p.242.

³⁴ Ibid. page 248.

Fin des années cinquante, voulant régulariser et homogénéiser les formations infirmières proposées dans les diverses écoles, les pouvoirs publics mettent en évidence l'écart, parfois important, entre les enseignements officiels et leur effectivité. Ces problèmes sont partiellement relatifs au faible niveau de compétence pédagogique des monitrices.

En 1958, un décret institue le certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière monitrice (en même temps que le certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière surveillante). C'est alors seulement que les écoles commencent à disposer de cadres pourvus d'une formation spécifique. Dès cette période la directrice de l'école sera choisie parmi les monitrices possédant le certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier moniteur.

Peu de choses évolueront dans les décennies suivantes dans les conditions à remplir pour occuper les fonctions de directeur d'école d'infirmières. Les concours d'accès à cette fonction auront lieu, durant ces périodes, au niveau régional.

Jusqu'en 1992 (arrêté du 30 Mars 1992 relatif aux conditions de fonctionnement des IFSI) il est indispensable d'« *avoir exercé effectivement des fonctions d'enseignant dans un institut de formation en soins infirmiers ou dans une école de cadres pendant trois ans au minimum ...* » pour être candidat.

Cette dernière condition disparaîtra avec le décret du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière.

L'expérience pédagogique, écartée comme condition nécessaire pour diriger un IFSI, l'accent est mis sur l'identité prioritairement managériale des directeurs d'instituts de formations en soins infirmiers. Dorénavant la formation est commune avec les directeurs des soins « gestion » et le concours d'accès aux fonctions de direction ne se situe plus à un niveau régional comme précédemment.

La décentralisation, conduisant les directions d'instituts à faire face à des contingences externes de plus en plus prégnantes, va accentuer la tendance d'une orientation plus managériale des directions d'instituts.

1.3.2. Le management des IFSI face à la régionalisation :

En application, respectivement, des articles 53 à 55 et de l'article 73 de la loi du 13 Août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales, les formations sociales et les formations sanitaires sont désormais de la compétence de droit commun des Régions en matière de formation, nous l'avons vu.

Les articles précités confient également aux Conseils Régionaux la gestion des aides accordées aux élèves ou aux étudiants qui suivent les formations concernées.

Une première analyse des nouvelles compétences ainsi transférées permet d'ores et déjà d'établir que :

- s'agissant des formations sociales : les régions sont responsables de formations définies de manière générale, la loi ne fixe pas limitativement la liste des « formations sociales ». Celles-ci étant appelées, selon toute probabilité, à se développer en fonction des nouveaux diplômes de travail social dont la décision de création appartient cependant à l'Etat³⁵. Mais la région « *n'a aucune obligation d'agréer un établissement de formation qui a fait l'objet d'une décision (favorable) du Préfet dans le cadre de la déclaration préalable. Elle ne sera amenée à le faire que si elle souhaite, dans le cadre des orientations qu'elle aura définies, le financer au titre de la formation initiale.* »³⁶ Dans ce cadre, les Régions se voient reconnaître par la loi des attributions étendues, mais qui sont nécessairement exercées en collaboration avec l'Etat et les Départements ;

- pour les formations sanitaires : même si le champ d'action des Régions est plus précisément délimité que pour les formations sociales, leurs compétences se révèlent davantage « encadrées » par les objectifs définis par l'Etat ;

- enfin, s'agissant des aides accordées aux étudiants : les mesures actuelles ne sauraient masquer le fait que, dans ce domaine, les Conseils Régionaux se trouveront probablement, à terme, confrontés à de nouvelles revendications aux conséquences financières encore difficiles à évaluer.

Ajoutons que l'arrêté du 21 Avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, que l'on qualifie parfois de « nouvelle gouvernance », substitue, à l'ancien Conseil Technique, un Conseil Pédagogique.

Cette instance est compétente « *sur toutes les questions relatives à la formation et à la vie des étudiants* ». Il ne s'agit plus de simplement « assister » le directeur dans ses décisions.

³⁵ L'Association des Régions de France (ARF) représente les Régions au Conseil Supérieur du Travail Social (CSTS). Cette instance n'a qu'un caractère consultatif et la création éventuelle d'un nouveau diplôme de travail social relève de la seule compétence du ministre chargé des Affaires Sociales.

³⁶ Direction Générale de l'action sociale in rapport d'information fait au nom de l'observatoire sur la *décentralisation de la formation professionnelle et de l'apprentissage*, Roger KAROUTCHI, sénateur, session extraordinaire de 2004-2005, annexe au procès verbal du 5 juillet 2005.

Au Conseil Pédagogique, le Conseil Régional, bien que ne bénéficiant que d'une voix consultative, pourra apprécier l'ensemble du fonctionnement de l'institut, notamment le bon usage des crédits alloués.

Nous le voyons, dans le processus de décentralisation, les IFSI sont l'objet d'une nouvelle conjonction de contraintes, d'origines interne et surtout externe, conduisant à des mutations.

Dans ce contexte l'avenir des instituts réside, en partie, dans la capacité de leur direction à anticiper.

Or la problématique de l'anticipation est avant tout culturelle. Elle ne fait que très peu partie des outils et des possibilités de dirigeants, dont l'activité oscille souvent entre gestion de l'urgence et reproduction d'un calendrier annuel.

Les directeurs d'IFSI, lovés au cœur de l'institution hospitalière, peuvent eux aussi être incités à cette posture.

M. GODET³⁷ en balayant le champ de l'histoire du management, démontre que les quatre concepts clés que sont la stratégie, le management, la logistique et la tactique, ont toujours existé dans tous les secteurs d'activité.

En revanche, la pondération de chaque élément a varié en fonction des époques et des cycles économiques. Ainsi, à travers l'étude du fonctionnement de l'Eglise ou de l'Armée, l'auteur démontre qu'une fois garanti le principe d'adhésion et d'engagement de l'individu, il devient possible de venir à bout des problèmes d'organisation et de prospective.

Mais, il met en garde contre deux tendances fréquentes chez les propagateurs du management stratégique: d'une part, la simplification consistant à réifier le processus de changement en écartant sa complexité, d'autre part, une théorisation excessive laissant presque croire à une « dimension magique » du pilotage...

Dans le domaine de l'anticipation, la prospective territoriale (particulièrement avec le nouvel acteur régional) est plus difficile à mener que la prospective d'entreprise, ici en l'occurrence l'IFSI, voire dans certains cas, l'entité IFSI-CH de rattachement.

Les objectifs de la demande au niveau territorial sont rarement bien définis et les attentes des interlocuteurs sont souvent contradictoires.

³⁷ GODET M. *Manuel de prospective stratégique tome 1, Une indiscipline intellectuelle*. Dunod, 2004.

M. GODET considère que pour réussir la démarche prospective territoriale il faut entre autres choses :

- lancer le processus le plus tôt possible,
- s'efforcer à ce que la réflexion participative de la prospective soit intériorisée par les acteurs de l'entreprise.

1.3.3. Du diagnostic de l'entreprise face à son environnement au diagnostic de l'IFSI face à la régionalisation.

Pour bien comprendre les mutations de l'environnement stratégique d'une entreprise, il faut bien connaître ses hommes, son passé, sa production, sa clientèle ou ses usagers... Le diagnostic interne (ressources et compétences disponibles), s'impose avant le diagnostic externe (environnement général et concurrentiel).

Le diagnostic interne comprend les volets : financier, opérationnel, fonctionnel, technologique et qualité.

Ces cinq volets permettent de juger de la force et de la faiblesse des cinq ressources fondamentales de l'entreprise (ressources humaines, financières, techniques, productives et commerciales). Les diagnostics opérationnel et fonctionnel, le diagnostic technologique et le diagnostic qualitatif permettent l'analyse de ces cinq ressources.

L'importance des forces et des faiblesses dégagées par le diagnostic des ressources de l'entreprise dépend de la nature des menaces et des opportunités issues de l'environnement général et concurrentiel³⁸.

A cette fin, l'analyse du positionnement stratégique repose sur le découpage préalable des activités de l'entreprise en segments ou domaines d'activités stratégiques (D.A.S), l'appréciation de leur valeur présente et future, ainsi que l'évaluation de la position concurrentielle de l'entreprise sur ses D.A.S. L'analyse dépend cependant toujours de deux questions stratégiques que se pose l'entreprise, une fois découpées ses activités en D.A.S :

- Quelle est ma position concurrentielle sur chacun de ces domaines d'activités ?
- Quelle est la valeur (ou intérêt) présente et future de ces domaines d'activités ?

³⁸ GODET M. *Manuel de prospective stratégique tome 2, l'Art et la méthode*. Dunod, 2004.

Bien qu'indispensables, ces deux questions sont insuffisantes pour élaborer une stratégie compétitive. L'entreprise doit avoir un véritable projet, fondé sur un système de valeurs issues du passé de l'entreprise et une vision partagée, ainsi qu'une volonté collective pour atteindre des objectifs d'autant mieux acceptés qu'ils auront fait l'objet d'un débat.

Il s'agit pour l'entreprise d'adopter ce que certains auteurs³⁹ nomment la logique stratégique.

A travers la logique stratégique, trois dimensions fondamentales sont révélées : le choix, l'impact déterminant, la prospective.

Le choix : même dans un contexte contraignant, les marges de manœuvre sont suffisantes pour laisser place à différentes options possibles. En outre, au sein d'un environnement turbulent (ce qui risque d'être le cas de plus en plus pour les IFSI) l'organisation doit piloter et redéfinir ses axes directeurs dans un « champ des possibles », et dans un cadre de ressources limitées. Il convient d'affecter ces dernières selon des objectifs et des priorités précis.

L'impact déterminant : un choix stratégique se distingue d'une action courante par le caractère déterminant de son impact.

Même si le retour en arrière est parfois possible, il est souvent coûteux (finances, image, motivation). Le projet d'école doit donc être élaboré sur la base d'une analyse pertinente de l'environnement, avec la réunion des facteurs de réussite des objectifs.

La prospective : la logique stratégique suppose une projection dans le futur. Cette projection à échéance pluriannuelle n'est pas une simple prévision, qui présente elle un double inconvénient car reposant sur une approche d'extrapolation de tendances du passé et renvoyant à une approche passive à l'égard d'un futur, à découvrir, et non à créer. La prospective adopte des dimensions plus dynamiques, plus ouvertes, plus constructives. Pour les IFSI, la prospective pourrait être de s'ouvrir davantage à la formation continue, à la formation à distance, ..., en faisant passer les IFSI, d'une école aux missions hospitalo-centrées, à un organisme de formation ouvert sur le domaine de la Santé Publique.

³⁹ BARTOLI A. *Le management dans les organisations publiques*. Dunod, 2004. p.265.

1.3.4. De la stratégie au management stratégique des IFSI

La stratégie consiste à la définition d'actions cohérentes intervenant selon une logique séquentielle pour atteindre des objectifs.

Nous l'avons vu la démarche stratégique n'est pas nouvelle, dans les services publics en général, et à l'hôpital en particulier.

Dès 1991, avec la notion de projet d'établissement et les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (S.R.O.S), puis en 1996 avec les Contrats d'Objectifs et de Moyens (COM), des processus de régulation à dimension anticipatoire sont introduits dans le management hospitalier. Cependant, la notion de management stratégique à l'hôpital reste relative au degré de décision où se situe le dirigeant. Ainsi chacun suivant le niveau de ses responsabilités peut être considéré comme « stratège » ou comme « tacticien ».

Aujourd'hui, on pourrait considérer qu'inscrits pour l'essentiel au coeur d'une dynamique institutionnelle, les directeurs de soins agissent comme tacticiens, c'est-à-dire accompagnant la vision stratégique du chef d'établissement. Avec la régionalisation, les directeurs d'institut de formation sont amenés à intégrer, dans leur pratique, des niveaux stratégiques, car ils ne sont plus, ou moins, abrités par les établissements de rattachement⁴⁰.

Un stratège, possède des qualités dans le commandement, le goût de l'action et de la compétition, la volonté d'agir mais aussi la prudence.

C'est de Clausewitz, théoricien de la guerre⁴¹ que les principes essentiels de la stratégie peuvent être extraits.

Entrer en stratégie c'est :

- poursuivre un objectif, avoir un plan, un projet...
- concentrer ses forces aux points décisifs, ne pas s'attaquer à des objectifs trop ambitieux ou n'apportant aucune plus value...

⁴⁰ Nous pouvons distinguer la *haute stratégie*, au plus haut niveau de l'organisation, sélection des objectifs et des priorités (quoi), la *stratégie* ; utilisation des ressources pour atteindre des objectifs, réalisation de plans (comment, où, quand), la *haute tactique* ; passage de la planification à l'exécution, répartir les ressources sur le terrain, coordonner les efforts, prévoir les réserves ; la *tactique* ; commande des forces sur le terrain (contact). ENSP- stratégie, février 2007, ADYSTA Conseil.

⁴¹ CLAUSEWITZ C-V. *De la guerre*. Rivages, 2006.

- être offensif et mobile de manière permanente, ne pas attendre les échéances imposées par les autres acteurs, anticiper en proposant, savoir réajuster en cours d'exécution...être proactif...
- exploiter les faiblesses de «l'ennemi » (même si cette prescription aux accents martiaux, peut choquer dans le milieu des IFSI,). La réalité du marché de la formation en particulier suite à l'application du code des marchés publics, a introduit une forme de concurrence entre organismes, qui, à terme, touchera les instituts voulant diversifier leurs sources de revenus...
- rechercher la sécurité, c'est-à-dire s'assurer de points d'appui solides et de « refuges »
- économiser ses forces, préserver l'équilibre effectifs/objectifs

Aux préceptes de Clausewitz, s'ajoutent des outils et des pratiques plus contemporains et plus pacifiques comme la dimension « marketing »⁴² consistant, avant toute prise de décision, à clarifier la mission, définir et prioriser les objectifs, segmenter le marché, répartir l'activité... A cette fin, des outils d'analyse existent.

Pour exemple la matrice BCG⁴³, qui, sous la forme d'un tableau à deux entrées, croise le *taux de croissance du marché* avec la *part de marché* en externe, ou bien encore le tableau de la *Général Electric*, reliant *l'intérêt du secteur d'activité* (taux de croissance, taille du marché, marge, intensité de la concurrence, économies d'échelles) avec la *compétence de l'entreprise dans le métier* (part du marché relative, compétitivité, tarifs, qualité, connaissance du marché, position géographique).

L'analyse de l'environnement se fait en termes d'opportunités et de menaces, c'est-à-dire d'un côté les domaines d'action dans lesquels l'entreprise peut espérer jouir d'un avantage différentiel, et, de l'autre, les problèmes posés par une tendance défavorable ou une perturbation particulière de l'environnement qui, en l'absence d'une réponse marketing appropriée, conduirait à la stagnation et à la disparition de l'entreprise ou du produit.

⁴² Stratégie et analyse stratégique : a) Quelques grilles de lecture. ENSP- stratégie, février 2007, ADYSTA Conseil.

⁴³ Le Boston Consulting Group (BCG) à la fin des années soixante propose d'évaluer sur une matrice chaque activité d'une entreprise. Cette matrice est une matrice d'allocation de ressources au sein d'un portefeuille d'activités. Elle concerne prioritairement les entreprises présentes sur plusieurs domaines d'activités stratégiques (DAS) il s'agit d'un outil stratégique également utilisé en marketing pour évaluer la pertinence de la composition du portefeuille de produits de l'entreprise.

Ces grilles de lectures doivent favoriser la prise de décision du manager stratégique. Michael Porter⁴⁴ propose une modélisation des choix stratégiques allant de :

- la domination globale au niveau des coûts : abaisser les coûts, offrir des prix inférieurs aux concurrents et obtenir une forte part de marché
- la différenciation : se centrer sur une gamme de produit pour occuper une position de référence
- la concentration (niche) : concentrer ses efforts sur quelques segments choisis et mettre en place une politique de domination par les coûts ou de différenciation sur la niche.

Ces modèles, issus du secteur privé de la production puis étendus aux services privés et enfin publics, peuvent se traduire dans la problématique des IFSI et pour leur direction.

Pour les Régions il est indispensable d'évaluer les coûts réels des formations paramédicales. Or, depuis 1992, les hôpitaux n'avaient pas l'obligation d'élaborer un budget annexe concernant les formations sanitaires leur étant rattachées. Aussi, pour plus de visibilité, depuis 2004 les établissements doivent créer une nouvelle entité budgétaire «C » affectée au budget annexe et retraçant les charges et produits des écoles. L'hôpital gestionnaire de l'institut se voit « débaser » sur son budget général d'une somme correspondant à la somme qu'il a affecté pour l'équilibre du budget de l'institut. Le Conseil Régional reverse à minima cette somme au budget annexe (« C ») de l'institut.

Ce changement conduit progressivement l'ensemble des acteurs concernés, le Conseil Régional, la direction du CH de rattachement et la direction de l'IFSI, à une réalité des coûts et donc d'une recherche d'efficience.

On peut aussi considérer que chaque IFSI doit œuvrer à une différenciation, c'est-à-dire proposer des prestations originales, faisant de l'école une référence dans un domaine ciblé, ou mettant l'accent sur une partie particulière du programme, ou bien encore, en proposant un degré universitaire en même temps que l'obtention du diplôme d'Etat ...

⁴⁴ Professeur de stratégie d'entreprise de l'Université d'Harvard, il a modélisé l'environnement concurrentiel de l'entreprise sous la forme de cinq facteurs dits «forces » de Porter : l'intensité de la rivalité entre les concurrents, le pouvoir de négociation des clients, la menace de nouveaux entrants sur le marché, le pouvoir de négociation des fournisseurs, la menace des produits de substitution. Certains auteurs ajoutent une sixième «force » : l'influence des pouvoirs publics. PORTER M. *L'avantage concurrentiel*. Dunod, 1997. p. 47- 48.

Enfin, pour la « concentration », troisième élément de la modélisation de Michael Porter, la direction de l'IFSI peut s'appliquer à une proposition de coûts plus attractifs, comme sur les frais d'inscription, ... mais aussi mieux communiquer sur les particularismes de son projet dans un « esprit marketing ».

1.4. SYNTHÈSE DE LA PROBLÉMATIQUE APPARUE, QUESTION ET HYPOTHÈSES DE RECHERCHE.

Ainsi, suite à la loi d'août 2004, l'acteur régional (le Conseil Régional) introduit une incertitude supplémentaire : les IFSI sont davantage concernés par un univers de contractualisation de recherche de performance, ... Leurs directeurs devront développer des stratégies dépendant de celles des décideurs politiques régionaux, et rechercher l'efficacité.

Les directions d'IFSI jusqu'alors centrées sur un fonctionnement hospitalier de culture « gestionnaire » vont être davantage en concurrence pour l'obtention de ressources. Les directeurs devront construire et maintenir des rapprochements afin d'être proactifs face à la complexité des problématiques (dimension réglementaire, besoins de Santé Publique, aménagement du territoire, ...).

Il s'agit d'une source d'évolution majeure du métier donnant plus de place à la stratégie dans le management.

Ce qui nous conduit à la formulation de la question et des hypothèses suivantes :

La question :

En quoi la régionalisation constitue un enjeu stratégique pour le directeur d'institut de formation ?

Les hypothèses :

- la régionalisation induit une culture de résultats dans le domaine de la formation professionnelle modifiant les pratiques et le sens que les acteurs donnent à leurs actions,
- la politique conduite par une collectivité territoriale régionale influe sur le management d'un institut de formation,
- la régionalisation implique pour le directeur d'un institut de formation le recours à un diagnostic stratégique.

2) RECHERCHES ET ANALYSE.

Il s'agit de rechercher de l'information utilisable dans le cadre du mémoire pouvant être confrontée aux constats et aux faits énoncés dans la partie contextuelle. Le choix de l'outil de recherche se porte sur les entretiens.

2.1. METHODE DE RECHERCHE.

2.1.1. un outil : l'entretien.

Adoptant des formes sensiblement différentes, les méthodes d'entretien se distinguent par la mise en oeuvre des processus fondamentaux de communication et d'interaction humaine. Valoriser ces processus permet d'extraire des entretiens des informations nuancées et abondantes.

Durant l'entretien s'instaure un échange lors duquel l'interlocuteur exprime ses perceptions et ses interprétations d'un évènement ou d'une situation.

Par des questions ouvertes et ses réactions, il s'agit de faciliter cette expression et de permettre à l' « enquêté » d'accéder à un degré significatif d'authenticité.

Bien qu'usant d'une méthode de recueil de données au sens large, il faut veiller à favoriser l'expression d'éléments d'analyse aussi prolifiques que possible. Ainsi l'échange se concentre autour d'hypothèses de travail, sans exclure les développements parallèles, susceptibles de les nuancer ou de les corriger.

Le contenu recueilli est l'objet d'une analyse systématique destinée à tester les hypothèses de travail.

Selon les cas, un entretien peut être libre, semi-dirigé ou dirigé. Il est libre lorsque l'enquêteur s'abstient de poser des questions visant à orienter l'entretien. Il est dirigé lorsque la personne enquêtée répond exclusivement à des questions préparées à l'avance et planifiées dans un ordre précis. Il est semi-dirigé lorsque l'enquêteur prévoit quelques questions à poser en guise de points de repère.

Un entretien semi dirigé, outil pour lequel nous optons car nos hypothèses bien que déjà élaborées restent «larges» dans leur formulation, s'identifie par la présence de deux caractéristiques :

- une production de la part de la personne interrogée d'un discours non linéaire, nécessitant que l'on réoriente l'entretien si besoin;

- des interventions de ma part, n'étant pas toutes prévues à l'avance, obligeant à prévoir des questions générales avec quelques points de repère.

Ainsi l'entretien semi-dirigé est en partie directif (au niveau des thèmes) et en partie non directif (à l'intérieur des thèmes). Il permet de recueillir une information plus proche des représentations de l'« enquêté » que pour un entretien dirigé, et dans un temps plus court que pour un entretien libre, où les digressions seraient trop nombreuses.

Sur un plan technique, les entretiens furent enregistrés au magnétophone, avec un complément par prise de notes. Les prises de notes furent autant exhaustives que possible et ont été reprises juste après les entretiens pour les rendre compréhensibles puis, saisies sur traitement de texte.

La durée des entretiens fut en moyenne d'une heure, à quinze minutes près, suivant la disponibilité des interlocuteurs. (Pour un des entretiens, l'appareil enregistreur est tombé en panne, j'ai dû me contenter des notes).

L'accord fut demandé à chacune des personnes interviewées et la garantie de la destruction des enregistrements, ainsi que de l'anonymat, leur fut assurée.

2.1. 2. La grille d'entretien (cf : annexes I et II).

Deux grilles d'entretien ont été bâties pour les deux types d'acteurs principalement ciblés pour les entretiens.

Les objectifs de l'entretien sont de mettre en évidence, dans le matériel recueilli, la validation ou l'invalidation des hypothèses de recherche précitées. C'est-à-dire, ce que la régionalisation modifie dans les pratiques des directeurs d'instituts et le sens que ceux-ci donnent à cette modification des pratiques. Evaluer en quoi la politique conduite par la Région influe sur le management d'un institut, et si les directeurs d'instituts de formation sont contraints au recours d'un diagnostic stratégique.

Les grilles utilisées doivent favoriser l'expression dans les domaines visés.

Elles ont été testées, pour la forme, auprès de collègues de la promotion de directeurs des soins, pour le fond, auprès d'un directeur d'IFSI.

2.1. 3. La population ciblée.

Afin de croiser les points de vue et d'éventuellement mettre en évidence des corrélations ou des tendances fortes, il avait été prévu de recueillir des informations auprès de trois directeurs d'Instituts de Formation en Soins Infirmiers et de trois chargés de missions de Conseils Régionaux.

Ce choix prend en compte d'importantes différences entre les Régions concernant l'avancée des schémas régionaux, influençant le fonctionnement des instituts.

En cours d'enquête, et suite à certains apports des directeurs d'IFSI, il est apparu intéressant de recueillir, aussi, les points de vue de membres de l'équipe de direction d'un établissement hospitalier de rattachement et d'une conseillère pédagogique régionale attachée à la DRASS, pour connaître l'opinion d'une représentante de l'Etat.

Pour ces deux derniers acteurs aucune grille d'entretien particulière ne fut bâtie. Il s'agissait de compléter les données recueillies auprès des acteurs prioritairement ciblés (directeurs d'IFSI, Conseils Régionaux).

Le public se compose de :

- Trois directeurs d'Instituts de Formation en Soins Infirmiers dans trois régions différentes (Bretagne, PACA, Rhône-Alpes), un IFSI intégré à un Centre Hospitalier Universitaire, un IFSI dépendant d'un Groupement d'Intérêt Public réunissant trois établissements hospitaliers, et un IFSI intégré à un établissement hospitalier de taille moyenne (980 lits). Les promotions des IFSI sont comprises entre 110 et 150 étudiants. Aux IFSI sont associés des IFAS dans les trois situations et parfois d'autres écoles : auxiliaires de puériculture, ambulanciers. Par ailleurs, un des directeurs est à trois ans de finir sa carrière, un autre est au début de la sienne depuis deux ans.
- Deux chargés de missions pour les formations du sanitaire travaillant pour des Conseils Régionaux de régions différentes. Pour des raisons matérielles il ne m'a pas été possible de réaliser un troisième entretien ce qui aurait permis d'équilibrer quantitativement les points de vue des deux parties.

2.2. CONTENU DES ENTRETIENS ET ANALYSE.

2.2.1. Contenu des entretiens.

Faire l'analyse du matériel recueilli au cours des entretiens nécessite de catégoriser les réponses formulées, afin d'en dégager des éléments essentiels par rapport à l'objet d'étude, tout en mettant aussi en évidence les écarts, les variations, les oppositions, entre les différents locuteurs.

Il s'agit d'une analyse thématique effectuée sans recours à un logiciel particulier, permettant de combiner une analyse verticale du discours de chacune des personnes interrogées ainsi qu'une analyse horizontale mettant en vis-à-vis par thème, les différents discours.

Pour des raisons de commodité, chacune des personnes se verra dotée d'une lettre, les directeurs d'instituts : Dir. A, Dir. B, Dir. C, les chargés de missions : CR. A, CR. B, la conseillère pédagogique régionale : Cp, et les deux membres de l'établissement de rattachement notés indifféremment : Dg.

Seront traités d'abord les entretiens avec les directeurs d'instituts, puis, comparés avec les chargés de missions et rapprochés des entretiens avec les autres acteurs.

Grille d'entretien numéro 1, à la première question (cf : annexe I) :

Dir. A : « ...Même si au départ cela a soulevé certaines inquiétudes, on s'aperçoit qu'avec la Région les choses finissent par être plus claires pour nous... Par exemple, maintenant qu'il y a un budget spécifique à l'IFSI, j'ai pu me rendre compte que nous n'avions pas eu par le passé les financements qui nous revenaient de droit ! J'ai finalement plus de maîtrise aujourd'hui que par le passé de l'aspect financier de l'institut... D'ailleurs, c'est une compétence que je dois développer... ».

Dir. B : « ... ce sont des politiques donc c'est sûr il y aura des échéances et puis parfois il faudra faire plaisir aux élus originaires de tel ou tel endroit de la région. Cela va jouer sur les IFSI ... Mais pour l'instant rien de particulier ou rien de gênant et même la comparaison que la Région peut faire avec les formations du social fait apparaître que nous sommes l'« enfant pauvre » du système et ça ils en ont conscience... Ca ne change rien pour l'instant (dans ma pratique) sauf que je sens bien qu'il faut que je sois attentif à leurs orientations... ainsi j'ai participé à tous les comités techniques où j'ai été invité et j'ai l'impression que pour la première fois on tient compte un peu de notre avis pour bâtir une politique régionale en matière de formation » (dans cette région le schéma sera voté fin 2007).

«... Il faut voir aussi que le fait que la Région finance les IFSI a eu des effets parfois positifs et parfois négatifs par rapport aux hôpitaux de rattachement... Certains hôpitaux s'intéressent moins aux IFSI surtout s'ils n'ont aucune difficulté de recrutement, par contre certains autres investissent davantage les instituts et cela relance la collaboration entre les services de soins et l'école... Donc une meilleure considération pour la direction de l'institut mais aussi plus d'attentes... »

Dir. C : *«...Finalement je m'en arrange... ça m'a permis de faire accepter par l'équipe de l'institut une démarche qualité afin de donner à terme plus de clarté et de traçabilité à notre activité, d'être mieux placés dans un contexte que je pressens comme plus ou moins concurrentiel... Il y a aussi la question du financement, on s'interroge sur le développement de la formation continue... grâce au CR, nous avons obtenu une dotation en informatique alors que nous étions sous-équipés. Cela m'amène à réfléchir « ... » mais sans précipitation, à la formation à distance... ».*

A la question numéro 2 :

Dir. A : *«... Les Conseils Régionaux sont très intéressés par les formations de niveau 5... Cela permet de résoudre une partie du problème du chômage ... et de répondre à des attentes en matière de prise en charge sanitaire et sociale. Finalement ils s'intéressent moins aux formations des infirmiers qu'à celles des aides-soignants, des auxiliaires de vie, Cependant, certains problèmes les interpellent... Par exemple les frais de déplacement pour les étudiants infirmiers qui varient beaucoup..., la différence du coût de la formation d'un étudiant d'un institut à l'autre qui n'est pas toujours compréhensible, les droits d'inscription différents, les dimensionnements des équipes... qui parfois font apparaître beaucoup de secrétariat ou presque pas ?... ils se questionnent sur le taux d'échec et comprennent mal que l'on (Etat) veuille augmenter les quotas alors qu'un étudiant sur quatre n'arrive pas jusqu'au diplôme... Ces questions nous font nous interroger sur nos dispositifs pédagogiques, nos dispositifs d'évaluation et donc sur les compétences des formateurs et donc sur nos compétences... ».*

Dir. B : *« ...le schéma n'est pas encore voté dans la région, mais j'ai déjà anticipé par l'ouverture d'une école d'ambulanciers qui était attendue par les autorités de tutelle ... bien sûr il n'y a pas de lien direct mais j'ai le sentiment qu'à terme, il faudra redéfinir la répartition des quotas d'étudiants infirmiers. «... ». Je pense que des regroupements seront inévitables ne serait-ce que pour des économies d'échelle mais aussi en fonction de la qualité des lieux de stages.*

Pour cela nous mettons l'accent sur la mise en œuvre d'une charte pour l'accueil des étudiants en stages et je travaille avec les directeurs de soins des établissements qui accueillent nos étudiants. «... ».« Nous avons remis en œuvre des salles de travaux pratiques, aux normes, afin de répondre aux attentes des services hospitaliers mais aussi pour garantir une certaine qualité de formation... ».

Dir. C : *« ... de toute évidence les Conseils Régionaux ne se satisfont pas d'une voix consultative au futur conseil pédagogique, comme ils ne se satisfont pas d'un quart d'échec ou d'abandon ou d'arrêt prématuré dans les IFSI. « ... » Ils ne veulent pas payer sans garantie de résultat ! Et je comprends ça. « ... ». J'ai réorganisé l'équipe pédagogique en deux ans particulièrement autour de la mise en stages et l'accompagnement en stages, l'analyse des pratiques ...et puis sur la recherche d'une qualité à tous les niveaux en particulier en tentant de sécuriser l'ensemble des procédures afin de réduire les erreurs et donc les éventuels recours... De la même manière, la charge de travail des formateurs devra être étudiée avec plus de précision ... il faudra sans doute adopter des outils communs, standardisés,... si les directions d'IFSI ne le font pas spontanément cela nous sera sans doute imposé tôt ou tard « ... » De manière globale je pense que les instituts devront former des professionnels de santé et peut-être à terme du social, en étant moins centrés sur les métiers hospitaliers... La dimension Santé Publique est sans doute à creuser... ».*

A la question numéro 3 :

Dir. A : *«... il faut être particulièrement attentif aux schémas régionaux de formation, aux tendances dans l'évolution des métiers (observatoire régional)... mais peut-être aussi aux schémas régionaux d'organisation sanitaire et plus loin encore aux données économiques et sociales sur le territoire régional et national ... avoir une vision plus large et plus « politique » et non strictement pour répondre à une réglementation ou à des circulaires venant « d'en haut »... J'essaie de voir avec le contrôleur de gestion que la DF m'a attribué si, au niveau du pôle, des projets peuvent être mis en œuvre, si les finances suivraient... Pour cela, certains tableaux de bords sont indispensables... Par ailleurs, il faut avoir plus de transparence sur l'utilisation des ressources humaines et des compétences dont je tiens (une) comptabilité pour l'instant simple, de l'activité des formateurs, temps de face à face, ..., d'autre part, un effort de communication vers l'extérieur paraît indispensable... anticiper, c'est aussi se faire connaître ... un site internet de l'IFSI est en projet... ».*

Dir. B : « ... observer la direction donnée par la Région en matière de formation (schémas, participation au Comité Territorial Emploi Formation,...) mais aussi ne pas oublier les missions de Santé Publique,... on forme des infirmiers pour l'ensemble du territoire national voire plus, surtout à l'heure de l'Europe, ... « Il faudrait pouvoir aussi entreprendre une démarche quasi commerciale... savoir communiquer sur un « produit » de formation... savoir mettre en évidence les « plus » de son institut, « ... » Par exemple nous, depuis un an, nous avons accru notre collaboration avec les lycées, dans le cadre d'actions de Santé Publique mais aussi pour faire connaître l'institut... « ... »... une crainte : c'est que s'ils ne s'entendent pas entre eux (la DRASS, l'hôpital, le CR) je sois obligé de remplir « x » documents pour « x » administrations et que cela envahisse mon temps de travail... ».

Dir. C : « ... on entend parler de la création d'agences régionales de santé qui regrouperaient les financeurs les décideurs administratifs et politiques sur un territoire régional... dans ce cas on peut imaginer une corrélation forte avec l'appareil de formation sanitaire ? ... Voilà le type de question qu'il faut pouvoir se poser « ... » Dans l'institut nous réfléchissons à un rapprochement avec l'université, ... nous observons les expériences faites ça ou là pas toujours avec des résultats très probants... mais je crois qu'il faudra se singulariser à l'avenir... mais jamais au détriment de la qualité de la pédagogie... Nous avons procédé à un autodiagnostic de l'institut (guide CEFIEC)... Il semble que la meilleure anticipation possible est celle de l'investissement dans les compétences de l'équipe pédagogique... des formateurs bien formés,... qui réfléchissent sur leur pratique... c'est pour ça que nous consacrons du temps à l'analyse de nos pratiques durant les réunions... Enfin, je travaille à l'écriture d'un projet d'école servant de cadre général aux projets pédagogiques de l'IFAS et de l'IFSI...globalement d'un directeur d'institut je dirais qu'il doit être un manager, c'est le sens de la formation à Rennes, mais qui ne doit pas perdre le sens de sa mission qui est la pédagogie... je crois qu'on est attendus là-dessus... ».

Grille d'entretien numéro 2, à la question numéro 1 (cf : annexe II):

CR. A: « ... Le schéma régional des formations sanitaire et social est voté depuis un an... Il faut que le Conseil Régional trouve sa place... mais il a fallu d'abord faire l'état des lieux et en 2005 le CR ne connaissait pas l'état de financement des IFSI. ... La place donnée au Conseil Régional est une place de financeur, mais tout ceci au début dans une grande confusion et avec peu de lisibilité...
Notre premier enjeu a été d'évaluer si le montant demandé était correct... par exemple, connaître le coût moyen par étudiant, même si c'est un indicateur qui reste insuffisant... »

les ratios d'encadrement, la part des charges directes et indirectes, c'est-à-dire ce qui revient vraiment au budget «H» et au budget «C»...nous avons observé des écarts allant de 5 à 15% de charges indirectes d'un établissement à l'autre ? ... « Notre prochain audit portera sur le patrimoine immobilier des IFSI et la compatibilité des autres sources de financement possibles : taxe d'apprentissage ? frais d'inscription ? formation continue ?... La place du CR a d'abord été (celle) de contrôleur et d'exiger plus de transparence et de traçabilité de la part des instituts et surtout des établissements hospitaliers...Ce n'est pas forcément une entrée en matière très agréable... « ... ».

CR. B : *« ... une place importante car il agréé les instituts et leurs directeurs ... on attend cependant toujours l'arrêté... Ce qui est important (aussi) c'est la mise en œuvre du schéma (sera voté fin 2007) c'est un schéma qui est bâti sur la base des travaux de l'observatoire régional des métiers « ... » Nous avons convié la DRASS à participer à la réflexion... L'observatoire cherche à répondre à : « quelles qualifications pour les professionnels de demain ? » « ... » Le Conseil Régional poursuit une politique en matière d'emploi et notre priorité sont les formations niveau 4 et 5 qui, paradoxalement, sont celles qui étaient payantes. La volonté du Conseil Régional c'est la gratuité... ».*

A la question numéro 2 :

CR. A : *« ... La place du CR au conseil pédagogique ??? C'est le «c.. entre deux chaises »... Le CR « n'a pas la main » sur la pédagogie qui impacte pourtant le coût ! ...Siègeront pour le Conseil Régional au conseil pédagogique des techniciens plutôt que des politiques.... Il faut que nous trouvions à nous entendre avec la DRASS ce qui n'est pas toujours évident. Sûrement que, à terme, les Régions auront plus d'exigence dans les instances des IFSI... ».*

CR. B : *« ... la décentralisation des IFSI leur a déjà bénéficié... Parfois oubliés par les hôpitaux, ils sont redevenus des enjeux d'autant ... que leur autonomie financière est assurée par un tiers, et qu'en plus, on le sait il va y avoir une pénurie d'infirmières encore ces quatre ou cinq prochaines années... Même si ce n'est pas notre mission... on s'interroge sur les dispositifs pédagogiques, les conditions de vie des étudiants, les compétences des formateurs... compte tenu de l'importance de la déperdition des étudiants entre le début des études et le diplôme (25%). ... Mais pour l'instant, le CR n'a pas assez d'éléments pour aller dans le détail ... bien que ce taux de déperdition varie du simple au double d'un institut à l'autre sur la région !...Globalement nous manquons d'informations pour avoir une opinion claire de la gouvernance des IFSI... ».*

A la question numéro 3 :

CR. A : « ... qu'ils soient des directeurs et non plus des chefs de services hospitaliers, ... qu'ils aient une approche territoriale mais moins hospitalo-centrée, qu'ils intègrent le lien formation/emploi, que leurs projets intègrent les partenariats Région-Etat-EPS-IFSI,... que les IFSI deviennent des organismes de formation à part entière... veillent aux pratiques pédagogiques, participent à des appels d'offre, etc.... Pour l'instant nous ne faisons pas de la démarche qualité un élément essentiel de la gestion des IFSI (s'adressant à moi avec un sourire : « Seriez-vous un « ISO-directeur » ? ») « ... » Nous ne prévoyons pas de ligne budgétaire particulière pour la mise en œuvre d'une démarche qualité, mais plutôt pour des projets pédagogiques innovants... avec l'université... Il existe quatre projets innovants dans les IFSI de la région... aucun de ces IFSI n'est rattaché à un CH ... ».

CR. B : « ... les directeurs d'IFSI devront à l'avenir travailler à la réduction des déperditions et démontrer la mise en œuvre de dispositifs efficaces comme par exemple la place qu'occupe l'analyse des pratiques dans la formation du social ... D'une certaine manière l'agrément des directeurs valorise cette fonction... elle donne une caution extérieure au système hospitalier... Les directeurs doivent devenir des interlocuteurs plus vigilants à la politique régionale, ... mieux nous connaître et mieux nous faire connaître leurs instituts, mais aussi entretenir les meilleurs liens possibles avec la DRASS, la direction de l'hôpital, ... La direction financière de l'hôpital reste notre interlocuteur prioritaire en matière de financement... pour la démarche qualité, aucun financement particulier n'est prévu, si vous trouvez les moyens nous ne sommes pas opposés à ce que vous la mettiez en œuvre... ».

Réponses des autres interlocuteurs :

Question : **Quelles sont, d'après vous, les conséquences de la régionalisation sur la direction des IFSI et les IFSI, et sur la relation DRASS/Conseil Régional ?**

La Conseillère pédagogique régionale (Cp) : « ...avec l'apparition des conseillères pédagogiques les DRASS qui ne s'occupaient que de la délivrance des diplômes sur un aspect strictement administratif, s'intéressent dorénavant à la qualité de la formation... Si le CR n'a pas sur le papier à intervenir sur l'aspect pédagogique, les pénuries annoncées en personnel (IDE, aides-soignant, manip radio, ...) par l'observatoire régional des métiers, nécessitent d'augmenter les quotas d'étudiants, et le discours sur la déperdition des étudiants que tient le Conseil Régional n'évitera pas cette augmentation.

Par ailleurs, le désaccord entre le Conseil Régional et l'Etat est un désaccord financier et sémantique qui porte sur la notion de formation initiale : le CR considère que seules sont initiales les formations s'adressant à des étudiants type post bac et non à des demandeurs d'emploi, ou en apprentissage, ... Pour les directeurs d'IFSI, il faudra qu'ils soient plus vigilants, qu'ils rendent compte davantage ... que le budget devienne un élément du management de l'IFSI, comme la démarche qualité d'ailleurs, ... il faudra recourir à des méthodes novatrices en matière de formation (ex : FOAD)... »

Question : **Quelles sont, d'après vous, les conséquences de la régionalisation sur la direction des IFSI et les IFSI, et sur la relation IFSI/CH de rattachement ?**

Dg : *«... depuis le 1^{er} janvier 2005 les budgets C et H sont séparés... Si le CH apporte une aide technique (contrôle de gestion), c'est au directeur de l'IFSI d'affecter et de faire des choix, ... il n'y aura pas de rallonge... Ce qui a été difficile et qui reste difficile pour nous c'est d'évaluer les charges indirectes... Cependant, les directeurs doivent continuer à pourvoir en professionnels qualifiés les établissements,... très clairement on imagine que les régions chercheront à réaliser des économies d'échelle par des regroupements, ... si les étudiants infirmiers sont des étudiants comme les autres ils pourraient être formés dans de grands centres... Ce qui serait intéressant c'est que les calendriers des IFSI puissent correspondre davantage au rythme des départs et des arrivées des professionnels des services... ».*

2.2.2. Analyse du contenu des entretiens.

Concernant l'impact de la régionalisation sur les instituts, le contenu des entretiens avec l'ensemble des acteurs, conduit à une perception moins exigeante que celle que j'ai abordée dans la partie conceptuelle de ce travail. On constate qu'il existe peu d'usage d'outils techniques standardisés en matière de gestion des IFSI. Le Dir. A considère qu'il doit développer ses compétences en matière budgétaire, il en voit l'intérêt, mais n'en maîtrise pas les outils pour l'instant. Le Dir. C considère que la régionalisation a été une opportunité pour introduire la démarche qualité, mais son établissement n'en est qu'aux prémices. Le projet d'école est évoqué par le Dir. C comme un élément à mettre en œuvre. Enfin, la grille d'autoévaluation est celle proposée par le CEFIEC (guide d'autodiagnostic du CEFIEC) qui n'est pas validée par les Régions.

On observe aussi que, contrairement aux discours de certains directeurs et de la conseillère pédagogique régionale, qui ont le sentiment qu'il faudra rendre des comptes rapidement, les Régions, par la voix de leurs représentants, manifestent moins d'impatience.

A contrario, ils questionnent davantage sur les compétences pédagogiques, c'est-à-dire sur ce qu'ils resituent comme étant le « cœur de métier » des IFSI.

Les trois directeurs enquêtés ont une opinion plutôt favorable de la régionalisation.

Ils y ont trouvé le moyen de faire évoluer parfois leur équipe, et ils appréhendent les choses de manière plus politique : **Dir. A** : «... *j'ai finalement plus de maîtrise aujourd'hui que par le passé de l'aspect financier de l'institut* », **Dir. B** : «... *j'ai l'impression que pour la première fois on tient compte un peu de notre avis pour bâtir une politique régionale* », **Dir. C** : « ... *ça m'a permis de faire accepter par l'équipe de l'institut une démarche qualité ...nous avons obtenu une dotation informatique ...cela m'amène à réfléchir...à la formation à distance...* ».

Tous les trois s'inscrivent dans une dimension plus stratégique : **Dir. B** : « ... *ce sont des politiques... il faudra faire plaisir aux élus originaires de tel ou tel endroit... il faut que je sois attentif à leurs orientations... une meilleure considération pour la direction d'institut mais aussi plus d'attente... un effort de communication vers l'extérieur paraît indispensable... anticiper, c'est aussi se faire connaître... observer la direction donnée par la Région en matière de formation ... mais ne pas oublier les missions de Santé Publique... on forme pour l'ensemble du territoire national... voire plus, surtout à l'heure de l'Europe...* », **Dir. A** : « ...*les CR sont très intéressés par les formations niveau 5... cela permet de résoudre une partie du problème du chômage... il faut être particulièrement attentif aux schémas régionaux de formation... aux schémas régionaux d'organisation sanitaire...* », **Dir. C** : « ... *de toute évidence les CR ne se satisfont pas d'une voix consultative au futur conseil pédagogique... ils ne veulent pas payer sans garantie de résultat... la dimension Santé Publique est sans doute à creuser... on entend parler de la création de l'agence régionale de santé ... dans ce cas on peut parler de corrélation forte avec l'appareil de formation sanitaire...* ».

On perçoit dans leurs propos une vision prospective.

La régionalisation est une opportunité, ils parlent de formation à distance (Dir. C), d'une révision des dispositifs pédagogiques, d'éventuels regroupements d'instituts, ils évoquent l'importance du travail avec les lieux de stages, la nécessité d'adopter des outils communs et standardisés d'évaluation de l'activité et de l'usage du financement avant qu'ils ne leur soient imposés (Dir. C).

La notion de territorialité apparaît en particulier à l'évocation des observatoires régionaux des métiers, des schémas régionaux d'organisation sanitaire, des futures agences régionales de santé,

Concernant leur rôle de directeur, ils évoquent leurs relations avec la direction des finances de l'établissement de rattachement, et voient toute l'importance de ce dialogue : **Dir. A** : « ... j'essaie de voir avec le contrôleur de gestion si des projets peuvent être mis en œuvre ... pour cela certains tableaux de bord sont indispensables... ». La communication en interne comme en externe paraît indispensable. **Dir. B** : « ... entreprendre une démarche quasi commerciale... savoir communiquer sur un « produit » de formation... ».

Ce qui rejoint les préoccupations du Conseil Régional qui considère « ...que les IFSI deviennent des organismes de formation à part entière... ».

Le **Dir. C**, parlant du directeur d'institut, nous dit : « ... je dirais qu'il doit être un manager « ... » mais qui ne doit pas perdre le sens de sa mission qui est la pédagogie... je crois qu'on est attendus là-dessus... ».

Il rejoint en cela les préoccupations des représentants des CR, en particulier autour de la question de l'arrêt prématuré des formations, qui induit d'autres questions sur la qualité et les compétences des formateurs et des dispositifs de formation.

Pour le **CR. A** il faut « ... qu'ils soient des directeurs et non plus des chefs de services hospitaliers... » et que les IFSI « ...veillent aux pratiques pédagogiques, participent à des appels d'offre,... ».

On remarque, aussi, que la régionalisation a obligé à une redéfinition de l'ensemble des rôles des acteurs : la conseillère pédagogique régionale DRASS, défend l'idée que dorénavant la qualité des formations est prise en compte par son administration.

Elle-même démontre que de nouvelles exigences pèsent sur les directions d'IFSI, que celles-ci devront être innovantes en matière pédagogique, et savoir « rendre de comptes » à un nombre accru de « tutelles ».

A ce sujet apparaît un enjeu, celui d'une homogénéisation des outils d'analyse d'activité, afin que les directions d'IFSI n'aient pas à répondre en permanence, suivant des modalités diverses, aux mêmes questions posées par les CR, par l'Etat. Le **Dir. B** évoque ce problème : « ... une crainte : c'est que s'ils ne s'entendent pas entre eux je sois obligé de remplir « x » documents pour « x » administrations et que cela envahisse mon temps de travail... ».

Enfin, on voit que la relation avec l'établissement de rattachement passe prioritairement par la question budgétaire. Le **Dir. A** évoque sa collaboration avec le contrôleur de gestion et le **Dg** évoque essentiellement, dans sa relation avec le directeur d'institut, la place du budget « C ».

C'est particulièrement à ce propos que l'utilité des tableaux de bord est rappelée (**Dir. A**). Le **Dir. C** évoque aussi la nécessaire analyse de la charge de travail des formateurs. Néanmoins, les Conseils Régionaux à cette heure, paraissent peu intéressés par la mise en œuvre d'une démarche qualité, cela ne paraît pas être une priorité.

Quand le Chargé de mission Régional remarque que les instituts les plus innovants sont ceux qui ne sont pas rattachés à un centre hospitalier, il semble vouloir mettre en évidence deux aspects : la souplesse de leur gestion, et une compétence managériale, rendue nécessaire par une plus grande précarité des financements, s'agissant d'établissements privés.

2.3. SYNTHÈSE DE LA RECHERCHE.

En tenant compte des restrictions d'usage concernant la validité d'un recueil de données partiel, et donc inévitablement sujet à des biais, on observe cependant certaines tendances à travers les propos des personnes rencontrées.

Lors des entretiens, avec des directeurs d'instituts comme avec des responsables des Conseils Régionaux, il n'apparaît pas pour l'heure que soient mis en œuvre des dispositifs stratégiques tels que des processus diagnostics, des tableaux de bord, des projets d'écoles, des démarches qualité.

On en parle, ces outils sont évoqués, mais ils restent pour l'instant peu apparents dans les processus de décision des directeurs d'instituts. Mieux encore, il ne semble pas que les financeurs, pour l'instant, soient en attente de ceux-ci.

De même, les responsables régionaux considèrent que pour les aspects techniques du financement, l'interlocuteur privilégié reste le directeur des finances de l'établissement hospitalier de rattachement et non le directeur de l'institut.

Cette situation est sans doute amenée à évoluer, cependant, plus que d'éléments techniques, d'outils de gestion, le nouveau partenaire régional attend, des directeurs d'instituts, une capacité à appréhender son environnement et à y apporter des réponses de nature prioritairement pédagogique.

Ceci me conduit à réviser en particulier la troisième partie de ce mémoire, au sujet de la transférabilité des propositions et des perspectives. Au regard de la question de départ, qui considère qu'il existe un enjeu stratégique pour les directeurs d'instituts de formation, il apparaît un questionnement, une appréhension environnementale, présentant des caractéristiques stratégiques et politique chez les directeurs d'instituts : ils mesurent bien les enjeux à ce niveau là.

Des enjeux de nature qualitative : la qualité de la formation, la pérennité même des structures telles qu'elles existent, mais aussi, des gains en terme d'autonomie pour eux-mêmes, de capacité d'innovation, ... Et, même si certains éléments d'incertitude apparaissent dans ce rapprochement avec les CR, les trois directeurs d'IFSI envisagent l'avenir de manière plutôt positive.

Ainsi, ils démontrent qu'ils ont su utiliser l'introduction de ce nouvel acteur pour faire évoluer leurs écoles.

En revanche, c'est sur les compétences instrumentales et techniques dans certains domaines de la gestion et du management, et sur le recours à un outillage fiable et standardisé, que l'incertitude persiste.

Notons qu'aucun des trois instituts ne possède de projet d'école, de démarche qualité opérationnelle, de modalité d'évaluation de la charge de travail des formateurs très élaborée, ... Ceci est particulièrement flagrant en ce qui concerne l'évaluation de la charge de travail où aucune proposition n'est réellement satisfaisante, contrairement à ce qui est pratiqué dans le secteur social.

Par ailleurs, une attente forte des CR est manifestée au sujet de la pédagogie.

Cette attente s'origine dans la question de la déperdition, mais aussi autour de la relativement faible durée de l'exercice professionnel des infirmières : les étudiants, donc futurs professionnels, seraient mal préparés à affronter la réalité du monde soignant. La formation par les compétences, projet qui aboutira peut-être en 2008 ou en 2009, ne semble pas pouvoir être la seule réponse.

Les Conseils Régionaux attirent l'attention des IFSI sur les pratiques pédagogiques mises en œuvre dans le secteur social (Institut Régional de formation au Travail Social,...) où l'analyse des pratiques et l'accompagnement des stagiaires est au cœur du dispositif. C'est donc de compétences affirmées dans ce domaine dont devraient se pourvoir les IFSI.

En conclusion, si on observe que les directeurs d'instituts pressentent l'obligation d'avoir une vision politique, en revanche, pour traduire celle-ci en stratégie prospective, ils souffrent d'un déficit instrumental.

Aujourd'hui leur partenaire manifeste encore peu d'exigence dans ce domaine. On peut cependant supposer qu'à terme ces exigences apparaîtront.

Il est sans doute nécessaire que soit élaboré un ensemble d'outils fiables et standardisés permettant d'étayer les visées des directeurs d'instituts.

Ces outils permettent, dans un premier temps, la réalisation d'un diagnostic stratégique, puis, dans un deuxième temps, de rendre compte de l'activité aux partenaires. En sachant, que dans un processus de management, c'est sur la base de l'évaluation de l'activité, qu'à nouveau, le diagnostic stratégique doit être remanié.

En réponse aux hypothèses formulées, et sur la base des données recueillies : la régionalisation induit une culture de résultat (ex : notion de déperdition des étudiants questionnée), elle influe sur le management d'une direction d'institut de formation (ex : elle crée des opportunités favorisant le changement), enfin, elle implique, pour le directeur de l'institut, le recours à un diagnostic stratégique, mais encore faut-il qu'il utilise, à cette fin, une grille de lecture et des outils adaptés.

3) TRANSFERABILITE, PROPOSITIONS ET PERSPECTIVES.

Comme nous l'avons vu, la direction d'un institut de formation est attendue par des partenaires, à la fois sur une dimension pédagogique et sur une dimension managériale. Or, cette dimension managériale, qui dans le cadre de la régionalisation doit s'inscrire dans une vision prospective, semble, pour l'heure, déficiente sur le plan instrumental.

3.1. PLACE DE LA STRATEGIE DANS LE MANAGEMENT D'UN IFSI.

Si la dimension pédagogique se matérialise par la rédaction et la mise en œuvre d'un projet pédagogique, peu d'instituts ont un projet d'école. Pour Marie-Odile Galant : « *pas de projet d'école = pas de pilotage de l'institut* ». Pour bâtir un projet d'école, « *le directeur d'institut est amené à réaliser un diagnostic de l'existant* ».

Ce diagnostic de l'existant dans le contexte de la régionalisation, doit favoriser une vision prospective permettant un positionnement de l'institut. Pour Marie-Odile Galant ⁴⁵ le projet d'école repose sur trois préalables : une approche stratégique de l'environnement, un diagnostic de l'existant et une définition du rôle de directeur d'institut.

⁴⁵ L'ensemble des données suivantes résultent de l'intervention de Mme Marie-Odile Galant, Conseillère Technique Régionale Pays de Loire, juin 2007, ENSP.

L'approche stratégique de l'environnement, dans une dimension territoriale (bassin d'emploi, bassin de vie), doit permettre d'appréhender l'évolution de l'emploi, l'évolution de l'offre et de la demande de santé, il s'agit donc d'appréhender des notions sociologiques économiques voir culturelles sur un espace géographique donné.

Cette approche peut permettre de définir qui sont les candidats au concours d'entrée, quelles sont leurs motivations, et du coup permet de mettre en œuvre un dispositif pédagogique adapté.

Elle permet aussi de mettre en œuvre un dimensionnement adéquat de ce dispositif. Les sources d'information sont multiples, elles sont disponibles sous forme de données économiques et sociales mais aussi auprès des établissements scolaires du second degré (filiales..) auprès de l'observatoire régional des métiers, auprès de l'observatoire régional sanitaire, auprès des établissements de santé (projets d'établissements), par la lecture des documents de référence : le SROS, le PRSP,

Le diagnostic de l'existant.

Il s'agit de connaître plus précisément les caractéristiques des étudiants en formation ⁴⁶ (quel baccalauréat ? quelle localisation géographique sur le territoire ? catégorie socioprofessionnelle des parents ? ...).

Ainsi que les ressources de l'IFSI:

- humaines : les compétences, les expertises de l'équipe pédagogique, le secrétariat et leur dimensionnement (les ratios,...),
- matérielles : les locaux, le matériel,
- les liens fonctionnels avec les partenaires (établissement de rattachement, lieux de stages, DRASS, ...)

Définition du rôle du directeur d'institut.

Il est responsable du projet d'école, c'est prioritairement un manager, c'est-à-dire que son activité répond à une caractérisation à partir de cinq fonctions principales : prévoir, organiser, décider, motiver, évaluer ⁴⁷.

⁴⁶ Pour M.O. Galant, il existe quatre catégories d'étudiants : les « inclus » qui sont en projet, les « exclus » qui sont hors projet, les « perclus » très diplômés mais sans projet, et les « reclus » sans projet et qui n'ont droit à rien. La capacité à se projeter de ces étudiants bénéficie de potentiels totalement différents.

⁴⁷ Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé. *Haute Autorité de Santé*, Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques professionnelles, janvier 2005. p.8.

Mais son mode de management peut varier, et le projet d'école doit traduire ses conceptions.

A travers l'élaboration du projet d'école⁴⁸, où il définit les fonctions prioritaires du formateur (enseignant, formateur, chercheur, coordonnateur, ...), la place des collaborateurs : intervenants, secrétariat, ..., et les orientations stratégiques et prospectives, il donne un cap général à l'activité de l'institut et le situe dans son environnement.

Une fois énoncés ces principes, l'on ne peut que constater l'absence d'outils adéquats permettant cette élaboration.

3.2. PROPOSITIONS EN FAVEUR DE L'ETABLISSEMENT D'UN DIAGNOSTIC STRATEGIQUE POUR UNE DIRECTION D'IFSI

Comme nous l'avons vu pour les entreprises, toute stratégie repose sur un double diagnostic, un diagnostic interne et un diagnostic externe. Il en va de même pour un institut.

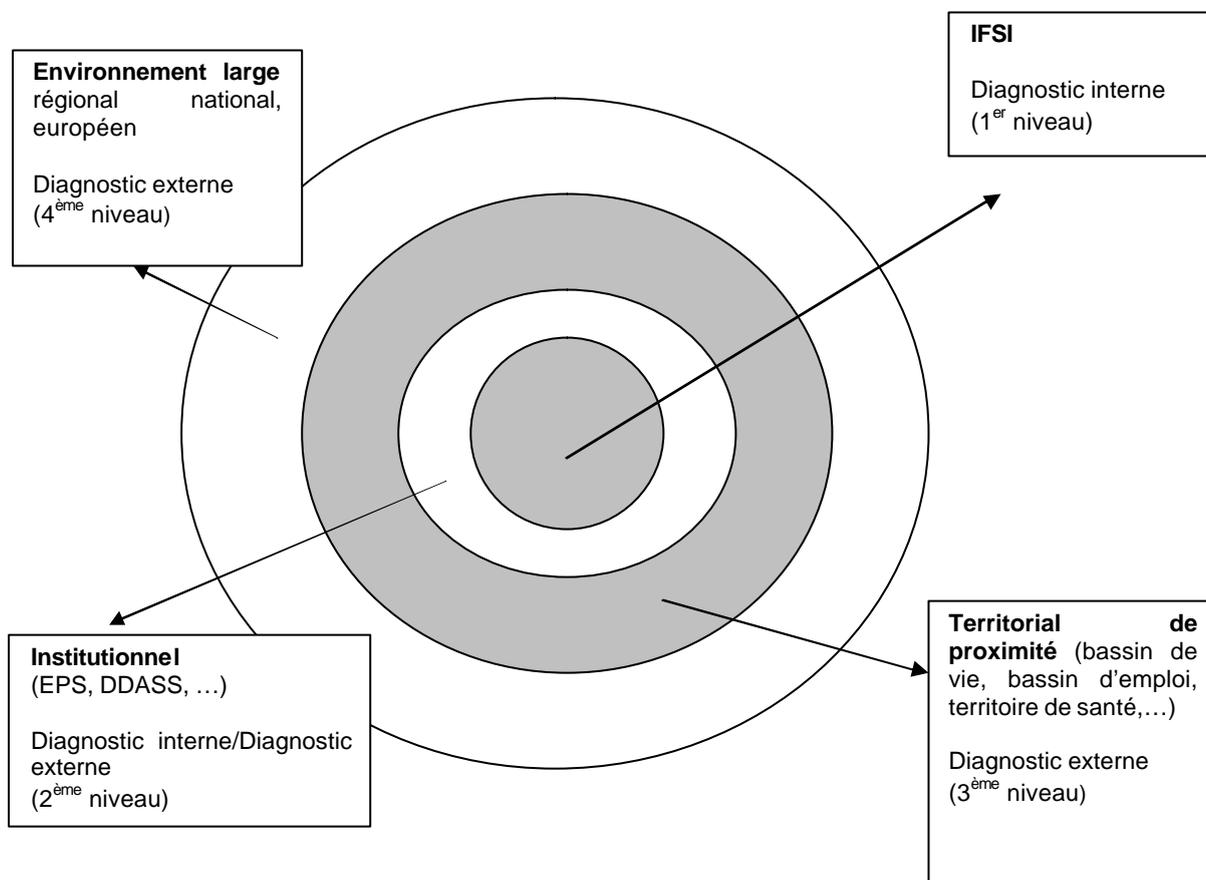
Le diagnostic interne en institut comprend les volets : financier (le budget C et les ressources complémentaires : formation continue, taxe d'apprentissage, ...), opérationnel (les effectifs, leurs compétences, leur répartition, la charge de travail, ...), matériel (les locaux, l'équipement, ...) la communication et les liens avec les partenaires (établissement de rattachement, DRASS, Conseil Régional, établissements scolaires, établissements hospitaliers, ...) et la qualité.

L'analyse de ces différents volets doit permettre d'évaluer les forces et faiblesses des ressources de l'IFSI et de les mettre en perspectives avec un diagnostic externe portant sur les menaces et les opportunités provenant de l'environnement général.

Les diagnostics internes et externes s'exercent sur différents niveaux de l'environnement de l'IFSI (cf : schéma numéro 1).

⁴⁸ L'élaboration du projet d'école repose sur les caractéristiques de l'école elle-même, les valeurs qui y sont défendues, les fonctions, les missions et les finalités que lui confère le corps social, et la réflexion portant sur les dispositifs et principes pédagogiques, la place et le rôle donnés aux acteurs intérieurs et extérieurs à l'école, et aux lieux d'expression comme par exemple les instances : conseil pédagogique, conseil de discipline, mais aussi aux réunions moins formelles.

Schéma numéro 1 : les différents niveaux de diagnostics pour les IFSI.



A chaque niveau de diagnostic le directeur de l'institut devra accéder à des informations pertinentes. Leur quantité importante ne permet pas ici d'en dresser une liste exhaustive, à titre d'exemple, voyons ce qui est indispensable au diagnostic interne à l'IFSI (diagnostic 1^{er} niveau), puis, ce qui est nécessaire au diagnostic que nous qualifierons de proximité (diagnostic 3^{ème} niveau) car en lien avec le bassin de vie, d'emploi,

En interne (diagnostic 1^{er} niveau):

- Le dimensionnement de l'équipe est un élément essentiel.

Les questions auxquelles devra répondre le directeur sont : le ratio formateurs/étudiants (inférieur/supérieur à la moyenne régionale/nationale ?), la répartition du temps de travail (temps de face à face, temps de recherche pédagogique, temps d'ingénierie et d'organisation), le ratio personnel d'administration et de gestion/nombre d'étudiants, l'affectation des missions (expertise, missions transversales). Cette première étape pourra lui permettre d'évaluer le coût de la formation en s'appuyant sur les travaux du CEFIEC (coût de la formation en IFSI CEFIEC 2000).

- Les étudiants (tableaux de bord : leurs caractéristiques, les échecs, ...) cf : annexe III.

- Le projet pédagogique (pertinence avec le projet d'école et le projet de l'établissement de rattachement) et son degré de pertinence avec le dispositif pédagogique.

- Le budget (pour le directeur il s'agit de le préparer, de le négocier et d'en assurer la mise en œuvre et le suivi. Mais aussi d'identifier les dérives et de prévoir l'accompagnement des projets, à cette fin, il doit savoir utiliser les outils de gestion).

- Le matériel (locaux, équipements : état général, amortissement, ...).

- La place de la démarche qualité et de l'autoévaluation (qui peut permettre, dans les phases diagnostic, un accompagnement de l'équipe en utilisant soit le référentiel d'autodiagnostic du CEFIEC élaboré en 1999, soit le référentiel « accréditation de dispositifs de formation supérieure professionnelle » de la Direction de l'Evaluation et du développement pédagogique de l'ENSP 2005.

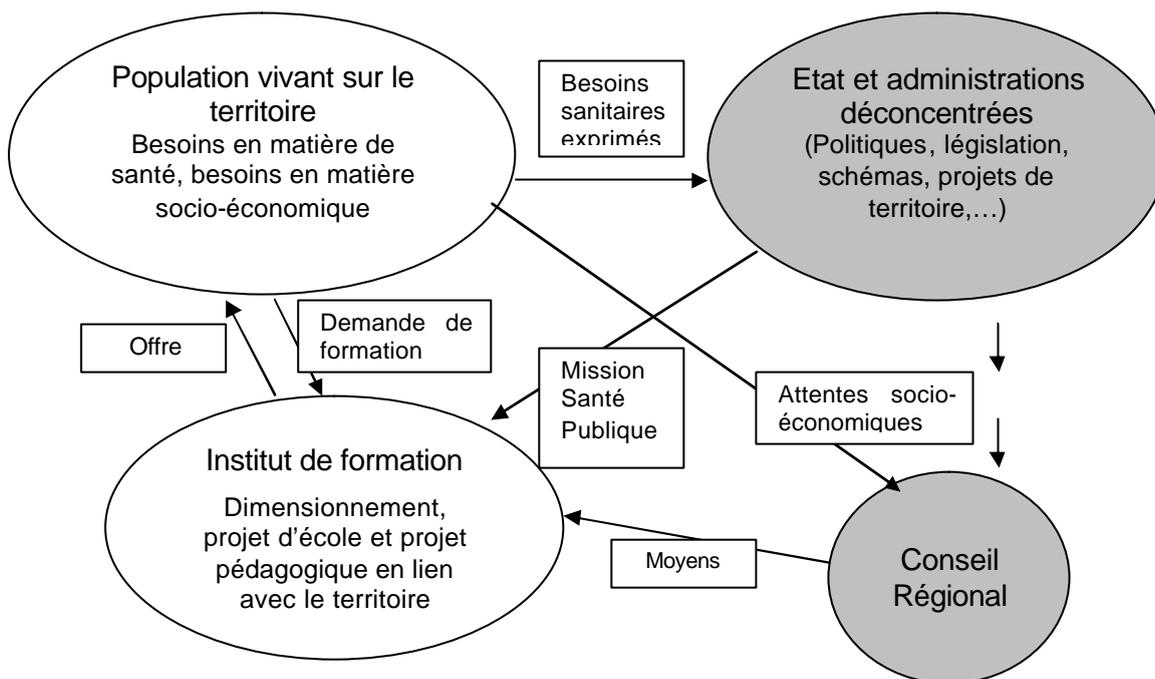
Ainsi pourront être mises en évidence les forces et faiblesses de l'IFSI.

En externe, dans une dimension territoriale de proximité (diagnostic 3^{ème} niveau):

- Il s'agit d'appréhender, sur une surface territoriale relativement étroite, en référence à des notions de « pays », « bassin de vie », « bassin d'emploi », « territoire de santé », ne répondant pas à des dimensionnements administratifs mais à des réalités socio-éco-démographiques, les caractéristiques de la population potentielle des étudiants et/ou futurs étudiants.

Il est possible de modéliser l'identification des attentes, à partir du territoire, en matière de formation infirmière ainsi :

Schéma numéro 2 : inscription stratégique dans une dimension territoriale.



Bien que l'on doive considérer que tous les niveaux d'analyse (interne, institutionnel, territorial de proximité et d'environnement large) sont en interaction, ils peuvent être étudiés, dans un premier temps, de manière isolée.

Ainsi, pour la dimension territoriale (diagnostic 3^{ème} niveau : zone d'attractivité potentielle au bénéfice de l'IFSI), il est important de prendre en compte :

- la démographie locale,
- la configuration de l'Education Nationale (nombre d'établissements d'enseignement secondaire, les filières, taux de réussite au Bac,...),
- l'offre locale en matière d'enseignement supérieur,
- l'offre en matière d'emplois (taux de chômage des – de 25 ans, ...),

- les éléments disponibles en matière de flux migratoires (nature des soldes migratoires, ...),
- l'accessibilité au logement (la politique du logement social dans les communes du « bassin », ...),
- la composition socio-économique de la population active,
- les besoins en matière sanitaire et sociale (outils de planification disponibles, projets des établissements sanitaires et médico-sociaux, leur dynamisme, leur attractivité, ...),
- les orientations politiques en matière d'accompagnement de projets, au niveau des communes, des agglomérations, des communautés de communes, du Conseil Général,
- l'accessibilité des services publics,
- l'existence et la disponibilité de médias locaux,
- la qualité de la communication avec l'ensemble de ces acteurs...
- et la situation concurrentielle, c'est-à-dire le nombre et le type d'offres s'inscrivant sur le territoire.

De la sorte pourront être cernées les menaces, mais aussi les opportunités, qu'offre cet environnement territorial de proximité.

La même opération doit être réalisée au quatrième niveau de diagnostic, l'environnement large, dans lequel on trouvera la politique régionale (schéma régional des formations), la dimension administrative déconcentrée de l'Etat (DRASS), la politique nationale (législation, réglementation), l'Europe (évolution des professions de santé,...).

Et bien évidemment le diagnostic institutionnel, de deuxième niveau, devra éclairer sur le positionnement de l'IFSI au sein de l'établissement de rattachement (mesure de la zone d'autonomie, ...), les collaborations possibles avec les administrations déconcentrées siégeant dans les instances,

Afin de mettre en œuvre une stratégie prospective, en utilisant les quatre niveaux de diagnostic, il est possible d'utiliser des outils habituellement réservés aux entreprises.

Nous proposons là la matrice SWOT ⁴⁹ (d'autres outils sont disponibles comme par exemple la matrice BCG explicitée plus haut).

⁴⁹ Martinet A.C. *Diagnostic stratégique*, Vuibert, 1990, p.86 - 89.

L'analyse SWOT, ou matrice SWOT (de l'anglais Strengths (forces), Weaknesses (faiblesses), Opportunities (opportunités), Threats (menaces)) est un outil de stratégie d'entreprise permettant de déterminer les options stratégiques envisageables pour un domaine d'activité.

Conduire une analyse SWOT ne présente pas d'originalité absolue par rapport à ce que nous avons déjà évoqué, consiste à effectuer deux diagnostics : un diagnostic externe et un diagnostic interne.

Le diagnostic externe identifie les opportunités (domaine dans lequel l'entreprise peut espérer un avantage différentiel) et les menaces présentes dans l'environnement, pouvant être isolées à l'aide d'un modèle d'analyse comme celui de Michael Porter ⁵⁰. Il peut s'agir par exemple de l'apparition de nouveaux concurrents, de l'apparition d'une nouvelle technologie, de l'émergence d'une nouvelle réglementation, de l'ouverture de nouveaux marchés,...

Pour les IFSI, il peut s'agir d'une réforme du programme de formation, le recours à de nouveaux outils pédagogiques (FOAD,...), l'augmentation du quota d'étudiants, l'extension de l'activité à la formation continue, ...

Le diagnostic interne identifie les forces et les faiblesses du domaine d'activité stratégique, et peut s'effectuer en utilisant des outils standardisés de comparaison (Benchmarking) ou des référentiels qualité (à minima, il peut y avoir recours à l'autodiagnostic en IFSI).

On y intègre également les caractéristiques géographiques, la notoriété de l'entreprise, la qualité du réseau de partenaires (diagnostic externe de 3^{ème} niveau), ...

La matrice SWOT se présente comme suit.

Schéma numéro 3 : matrice SWOT.

<i>Matrice SWOT</i>	UTILE Pour atteindre l'objectif	NEFASTE Pour atteindre l'objectif
INTERNE (attributs du domaine d'activité)	forces	faiblesses
EXTERNE (attributs de l'environnement)	opportunités	menaces

⁵⁰ PORTER M. *L'avantage concurrentiel*. Dunod, 1997. p. 55 - 58.

A titre d'exemple, et dans un scénario simplifié pour la démonstration, le directeur de l'institut de formation doit répondre à une sollicitation de la part de la Région pour une augmentation de ses effectifs d'étudiants infirmiers.

- Quelle peut-être l'utilisation de la matrice SWOT ?

Admettons :

- diagnostic interne niveau 1 : taux de dispersion des étudiants égal à la moyenne régionale, problème de potentiel d'accueil en stages, ratio formateurs/étudiants supérieur à la moyenne régionale,
- diagnostic interne/externe niveau 2: le centre hospitalier de rattachement souffre d'une pénurie en terme d'effectif soignant depuis trois ans, ce qui l'amène à redimensionner la répartition infirmiers/aides-soignants,
- diagnostic externe niveau 3 (territorial de proximité) : attractivité moyenne de l'institut auprès des jeunes, peu de formations post-bac en concurrence,
- diagnostic externe niveau 4 : demande de la Région d'augmenter les quotas d'étudiants infirmiers, forte attente de résultats (chômage des jeunes bacheliers important).

<u>Formation IDE</u> <u>Augmentation des quotas</u>	UTILE Pour choix stratégique	NEFASTE Pour choix stratégique
INTERNE	<i>(Forces)</i> Effectif formateurs suffisant, pénurie d'effectif soignant	<i>(faiblesses)</i> Faible potentiel d'accueil en stages
EXTERNE	<i>(opportunités)</i> Attractivité accrue pour l'IFSI car peu de formation post-bac concurrentes	<i>(menaces)</i> Taux de dispersion, Non augmentation proportionnelle du budget, Déception de la Région en matière d'atteinte des résultats

Commentaire : dans cette configuration particulière, le directeur peut décider de répondre de manière négative à la proposition de la Région. Mais il peut aussi s'assurer que les moyens suivront (budget), ou bien encore, proposer une autre activité plus opportune pour le territoire.

Par exemple, au lieu d'augmenter les formations d'infirmières dont le taux de dispersion est important, il peut demander à la Région d'être partenaire d'une opération visant à une meilleure attractivité de l'institut et un meilleur suivi pédagogique afin de réduire le taux de dispersion.

A cette fin, il devra mettre en œuvre une procédure identique concernant d'autres domaines d'activités stratégiques (accroissement de la formation aide-soignante en lien avec la révision du dimensionnement de l'établissement de rattachement). Il lui manque certaines informations, par exemple, le projet médical de territoire, des éléments de démographie professionnelle (départs à la retraite, ...), ce qu'il devra donc collecter afin d'affiner son analyse.

Mais, quelle que soit la qualité de l'analyse stratégique, celle-ci permet d'établir des objectifs pour l'institut, il est donc indispensable qu'existe une vision partagée et une volonté collective d'atteinte de ces objectifs, d'autant mieux acceptés par les équipes pédagogique et administrative, qu'ils auront été le thème de débats animés par le directeur.

3.3. EVOLUTION DU METIER DE DIRECTEUR D'INSTITUT DANS LE CADRE D'UNE PERSPECTIVE D'ACCENTUATION DE LA DECENTRALISATION DU SYSTEME DE SANTE.

La régionalisation des formations sanitaires et sociales est mise en œuvre depuis peu et donc au début de ses effets.

Le rôle des Conseils Régionaux est en train de s'affirmer dans le domaine de la Santé Publique, et, comme nous l'avons dit précédemment, les projets d'agences régionales de santé vont sans doute accentuer la prégnance de l'acteur politique régional sur l'ensemble de ce secteur.

En matière de formation, il est envisageable que, progressivement, s'affirment deux dimensions d'origine politique : la Région et l'Europe (en particulier dans le domaine du rapprochement avec l'université et la standardisation des niveaux de métiers et de compétences).

Les directions d'IFSI seront, sans doute davantage que par le passé, amenées à faire la démonstration du bon usage des crédits alloués, mais aussi, de leur capacité à répondre aux attentes de ces acteurs, en constante évolution car suivant les besoins et les demandes de la population.

Par ailleurs, les publics de nouveaux professionnels ne sont pas sensibles aux mêmes dispositifs pédagogiques, c'est-à-dire de formation et d'évaluation, que les générations précédentes.

C'est donc aussi dans le domaine de la pédagogie que la capacité d'inventivité et d'innovation de la direction d'IFSI est attendue.

Enfin, savoir représenter, savoir communiquer, deviennent des compétences essentielles pour les directeurs d'instituts : communiquer avec sa tutelle reste important, communiquer avec les directeurs des soins des établissements recevant les étudiants l'est de même, mais savoir se faire entendre et comprendre de partenaires politiques, en particulier dans les phases de négociation, et promouvoir l'image de son école deviennent décisifs.

Le directeur d'institut est un manager qui ne doit pas oublier la pédagogie, un gestionnaire avisé qui doit accepter de devenir un « commercial ».

Ce qui nous renvoie à la pertinence du recrutement des directeurs d'instituts et du cadre réglementaire dans lequel ils évoluent.

CONCLUSION.

Les impacts de la décentralisation, et de l'évolution du management public, sur les instituts de formation, et sur le métier de leurs directeurs, sont identifiables dans les discours et les pratiques des acteurs de terrain. Les directeurs d'instituts ont conscience de ces mutations et savent en percevoir les opportunités, mais aussi les risques.

Mais, ces décideurs manquent aujourd'hui d'étayage instrumental pour mieux accompagner et user de ce changement. Il est donc nécessaire de mettre en œuvre une réflexion sur la place de la stratégie dans le management des IFSI et de bâtir des outils permettant, entre autre, d'établir un diagnostic stratégique, préalable à toute prise de décision importante.

Cette proposition consiste à pourvoir le métier de directeur d'institut d'un outillage indispensable dans le cadre d'une perspective d'accentuation de la décentralisation.

Pour les directeurs d'instituts se pose la question d'une redéfinition identitaire de leur métier. Longtemps strictement orienté sur le dispositif pédagogique et sur des programmes de formation très hospitalo-centrés, les directeurs d'instituts ont l'opportunité aujourd'hui et sans doute encore plus à l'avenir de devenir de véritables chefs d'établissement ou d'organismes de formation. C'est le pari que font certains observateurs qui y voient une évolution vers un statut proche de celui de proviseur d'établissement scolaire du second degré ⁵¹.

Cependant, cette perspective induit, chacun peut le comprendre, un nouveau dimensionnement des instituts de formation, résultant, sans doute, de regroupements, venant bousculer certaines des considérations d'aménagement du territoire.

Par ailleurs, tout laisse à penser qu'une situation concurrentielle s'installe (le Conseil Régional de Bretagne souhaitait confier, en 2007, un IFSI à un établissement de l'Education Nationale). Cette concurrence existe déjà pour les formations d'aides-soignants.

⁵¹ M-O. GALANT, Conseillère Pédagogique Régionale, Pays de Loire, ENSP, juin 2007.

De même, les IFSI souhaitant investir le champ de la formation continue, devront développer des compétences en ingénierie et marketing, ne serait-ce que pour franchir les obstacles consécutifs à l'application de la loi sur les marchés publics.

A l'heure de la VAE, où la notion de compétences permet aux savoirs d'expérience de rivaliser avec les savoirs « académiques » enseignés, on peut s'interroger sur l'expérience et la formation de ceux qui sont censés eux-mêmes être garants des dispositifs de formation.

Deux champs sont à explorer : d'une part la pédagogie, et en particulier par une réflexion autour et avec les Sciences de l'Education. La déperdition d'étudiants importante, pointée par les Conseils Régionaux, doit pouvoir trouver une réponse dans les dispositifs pédagogiques.

D'autre part, celui d'un management différent, plus ouvert sur l'extérieur, à la fois intuitif, mais aussi, mieux « outillé ».

L'ingénierie, la communication, la gestion financière et la gestion des ressources humaines, devraient faire l'objet d'outils spécifiques pour les IFSI.

La décentralisation modifie l'environnement des instituts et, comme de nombreux changements, crée de l'incertitude. Les directeurs d'instituts savent aujourd'hui, encore plus qu'hier, qu'il leur revient de faire des choix s'ils ne veulent subir ceux des autres.

*« Je savais que ces décisions étaient prises à un niveau bien supérieur au nôtre ; néanmoins, nous n'étions pas des automates, il importait non seulement d'obéir aux ordres, mais d'y adhérer. »*⁵²

⁵² LITTEL J. *Les Bienveillantes*. Gallimard, 2006. p.47

Bibliographie

Textes législatifs :

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1992. Arrêté Ministériel du 30 mars 1992 relatif aux conditions de fonctionnement des centres de formation en soins infirmiers. *Journal officiel « Lois et Décrets » du 03/04/1992*. 4964.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1993. Loi n°93-1313 du 20 décembre 1993 relative au travail, à l'emploi et à la formation professionnelle. *Journal officiel de la République Française*, 21 décembre 1993, 17769.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2002. Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière. *Journal officiel de la République Française*, 23 avril 2002, 7187.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2003. Loi n°2003-276 du 28 mars 2003 relative à l'organisation décentralisée de la République. *Journal officiel de la République Française*, 29 mars 2003, 5568.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2004. Loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales. *Journal officiel de la République Française*, 17 août 2004, 14545.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2007. - Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux. *Journal officiel de la République Française*, 10 mai 2007, 8324.

Ouvrages :

BARTOLI A. *Le management dans les organisations publiques*. 2^e ed. Paris : Dunod, 2004. 432 p. Collection : Management Public.

CLAUSEWITZ C-V. *De la guerre*. Paris : Rivages, 2006. 364 p. Collection : Rivages poche.

GODET M. *Manuel de prospective stratégique : Tome 1, Une indiscipline intellectuelle*. 3^e ed. Paris : Dunod, 2004. 296 p. Collection : Progrès du management.

GODET M. *Manuel de prospective stratégique : Tome 2, l'Art et la méthode*. 3^e ed. Paris : Dunod, 2004. 448 p. Collection : Progrès du management.

KNIBIEHLER Y. *Cornettes et blouses blanches*. Paris : Hachette Littératures, 1984. 366p. Collection : Histoire.

LITTELL J. *Les Bienveillantes*. Paris : Gallimard, 2006. 912 p. Collection blanche.

MARTINET A. C. *Diagnostic stratégique*. Paris : Vuibert, 1990, p.86-89. Collection : Vuibert Entreprise.

PORTER M. *L'avantage concurrentiel*. Paris : Dunod, 1997. 664 p. Collection : Stratégies et Management.

SEDJARI A. *Partenariat public privé et gouvernance future*. Paris : L'Harmattan, 2005. 529 p. Coédition Gret.

VERRIER P-E., SANTO V-M. *Le management public*. 2^e ed. Paris : PUF, 1997. 128 p. Collection : Que sais-je ?

Articles de périodiques :

BIDAULT M. Décentralisation : la nouvelle donne. *la Gazette Santé Social*, 01/11/2004, n°2, p.22.

BOEUF J-L. Décentralisation et expérimentations locales. *Problèmes politiques et sociaux*, décembre 2003, n°895, p.110.

DENANOT J-P. (cité dans) Décentralisation (2) Les Régions Formations : un transfert dans l'urgence. *la Gazette Santé Social*, 01/11/2004, n°2 p.24.

DIEBOLT E. Esquisses de biographies Anna Hamilton et Léonie Chaptal : Pour une histoire des soins et des professions soignantes. *Cahiers de l'AMIEC*, 1988, p.109 à 119. (sous la direction de Marie Françoise COLLIÈRE et Evelyne DIEBOLT).

GIESBERGER P. Les premières écoles d'infirmières de l'assistance publique. *Soins Psychiatrie*, 1994, n°164 -165, p. 45.

INFFO FLASH. Centre INFFO, du 1^{er} au 15 avril 2006, n° 677, p. 4 et 5.

REGOURD S. L'organisation territoriale issue de la décentralisation de 1982 : un bilan critique. *Cahiers français*, janvier/février 2004, n°318, p.12.

Autres sources :

THOENIG J-C. extrait in La décentralisation (1982-2004) – Des lois Deferre à la réforme constitutionnelle., *Dossiers politiques publiques*, www.vie-publique.fr

Mise en ligne : septembre 2005, consulté en juin 2007.

KAROUTCHI R. Rapport d'information sur la décentralisation de la formation professionnelle et de l'apprentissage. *Direction Générale de l'Action Sociale*. Session extraordinaire de 2004-2005, annexe au procès verbal du 5 juillet 2005.

Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé. *Haute Autorité de Santé*. Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques professionnelles, janvier 2005, p.8.

Stratégie et analyse stratégique : a) quelques grilles de lecture. ENSP- stratégie, février 2007, *ADYSTA Conseil*.

GALANT M-O. Conseillère Pédagogique Régionale Pays de Loire. Intervention ENSP, juin 2007.

Liste des annexes

ANNEXE I : grille d'entretien numéro 1 en direction des directeurs d'IFSI

ANNEXE II : grille d'entretien numéro 2 en direction des chargés de missions des
Conseils Régionaux

ANNEXE III : proposition de tableau de suivi de promotion avec analyse des causes
d'arrêt de formation, du niveau scolaire à l'entrée, . . .
Travail de groupe promotion DS 2007, ENSP.

ANNEXE I.

Grille d'entretien numéro 1 en direction des directeurs d'IFSI.

(Présentation générale du thème de la recherche en évitant l'induction des réponses.)

- 1) Quel impact a sur votre pratique de directeur d'IFSI la régionalisation ?
 - qu'est ce que cela modifie dans votre activité de direction ? (outils de gestion ? nouvelles missions ? nouvelles activités ? nouvelles contraintes ? nouvelles possibilités ? ...)

- 2) Les orientations données dans le cadre du plan régional de formation (PRDF), (ou en préparation dans le cadre du schéma régional des formations du sanitaire et du social) vous conduisent-elles à réorienter votre projet d'école et/ou votre projet pédagogique ? (nouveaux projets ? nouvelles compétences pour l'équipe pédagogique ? réorientation des ressources humaines ? réorientation des ressources matérielles ? réorientation des ressources financières ? ...)

- 3) La régionalisation suscite-t-elle la nécessité d'une anticipation de part de la direction d'IFSI ? Quels moyens, quels outils, quels dispositifs, mettez-vous en œuvre pour y parvenir ?

ANNEXE II.

Grille d'entretien numéro 2 en direction des chargés de missions des Conseils Régionaux.

(Présentation générale du thème de la recherche en évitant l'induction des réponses.)

- 1) Quelle place souhaite occuper le Conseil Régional dans la mise en œuvre de la formation des professions du sanitaire et du social ? (particulièrement pour les IFSI). (financement ? critères d'attribution ? notion de territorialité ? notion d'employabilité ? efficience ? traçabilité ? qualité ? ...)

- 2) Quelle place pour le Conseil Régional dans les instituts ? (aujourd'hui et demain ? dans les conseils pédagogiques ? ...)

- 3) Quelles attentes de la part du Conseil Régional en direction des directeurs d'instituts ? (partenaires ? courroies de transmission ? quels liens avec l'établissement de rattachement ? quels liens avec la DRASS ? ...)

ANNEXE III.

1^{ère} partie du tableau de suivi de promotion:

Quota entrée	
Entrée 1ère A	
Liste 1	
Bac L	
BAC ES	
BAC S	
BAC SMS	
Autres bac tech	
Bac pro	
DAEU	
Diplôme universitaire 1er cycle	
Diplôme universitaire 2ème cycle	
Liste 2	
DPAS	
DPAP	
AMP	
Liste 3	
Report	
Redoublants	
total	0
Départ en 1ère A	
Arrêt de F	
santé	
financier	
chgt orientation	
familial	
autres	
Exclusions définitives	
disciplines	
inaptitudes physiques ou psycho	
insuffisance théorique	
insuffisance pratique	
mise en danger	

quand
qui

septembre

octobre

ANNEXE III (suite)

2^{ème} partie du tableau de suivi de promotion :

Total des interruptions	
Total fin 1A	
Non validation 1A	
insuffisance théorique	
insuffisance pratique	
stage	
théorique et clinique	
départ mutation	
Admis en 2 A	
Admis par mutation	
Liste 3	
Reprise de formation	
Redoublants	
total	
Départ en 2ère A	
Arrêt de F	
santé	
financier	
chgt orientation	
familial	
autres	
Exclusions définitives	
disciplines	
inaptitudes	
insuffisance théorique	
insuffisance pratique	
mise en danger	
Total des interruptions	
Total fin 2A	
Non validation 2A	
Théorique	
clinique	
stage	
théorique et clinique	
départ mutation	

quand
qui

ANNEXE III (suite et fin).

3^{ème} partie du tableau de suivi de promotion :

Admis en 3A		
Admis par mutation		
Liste 3		
Reprise de formation		
Redoublants		
total		
Départ en 3 ^{ème} A		
Arrêt de F		
santé		quand
financier		qui
chgt orientation		
familial		
autres		
Exclusions définitives		
disciplines		
inaptitudes		
insuffisance théorique		
insuffisance pratique		
mise en danger		
Total des interruptions		
Total fin 3A		
Non validation 3A		
Théorique		
clinique		
stage		
théorique et clinique		
total présentés au DE		
Admis DE		