



EHESP

Directeur des soins

Promotion : **2008**

Date du Jury : **Septembre 2008**

**Le financement des instituts de
formation par la région :
quels impacts sur le management
stratégique du directeur des soins ?**

Claudine JOBST

Remerciements

Je remercie l'ensemble des personnes qui ont contribué à la construction et à la réalisation de ce travail.

Je tiens également à remercier tout ceux qui m'ont aidée et encouragée tout au long de cette année :

Elisabeth Winiewski et Emmanuel Guerin, mes tuteurs de stage,

Catherine Dagoret, mon tuteur de positionnement

Dominique, Josiane, Manu, Marie-Claire, Pascale, Fabrice, Jean-François, Pierre-André, mes collègues de promotion,

Sylvie, ma collègue et amie depuis de nombreuses années,

Mes amis et mes proches.

Et un grand merci à Jean-Pascal, mon mari, ainsi qu'à Marie, Anne-Laure et Victoire, mes filles, pour leur patience et leur soutien.

Sommaire

Introduction	1
1 Le contexte	5
1.1 La région, un acteur pivot de la formation professionnelle.....	5
1.1.1 L'évolution de la place de la région en tant qu'acteur de la formation	5
1.1.2 La loi du 13 août 2004	6
1.2 Impacts de la décentralisation sur les instituts de formation en soins infirmiers.....	6
1.2.1 Des compétences régionales encadrées par les règles définies par l'Etat.....	6
1.2.2 Des montants de compensation encore mal appréciés	7
1.2.3 Les orientations de la région en matière de formation.....	8
1.3 Une évolution nécessaire de la fonction de directeur.....	9
1.3.1 De la mère supérieure au professionnel	9
1.3.2 Du pédagogue au dirigeant.....	10
1.3.3 Quel management pour le directeur ?	12
2 Les entretiens et leur analyse	13
2.1 Présentation de la méthodologie utilisée.....	13
2.1.1 Le choix de la population	13
2.1.2 La méthode d'investigation	14
2.1.3 Les points forts et les limites.....	14
2.2 L'analyse des entretiens	15
2.2.1 La collaboration avec le Conseil Régional : le rôle et la place des différents interlocuteurs	15
2.2.2 L'IFSI, un organisme de formation au sein d'un territoire de santé : un changement de logique, une ouverture sur l'environnement.....	16
2.2.3 La place du directeur d'IFSI dans la gestion financière de l'institut	18
2.2.4 Les zones d'autonomie du directeur d'IFSI : quelles opportunités, quelles contraintes ?	20
2.2.5 Des interrogations quant à l'avenir	22
2.3 La confrontation aux hypothèses	24

3	Les perspectives professionnelles.....	27
3.1	Un directeur concepteur de projets.....	27
3.1.1	Analyser l'horizon stratégique	28
3.1.2	Faire un diagnostic interne	28
3.1.3	Définir des axes stratégiques	28
3.2	Un directeur acteur dans la gestion financière de son IFSI	29
3.2.1	Développer des compétences en terme de gestion budgétaire	29
3.2.2	Mettre en place des outils de gestion	30
3.2.3	Accompagner les formateurs dans ce changement culturel.....	31
3.3	Un directeur promoteur d'image.....	32
	Conclusion.....	33
	Sources et bibliographie.....	35
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

A.R.S	Agences Régionales de Santé
D.D.A.S.S	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
D.E.A.S	Diplôme d'Etat d'Aide-Soignant
D.H.O.S	Direction des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins
D.R.A.S.S.	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
D.S.I.F.	Directeur des Soins, Directeur d'Institut de Formation
E.H.E.S.P	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
E.N.S.P	Ecole Nationale de Santé Publique
H.A.S	Haute Autorité de Santé
I.F.A.S	Institut de Formation des Aides - Soignants
I.F.S.I	Institut de Formation en Soins Infirmiers
I.G.A	Inspection Générale de l'Administration
I.G.A.S	Inspection Générale des Affaires Sociales
I.G.F	Inspection Générale des Finances
P.R.D.F.P.J	Plan Régional de Développement de la Formation Professionnelle des Jeunes
R.F	Responsable des formations sanitaires et sociales au Conseil Régional
V.A.E	Validation des Acquis de l'Expérience

Introduction

A l'instar des établissements de santé, le secteur des formations sanitaires se trouve actuellement dans un environnement en pleine mutation.

L'universitarisation de la formation infirmière sur la base « Licence - Master - Doctorat » dans le cadre de l'harmonisation européenne des diplômes, l'accès à certains diplômes du secteur sanitaire par la voie de la Validation des Acquis de l'Expérience (VAE), la régionalisation des formations sanitaires et sociales nécessitent l'adaptation permanente des instituts de formation des professions paramédicales à ce contexte mouvant.

Si certains changements sont encore au stade expérimental, d'autres sont déjà effectifs. En effet, la loi du 13 août 2004¹ relative aux libertés et responsabilités locales décentralise au profit de la région, un des rares pans de la formation professionnelle qui était restée jusqu'ici sous la responsabilité de l'Etat : les formations sanitaires et sociales. Ce transfert de compétences s'inscrit dans l'Histoire qui a vu progressivement le champ de compétences de la région s'étendre depuis la loi de 1983² dite « loi Deferre » et son rôle de pilote en matière de formation continue s'affirmer.³

Si la décentralisation concerne à la fois le secteur sanitaire et le secteur social, le degré de décentralisation n'est toutefois pas le même dans ces deux secteurs.

Dans le domaine social, la loi du 13 août 2004 dispose que la région a «*la responsabilité de conduire la politique de formation des travailleurs sociaux*» en lien avec l'Etat.

Dans le domaine sanitaire, les marges de manœuvre de la région sont plus contraintes, le champ d'action étant précisément délimité par la loi. L'article 73 de la loi du 13 août 2004 transfère aux régions une liste précise et exhaustive des professions sanitaires entrant dans le champ de la décentralisation. Vingt et une professions sanitaires ou paramédicales sont concernées.

Certaines compétences restent du domaine de l'Etat, d'autres telles les aides accordées aux étudiants ainsi que la responsabilité de la gestion et du financement des instituts de formation relèvent des compétences de la région.

¹ Loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales, JO n° 190 du 17 août 2004 page 14545

² Loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'état, JO du 9 janvier 1983 page 215

³ Loi n° 93-1313 du 20 décembre 1993 relative au travail, à l'emploi et à la formation professionnelle, JO n°171 du 26 juillet 1994 page 10751

La décentralisation des formations sanitaires et sociales se singularise par rapport à celle conduite dans les années 80 en matière de formation professionnelle continue et d'apprentissage. En effet, les régions entrent dans un secteur professionnel qu'elles ne connaissent pas ou très peu. Elles se trouvent aujourd'hui face à de nouveaux interlocuteurs avec lesquels elles devront se concerter et élaborer des partenariats. En outre si les régions ont souhaité davantage de transferts en matière de formation professionnelle, elles n'ont jamais réclamé de compétences pour la formation initiale des travailleurs sociaux et paramédicaux. Mais ainsi que le souligne Jean Paul Denadot, animateur de la commission formation professionnelle de l'Association des Régions de France « *Nous n'avions pas réclamé ce transfert, mais puisqu'il a été décidé, nous allons nous en charger, et le faire bien.* »⁴

Afin de connaître les structures de formation et de comprendre leur organisation, leur fonctionnement et leur gestion financière, les régions ont tout d'abord cherché à recueillir le maximum d'informations sur l'activité des instituts de formation. Ainsi de nombreuses régions ont réalisé des audits, financiers et organisationnels, afin de mieux appréhender les coûts des formations et les répercussions financières de ce nouveau transfert pour la collectivité territoriale.

En parallèle, alors que jusque là les instituts de formation fonctionnaient avec le financement de l'hôpital auquel s'ajoutait une subvention d'équilibre de l'Etat, le décret du 29 juin 2005⁵, relatif au régime budgétaire des écoles et instituts de formation, introduit dans le budget des Etablissements Publics de Santé, supports des instituts de formation, une nouvelle ligne budgétaire affectée au budget annexe. Cette nouvelle ligne budgétaire appelée budget annexe « C » retrace les charges et les produits d'exploitation imputables à l'activité des écoles et des instituts. C'est sur cette base que la région verse à l'établissement gestionnaire, la subvention de fonctionnement.

Aujourd'hui après une période de découverte mutuelle, la région a une bonne connaissance du fonctionnement des instituts et elle est devenue pour le directeur d'un institut de formation, au coté de la DDASS, de la DRASS et de l'établissement de rattachement, l'un des partenaires incontournables dans la mesure où, en tant que financeur, elle influe sur l'organisation et la gestion des instituts de formation.

⁴ BIDEAULT M., « La décentralisation : la nouvelle donne ». *La gazette Santé Social* n°2 novembre 2004 p.24

⁵ Décret n° 2005-723 du 29 juin 2005 relatif au régime budgétaire des écoles et instituts de formation de certains professionnels de santé et relevant d'établissements publics de santé et modifiant le code de la santé publique. JO n°151 du 30 juin 2005

L'ensemble de ces constats nous amène à nous interroger quant aux répercussions de la régionalisation sur le management du directeur de soins, directeur d'un institut de formation (DSIF) ⁶ et à nous poser la question de départ suivante :

En quoi le financement des instituts de formation par la région a-t-il des répercussions sur le management du directeur d'institut de formation ?

A partir de cette question, trois hypothèses sont formulées :

- Le financement par la région conduit le DSIF à faire des choix pour positionner sa structure dans un environnement concurrentiel et répondre aux orientations de la région en matière de formation
- Le financement par la région nécessite pour le DSIF de développer de nouveaux partenariats et des nouvelles activités pour rechercher des recettes subsidiaires ou limiter les coûts de fonctionnement
- L'introduction d'un nouveau financeur oblige le DSIF à rendre compte de son activité et de la qualité de ses prestations pour justifier des ressources nécessaires

Prenant la direction d'un institut de formation après notre formation à l'Ecole des Hautes Etudes de Santé Publique, il nous paraît essentiel d'analyser les impacts de la régionalisation, d'en mesurer les enjeux afin de pouvoir nous positionner en tant que dirigeant et inscrire l'institut dans son environnement en tenant compte des dimensions politiques, économiques et sociales.

Ce travail se déclinera en trois parties :

- La première partie s'attachera à décrire le contexte dans lequel se déroule cette recherche ;
- La seconde partie exposera les différents avis recueillis lors des entretiens avec les professionnels ainsi que leur analyse au regard de la problématique. Cette analyse sera également enrichie par des éléments bibliographiques ;
- Le travail s'achèvera par l'élaboration de quelques pistes de travail pour notre prise de poste.

⁶ Nous utiliserons l'abréviation DSIF pour désigner le Directeur de soins, directeur d'un institut de formation pouvant regrouper un institut de formation en soins infirmiers et un institut de formation des aides-soignants.

1 Le contexte

Dans une première partie, nous étudierons la place de la région en tant qu'acteur de la formation, pour arriver dans une deuxième partie à mesurer les impacts de l'introduction de cet acteur sur les instituts de formation et sur la fonction de directeur.

1.1 La région, un acteur pivot de la formation professionnelle

En 1982, les « lois Deferre » ont profondément remodelés les rapports entre l'Etat, les territoires et les citoyens. La France, pays historiquement centralisé, a commencé une profonde mutation.

1.1.1 L'évolution de la place de la région en tant qu'acteur de la formation

Depuis la première loi de décentralisation en 1983, constituant le socle de la décentralisation de la formation professionnelle et de l'apprentissage et instaurant pour le Conseil Régional une compétence de droit commun dans ce domaine, on assiste à un élargissement des compétences de la région en matière de formation.

La loi quinquennale du 20 décembre 1993⁷ a fait un pas de plus en lui confiant la formation des jeunes de 16 à 25 ans et en faisant de l'échelon régional le lieu de cohérence des politiques publiques de formation grâce à la mise en place de « Plans Régionaux de Développement de la Formation Professionnelle des Jeunes » (PRDFPJ). Ceux ci sont élaborés par la région en concertation avec l'Etat et après concertation des départements, du conseil économique et social régional, du conseil académique de l'éducation nationale, du comité régional de l'enseignement agricole et des acteurs socio-économiques. Le PRDFPJ a été le moyen pour la région de s'affirmer comme un acteur pivot reconnu pour concevoir et mettre en œuvre une politique globale et concertée de formation professionnelle des jeunes, tenant à la fois compte de la dimension économique de la région à travers l'emploi des jeunes et la compétitivité de l'entreprise et de l'aménagement du territoire à travers l'adaptation qualitative de l'offre de formation.⁸

En 2002, les lois de modernisation sociale et de démocratie de proximité⁹ ont étendus les PRDFPJ à la formation professionnelle des adultes en y intégrant la VAE.

⁷ Loi quinquennale n° 93-1313 du 20 décembre 1993 relative au travail, à l'emploi et à la formation professionnelle – JO n° 171 du 26 juillet 1994 page 10751

⁸ KAROUTCHI R., rapport d'information n°455 sur la décentralisation de la formation professionnelle et de l'apprentissage

⁹ Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 relative à la modernisation sociale et loi n° 2002-276 du 27 février 2002 relative à la démocratie de proximité

1.1.2 La loi du 13 août 2004

La loi du 13 août 2004 réaffirme le principe selon lequel les régions ont l'entière responsabilité de l'apprentissage et de la formation professionnelle des jeunes et des adultes à la recherche d'un emploi. Par cette même loi, les formations sanitaires et sociales entrent dans la compétence de droit commun des régions. Elles font ainsi l'objet de schémas spécifiques et sont intégrées dans le PRDFP.

Ainsi, au fil du temps, les Conseils Régionaux se sont vu reconnaître des compétences de plus en plus étendues sur les formations à destination des jeunes et des adultes privés d'emploi. Ils ont également été progressivement investis d'un rôle de cohérence d'ensemble des dispositifs de formation.

1.2 Impacts de la décentralisation sur les instituts de formation en soins infirmiers

Dans ce contexte, au côté du directeur de l'établissement de rattachement et du représentant de l'Etat au travers des tutelles DRASS et DDASS, les instituts se trouvent confrontés à un nouvel interlocuteur ayant des compétences clairement définies par le législateur.

1.2.1 Des compétences régionales encadrées par les règles définies par l'Etat¹⁰

Conformément aux dispositions de l'article 52 de la loi de finances pour 2005¹¹, le transfert des formations paramédicales s'est effectué en deux temps. Depuis le 1^{er} janvier 2005, les Régions gèrent les aides aux étudiants des formations sanitaires qui leur sont transférées et depuis le 1^{er} juillet 2005, la gestion de ces formations est de la compétence des Conseils Régionaux.

- Les compétences conservées par l'Etat

L'Etat conserve la maîtrise de la fixation du nombre d'étudiants admis à entreprendre des études au niveau national, par métier. Il répartit ensuite ce nombre entre les différentes régions après avis des Conseils Régionaux recueillis par les préfets de région en fonction des besoins de la population.

Il garde sa compétence en matière de délivrance des diplômes et de définition des contenus de formation.

¹⁰ CHEVREUL P., Février 2005, Rapport de mission, « *La mise en œuvre du transfert aux régions des formations sanitaires et sociales* » 59 p.

¹¹ Loi n 2004-1484 du 30 décembre 2004 de finances pour 2005 – JO n°304 u 31 décembre 2004, page 22459, texte 1

Le représentant de l'Etat en région (DRASS) conserve la compétence d'autorisation de créations des établissements et émet un avis à destination de la région concernant l'agrément des directeurs d'établissement. Enfin le contrôle des organismes de formation reste du ressort de l'Etat.

- Les compétences dévolues à la région

La loi stipule que le champ de compétence de la région se limite à la répartition des quotas et capacités d'accueil entre les établissements régionaux de formation sur la base du quota régional par métier, décidé par le ministère de la santé.

La région arrête le Schéma Régional des Formations Sanitaires qui vise à analyser les besoins de qualification et à structurer l'offre de formation. Ce schéma est intégré au plan régional de développement des formations professionnelles. La région est également compétente, après avis du préfet de région, pour procéder à l'agrément des établissements de formation ainsi qu'à celui de leur directeur pour 5 ans. Elle ne distingue ni formation initiale, ni formation continue, ni public, ni privé. Concernant le financement des établissements de formation, la loi en confie la responsabilité à la région lorsqu'ils sont publics et ne crée d'obligation à l'égard des établissements privés qu'à hauteur des dépenses déjà engagées par l'Etat. Enfin, la région est compétente pour attribuer les bourses d'études aux étudiants.

En outre, l'article 73 de la loi du 13 août 2004 prévoit un régime particulier pour certaines formations en raison de leurs spécificités, à savoir, les formations sanitaires dispensées en universités ou institut universitaire de technologie, les sages femmes et les préparateurs en pharmacie.

1.2.2 Des montants de compensation encore mal appréciés

Un droit à compensation des transferts de compétences est garanti par l'article 72-2 de la constitution qui prévoit que « *tout transfert de compétences s'accompagne de l'attribution de ressources équivalentes à celles qui étaient consacrées à leur exercice* ». ¹²

Le rapport élaboré par les trois inspections générales, IGF-IGA-IGAS, chargé de proposer une méthode « *d'évaluation des transferts de charges liés à la décentralisation aux Régions du financement des écoles paramédicales et de sages-femmes et des aides aux étudiants* » ¹³ retrace les difficultés d'identifier les charges et les recettes propres des écoles et d'établir un budget annexe fiable.

¹² CHEVREUL P., op.cit p 6

¹³ DE SAINT PULGENT N., O'MAHONY P., MAUSS H. et al., Janvier 2008, « *Evaluation des transferts de charges liés à la décentralisation aux régions du financement des écoles paramédicales et de sages-femmes et des aides aux étudiants.* »

« La compétence d'assurer les charges de fonctionnement et d'équipement des écoles a été transférée aux régions le 1^{er} juillet 2005 alors que le décret instituant un budget annexe pour les établissements hospitaliers sous le régime de la dotation globale, dont relèvent la plupart des écoles, date du 29 juin de la même année. A cette date, ces établissements ne disposaient pas tous de comptabilité analytique permettant une appréciation fiable des montants financiers à transférer ».

En raison des difficultés d'évaluation initiale des dépenses des écoles relevant d'un établissement hospitalier, il a été décidé d'appliquer une période de référence dérogatoire et de déterminer le droit à compensation par l'Etat aux régions au vu des budgets annexes 2005 et non de la moyenne des dépenses 2002-2004 tel qu'il était initialement prévu.

Cette compensation provisoire s'est révélée insuffisante et le décret du 29 juin 2005 a introduit une mesure dérogatoire permettant l'attribution d'une subvention d'équilibre versée à partir du compte de résultat principal de l'établissement de santé au compte de résultat annexe des écoles. Cette disposition a été reconduite pour 2006 et 2007.

A ce jour, trois ans après le transfert il semblerait que « certaines situations ne soient pas encore stabilisées et que les rectifications sont encore fréquentes afin de réajuster les imputations comptables ». ¹⁴

A terme, cette modification de financement et la création d'un budget annexe devront conduire à un changement de logique, des ressources budgétaires seront à produire avant d'envisager des dépenses. En effet rappelons que qui dit budget annexe dit équilibre financier entre les recettes perçues et les dépenses engagées au titre de l'activité concernée. « Aucun compte de résultat annexe ne peut recevoir de subventions d'équilibre du compte de résultat principal...le total des charges doit être égal au total des produits ». ¹⁵

1.2.3 Les orientations de la région en matière de formation.

Au regard de ces transferts de compétences, limiter l'intervention de la région à une simple opération comptable semble réducteur.

La rencontre avec des responsables de deux régions ainsi que l'étude des schémas régionaux des formations sanitaires et sociales ¹⁶ nous ont permis de dégager quelques grands axes dans les orientations de la région en matière de formation. Bien que les régions soient à des stades différents dans la mise en œuvre de la régionalisation, à travers les schémas régionaux des formations, des points de convergence apparaissent :

¹⁴ Ibid p 7

¹⁵ PELJACK D., mai 2006 «De la T2A à l'EPRD». *Le bulletin juridique du praticien hospitalier*, n°88, pp 1-11

¹⁶ Schéma régional des formations sanitaires et sociales, régions Alsace, Bretagne et Lorraine.

- Faciliter l'accès à la formation à la population
- Adapter l'offre de formation aux besoins de la population du territoire
- Avoir une approche globale de l'offre de formation qui réponde aux besoins en emplois et en qualifications

Pour les régions, l'enjeu des formations sanitaires est capital. Au travers de la qualification des personnels c'est bien le défi de la qualité des prestations qui se joue, dans un contexte qui sera marqué par un vieillissement de la population et des évolutions fortes dans l'organisation, la répartition et la nature des prestations de soins.

Pour les instituts de formation il est essentiel de répondre à ces attentes et de se positionner comme un partenaire.

Dans ce contexte il est indispensable pour le directeur d'IFSI d'avoir un positionnement stratégique pour répondre aux enjeux de demain.

1.3 Une évolution nécessaire de la fonction de directeur

Gilles BREST, dans son mémoire de l'ENSP¹⁷ a réalisé un historique de la fonction de directeur d'institut de formation. Il est intéressant de le reprendre en partie.

1.3.1 De la mère supérieure au professionnel

Les hôpitaux appelés également hospices ou maisons hospitalières sont une création religieuse de l'Occident chrétien. Etymologiquement le mot « hôpital » vient du latin « *hostis* », l'étranger. Les premiers hospices apparaissent au VI^e siècle à Reims, Arles et Lyon pour accueillir les pèlerins. Au Moyen Age, avec l'apparition des premières grandes épidémies l'hôpital va héberger de nombreux indigents et mendiants. La mère supérieure se charge d'organiser la prise en charge de ceux ci par les novices. Le champ hospitalier se crée sans médecins. C'est la révolution française qui consacre l'hôpital comme lieu de soins et transfère le pouvoir hospitalier du religieux au médecin.

L'évolution des connaissances et des techniques nécessite pour le médecin de former des auxiliaires. Les premières écoles d'infirmières se créent sous l'impulsion des médecins fin du XIX^e siècle. Il s'agissait de remplacer les religieuses par « *un personnel instruit et respectueux de la liberté de conscience* ».

La direction des écoles est réservée à des médecins qui orientent la formation vers les besoins en auxiliaires médicaux hospitaliers.

¹⁷ BREST G., 2007, « *Stratégie : actualité et futur de la direction d'institut de formation en soins infirmiers dans le cadre de la régionalisation* ».ENSP, filière des directeurs de soins.

Mais l'exercice du métier de soignant va faire apparaître la nécessité d'apprentissages et de formations spécifiques et organisées.

La française Léonie Chaptal va en 1922, à l'instar de Florence Nightingale, nurse anglaise qui a développé des écoles de « gardes-malades », être à l'origine de la création du diplôme d'Etat d'infirmière et en 1923 des écoles d'infirmières.

Les directions d'écoles restent aux mains soit des médecins, soit de personnes cooptées par des congrégations ou des associations d'obédience religieuse.

C'est en 1958 devant l'hétérogénéité des formations qu'est créé un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière-monitrice et la directrice de l'école sera choisie parmi ces dernières. Peu de choses vont évoluer dans les décennies qui suivent.

1.3.2 Du pédagogue au dirigeant

Jusqu'en 2002, il était indispensable d'avoir des compétences pédagogiques pour accéder à la fonction de directeur d'IFSI. En effet, l'arrêté du 30 mars 1992¹⁸ relatif au fonctionnement des IFSI précisait que pour être directeur d'un institut de formation, « *il faut avoir exercé effectivement des fonctions d'enseignement dans un institut de formation en soins infirmiers ou une école de cadre pendant 3 ans au minimum* ». Le concours d'accès à cette fonction se fera durant cette période au niveau régional.

Le décret n°2002-550 du 19 avril 2002¹⁹ crée un corps de directeur des soins. Les directeurs de soins suivent une formation commune à l'Ecole Nationale de Santé publique et à l'issue de leur formation peuvent exercer indifféremment en établissement de santé ou en institut de formation préparant aux professions paramédicales. L'expérience pédagogique ne constitue plus un pré requis pour accéder à la fonction de directeur d'IFSI

Les missions du directeur d'un institut de formation sont définies par ce même décret. Il est responsable sous l'autorité du chef d'établissement :

- de la conception du projet pédagogique,
- de l'organisation de la formation initiale et continue dispensée dans l'institut, de l'organisation de l'enseignement théorique et pratique,
- de l'encadrement et de l'animation de l'équipe de formateurs,
- du contrôle des études,
- du fonctionnement général de l'institut,
- de la recherche en soins et en pédagogie conduite par l'équipe enseignante.

¹⁸ Arrêté du 30 mars 1992 modifié relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation en soins infirmiers

¹⁹ Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière, JO n°95 du 22 avril 2002 page 71187

Il participe à la gestion administrative et financière de l'institut et à sa gestion des ressources humaines.

Ces missions sont reprises dans les fiches métiers du Répertoire des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière²⁰ élaborées par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins. (DHOS).

En dehors des activités principales, cette fiche précise les savoirs faire requis ainsi que les tendances d'évolution du métier.

Parmi ces savoir-faire, on trouve :

- Concevoir des dispositifs et des projets de formation en adéquation avec les besoins, les contraintes du programme, les populations formées
- Evaluer l'adéquation de la formation avec les évolutions dans le domaine de la santé et en intégrer les principaux aspects
- Animer et mobiliser une équipe
- Décider et /ou influencer les choix stratégiques concernant la formation ou l'institut de formation
- Communiquer auprès des équipes, des instances, des représentants professionnels et des publics divers
- Créer et développer un réseau de partenaires dans le domaine de la formation
- Négocier les ressources (financières, humaines, techniques, logistiques)
- Evaluer la qualité du dispositif de formation à partir de la mise en place d'outils et d'indicateurs

Les tendances d'évolution du métier telles l'évolution des politiques nationales et européennes de santé et de formation des professionnels de santé ainsi que l'universitarisation et la régionalisation vont également nécessiter que le DSIF développe des connaissances autour de la réglementation des formations, du financement des instituts et qu'il mette en place des nouveaux partenariats (universitaires, européens, interprofessionnels, institutionnels).

Au travers de cette fiche métier, il apparaît donc clairement que la fonction de DSIF est une fonction en évolution. Autrefois expert en pédagogie, le DSIF se situe aujourd'hui comme un manager capable de prévoir et d'anticiper les évolutions possibles, d'élaborer des projets, d'animer une équipe de collaborateurs, de contracter avec des partenaires, de communiquer tant en interne qu'en externe.

²⁰ Ministère de la santé, DHOS, 2004, Répertoire des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière, Fiche 1A405 Directeur d'institut de formation en soins, management et pédagogie et activités paramédicales.

1.3.3 Quel management pour le directeur ?

Le concept de management fait l'objet d'une importante littérature. Les définitions évoluent et sont variables selon les auteurs et les époques.

Il semblerait que le terme de management soit un vieux mot français d'origine latine venant de « manus », la main, proche du verbe italien « maneggiare », manier, conduire. Sa signification actuelle date du début du siècle et c'est à Henri Fayol qu'on doit la première définition du management. Ce dernier propose de résumer la fonction de direction à 5 verbes : « prévoir, organiser, commander, coordonner, et contrôler ».²¹

Cette définition est toujours d'actualité. Dans le guide pour l'autodiagnostic de pratiques de management en établissement de santé²², la HAS caractérise le management autour de cinq fonctions : prévoir, organiser, décider, motiver et évaluer.

La fonction « prévoir » qui peut être précisée par les termes anticipation, adaptation, et réactualisation est considérée par la HAS comme un élément essentiel de la mission d'un responsable. Si la fonction prévoir implique tous les niveaux de responsabilité de l'établissement, les dirigeants doivent avoir une vision à long et moyen terme et privilégier une attitude prospective afin de pouvoir maîtriser le futur et ne pas le subir.

Cette attitude prospective va induire un management stratégique de la part du dirigeant. Pour reprendre la définition de Marie Agnès MORSAIN, « *Le management stratégique peut se définir comme l'art de développer la compétitivité d'une entreprise dans le temps en tenant compte de ses moyens, de ses hommes, de ses ambitions, et de l'environnement dans lequel elle se trouve* ».²³

²¹ KENNEDY C., 1993, « *Toutes les théories du management* », Paris, PUF, 209 p.

²² HAUTE AUTORITE DE SANTE, Janvier 2005, Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé.

²³ MORSAIN M.A, Mai 2003, « Le management stratégique » *Soins Cadres*, n°46, pp 40-43

2 Les entretiens et leur analyse

2.1 Présentation de la méthodologie utilisée

2.1.1 Le choix de la population

Les entretiens se sont déroulés dans 3 régions différentes. Le choix des régions s'est fait en fonction des lieux de stage.

Dans le cadre de ce travail, il nous semblait important dans un premier temps de rencontrer les responsables des formations sanitaires et sociales (RF) au sein des Conseils Régionaux de ces régions afin de cerner leurs attentes par rapport aux instituts de formation en soins infirmiers et par rapport au DSIF.

Ces entretiens ont été complétés par l'analyse du schéma régional des formations de ces trois mêmes régions.

Même si selon les régions le positionnement du Conseil Régional est différent, les attentes présentent de nombreux points de convergence.

Puis trois directeurs DSIF ont été interrogés par région. Le choix des DSIF s'est fait en regard de deux critères. Le premier critère était lié à l'établissement support. Dans chaque région nous souhaitions nous entretenir avec le DSIF d'un institut rattaché à un CHU et des DSIF de petites ou moyennes structures. Pour des raisons organisationnelles seuls deux DSIF d'un institut rattaché à un CHU ont pu être interrogés. Le second critère a été l'ancienneté dans la fonction des DSIF pour avoir une meilleure lecture de l'évolution de la fonction. (Annexe 1)

La participation à une réunion contradictoire avec le Conseil Régional nous a permis également de nous entretenir avec un directeur d'hôpital et un directeur des affaires financières de manière plus informelle.

Après avoir échangé avec les DSIF, les représentants de la région, un directeur d'hôpital, il était nécessaire d'interroger des conseillères pédagogiques pour mieux appréhender les relations entre les différents partenaires. Pour cela, nous nous sommes entretenus avec deux conseillères pédagogiques.

Il nous paraissait intéressant de ne pas nous limiter à une seule région, d'une part parce que les problématiques et les approches pouvaient être différentes, d'autre part parce que toutes les régions n'étaient pas au même stade d'avancement. Dans le cadre de notre futur exercice, avoir une vision de l'avenir tel qu'il pourrait se présenter nous semblait être une opportunité pour avoir une démarche prospective.

2.1.2 La méthode d'investigation

Concernant les DSIF et les responsables régionaux, les entretiens ont été conduits à l'aide d'un guide (Annexes 2 et 3) et étaient semi directifs. Les personnes interrogées s'exprimaient librement à partir d'une question générale sur le thème exploré.

Le choix de cet outil s'est imposé car il est suffisamment flexible et le questionnement est soumis à la rencontre et non figé.

Les entretiens se sont déroulés de différentes manières :

- Deux entretiens ont été réalisés à deux, la thématique de travail étant identique pour deux directeurs de soins stagiaires
- Un entretien était un entretien téléphonique
- Neuf entretiens singuliers ont été réalisés en face à face

Concernant les conseillères pédagogiques, nous avons rencontré la conseillère pédagogique d'une des régions, la seconde a été contactée par téléphone. L'entretien s'est articulé autour des deux questions suivantes : Quelles sont les relations entre la DRASS et le Conseil Régional et quel est la place de chacun au sein des IFSI.

Avec l'accord des personnes interviewées, ces entretiens ont été enregistrés de façon à utiliser des données les plus conformes à leurs dires. Une seule personne a refusé d'être enregistrée.

Pour l'entretien téléphonique, l'enregistrement n'a pas été possible et des notes ont été prises.

La durée des entretiens a varié de 45 minutes à 1h30.

L'audition des entretiens a permis de faire émerger des axes d'analyse et seuls ont été retranscrits les points forts des entretiens relatifs à ces axes.

2.1.3 Les points forts et les limites

Le peu d'entretiens réalisés ainsi que la limitation géographique à 3 régions ne permet pas la généralisation des points développés et les conclusions sont restreintes à l'échantillon des personnes interrogées. Cela permet néanmoins de donner une tendance générale et de pressentir les évolutions probables. Dans le contexte de notre prise de poste cette étude devrait nous permettre de repérer les points de vigilance et de mieux anticiper. Reprenons ici le constat de Marie Agnès MORSAIN, « *Le management stratégique ne se résume pas à un simple processus formalisé s'appuyant uniquement sur des variables purement*

quantitatives : pour pouvoir prendre une bonne décision il faut aussi savoir sentir l'air du temps ». ²⁴

2.2 L'analyse des entretiens

2.2.1 La collaboration avec le Conseil Régional : le rôle et la place des différents interlocuteurs

Afin de connaître les structures de formation et de comprendre leur organisation, leur fonctionnement et leur gestion financière, les Conseils Régionaux ont initié une importante concertation avec les directeurs d'instituts. La collaboration s'est mise en place pour l'élaboration des schémas régionaux, puis différents audits ont été réalisés pour permettre à la région de mieux connaître l'appareil de formation. « *Nous avons beaucoup de liens avec le Conseil Régional qui a mis en place une importante concertation avec les directeurs des centres de formations sanitaires et sociales car la région ne nous connaissait absolument pas* ». (DSIF 4)

Différentes attitudes ont pu être observées parmi les DSIF. Après une période de défiance de la part de certains et peut être de crainte par rapport à l'avenir et aux moyens dont les IFSI allaient pouvoir disposer, l'ensemble des DSIF interrogés s'accorde aujourd'hui à souligner l'intérêt que leur porte la région, la qualité de la collaboration qui a pu s'établir avec les Conseils Régionaux et ce dans les trois régions enquêtées. « *La région est très à l'écoute des besoins, il y a une considération de l'outil d'apprentissage* ». (DSIF 3)

Aujourd'hui, le Conseil Régional est reconnu par de nombreux DSIF comme un nouveau partenaire et un interlocuteur à l'écoute de leurs préoccupations. « *La région prend à cœur cette mission, le dialogue existe, ils sont conscients des problèmes, ils sont à l'écoute. Il y a une envie de travailler ensemble* ». (DSIF 6)

Pour leur part, les responsables régionaux souhaiteraient travailler de manière plus étroite avec les DSIF, mais c'est encore souvent la direction de l'hôpital de rattachement qui reste l'interlocuteur privilégié. « *Mon interlocuteur principal, c'est le DSIF. Il doit être reconnu par son employeur comme l'interlocuteur privilégié* ». (RF A)

En ce qui concerne les relations DRASS/Conseil Régional, même si les conseillères pédagogiques et les représentants de la région ont conscience de la nécessité de collaborer, les relations paraissent difficiles et tendues. Il s'agit plutôt d'un conflit de pouvoir

²⁴ MORSAIN M.A., 2000 « *Dictionnaire du management stratégique* », Paris, Editions Belin, 217 p.

induit par le législateur. En effet certaines dispositions législatives et réglementaires peuvent paraître paradoxales : l'Etat reste le garant pédagogique, le Conseil Régional devient le financeur, un représentant du Conseil Régional siège au conseil pédagogique mais n'a qu'une voie consultative, le DSIF est nommé par le directeur de l'établissement de rattachement et c'est le Conseil Régional qui donne l'agrément. Autant de situations qui complexifient les relations. De ce fait, le DSIF est souvent à l'interface de logiques différentes, dans un positionnement par moment inconfortable, mais lui ouvrant à d'autres moments des marges de négociation « *On a un vrai positionnement de marginal sécant dans tout ce dispositif là* ». ²⁵(DSIF 5)

En conclusion, le Conseil Régional s'est vu confier une nouvelle mission dans un domaine qu'il connaissait peu ou pas. Les premières années ont permis aux deux parties de se rencontrer et d'échanger autour de leurs problématiques. Selon un responsable des formations « *nous nous sommes acculturés mutuellement* » (RF B). Les rapports entre les différents acteurs se sont modifiés : les DSIF accèdent à un domaine qui jusque là leur était étranger, la DRASS a perdu une partie de son pouvoir mais se positionne aujourd'hui en tant que détenteur unique de la compétence pédagogique, le directeur de l'établissement restant le gestionnaire et l'interlocuteur financier.

Certes l'introduction d'un nouvel acteur a complexifié le dispositif, mais à ce jour, trois ans après la mise en place de la décentralisation, il semble se dégager une volonté de coopérer en respectant les missions de chacun.

2.2.2 L'IFSI, un organisme de formation au sein d'un territoire de santé : un changement de logique, une ouverture sur l'environnement

Si la région reste subordonnée aux décisions de l'Etat en matière de répartition des quotas nationaux, elle devient le chef d'orchestre de l'analyse des besoins. Le schéma régional s'appuie sur les besoins de santé de la population et donne un aspect prospectif aux formations à mettre en œuvre.

Nous avons relevé dans les schémas régionaux trois objectifs prioritaires pour les Conseils Régionaux :

- Permettre à l'ensemble de la population d'avoir accès à une première qualification ou à une nouvelle qualification
- Répondre aux besoins de santé de la population du territoire
- Répondre aux besoins des employeurs

²⁵ Le « *marginal sécant* » est défini par E.FRIEDBERG comme « quelqu'un qui ayant un pied dedans, un autre dehors, possède plusieurs casquettes et peut donc jouer le rôle indispensable d'intermédiaire ». L'analyse sociologique des organisations, *Revue POUR*, n°28, 1998

Si jusque là les instituts de formation essayaient pour la plupart de répondre aux besoins de l'établissement de rattachement en matière de personnel, aujourd'hui, le DSIF doit avoir une vision plus globale des besoins en formation sur le territoire. *«Il est vraisemblable que le directeur des soins soit amené à prendre en compte le besoin de formation du territoire et pas seulement les besoins de l'hôpital dans son approche managériale. Nous sommes confrontés à un dilemme entre les attentes de la région et les besoins de l'hôpital de rattachement»* (DSIF 2)

A ce jour, pour la formation infirmière, peu de changements sont évoqués. Les préoccupations de la région semblent se tourner plus vers les métiers d'aide à la personne ainsi que les formations de niveau V telles les formations aides-soignantes, et elle s'interroge quant aux stratégies à mettre en œuvre pour permettre la qualification de ces personnes.

La mise en œuvre de la VAE pour le DEAS, ainsi que l'existence de passerelles obligent les instituts à adapter leur organisation à ce nouveau public.

Dans la région 3, le Conseil Régional a demandé à un DSIF de ne pas mettre en place de formation initiale mais uniquement des cursus partiels car la mise en place de ceux-ci s'avérerait difficile. La région s'est engagée à financer le manque à gagner si le nombre de candidats en cursus partiel était inférieur à la capacité de cet IFAS en cursus complet.

L'introduction de ce nouveau partenaire a amené certains DSIF à poser un regard plus large sur leur environnement et à interroger leur mission.

D'ailleurs le RF B relève 3 typologies parmi les DSIF :

- Ceux qui collaborent, sont bienveillants et à l'écoute,
- Les attentistes,
- Les hostiles qui estiment que la région est le payeur et qui n'acceptent pas que celle-ci s'ingère dans leurs affaires.

Dans la première catégorie, on retrouve *« des directeurs qui ont la volonté de créer des partenariats, de s'instaurer comme un appareil de formation dans le tissu local, de dépasser leur monde hospitalo-centré »*. (RF B)

Pour ces derniers, il s'agit aujourd'hui d'avoir une culture plus politique au sens de la citoyenneté. Nous sommes dans un contexte régional d'ouverture et analyser le recrutement des étudiants, la population du bassin de vie et ses besoins, l'insertion professionnelle permet d'être plus efficace.

«Bien sur il faut que les personnes soient opérationnelles quelque soit l'endroit où elles vont travailler ; on forme au cœur de métier et les professionnels devraient être polyvalents, mais mon idée initiale c'est de former des personnes adaptées à mon territoire. J'analyse les

besoins, une population qui vieillit, qui devient dépendante, des pathologies vieillissantes, de quels professionnels a besoin le secteur pour lequel je travaille ?».(DSIF 5)

D'autres se considèrent comme des ressources pour les structures de soins environnantes et souhaitent développer des axes de formation continue afin de répondre aux besoins de ces structures « *je souhaiterais développer la formation continue pas pour l'aspect financier mais car cela fait partie des missions de l'IFSI. Les étudiants font des stages dans les structures environnantes, dans les établissements de proximité, il faudrait que l'on puisse répondre à leurs besoins*». (DSIF 8)

En conclusion, l'institut de formation d'un établissement de santé se situe dans un environnement local, mais la dimension régionale donnée par le schéma régional apporte une coloration nouvelle. Nous avons vu précédemment les enjeux de la formation pour les Conseils Régionaux et le DSIF doit avoir une lecture politique de la santé et pas uniquement hospitalière. Il ne s'agira plus pour lui de répondre uniquement aux besoins de professionnels de l'établissement de rattachement mais au besoins du territoire et prendre en compte les problématiques de santé publique. Cette capacité de se positionner en tant que partenaire et par là de justifier de sa nécessité d'exister sera pour les structures de formation un enjeu dans un contexte de rationalisation et de fusion éventuelle d'instituts.

2.2.3 La place du directeur d'IFSI dans la gestion financière de l'institut

La place du directeur est variable en fonction des relations qu'il a pu établir avec le directeur de l'établissement et de l'organisation interne de l'établissement. Dans les CHU, les instituts et les écoles sont la plupart du temps gérés par un bureau des écoles placé sous l'autorité d'un directeur qui devient l'interlocuteur privilégié de la région. Si le souhait des régions est de mettre en place une collaboration directe avec le DSIF, « *Le directeur pédagogique d'un institut doit devenir l'interlocuteur privilégié de la région tant sur le plan organisationnel que sur le plan administratif et financier* » (RF A), la réalité est quelque peu différente.

Lors de nos entretiens, nous avons rencontré trois cas de figure :

- certains DSIF ont une vision claire de leur budget, avec des tableaux de bord réguliers retraçant leurs recettes et leurs dépenses et participent aux réunions contradictoires mises en place par la région.« *Le DSIF peut être force de proposition dans la gestion du budget*» (DSIF 7). En effet le DSIF de par sa fonction est la personne qui est le plus à même pour expliciter le budget ou pour argumenter certains choix.

- certains participent à ces réunions mais n'ont aucun suivi de leur Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPDR) « *Je n'ai pas la connaissance du budget, je n'arrive pas à avoir de tableaux de bord. Je remplis les documents et c'est tout, puis j'assiste à la réunion contradictoire* ». (DSIF.8)
- certains n'ont aucune lisibilité de leur budget. « *je n'ai pas d'indicateurs pour pouvoir suivre mon budget au courant de l'année, je n'ai aucune transparence sur ce que l'hôpital a reçu de la région. J'ai de temps en temps des tableaux qui m'arrivent, frais de déplacement des formateurs, intervenants, je sais qu'à peu près 85 % du mon budget c'est en personnel et ça s'arrête à peu près là.* » (DSIF 9) Cette situation ne permet guère au DSIF d'anticiper et de se situer dans une dynamique d'innovation.

Nous ne retiendrons ici que les DSIF qui ont une marge d'autonomie dans la gestion de leur budget. Pour eux, il apparaît comme une évidence que la clarification du budget des instituts leur permet de faire des choix. Mais cette marge d'autonomie exige en contre partie une gestion plus rigoureuse des comptes et nécessite une formation à la gestion financière.

- La possibilité de faire des choix

« *Nous avons maintenant une meilleure visibilité des budgets et ayant une meilleure visibilité des budgets nous pouvons faire des choix pertinents d'économies ou de dépenses* » (DSIF 4)

- La nécessité de mettre en place des outils de gestion

Le DSIF doit être en mesure d'argumenter son budget et de justifier ses recettes et ses dépenses. Pour cela il est indispensable qu'il ait des outils de gestion fiables afin de tracer l'activité de l'institut. « *Le tableau de bord est un outil indispensable pour tracer l'activité. C'est un outil indispensable pour négocier, argumenter certaines stratégies auprès des tutelles.* » (DSIF 1)

Ces outils de gestion permettent non seulement en interne un pilotage efficace de l'institut, mais également en externe de se comparer aux autres instituts de la région.

Il n'est pas à exclure qu'à moyen terme, dans la mesure où le Conseil Régional est l'interlocuteur unique pour l'ensemble des structures de formation d'une même région, qu'il puisse comparer les structures entre elles et les mettre en concurrence.

Pour que les structures puissent être comparées, il est nécessaire de se référer à des bases communes, objectivables et comparables « *il y a une opportunité à saisir pour les directeurs de soin d'une même région, c'est d'élaborer une stratégie commune et avoir les mêmes outils, les mêmes tableaux de bord pour pouvoir proposer une comparaison*

identique à notre interlocuteur. Il est important que les directeurs d'une même région réfléchissent ensemble et non pas chacun de son côté.» (DSIF 2)

L'idée de rendre des comptes à la région est considérée comme normale pour les DSIF et il est important de pouvoir démontrer de ce que l'on fait dans les instituts « *Ils peuvent demander des comptes, c'est évident, ils sont les payeurs, mais cela ne me gêne pas, je trouve cela normal, on a à donner les éléments* ». (DSIF 4)

En conclusion, l'introduction d'un nouveau financeur donne une autre dimension à la fonction de DSIF, dimension qu'ils souhaitent pour la plupart investir. Les enjeux sont clairement identifiés et l'impact sur le management et sur les orientations de l'institut n'est plus à démontrer. S'il ne s'agit pas pour un DSIF de devenir un directeur des affaires financières, il est cependant essentiel pour lui de connaître la nature des dépenses et des recettes de chaque ligne comptable pour assurer un suivi budgétaire précis. C'est un élément fondamental pour prendre des décisions et contrôler. Pour l'instant, les DSIF n'ont pas encore acquis les compétences nécessaires et les outils de gestion sont très peu développés. La nécessité de chiffrer, d'évaluer les coûts, de justifier les dépenses sont des notions que les DSIF intègrent peu à peu et la coopération avec les services financiers est une condition sine qua non pour pouvoir assurer le suivi budgétaire.

2.2.4 Les zones d'autonomie du directeur d'IFSI : quelles opportunités, quelles contraintes ?

Le décret n°2002-550 du 19 avril 2002 précise que le DSIF « *participe à la gestion administrative et financière de l'institut* ».

Dans ce cadre, comme nous l'avons vu précédemment, différentes stratégies peuvent être adoptées par le DSIF. « *Le directeur peut n'être qu'un exécuteur du budget, mais il peut se battre pour avoir une place. C'est la question du positionnement du directeur d'IFSI. Cela lui donne également une responsabilité supplémentaire.* » (DSIF 6)

- Un nouveau positionnement

D'après les entretiens que nous avons pu mener, la majorité des directeurs s'accordent à dire que nous sommes dans une période de mutation dans la fonction de DSIF et que la participation à la gestion financière de l'institut a impacté la fonction. La fonction politique et stratégique est en train de devenir prédominante : « *Il s'agit d'un changement de rôle pour le directeur, avant nous faisons 90% de pédagogie et 10% d'administratif, aujourd'hui c'est 25% de pédagogie et 75% d'administratif* ». (DSIF 1)

Cette mutation est en général vécue de manière positive, comme un enrichissement de la fonction et un moyen pour pouvoir faire des choix stratégiques pour l'institut et se positionner en tant que dirigeant : « *Le fait que le directeur soit associé au budget de l'institut donne une autre dimension au métier de directeur.* » (DSIF 2), « *On a de grosses ficelles à tirer. On a un vrai métier.* » (DSIF 5)

- Un concepteur de projet

Les choses ne paraissent pas figées et la région est sensible aux projets innovants permettant d'améliorer la qualité de la formation. L'ensemble des DSIF s'est accordé pour dire que, quelle que soit la région, les projets construits et argumentés étaient financés par celles-ci. Certaines régions s'orientent vers la contractualisation par la mise en place de contrats d'objectifs et de moyens.

- Un gestionnaire responsable

Concernant les actions de formation continue, les avis des DSIF sont divergents. Si certains font le choix de ne pas développer de la formation continue, « *Je ne vois pas pourquoi aujourd'hui je développerais de la formation continue si elle vient en déduction de la subvention. Je préfère me centrer sur la formation initiale* » (DSIF 7), d'autres y voient une possibilité d'enrichissement et d'épanouissement pour les formateurs, d'ouverture sur l'environnement et estiment que l'institut doit répondre aux besoins en formation du territoire « *L'IFSI est remis dans un autre dispositif. Avant il se plaçait dans le dispositif hospitalier. Aujourd'hui, dans le contexte régional, il s'agit d'avoir une culture plus politique au sens de citoyenneté. Etre attentif à la vie de la cité, cela permet d'être plus efficace, plus politique au sens noble du terme* » (DSIF 6)

Là encore il s'agit d'un positionnement individuel du DSIF. Souhaite-t-il développer l'institut ou se limiter à la formation initiale ? Ne faut-il raisonner qu'en terme de finances ou aussi en terme de service rendu au sein du territoire ? Se situe-t'il en partenaire responsable et impliqué cherchant à réduire les coûts ou à faire des recettes subsidiaires ou simplement en prestataire de service ?

Dans cette même logique certains directeurs sont prêts à tenter des mutualisations de moyens « *Le directeur doit chercher à réduire les coûts. A ce titre il peut développer un partenariat avec une autre structure de formation et mutualiser les moyens pour réduire certains coûts de formation* ». (DSIF 2)

D'autres vont jusqu'à envisager une articulation et des collaborations entre le secteur sanitaire et le secteur social et commencent à réfléchir sur ce qui peut être mutualisé, sur les outils qui peuvent être mis en place. « *Les frontières sont elles si claire entre les aides*

soignantes et les auxiliaires de vie sociale ? Peut être faut il former un cœur de compétences et que des compétences spécifiques soient développées dans un second temps en fonction des besoins du poste de travail grâce à la formation tout au long de la vie ? » (DSIF 4) Cette question du partenariat prend tout son sens dans la mesure où le financeur est le même dans le secteur sanitaire et social et elle est d'ailleurs fortement encouragée par les Conseils Régionaux. De plus ce décloisonnement répondrait à l'évolution des besoins de la population, marquée par une complexification des pathologies qui associent de plus en plus fréquemment des problématiques de santé, psychologiques et sociales et où les différents professionnels doivent apprendre à travailler ensemble.

A contrario, tout en ayant conscience du fait qu'il n'était peut être pas utile que tous les IFSI fasse la même chose et que des pôles d'excellence puissent être développés, l'heure ne semble pas encore être à la mutualisation inter IFSI. *« C'est une histoire de culture ».* (DSIF 3)

En résumé, la régionalisation permet aux DSIF de se situer dans une autre logique. Bien que la marge de manœuvre soit réduite, certains d'entre eux souhaitent profiter de cette opportunité pour inscrire l'IFSI dans une nouvelle dynamique et initier des coopérations et des partenariats. Cette évolution dans le fonctionnement des IFSI semble inéluctable au regard des évolutions des différentes professions du secteur de la santé, des besoins de la population, le tout dans des enveloppes contraintes.

2.2.5 Des interrogations quant à l'avenir

Nous sommes actuellement dans une période mouvante pour les instituts. Tout comme les établissements de santé, nous sommes dans un contexte budgétaire difficile. Certaines interrogations émergent quant aux évolutions à venir.

- Un regard sur la pédagogie

Pour l'instant, il n'y a pas d'ingérence dans la pédagogie de la part du Conseil Régional qui est encore en train d'évaluer des coûts. Mais la région va-t-elle se contenter du rôle de financeur sans aucun regard sur la pédagogie ? Selon certains représentant des Conseils Régionaux il semblerait que non.

« La responsabilité sur le plan pédagogique appartient à l'Etat mais les conséquences des organisations pédagogiques mises en œuvre sont de la responsabilité de la région. Dans ces conditions, l'intervention régionale ne pourra pas se contenter d'être mise devant le fait accompli. Il sera donc nécessaire que toutes évolutions liées à la pédagogie, réglementaires du fait de l'évolution des textes ou factuelles du fait de la volonté des

responsables, fassent l'objet d'une évaluation au préalable afin de déterminer les impacts administratifs, financiers et logistiques. » (RF A)

- La mise en œuvre de démarches qualité

Si à ce jour le Conseil Régional ne s'intéresse qu'à ses prérogatives de financement, il est vraisemblable que demain il s'interrogera sur la qualité pédagogique.

Concernant les IFSI, la région souhaite mettre en place des « suivis de cohorte » afin de pouvoir analyser les abandons en cours de formation ainsi que les échecs au diplôme d'état. Pour l'instant le questionnement se situe plus au niveau quantitatif qu'au niveau qualitatif.

« On a plus le choix, il va falloir prouver ce que l'on fait en terme de qualité et de quantité. La région va demander des comptes. Il s'agit de l'argent des contribuables ». (DSIF 6)

A l'instar de ce qui se passe dans certaines régions où le Conseil Régional a élaboré un référentiel qualité pour les IFAS, les différents DSIF interrogés pensent que des démarches qualité vont se mettre en place dans les IFSI mais là également la mise en œuvre se révélera complexe. La qualité est du ressort de la DRASS mais la mise en œuvre d'une démarche qualité nécessite un accompagnement financier. Le Conseil Régional sera-t-il partie prenante ?

Pour un des responsables interrogé (RF B), les démarches qualité feront l'objet de négociations particulières peut être dans le cadre de contrats d'objectifs et de moyens.

- Des inquiétudes qui émergent

De plus en plus d'écoles d'aides soignantes s'ouvrent au niveau de l'Education Nationale. Si la région peut trouver un intérêt à cette situation ce peut être en terme de coût. En effet les instituts relevant de l'éducation nationale sont financés par le ministère et non par la région. *« L'Education Nationale a un avantage, la formation ne coûte pas un sou à la région et la tentation est grande de dire : on ferme un établissement et on transfère à l'Education Nationale. » (RF A)* Les DSIF posent la question de la qualité de la formation dispensée dans un lycée et défendent la plus value de la formation en IFSI qui permet de faire se côtoyer durant la formation des professionnels qui vont être amenés à travailler ensemble. Se pose également la problématique de la mise en stage dans un contexte de pénurie de terrains de stages.

2.3 La confrontation aux hypothèses

Après trois années de décentralisation, la place de chacun s'est clarifiée et bien que des conflits de pouvoir puissent exister, l'ensemble des partenaires a perçu la nécessité d'une collaboration. Ces différents acteurs ont cependant des logiques différentes et le DSIF doit intégrer de nouvelles dimensions dans son management qu'elles soient financières, politiques ou stratégiques.

L'objet de la recherche s'est fondé sur la question suivante :

En quoi le financement des instituts de formation par la région a-t-il des répercussions sur le management stratégique du directeur d'un institut de formation ?

Pour répondre à cette question de départ, trois hypothèses avaient été formulées. Les hypothèses se vérifient pour certains directeurs mais ne peuvent pas être généralisées à ce jour.

Les répercussions sur le management des DSIF sont très différentes et semblent pour partie personne – dépendantes, liées à leur positionnement en tant que directeur et à leur souhait d'anticiper les évolutions à venir.

Nous retrouvons dans le comportement des DSIF les quatre attitudes du dirigeant décrites par Michel GODET ²⁶:

« L'autruche passive qui subit le changement, le pompier réactif qui attend que le feu soit déclaré pour le combattre, l'assureur préactif qui se prépare aux changements prévisibles et le conspirateur proactif qui agit pour provoquer les changements souhaités. »

- Première hypothèse : **Le financement par la région conduit le DSIF à faire des choix pour positionner sa structure dans un environnement concurrentiel et répondre aux orientations de la région en matière de formation.**

Le financement par la région est pour certains directeurs l'occasion de faire évoluer leurs instituts et de développer des stratégies en relation avec leur environnement. Ceux-ci considèrent que leur institut est une « organisation ouverte »²⁷ où l'environnement est une ressource et peut être source d'opportunités de développement.

²⁶ GODET M., 1997 « *Manuel de prospective stratégique : l'art et la méthode* » Tome 2, Paris, Dunod, collection : progrès du management, 259 p.

²⁷ CREMADEZ M., 1997 « *Le management stratégique* », 2^{ème} édition, Paris Inter-Edition, 444p.

A partir de ce pré-supposé, ils ont une attitude proactive, c'est-à-dire qu'ils proposent et anticipent les changements qui peuvent leur être favorables.

La notion de concurrence est encore peu évoquée par les DSIF.

- **Deuxième hypothèse : Le financement par la région nécessite pour le directeur d'IFSI de développer de nouveaux partenariats et des nouvelles activités pour rechercher des recettes subsidiaires ou limiter les coûts de fonctionnement.**

Les DSIF ont pris conscience de la nécessité d'équilibrer leur budget. Néanmoins, concernant le développement de la formation continue, leurs attitudes sont différentes. Si certains souhaitent développer des actions de formation continue pour, d'autres ne le souhaitent pas car les bénéficiaires risquent de venir en atténuation de la subvention régionale. Se pose ici la philosophie qui sous-tend le développement de la formation continue : cette dernière peut être perçue soit uniquement comme source de revenus supplémentaire, soit également comme une source d'enrichissement et comme une réponse à l'évolution des professions et des besoins en formation. Cette problématique est identique pour les partenariats à développer.

- **Troisième hypothèse : L'introduction d'un nouveau financeur oblige le directeur d'IFSI à rendre compte de son activité et de la qualité de ses prestations pour justifier des ressources nécessaires.**

Les démarches qualité sont de la compétence de l'Etat et pour l'instant les conseils régionaux s'y intéressent peu. Leur questionnement se situe pour l'instant autour des situations variables d'un institut à l'autre (coût du concours d'entrée, ratio de formateurs, budget des intervenants extérieurs, coût des déplacements des étudiants) et il est urgent que les DSIF disposent d'outils pertinents pour pouvoir argumenter leur budget. En effet seul le DSIF a une connaissance suffisante de l'appareil de formation pour pouvoir argumenter certaines dépenses ou certains coûts. Le Conseil Régional évalue les IFSI les uns par rapport aux autres. Tous les IFSI sont-ils comparables, peut-on comparer les instituts en milieu rural avec ceux des villes ?

Ces entretiens mais également les rencontres informelles, les échanges avec les professionnels, les apports dont nous avons bénéficié dans le cadre de la formation à l'EHESP nous ont permis de clarifier notre propre positionnement dans notre futur poste.

Ce positionnement nous amène à explorer quelques pistes de travail qui seront présentées dans la dernière partie.

3 Les perspectives professionnelles

D'après M.O.GALANT²⁸, le DSIF s'inscrit dans 3 grands champs :

- Le champ politique qui nécessite de sa part d'être un excellent stratège, de prendre des décisions, d'argumenter ses choix, d'être dans le tendanciel afin de former des professionnels compétents
- Le champ conceptuel ou le champ du projet qui implique la capacité d'anticiper, de se projeter, d'être un visionnaire, de capter ce qui est émergent, de penser à priori et non a posteriori
- Le champ de la gestion qui consiste à organiser et à évaluer les actions initiées

Dans le cadre de ce travail, les deux premiers champs paraissent prévalents et permettent de présenter les axes qui nous semblent incontournables pour un directeur d'institut de formation.

3.1 Un directeur concepteur de projets

Comme nous l'avons vu précédemment, à travers l'élaboration des schémas régionaux de formation, les Régions souhaitent à la fois permettre à l'ensemble de la population de pouvoir bénéficier d'une formation de qualité, adapter l'offre de formation aux besoins de santé de la population du territoire et répondre aux besoins en emplois et en qualifications des employeurs. Dans le cadre du financement par le Conseil Régional, il nous paraît important d'être en phase avec les politiques régionales et de répondre autant que faire se peut aux besoins recensés et aux attentes des financeurs. L'institut de formation doit être au service de la population dans leur projet de formation ou leur besoin de soins et au service des établissements de santé, dans un contexte plus général en mutation. Tout en restant centré sur la mission initiale de l'institut et sur les missions définies par le directeur de l'hôpital de rattachement, il s'agira de s'ouvrir et de développer des stratégies pour inscrire l'institut dans le maillage régional et adapter l'offre de formation aux nouveaux enjeux. Le projet d'école lors de son élaboration ainsi que les projets qui en découlent devront prendre en compte cette nouvelle donnée.

Pour ce faire, certains préalables sont nécessaires :

²⁸ GALANT M.O., « *Le projet de management* », Enseignement filière Directeur des soins, EHESP 1 juillet 2008

3.1.1 Analyser l'horizon stratégique

Le diagnostic externe avec la mise en évidence des menaces et des opportunités a pour objectif l'élaboration d'hypothèses sur le futur et l'anticipation des évolutions pour élaborer des projets cohérents et pertinents. En effet pour reprendre M. GODET²⁹ qui cite lui-même I.ANSOFF, « *le management stratégique consiste précisément à mettre sur pied des structures par anticipation et pas seulement par adaptation* ». Les questions suivantes se posent :

- Quelle est la politique régionale qui sera menée en regard des formations paramédicales ?
- Comment se situe l'IFSI au niveau de l'établissement, de la ville, du département, de la région ?
- Quelle est la politique de l'établissement gestionnaire à son égard ?
- Quels sont les besoins en personnels paramédicaux sur le territoire ?
- Quels sont les compétences nécessaires dans le territoire au regard de la population (prise en charge du grand âge prévention du suicide, prévention des maladies cardiovasculaires...) ?
- Existe-t-il d'autres organismes de formation sur le territoire ?

3.1.2 Faire un diagnostic interne

Réfléchir aux opportunités pour élaborer des projets d'évolution ne peut se faire qu'après un bilan des forces et des faiblesses de l'institut :

- Les locaux et le matériel sont ils suffisants et adaptés ?
- Les formateurs : le ratio est il suffisant ? Quelles sont leurs compétences ? Quelles sont leurs motivations ?

3.1.3 Définir des axes stratégiques

Les éléments collectés seront le point de départ de la réflexion concernant la place que peut prendre l'IFSI dans l'établissement, dans le département et dans la région. C'est à partir de là que le DSIF pourra déterminer sa stratégie et lui donner du sens et une orientation.

Ces axes stratégiques de développement pourront être de différente nature :

- **En externe :**
 - Définir les formations susceptibles d'être développées (VAE, formation continue, autres métiers)

²⁹ GODET M., 1997 « *Manuel de prospective stratégique : une indiscipline intellectuelle* » Tome 1, Paris, Dunod, collection : progrès du management, 260 p.

- Rechercher des partenariats avec d'autres organismes de formation pour mutualiser les moyens. Dans un premier temps, une réflexion commune entre les organismes de formation autour des contenus de formation sera à mettre en œuvre afin d'élaborer des troncs communs puis dans un second temps les étudiants pourront être regroupés pour réduire les coûts. Ces partenariats peuvent s'imaginer avec d'autres IFSI ou IFAS mais également avec des organismes du secteur social ou médico social.
- **En interne :**
 - Maintenir un partenariat de proximité avec l'établissement de rattachement en proposant aux agents des formations spécifiques répondant aux besoins de l'établissement.
 - Etre une ressource dans le cadre de problématiques ciblées (prise de la TA chez les aides soignants...)

3.2 Un directeur acteur dans la gestion financière de son IFSI

L'arrêté du 30 mars 1992 modifié, relatif au fonctionnement des instituts de formation en soins infirmiers précisait dans l'article 2 « Les instituts de formation en soins infirmiers sont dirigés par un directeur qui est responsable : ...du fonctionnement général de l'institut incluant sa gestion administrative et financière » D'après le décret du 19 avril 2002, le DSIF participe à la gestion administrative et financière de l'institut et dans le répertoire des métiers, la DHOS précise que le DSIF négocie les ressources. Enfin selon l'arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation en soins infirmiers, le conseil pédagogique doit être informé sur le budget et ce dernier doit figurer dans le rapport d'activité. Afin de pouvoir assurer cette mission, des préalables sont nécessaires.

3.2.1 Développer des compétences en terme de gestion budgétaire

Comme nous l'avons vu précédemment les connaissances des DSIF en matière budgétaire se limitent la plupart du temps aux enseignements reçus à l'EHESP.

Il nous paraît indispensable de travailler en collaboration avec les services financiers de l'établissement support afin de pouvoir avoir une lisibilité des budgets. Seule une connaissance et une compréhension précise de celui ci permettra de développer des stratégies adaptées et de négocier des moyens.

Il est à noter que certaines régions envisagent de mettre en place une formation à la gestion financière destinée à l'ensemble des DSIF pour « *décoder les éléments et que les chiffres parlent.* (RF A)

Gérer un budget revient à le préparer, le négocier, en assurer la mise en œuvre et en contrôler son suivi. Gérard BORONNAT, lors de son intervention³⁰ à l'ENSP en 2007 propose une méthodologie utilisable pour un DSIF lors de sa prise de fonction :

- Préparer le budget est l'étape la plus importante. Il s'agira d'analyser dans un premier temps les coûts de l'année N-1 par domaine et par type d'activité mais également d'avoir une vision prospective dans le domaine de la gestion des ressources humaines, des orientations pédagogiques, des projets de développement et d'innovation. En parallèle il sera nécessaire de comptabiliser les différentes recettes : la subvention du conseil régional, les frais d'inscriptions, la taxe d'apprentissage... et d'évaluer les dépenses nécessaires au fonctionnement.
- Négocier en externe avec les interlocuteurs du Conseil Régional, et les tutelles DRASS et DDASS susceptibles de soutenir nos projets et en interne avec la personne appropriée en fonction de la stratégie à adopter.
- Assurer sa mise en œuvre et contrôler son suivi. Le budget d'un institut implique l'ensemble du personnel, il faut donc sensibiliser ce dernier afin que cette dimension s'intègre dans la pratique quotidienne. Assurer le suivi d'un budget nécessite de suivre l'état des dépenses et des recettes. Pour cela des outils de gestion et de contrôle sont nécessaires.

Ce dernier point va être développé dans les paragraphes suivants

3.2.2 Mettre en place des outils de gestion

Outre la compréhension du budget, son suivi impose la mise en place de tableaux de bord. Agnès JACQUERYE et Myriam HUBINON, qui se réfèrent au guide pratique pour maîtriser la qualité totale de D.NOYE disent qu'elles entendent par tableau de bord « *l'ensemble des renseignements permettant au pilote de s'assurer de la bonne marche de son unité. Les tableaux de bord s'inscrivent dans une optique prévisionnelle de l'unité* »³¹.

Selon les auteurs du Guide Infirmier N° 3 du Service des Soins³², les tableaux de bord doivent permettre :

- De suivre l'évolution d'une unité à travers le constat de fonctionnement,

³⁰ BORONNAT G, « *Gestion financière d'une école paramédicale ou d'un institut de formation et son analyse* » Enseignement filière Directeur des soins, ENSP, juillet 2007

³¹ LEDOYEN J.R., « *Des tableaux de bord au rapport d'activité du service des soins infirmiers, de rééducation et médico techniques.* » Enseignement filière Directeur des soins. EHESP, 24 janvier 2008

³² MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'EMPLOI, Direction des hôpitaux, Guide du Service Infirmier « *Documents relatifs au fonctionnement du service infirmier – outils méthodologiques* » N° 3 série organisation et gestion du service infirmier, Direction des journaux officiels, Paris 1988

- D'établir des comparaisons entre unités du même type,
- D'expliquer ou comprendre des écarts ou dysfonctionnement,
- D'apporter des réajustements en moyens, en organisation ou autre.

Cette définition est transférable aux instituts de formation.

Différents tableaux de bord peuvent être élaborés en fonction de l'objectif recherché. Nous citerons en exemple les tableaux de bord retraçant les dépenses (suivi des frais de déplacement des étudiants, paiement des vacataires externes...), les tableaux de bord des recettes (frais d'inscription, recettes de formations continues...), ou un tableau de bord des activités retraçant les activités des formateurs.

Ces tableaux de bord pourraient nous être imposés par la Région, néanmoins il serait souhaitable que les directeurs d'une même région élaborent ensemble ces tableaux car l'expérience montre que les tableaux élaborés par les utilisateurs s'avèrent être les plus opérationnels.

3.2.3 Accompagner les formateurs dans ce changement culturel

Le budget d'une structure de formation doit impliquer l'ensemble des personnels de cette structure et pas seulement son directeur. La régionalisation comme tout changement, avec son lot d'incertitudes, a parfois provoqué quelques réactions d'inquiétude chez les formateurs. Ces inquiétudes se situaient à différents niveaux. Tout d'abord au niveau des coûts de formations. La nécessité d'évaluer les coûts, de développer des activités complémentaires, l'éventuelle mutualisation des moyens ne faisaient jusque là pas partie de la culture des IFSI. Puis, la réalisation par la région de différents audits avec la comparaison possible des IFSI sur une même région risquait de remettre en question les ratios formateurs /étudiants et aurait donc une incidence sur les postes affectés aux IFSI. La nécessité de tracer l'ensemble des activités est prégnante, des tableaux de bord se mettent en place et l'élaboration du rapport d'activité nécessite la participation des formateurs. Il est indispensable que le DSIF crée un climat de confiance suffisant et fasse preuve de suffisamment de pédagogie pour expliquer la nécessité de valoriser l'activité. Dans son rôle d'animateur de l'équipe de formateurs, le DSIF doit veiller à développer une communication interne permanente pour informer les formateurs des évolutions en cours et pour les accompagner dans ce changement.

Cet accompagnement est indispensable non seulement pour sécuriser les formateurs mais également pour les associer aux évolutions futures car comme le précise Michel GODET³³,

³³ GODET M., op cit p 28

« *motivation interne et stratégie externe sont deux objectifs indissociables, qui ne peuvent être atteints séparément* »

3.3 Un directeur promoteur d'image

La dimension marketing est souvent négligée dans le secteur sanitaire sous prétexte que ce secteur est protégé de toute concurrence³⁴. Pourtant la concurrence est à la porte des instituts, concurrence pour les terrains de stage, concurrence pour les modules de VAE, concurrence pour les actions de formation continue. Le DSIF a un rôle important de communicateur tant en externe qu'au sein de l'établissement de rattachement.

Le projet d'école ainsi que le rapport d'activité sont des outils de communication permettant de mettre en exergue les projets et l'activité d'une structure auprès des tutelles, du Conseil Régional et de l'établissement de rattachement.

Mais à l'ère de la communication il paraît également important pour un institut de développer son « image » pour affirmer son existence.

Différentes pistes peuvent être explorées :

- **En externe**, pour inscrire l'IFSI dans le territoire, nous pourrions :
 - travailler sur les supports de communication (plaquettes, site Internet),
 - participer à des manifestations publiques (forum des métiers, Téléthon),
 - ouvrir l'institut (journées portes ouvertes, prêts de locaux pour des conférences),
 - participer à des actions de santé publique au sein du territoire.

- **En interne**, pour développer le partenariat avec l'établissement support, nous pourrions :
 - représenter l'IFSI dans les différentes instances ou commissions de l'établissement,
 - proposer des formations au regard de problématiques particulières.

Les perspectives proposées dans la dernière partie de ce travail ne sont pas exhaustives, elles seront simplement notre fil conducteur lors de notre prise de poste et devront se confronter et s'adapter au contexte dans lequel nous exercerons.

³⁴ MIRAMON J.M., COUET D., PATURET J.B., 2005, « *Le métier de Directeur, Techniques et Fictions* », 3^{ème} Edition, Edition ENSP, 270 p.

Conclusion

La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales a transféré à la région les compétences du financement des écoles et instituts de formation du domaine sanitaire et du domaine social ainsi que l'attribution des aides aux étudiants inscrits dans ces établissements.

Trois ans après la mise en place de ce transfert, il nous semblait intéressant d'étudier l'impact de l'introduction d'un nouveau financeur sur le management des directeurs des instituts de formation.

Les entretiens réalisés dans trois régions auprès des principaux acteurs ont permis de relever les points suivants :

- La décentralisation a certes entraîné de nouvelles relations entre les représentants de l'Etat, des régions, des instituts de formation et des établissements supports hospitaliers, mais les différents protagonistes manifestent la volonté de coopérer dans le respect des missions de chacun.
- La mise en place de la décentralisation est à des niveaux d'avancée différente entre les régions mais les attentes concernant l'appareil de formation sont identiques : répondre aux besoins de professionnels de santé et aux besoins de formation de la population.
- L'optimisation de l'appareil de formation et le rapprochement entre le secteur sanitaire et social apparaissent comme des évolutions inéluctables.
- Pour les DSIF, l'impact de la décentralisation est variable en fonction de leur positionnement en tant que directeur mais également en fonction de leur place dans l'établissement de rattachement et des relations qu'ils ont pu établir avec ce dernier. Si pour certains, la décentralisation se limite à un changement de financeur, pour d'autres elle est une opportunité pour adopter une culture plus politique et pour s'engager dans un management plus stratégique et plus prospectif semblant répondre à leurs aspirations.

Il apparaît comme incontestable que la décentralisation modifie l'environnement des instituts de formation. De plus d'autres changements sont en cours et les effets de la mise en place du nouveau programme de formation dans les IFSI, de l'universitarisation ou de la mise en place des Agences Régionales de Santé ne sont à ce jour pas mesurables.

Pour répondre aux enjeux de demain il s'agira pour le DSIF d'ouvrir l'institut sur son environnement, d'envisager de nouvelles coopérations, de faire preuve de réactivité, de souplesse et d'adaptation pour pouvoir s'insérer dans un contexte mouvant.

*« Pour maîtriser le changement et ne pas le subir, les organisations doivent non seulement anticiper correctement (ni trop tôt, ni trop tard) les virages techniques, concurrentiels, réglementaires, mais aussi exceller dans leurs activités et enfin, innover sans cesse ».*³⁵

L'appropriation de ces nouveaux champs d'action nécessitera pour le DSIF de développer et de mettre en place des outils permettant d'assurer une gestion efficace de l'institut que ce soit sur le plan de la communication, des décisions stratégiques, de la gestion financière ou de la gestion des ressources humaines.

³⁵ GODET M., op.cit. p 28

Sources et bibliographie

Ouvrages

- BAGUENARD J., Janvier 2004, *La décentralisation*, Paris : PUF, Collection « Que sais je ? », 7^{ième} Edition 126 p.
- BLANCHET A., GOTMAN A., 1992, *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*, Paris : Edition Nathan, Collection Sociologie 128 ,125 p.
- BŒUF JL – MAGNAN M., 2004, *Les collectivités territoriales et la décentralisation*, Paris : Edition La Documentation Française ,152 p.
- CREMADEZ M., 1997, *Le management stratégique hospitalier*, 2^{ième} Edition, Paris : Inter - Edition/Masson, 448p.
- GHERTMAN M., 2005, *Le management stratégique de l'entreprise*, Paris : PUF, Collection « Que sais je ? » 125 p.
- GODET M., 1997, *Manuel de prospective stratégique : une indisciplin intellectuelle*, Tome 1, Paris : Dunod, Collection : progrès du management, 260 p.
- GODET M., 1997, *Manuel de prospective stratégique : L'art et la méthode*, Tome 2, Paris : Dunod, Collection : progrès du management, 259 p.
- KENNEDY C., 1993, *Toutes les théorie du management*, Paris : PUF, 209 p.
- MIRAMON J.M., COUET D., PATURET J.B., 2005, *Le métier de Directeur. Techniques et Fictions*, 3^{ième} Edition, Rennes : Edition ENSP, 270 p.
- MORSAIN M.A., 2000 *Dictionnaire du management stratégique*, Paris : Editions Belin, 217 p.
- THUDEROZ C., 2006, *Histoire et sociologie du management*, Lausanne : Presses Polytechniques et Universitaires Romandes, 370 p.

Articles de périodiques :

- ARCHAMBAULT H., novembre 200, « Le management d'un IFSI ». *Objectif soins* n°90, pp. 13-19
- BIDAULT M., Novembre 2004, « Décentralisation : la nouvelle donne ». *La Gazette Santé Social*, n°2, pp 24-25.
- FRIEDBERG E., 1998, « L'analyse sociologique des organisations ». *Revue POUR*, n° 28, p.40
- INFFO FLASH. Centre INFFO, supplément du 1^{ier} au 15 avril 2006, n°677, pp. 4-8
- MACON H., « Prendre la direction d'un IRTS ». *Informations sociales*, n°135, pp. 62-70
- MORSAIN M.A., mai 2003 « Le management stratégique ». *Soins Cadres*, n°46, pp. 40-43
- PELJACK D., mai 2006 « De la T2A à l'EPRD ». *Le bulletin juridique du praticien hospitalier*, cahier spécial n°88 pp1-11
- VIGNATELLI W., novembre 2003 « La régionalisation des structures de formation de santé ». *Soins Cadres*, n°48, pp 70-71

Textes législatifs et réglementaires

- Loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'état – Journal officiel du 9 janvier 1983 page 215
- Loi quinquennale n° 93-1313 du 20 décembre 1993 relative au travail, à l'emploi et à la formation professionnelle – Journal officiel n° 171 du 26 juillet 1994 page 10751
- Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 relative à la modernisation sociale – Journal officiel du 18 janvier 2002 page 1008 texte n° 1
- Loi n° 2002-276 du 27 février 2002 relative à la démocratie de proximité – Journal officiel n°50 du 28 février 2002 page 03808
- Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, Journal officiel n°190 du 17 août 2004 page 14545
- Loi n° 2004-1484 du 30 décembre 2004 de finances pour 2005 – Journal officiel n°304 du 31 décembre 2004 page 22459 texte n°1

- MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière – Journal officiel n°95 du 22 avril 2002, page 7187
- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Décret n° 2005-723 du 29 juin 2005 relatif au régime budgétaire des écoles et instituts de formation de certains professionnels de santé et relevant d'établissements publics de santé et modifiant le code de la santé publique – Journal officiel n°151 du 30 juin 2005
- MINISTERE DE LA SANTE. Arrêté du 30 mars 1992 modifié relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation en soins infirmiers

Rapports

- CHEVREUL P., Février 2005, « *La mise en œuvre du transfert aux régions des formations sanitaires et sociales* » Rapport de mission.59 p
- KAROUTCHI R., 2005, Rapport d'information n°455 sur la décentralisation de la formation professionnelle et de l'apprentissage 79 p.
- MOLINIE E., 2005, « *L'hôpital public en France : Bilan et perspectives* », Avis et rapport du conseil économique et social.
- DE SAINT PULGENT N., O'MAHONY P., MAUSS H. et al., Janvier 2008, « *Evaluation des transferts de charges liés à la décentralisation aux régions du financement des écoles paramédicales et de sages-femmes et des aides aux étudiants.* »

Mémoires

- BREST G., 2007, « *Stratégie : actualité et futur de la direction d'institut de formation en soins infirmiers dans le cadre de la régionalisation*» Ecole Nationale de Santé Publique, Filière des directeurs de soins, 52 p.
- DELATTRE T., 2007, « *La décentralisation des formations sanitaires en région Nord-Pas-de-Calais. Un enjeu pour le directeur d'institut de formation en soins infirmiers* » Ecole Nationale de Santé Publique, Filière des directeurs de soins, 57 p.
- PAQUET P.Y., 2007, « *Quelle stratégie pour le directeur des soins en IFSI, dans le cadre du transfert des formations sanitaires et sociales aux régions ?* » Ecole Nationale de Santé Publique, Filière des directeurs de soins, 62 p.
- ROUSSET A., 2007, « *Impact des nouveaux modes de financement des IFSI sur les fonctions du directeur* » Ecole Nationale de Santé Publique, Filière des directeurs de soins, 62 p.

- SIFFERLEN B., 2006, « *Indicateurs d'activité : quelles utilisations pour le Directeur des soins en IFSI* » Ecole Nationale de Santé Publique, Filière des directeurs de soins, 53 p.

Enseignements

- BORONNAT G., « *Gestion financière d'une école paramédicale ou d'un institut de formation et son analyse* » Enseignement filière des directeurs de soins, ENSP, juillet 2007
- GALANT M.O., « *Le projet de management* », Enseignement filière des directeurs de soins, EHESP, 1^{er} juillet 2008
- LEDOYEN J.R., « *Des tableaux de bord au rapport d'activité du service des soins infirmiers, de rééducation et médico techniques.* » Enseignement filière des directeurs de soins, EHESP, 24 janvier 2008

Source Internet

- Conseil National de la Formation Professionnelle, 2007, *Géographie de la formation professionnelle*, disponible sur Internet (visité le 30/03/08): [www.centre-info.fr/geographie de la formation.html](http://www.centre-info.fr/geographie%20de%20la%20formation.html)
- Haute Autorité de Santé, Janvier 2005, *Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en Etablissement de Santé* Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques professionnelles. Disponible sur Internet (visité le 05/05/08): www.has-sante.fr/.../guide-pour-l-autodiagnostic-des-pratiques-de-management-en-etablissement-de-sante
- Inspection générale des finances, Inspection générale de l'administration, Inspection générale des affaires sociales, Janvier 2008, *Evaluation des transferts de charges liés à la décentralisation aux régions du financement des écoles paramédicales et de sages-femmes et des aides aux étudiants*. Disponible sur Internet (visité le 25/06/08) : www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/084000339/
- Ministère de la santé- DHOS, Décembre 2004, Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière, *Fiche 1A405 : Directeur d'institut de formation en soins, management et pédagogie et activités paramédicales*. Disponible sur Internet (visité le 05/05/08) : www.sante.gouv.fr/html/dossiers/repert_metierph/intro.htm:
- Schéma régional des formations sanitaires et sociales région Alsace. Disponible sur Internet (Visité le 24/04/08) : www.region-alsace.eu/media:documents/education_formation/sanitaire.pdf
- Schéma régional des formations sanitaires et sociales région Bretagne. Disponible sur Internet (Visité le 22/04/08) : www.region-bretagne.fr/CRB/Public/divers/cache-actualite/une_strategie_region_11504692933546

- Schéma régional des formations sanitaires et sociales région Lorraine : Disponible sur Internet (Visité le 24/04/08) : www.lorraine.eu/jahia/Jahia/pid/1513

Autres sources

- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'EMPLOI, Direction des hôpitaux, Guide du Service Infirmier « Documents relatifs au fonctionnement du service infirmier – outils méthodologiques » N° 3 série organisation et gestion du service infirmier, Direction des journaux officiels, Paris 1988

Liste des annexes

Annexe 1 : Caractéristiques de la population interrogée

Annexe 2 : Guide d'entretien des directeurs d'instituts de formation

Annexe 3 : Guide d'entretien des responsables des formations sanitaires et sociales au Conseil Régional

Caractéristiques de la population interrogée

Région	Fonction	Code	Etablissement	Ancienneté dans la fonction
A	Directeur IFSI	DSIF 1	CH	2 ans
	Directeur IFSI	DSIF 2	CH	1 an
	Directeur IFSI	DSIF 3	CH	> 10 ans
	Responsable des formations sanitaires et sociales au Conseil Régional	RF A		
B	Directeur IFSI	DSIF 4	CHU	> 10 ans
	Directeur IFSI	DSIF 5	CH	> 10 ans
	Directeur IFSI	DSIF 6	CH	1 an
	Responsable des formations sanitaires et sociales au Conseil Régional	RF B		
C	Directeur IFSI	DSIF 7	CHS	3 ans
	Directeur IFSI	DSIF 8	CH	2ans
	Directeur IFSI	DSIF 9	CHU	9 ans
	Responsable des formations sanitaires et sociales au Conseil Régional	RF C		

CH : Centre Hospitalier

CHS : Centre Hospitalier Spécialisé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

Guide d'entretien des directeurs d'IFSI

- Présentation de la structure
- Votre ancienneté dans la fonction

Quelles sont les répercussions de la régionalisation sur votre pratique de Directeur d'IFSI ?	Y a-t-il eu des changements dans vos choix stratégiques ? Définissez vous de nouvelles priorités ?
Quelles sont vos relations avec le Conseil Régional ?	Quelle collaboration ? Quelles sont vos attentes ? Quelles sont les informations que vous devez transmettre au Conseil Régional ? Avec quels outils ?
Participez vous à la gestion budgétaire de l'IFSI ?	Quelle place, quelle marge de manœuvre ? Les points positifs
Etes vous à la recherche de recettes subsidiaires pour équilibrer le budget ?	Partenariat, mutualisation inter IFSI, développement d'actions de formation continue, autres activités à développer
Quelles sont à votre avis les évolutions prévisibles ?	Au niveau des demandes de la Région, (pédagogie, démarche qualité ?) Au niveau de la place des directeurs d'IFSI, Au niveau des projets des instituts

De façon globale, quelle est votre perception de la décentralisation des formations sanitaires et sociales

- Quels sont les aspects positifs
- Quelles opportunités (mutualisation, partenariat, coopération)
- Quelles sont les difficultés (risque de concurrence ?)

Guide d'entretien
des responsables des formations sanitaires et sociales
au Conseil Régional

- Quelles sont les orientations du Conseil Régional en matière de formation sanitaires et sociales ?
- Quelles sont les attentes du Conseil Régional en direction des Directeurs d'Institut de Formation ? (partenariat, développement de nouvelles activités, collaboration entre le sanitaire et le social)
- Quelle place souhaite prendre le Conseil Régional dans les instituts ?