



**EHESP**

---

**Directeur des Soins**

Promotion : **2018**

Date du Jury : **Décembre 2018**

---

**Intégration universitaire des formations  
paramédicales : quels impacts et changements  
pour la stratégie managériale des Directeurs de  
Soins d'Instituts de Formation en Soins  
Infirmiers ?**

---

**Stéphane LE ROUZIC**

---

## Remerciements

---

Je tiens à remercier ici l'ensemble des professionnels qui m'ont accordé des interviews ainsi que les Directeurs des Soins qui ont été mes maîtres de stage durant cette formation.

Leurs conseils et leurs expériences sont de précieuses sources d'inspiration pour le nouveau chapitre professionnel qui s'ouvre.

Merci aussi à ma compagne, Elisabeth, pour son soutien inconditionnel.

A mes enfants : Erwann, Jeanne et Louis.

---

## S o m m a i r e

---

Introduction .....	1
1 La route des formations paramédicales vers l'université.....	6
1.1 Mise à plat du cadre contextuel de l'universitarisation.....	6
1.1.1 L'université.....	6
1.1.2 Qu'est que l'universitarisation ?.....	7
1.1.3 La place actuelle de l'université dans la formation infirmière .....	7
1.1.4 Recommandations de <i>La Grande conférence de santé</i> .....	10
1.1.5 Le rapport de l'IGAS et IGEANR .....	10
1.1.6 Synthèse des recommandations .....	11
1.2 Quels sont les principaux acteurs ?.....	11
1.2.2 Qui participe au comité du processus d'universitarisation ? .....	15
1.3 Les enjeux de l'intégration universitaire en 5 axes .....	15
1.4 Circonscription d'un cadre conceptuel afin d'envisager notre problématique....	16
1.4.1 Le changement, une dynamique bien connue du monde sanitaire .....	16
1.4.2 Qu'est-ce que le changement ?.....	16
1.4.3 Le changement en sciences de gestion .....	16
1.4.4 Comment conduire le changement ?.....	18
1.4.5 Définir un cadre stratégique, un préalable à tout projet de changement .....	21
1.4.6 Le projet stratégique d'institut : vecteur central du changement désiré.....	22
1.4.7 Identifier les représentations sociales des professionnels des instituts de formation, un atout pour le DS ?.....	22
2 Du cadre théorique aux résultats, notre démarche méthodologique .....	24
2.1 Présentation de la démarche d'enquête.....	24
2.1.1 Les outils et grilles de lecture de notre analyse .....	25
2.1.2 Choix et profils des acteurs interviewés .....	26
2.1.3 Nos lieux et conditions d'enquête.....	26
2.1.4 Les limites de notre démarche d'enquête.....	27
2.2 Quels sont les résultats issus des réponses provisoirement formulées ? .....	27

2.3	Présentation des résultats saillants de notre analyse .....	34
3	Un design organisationnel au service du projet d'institut.....	38
3.1	Définir un PSPI en phase avec les enjeux des formations en santé .....	38
3.1.1	Elaborer une politique managériale en partenariat.....	39
3.1.2	Viser une offre de formation en synergie avec les besoins du territoire .....	39
3.1.3	Conforter la collaboration institut/université .....	41
3.1.4	Consolider la politique d'encadrement des stagiaires .....	42
3.1.5	Soutenir des pratiques pédagogiques innovantes.....	43
3.1.6	Construire une démarche qualité interne et externe .....	44
3.1.7	Développer une culture de la recherche paramédicale en institut .....	45
3.1.8	Définir le profil des futurs étudiants et concourir à la prévention des RPS .....	46
3.2	Développer des compétences d'accompagnement au changement .....	47
3.2.1	Se doter d'une méthode de pilotage du changement.....	48
3.3	Bâtir une architecture organisationnelle et managériale agile .....	50
	Conclusion.....	53
	Bibliographie et webographie.....	55
	Liste des annexes.....	58



---

## Liste des sigles utilisés

---

- ANDEP** : Association Nationale des Directeurs d'Ecoles Paramédicales
- ARS** : Agence Régionale de Santé
- CAC** : Commission d'Attribution des Crédits
- CEFIEC** : Comité d'Entente des Formations Infirmières et Cadres
- CGS** : Coordonnateur Général des Soins
- CHU** : Centre Hospitalier Universitaire
- CDS** : Cadre de Santé
- CNDCH** : Conférence des Directeurs de Centres Hospitaliers
- CNRTL** : Centre National des Ressources Textuelles en Ligne
- CSS** : Cadre Supérieur de Santé
- DGOS** : Direction Générale de l'Offre de Soins
- DPC** : Développement Professionnel Continu
- DS** : Directeur des Soins
- ECTS** : European Credits Tansfers System
- EHESP** : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
- EPP** : Evaluation des Pratiques Professionnelles
- EPRD** : Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
- FAGE** : Fédération des Associations Générales Etudiantes
- FHF** : Fédération Hospitalière de France
- FINE** : Fédération Européenne des Enseignants en Soins Infirmiers
- FIR** : Fonds d'Intervention Régional
- FNESI** : Fédération Nationale des Etudiants en Soins Infirmiers
- GHT** : Groupement Hospitalier de Territoire
- GPMC** : Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences
- HAS** : Haute Autorité de Santé
- HCERES** : Haut Conseil de l'Evaluation de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur
- HPST** : Hôpital Patients Santé et Territoires
- IDE** : Infirmier Diplômé d'Etat
- IFSI** : Institut de Formation en Soins Infirmiers
- ICOGI** : Instance Compétente pour les Orientations Générales des Instituts
- IGAS** : Inspection Générale des Affaires Sociales
- IGEANR** : Inspection Générale de l'Administration de l'Education Nationale et de la Recherche
- ISO** : Organisation Internationale de Normalisation
- IUT** : Institut Universitaire de Technologie

**LMD** : Licence Master Doctorat

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**PRS** : Projet Régional de Santé

**RPS** : Risques Psycho-Sociaux

**SRFSS** : Schéma Régional des Formations Sanitaires et Sociales

**TD** : Travaux Dirigés

**UE** : Unité d'Enseignement

**UFR** : Unité de Formation et de Recherche

## Introduction

En février 2016, la présentation de *La Grande conférence de santé*<sup>1</sup> pose la volonté d'une stratégie nationale visant à pérenniser la qualité du système de santé français et la modernisation des systèmes de formations sanitaires pour répondre aux défis de santé. Le plan « *Ma Santé 2022* », présenté le 18 septembre par le président E. MACRON, s'inscrit dans cette continuité en développant un volet spécifique pour les formations en santé.

Les professionnels de santé représentent 7% de la population active en France, soit 1,9 million de personnes. « *Les formations paramédicales concernent près de 150 000 étudiants et constituent un secteur d'activité majeure pour notre pays*<sup>2</sup> ». La qualité de leur formation est donc un enjeu pour le système de santé de demain. Parmi les vingt-deux mesures retenues dans la feuille de route de la *Grande Conférence de santé*, onze concernent directement les formations paramédicales. Le plan « *Ma Santé 2022* » réaffirme la nécessité du partenariat hospitalo-universitaire dans le domaine de l'enseignement.

Cette évolution des formations paramédicales vers un rapprochement de l'université est une tendance lourde dans l'univers des formations sanitaires. Le rapport « *Pour une meilleure intégration des formations paramédicales à l'université : mises-en œuvre des mesures 5, 6 et 13 de la Grande conférence de santé* »<sup>3</sup> propose la mise en œuvre de mesures touchant aux droits sociaux des étudiants, à l'offre de formation ainsi qu'à confier aux universités l'encadrement pédagogique des formations paramédicales. L'IGAS et l'IGAENR se sont aussi saisis de la question de l'universitarisation et ont présenté à la *Conférence des directeurs généraux* de CHU les préconisations suivantes, impliquant les établissements de santé supports et les universités de rattachement :

- La clarification et la simplification du financement des instituts de formation
- L'achèvement de la réingénierie des formations paramédicales
- La révision de la gouvernance des instituts
- La mise en place d'une politique d'évaluation des formations paramédicales
- La mutualisation entre l'université et les instituts de formation d'un espace numérique de travail et des supports de formation.

---

<sup>1</sup> <http://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-brevets/article/grande-conference-de-la-sante>, consulté le 28 aout 2018

<sup>2</sup> <http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid119537/formations-paramedicales-et-de-maieutique-dans-l-universite-agnes-buzyn-et-frederique-vidal-lancent-une-mission.html>, consulté le 28 aout 2018

<sup>3</sup> <http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2016-123R.pdf>



La conduite de cette marche est actuellement incarnée par un comité de suivi du processus d'universitarisation des formations en santé. Ce comité, établi le 14 mars 2018 par Agnès BUZYN, ministre des Solidarités et de la Santé, et Frédérique VIDAL, ministre de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, à l'occasion de la remise du rapport intermédiaire<sup>4</sup> réalisé par Stéphane LE BOULER, vise à concrétiser le processus d'universitarisation en l'opérationnalisant dans toutes les formations.

Au niveau supranational, d'autres dynamiques précèdent ou concourent au processus d'universitarisation.

Les *accords de BOLOGNE* ont, dès 1999, traduit une volonté d'harmonisation européenne de reconnaissance des diplômes par le biais du système LMD. En 2012, la formation infirmière a été la première à s'être vue reconnaître par l'université le grade licence pour les trois années de formation. Toujours au niveau européen, la Fédération Européenne des Enseignants en Soins Infirmiers milite fortement pour harmoniser au niveau master les enseignants.

Enfin, l'OMS préconise dans son rapport « *Orientations stratégiques européennes relatives au renforcement des soins infirmiers dans le cadre des objectifs de Santé 2020* »<sup>5</sup> de « *normaliser l'enseignement de la formation initiale au niveau universitaire des infirmiers afin d'obtenir les meilleurs résultats pour les patients et les populations* ».

Ce contexte traduit la volonté forte d'une normalisation des formations paramédicales françaises historiquement détachées de l'université.

Le rapport d'étape *LE BOULER*, élaboré par les parties prenantes (étudiants, professionnels, universitaires, collectivités locales), pose la nécessité de continuer cette marche. Pour autant, le chantier de l'intégration est complexe et les parties prenantes nombreuses. Le processus d'intégration universitaire n'a pas non plus progressé de façon linéaire. Depuis 2009, sept formations en santé ont été « réingéniérées » et conduisent désormais à la délivrance d'un diplôme d'Etat ainsi que d'un grade universitaire<sup>6</sup>. Cinq autres filières sont en attente de réingénierie<sup>7</sup>. Ce mémoire professionnel n'a pas vocation à traiter tous les sujets soulevés par l'intégration universitaire des formations sanitaires, d'autant que les formations paramédicales sont émaillées d'innovations locales liées au

---

<sup>4</sup>[http://cache.media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/Enseignement\\_superieur/96/4/MissionUniversitarisationRapportintermediairefevrier2018\\_912964.pdf](http://cache.media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/Enseignement_superieur/96/4/MissionUniversitarisationRapportintermediairefevrier2018_912964.pdf)

<sup>5</sup> [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0019/304381/WHO\\_Health\\_2020\\_french\\_for\\_web.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0019/304381/WHO_Health_2020_french_for_web.pdf)

<sup>6</sup> Infirmier en 2009 ; ergothérapeute en 2010 ; manipulateur d'électroradiologie médicale, pédicure/podologue et infirmier anesthésiste en 2012 ; sage-femme en 2011 (licence) et 2013 (master), orthophoniste en 2013 ; masseur kinésithérapeute en 2015

<sup>7</sup> Puéricultrice, psychomotricien, infirmière de bloc opératoire, cadre de santé, technicien de laboratoire



statut d'autonomie des universités<sup>8</sup>. Toutefois, le rapport *LE BOULER* ne laisse pas de doute quant à la volonté politique d'intégration des instituts de formations :

*« ...l'avenir des personnels en place dans les établissements de formation paramédicaux. Il faut être clair : l'intégration à l'Université conduira à une évolution très substantielle des conditions d'encadrement pédagogique...Mais, compte tenu de la progressivité de la montée en charge, il n'y a pas lieu de craindre une substitution des personnels en place. »*<sup>9</sup>

S'il est difficile aujourd'hui de pronostiquer l'aboutissement des évolutions, il est intéressant, en revanche, de s'interroger sur le positionnement des Directeurs des Soins d'instituts dans ce contexte. Et dans ce paysage disparate, une constante peut être identifiée. Il s'agit du changement et sa conduite par les DS dans un contexte d'incertitudes.

Ainsi *« ...le changement est une situation entre deux. Il se matérialise par un déséquilibre entre le connu et l'inconnu. »*<sup>10</sup>

Si toutefois ce virage universitaire n'a pas vocation à s'imposer brutalement, il convient de s'interroger sur le positionnement et les représentations des acteurs des formations paramédicales face à ces évolutions. Et le monde sanitaire, qui a connu de nombreuses réformes, connaît bien cette problématique. Savoir changer est un avantage dans un monde concurrentiel et une compétence appréciable pour les personnes.

Alors, quel est le profil attendu des professionnels des instituts de demain ? Doivent-ils toujours être cadres de santé formateurs et Directeurs des Soins ? Seront-ils enseignants chercheurs, cliniciens ou ingénieurs en pédagogie ?

Nous nous interrogeons aussi sur la manière dont les DS s'inscrivent dans cette réforme. Modifient-ils leurs projets d'institut et pédagogique ? Quelles stratégies d'adaptations aux changements adoptent-ils ? Comment se projettent-ils dans cette recomposition ?

Dans cette perspective l'Association Nationale des Directeurs d'Ecoles Paramédicales (ANDEP) a proposé plusieurs scénarios<sup>11</sup> concernant l'avenir des formations paramédicales. Devant ces possibilités, nous avons fait le choix de mener notre travail de recherche sur la base du scénario où les contours actuels de la formation infirmière restent stables tant sur les plans statutaires que de la gouvernance. Ainsi nous nous interrogeons

---

<sup>8</sup> Loi n°2007-1199 du 10 août 2007 relative aux libertés et responsabilités des universités, dite loi LRU

<sup>9</sup> Bilan intermédiaire de la concertation et propositions d'orientation - Rapport à Madame la ministre des Solidarités et de la Santé et à Madame la ministre de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation - Stéphane Le Bouler Février 2018

<sup>10</sup> AUTISSIER D. ; MOUTOT J.M., 2013, Méthode de conduite du changement, Dunod, 3<sup>ème</sup> édition, p.11

<sup>11</sup> <https://drive.google.com/file/d/1WJ-sdwGRjntf9ABoyZPOTBI7vUonrTO/view>



sur le positionnement des Directeurs des Soins et leur plus value dans un processus d'intégration universitaire ou les IFSI restent attachés à leurs établissements supports. Un courrier commun, en date du 21 septembre 2018 (Cf. Annexe I), de la FHF, de la *Conférence des directeurs généraux* de CHU et de la *Conférence des directeurs de centres hospitaliers* confirme cette tendance suite à leur entretien auprès des représentants des ministères de la santé, de l'enseignement supérieur et de M. LE BOULER.

Notre réflexion dans ce contexte nous amène à poser la question de départ suivante :

### **En quoi les changements liés à l'intégration universitaire peuvent modifier les stratégies managériales des DS d'IFSI ?**

Cette question amène des réponses provisoirement formulées sous la forme d'hypothèses afin de réaliser notre travail exploratoire :

- *La mise en œuvre d'une démarche qualité, s'inspirant du cadre d'évaluation de l'HCERES ou de type ISO, est un levier de reconnaissance pour les instituts vis à vis de leurs partenaires*
- *L'identification des représentations des CDS formateurs consécutives à l'acculturation universitaire est une phase diagnostique préalable à l'élaboration d'un projet d'institut stratégique et pédagogique*
- *L'incertitude sur l'aboutissement de l'intégration universitaire amène les Directeurs des Soins à structurer principalement leurs stratégies managériales autour des axes stratégiques de communication et de formation des cadres de santé formateurs au niveau master.*

La première partie de notre travail permet de délimiter les différentes perspectives d'évolution, les enjeux, les attentes des parties prenantes ainsi que le cadre d'action.

Notre phase exploratoire (observations et entretiens informels sur les terrains de stage) a permis de mieux circonscrire les éléments contextuels. En particulier, nous avons identifié des représentations hétérogènes concernant l'intégration universitaire. De plus, nous constatons que les stratégies managériales évoquées par les DS sont diverses. Ce premier constat nous a conduit à vouloir clarifier ce que signifie l'intégration universitaire, les représentations des acteurs et les stratégies développées par les DS dans ce processus intégratif. Cette approche initiale est développée dans notre première partie, notre cadre théorique. Puis notre cadre conceptuel s'intéresse au changement et à sa déclinaison pratique : la conduite stratégique du changement. In fine, nos cadres théoriques et conceptuels définissent le contexte et les enjeux managériaux pour les Directeurs des Soins d'instituts de formation.

La seconde partie de ce mémoire présente notre démarche méthodologique puis nos résultats d'enquête en proposant différents niveaux d'analyses. Nous avons fait le choix de mener une enquête qualitative car notre démarche est avant tout compréhensive. Plusieurs profils d'acteurs ont été sélectionnés pour mener des entretiens de type semi-directifs.

La dernière partie de notre travail conclut par la présentation de nos préconisations. Ces dernières sont élaborées en intégrant nos résultats d'analyse et en cohérence avec les éléments forts de nos cadres théoriques et conceptuels. Nous les articulons dans trois axes majeurs. Ces derniers forment un tout structuré autour d'un design organisationnel favorisant des compétences d'adaptation au service d'un projet d'institut répondant aux enjeux et finalités des formations en santé.



## **1 La route des formations paramédicales vers l'université**

### **1.1 Mise à plat du cadre contextuel de l'universitarisation**

S'interroger sur l'intégration universitaire nécessite tout d'abord de décrypter ses principales caractéristiques, ses parties prenantes et ses enjeux. Pour débiter notre démarche compréhensive, il paraît nécessaire d'identifier, en premier lieu, ce qu'est l'université puis de définir les attributs du concept d'universitarisation.

#### **1.1.1 L'université**

L'université<sup>12</sup> est un établissement public de l'enseignement supérieur, constitué par un ensemble de facultés et, depuis 1968, d'unités d'enseignement et de recherche, puis de formation et de recherche regroupées dans une même circonscription administrative, au sein d'une même académie.

##### A) Quelles sont les missions de l'université ?

Ses missions sont définies à l'article L123-3 du code de l'éducation modifié par la loi n°2013-660 du 22 juillet 2013 article 7. Selon le code de l'éducation, les missions du service public de l'enseignement supérieur sont :

- 1° La formation initiale et continue tout au long de la vie
- 2° La recherche scientifique et technologique, la diffusion et la valorisation de ses résultats au service de la société
- 3° L'orientation, la promotion sociale et l'insertion professionnelle
- 4° La diffusion de la culture humaniste, en particulier à travers le développement des sciences humaines et sociales, et de la culture scientifique, technique et industrielle
- 5° La participation à la construction de l'Espace européen de l'enseignement supérieur et de la recherche
- 6° La coopération internationale.

Le code de l'éducation à l'article L713-4, modifié par la loi n°2012-300 du 5 mars 2012 article 1 et l'ordonnance n°2014-807 du 17 juillet 2014 article 3 définit que les Unités de Formation et de Recherche de santé peuvent passer des conventions avec les centres hospitaliers régionaux pour constituer un centre hospitalier universitaire. Contrairement aux autres UFR, elles décident elles-mêmes du contenu de leur formation pour les deuxièmes et troisièmes cycles. Par dérogation, les UFR de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique concluent, conjointement avec les centres hospitaliers régionaux, les

---

<sup>12</sup> <http://www.cnrtl.fr/definition/universite>



conventions qui ont pour objet de déterminer la structure et les modalités de fonctionnement du centre hospitalier et universitaire. Dans le paysage hospitalier, les UFR santé ont, par rapport aux autres UFR, une relative autonomie. Parmi leurs missions, on note la mission recherche et une posture orientée à l'international vers la coopération.

### 1.1.2 Qu'est que l'universitarisation ?

Le mot universitarisation n'est ni référencé dans les dictionnaires classiques, tel le Larousse, ni sur le site du Centre National de Ressources Textuelles en Ligne du Centre National de la Recherche Scientifique. Pour autant, l'universitarisation<sup>13</sup> est un néologisme apparu en 2000 et qui, depuis, est régulièrement employé dans les documents officiels.

« *L'universitarisation de la formation infirmière implique le passage d'une formation jusqu'alors professionnelle à une formation universitaire. Ainsi l'accent est mis sur les savoirs théoriques, la recherche et la pratique réflexive.* » M. BOISSART<sup>14</sup>, dans son ouvrage « *La formation infirmière à l'ère de l'universitarisation* », nous permet d'arrêter une définition.

Les sections suivantes décrivent l'état de l'universitarisation dans les IFSI sur les plans historique, pédagogique et de gouvernance.

#### A) Les accords de Bologne et le système LMD

L'emploi du néologisme universitarisation trouve son origine dans le processus des *accords de BOLOGNE*. En effet, les *accords de BOLOGNE* de 1999 posent les bases de l'espace européen de l'enseignement supérieur en harmonisant les systèmes nationaux par la généralisation d'une division en trois cycles : Licence, Master et Doctorat (LMD). Ce découpage implique une reconnaissance réciproque des qualifications basée notamment sur le système européen de transfert et d'accumulation de crédits, les ECTS (European Credit Transfer System). Aujourd'hui, l'enjeu pour les formations paramédicales est de rejoindre pleinement le dispositif LMD.

### 1.1.3 La place actuelle de l'université dans la formation infirmière

L'exemple des IFSI est intéressant à deux titres. Premièrement, avec environ 90 000 étudiants, il s'agit du contingent paramédical le plus important en terme d'effectif. Ensuite, cette filière a été la première à avoir initiée le processus d'universitarisation en 2009.

Le décret du 8 avril 2002 portant application au système français d'enseignement supérieur de la construction de l'espace européen de l'enseignement supérieur formalise l'inscription des formations paramédicales dans les *accords de BOLOGNE*. Dans cette perspective,

---

<sup>13</sup> [http://docnum.univ-lorraine.fr/public/DDOC\\_T\\_2016\\_0039\\_ZUFIA.pdf](http://docnum.univ-lorraine.fr/public/DDOC_T_2016_0039_ZUFIA.pdf), consulté le 28 aout 2018

<sup>14</sup> BOISSART M., 2017, La formation infirmière à l'ère de l'universitarisation, Setes



l'article 4 de l'arrêté du 31 juillet 2009<sup>15</sup> précise que les instituts de formation passent une convention avec l'université afin de déterminer les modalités de participation de l'université à la formation ainsi que la reconnaissance du grade universitaire. Pour des raisons pratiques, des GCS ont été mis en place aussi afin de simplifier le dialogue entre les instituts et l'université. Ainsi, depuis l'arrêté du 31 juillet 2009, le terme d'universitarisation s'inscrit dans cette dynamique pédagogique où l'université intervient dans les formations paramédicales relevant de l'arrêté susnommé.

- A) Une gouvernance récemment rénovée, ouvrant vers une possible intégration organique à l'université

L'arrêté du 17 avril 2018 modifiant l'arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux permet que dans « *le cadre d'un rapprochement d'un institut de formation avec une université disposant d'une composante santé, il peut être dérogé aux dispositions du Titre I de l'arrêté selon les modalités définies dans une convention conclue au minimum entre l'institut, l'université et la Région.* » Cette dernière mouture ouvre l'option d'intégrer les instituts au sein de la gouvernance d'une UFR ou d'une composante universitaire.

- B) Le poids pédagogique de l'université dans l'enseignement des IFSI

Au-delà de la conclusion de conventions de reconnaissance de grades universitaires, le partenariat hospitalo-universitaire se manifeste par une co-construction pédagogique des UE de domaine universitaire. En effet, les contenus théoriques des formations dites « universitarisées » comportent des domaines d'enseignement relevant de la responsabilité pédagogique de l'université. Le référentiel de formation infirmier propose des unités d'enseignement de 3 types, représentant 180 crédits :

- des UE universitaires dont les savoirs sont dits « contributifs » aux savoirs infirmiers (42 crédits) ;
- des UE de savoirs constitutifs et intégratifs des compétences infirmières (78 crédits) ;
- des stages cliniques (60 crédits).

Ainsi, l'université représente pour environ un ¼ les enseignements du dispositif de formation infirmière. Ces savoirs dits contributifs correspondent au domaine 1 « Sciences humaines, sociales et droit » et au domaine 2 « Sciences biologiques et médicales ». Les

---

<sup>15</sup> Arrêté du 31 juillet 2009 relatif aux autorisations des instituts de formation préparant aux diplômes d'infirmier, infirmier de bloc opératoire, infirmier anesthésiste, puéricultrice, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute, manipulateur d'électroradiologie médicale, aide-soignant, auxiliaire de puériculture, ambulancier, technicien de laboratoire d'analyses biomédicales, cadre de santé et aux agréments de leur directeur.



enseignements de ces domaines sont constitués de cours magistraux et de travaux dirigés définis, selon notre expérience et nos observations, de façon conjointe entre les personnels universitaires et les formateurs des instituts. Cette définition doit permettre aux étudiants de faire les liens pédagogiques entre les enseignements académiques d'une part et les enseignements cliniques en stage d'autre part. Ces enseignements sont dispensés, pour les cours magistraux, par les enseignants universitaires en présentiel ou sous forme numérisée. Les travaux dirigés, qui sont réalisés pour des petits groupes (12 à 20 étudiants), sont dispensés de façon conjointe ou non par les enseignants universitaires et les formateurs des instituts.

#### C) La place de l'université dans la gouvernance des instituts

L'université est présente dans plusieurs instances des instituts. Tout d'abord, « *le président de l'université ou son représentant et un enseignant de statut universitaire, désigné par le président d'université, lorsque l'institut de formation a conclu une convention avec une université* »<sup>16</sup> sont membres de droit de l'Instance Compétente pour les Orientations Générales de l'Institut (ex conseil pédagogique). Ensuite, « *un enseignant de statut universitaire désigné, par le président d'université, lorsque l'institut de formation a conclu une convention avec une université* »<sup>17</sup> est membre de la section compétente pour le traitement pédagogique des situations individuelles des étudiants. Enfin, « *un enseignant de statut universitaire, désigné par le président d'université, lorsque l'institut de formation a conclu une convention avec une université* »<sup>18</sup> est membre de la section compétente pour le traitement des situations disciplinaires. Pour conclure sur la participation de l'université à la gouvernance, la Commission d'Attribution des Crédits<sup>19</sup> est chargée de se prononcer sur l'attribution des crédits chaque semestre. La CAC est composée, entre autres, d'un ou plusieurs représentants de l'enseignement universitaire.

#### D) Finalités de l'intégration universitaire

Depuis février 2016, conférences, rapports et missions se succèdent. Cette partie propose une synthèse des recommandations. Les parties prenantes (Régions de France, étudiants,

---

<sup>16</sup> Arrêté du 17 avril 2018 modifiant l'arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédical

<sup>17</sup> Ibid.

<sup>18</sup> Ibidem

<sup>19</sup> Les crédits de formation sont attribués par une commission d'attribution des crédits. Elle est mise en place dans les instituts de formation en soins infirmiers, sous la responsabilité du directeur de l'institut, qui la préside. Elle est composée des formateurs référents des étudiants infirmiers, d'un ou plusieurs représentants de l'enseignement universitaire, et d'un ou plusieurs représentants des tuteurs de stage. Chaque semestre, excepté le dernier, le formateur responsable du suivi pédagogique présente à la commission d'attribution des crédits les résultats des étudiants afin que celle-ci se prononce sur l'attribution des crédits européens et sur la poursuite du parcours de l'étudiant. Lors du dernier semestre, les résultats sont présentés devant le jury d'attribution du diplôme.



établissements de santé, professionnels...) saluent l'universitarisation « *comme un facteur d'amélioration du niveau des étudiants, mais que toutefois, l'ensemble des acteurs déplore l'inaboutissement de ce processus* »<sup>20</sup>. Il s'agit aujourd'hui de mener à son terme le processus d'intégration selon les recommandations convergentes des conférences, rapports et volontés des parties prenantes.

#### **1.1.4 Recommandations de La Grande conférence de santé**

La Grande conférence de santé de février 2016 préconise quatre mesures essentielles pour les professions de santé : l'égalité des prestations sociales, le développement d'outils numériques, l'interaction entre filières et enfin l'encadrement pédagogique universitaire. La Grande conférence préconise de finaliser le processus en trois étapes. Dans un premier temps les universités doivent poursuivre le travail de conventionnement avec les instituts paramédicaux pour les aspects pédagogiques (élaboration des maquettes, critères de qualité des enseignements...) et la diplomation (critères d'exigence, référentiel de compétences ...). Dans un second temps les universités délivreront un diplôme universitaire aux étudiants en formation paramédicale correspondant aux critères définis par elles. Enfin à terme, les universités assureront l'encadrement pédagogique.

#### **1.1.5 Le rapport de l'IGAS et IGEANR**

Le rapport de l'IGAS et IGEANR est dans la continuité de la Grande conférence de santé et formule des propositions de mise en œuvre des mesures touchant aux droits sociaux des étudiants, à l'offre de formation et aux conditions de développement d'une offre publique, ainsi qu'à l'ancrage pédagogique de ces formations à l'université. Dans un souci de cohérence, le rapport aborde également la question de l'évaluation externe des formations par le Haut Conseil de l'Évaluation de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur. Concernant le statut actuel des cadres de santé, le rapport précise qu'il est obsolète : « *Son orientation doit en effet rester généraliste et tournée vers le management, afin de permettre à des professionnels de participer à la formation sans se couper de leur exercice professionnel et en développant des formules partagées qui ne soient plus exclusivement de formateur permanent.* »<sup>21</sup>

Enfin, le rapport préconise à terme « *la création d'un corps de personnels paramédicaux bi-appartenant sur le modèle des corps hospitalo-universitaires afin de faciliter les échanges entre pratique clinique, enseignement et recherche.* »<sup>22</sup>

---

<sup>20</sup> <http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2016-123R.pdf>

<sup>21</sup> Ibid.

<sup>22</sup> Ibidem



### 1.1.6 Synthèse des recommandations

Les finalités de l'intégration des formations paramédicales à l'université sont donc homogènes et convergentes. Pour le rapport *LE BOULER*, ces finalités doivent répondre aux besoins du système de santé en repensant l'interprofessionnalité, en promouvant la recherche et les initiatives territoriales ainsi que de nouveaux parcours pour les étudiants. L'université est dépeinte comme le lieu idéal d'un rapprochement de filières que l'on veut voir coopérer, le lieu emblématique de la recherche. Enfin, la concentration universitaire des formations permettra de rendre les conditions de gouvernance et d'organisation plus performantes en les simplifiant. Le volet formation du plan « *Ma Santé 2022* » réaffirme cette nécessité de convergence.

### 1.2 Quels sont les principaux acteurs ?

La multiplicité des acteurs nécessite de recenser les parties prenantes et leurs positionnements dans la marche vers l'université. Globalement, les acteurs y sont favorables. Toutefois, ce changement met en tension des positions et attachements historiques.

#### A) Les doyens de faculté de médecine

Les propositions de la *Conférence des doyens de faculté de médecine*<sup>23</sup> sont quant à elles axées sur le pilotage, la mutualisation et la transversalité des dispositifs pédagogiques.

#### B) Ce que veulent les étudiants paramédicaux : des droits, de la recherche et de l'interprofessionnalité<sup>24</sup> :

Les étudiants infirmiers sont majoritairement représentés par la Fédération Nationale des Etudiants en Soins Infirmiers qui revendique la représentation de 90000 étudiants. La FNESI est l'unique structure qui représente les étudiants en soins infirmiers auprès des acteurs de la formation qu'ils soient politiques et administratifs (Ministères de la Santé et de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche), professionnels (syndicats confédéraux, professionnels) ou étudiants. Bien que la fédération milite historiquement pour l'intégration universitaire, ce sont l'égalité des droits avec le régime commun des étudiants et une meilleure représentativité démocratique au sein des instituts qui caractérisent leur revendication aujourd'hui. Ludivine GAUTHIER, présidente de la FNESI, que nous avons rencontrée à l'EHESP en 2018 dans le cadre des enseignements, confirme cette position

<sup>23</sup>[http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/propositions\\_cdfm\\_a\\_la\\_gcs-3.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/propositions_cdfm_a_la_gcs-3.pdf) : assurer le pilotage de ces formations par les UFR de médecine ; mutualiser tout ou partie des programmes communs entre les différentes formations, sous formes d'UE communes ; reconsidérer les maquettes de formation pour favoriser ces mutualisations ; établir entre les formations des passerelles ; développer des formations complémentaires de pratiques avancées

<sup>24</sup>[https://www.lemonde.fr/campus/article/2018/03/15/il-faut-faire-tomber-les-barrieres-entre-les-formations-paramedicales-et-universitaires\\_5271690\\_4401467.html](https://www.lemonde.fr/campus/article/2018/03/15/il-faut-faire-tomber-les-barrieres-entre-les-formations-paramedicales-et-universitaires_5271690_4401467.html), consulté le 28 août 2018.



et salue un pas de plus vers l'intégration universitaire que constitue la publication de l'arrêté du 17 avril 2018. Une filière recherche, via la mise en œuvre d'un niveau doctorat, est aussi un point d'aboutissement revendiqué.

Anthony MASCLE, de la Fédération des Associations Générales Etudiantes, explique dans un article du journal *Le Monde*<sup>25</sup> en quoi consistera l'universitarisation des formations de santé, « ...il y a un véritable enjeu de santé à faire tomber les barrières qui existent entre les formations universitaires et paramédicales. L'une des clés pour lutter contre les déserts médicaux est » ...qu'... « il faut apprendre à travailler ensemble, à se connaître mutuellement... L'université peut servir de clé de voûte entre ces formations. »

On note que le gouvernement s'appuie sur la volonté forte des étudiants à être mieux intégrés pour valoriser et mettre en œuvre sa politique d'interprofessionalité comme levier pour répondre aux enjeux de santé publique.<sup>26</sup> « Cette intégration universitaire ne veut bien sûr pas dire qu'il faut détruire tous les instituts ou les écoles pour les intégrer physiquement dans les locaux universitaires... » toutefois les étudiants souhaitent voir « ...ouvrir ces formations les unes aux autres. Cela peut, par exemple, passer par des cours en commun autour de ce qu'elles partagent, des unités d'enseignement sur la relation au patient. »

#### C) Les associations professionnelles et l'Ordre National Infirmier (ONI)

L'association professionnelle Comité d'Entente des Formations Infirmières et Cadres est la principale association représentative des professionnels paramédicaux. Le comité propose de mettre en place dans un délai de cinq ans « un plan de formation continue avec un accompagnement financier pour permettre à tous les cadres de santé formateurs l'obtention d'un Master et d'un Doctorat pour ceux qui le souhaitent »<sup>27</sup> et de constituer un corps professoral composé d'enseignants universitaires ou habilités par l'université dont des formateurs permanents des instituts de la filière de formation ayant acquis le statut d'enseignant-chercheur, de professionnels de santé sur les terrains de stage possédant une expertise clinique, et de formateurs permanents des instituts formés à la pédagogie, à la démarche de raisonnement professionnel et à la recherche.

L'ordre infirmier est également favorable au processus d'universitarisation.

#### D) Régions de France

*Régions de France* est l'institution qui représente les régions et des collectivités auprès des pouvoirs publics français et des institutions européennes. *Régions de France* est l'association représentative des conseils régionaux participant aux groupes de travail du

---

<sup>25</sup> Ibid.

<sup>26</sup> Ibidem

<sup>27</sup> <http://www.cefiec.fr/Document/Article/PropositionsCandidats.pdf>



processus d'universitarisation. Avec 326 instituts, le principal réseau de formation financé<sup>28</sup> par les conseils régionaux est constitué par les IFSI. Ces instituts forment le plus grand nombre d'étudiants et constituent un maillage territorial dense. Les Conseils Régionaux, mais aussi les directeurs d'établissements de soins, sont attachés à ce maillage afin de pourvoir au recrutement des établissements éloignés des centres urbains et dynamiser économiquement les territoires.

Aujourd'hui, la position de *Régions de France* est de préserver le maillage territorial existant, ses compétences issues de la loi du 13 août 2004, ainsi qu'une meilleure visibilité de la répartition de la subvention entre les instituts et les universités.

#### E) Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) et les établissements supports

La loi de santé du 26 janvier 2016 a posé le cadre des GHT avec, pour objectif, la mise en place d'une offre de soins graduée sur le territoire assorti de la mise en œuvre de mutualisations. La fonction « *formation et écoles* » est l'unique domaine, parmi les sept domaines de mutualisation obligatoires, pour laquelle la loi évoque le terme de coordination. Le niveau de coopération attendu est donc moindre pour cette fonction que pour les six autres. « *Par conséquent, les acteurs déterminent librement l'approche et le degré de coopération qu'ils souhaitent adopter dans ce domaine.* »<sup>29</sup>

La convention constitutive du GHT prévoit les modalités pour assurer la coordination des instituts et des écoles, notamment en matière de gouvernance, de mutualisation des projets pédagogiques, de mise en commun de ressources pédagogiques et de locaux, et de politique de stages. Le fonctionnement de ces structures relève d'une gouvernance propre assurée par l'Instance Compétente pour les Orientations Générales de l'Institut. « *Quelles que soient les modalités de coordination choisies, la décision est validée par chaque conseil pédagogique. La coordination des écoles/instituts de formation paramédicale instaurée par les GHT suppose que les conseils pédagogiques tiennent compte des orientations territoriales arrêtées par le comité stratégique du GHT.* »<sup>30</sup> Cette relative autonomie s'inscrit dans un contexte hétérogène. En effet, les 135 GHT sont différents en termes de composition et d'implantation géographique. De plus la carte des GHT ne se superpose pas nécessairement au découpage académique et à la présence d'un CHU.

---

<sup>28</sup> Depuis la loi du 13 août 2004 le Conseil Régional est responsable de 21 formations préparant aux professions paramédicales ou sanitaires. A ce titre il est de la compétence de la région de pourvoir aux charges de fonctionnement et d'équipement. Il s'agit donc du financeur de la formation. Chaque année un dialogue de gestion est formalisé sous la forme d'une procédure contradictoire entre le Conseil Régional et l'établissement gestionnaire. A l'issue de cette procédure annuelle qui permet de valider l'EPRD, la subvention de fonctionnement et d'équipement est versée à l'organisme qui gère les écoles et instituts. Pour la grande majorité des instituts les dépenses et les ressources sont identifiées dans un budget spécifique, le budget C, annexe du budget H de l'hôpital.

<sup>29</sup> [http://www.anfh.fr/sites/default/files/fichiers/anfh\\_ght\\_fiches\\_web\\_0.pdf](http://www.anfh.fr/sites/default/files/fichiers/anfh_ght_fiches_web_0.pdf)

<sup>30</sup> Ibid.



Ainsi, chaque institut de formation, lorsqu'il est public, est adossé à un établissement qui lui-même appartient à un GHT. L'institut est rattaché à un organisme gestionnaire public qui se charge du recrutement et de la gestion de carrière des personnels employés par l'institut<sup>31</sup>. Selon son décret statutaire le DS participe, sans en avoir la responsabilité pleine et entière, au pilotage financier<sup>32</sup> et administratif du ou des instituts. Egalement, il est associé au dialogue de gestion entre l'établissement et le Conseil Régional pour arrêter l'EPRD.

Les chefs d'établissements sont historiquement attachés à la formation représentant l'une des trois missions des CHU (soin, recherche et formation) et des établissements de santé par extension. Enfin les GHT sont à considérer comme des partenaires incontournables pourvoyeurs de places de stage clinique et comme lieux de formation dans un dispositif d'alternance pédagogique.

#### F) L'Agence Régionale de Santé

Le directeur d'institut met en œuvre les différentes instances réglementaires en concertation avec sa tutelle pédagogique<sup>33</sup>, l'ARS, qui a vocation à assurer la présidence de l'Instance Compétente pour les Orientations Générales de l'Institut afin d'assurer la conformité réglementaire et la qualité de la formation. Elle peut aussi participer au financement sur des fonds spécifiques ciblés, dits Fonds d'Intervention Régional, pour des activités telles que la simulation ou le numérique. Enfin, l'agence est le représentant de l'Etat au niveau régional.

#### G) Le Haut Conseil pour l'Evaluation de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur

L'évaluation externe des formations, selon la procédure de droit commun de l'enseignement supérieur, telle que l'a préparée HCERES est nécessaire. Aux termes de la loi n°2013-660 du 23 juillet 2013 relative à l'enseignement supérieur et à la recherche, l'évaluation externe des universités est désormais assurée par l'HCERES. S'agissant des formations paramédicales, la mesure 14 de la *Grande Conférence de Santé* propose d' « ...étendre la

---

<sup>31</sup> L'article L.4383-5 du CSP prévoit que : « Les personnels des écoles et instituts relevant d'un établissement public de santé sont recrutés, gérés et rémunérés par cet établissement selon les dispositions de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. »

<sup>32</sup> Article 5 du décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière, « Sous l'autorité du directeur d'établissement, il participe à la gestion administrative et financière ainsi qu'à la gestion des ressources humaines du ou des instituts de formation. A ce titre, il assure l'encadrement de l'ensemble du personnel de l'institut. »

<sup>33</sup> Arrêté du 17 avril 2018 modifiant l'arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux - « Art. 3. - L'instance compétente pour les orientations générales de l'institut est présidée par le directeur général de l'agence régionale de santé ou son représentant. »



*logique d'évaluation de l'enseignement supérieur aux écoles et instituts de formation paramédicaux ».*

### **1.2.2 Qui participe au comité du processus d'universitarisation ?**

Aujourd'hui, le comité de suivi du processus d'universitarisation<sup>34</sup> des formations de santé est composé d'une trentaine de personnes, représentant, aux côtés des administrations, les étudiants, les universités, les instituts de formation, les professionnels et les employeurs. La mise en œuvre de certaines mesures est prévue dès la rentrée 2019 (PARCOURSUP), et un second volet de mesures dès 2020. Cinq objectifs prioritaires font l'objet d'un premier travail de concertation et d'expertise :

- Simplifier les modalités d'admission dans les formations,
- Ouvrir la possibilité de recruter des enseignants-chercheurs en maïeutique, soins infirmiers, et réadaptation,
- Etablir un cadre national simplifiant les relations institutionnelles et financières entre régions, instituts de formation et universités,
- Mettre en œuvre des formations aux nouveaux métiers en débutant par les pratiques avancées infirmières dès la rentrée 2018,
- Lancer une réflexion sur les référentiels incluant des temps de formation communs à plusieurs filières comme cela va se faire dans le cadre du service sanitaire.

Les groupes de travail doivent se réunir selon un calendrier défini jusqu'à décembre 2018. Même si les grandes lignes du processus sont annoncées, l'ensemble des changements restent encore indéterminé.

### **1.3 Les enjeux de l'intégration universitaire en 5 axes**

Si les parties prenantes s'accordent globalement sur les finalités, il reste des enjeux pour les acteurs que nous pouvons résumer schématiquement autour de 5 axes :

- **Statutaire** (enjeu du devenir et place des Directeurs des Soins et Cadres de Santé)
- **Pédagogique** (numérique, interprofessionnalité, simulation, e-learning, raisonnement clinique, professionnalisation)
- **Recherche** (création de filières M et D, pratiques avancées et formations spécialisées « réingéniérées » ; création de postes d'enseignants-chercheurs)
- **Financement et gouvernance** (modèle pilotage financier : GCS de moyens ? ; élection par les pairs ou agrément du DS ; démocratie étudiante)
- **Politique** (maillage territorial, bassin emploi), d'employabilité et de santé publique (réponse aux enjeux du système de santé).

<sup>34</sup><http://m.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid127762/universitarisation-des-formations-de-sante-lancement-du-comite-de-suivi.html> consulté le 28 août 2018



## **1.4 Circonscription d'un cadre conceptuel afin d'envisager notre problématique**

### **1.4.1 Le changement, une dynamique bien connue du monde sanitaire**

Le champ de la santé a connu d'importantes mutations portées par de nouvelles lois, rapports et innovations. L'Évaluation des Pratiques Professionnelles, le Développement Professionnel Continu, l'éducation thérapeutique, les protocoles de coopérations, illustrent quelques uns de ces changements récents.

Dans l'univers de la formation initiale infirmière, le changement s'est traduit en moins de dix années par de nouveaux référentiels, le tutorat, l'universitarisation des enseignements, l'essor des pratiques en simulation et du numérique ou encore la mise en place du service sanitaire et l'obligation de stages en soins palliatifs.

### **1.4.2 Qu'est-ce que le changement ?**

Pour le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, le changement est défini par une action, le fait de changer et le résultat de cette action.

Dans l'ouvrage, « *Accompagner le changement dans le champ de la santé* »<sup>35</sup> l'accompagnement du changement «... a fait l'objet de nombreux travaux dans différentes disciplines : en psychologie depuis Lewin (1947) mais aussi en sciences de gestion avec Autissier et Moutout (2010), en management avec Johnson (2011) et en sociologie avec Alter (2000) et Bernoux (2004)... »<sup>36</sup>.

L'ouvrage précise que le lien entre changement et accompagnement est devenu une exigence contemporaine afin de répondre aux réformes et qu'il impacte par ailleurs la culture et les comportements. L'ouvrage collectif conclut en considérant que le changement est à envisager à la fois comme un invariant et une singularité du sujet car l'entrevoir à travers une méthodologie universelle du changement serait un leurre bien peu efficace.

### **1.4.3 Le changement en sciences de gestion**

Le terme « *conduite du changement* »<sup>37</sup> a vu le jour avec la gestion des projets informatiques dans les années 80 et 90. L'accompagnement au changement a d'abord été le fait de cabinets externes autour d'un modèle structuré en trois approches : instrumentée (approche classique des grands cabinets), psychosociologique (centrée sur la culture, les résistances, les motivations) et enfin la gestion de projet.

---

<sup>35</sup> *Accompagner le changement dans le champ de la santé*, 2015, Coordonné par SAINT-JEAN M., PEOC'H N., BASTIANI B., De Boeck

<sup>36</sup> *Ibid.*, p. 12

<sup>37</sup> AUTISSIER D. ; MOUTOT J.M., 2013, *Méthode de conduite du changement*, Dunod, 3<sup>ème</sup> édition, p9



En sciences de gestion, AUTISSIER D. et MOUTOUT J.M.<sup>38</sup> définissent le changement en précisant que le terme polymorphe peut renvoyer à de multiples interprétations. Pour les auteurs le changement n'est pas le passage du présent au futur par « *une suite de micro-adaptations mais un saut par lequel une partie significative de notre existant est rendu obsolète au profit d'une nouvelle manière synonyme de progrès* ». La définition du changement que nous proposent les auteurs est celle « *d'une rupture entre un existant obsolète et un futur synonyme de progrès* ».

Ainsi défini, le changement s'applique à notre champ d'étude : une phase d'intégration universitaire porteuse de progrès (harmonisation des droits, développement de la recherche, reconnaissance de la profession) impliquant en même temps des bouleversements. Les auteurs précisent toutefois que « *...le changement<sup>39</sup> est très rarement contrôlé et piloté. Parce qu'il est très difficile d'évaluer avec précision un niveau de transformation ou un état de changement, le pilotage du changement nous est apparu très déficient dans la plupart des projets que nous avons eu à traiter.* » Un article du *Journal du Net*<sup>40</sup> confirme cette analyse en spécifiant que les organisations ont de grandes marges d'effort à réaliser en la matière.

Pour autant, si le changement est difficile à conduire, il nous paraît être un élément incontournable du management des DS. Le changement peut aussi traduire une rupture lorsque les éléments suivants sont transformés<sup>41</sup> :

- Les pratiques (processus, manière de faire)
- Les conditions de travail (environnement matériel)
- Les outils (informatique et gestion)
- L'organisation (les zones de pouvoir et les délimitations fonctionnelles)
- Le métier (compétences ; les savoirs faire)
- La stratégie (les finalités collectives poursuivies et envisagées)
- La culture (le système des valeurs).

Afin d'envisager la conduite du changement, la revue de littérature nous a permis de circonscrire trois auteurs, trois modèles conceptuels. Le premier est N. ALTER et s'inscrit dans une conduite du changement qui est dite permanente selon la classification proposée par AUTISSIER et MOUTOT<sup>42</sup>. Le second est celui de R. M. KANTER et propose une

---

<sup>38</sup> AUTISSIER D. ; MOUTOT J.M., 2013, Méthode de conduite du changement, Dunod, 3<sup>ème</sup> édition, p9

<sup>39</sup> Ibid., p. 3

<sup>40</sup> <https://www.journaldunet.com/management/expert/52652/la-conduite-du-changement--un-art-bien-maitrise-ou-un-effet-de-mode-en-declin.shtml> , consulté le 28 aout 2018

<sup>41</sup> AUTISSIER D. ; MOUTOT J.M., 2013, Méthode de conduite du changement, Dunod, 3<sup>ème</sup> édition, p.10

<sup>42</sup> AUTISSIER D. ; VANDANGEON-DERUMEZ I., VAS A., 2010, Conduite du changement, concepts clefs, Dunod, p. 14



conduite du changement dirigée. Le dernier est celui de K. LEWIN et correspond à l'approche d'un changement proposé. Ces trois modèles nous semblent intéressants car ils permettent de panacher une approche de la conduite du changement reposant sur trois pôles de stratégies managériales.

#### 1.4.4 Comment conduire le changement ?

Pour AUTISSIER et MOUTOT, la conduite du changement est un dispositif décomposé « en 3 phases : diagnostic, déploiement des leviers de communication, de formation et d'accompagnement et pilotage du changement. »<sup>43</sup>

La phase diagnostique permet de décrire l'étendue du changement (processus, structure, acteurs, compétences, pratiques, types de changement). La phase des actions de levier, découlant du diagnostic, est constituée par les actions de communication, de formation et d'accompagnement. Enfin, la phase de pilotage contrôle l'effet des actions de conduite du changement. Les objectifs de la conduite du changement sont de trois ordres. La phase 1 mesure l'adhésion des principaux acteurs. La phase 2 est celle de la transformation (éléments constitutifs de la phase diagnostic) issue de la réflexion autour du déploiement de solutions innovantes. Enfin la phase 3 mesure les effets de la transformation.

##### A) Construire l'innovation ordinaire, un modèle de changement permanent

Pour N. ALTER l'innovation est une *destruction créatrice* modifiant les pratiques sociales et technologiques. Pour l'auteur, les organisations s'inscrivent dans un cycle perpétuel de transformations. Ce postulat nous intéresse car il s'inscrit dans le contexte d'évolution et d'incertitude de l'intégration universitaire. L'innovation est, dans notre contexte, un processus d'adaptation à l'intégration universitaire. L'innovation est alors un processus collectif où les acteurs portent des logiques d'action diverses voire opposées. Le processus repose « sur un jeu social opposant 3 logiques : l'innovation, la règle et la direction »<sup>44</sup>. La transformation repose sur la confrontation entre groupes d'acteurs souhaitant le changement et groupes d'acteurs préférant le statu quo. La direction trouve alors un équilibre en soutenant les innovateurs tout en protégeant les légalistes afin de contrôler le désordre des innovateurs.

La transformation voulue par la direction va être régulée à travers 4 étapes. L'étape 1 incite les novateurs à rompre le statu quo. Un contexte d'incertitude est alors créé en sollicitant l'appropriation du projet par les acteurs tout en laissant une marge d'initiative. L'étape 2 laisse faire les acteurs en tolérant les initiatives innovatrices parfois non conventionnelles. L'étape 3 canalise et régule les actions innovantes. Enfin, dans l'étape 4 la direction arbitre entre l'ordre nouveau (les innovations) et l'ancien. Il s'agit dès lors d'un nouvel ordre

<sup>43</sup> AUTISSIER D. ; MOUTOT J.M., 2013, Méthode de conduite du changement, Dunod, 3<sup>ème</sup> édition, p.21

<sup>44</sup> ALTER N., 1990, La gestion du désordre en entreprise, l'Harmattan, p.79



négocié et créateur de sens pour tous les acteurs. Dans cette perspective, un équilibre permanent est à construire pour le DS en arbitrant les transformations. Dans ce système, les acteurs opérationnels, ici les cadres de santé, sont en position à la fois centrale et d'interdépendance avec les cadres supérieurs de santé et le DS. N. ALTER souligne une limite car les acteurs doivent être suffisamment autonomes pour nourrir ce processus de transformation. La créativité ne se décrète pas, les acteurs, pour être innovants, doivent être capables d'agir par eux-mêmes. L'équilibre à trouver se situe entre le respect des règles, procédures et les incitations à innover. Les acteurs doivent alors mobiliser une compétence qui respecte le cadre et le déborde simultanément.

La seconde limite décrite par ALTER est d'arriver à construire une logique d'innovation qui supplante la logique d'institutionnalisation. Le cycle de l'innovation est alors perpétuel car jamais abouti. Tel *Sisyphé*, le changement est alors un mouvement continu.

#### B) Susciter la motivation et l'implication des acteurs

R. M. KANTER est une auteure majeure du changement, particulièrement connue pour sa méthode de conduite du changement qu'elle nomme *la roue du changement*.

Pour KANTER<sup>45</sup> les organisations se doivent d'être flexibles, adaptables, peu hiérarchisées et soucieuses de répondre aux demandes de leur environnement. R. M. KANTER identifie trois catégories d'acteurs concernés par le changement : les stratèges, les organisateurs et les destinataires ; ces derniers sont considérés comme la source principale de la résistance au changement. Diverses raisons sont possiblement à l'origine de la résistance. Pour remédier aux résistances, R. M. KANTER propose la roue du changement qui repose sur 10 leviers opérationnels (cf. figure 1, page suivante) :

---

<sup>45</sup> KANTER R. M., 1983, *Changes masters*, cité par AUTISSIER, VANDANGEON-DERUMEZ et VAS

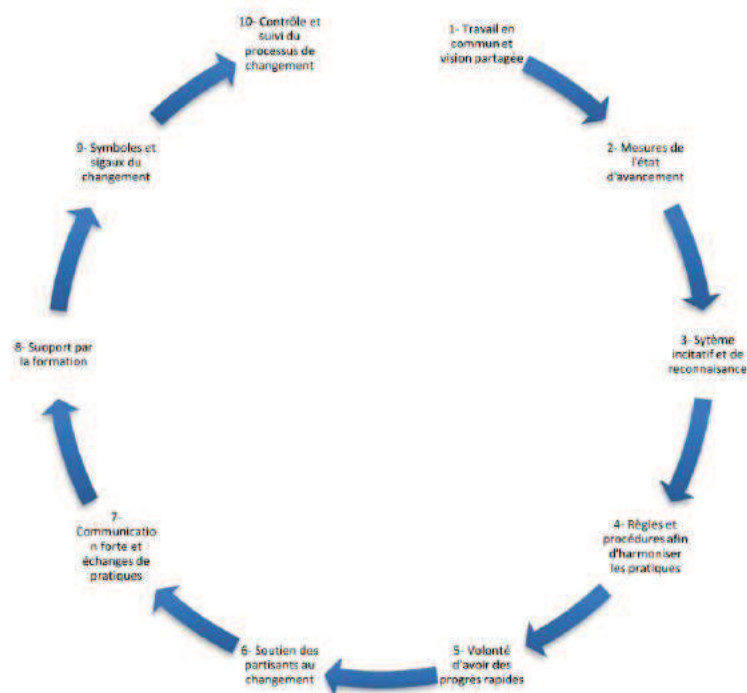


Figure 1 – « La roue du changement de KANTER, 10 leviers chronologiques »

R. M. KANTER use de la métaphore du chef d'orchestre pour la traduire en allégorie organisationnelle. Etre un bon chef d'orchestre, c'est réussir la synergie du travail collectif et des efforts individuels ce qui permet d'atteindre les résultats escomptés. Partant de ce principe, l'auteure décline des leviers motivationnels indissociables de la roue du changement. Il s'agit pour elle de mobiliser ces leviers du début à la fin du processus de changement. Ces principes doivent impérativement être mobilisés par l'ensemble de la ligne hiérarchique. Il s'agit de :

- Valoriser le succès plutôt que l'échec,
- Marquer authentiquement et publiquement la reconnaissance tout en la personnalisant,
- Récompenser les contributions clairement sur des critères partagés,
- Reconnaître aussi ceux qui mettent en avant les autres.

Ces principes favorisent également la stimulation à l'innovation, le développement des compétences et la proactivité créatrice, conclut l'auteure.

### C) Instauration du changement en s'appuyant sur le collectif

KURT LEWIN<sup>46</sup> est un auteur important sinon majeur qui a introduit la notion de dynamique de groupe dans le processus du changement. Pour LEWIN, il est possible de conduire le changement en s'appuyant sur les groupes au sein des organisations. LEWIN envisage l'équilibre des groupes comme un état homéostatique résultant de l'équilibre entre forces

<sup>46</sup> LEWIN K., 1951, Décisions de groupe et changement social, Psychologie sociale, Dunod, p. 498



opposées (freins) et favorables (moteurs) au changement. Dans sa célèbre expérience avec des ménagères américaines en 1943, il démontre qu'il est plus efficace d'agir sur les freins du groupe pour déclencher le changement plutôt que d'agir sur chaque individu. Il préconise alors d'agir sur l'attachement du groupe à la norme, pour modifier cette dernière.

#### 1.4.5 Définir un cadre stratégique, un préalable à tout projet de changement

Stratégies Nationale de Santé, cadre d'orientation stratégique du PRS, orientations stratégiques des GHT, axes stratégiques des projets d'établissement de santé sont emblématiques des évolutions sémantiques du monde sanitaire.

La nécessité de définir une stratégie dans un système contraint et concurrentiel peut être incarnée par la célèbre citation du philosophe *Sénèque* pour qui « *nul vent n'est favorable à qui ne sait où il va* ». Ainsi la nécessité de définir une stratégie est un préalable à toutes actions.

D'origine militaire, le terme stratégie<sup>47</sup> est définie par le CNRTL comme un « *ensemble de choix d'objectifs et de moyens qui orientent à moyen et long terme les activités d'une organisation* » dans un contexte économique.

De nombreux auteurs ont proposé des modèles conceptuels de la stratégie. Pour ne mentionner que MINZTBERG H., auteur de référence dans le domaine, une stratégie peut être délibérée lorsqu'elle est construite et planifiée ou alors émergente lorsqu'elle s'adapte à des événements imprévus. MINZTBERG la définit ainsi à travers 5 éléments majeurs dit modèle des « 5P » :

- Plan : planification des ressources en rapport avec les objectifs
- Position : environnement concurrentiel
- Perspective : perception du futur
- Piège : art de conduire les individus dans la direction souhaitée.
- Pattern : formalisation structurée d'un modèle à suivre.

Toutefois, la définition de la stratégie que nous avons retenue est celle proposée par M. LOUAZEL à l'occasion de l'UE 3 « Stratégie et projet d'établissement » de la formation des DS 2018 à l'EHESP. La stratégie<sup>48</sup> a donc « *pour objectifs la réponse aux attentes des parties prenantes et l'obtention d'un avantage concurrentiel, la stratégie consiste en une allocation de ressources qui engage l'organisation dans le long terme en configurant son périmètre d'activité* ».

Cette définition nous apparaît pertinente car les DS des instituts de formation opèrent avec de nombreux partenaires, sont en concurrence sur leur territoire avec d'autres formations et fonctionnent par le biais d'une subvention destinée à atteindre des objectifs.

<sup>47</sup> <http://www.cnrtl.fr/definition/strat%C3%A9gie>, consulté le 30 août 2018

<sup>48</sup> G. JOHNSON, K. SCHOLLES, R. WHITTINGTON, F. FRERY, 2008, Stratégique, Eyrolles



Dans la veine de cette définition nous allons dans la section suivante nous intéresser au périmètre stratégique du DS.

#### **1.4.6 Le projet stratégique d'institut : vecteur central du changement désiré**

Membre de l'équipe de direction des établissements de santé, le DS participe à la gouvernance et la gestion des hôpitaux et instituts de formation.

Le décret du 22 avril 2002<sup>49</sup> encadre ses missions et lui confère sa légitimité. A ce titre, il peut exercer ses fonctions en tant que coordonnateur ou directeur d'institut.

Le décret du 7 janvier 2014 modifiant le décret du 19 avril 2002 précise que le DS contribue, en lien avec l'ARS et les universités, à la politique de formation définie par la région. Cette disposition réglementaire confirme le positionnement des DS dans une logique territoriale. Par ailleurs le décret du 29 septembre 2010 modifiant le décret du 19 avril 2002 précise que le DS d'institut est responsable de la conception du projet d'institut en plus du projet pédagogique. En annexe du référentiel de formation infirmière du 31 juillet 2009, un plan de projet est proposé avec ses modalités d'évaluation.

Cette précision réglementaire introduit donc une différenciation entre projet d'institut et projet pédagogique. Il est intéressant de noter ce changement sémantique car il marque une mutation plus systémique en distinguant les deux types de projets.

De plus, nous avons observé lors de notre revue de littérature et dans nos stages, que l'adjectif stratégique est de plus en plus accolé au mot institut. Ce troisième niveau d'évolution sémantique marque aussi un positionnement novateur pour les DS d'instituts. Ensuite, l'arrêté du 17 avril 2018<sup>50</sup> a confirmé et renouvelé les responsabilités des DS dans la gouvernance renouvelée des instituts de formation.

Enfin, l'élaboration d'un projet stratégique et pédagogique d'institut doit permettre la traduction d'objectifs stratégiques dans un cadre territorial, partenarial et budgétaire définis afin de répondre aux enjeux multiples que nous avons résumés à l'issue de notre cadre théorique.

#### **1.4.7 Identifier les représentations sociales des professionnels des instituts de formation, un atout pour le DS ?**

Le concept de représentation sociale a une double origine. Avant d'être appliqué aux phénomènes sociaux il a été appréhendé dans une visée cognitive en renvoyant à « *l'évocation mentale d'un objet, d'une personne, d'une situation, d'une idée, en l'absence même de cet objet...il s'agit d'une reconstruction du réel, d'une reconstruction mentale.* »<sup>51</sup>

---

<sup>49</sup> Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière

<sup>50</sup> Arrêté du 17 avril 2018 modifiant l'arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux

<sup>51</sup> CAZALS-FERRE M.P, ROSSI P., 1998, Eléments de psychologie sociale, Armand Colin, p.44



Puis dans un second temps le concept a été repris et étendu au domaine de la sociologie. D. JODELET<sup>52</sup> définit la représentation comme un savoir commun à un groupe, « *une forme de connaissance socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social ou culturel* ». Pour S. MOSCOVICI<sup>53</sup>, la représentation sociale est un *système* de valeurs, de notions et de pratiques relatives à des objets, des aspects ou des dimensions du milieu social, qui permet non seulement *la stabilisation du cadre de vie* des individus et des groupes, mais qui constitue également un *instrument d'orientation* de la perception des situations et *d'élaboration des réponses*.

Ce que nous pouvons retenir de ces deux définitions c'est que la représentation est une construction partagée, porteuse de sens et caractérisée par des normes et des valeurs. Pour A.<sup>54</sup>MUCCHIELLI, la valeur est un principe de référence partagé par un ensemble d'individus permettant de guider le comportement. Enfin, la norme est définie par J. MAISONNEUVE<sup>55</sup> comme des règles de conduite qui sont largement suivies dans une société. Par ailleurs, il existe des approches différentes du concept que l'on peut identifier à travers quatre courants de recherche<sup>56</sup> mais c'est en particulier celui de S. MOSCIVICI décrivant la *représentation* qu'une population se fait d'un objet et celui de J.C. ABRIC s'intéressant aux *comportements* découlant des représentations qui nous intéressent. Quelles sont les fonctions des représentations ? J.C. ABRIC<sup>57</sup> propose quatre fonctions :

- Savoir, permet de comprendre et d'expliquer la réalité
- Identitaire, permet de se forger une identité sociale
- Orientation, permet d'orienter les pratiques comme un guide pour l'action
- Justificatrice, permet d'expliquer et justifier des opinions et des comportements.

Les représentations sociales donnent du sens à l'environnement des individus au sein des organisations. Identifier et comprendre le sens des représentations collectives est une étape préliminaire participant à l'identification des principaux freins et leviers pour conduire le changement. Cette démarche peut être avantageuse à l'occasion d'un état des lieux organisationnel ou à l'occasion d'une prise de poste.

---

<sup>52</sup> JODELET D., 1994, Les représentations sociales, Puf, p.36

<sup>53</sup> MOSCOVICI S., 1961, *La psychanalyse, son image et son public*. Paris, Puf

<sup>54</sup> MUCCHIELLI, A. 1994, *La psychologie sociale*, Paris, Hachette Supérieur

<sup>55</sup> CAZALS-FERRE M.P, ROSSI P., 1998, *Eléments de psychologie sociale*, Armand Colin, p.28

<sup>56</sup> Ibid., p.47

<sup>57</sup> Ibidem, p.48



## 2 Du cadre théorique aux résultats, notre démarche méthodologique

Cette seconde partie est consacrée à la présentation et l'argumentation de notre démarche méthodologique pour traiter notre sujet. Notre présentation commence par la description de notre démarche d'enquête au regard de notre question de recherche. L'analyse de nos données est présentée en second temps. Enfin, nous concluons par une synthèse de nos principaux résultats.

### 2.1 Présentation de la démarche d'enquête

Bien que notre démarche de recherche ait pour finalité la production d'un mémoire professionnel, toute démarche de recherche doit s'inscrire dans une rigueur méthodologique.

C'est pourquoi les démarches de recherche issues des sciences sociales constituent un canevas méthodologique intéressant pour construire notre enquête.

Ainsi « *La meilleure manière d'entamer un travail de recherche en sciences sociales consiste à s'efforcer d'énoncer le projet sous la forme d'une question de départ* » R. QUIVY et L.VAN CAMPENHOUDT<sup>58</sup>. Cette question doit présenter plusieurs qualités. Elle se doit d'être claire, réaliste et pertinente. La phase exploratoire a été ainsi initiée sous la forme d'une question de départ qui sera *in fine* notre question de recherche.

Par ailleurs si l'on se réfère au manuel BEAUD S. et WEBER F.<sup>59</sup>, tous soulignent l'importance de la phase de problématisation de son objet de recherche. Cet effort de circonscription est indispensable à la réalisation de notre enquête. Une revue de littérature a permis de s'informer sur les recherches précédemment menées sur le thème. L'analyse de documents, l'observation et des entretiens informels ont complété cette phase. Notre démarche a ainsi permis d'identifier les concepts d'accompagnement et de conduite du changement pour notre problématique.

Enfin pour enclencher notre démarche d'enquête nous avons élaboré des hypothèses. Celles-ci procurent au chercheur un fil conducteur. Elles se présentent comme une réponse provisoire à une question. « *Une hypothèse est une proposition qui anticipe une relation entre 2 termes qui, selon les cas, peuvent être des concepts ou des phénomènes. Elle est une proposition provisoire, une présomption, qui demande à être vérifiée. Dès lors, l'hypothèse sera confrontée dans une étape ultérieure de la recherche, à des données d'observation.* »<sup>60</sup>

Afin d'opérationnaliser notre démarche enquête, nous avons fait le choix de réaliser des entretiens semi-directifs. Pour nos entretiens, nous avons sélectionné trois catégories d'acteurs, comme le préconise la démarche méthodologique de R. QUIVY et L.VAN

<sup>58</sup> QUIVY R. et VAN CAMPENHOUD L., 1995, Manuel de recherche en sciences sociales, Dunod

<sup>59</sup> WEBER F., BEAUD S., 1997, Guide de l'enquête de terrain

<sup>60</sup> QUIVY R. et VAN CAMPENHOUD L., 1995, Manuel de recherche en sciences sociales, Dunod, p.150



CAMPENHOUDT. La méthode des entretiens semi-directifs est un cadre de recueil des données souple. Il s'appuie sur des thèmes prédéfinis que nous souhaitons voir aborder durant les entretiens. L'interviewer laisse l'interviewé s'exprimer librement en relançant l'entretien en fonction des thèmes qu'il souhaite voir aborder. Les thèmes abordés sont résumés sous la forme d'un nuage de mots ou « tags cloud » mis en annexe I.

### 2.1.1 Les outils et grilles de lecture de notre analyse

La confrontation des données recueillies avec les modèles conceptuels issus de notre cadre théorique fournit plusieurs niveaux d'information. Le premier modèle est celui des « 3 phases macro du changement » (Cf. figure 2 ci-dessous). Cette modélisation permet de situer le niveau d'accompagnement des DS.



Figure 2 « Les 3 phases du changement »

Ensuite, les éléments constitutifs d'une rupture définis, par MOUTOT et AUTISSIER (Cf. figure 3 ci-dessous), nous donnent un second niveau d'information.

Eléments	Caractéristiques
les pratiques	processus ; manière de faire
les conditions de travail	environnement matériel
les outils	informatique et gestion
l'organisation	les zones de pouvoir et les délimitations fonctionnelles
le métier	compétences ; les savoirs faire
la stratégie	les finalités collectives poursuivies et envisagées
la culture	le système des valeurs

Tableau 1 « Eléments caractéristiques d'une rupture »

Nous vérifions aussi si les préconisations des auteurs spécialistes (ALTER, KANTER, LEWIN) du changement sont mobilisées par les DS dans leur exercice professionnel.

Par ailleurs, notre démarche doit nous permettre de confirmer ou d'infirmer nos hypothèses.

Enfin, les données d'enquête de nos hypothèses doivent aider à l'identification des représentations des acteurs sur l'intégration universitaire.

Le recueil des représentations permet de cartographier les freins et les éléments en faveur du changement. Le modèle d'ABRIC doit aussi nous aider à caractériser la fonction des représentations : compréhensive, identitaire, orientation, justification.

### **2.1.2 Choix et profils des acteurs interviewés<sup>61</sup>**

Pour cette démarche de recherche, la population interviewée vise à reconstruire l'univers sur lequel on travaille. Nous avons sélectionné douze interlocuteurs. La première catégorie d'interlocuteurs<sup>62</sup> est constituée d'experts. L'expert donne son point de vue par rapport à son domaine d'expertise. Nos experts sont un élève DS et un CDS. Ils ont tous les deux un doctorat et l'expérience de l'enseignement à l'université (catégorie 1).

La seconde catégorie d'interlocuteurs recommandée pour les entretiens exploratoires est le témoin privilégié. « *Il s'agit de personnes qui par leur position, leur action ou leurs responsabilités, ont une bonne connaissance du problème.* »<sup>63</sup> Il s'agit ici d'un DS conseiller pédagogique en ARS et un DS secrétaire national d'un syndicat de cadres hospitaliers (catégorie 2).

Enfin, le 3<sup>ème</sup> groupe d'interlocuteurs recommandé est constitué par le public directement constitué par l'étude ; dans notre étude il s'agit de 5 DS et 3 CDS en instituts (catégorie 3). La méthode de prise de notes a été retenue pour les entretiens réalisés par téléphone. Par ailleurs, les entretiens en face à face ont été enregistrés. La durée prévue était d'une heure. Les entretiens ont été réalisés en se rapprochant des conditions d'une conversation avec la volonté d'orienter l'échange vers les thèmes que l'on souhaitait voir traités. C'est en grande partie la personne interviewée qui a mené l'entretien. Au fil de l'interview, les personnes ont, le plus souvent, spontanément abordés les points recherchés. Le thème de la recherche était annoncé en début d'entretien en précisant que la situation d'appel du travail de recherche venait d'une démarche de compréhension sur le processus d'universitarisation, en recherchant le positionnement, les représentations, les démarches d'accompagnement, les stratégies et les enjeux.

### **2.1.3 Nos lieux et conditions d'enquête**

L'occasion du stage 2 en institut de formation a été l'opportunité de réaliser une partie des entretiens. Des déplacements ont également été nécessaires pour interviewer les acteurs sur leurs lieux d'exercice professionnel. Enfin, quatre entretiens ont été réalisés par téléphone à notre domicile.

---

<sup>61</sup> Tableau synthétique des acteurs interviewés en annexe II

<sup>62</sup> QUIVY R. et VAN CAMPENHOUD L., 1995, Manuel de recherche en sciences sociales, Dunod, p.65

<sup>63</sup> Ibid.



#### 2.1.4 Les limites de notre démarche d'enquête

La réalisation exclusive d'entretiens semi-directifs est une approche de nature purement qualitative. Cette démarche compréhensive permet de modéliser l'univers investigué. Pour autant, une approche quantitative complémentaire du type questionnaire aurait enrichi notre enquête par son approche bifocale. Par ailleurs, l'entretien téléphonique oblige à une prise de notes limitant la collecte de données et occasionnant une perte d'informations. Enfin, il aurait été intéressant de compléter nos interviews avec des acteurs universitaires. Cela nous aurait permis de comparer la dynamique d'acculturation réciproque de l'intégration.

#### 2.2 Quels sont les résultats issus des réponses provisoirement formulées ?

Les résultats de nos hypothèses sont présentés dans l'ordre chronologique de leurs formulations. En plus de la confirmation ou de l'infirmité de nos hypothèses, les données respectives sont successivement analysées au regard de nos grilles et outils. Les éléments du texte en gras sont des données saillantes de notre enquête. La section suivante propose une synthèse des résultats saillants.

##### A) Hypothèse N°1

Notre hypothèse 1 faisait état de la démarche qualité comme un levier de reconnaissance auprès des partenaires dans le cadre du processus d'universitarisation.

La qualité est globalement perçue comme positive par les acteurs. Celle-ci est aussi un moyen de gagner en légitimité et en reconnaissance vis à vis des partenaires, et des acteurs nous confie un DS (catégorie 3) : « ...on gagne en crédibilité lorsqu'on est inscrit dans un processus externe d'évaluation de la qualité. Cela nous met au même niveau que les hôpitaux. On fait plus sérieux auprès du conseil général, de l'université ou des étudiants, pour moi c'est vraiment un gage de crédibilité. »

L'évaluation externe de l'HCERES est le plus souvent spontanément abordée par les acteurs au décours des entretiens. Les acteurs voient dans l'évaluation externe un levier d'amélioration de la qualité globale de la formation, « cela permet d'harmoniser les pratiques » pour un CSS (catégorie 3).

Un institut est inscrit dans un dispositif de certification ISO. Pour la CGS (catégorie 3) il s'agit d'un incontournable du pilotage des instituts qui répond à la nécessité de rendre des comptes : « Il faut des indicateurs de pilotage, c'est plus l'époque de Woodstock, on a des comptes à rendre. » Toutefois la démarche ISO est perçue comme trop contraignante et chronophage par une autre coordinatrice (catégorie 3) : « La démarche qualité, on commence à l'organiser avec une boîte externe, par le plan de classement et dans un second temps j'attends l'HCERES. La finalité c'est de former, il faut des temps pédagogiques. »



Bien que l'approche qualité HCERES soit favorablement accueillie et vécue comme très accessible, elle est en phase préparatoire dans la majorité des instituts de nos lieux d'enquête : « L'HCERES, j'ai initié la démarche qualité sur le référentiel, il faut s'y préparer mais ça va, le référentiel est relativement ouvert. J'ai d'ailleurs mis en place un Copil qualité. Y a aussi un Copil formation continue. » (CGS catégorie 3)

Enfin, une DS (catégorie 2) conçoit la qualité d'abord comme une conséquence de la mise en place de la recherche infirmière. Elle perçoit la qualité avant tout comme un élément externe à l'institut : « ...c'est un levier d'amélioration de la qualité des soins. » De même, une DS d'institut (catégorie 3) fait le lien entre qualité et recherche : « ...l'HCERES, c'est un modèle accessible, très centré sur la recherche ».

**La démarche qualité n'apparaît pas encore dans les interviews comme un thème préoccupant, un enjeu de légitimation. Les acteurs sont majoritairement attentistes, seul un institut est inscrit dans une démarche qualité formalisée. La reconnaissance auprès des partenaires, bien qu'admise comme une démarche distinctive et de légitimation, est pressentie comme une étape dont la mise en œuvre est à réaliser dans un futur proche.**

**L'entrée dans une démarche HCERES n'est pas encore assortie d'un calendrier formalisant cette inscription. Dans ce contexte, les acteurs ont acté cette perspective, analysé les contraintes de mise en œuvre, mais attendent une injection réglementaire pour s'y inscrire formellement. Toutefois, il nous semble étonnant que ce levier de légitimation ne soit pas plus mobilisé. Enfin, la fonction des représentations selon ABRIC de la démarche qualité se situe dans une dimension majoritairement identitaire.**

## B) Hypothèse n°2

Pour mémoire, notre seconde hypothèse postule que l'identification des représentations relatives à l'acculturation<sup>64</sup> universitaire procède d'une démarche diagnostique préalable, pour le DS, afin d'accompagner au mieux les cadres de santé formateurs.

Nous présenterons dans un premier temps les représentations sur un mode binaire, celles que nous considérons comme vécues péjorativement (freins) puis celles vécues plus positivement (leviers). Cette démarche diagnostique permet, dans notre processus d'analyse, d'identifier les principaux freins et leviers potentiels à la conduite aux changements.

---

<sup>64</sup> L'acculturation doit s'entendre ici selon la définition repris du [CNRTL](#). Pour le sociologue MUCCHIELLI (1969) il s'agit d'un « processus par lequel un individu apprend les modes de comportements, les modèles et les normes d'un groupe de façon à être accepté dans ce groupe et à y participer sans conflit. »



a) *Une acculturation construite en deux temps, entre craintes et enjeux*

L'acculturation des acteurs a tout d'abord été ressentie défavorablement dans sa première phase où les modalités pédagogiques proposées dès 2009 (ex : support de cours vidéo) par les universitaires ont été unanimement rejetées. A cette première phase a succédé un second temps où les acteurs expriment qu'ils ont su progressivement co-construire leur collaboration en particulier autour d'environnements numériques : e-tutorat, e-learning, podcasts. Toutefois une DS (catégorie 2) s'interroge sur les limites du e-learning : « *Il y a aussi l'histoire du coût. Un étudiant infirmier c'est maxi 8000 € pour un conseil régional. A l'université c'est 12000 € par an. C'est dans le rapport du conseil supérieur. Du coup comment ils vont réduire le gap entre 8 et 12000 ? Avec du e-learning ? Mais ça marche que si on fait des regroupements. On le sait, tout le monde le sait.* »

Dans le cadre de notre recueil de données, l'acculturation des acteurs s'est construite essentiellement autour de ces modalités numériques. Un cadre de santé (catégorie 1) conçoit des podcasts pour l'université pour des formations paramédicales et médico-sociales dans le cadre de la mutualisation des ressources. Il nous dit que si aujourd'hui il « *est du côté de l'université c'est qu'il y a un vide de compétences dans mon domaine. A terme, ce seront des docteurs, des maîtres de conférence. Ils sont débordés actuellement mais ils nous regardent comme une formation inférieure. Pour eux, c'est comme des travaux forcés de venir en institut.* »

L'universitarisation fait naître des craintes diverses à propos des stages, du recrutement par Parcoursup ou encore en termes de gouvernance ou de représentativité. Pour un cadre de santé (catégorie 2) « *...L'universitarisation, on ne peut pas être contre, sinon on est taxé de conservateur.* » Cette citation, à la vue de l'ensemble de nos entretiens, pose que la posture d'opposition au processus n'est plus une norme admise. Elle semble actée.

Toutefois, interrogations et craintes persistent sur les évolutions à venir. Concernant la gouvernance beaucoup s'interrogent sur la place des DS. La qualité de la formation infirmière est revendiquée par un CGS (catégorie 3) qui s'étonne que l'on réforme « *un système qui fonctionne bien* ». Pour lui, l'évolution vers un modèle type IUT est le plus approprié pour le niveau licence « *...mais les M et les D, oui leur place est à l'université.* » Pour une autre CGS (catégorie 3) c'est l'avenir qui l'interpelle. La vision est très pessimiste. « *Je m'interroge vraiment sur la place des DS avec l'université. Dès qu'ils prennent le pouvoir, on devient leurs petites mains.* » confie ce dernier. Pour une autre CGS (catégorie 3), « *l'avenir on ne le voit pas. Faut-il faire un doctorat pour rester dans le jeu ? Rien n'est moins sûr... c'est un peu la fin des DS en institut, on ne voit pas trop la place des DS telle qu'on la connaît.* »

Dans cette veine, les acteurs redoutent une évolution des formations vers un asservissement médical ou universitaire. L'expression la plus récurrente à ce propos est qu'il « *ne faut pas vendre son âme au diable* ». Elle est verbalisée par 4 interviewés, de 3



catégories d'acteurs. La disparition de l'identité professionnelle semble être un enjeu majeur.

Le profil des futurs candidats au concours infirmier par exemple interrogent beaucoup. Pour un DS (catégorie 2) il s'agit d'un enjeu social. « *On fustige beaucoup les professionnels mais l'université ne va pas tout résoudre. Pour des personnes qui sortent du bac, des précaires, la formation est un véritable ascenseur social. On ne peut pas balayer ce truc.* » Sur la même tonalité, un cadre de santé (catégorie 1) exprime sa crainte. « *Parcoursup, c'est la porte ouverte, y a plus d'oral. Ils sont choisis sur dossier. Tous les littéraires vont être écartés. Le taux d'échec va être bien supérieur, c'est un choix de société, le prix à payer pour rentrer à l'université* ». Ainsi la sélection des nouveaux profils des candidats n'est pas perçue comme renforçant l'uniformité des chances, remettant en question l'égalité sociale.

La collaboration au niveau pédagogique semble satisfaire les acteurs avec toutefois un positionnement souhaitant « *garder la main sur les évaluations* » confie un cadre supérieur de santé (catégorie 3). Ce souhait de continuité de la co-construction est une nécessité afin de « *...garantir une professionnalisation des étudiants à travers une animation conjointe des TD qui soit en phase avec les réalités et les besoins du terrain.* » complète une CGS (catégorie 3). Mais la nécessité de mieux se connaître ne ressort pas dans les entretiens. Seul un acteur (catégorie 1) préconise de réaliser des formations ou cadres de santé et universitaires se côtoient et apprennent à se connaître. « *...il faut faire des formations en commun avec les universitaires, se confronter à d'autres cultures, mais les relations sont très hétérogènes avec une prégnance des doyens.* ».

Des enjeux apparaissent pour les stages des étudiants. La représentation d'un cadre de santé (catégorie 1) nous éclaire à ce propos « *Les médecins faisaient cette police. S'ils faisaient les cons (les internes) en service, on les mettait à la porte. Ce n'est pas un devoir sur table, ce stage nous différencie de l'université. Pour nous, c'est peut-être en train de disparaître. Il faut qu'on garde ce super pouvoir, la main sur les stages.* » Pour une CGS (catégorie 2) la mise en œuvre des stages n'est pas la mission de l'université. Cela « *...ne concerne que 23% du programme. L'universitarisation ne peut se faire que sur une part réduite. Le maillage territorial, on en parle pour les étudiants en médecine qui sont trop concentrés... Alors comment l'université va mettre en place une alternance intégrative ?* ». Un cadre de santé (catégorie 3) complète cet aspect ressenti comme important de l'alternance : « *Il ne faut pas perdre cette dimension de l'alternance.* » Enfin un CGS (catégorie 3) exprime à propos des stages qu'ils représentent « *aussi un réseau que les DS savent mobiliser.* »

Enfin le dernier point concerne l'enjeu de représentativité. Pour une DS (catégorie 2), « *...il y a une sur représentation, un déséquilibre. Ils ont créé des associations et sont*



*surreprésentés<sup>65</sup>. Les enjeux professionnels ne sont pas les mêmes. Intégrer un corps professionnel représentant 600000 personnes est différent d'un corps de 7000. On ne rend pas les mêmes services, les infirmiers sont en grande majorité des salariés. »*

b) *Mais une acculturation aussi génératrice de satisfactions et de reconnaissance*

Mais cette acculturation universitaire est aussi emprunte de représentations vécues positivement tant sur les plans de la profession que pour les instituts. La majorité des acteurs identifie la recherche comme étant un attribut de l'université. Le souhait d'un cadre de santé (catégorie 3) est que la formation se calque sur un modèle étranger : *« ce qui m'anime se sont les sciences infirmières comme au Canada... pour prouver qu'on est en capacité de faire de la recherche, d'œuvrer pour les soins infirmiers. »* Pour une DS (catégorie 2) *« ... c'est logique d'être à l'université car il s'agit de recherche dans un même type de lieu. »* Enfin pour une autre DS (catégorie 2) *« ...la prospective c'est la création d'une filière en santé qui permettra la recherche paramédicale, la recherche appliquée que l'on souhaite. »*

Ce processus d'intégration est aussi perçu comme étant l'opportunité *« ... de tirer vers le haut les connaissances des formateurs. »* Un acteur (catégorie 1) souligne qu'à l'occasion de l'acculturation conjointe, les universitaires ont été *« ... bluffés par nos encadrements pédagogiques. »* Mais la représentation la plus récurrente concerne la reconnaissance professionnelle et sociale que constitue l'intégration universitaire. Les acteurs interviewés saluent presque unanimement la reconnaissance qu'apporte l'entrée des formations paramédicales à l'université. Les propos d'une DS (catégorie 2) résument le sentiment des acteurs, c'est *« la juste reconnaissance de la place des paramédicaux dans le système de santé. »*

**Dans l'ensemble, les acteurs interviewés portent une nouvelle norme, celle acceptée, de l'intégration à l'université. Les représentations des acteurs sont encore mitigées. La fonction identitaire selon la classification d'ABRIC semble avoir un poids important dans notre analyse, en particulier pour les stages. La dimension de l'identité professionnelle est ressentie comme menacée. La rencontre des mondes universitaires et professionnels est un processus encore en construction. La route vers une acculturation conjointe apparaît disparate et tout à la fois emprunte d'appréhensions, d'interrogations, d'espoirs et de recherche de légitimité.**

**De plus, des enjeux multiples émaillent cette intégration où logique universitaire et professionnelle continuent de s'ajuster. L'analyse croisée de nos représentations met en exergue plusieurs références comparatives au monde médical. Dans ce contexte d'évolution, cette comparaison est à classer comme une représentation**

---

<sup>65</sup> *Formations paramédicales autres que les infirmiers*



**ayant une fonction compréhensive selon le modèle d'ABRIC. Des interrogations subsistent face aux différents enjeux mais le tableau général indique que le processus se situe au milieu du gué.**

C) Hypothèse n°3

Notre dernière hypothèse postule que dans un contexte d'incertitude marquée, la conduite du changement des DS est principalement structurée autour des axes stratégiques communication/information et formation des cadres de santé formateurs au niveau master. Les données ont été classées selon trois catégories. La première catégorie, minoritaire, est celle de l'absence de stratégie managériale. La seconde catégorie renvoie aux ressources et leviers externes aux instituts. Enfin la dernière catégorie est celle des ressources et leviers internes aux instituts.

**L'absence de stratégie** est exprimée par une seule DS (catégorie 2) car selon elle « ...je ne vois pas de stratégie car il n'y a pas de cible. On ne sait pas où l'on va, vers quel modèle. L'avenir c'est pas facile de l'entrevoir. »

**La seconde catégorie est donc constituée des stratégies orientées vers l'extérieur :**

Les ressources et leviers externes permettent d'avoir une stratégie tournée vers les partenaires des instituts dans une approche territoriale.

**L'établissement support**, constate une DS (catégorie 2), est un allié et un partenaire qualité : « *Les chefs d'établissements veulent garder les instituts. C'est important pour les pratiques, la qualité. Beaucoup le pensent et souhaitent travailler avec les DS d'instituts.* »

Pour une autre DS (catégorie 2) « ***l'adossement et la collaboration avec les établissements supports, c'est ce qui fait la pertinence.*** »

Le regroupement des instituts sous l'aile du **GHT** est aussi perçu comme une opportunité. Cette stratégie doit permettre **d'atteindre une « taille critique »** afin d'avoir suffisamment de ressources en compétences et rendre attractif l'exercice pour les futurs enseignants chercheurs **en devenant « une antenne du CHU »**. Cette approche par la logique territoriale, selon une CGS (catégorie 3) doit permettre d'évoluer vers « *une vision macro en sortant de l'hospitalocentrisme* » et de s'orienter vers « *différents types d'exercice, de nouveaux métiers.* »

Une autre approche stratégique selon un acteur (catégorie 1) propose « ***l'implication des cadres dans les groupes de travail*** », et la « ***confrontation à d'autres cultures en allant à des journées professionnelles et scientifiques.*** » Ces leviers doivent permettre de s'adapter et de monter en compétences. **Les réseaux professionnels** sont aussi perçus comme des opportunités d'accompagnements par une CGS (catégorie 3) : « *Les réunions générales des IFSI c'est très porteur, c'est important qu'ils soient entendus, ça les concerne énormément.* »



Enfin le dernier levier stratégique est plébiscité par tous les acteurs. **Le niveau master est communément admis comme la nouvelle norme**, un incontournable, une évidence : « *Il faut mixer les formateurs, ils doivent tous avoir des masters. Ils savent que les masters sont obligatoires* ». Avoir ou faire un master permet « *...la phase de légitimation.* », « *se masteuriser c'est se protéger* » et aussi « *...va dans le sens de la reconnaissance, c'est un crédit supplémentaire, il le faut.* » Enfin, le master évoque presque la force libératrice et protectrice d'un mantra dans nos propos recueillis.

### **Le second niveau stratégique est tourné vers l'intérieur des instituts :**

Les **pratiques pédagogiques innovantes et la recherche** sont citées comme des stratégies émergentes mais incontournables par les acteurs des trois catégories. De même, la notion d'**interfiliarité** est relativement citée sans toutefois être entrevue comme un enjeu mais plus comme un axe de développement des organisations pédagogiques.

**L'axe communication** est un élément fort retrouvé dans nos entretiens : « *Il faut diffuser l'information, bien diffuser au fil de l'eau.* » et il faut aussi « *accompagner les équipes sur ce qui se passe, être au bon endroit* » (catégories 3).

Toutefois cette marche stratégique fait l'objet d'un **accompagnement différencié pour les ressources humaines**. Nous avons retrouvé à plusieurs reprises dans nos entretiens cette stratégie de différenciation : « *Les plus vieux je ne les embête pas avec l'universitarisation, ceux qui sont à la retraite dans 2 ou 3 ans.* » ou encore « *...ma stratégie c'est les départs à la retraite, embaucher des cadres avec des projets à 5 ans.* » (Catégorie 3).

Dans nos entretiens apparaît une nouvelle temporalité pour les projets professionnels des CDS formateurs. Plusieurs de nos interviewés estiment que **l'activité en institut n'est plus une fin mais une étape dans la vie professionnelle**. Le profil d'un cadre de santé « *pédago ad vitam* » (catégorie 3) en institut n'est plus attendu, ni estimé pertinent pour répondre aux besoins des instituts. « *Pour moi la place des formateurs est réservée mais les experts en pédagogie c'est dépassé.* » pour une CGS (catégorie 3).

En effet une stratégie de diversification émerge très nettement et de manière homogène. **Ce consensus managérial n'est toutefois pas partagé sur la nécessité d'avoir un diplôme CDS pour exercer en institut de formation.**

La stratégie interne de diversification opère à plusieurs niveaux. **L'approche clinique de la formation fait consensus** et constitue un premier axe. **Cette orientation vers le « cœur de métier »** c'est « *l'expertise clinique attendue* » et « *...la montée en puissance doit se faire en s'appuyant sur la clinique* » confient 3 CGS (catégorie 3). **Ainsi, le centre de gravité des compétences attendues des CDS a tendance à se déplacer vers les terrains de stage** : « *La place à prendre c'est celle de la didactique professionnelle. Etre au plus près du terrain, accompagner à la recherche, faire des analyses de pratiques.* » Mais cette décentration n'est pas facile à opérer : « *...l'expertise clinique, c'est la difficulté*



avec la disparition des MSP, mais faut faire l'effort d'y aller. » soulignent 2 CGS (catégorie 3).

Le second axe est constitué par la **diversification des masters**. Les masters, estiment les DS, ne doivent pas être les mêmes et être orientés préférentiellement vers certains domaines. **Ainsi la santé publique, la recherche, le numérique on encore la simulation sont « ...des axes incontournables. »** pour plusieurs CGS (catégorie 3). Cette stratégie est très homogène dans les données recueillies.

Enfin, 2 CGS (catégorie 3) abordent des **approches managériales plus transversales** au sein des instituts « ...le knowlegde management, c'est la haute valeur ajoutée de l'équipe. » ou encore « les méthodes Agile » **permettent une meilleure adaptabilité à l'environnement.**

### 2.3 Présentation des résultats saillants de notre analyse

Cette section propose d'apprécier de façon synthétique les éléments saillants de nos différents niveaux d'analyse. Cette approche systémique permet de dégager une vue globale des représentations (freins et leviers potentiels) et des stratégies mises en œuvre par les DS dans le cadre de leur exercice professionnel. Une présentation des résultats, confrontés aux auteurs et à leurs cadres théoriques, est également proposée.

Les éléments des trois premiers tableaux sont classés par ordre d'importance (les plus récurrentes et forts).

#### A) Les représentations des acteurs

#### **3 représentations fortes issues des données de nos hypothèses :**

- 1- Questionnement fort sur la légitimité et la pérennité des statuts des professionnels
- 2- Crainte d'un asservissement médical et/ou universitaire
- 3- Crainte de perdre du pouvoir pédagogique concernant l'alternance intégrative



B) Les stratégies et leviers mobilisés

**Concernant les stratégies mobilisées par les DS, nous les avons classées selon des catégories homogènes :**

- 1- Formation : « masteurisation » massive des CDS
- 2- Activités cœur de métier : UE non universitaire, l'approche clinique du métier
- 3- Motivationnel : autour de la démarche de recherche paramédicale et des pratiques pédagogiques innovantes (simulation, e-learning...)
- 4- Alliances avec les partenaires historiques : l'établissement support, GHT, et réseaux professionnels
- 5- Managérial : diversification des compétences des CDS formateurs, nouvelles organisations (knowledge management, management Agile, mode projet), transmissions d'informations

Les craintes et la stratégie de recentrage (partenaires historiques, orientation cœur de métier) semblent correspondre à une fonction protectrice valorisant la dimension professionnalisante du métier versus les enseignements universitaires. Rapportée à ABRIC, cette dimension protectrice des représentations a une fonction essentiellement identitaire.

C) Eléments saillants des 3 phases théoriques de la conduite du changement

**Analyse des 3 phases macro de la conduite du changement**

Phase 1 - diagnostique	Diagnostic peu formalisé, sentiment d'une évolution disruptive et incertaine
Phase 2 - communication/formation	Investissement important : « masteurisation » ; réseaux (associations professionnelles nationales et régionales)
Phase 3- accompagnement	Centré sur la dimension d'un accompagnement relationnel rassurant

D) Quatre niveaux d'informations supplémentaires fournis par les auteurs

Le premier niveau est celui d'ALTER. Ce dernier préconise de s'appuyer sur les forces créatrices au sein du système des acteurs. Les DS s'appuient surtout sur les acteurs moteurs dans un contexte général où les CDS formateurs sont plutôt attentistes. Le second niveau en référence à MOUTOT et AUTISSIER (Cf. le tableau ci-dessous) confirme que les éléments caractéristiques d'une rupture sont réunis dans le cadre de la mise en œuvre de l'intégration universitaire. Les éléments relatifs à la culture et au système de valeurs sont plus difficiles à identifier.



Eléments	Caractéristiques	Changements
les pratiques	processus ; manière de faire	collaboration avec les universitaires pour la construction et l'évaluation des UE et TD
les conditions de travail	environnement	groupement d'harmonisation des enseignements
les outils	informatique et gestion	e-learning, podcast, plateforme numérique
l'organisation	les zones de pouvoir et les délimitations fonctionnelles	nouvelle gouvernance, intégration fonctionnelle voire organique ?
le métier	compétences ; les savoirs faire	diversification des compétences/masters ; simulation, santé publique, numérique
la stratégie	les finalités collectives poursuivies et envisagées	Centration cœur de métier et partenariat avec les terrains de stage ; développement de l'innovation ; nouvelles organisations managériales
la culture	le système des valeurs	disruptif VS valeurs soignantes ?

Tableau 2 « Eléments caractéristiques d'une rupture croisé avec les changements recueillis »

Le troisième niveau d'information est celui fourni par de « la roue de KANTER » (Cf. le tableau ci-dessous). L'analyse macro des données permet d'identifier une dynamique d'engagement des DS dans une démarche de changement.

Tableau 3 « Vue synoptique des éléments de la roue de KANTER mobilisés par les DS »

Les 10 éléments de la roue de KANTER	Eléments mobilisés par les DS		
	Oui	Non	En partie
1- Travail en commun et vision partagée	X		
2- Mesures de l'état d'avancement	X		
3- Système incitatif et de reconnaissance			X
4- Règles et procédures afin d'harmoniser les pratiques			X
5- Volonté d'avoir des projets rapides			X
6- Soutien des partisans au changement	X		
7- Communication forte et échanges sur les pratiques			X
8- Support par la formation	X		
9- Symboles et signaux du changement			X
10- Contrôle du suivi du processus de changement			X

Enfin, le dernier niveau d'information nous est offert par le cadre théorique de LEWIN. Il préconise de s'appuyer sur la dynamique de groupe et d'agir préférentiellement sur les freins. Rapporté à nos données, ce cadre d'action est identifiable à travers la mise en œuvre



de nouvelles dynamiques managériales (knowledge management ou un management de type Agile).

En conclusion, notre première hypothèse pose que la démarche qualité ne constitue pas à l'heure actuelle un enjeu majeur pour les acteurs des instituts bien qu'elle soit admise comme un levier solide de reconnaissance vis à vis des partenaires.

Notre seconde hypothèse a permis d'explorer les représentations des acteurs en établissant d'une part une cartographie des principaux leviers, freins et stratégies, et d'autre part d'établir qu'un diagnostic peu formalisé mais disruptif a été posé par les DS.

Enfin, notre dernière hypothèse confirme que les axes de communication et de formation des cadres de santé au niveau master sont les principales stratégies d'accompagnement managérial.

Aussi, cette section constitue notre base réflexive et compréhensive de notre sujet ainsi qu'un guide d'action potentiel pour nos préconisations.



### **3 Un design organisationnel au service du projet d'institut**

Nos préconisations, issues de notre démarche de recherche, ont vocation à être transférées dans un ensemble cohérent. Le travail d'analyse des données a permis de circonscrire un cadre d'action et d'identifier ses principales caractéristiques en termes de freins, leviers et stratégies managériales mises en œuvre par les DS.

Afin de poursuivre notre démarche en l'opérationnalisant, il nous semble opportun de transposer certains de nos résultats en objectifs stratégiques et pédagogiques ayant vocation à s'inscrire dans un projet d'institut.

Par ailleurs, il nous semble important de nous doter d'une méthode managériale d'accompagnement aux changements.

Enfin, il est considérable de penser à un système organisationnel facilitant l'appropriation des évolutions par les collaborateurs. Dans le contexte de notre prise de poste, c'est l'opportunité de réfléchir à un design organisationnel.

C'est pourquoi la présentation de nos recommandations est déclinée selon 3 axes. Le premier axe décline des objectifs stratégiques et pédagogiques. Ces objectifs ont été construits et élaborés en intégrant les principaux éléments du contexte de l'intégration universitaire. Ils reprennent les recommandations émises par *La Grande Conférence de santé*, la mission IGAS-IGAEN, le rapport *LE BOULER* et des éléments du volet formation de « *Ma santé 2022* ». Les objectifs s'inspirent aussi des éléments saillants de nos résultats : stratégies, freins et leviers identifiés. Ces objectifs s'inscrivent dans un tout, le projet d'institut stratégique et pédagogique.

Le second axe décline une méthode structurée autour de 3 temps, pilotée par le DS, et devant nous aider à la conduite au changement.

Enfin, notre dernier axe est la proposition d'une architecture organisationnelle et managériale agile. Ce design, basé sur la transversalité et le mode projet, doit faciliter l'appropriation d'une culture d'adaptation au changement permanent par les acteurs.

#### **3.1 Définir un PSPI en phase avec les enjeux des formations en santé**

Le Projet Stratégique et Pédagogique d'Institut a vocation à décliner, en partenariat avec de multiples acteurs<sup>66</sup>, une stratégie de formation territoriale partagée, porteuse de sens et répondant aux enjeux. Ce projet stratégique répond à de multiples objectifs. Sa mise en œuvre permet la promotion de l'institut et vise également à instaurer une culture de

---

<sup>66</sup> Acteurs partenaires : ARS, Conseil Régional, GHT, établissement support, université, étudiants  
Stéphane LE ROUZIC - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2018



l'innovation, le déploiement d'un système d'évaluation et de démarche qualité, et d'accompagnement RH. Les objectifs pédagogiques et actions de nos préconisations intègrent les éléments saillants de notre enquête, les orientations de la Stratégie Nationale de Santé et les axes prioritaires à développer dans le cadre de la poursuite du processus d'universitarisation. Il nous semble opportun de présenter les objectifs opérationnels en mêlant visées pédagogique et stratégique. Cette volonté de présentation est la traduction d'une logique client orientée et centrée vers les partenaires (GHT, ARS, université...) et les étudiants. Huit objectifs sont successivement présentés.

### 3.1.1 Elaborer une politique managériale en partenariat

La politique managériale des instituts doit être élaborée à l'échelle de l'établissement support et être en adéquation avec les finalités pédagogiques.

#### Objectif n°1 **Elaborer une politique managériale avec la DRH et les Directions de soins**

<b>Actions</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1- Répertorier les expertises et compétences des formateurs au sein du ou des instituts et répertorier les expertises et compétences au sein des services de soins en tant que formateurs potentiels</li> <li>2- Elaborer un plan de formation pluriannuel à destination des professionnels des instituts (administratifs et pédagogiques) en phase avec l'évolution de l'environnement des formations paramédicales</li> <li>3- Mettre en place des outils de gestion, de suivi, de formation des professionnels</li> <li>4- Définir en partenariat une politique de mobilité professionnelle de la fonction de manager à celle de formateur et inversement</li> <li>5- Mettre en œuvre un dispositif d'intégration des nouveaux personnels (désignation d'un tuteur)</li> </ol>
<b>Indicateurs</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1- GPMC à jour</li> <li>2- Elaboration du plan de formation continue des personnels en fonction des objectifs et des projets pédagogiques</li> <li>3- Analyse des indicateurs ressources humaines : absentéisme, turn-over, formations suivies</li> <li>4- Mesure de la satisfaction des professionnels en matière de gestion des ressources humaines</li> <li>5- Nombre de mobilités « tutorées »</li> </ol>

### 3.1.2 Viser une offre de formation en synergie avec les besoins du territoire

L'offre de formation s'inscrit dans un contexte territorial de concurrence entre instituts qui doit tout à la fois tenir compte des objectifs du Schéma Régional des Formations Sanitaires



et Sociales, de la politique du GHT et du Projet Régional de Santé. Le GHT est ainsi une opportunité pour les formations paramédicales. Les mutualisations et les coopérations sont l'occasion de co-construire des projets, de mutualiser des moyens et des compétences, afin de répondre aux besoins des membres du GHT et des étudiants en santé.

La prise en compte de l'évolution de l'offre de soins dans les dispositifs de formations tels que le virage ambulatoire, les priorités de santé publique et les innovations en santé, doit permettre aux formations de rester en adéquation avec les évolutions. Dans le cadre du virage ambulatoire, par exemple, il est important d'accroître le partenariat avec les infirmiers libéraux, les SIAD et HAD afin de renforcer et développer l'offre de stage. Renforcer ainsi la collaboration entre instituts de formation et établissements de santé peut se traduire par une labellisation de stages préprofessionnels, une préparation à l'emploi dans la perspective de la prise de poste et une offre de formation corrélée aux besoins en GPEC des établissements ainsi qu'aux prérequis d'employabilité (Cf. tableau page suivante).

**Objectif n°2 Viser une synergie de l'offre de formation paramédicale aux besoins du territoire et l'employabilité des futurs professionnels**

<b>Actions</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1- Co-construire des projets entre partenaires en mutualisant les moyens et les compétences à l'échelle territoriale</li><li>2- Mettre en place une organisation pédagogique intégrative des innovations en santé et des priorités de santé (simulation, télémédecine, objets connectés)</li><li>3- Accroître le partenariat extrahospitalier pour être en adéquation avec les nouvelles formes d'exercice paramédicales</li><li>4- Corréler l'offre de formation aux besoins en GPMC du territoire</li><li>5- Mettre en œuvre des parcours de formation qualifiants (Education thérapeutique)</li><li>6- Intégrer les priorités de santé publique nationales (SNS) et régionales (PRS), et en particulier la prévention (service sanitaire), la certification des éducations thérapeutiques et des soins palliatifs</li></ol>
----------------	--

<b>Indicateurs</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1- Nombre de conventions à l'échelle territoriale</li> <li>2- Nombre d'innovations et volume d'heures intégrées au dispositif pédagogique</li> <li>3- Nombre de partenariat nouveaux pour l'offre de stage en ambulatoire et extrahospitalier</li> <li>4- Nombre de jeunes diplômés embauchés sur le territoire et nombre d'indicateurs élaborés conjointement entre DRH et institut</li> <li>5- Nombre d'attestations délivrées</li> <li>6- Nombre d'actions de santé publique et nombre d'étudiants ayants réalisé le service sanitaire</li> </ol>
--------------------	---

### **3.1.3 Conforter la collaboration institut/université**

Nous avons vu que l'évolution des formations paramédicales va dans le sens d'un nécessaire rapprochement entre l'hôpital et instituts d'une part, et l'université. Ce partenariat s'est traduit jusqu'à présent par la mise en œuvre de GCS, de conventions et d'une co-construction des UE dont l'université à la responsabilité. Cette co-construction, nous l'avons vue, est aussi génératrice de craintes et de peurs vis à vis des universitaires. Favoriser une acculturation réciproque est un levier pour lever ces craintes. Cette inscription à l'université est aussi l'opportunité de mutualiser les ressources et de faciliter l'accès au développement de compétences complémentaires. L'accès à la bibliothèque universitaire permet d'étendre les sources d'informations. De même, l'accès à la certification C2i, bientôt remplacée par la certification PIX, doit permettre aux étudiants de valoriser des compétences d'adaptabilité aux environnements numériques. Enfin, les laboratoires de langues et la certification TOEIC sont des atouts à la mobilité internationale et pour réaliser les démarches de recherches académiques en langue anglaise.



### Objectifs n°3

#### Renforcer la collaboration avec les partenaires universitaires et diversifier les compétences des étudiants

<b>Actions</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1- Consolider une dynamique d'acculturation en réunissant universitaires et cadres de santé formateurs pour des sessions de formation communes et des journées thématiques</li><li>2- Augmenter les UE co-construites pour les domaines de compétences de l'université</li><li>3- Co-animer et co-évaluer les UE universitaires dans une visée professionnalisante</li><li>4- Développer des contenus numériques et co-construire de supports de e-learning type podcast</li><li>5- Mutualiser l'accès des étudiants aux certifications numériques et aux laboratoires de langue</li></ol>
<b>Indicateurs</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1- Nombre de sessions communes, de journées thématiques partagées et mesure de la satisfaction des participants</li><li>2- Nombre d'UE co-construites</li><li>3- Nombre d'UE co-animées et co-évaluées</li><li>4- Nombre de contenus numérisés et de podcast réalisés</li><li>5- Nombre d'étudiants certifiés</li></ol>

#### 3.1.4 Consolider la politique d'encadrement des stagiaires

Au niveau local voir régional, la politique d'encadrement des stages doit se traduire par un renforcement du partenariat avec les terrains de stage en posant un cadre clair de collaboration, un accompagnement personnalisé et une évaluation de la satisfaction des étudiants. Les instructions du 24 décembre 2014, relatives aux stages en formation infirmière<sup>67</sup>, et l'instruction du 4 novembre 2016 relative à la formation des tuteurs de stages paramédicaux<sup>68</sup> sont des guides qualité pour garantir les bonnes pratiques pédagogiques. Nous avons constaté que l'axe clinique de la formation est un élément stratégique majeur pour les DS. Celui-ci doit se traduire par le développement des enseignements à la posture clinique en institut et durant les stages des étudiants. Le raisonnement clinique est une compétence cœur de métier et le domaine d'expertise des professionnels de terrain et des cadres de santé formateurs. La politique d'encadrement, la collaboration et le partenariat avec les tuteurs et maîtres de stages sont des enjeux importants. Le partenariat et la construction d'une vision partagée entre instituts et professionnels de terrain doit s'appuyer

<sup>67</sup> [https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2015/15-03/ste\\_20150003\\_0000\\_0092.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2015/15-03/ste_20150003_0000_0092.pdf), consulté le 30 août 2018

<sup>68</sup> [https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2016/16-12/ste\\_20160012\\_0000\\_0056.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2016/16-12/ste_20160012_0000_0056.pdf), consulté le 30 août 2018



sur une participation accrue des professionnels, tuteurs et maîtres de stages aux enseignements au sein des instituts ainsi qu'à des journées d'informations. La place des CDS formateurs doit être renforcée dans les pôles et lieux de stage extrahospitaliers. Les interactions entre professionnels et les CDS formateurs sont des leviers de professionnalisation des étudiants paramédicaux.

**Objectifs n°4 Porter une politique d'encadrement des stagiaires centrée sur la dimension clinique et le développement du partenariat entre instituts et lieux de stages**

<b>Actions</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1- Co-construire une politique de stage entre instituts et établissements du GHT</li> <li>2- Développer le raisonnement clinique dans les stages et en institut</li> <li>3- Formaliser une politique de stage pour chaque filière et mesurer la satisfaction des tuteurs, maîtres de stage et étudiants</li> <li>4- Accompagner les professionnels des terrains de stage pour garantir un encadrement de qualité</li> <li>5- Animer et former les professionnels des stages en proposant des journées d'animation et de formation aux fonctions tutorales</li> </ol>
<b>Indicateurs</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1- Taux de participation des directions de soins à la définition de la politique de stage</li> <li>2- Nombre de stages qualifiés, taux de satisfaction</li> <li>3- Nombre de visites de stage réalisées</li> <li>4- Nombres d'heures et d'actions pédagogiques réalisées sur les terrains de stage</li> <li>5- Nombre de formations et taux de participation des professionnels</li> </ol>

### 3.1.5 Soutenir des pratiques pédagogiques innovantes

La *Grande Conférence de santé* préconise d'innover dans les pratiques pédagogiques. Celles-ci sont un enjeu pour la formation afin de rester en phase avec les attentes des apprenants et les nouvelles modalités d'apprentissage. De même, les pratiques de soins enseignées doivent être au plus près des pratiques professionnelles.

La numérisation de l'environnement modifie le rapport au savoir. Les instituts se doivent de construire et de mettre à disposition des apprenants des stratégies d'apprentissages diversifiées. La simulation est un axe majeur dans ce contexte. La HAS<sup>69</sup> a posé la simulation comme un levier d'amélioration des pratiques reposant sur le principe « *jamais la première fois sur le patient* ». La simulation est une pratique pédagogique qui intéresse

<sup>69</sup> [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_930641/fr/simulation-en-sante](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_930641/fr/simulation-en-sante), consulté le 30 août 2018



les formations initiales et continues. Il s'agit là aussi d'une opportunité de développer des collaborations autour de situations de soins pluridisciplinaires. La mutualisation des outils et compétences dans le cadre du GHT est une opportunité pour l'évolution des formations initiales. Les serious games, les chambres des erreurs, le patient formateur, le patient acteur sont également des axes d'innovations au service des apprenants.

**Objectifs n°5 Développer des pratiques pédagogiques innovantes et des enseignements en phase avec les pratiques des professionnels**

<b>Actions</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1- Créer et mutualiser des supports pédagogiques numériques à l'échelle du territoire</li> <li>2- Créer, utiliser et partager des tutoriels de soins co-construits entre étudiants et formateurs</li> <li>3- Mettre en œuvre des modalités d'apprentissage innovantes et diversifiées (serious games, chambre des erreurs, patient/acteur)</li> <li>4- Former par la simulation en individuel et en équipes pluridisciplinaires</li> <li>5- Mesurer l'acquisition des compétences des pratiques innovantes réalisées</li> <li>6- Mutualiser entre formations initiales et continues, à l'échelle du GHT, des outils tels que la simulation</li> </ol>
<b>Indicateurs</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1- Nombre de supports numériques mutualisés</li> <li>2- Nombre de tutoriels créés</li> <li>3- Taux de recours aux modalités innovantes d'apprentissage dans les enseignements</li> <li>4- Taux de recours à la simulation</li> <li>5- Nombres de simulations individuelles réalisées en pluridisciplinarité</li> <li>6- Taux de réussite aux épreuves et taux de satisfaction des étudiants</li> <li>7- Nombre de professionnels et étudiants formés</li> </ol>

**3.1.6 Construire une démarche qualité interne et externe**

Nous l'avons vu, l'intégration des formations paramédicales à l'université, conduit à terme les instituts paramédicaux à être soumis à une démarche de certification externe. Cette certification est, pour les acteurs interviewés, une nécessité et aussi l'opportunité de reconnaissance vis à vis de leurs partenaires. La mise en œuvre de la démarche qualité de l'HCERES permet d'apposer de sérieuses garanties pour les étudiants et les partenaires. Cette culture de la qualité permet aussi une convergence avec la démarche qualité mise en œuvre dans les établissements de santé. Ainsi, dans le processus de formation des étudiants, la sensibilisation à la démarche qualité est un levier de professionnalisation qui entre en synergie avec la culture de la gestion des risques dans les établissements de



santé. La culture positive de l'erreur doit être préférée au poids culturel de la faute. Il s'agit là de ne pas stigmatiser les étudiants ayants commis des erreurs mais au contraire, de s'en saisir et d'accompagner ces situations par des retours d'expériences de type analyse de pratiques. L'alternance intégrative est aussi l'opportunité de les mettre en situation de pédagogie active ou les étudiants peuvent mobiliser des méthodes telles qu'ALARM ou Ishikawa au sein des services de soins.

**Objectif n°6 Préparer à la certification de l'HCERES et acculturer les étudiants aux démarches qualité**

<b>Actions</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1- Réaliser un état des lieux des outils de l'assurance qualité pour chaque filière de formation</li> <li>2- Mettre en œuvre des actions qualité en lien avec l'auto-évaluation de l'HCERES</li> <li>3- Mobiliser les acteurs dans la dynamique d'assurance qualité en mettant en place un COPIL qualité</li> <li>4- Faire de la pédagogie active dans les UE relatives à la qualité et à la GDR (Audit, REX, EPP)</li> <li>5- Promouvoir la culture positive de l'erreur</li> <li>6- Mettre en place un étudiant traceur et un dispositif de déclaration des évènements indésirables</li> </ol>
<b>Indicateurs</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1- Niveau de mise en œuvre du manuel qualité</li> <li>2- Nombres d'actions qualité réalisées</li> <li>3- Nombre de réunions de communication et taux de pratiques harmonisées</li> <li>4- Nombre de situations pédagogiques transférées</li> <li>5- Taux de satisfaction des étudiants</li> <li>6- Nombre de déclarations</li> </ol>

**3.1.7 Développer une culture de la recherche paramédicale en institut**

La *Grande Conférence de santé* a posé comme axes de développement la recherche et l'interfiliarité. La recherche est un enjeu pour la qualité des soins et la reconnaissance des professionnels et étudiants. Les démarches de recherche sont aussi de puissants moteurs motivationnels pour ces derniers. L'interprofessionalité est un enjeu de santé publique de décloisonnement.

La formation infirmière est ratifiée par l'obtention d'un mémoire professionnel. La rédaction du mémoire peut conduire à l'écriture d'articles. Par exemple, un comité de lecture à l'échelle du GHT peut valoriser et accompagner les meilleurs travaux des étudiants. L'association des étudiants à des groupes de travail institutionnel, tels que les PHRIP



(programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale), est aussi un axe d'acculturation intéressant.

**Objectif n°7      Professionnaliser les étudiants à la démarche de recherche paramédicale en promouvant l'interprofessionnalité**

<b>Actions</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1- Professionnaliser les étudiants aux différents types de démarches de recherche (clinique, fondamentale) par des enseignements universitaires et des formations</li> <li>2- Acculturer en associant étudiants et formateurs aux dynamiques institutionnelles de recherche (PHRIP, groupes recherches, laboratoires)</li> <li>3- Mettre en place un comité de sélection des meilleurs mémoires étudiants et encourager l'écriture d'articles dans les revues professionnelles</li> <li>4- Définir et intégrer dans chaque filière les domaines possibles d'interfiliarité</li> </ol>
<b>Indicateurs</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1- Nombres et diversité des approches recherche enseignées</li> <li>2- Nombres de participations des étudiants et formateurs</li> <li>3- Nombre de travaux valorisés et d'articles publiés</li> <li>4- Niveaux de mise en œuvre au sein des filières et nombre d'activités pédagogiques en inter filière</li> </ol>

**3.1.8 Définir le profil des futurs étudiants et concourir à la prévention des RPS**

Mieux informer et orienter les futurs étudiants sur les différentes filières de formation paramédicales par la mise en place d'informations sur les métiers paramédicaux dès le lycée est un enjeu posé pour la nouvelle stratégie de santé<sup>70</sup> 2018-2022.

Le livre « *Omerta à l'hôpital. Le livre noir des maltraitances faites aux étudiants en santé* » publié en 2017 par le docteur Valérie AUSLENDER dénonce les violences auxquelles les étudiants en santé sont exposés lors de leurs stages. La Fédération hospitalière de France<sup>71</sup>, en partenariat avec la Fédération nationale des étudiants en soins infirmiers, ont lancé une charte de neuf engagements pour la qualité de vie au travail des stagiaires paramédicaux. La QVT des étudiants paramédicaux est un enjeu de fidélisation et de partage des valeurs de la fonction publique hospitalière.

L'instance Section Relative à la Vie Etudiante est le lieu idéal pour promouvoir et porter une politique de valorisation de la pratique sportive. Le sport permet de mieux gérer les effets du stress. L'environnement de travail des instituts doit intégrer des aménagements

<sup>70</sup> [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier\\_sns\\_2017\\_vdef.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf), consulté le 23 septembre 2018

<sup>71</sup> <https://www.fhf.fr/Presse-Communication/Espace-presse/Communiqués-de-presse/La-FHF-s-engage-durablement-pour-la-QVT-au-travail-des-stagiaires-paramedicaux>, consulté le 30 août 2018



ergonomiques type *learning lab*, des horaires d'ouvertures larges des centres documentaires et des salles de travaux pratiques.

**Objectif n°8 Définir le profil de sélection des étudiants, favoriser l'expression démocratique et la QVT au sein des instituts**

<b>Actions</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1- Définir avec les partenaires universitaires et les rectorats le profil des candidats aux formations paramédicales</li> <li>2- Mettre en œuvre des communications sur les métiers paramédicaux en phase avec le public lycéen et réaliser des journées portes ouvertes pour présenter les métiers paramédicaux</li> <li>3- Garantir et pérenniser les critères d'un stage qualifiant</li> <li>4- Evaluer la satisfaction des étudiants en stage</li> <li>5- Mettre en place un environnement de travail concourant au bien être des étudiants</li> <li>6- Sensibiliser les étudiants à la QVT au travail et prévenir les RPS</li> <li>7- Faire vivre la Section Relative à la Vie Etudiante et encourager l'expression de propositions d'améliorations de l'environnement pédagogique</li> </ol>
<b>Indicateurs</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1- Nombre de réunions avec les partenaires et définition des profils de sélection</li> <li>2- Nombre d'actions de communication auprès des lycéens et réalisations de supports de communications (vidéos de présentation, plaquettes métier)</li> <li>3- Nombre de stages qualifiants</li> <li>4- Taux de satisfaction des étudiants en stage</li> <li>5- Nombre d'étudiants utilisant le <i>learning lab</i></li> <li>6- Nombre d'étudiants participant à des activités favorisant le bien être (activité sportive et de relaxation) au sein des instituts</li> <li>7- Nombre de propositions d'améliorations mises en œuvre</li> </ol>

Nous allons dans la prochaine section présenter la méthode développée afin de faciliter l'intégration des changements importants dans les instituts.

### **3.2 Développer des compétences d'accompagnement au changement**

A l'occasion de notre prise de poste, il est intéressant de se doter d'une méthode dans la perspective des changements que nous aurons à mettre en œuvre. Dans cet esprit, nous préconisons cette méthode, pour aider au développement de nos compétences à mieux piloter le changement.



Poser un diagnostic du changement est une première phase compréhensive permettant l'identification des principales caractéristiques de l'environnement.

Les leviers sont, eux, invariables : communication et accompagnement. Ces deux volets ont vocation à s'inscrire comme des éléments à mobiliser au profit de changements importants. La définition et la mise en œuvre, par exemple, d'un nouveau projet stratégique et pédagogique est l'opportunité de faciliter l'appropriation des changements.

Nos résultats d'enquête nous ont permis d'identifier plusieurs profils en réaction à l'intégration universitaire. Dans l'ensemble, les réactions oscillent entre inquiétudes et attitudes proactives voire attentistes. Dans ce cas de figure, il est intéressant de mobiliser les leviers managériaux préconisés par KANTER et LEWIN. Le top management et les managers intermédiaires ont intérêt à créer et établir une dynamique de groupe qui sera plus efficace pour faire évoluer les normes des groupes et leur acculturation à l'université. En plus de valoriser le travail en commun, KANTER préconise aussi d'harmoniser les règles et procédures, de communiquer fortement et de soutenir ouvertement les partisans du changement.

### 3.2.1 Se doter d'une méthode de pilotage du changement

L'établissement d'une cartographie est l'étape préalable à la prise de connaissance du système. S'en suivent quatre étapes successives qui permettent de représenter les territoires du changement, d'anticiper les impacts, de cibler la communication aux publics concernés, et enfin, d'évaluer les effets de cette conduite du changement.

#### **Objectif                    Cartographier les territoires de la conduite du changement**

**n°1B**

<b>Actions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1- Cartographier les pratiques concernées par le changement</li> <li>2- Cartographier les acteurs concernés par le changement</li> <li>3- Cartographier le système des valeurs</li> <li>4- Evaluer l'aptitude au changement des acteurs en réalisant un entretien d'évaluation individuel</li> <li>5- Etablir la carte des alliés au changement</li> </ul>
<b>Indicateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1- Nombre de pratiques concernées</li> <li>2- Nombre d'acteurs concernés</li> <li>3- Identification des valeurs, rites et routines du système</li> <li>4- Nombre d'entretiens individuels réalisés</li> <li>5- Nombre et catégories d'acteurs opposants et favorables</li> </ul>

Il est indispensable pour le manager qui pilote les changements d'évaluer et d'anticiper les impacts. S'assurer que les besoins de reconnaissance et de sécurité des individus ou encore mesurer le degré d'acceptation permettent de cadencer la mise en œuvre en évaluant le degré de maturation des individus dans son ensemble.



**Objectif n°2B Anticiper les impacts du changement**

<b>Actions</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1- Evaluer les impacts en termes de besoins de sécurité, d'avenir, de reconnaissance et de participation</li><li>2- Evaluer les étapes d'acceptation du changement</li><li>3- Faire du changement une opportunité d'amélioration en intégrant la question des conditions de travail et relations au travail dans la mise en œuvre</li></ol>
<b>Indicateurs</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1- Résultats des entretiens individuels</li><li>2- Résultats du questionnaire et observations</li><li>3- Taux de satisfaction des personnels</li></ol>

Une communication ciblée permet de construire une représentation partagée du changement voulu. Toutefois, il nécessite d'adapter les réponses aux préoccupations des bénéficiaires et de l'inscrire dans un plan de communication. C'est pourquoi le plan de communication définit les actions de communication dans un échéancier en adaptant le message en fonction des attentes des acteurs.

**Objectif n°3B Communiquer pour créer une vision partagée**

<b>Actions</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1- A partir de la cartographie des acteurs, définir les actions de communication par types d'acteurs</li><li>2- Planifier les actions de communication</li><li>3- Elaborer un support de communication définissant les objectifs, les modalités, les ressources, le calendrier et les personnels du projet</li><li>4- Réaliser des réunions régulières d'information</li></ol>
<b>Indicateurs</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1- Nombre d'actions de communication selon les types d'acteurs</li><li>2- Planning respecté</li><li>3- PowerPoint de présentation réalisé</li><li>4- Nombre de réunions d'informations réalisées</li></ol>

Enfin, il s'agit de piloter le changement en mesurant les effets de la démarche mise en œuvre. A cette fin, il est intéressant de se doter d'une cellule transversale ayant vocation à soutenir et accompagner les collaborateurs dans la déclinaison des projets. Cette cellule est composée des collaborateurs les plus favorables aux changements.



**Objectif**                    **Soutenir et accompagner les collaborateurs**  
**n°4B**

<b>Actions</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1- Mesure de perception de la qualité du climat social</li><li>2- Elaborer des outils et indicateurs de changement</li><li>3- Constituer une cellule d'appui et d'innovation au changement</li><li>4- Mettre en œuvre des groupes de travail transversaux et permanents autour des thématiques générant du changement</li></ol>
<b>Indicateurs</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1- Questionnaire</li><li>2- Nombre d'indicateurs (taux d'information, de satisfaction, de compréhension et performance)</li><li>3- Référents de la cellule nommés</li><li>4- Nombre de groupes de travail et d'actions d'accompagnement et taux de participation</li></ol>

### **3.3 Bâtir une architecture organisationnelle et managériale agile**

Le dernier axe de préconisation vise la définition d'un design organisationnel et managérial facilitant la mise en œuvre du projet d'institut stratégique et pédagogique et l'appropriation des changements. Nous avons développé cette architecture en en nous projetant dans le contexte de notre futur lieu d'exercice professionnel.

Le plan stratégique « *Ma Santé 2022* »<sup>72</sup> indique dans un de ses cinq volets une évolution des formations en santé afin de répondre aux enjeux de notre système de santé. Ce plan rappelle que le décloisonnement du système de santé est un enjeu. Il est important de définir et mettre en œuvre une structure organisationnelle qui permette d'appréhender les évolutions de plus en plus rapides de notre système de santé. Les innovations technologiques et les protocoles médicaux évoluent incessamment.

Cette proposition d'architecture doit permettre de sortir du schéma organisationnel traditionnel, dit en silos, en faveur d'un dispositif transversal plus souple intégrant les évolutions. Le plan « *Ma Santé 2022* » prescrit ainsi de développer l'interfiliarité, la recherche et les innovations. La numérisation de l'environnement en santé, qu'elle soit dans le domaine pédagogique ou visant le patient, est une tendance forte à intégrer aussi. Ces préconisations, nous les avons identifiées et intégrées lors de notre démarche de recherche comme des éléments forts à décliner dans un projet d'institut.

Afin de viser un système organisationnel agile, un management sur le mode projet nous apparaît le plus approprié. Le mode projet consiste à faire collaborer des personnes impliquées dans un projet commun en parallèle à d'autres missions. Un mode d'organisation, articulé autour du projet, repose sur le principe de transversalité et de

<sup>72</sup><https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/ma-sante-2022-un-engagement-collectif> , consulté le 19 septembre 2018



collaboration entre les partenaires des instituts (DS, CDS formateurs, administratifs, étudiants).

Par ailleurs, il est important que l'architecture organisationnelle repose sur des valeurs managériales telle que la confiance et l'acceptation des erreurs afin de favoriser le développement de la créativité et l'implication dans une démarche continue d'amélioration de la qualité.

La présentation du design organisationnel, sous la forme de processus, traduit notre carte mentale du dispositif global de formation. Cette présentation sous cette forme ne vise pas à être exhaustive mais identifie les éléments essentiels permettant de répondre à notre problématique d'intégration des évolutions au service de la réalisation du projet d'institut. La figure 3 (Cf. ci-dessous) est la modélisation de notre dispositif. La modélisation fait apparaître les principaux clients et partenaires. Les cellules transversales (support de gestion et de soutien à l'innovation) viennent en appui aux projets et acteurs du dispositif de formation.

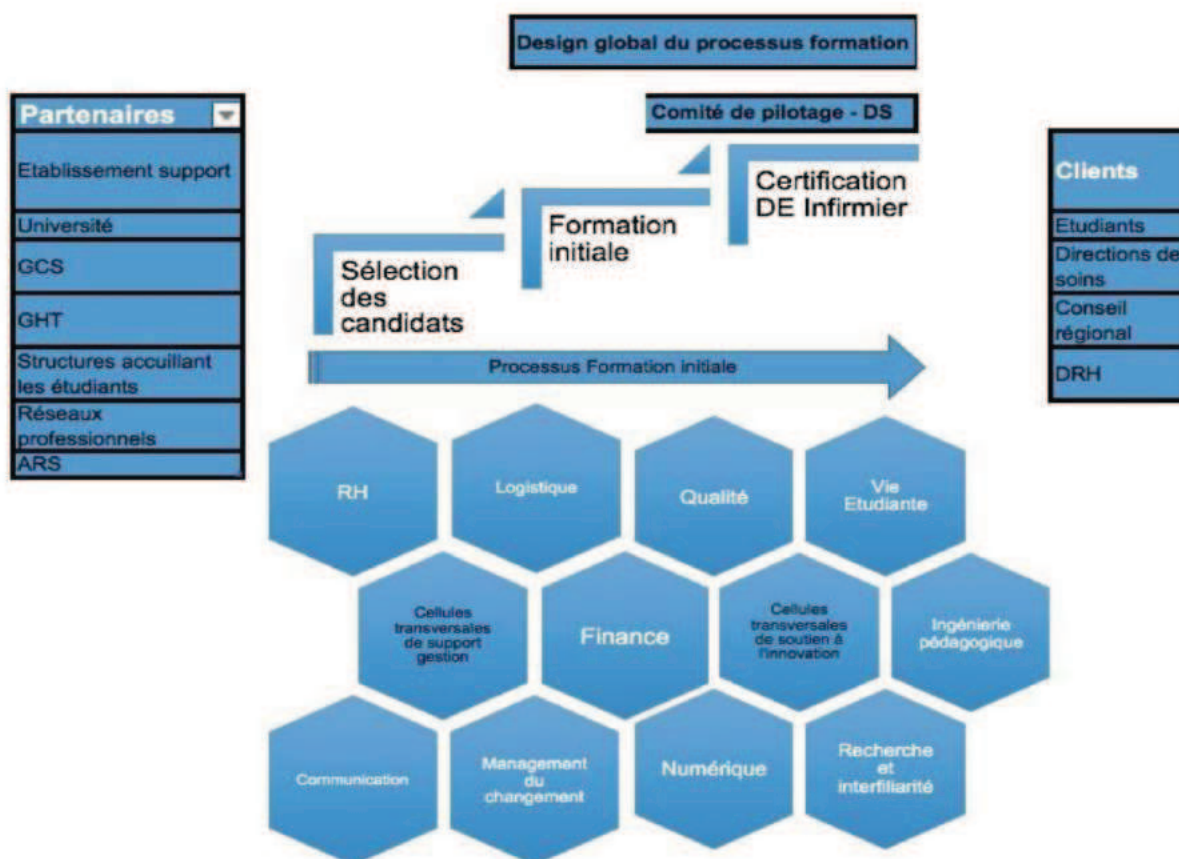


Figure 3 « Design organisationnel préconisé »



Enfin, les huit objectifs stratégiques et pédagogiques du projet d'institut sont coordonnés par le DS en comité de pilotage. Dans le tableau ci-dessous, nous proposons une synthèse des objectifs des axes 1 et 2.

### Synthèse des objectifs : axes 1 et 2 de nos préconisations

<b>1</b>	Elaborer une politique managériale en lien avec la DRH et les Directions de soins
<b>2</b>	Viser une synergie de l'offre de formation paramédicale aux besoins du territoire et l'employabilité des futurs professionnels
<b>3</b>	Renforcer la collaboration avec les partenaires universitaires et diversifier les compétences des étudiants
<b>4</b>	Porter une politique d'encadrement des stagiaires centrée sur la dimension clinique et le développement du partenariat instituts et lieux de stages
<b>5</b>	Développer des pratiques pédagogiques innovantes et des enseignements en phase avec les pratiques des professionnels
<b>6</b>	Préparer à la certification de l'HCERES et acculturer les étudiants aux démarches qualité
<b>7</b>	Professionaliser les étudiants à la démarche de recherche et promouvoir l'interprofessionnalité
<b>8</b>	Définir le profil de sélection des étudiants, favoriser l'expression démocratique et la QVT au sein des instituts
<b>3C</b>	Communiquer pour créer une vision partagée
<b>4D</b>	Soutenir et accompagner les collaborateurs



## Conclusion

S'adapter et piloter le changement est une préoccupation importante des organisations de travail dans un contexte de réformes et d'innovations. La numérisation croissante de notre société précipite encore plus la vitesse de ces évolutions.

Pour autant, le principe d'*impermanence* défini par Bouddha ou encore par le philosophe Héraclite d'Ephèse<sup>73</sup> témoignent que le changement est une préoccupation à la fois ancienne et moderne. Au delà d'une approche existentielle, être flexible dans nos sociétés est un enjeu et une compétence dans un environnement concurrentiel.

Nous avons observé que l'intégration universitaire des formations paramédicales interroge en profondeur le système de formation. Notre réflexion initiale portait sur les impacts de cette intégration sur les stratégies managériales des DS et sur la plus value des DS dans notre contexte de formation. Afin d'envisager cette question, nous avons successivement établi et clarifié le périmètre de l'intégration universitaire pour identifier les principaux enjeux pour les parties prenantes.

A partir de là, nous avons posé dans notre problématique le changement comme concept central et fil rouge de notre interrogation tout en nous intéressant aux représentations des principaux acteurs des IFSI. Bien que la conduite du changement soit jugée difficile et rarement performante dans la littérature, il nous paraît plus que nécessaire de développer des compétences managériales dans ce sens. Savoir conduire le changement est alors plus que jamais une compétence distinctive pour le DS.

Nos intuitions initiales postulent qu'il est nécessaire d'identifier les représentations afin d'établir un diagnostic préalable à toutes stratégies managériales d'accompagnement. De plus, nous estimons que dans un contexte d'incertitude, les marges de manœuvres des DS sont restreintes aux stratégies de communication et de formations au niveau master des CDS. Enfin, nous avons estimé que l'appropriation par les instituts d'une démarche qualité externe est à la fois un levier de légitimation et de reconnaissance vis à vis de ses partenaires.

La confrontation de nos trois hypothèses aux données de l'enquête a mis en évidence que les stratégies des DS d'instituts sont orientées vers des ressources et partenariats internes et externes. Une stratégie à l'échelle territoriale des GHT et GCS nous semble plus qu'intéressante afin d'atteindre une masse critique d'une part, et permettre, d'autre part, une démarche de mutualisation.

Par ailleurs, nous avons observé des stratégies de recentrage vers des activités cœur de métier, le partenariat avec les terrains de stage et la diversification des compétences des formateurs. Une « masteurisation » massive des formateurs et le développement de

---

<sup>73</sup> Philosophe du 5<sup>ème</sup> siècle avant notre ère ayant formulé le célèbre aphorisme : « Rien n'est permanent, sauf le changement. »



compétences des CDS dans les domaines du numérique, de la simulation, et de la clinique infirmière caractérisent de façon homogène le positionnement des DS. Ce positionnement nous apparaît inspirant dans le cadre du partenariat universitaire car il permet, en complémentarité des enseignements théoriques, de renforcer la dimension professionnalisante des étudiants infirmiers.

L'identification des représentations des principaux acteurs nous a permis d'acter que l'intégration universitaire est admise mais qu'elle génère encore de nombreuses interrogations et craintes. L'identité des professionnels nous apparaît tout à fois fragilisée et porteuse d'espoirs de reconnaissance. Ce constat pose la nécessité de continuer l'acculturation des professionnels d'instituts avec les partenaires universitaires afin de désamorcer les craintes et renforcer la collaboration au profit de la professionnalisation des étudiants infirmiers.

Enfin, nous n'avons pas globalement constaté l'appropriation et l'anticipation d'une démarche de certification externe. Cela nous interpelle car nous estimons que la normalisation du processus de formation est un levier de reconnaissance et de légitimation.

A partir de nos résultats, et en cohérence avec notre cadre conceptuel, nous proposons une architecture organisationnelle devant faciliter la réactivité et l'adaptation aux innovations et évolutions en santé. De plus, se doter d'une compétence à la conduite méthodologique du changement est un avantage pour le DS. Bien que nos préconisations s'inspirent de modèles existants, rénover et innover dans les instituts de formation est une nécessité pour être en phase avec les attentes des apprenants, des partenaires et les enjeux du système de santé.

La réflexion autour de notre problématique du changement nous a permis de poser des objectifs opérationnels dans une double visée stratégique et pédagogique ainsi que de renforcer notre positionnement managérial par sa triple approche : organisationnelle, méthodologique et stratégique.

Pour conclure sur la citation de Francis BLANCHE, « *Il vaut mieux penser le changement que changer le pansement* », nous retiendrons qu'en tant que Directeur des Soins si nous voulons faire vivre une architecture organisationnelle innovante, n'oublions pas que le changement demeure une dynamique permanente et que nous devons faire en sorte de l'anticiper plutôt que de le subir.



---

## Bibliographie et webographie

---

### OUVRAGES METHODOLOGIQUES :

QUIVY R. et VAN CAMPENHOUD L., 1995, Manuel de recherche en sciences sociales, Dunod

WEBER F., BEAUD S., 1997, Guide de l'enquête de terrain, La Découverte

### OUVRAGES GENERAUX :

ALTER N., 1990, La gestion du désordre en entreprise, l'Harmattan

AUTISSIER D. ; MOUTOT J.M., 2013, Méthode de conduite du changement, Dunod

AUTISSIER D. ; VANDANGEON-DERUMEZ I., VAS A., 2010, Conduite du changement, concepts clefs, Dunod

BOISSART M., 2017, La formation infirmière à l'ère de l'universitarisation, Setes

CAZALS-FERRE M.P, ROSSI P., 1998, Eléments de psychologie sociale, Armand Colin

G. JOHNSON, K. SCHOLE, R. WHITTINGTON, F. FRERY, 2008, Stratégique, Eyrolles

JODELET D., 1994, Les représentations sociales, Puf

KANTER R. M., 1983, Changes masters

LEWIN K., 1951, Décisions de groupe et changement social, Psychologie sociale, Dunod

MINTZBERG H., 2004, Le management, voyage au centre des organisations, Eyrolles

MOSCOVICI S., 1961, La psychanalyse, son image et son public. Paris, Puf

MUCCHIELLI, A. 1994, La psychologie sociale, Paris, Hachette Supérieur

SAINT-JEAN M., PEOC'H N., BASTIANI B., Accompagner le changement dans le champ de la santé, 2015, De Boeck

### TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES :

#### - Code de l'éducation :

Loi n°2013-660 du 22 juillet 2013, article 7

Loi n°2012-300 du 5 mars 2012, article 1

Loi n°2007-1199 du 10 août 2007 relative aux libertés et responsabilités des universités

Ordonnance n°2014-807 du 17 juillet 2014, article 3

- **Code de la santé publique :**

Loi du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, article L.4383-5

Décret du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière

Arrêté du 17 avril 2018 modifiant l'arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux

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

- **Autre :**

Loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales

**RAPPORTS et COMMUNIQUES DE PRESSE :**

<http://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-breves/article/grande-conference-de-la-sante>

[http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/propositions\\_cdfm\\_a\\_la\\_gcs-3.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/propositions_cdfm_a_la_gcs-3.pdf)

<http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid119537/formations-paramedicales-et-de-maieutique-dans-l-universite-agnes-buzyn-et-frederique-vidal-lancent-une-mission.html>

[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0019/304381/WHO\\_Health\\_2020\\_french\\_fior\\_web.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/304381/WHO_Health_2020_french_fior_web.pdf)

<http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2016-123R.pdf>

<https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/ma-sante-2022-un-engagement-collectif>

[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier\\_sns\\_2017\\_vdef.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf)

<https://www.fhf.fr/Presse-Communication/Espace-presse/Communiques-de-presse/La-FHF-s-engage-durablement-pour-la-QVT-au-travail-des-stagiaires-paramedicaux>



## **SITES INTERNET :**

<https://drive.google.com/file/d/1WJ-sdwGRjnqtf9ABoyZPOTBI7vUonrTO/view>

<http://docnum.univ-lorraine.fr/public/DDOC T 2016 0039 ZUFIA.pdf>

[http://www.anfh.fr/sites/default/files/fichiers/anfh\\_ghf\\_fiches\\_web\\_0.pdf](http://www.anfh.fr/sites/default/files/fichiers/anfh_ghf_fiches_web_0.pdf)

<http://www.cefiec.fr/Document/Article/PropositionsCandidats.pdf>

[https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_930641/fr/simulation-en-sante](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_930641/fr/simulation-en-sante)

<https://www.journaldunet.com/management/expert/52652/la-conduite-du-changement---un-art-bien-maitrise-ou-un-effet-de-mode-en-declin.shtml>

[https://www.lemonde.fr/campus/article/2018/03/15/il-faut-faire-tomber-les-barrieres-entre-les-formations-paramedicales-et-universitaires\\_5271690\\_4401467.html](https://www.lemonde.fr/campus/article/2018/03/15/il-faut-faire-tomber-les-barrieres-entre-les-formations-paramedicales-et-universitaires_5271690_4401467.html)

---

## Liste des annexes

---

### Annexe I : Courrier commun FHF – DG CHU – CNDCH du 21 septembre 2018



**Madame Priscille RICHARD**, conseillère santé au Cabinet de  
Madame la Ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche  
et de l'innovation

**Madame Dr Valérie MAZEAU-WOYNAR**, conseillère au Cabinet  
de Madame la Ministre des Solidarités et de la Santé

**Stéphane Le Bouler**, chef de projet Universitarisation  
des formations paramédicales et de maïeutique  
Ministère des Solidarités et de la Santé  
Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de  
l'Innovation

Paris le 21 septembre 2018

Mesdames les Conseillères, Monsieur le Chef de projet,

La Fédération Hospitalière de France (FHF), la Conférence des Directeurs généraux de CHU, la  
Conférence des Directeurs de Centres Hospitaliers (CNDCH), parties prenantes de l'universitarisation  
des formations initiales paramédicales, vous remercient pour l'entretien que vous leur avez accordé  
le lundi 10 septembre 2018.

Nous avons pris bonne note de vos engagements concernant :

- Le fait que l'universitarisation ne signifie pas l'intégration organique des FSI aux universités, ceux-ci demeurant attachés aux établissements de santé
- Le maintien des FSI de proximité. Le but est d'éviter l'apparition de déserts de formation paramédicale synonyme de difficultés de recrutement et de fidélisation pour les hôpitaux situés dans des territoires ruraux
- Le maintien d'une formation professionnalisante pour les infirmiers, ce qui impliquera de travailler de manière concertée sur la sélection des étudiants (compétences attendues, critères de sélection...) et sur un accès spécifique toujours possible aux formations paramédicales dans le cadre de la promotion professionnelle
- L'homogénéité de la qualité de formation entre les FSI urbains et ruraux, impliquant un investissement équivalent, y compris présentiel, de l'université dans l'ensemble des FSI
- Le maintien des fonctions des responsables pédagogiques dans le dispositif de formation et notamment de maintien de l'encadrement tutoriel qu'ils assurent pour l'accompagnement des étudiants lors des temps de formation clinique
- Un enseignement majoritairement assuré par les cadres formateurs et une proportion d'enseignants-chercheurs estimée par le ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation à 15% ici dans, enseignants-chercheurs dont l'articulation des





---

missions et responsabilités avec les cadres formateurs et les directeurs des soins en charge des instituts devra être précisée ; les enseignants chercheurs assureront prioritairement une responsabilité en matière de recherche en soins et de pédagogie ;

- Le maintien du rôle des établissements publics de santé dans la gouvernance des instituts de formation et dans le dialogue de gestion avec le Conseil régional, et dans la gestion des budgets ;
- Enfin, l'association de la FHF et des Conférences à la détermination des critères de sélection post-suppression du concours.

Ensemble, il a été convenu qu'il serait nécessaire de porter la réflexion de la formation continue des formateurs, actuellement titulaires d'un certificat de cadre de santé. Pour la FHF, la Conférence des directeurs généraux de CHU et la Conférence des directeurs de centres hospitaliers, ce sujet devra s'inscrire dans une réflexion globale sur la formation des cadres de santé, qui ne saurait être davantage repoussée.

Nous vous prions d'agréer, Mesdames les Conseillères, Monsieur le Chef de projet, l'assurance de notre sincère considération.

Jean-Pierre DEWITTE  
Président  
Conférence des DG de CHU

Thierry GAMOND-RIUS  
Président  
CNDCH

Zaynab RIET  
Déléguée générale  
FHF

Annexe II « Thèmes abordés lors de nos entretiens »





**Annexe III « Tableau synthétique des 12 acteurs interviewés »**

Fonction	Profil	Lieu et type d'activité	Catégories
<b>Elève DS</b>	Docteur en sciences sociales	EHESP	Expert
<b>Cadre de santé</b>	Docteur en sciences humaines, exerce en institut de formation	Région Réunion	
<b>DS</b>	Conseillère pédagogique ARS	Région Bretagne	Témoign privilégié
<b>DS</b>	Secrétaire nationale syndicats cadres FPH	Région Ile de France	
<b>CDS</b>	Formateur instituts paramédicaux CHU	Région Bretagne	Témoign impliqué
<b>CDS</b>	Formateur instituts paramédicaux CHU	Région Bretagne	
<b>CSS</b>	Coordinatrice pédagogique instituts paramédicaux CHU	Région Bretagne	
<b>CGS</b>	IFSI IFAS	Région Centre	
<b>CGS</b>	IFSI IFAS IFA	Région Bretagne	
<b>CGS</b>	IFSI IFA	Région Bretagne	
<b>CGS</b>	IFSI IFA	Région Bretagne	
<b>DS</b>	IFSI	Région Bretagne	

LE ROUZIC	Stéphane	Décembre
<p style="text-align: center;"><b>Directeur des Soins</b> Promotion 2018</p>		
<p style="text-align: center;"><b>Intégration universitaire des formations paramédicales : quels impacts et changements pour la stratégie managériale des Directeurs de Soins d'Instituts de Formation en Soins Infirmiers ?</b></p>		
<p><b>Résumé :</b></p> <p>L'intégration universitaire des formations paramédicales, en particulier celle de la formation infirmière, a été initiée dès 2009. Depuis 2016, une succession de rapports et missions préconisent son aboutissement pour les 326 IFSI.</p> <p>La normalisation des formations paramédicales, historiquement détachées de l'université en France, est globalement approuvée par les étudiants et la profession. Pour autant, s'il existe un consensus, le périmètre de cette intégration universitaire reste encore incertain. Cette situation est porteuse d'enjeux multiples pour les parties prenantes de la formation. En particulier, elle vient interroger le positionnement managérial des Directeurs des Soins.</p> <p>Afin d'investiguer les impacts de ces changements sur les stratégies managériales des DS, nous avons élaboré un cadre conceptuel permettant de caractériser les contours de l'universitarisation, ses enjeux, tout en nous référant aux auteurs spécialistes du changement. Puis nous avons réalisé une enquête qualitative sur la base d'entretiens semi-directifs auprès de Directeurs des Soins et de Cadres de Santé formateurs d'IFSI.</p> <p>La réflexion et nos résultats d'enquête autour de notre problématique du changement en institut de formation nous ont conduit à élaborer un design de formation novateur permettant de renforcer notre positionnement managérial par sa triple approche : organisationnelle, méthodologique et stratégique.</p>		
<p><b>Mots clés :</b></p> <p>IFSI - universitarisation – changement et conduite du changement – projet stratégique et pédagogique d'institut – stratégies managériales – design organisationnel – Directeur des Soins – Cadre de santé formateur</p>		
<p style="text-align: center;"><b><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></b></p>		