



EHESP

Directeur des soins

Promotion : **2008**

Date du Jury : **Septembre 2008**

**L'institut de formation en soins
infirmiers dans un pôle de l'hôpital,
quelle réalité ?**

Nelly ALVY

Remerciements

Ce travail n'aurait pu voir sa réalisation sans le soutien de personnes qui m'ont accompagnée tout au long de ces deux dernières années. Elles se reconnaîtront... qu'elles en soient ici remerciées.

Je remercie particulièrement toutes les personnes qui ont participé aux entretiens et partagé leur opinion, leur expérience.

De même, j'adresse mes remerciements à Madame COSSON pour son aide méthodologique ainsi qu'aux membres du groupe de l'atelier mémoire pour leur contribution à une nécessaire mise à distance.

Merci aux directrices des soins qui, par leur professionnalisme, leur souci de transmettre toute la richesse de leur expérience, ont permis de m'enrichir au-cours des stages. Ce travail est aussi le fruit de nos discussions professionnelles.

Et bien sûr, au nom de l'amitié, merci à Nadine.

... à Philippe, Camille, Justine et Lilian, pour le bonheur qui fait naître le courage d'entreprendre.

Sommaire

Introduction	1
I- La gouvernance hospitalière, le constat de son application à l'IFSI	5
1.1. L'obligation faite à l'hôpital de s'inscrire dans la gouvernance	5
1.1.1. La gouvernance, une réforme de gestion de l'hôpital.....	5
1.1.2. L'IFSI, entre rattachement à un établissement de santé et tutelle régionale	6
1.1.3. La directrice des soins, entre administration, gestion et politique de formation	8
1.2. Le constat de l'intégration des IFSI dans un pôle sur deux régions	9
1.2.1. La démarche de recueil de données.....	9
1.2.2. La tendance à intégrer les IFSI dans un pôle administratif	9
1.2.3. Une position particulière de la directrice des soins de formation dans le pôle.....	10
1.3. L'observation de deux pôles intégrant l'IFSI : présentation et limites	11
1.3.1. Les points forts et les limites de l'étude réalisée	11
1.3.2. Les acteurs impliqués par l'activité de l'IFSI dans le pôle	12
1.3.3. Les projets de pôle en lien avec le management de la formation.	13
II- La réalité d'une intégration de l'IFSI dans le pôle selon les acteurs	15
2.1. Un management par pôle, organisation des relations entre le DSF et les directions de l'établissement.....	15
2.1.1. Le pôle interroge les relations fonctionnelles entre les dirigeants hospitaliers.....	15
2.1.2. Le management, un lien de coopération fédérateur.	16
2.2. Des liens plus ou moins identifiés entre projet de pôle et projet d'institut .	19
2.2.1. Des orientations du projet de pôle en lien avec le projet de l'institut.	19
2.2.2. Des divergences des directeurs de soins comme limites du projet de pôle	21
2.3. Des contradictions perçues, liées au double rattachement de l'institut	22
2.3.1. Des interrogations sur la contractualisation et la délégation de gestion.....	23
2.3.2. Une implication dans la conduite du projet de pôle mal intégrée	23

III- Les préconisations applicables par le directeur des soins en IFSI pour une coordination entre l'hôpital et la Région	25
3.1. Les avis partagés en termes d'intérêt pour chaque acteur	25
3.2. Les contraintes identifiées	26
3-3. Les préconisations dans un espace de coopération de l'IFSI	26
3.3.1. Les préconisations facilitant l'intégration de l'IFSI dans la gouvernance hospitalière	27
3.3.2. Le développement de l'information et de la communication partagé.....	28
3.3.3. Les performances de gestion de l'IFSI, espace de coopération entre Région et établissement	30
 Conclusion	 35
 Bibliographie.....	 37
 Liste des annexes.....	 I
Annexe 1 : Canevas méthodologique de l'étude professionnelle	III
Annexe 2 : Enquête par courrier électronique - Grille de recueil de données	V
Annexe 2 (suite) : Les instituts intégrés dans un pôle sur deux régions.....	VI
Annexe 3 : Grille d'entretien des directeurs de soins et directeurs d'hôpital	VII
Annexe 3 (suite) : Grille entretien du cadre formateur	VIII
Annexe 4 : Caractéristiques des lieux d'enquête et des personnes interrogées.....	IX
Annexe 5 : Grille d'analyse des pôles et des projets de pôle	XI

Liste des sigles utilisés

CA : conseil d'administration

CE : conseil exécutif

CH : centre hospitalier

CHU : centre hospitalier universitaire

CS : coordonnateur des soins

DDASS : direction départementale des affaires sanitaires et sociales

DEAS : diplôme d'Etat d'aide-soignant

DRASS : direction régionale des affaires sanitaires et sociales

DH : directeur d'hôpital

DRH : directeur des ressources humaines

DRASS : direction régionale des affaires sanitaires et sociales

DSF : directeur (rice) des soins formation

DSG : directeur (rice) des soins gestion

EPRD : Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses

IFSI : institut de formation en soins infirmiers

IFAS : institut de formation d'aide –soignant

PRDF : plan régional de développement de la formation

SRFSS : schéma régional des formations sanitaires et sociales

T2A : tarification à l'activité

Introduction

Le système de santé en France est aujourd'hui face à un défi historique : opérer une modernisation de sa gestion qui tienne compte à la fois des exigences de l'efficience et de la maîtrise des coûts en respectant la place de l'usager et les priorités de santé publique. La compétence des hommes et la capacité d'innovation sont les leviers de changement. Historiquement placée sous la tutelle des établissements de santé, la formation initiale des soignants est au centre des réformes actuelles et s'associe aux évolutions hospitalières.

D'une part, l'application de la politique européenne en France, en matière de formation, se traduit par la loi de modernisation sociale de janvier 2004, créant la **formation tout au long de la vie**. L'hôpital, dans la gestion des ressources humaines et la gestion prévisionnelle des compétences est concerné par l'application du droit au congé individuel de formation. Dans la gestion de la formation promotionnelle, les instituts sont étroitement liés à l'obligation de l'établissement, par leur mission de formation initiale et de formation continue.

D'autre part, les établissements de santé, comme les instituts de formation, sont acteurs d'une réforme de la gestion. Sur le plan financier, le fonctionnement des centres de formation est confié au Conseil Régional depuis la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales. Le budget de l'IFSI est une annexe de l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD). Les établissements de santé mettent en œuvre la tarification à l'activité (T2A). Véritables évolutions culturelles, les deux institutions vivent une période d'adaptation.

Sur un autre plan, **la gouvernance**¹ redéfinit l'organisation et la conception du management de l'activité de l'hôpital. La nouvelle gouvernance dans l'IFSI est instituée par arrêté², et prévoit entre autre, une réorganisation des représentations dans les

¹ Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

² Ministère de la Santé et de la Solidarité. Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux.

instances et une présentation explicite du projet d'école et du financement de la formation.

Ainsi, un sondage mené sur deux régions auprès de quatorze instituts révèle que deux tiers de ceux qui ont répondu sont intégrés dans un pôle administratif de l'hôpital. L'intégration, dans sa dimension sociologique désigne « *un état de forte interdépendance ou cohérence entre des éléments ou bien des processus sociaux* »³. Elle s'applique ici à l'IFSI, dans les rapports réciproques entretenus avec l'établissement de rattachement. Sur le plan socio économique, les processus d'intégration sont les « *convergences et dynamiques permises par des coordinations des politiques économiques et par l'intensification des échanges entre les acteurs économiques* ».

La décision d'intégrer l'IFSI à un pôle est un choix politique de la direction de l'hôpital car il n'existe pas d'obligation législative d'introduire les instituts de formation dans une organisation par pôle. C'est le choix fait par les directions des deux derniers établissements dans lesquels j'ai ou j'aurai à exercer.

Nommée à la direction d'un institut de formation, le mémoire professionnel est l'occasion pour moi d'un questionnement sur les modalités de l'intégration des instituts dans un pôle et ses enjeux. En effet, les fonctions de la directrice des soins sont liées à des responsabilités en termes d'organisation de la formation et de gestion administrative, financière et des ressources humaines⁴. Celle-ci doit donc accompagner l'évolution managériale dans les établissements de santé. Mais aussi, en qualité de décideur dans le monde de la santé, il est important qu'elle anticipe, évalue les modalités de cette évolution pour en saisir les opportunités et inscrire l'IFSI dans un processus d'efficience et d'amélioration de la qualité de ces activités. Or, ces dernières sont financées par la Région qui agrée l'institut et sa direction. La directrice des soins a la responsabilité d'une gestion qui répond aux orientations du schéma régional des formations sanitaires et sociales (SRFSS). Il m'a paru alors intéressant d'envisager comment le management de l'institut pouvait répondre aux exigences des relations fonctionnelles liées à un double rattachement à un établissement public de santé et à une institution territoriale.

Ainsi la question que pose cette étude est-elle :

En quoi, l'intégration de l'IFSI dans le pôle est-elle un espace de coordination pour la directrice entre l'établissement de rattachement et le financeur des formations initiales qu'est la Région ?

³ MESURE S., SAVIDAN P. / ed., 2006, *Le dictionnaire des sciences humaines*, p.627.

⁴ 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. Article 5.

Trois axes d'investigation permettent de cerner la question :

- La définition d'une politique du pôle intéresse la collaboration et le partenariat entre les directeurs des soins de formation et de gestion et le directeur des ressources humaines ;
- L'organisation du pôle a un impact sur l'autonomie des instituts dans la conduite de leur projet de formation et sur les relations fonctionnelles du directeur des soins.
- L'intégration de l'IFSI dans le pôle administratif peut mettre les acteurs du pôle et le directeur des soins dans des situations contradictoires.

Pour appréhender cette intégration, j'ai choisi de mener l'étude sur les deux établissements où j'ai effectué mes stages. L'un d'entre eux est situé dans la région d'implantation de l'IFSI que je suis amenée à diriger. Pour cela, j'ai choisi différentes méthodes d'investigation :

- un sondage par courrier électronique adressé aux directeurs des IFSI rattachés à un centre hospitalier (CH) permet de mesurer sur deux régions, combien sont concernés par l'intégration et d'en définir les principales modalités ;
- une étude sur deux établissements à l'aide d'entretiens semi-directifs avec les directeurs d'hôpital (DH) concernés par le pôle, les directrices des soins des IFSI (DSF) et les coordonnateurs des soins (CS). Elle est complétée par l'analyse documentaire des projets de pôles ;
- un entretien avec un cadre de santé chargé d'enseignement et membre élu d'un conseil de pôle permet de percevoir une représentation du pôle administratif et son incidence sur la formation initiale et sur sa place de formateur.

Pour présenter cette étude, un premier chapitre permettra d'en situer le contexte conceptuel, législatif et de présenter l'aspect méthodologique de la démarche de recherche. Il portera sur l'observation chiffrée de l'importance de l'intégration des IFSI dans un pôle de l'hôpital, la présentation de la méthodologie de l'étude et ses limites.

Dans un second chapitre, les pôles administratifs seront évoqués selon l'analyse des entretiens menés auprès des professionnels selon les trois axes d'investigation proposés.

Enfin, et avant de conclure, un troisième chapitre permettra d'envisager des préconisations qui seraient utiles au directeur des soins, pour s'appuyer sur les atouts de l'intégration tout en limitant son aspect contraignant sur le projet de l'institut.

I- La gouvernance hospitalière, le constat de son application à l'IFSI

Selon P. MOREAU DEFARGES⁵, « *la gouvernance, entendue comme un système souple de gestion des sociétés, ayant pour but l'épanouissement régulé des créativité, requiert un monde pacifié, civilisé* ». Elle traite « *toute structure sociale comme un espace de jeu* » où les acteurs vont tour à tour, participer à la prospérité de l'action collective. Le premier chapitre de ce mémoire présente le dispositif qui s'applique aujourd'hui à l'hôpital. Il s'agit d'en cerner les contours conceptuels et règlementaires avant de faire le constat d'une tendance à intégrer les IFSI dans un pôle administratif de l'hôpital. La dernière partie de ce chapitre présente donc le canevas méthodologique de l'étude menée pour mesurer les enjeux et les impacts de cette intégration sur la gestion des instituts de formation.

1.1. L'obligation faite à l'hôpital de s'inscrire dans la gouvernance

Depuis les années 1980, la modernisation de l'hôpital est envisagée. Aujourd'hui, l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 propose la réforme de son organisation. La gouvernance pénètre dans l'hôpital-entreprise pour répondre à un ensemble de problématiques majeures qui mettent en péril le système de santé en France. De même, dès 2007, le terme de gouvernance s'applique à la gestion de la formation infirmière. Le directeur des soins, dans cette mouvance, doit se positionner à l'interface de plusieurs dynamiques : quelle doit être son rôle dans le jeu de la gouvernance intéressant l'IFSI ?

1.1.1. La gouvernance, une réforme de gestion de l'hôpital

Le Plan Hôpital 2007 va contribuer à l'évolution du management en introduisant dans son quatrième volet, la réforme de la nouvelle gouvernance hospitalière. L'organisation interne de l'hôpital est revue par la structuration en pôles d'activités, selon une logique de déconcentration. Elle vise ainsi à accroître la responsabilisation des acteurs et permet une gestion médico-administrative. Historiquement, « l'amendement liberté » institué par la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, pour repenser l'organisation interne de l'hôpital, n'a pas été suivi par les établissements. La modernisation du service public est aujourd'hui attendue : selon Denis DEBROSSE, « *innover dans le domaine de l'organisation relève du défi permanent. L'usage de l'article « liberté » devient acte de courage* »⁶. La nouvelle gouvernance propose de restaurer l'initiative en permettant à chaque établissement de concevoir sa propre organisation interne, son règlement

⁵ MOREAU DEFARGES P., 2008, *La gouvernance*, p. 17.

⁶ DEBROSSE D., PERRIN A., VALENCIEN G., 2003, *Rapport Projet Hôpital 2007 : Mission sur la « modernisation de l'hôpital public et de sa gestion sociale »*, p.15.

intérieur définissant les règles de fonctionnement des pôles, « *un référentiel d'action de chaque hôpital* »⁷.

Deux instances prennent toute leur importance dans la conception de la nouvelle gouvernance : le conseil exécutif (CE) propose la création des pôles et participe à la définition de la politique générale de l'établissement. Le conseil d'administration (CA) évolue et a des compétences élargies en matière de développement d'une politique d'amélioration de la qualité et de la définition de contrats internes⁸.

L'organisation en pôles d'activités s'appuie sur plusieurs principes fondateurs :

- la définition d'un **projet de pôle** élaboré avec le conseil de pôle. Un médecin devient responsable du pôle, aidé dans le management par un cadre administratif et un cadre soignant ;
- **la contractualisation interne** établit sur la base d'objectifs visés, les moyens négociés entre le directeur d'établissement, le président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) et le responsable de pôle ;
- **la délégation de gestion** de la part du directeur est le véritable dispositif de la déconcentration de gestion hospitalière au profit de l'équipe responsable du pôle.

Ainsi, ce mouvement de responsabilisation des acteurs a pour intention un pilotage médico-administratif de l'établissement. Afin de favoriser les initiatives locales, de faciliter l'innovation et la mutualisation en terme de dispositifs de soins, la nouvelle gouvernance comprend une intention de modernisation financière associée à la réforme de la tarification à l'activité et une intention sociale de motivation des professionnels de la santé, « *comptant sur une gestion plus efficiente compte-tenu de sa proximité avec les acteurs et en raison de mesures qui sont censées l'inciter à assurer une gestion satisfaisante* »⁹.

La gouvernance comme système démocratique de gestion s'applique dorénavant à l'institut de formation par son lien de rattachement à l'hôpital mais aussi dans son fonctionnement interne.

1.1.2. L'IFSI, entre rattachement à un établissement de santé et tutelle régionale

La personnalité morale de l'IFSI est le directeur de l'établissement de rattachement qui est donc l'organisme gestionnaire. Le personnel de l'IFSI est rattaché à ce dernier.

Le rattachement peut se définir comme « *lien de dépendance* »¹⁰ qui établit un système de relations étroites nécessaires à son fonctionnement.

⁷ ibidem

⁸ DOMIN J.P., 2006, « La nouvelle gouvernance ou le retour en force de l'hôpital entreprise », *Gestions Hospitalières*, p.26.

⁹ DUPUY O., 2007, *La nouvelle gouvernance hospitalière. L'organisation en pôles d'activité*, p.49.

¹⁰ MERLET P. / ed., 2004, *Le Petit Larousse Illustré*, p.858.

Aujourd'hui les instituts de formation des professions de santé évoluent dans un environnement en mutation issu de l'évolution de la formation professionnelle en France. Leurs liens de dépendance se modifient.

Une réforme d'ensemble du système de formation est engagée en France depuis 2002 et la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales finalise la décentralisation de la formation professionnelle au bénéfice de la Région. Le financement de la formation initiale des infirmiers et aides soignants fait partie de ces nouvelles responsabilités régionales. Le schéma régional des formations sanitaires et sociales vient compléter le plan régional de développement de la formation (PRDF). Les régions ont ainsi acquis une mission de coordination de la politique de formation initiale et continue. Ainsi, elles autorisent la création d'écoles ou instituts de formation paramédicaux et répartit entre ces derniers le nombre d'étudiants ou d'élèves fixés par arrêté annuellement¹¹.

La Région a la charge du fonctionnement et de l'équipement des écoles et instituts par le biais d'une subvention versée annuellement aux organismes qui les gèrent. Elle agréé les directeurs des IFSI.

D'autre part, les instituts sont concernés par le droit à la validation des acquis de l'expérience (VAE) pour l'obtention du diplôme d'Etat d'aide-soignant (DEAS). Ce dispositif contribue à les placer à l'interface entre les adultes dans leurs parcours professionnels, les responsables des ressources humaines des établissements de santé, sanitaires et sociaux et la Région.

Et enfin, le fonctionnement de l'IFSI répond aux exigences de la participation démocratique, inhérente à la gouvernance, d'une diversité d'acteurs dont le président du Conseil Régional, le directeur de l'établissement, le représentant de l'Etat dans le département ou la Région¹². L'arrêté du 21 avril 2007¹³ prévoit, dans son premier titre, les modalités de la gouvernance des instituts de formation. Il crée une nouvelle instance consultative, **le conseil pédagogique**. Il est impliqué dans le fonctionnement de l'IFSI par la présentation de l'activité de formation et du budget. La gouvernance de l'IFSI concerne donc, la gestion de l'ensemble des processus et procédures liés à son fonctionnement.

L'ensemble des relations avec tous les acteurs concernés par la formation paramédicale relève de la compétence de la directrice des soins. En effet, elle est responsable entre autre, du fonctionnement général de l'institut de formation en soins infirmiers incluant la gestion administrative et financière et de la conception du projet pédagogique.

¹¹ Code de la santé publique. Articles L4383-1 à L4383-6.

¹² Un représentant de chacun de ces membres peut siéger dans les instances.

¹³ MINISTERE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS . Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux. Titre 1^{er}.

Dans le cadre de ce travail sur l'implication de l'IFSI dans la gouvernance, il est essentiel de délimiter sa place d'acteur principal dans « le jeu participatif » à la gestion par pôle.

1.1.3. La directrice des soins, entre administration, gestion et politique de formation

La place de la directrice des soins formation (DSF) est centrale dans les relations fonctionnelles de l'IFSI avec son environnement et particulièrement dans le cadre du pôle de l'hôpital.

Au niveau de la gestion de l'IFSI : la gouvernance interne

Selon le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002¹⁴, le directeur des soins est « *responsable, sous l'autorité du chef d'établissement, de la conception du projet pédagogique, du fonctionnement général de l'institut et de l'organisation de la formation initiale et continue dispensée dans l'institut* ». « *Il participe à la gestion administrative et financière de l'institut et à sa gestion des ressources humaines* ».

Ses responsabilités la conduisent à prendre des décisions. Son champ d'activité est particulièrement dépendant des relations fonctionnelles qu'elle va établir avec les autres directions fonctionnelles de l'hôpital, et avec un ensemble de partenaires régionaux, départementaux, avec les étudiants et élèves et l'équipe pédagogique. Le rôle de la directrice des soins de l'IFSI est essentiel dans la conception, la réalisation et l'évaluation des dispositifs de formation. Pour Alain MEIGNANT, la mission principale de tout manager est « *de piloter en permanence un dispositif lui permettant de rendre à ses clients le meilleur service possible au moindre coût* »¹⁵. Il s'agit alors, selon l'auteur, de piloter un processus et la mise sous contrôle des systèmes. La directrice des soins a donc la responsabilité du pilotage des processus de formation initiale et continue. Elle peut coordonner plusieurs systèmes ou instituts.

Au niveau de l'établissement gestionnaire : l'implication dans un pôle

Aujourd'hui les enjeux de pénuries des professionnels de la santé, de mobilité professionnelle attendue par les personnels, d'adaptation constante des compétences aux évolutions des métiers font que la formation est étroitement liée à la gestion de l'hôpital. L'activité de la directrice des soins se situe en étroite collaboration avec celle de la direction des ressources humaines car « *les salariés attendent également de l'entreprise qu'elle leur communique ses projets et les enjeux les concernant, afin de percevoir clairement l'objectif de la formation dispensée et l'intérêt qu'ils ont à s'y impliquer* »¹⁶.

¹⁴ 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 23 avril 2002, 7187.

¹⁵ MEIGNANT A., 2006, *Manager la formation*, p. 101.

¹⁶ LE GALL J.M., 2007, *La gestion des ressources humaines*, p.103.

L'intégration de l'IFSI à un pôle de l'hôpital place alors la directrice des soins comme membre de droit du conseil de pôle.

Ce travail est réalisé alors que l'organisation en pôles de l'hôpital est récente. Un canevas méthodologique a permis de l'organiser et de l'orienter, suivant les axes définis¹⁷.

Devant l'absence de constats chiffrés du nombre d'établissements intégrés à un pôle, j'ai choisi de mener une enquête sur les deux régions dans lesquelles se situent les IFSI observés. Le questionnement a été précisé par les premiers résultats obtenus.

1.2. Le constat de l'intégration des IFSI dans un pôle sur deux régions

L'enquête a ciblé les IFSI rattachés à un établissement public de santé non universitaire de deux régions. Les deux instituts rattachés à un centre hospitalier universitaire (CHU) ne sont donc pas retenus. Ces derniers sont intégrés dans des pôles de formation. D'autre part, les IFAS n'étaient pas concernés lorsqu'ils n'étaient pas liés à un IFSI. Selon la réglementation, la direction d'un IFAS peut ne pas être assurée par un directeur des soins. La spécificité de certains IFAS est leur rattachement à des centres hospitaliers de petites capacités ou à des établissements relevant du Ministère de l'Education Nationale ou autre. La réforme hospitalière ne concerne donc pas ces établissements.

1.2.1. La démarche de recueil de données

Une enquête par courriel adressée aux directeurs de 14 IFSI a été choisie pour obtenir des informations rapides et brèves. Les messages avec fichier joint¹⁸ ont été envoyés le même jour avec une date butoir. Sur 14 envois, 6 réponses ont été faites, 2 envois ne sont pas parvenus à destination pour des raisons techniques.

Une première analyse montre que le profil des IFSI est varié. Il ne constitue pas une variable d'influence sur l'intégration ou non dans un pôle. Les instituts qui incluent une formation d'aides soignants sont majoritaires.

1.2.2. La tendance à intégrer les IFSI dans un pôle administratif

Sur les six réponses, **quatre IFSI des deux régions** font partie d'un pôle du centre hospitalier.

Les caractéristiques des pôles : le chef de pôle est trois fois sur quatre un directeur d'hôpital : pour trois établissements il s'agit du directeur des ressources humaines et pour l'autre, le directeur. Le chef d'un pôle est directeur des soins. Pour ce cas, le pôle prend

¹⁷ Annexe 1 : canevas méthodologique de l'étude professionnelle.

¹⁸ Annexe 2 : grille de recueil de données et tableau des réponses.

une notion de transversalité administrative, technique et logistique dans son intitulé. Deux autres sont intitulés pôle de direction et un, pôle de management.

La formalisation du projet de pôle : un projet est écrit. Les trois autres sont soit non débutés (2) soit en début de formalisation [ce sont des axes (1)].

Synthèse : les centres hospitaliers ont le souci d'intégrer l'institut de formation dans la dynamique de la gouvernance. L'IFSI devient alors impliqué dans un projet de pôle qui actuellement, du fait du caractère récent de la réforme, n'est pas réellement formalisé. En qualité de directeur des soins, le contexte stratégique de gestion de l'IFSI comprend dorénavant cet état de fait. Le projet de pôle est en effet assorti d'un ensemble d'engagements d'activités, qualitatifs et financiers. On peut alors réellement parler **d'intégration**.

Il est intéressant de se demander quel lien il existe entre le projet de pôle et le projet d'école. Dans une dimension socio économique, l'intégration pourrait concerner les ressources de l'IFSI et le statut de ses personnels. Mais, dans quelle mesure la contractualisation financière peut-elle se réaliser alors que le financement de l'IFSI est régional et ne dépend donc pas des ressources de l'établissement ?

1.2.3. Une position particulière de la directrice des soins de formation dans le pôle

En ce qui concerne la directrice des soins, deux constats règlementaires sont relevés. En premier lieu, elle est membre de droit du conseil de pôle. L'ordonnance du 2 mai 2005 reconnaît au responsable du pôle une autorité fonctionnelle sur le personnel d'encadrement du pôle, incluant par conséquent, les cadres de santé. L'autorité hiérarchique sur les cadres de santé relève du directeur des soins. « *Il peut être opportun que les modalités de mise en œuvre de cette double autorité, hiérarchique et fonctionnelle, soient précisées dans le contrat de pôle* »¹⁹.

L'enquête montre que la décision d'intégration de l'IFSI dans le pôle a été prise trois fois sur quatre sans participation de la DSF.

Synthèse : la directrice des soins est placée sous l'autorité fonctionnelle d'un responsable de pôle et va prendre part, par le biais d'un contrat, à l'activité de ce pôle.

La question qui se pose est de savoir quel impact aura cette nouvelle organisation sur l'ensemble des relations fonctionnelles que l'équipe de l'IFSI établit au sein de l'hôpital et quel lien sera-t-il possible de faire avec les relations induites par le rattachement financier à la Région ?

¹⁹ DUPUY O., 2007, *La nouvelle gouvernance hospitalière. L'organisation en pôles d'activité*, p.39.

Ainsi, afin d'apprécier les incidences de la gestion par pôle sur l'activité de l'IFSI, une enquête auprès de deux d'entre eux est menée dans une seconde étape de diagnostic.

1.3. L'observation de deux pôles intégrant l'IFSI : présentation et limites

Pour répondre à la question posée dans le mémoire, les entretiens semi-directifs ont semblé pertinents. Ils ont en effet permis une expression des attentes, des doutes concernant le pôle et son fonctionnement et ont eu l'intérêt de «croiser» les représentations des différentes catégories d'acteurs. Ces entretiens²⁰ ont été menés dans deux centres hospitaliers généraux (CH) auxquels sont rattachés un institut de formation en soins infirmiers, lieux de mes stages de formation et proches des caractéristiques structurels de mon futur lieu d'exercice. Ils sont situés dans deux régions différentes. Les discours des acteurs sont analysés en parallèle avec l'étude thématique des projets de pôles.

1.3.1. Les points forts et les limites de l'étude réalisée

Le but de l'étude n'est pas de comparer les deux pôles observés mais de percevoir à travers l'organisation conçue et les discours des personnes, les effets de l'intégration de l'IFSI, sur sa gestion, dans son contexte actuel. La première difficulté de l'enquête vient du manque de recul des deux établissements quant à la gestion des pôles administratifs. Le discours des acteurs évoque ainsi beaucoup plus des perspectives ou des représentations qu'une réelle expérience et une certaine prudence chez certains directeurs peut ainsi s'expliquer.

J'ai choisi d'enregistrer ces interviews d'une durée de 45 à 60 minutes, ce qui a permis une analyse plus exhaustive des propos. Certains sont ainsi repris textuellement, pour rester fidèles à la pensée de leur auteur.

La représentativité des acteurs ne correspond pas à la réalité du conseil de pôle. J'ai choisi les personnes qui sont intéressées par la gestion de l'IFSI. Il en est ainsi pour les cadres formateurs (un entretien). J'ai pu observer que leur implication est très relative dans cette nouvelle conception du management par pôle aujourd'hui en notant les raisons de cette réserve observée dans les deux établissements.

En outre, une des limites des critères d'inclusion de l'enquête est que la représentation des tutelles de l'IFSI est absente. De même, les usagers, les apprenants ne peuvent-ils être inclus dans la mesure où ils ne sont pas des membres des pôles administratifs hospitaliers.

²⁰ Annexe 3 : grilles d'entretien

Cette limite relève alors d'emblée une contradiction entre gouvernance hospitalière et gouvernance de l'IFSI. L'enquête permet de démontrer que ces deux champs sont différents. Il s'agira alors, pour la DSF, de trouver les points d'interface sur lesquels elle va s'appuyer pour concilier la gouvernance de l'IFSI et la coopération avec l'établissement de rattachement.

1.3.2. Les acteurs impliqués par l'activité de l'IFSI dans le pôle

Le choix de ces personnes est orienté par l'organigramme de l'IFSI et celui de l'établissement de rattachement²¹.

- Acteurs de l'IFSI : les directrices des soins et un cadre formateur élu au sein du conseil de pôle ;
- Acteurs du centre hospitalier : les coordonnateurs des soins, les directeurs des ressources humaines, un directeur d'établissement.

Tableau analytique des liens et missions des directrices de soins formation (DSF)

	IFSI A	IFSI D
Lien hiérarchique direct	Directeur du CH	Directeur du CH
Rattachement fonctionnel	Direction des ressources humaines	Direction des ressources humaines
Représentation de la direction au conseil pédagogique	Directeur des ressources humaines (DRH)	Directeur des ressources humaines
Représentation de la direction dans les relations avec le conseil régional (financement)	DRH	Directeur des affaires financières (actuel directeur de l'établissement par intérim)
Missions de la directrice des soins de formation	Direction de l'IFSI	Direction de l'IFSI -Cadre de direction référente du pôle Médecines vasculaires- Directeur d'un site (responsabilité de gestion par subsidiarité)
Membre du comité de direction	non	oui
Responsabilité au sein du pôle (conseil de pôle et bureau de pôle)	Membre de droit « pôle management » et du bureau	Membre de droit « pôle direction » et du bureau

²¹ Annexe 4 : caractéristiques des lieux d'enquête et des personnes interrogées.

1.3.3. Les projets de pôle en lien avec le management de la formation.

Le projet de pôle s'apparente à l'idée « *du mouvement vers un quelque chose de souhaité ou de recherché. Il ne peut y avoir de sens sans projet qui ait une valeur pour les équipes, dans lequel elles se reconnaissent et littéralement « se projettent », s'intègrent, se positionnent.* »²². Une analyse des projets est alors importante pour établir les liens entre les intentions du pôle et le discours des acteurs. Il permet de définir le fil conducteur de l'action collective et la place que chacun peut trouver au sein du pôle, dans « le jeu participatif » de la gouvernance. Elle est donc réalisée à partir d'une grille thématique²³ des documents les plus récents, élaborés par les deux équipes respectives. A cette étape de l'étude, le projet A est à une phase de « pré-projet ».

Les thèmes des deux projets se rapprochent : l'amélioration de l'efficience et de la qualité des services est visée. L'activité des deux pôles fait référence à la notion de **prestation**, issue du droit commercial. Elle contribue à définir les missions transversales d'un pôle administratif.

La place de l'IFSI dans les deux établissements est en rapport avec cette idée. « *La formation est pour un nombre croissant de dirigeants d'entreprise une variable d'action susceptible de générer des améliorations de performances individuelle et collective.* »²⁴ Le management de la formation devient **une stratégie de développement de compétences** et d'évolution de l'organisation de l'entreprise. Il est alors important de rapprocher tous les acteurs de l'entreprise et de la formation pour la définir pour passer progressivement « *d'une logique d'expression de la demande individuelle à celle de la résolution des besoins collectifs* ». La logique managériale de la formation apparaît dans les projets de pôles à travers les liens établis entre les missions respectives de la DRH, de l'IFSI, de la direction des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Les orientations vont dans le sens de l'amélioration de la communication interne et externe. Elles deviennent alors l'expression du décloisonnement attendu dans le concept de gouvernance.

En définissant les limites de l'observation par une sélection des personnes interrogées et une analyse des projets de pôles, l'analyse des entretiens permet de faire émerger les représentations et les effets attendus de l'intégration de l'IFSI dans le pôle et de clarifier la réalité de celle-ci dans le but de positionner le directeur des soins formation dans ce schéma fonctionnel.

²² BARTHES R., COUDRAY MA., 2006, « Le management hospitalier à la croisée des chemins ». *Gestions hospitalières*, p.19.

²³ Annexe 5 : grille d'analyse des pôles et des projets de pôles.

²⁴ LE GALL JM., 2007, *La gestion des ressources humaines*, p. 112.

II- La réalité d'une intégration de l'IFSI dans le pôle selon les acteurs

L'analyse des entretiens est réalisée par thèmes qui sous tendent les trois axes d'investigations proposés pour répondre à la question centrale du travail. Elle permet ainsi d'éclairer la perception des relations fonctionnelles de la DSF au sein du pôle et donc de l'organisation générale de l'établissement. Le projet de pôle est perçu comme le fil conducteur de l'activité du pôle administratif et les acteurs y retrouvent de façon plus ou moins contradictoire, certains liens avec le projet de l'IFSI. Il demeure toutefois une limite dans la représentation du pôle, au sein même de l'IFSI, qui questionne ses acteurs sur leur implication.

2.1. Un management par pôle, organisation des relations entre le DSF et les directions de l'établissement

Les relations fonctionnelles sont mises en valeur dans les réponses faites par les directeurs de soins et les directeurs d'hôpital. La conception du management de l'établissement est alors évoquée. La coopération des dirigeants, y compris le DSF implique une amélioration de la qualité de la gestion comme but du projet de pôle.

2.1.1. Le pôle interroge les relations fonctionnelles entre les dirigeants hospitaliers

Si les liens hiérarchiques ne sont pas modifiés par la mise en place du pôle administratif, les liens fonctionnels le sont de fait. En effet, le responsable du pôle dispose d'une autorité fonctionnelle sur le personnel du pôle. Dans les deux pôles, le directeur a confié la responsabilité à un directeur d'hôpital. Néanmoins, les liens ne sont jamais envisagés sous leur aspect réglementaire dans les entretiens. Il est possible de penser que la délégation de gestion dans les pôles n'étant pas établie, il est difficile pour les dirigeants hospitaliers de l'envisager aujourd'hui. C'est donc sous un aspect plus qualitatif que les liens sont évoqués.

Les directeurs d'hôpitaux ne conçoivent pas qu'une seule fonction de l'hôpital ne soit pas intégrée dans un pôle. Leur logique répond à la recherche d'une **mutualisation** optimale. Selon DRH A, « *le pôle est construit autour d'un axe structurant qui est la coopération renforcée entre direction des soins et direction des ressources humaines* ». DH D souligne qu'il n'est pas obligatoire ni nécessaire que la direction soit organisée en pôle. Mais la logique de démarche gouvernance est une organisation qui permet **la recherche de performance** : « *un pôle essentiellement pour mettre en évidence que la logique de performance, la direction n'y échappe pas* ».

Cette recherche de performance intéresse alors l'IFSI : « *dans le cadre de la recherche de performance, l'IFSI est un peu dedans, comme prestataire de service et en même*

temps, il est un peu à côté parce que son rôle est différent et il répond à un besoin qui n'est pas seulement un besoin de prestation de l'établissement ».

Il s'agit aussi pour DRH D « *de mettre fin au cloisonnement* » : « *il faut que l'IFSI soit dans un pôle direction et que la directrice des soins entretiennent des relations, soit partie prenante, qu'elle partage les objectifs de l'établissement et en connaisse les contraintes* ».

Pour les coordonnateurs de soins, cette idée prédomine dans l'intention du pôle. Pour CS A, « *le pôle est une plus value pour travailler ensemble. Le pôle et son fonctionnement sont le reflet de la réalité à prendre en compte aujourd'hui* ». Pour CS D, le pôle ne fait que valider l'idée que le rapprochement des directeurs de soins gestion et formation est actuel. Leur formation commune le facilite : « *la possibilité de partager, d'échanger. Ne pas se sentir seul, avoir un pair* ». On retrouve donc la nécessité de partager les problématiques de l'IFSI et de l'hôpital au sein du pôle. L'IFSI est un prestataire aux services des missions de l'hôpital, tout comme l'équipe de direction.

Pour les directrices de soins formation, cette notion est l'élément commun de chaque entité représentée. Le pôle est l'occasion de « *mettre de la cohérence institutionnelle* ». Pour DSF D, qui fait partie du comité de direction de l'établissement, la place de la DSF est alors « *principale au sein du pôle pour travailler l'articulation des interfaces et des relations fonctionnelles avec les autres directions* ».

Pour DSF A, en revanche, le pôle ne modifie pas sa position dans l'hôpital. Elle est réservée quant à une réelle place au sein du pôle : « *la directrice formation n'a pas la même transversalité que le coordonnateur, où est ma transversalité à moi, à part la gestion des stages ?* ». Pour elle, ce qui est preuve d'une intégration est le fait que les formateurs puissent participer aux réunions institutionnelles. « *Mais ce n'est pas le pôle qui a provoqué cela. Si le pôle apporte au fonctionnement hospitalier, je ne suis pas sûre qu'en tant qu'IFSI, il nous apporte beaucoup plus. L'IFSI n'appartient pas à un fonctionnement hospitalier* ».

2.1.2. Le management, un lien de coopération fédérateur.

Selon JM LE GALL²⁵, le management est au service de la production et de la finalité économique d'une entreprise. Son but est de « *rechercher les méthodes et techniques les plus efficaces* ». L'idée principale qui émerge des entretiens en faveur de l'activité du pôle administratif s'appuie sur le fait que toutes les interfaces d'une direction, sont dans un même pôle et qu'il s'agit donc de mieux les articuler. Néanmoins, la conception du pôle management et du pôle direction est différente.

²⁵ LE GALL JM., 2007, *La gestion des ressources humaines*, p. 13.

Pour DSF D, « *travailler sur le même thème qu'est la formation professionnelle avec des cadres règlementaires différents et des missions et responsabilités différentes est une collaboration* ». Le pôle apparaît alors comme l'opportunité d'un travail commun sur la formation. De fait, dans le projet de pôle de l'établissement de rattachement de cet IFSI, une des orientations porte sur les capacités de prestations de formation initiale et continue et les moyens mis en adéquation. L'un des intérêts perçus par la DSF est que la formation est dorénavant bien circonscrite dans un département au sein du pôle et non plus une entité sous l'intitulé direction des ressources humaines. Il y a alors « *une mise en lien de la formation initiale avec le fonctionnement institutionnel* ». Les interdépendances sont clarifiées qu'il s'agira par le projet de « *mieux articuler* ».

Selon DRH D, l'IFSI « fournit » les futurs professionnels. Des interrelations sont donc nécessaires en regard des attentes de l'établissement : « *il peut y avoir des divergences entre ce qu'attend l'hôpital, des infirmières qui vont sortir de l'IFSI et la formation que fait l'IFSI* ». La coopération ne porte alors pas uniquement sur des interdépendances fonctionnelles mais également sur le partage de problématiques de l'établissement en matière d'attentes de compétences avec la prestation « formation initiale » de l'IFSI. On retrouve ici l'idée d'intérêt général comme élément constructif de la gouvernance, « *soit une pratique relationnelle de coopérations non prédéfinies et toujours à réinventer, à distance des armatures hiérarchiques du passé et des procédures routinières.* »²⁶

L'auteur évoque le principe de négociation en réseaux comme mode de coordination entre les actions. Dans ce cadre le conflit d'intérêt se trouve remplacé par le problème à traiter. « *Dans ce but, il est impératif de rassembler tous les acteurs pertinents, tous ceux qui, à des titres divers... peuvent et doivent contribuer à la solution du problème* ». Les négociations au sein du pôle, deviennent permanentes. Elles sont alors appelées « des processus » : « *celui-ci noue des échanges, met à plat les malentendus, accouche ou pas d'une vision commune* »²⁷. Cette idée s'exprime chez DRH A : « *je vois le bureau de pôle comme un groupe de travail pluridisciplinaire sur les problématiques du management. J'ai souhaité la présence d'un médecin à titre d'observateur qui puisse donner son avis* ».

Le cadre formateur voit le pôle comme « *non pas un cloisonnement mais une organisation globale* » dont l'incidence systémique explique qu'il y a une influence des décisions du pôle sur les autres pôles.

Cette collaboration dans les relations de CS D avec la DSF, permet d'avoir un discours commun en management, « *une culture commune* » ce qui doit permettre que certains professionnels, tels que les cadres, ne s'éloignent trop d'un secteur.

²⁶ ibidem, citation de GAUDIN JP., p.33.

²⁷ Ibidem pp. 58-60

L'activité du pôle apparaît alors comme un fonctionnement hospitalier profitable à tous les secteurs d'activité y compris l'IFS, I dans le travail sur les processus. DH D le souligne : « *considérer que tout ramener à un aspect financier est inapproprié surtout quand on regarde ce que l'on veut faire au bout. Quand on regarde en terme de performance, c'est-à-dire d'amélioration des situations, on recherche un processus optimal* ». L'approche procédurale comme outil d'un management optimal n'a alors plus la seule finalité financière mais celle de l'efficacité. Pour lui, il convient de développer, dans tous les secteurs hospitaliers, y compris dans le secteur de la formation, **une culture analytique** et cette démarche de recherche de performance.

Pour DSF A, le pôle n'a pas réellement d'impact sur la collaboration qui dépend d'abord des personnes. Par exemple, le travail sur l'encadrement des élèves et étudiants ne peut se réaliser dans ce pôle : « *les cadres supérieurs et les cadres sont dans d'autres pôles alors où est l'intérêt ?* ». Toutefois, DRH A souhaite lutter contre le cloisonnement inévitable du fait de « *la logique métier forte* » : « *le travail du pôle management va être principalement l'amélioration de la qualité des processus de gestion et de traitement de l'information* ». Pour lui, l'IFSI n'échappe pas à l'exigence d'efficacité : « *l'IFSI peut évaluer ce qu'il produit* ». Il convient alors d'opérer un changement et l'évaluation des stages par les élèves stagiaires est un exemple pour lui de « *dépasser la vision hiérarchique* », ceci afin d'éviter aussi que l'étudiant ne se retrouve « *entre deux feux* », les soins et la formation. Cet exemple de divergence pose toutefois la question de la coopération, sans consensus des acteurs au sein du pôle, sur les objectifs poursuivis. Il est important de rappeler que le projet du pôle management, au moment de l'enquête n'est pas finalisé.

Ainsi, **une conception d'une coopération** dans le cadre du management dans l'hôpital est, du point de vue des acteurs, l'élément principal de l'activité des deux pôles. La DSF est impliquée dans la démarche d'amélioration des performances de gestion. Le but principal est d'améliorer la qualité et l'efficacité par une approche processus. Si « *le management, c'est transformer de l'information en performance durable* »²⁸, le management de la formation, selon Alain MEIGNANT, est la capacité d'un service à penser « *missions* » et non pas « *tâches* », piloter des processus et « *mettre sous contrôle des systèmes* » plutôt que gérer administrativement.

En revanche, les modalités d'une délégation de gestion ne sont pas évoquées, ce qui laisse perplexe une DSF. Les intentions du pôle semblent claires pour les acteurs malgré

²⁸ MEIGNANT A., 2006, *Manager la formation*, p.101

certaines divergences de points de vue au sein d'un pôle. Des exemples précis sont donnés de liens entre projet de pôle et projet d'école.

2.2. Des liens plus ou moins identifiés entre projet de pôle et projet d'institut

« *La construction d'un sentiment d'appartenance et de cohésion n'est possible que grâce au management d'un projet collectif, dont la définition et la mise en œuvre, par les directions de pôles, signent en permanence un état d'aubaine intelligent, un compromis entre autonomie et régulation, et surtout une aptitude au changement* »²⁹. Une des attributions du responsable de pôle est l'élaboration d'un projet de pôle avec le conseil de pôle. Ce projet décline l'orientation des activités ainsi que les actions à mettre en œuvre pour développer la qualité et l'évaluation.

Certains thèmes sont récurrents dans les discours des acteurs des deux pôles. Mais les avis entre directeurs d'hôpital, responsables des deux pôles et les directrices des soins formation montrent, à ce niveau, des divergences.

2.2.1. Des orientations du projet de pôle en lien avec le projet de l'institut.

Pour un établissement, la corrélation entre le projet d'établissement, le projet de pôle et le projet de l'institut apparaît dans le discours des personnes interrogées. L'hôpital a en effet un projet de restructuration qui intéresse l'IFSI. La DSF fait alors du projet de pôle, l'outil de sa mise en œuvre. Elle attend particulièrement une clarification de la structure IFSI, au sein de l'établissement : « *la formation bénéficie de moins de lisibilité alors qu'elle doit être une mission complémentaire du soin* ».

Le thème de la communication interne et externe est en effet un lien entre les projets. Comme le souligne DSF D, en matière de communication interne et externe, on ne « *décode pas facilement le véritable investissement qu'il y a dans l'hôpital en matière de formation* ». Communiquer clairement aux personnels, les missions de l'IFSI et celles du service de formation continue est important. Le parcours pour un agent qui a un projet de formation peut, en effet, être difficile lorsqu'il ne sait pas à quel interlocuteur s'adresser. Elle fait alors le lien avec les parcours de validation des acquis de l'expérience de certains agents au sein de l'établissement. Le projet de pôle est orienté vers « *une valorisation des compétences et leur renforcement* ».

Pour DRH A, responsable du pôle management, la communication interne est un enjeu du décloisonnement. Chaque direction va devoir « *rendre compte de son fonctionnement* ». L'idée rejoint celle de JM LE GALL : une communication interne qui

²⁹ ROBERT B., 2007, « Comment conserver une stratégie d'action collective avec Hôpital 2007 ? ». *Soins Cadres de santé*, p.26.

« clarifie les motifs, objectifs et enjeux, mais aussi en permettant l'expression de tous, y compris contradictoire »³⁰ qui va alors faciliter « la constitution d'un projet d'ensemble ».

Le thème de la gestion des personnels : la mobilité des personnels est souvent évoquée dans les liens entre les deux projets pour plusieurs raisons. La première raison est que le décloisonnement occasionné par le travail collectif dans le pôle et l'information partagée sur son activité peut faciliter la mobilité. Les cadres formateurs sont alors cités. CS D souligne l'importance d'une collaboration étroite avec la DSF pour la gestion des compétences des cadres. En effet, il s'agit bien de la responsabilité partagée des deux directeurs des soins dans la détection, l'accompagnement des futurs cadres. « *Ce que je dis souvent, notre seule richesse, ce sont les ressources humaines. Là, on peut se retrouver avec la DSF. Quel accompagnement ?* ». Pour elle, la mobilité est essentielle : elle s'opère en accompagnant le passage du cadre de la gestion vers la formation, mais aussi dans l'implication des cadres aux travaux institutionnels. « *Il n'y a pas de secteur où on peut se permettre de mettre des cadres moins performants* ». Un des intérêts du pôle de direction serait de mener des réflexions sur la question de la mobilité, de la promotion et la gestion des compétences.

La seconde raison est une opportunité financière selon DRH A : la mobilité donne de la souplesse à la gestion du coût de la formation. « *La mobilité des cadres est pensée comme procédure* ». La politique de recrutement, associée à la procédure de mobilité du cadre, a une large influence sur le budget de l'IFSI dont le premier titre³¹ correspond aux charges de personnel.

Le thème du recrutement et de l'attractivité : il est étroitement lié au précédent. La coopération doit s'organiser autour de l'attractivité des professionnels de santé, des infirmiers, particulièrement pour les coordonnateurs de soins et les DRH.

Pour CS A, « *renforcer l'attractivité vers le secteur de la psychiatrie* » est un point de réflexion qu'il souhaite mener avec la DSF dans le cadre de l'activité du pôle management. La mise en œuvre d'un projet impliquant la participation des personnels de psychiatrie et les cadres formateurs de l'IFSI pourrait permettre d'améliorer le recrutement de nouveaux professionnels formés, pourquoi pas à travers un module optionnel.

Pour DH D, la fidélisation des personnels par le financement des études est une orientation à donner. C'est une démarche d'investissement que le pôle direction peut engager. « *Offrir de bonnes conditions de travail, travailler sur l'image de l'établissement pendant le stage* » sont les premiers outils pour améliorer la « fidélisation » dans le sens de l'attractivité des nouveaux formés vers l'établissement de rattachement. L'organisation, le fonctionnement des unités de soins, lieux d'accueil de stagiaires posent problème « ce

³⁰ LE GALL JM., 2007, *La gestion des ressources humaines*, p.118.

³¹ Il fait référence à l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD), budget C.

qui dépend beaucoup des cadres, pas que d'eux mais beaucoup, selon les priorités qu'ils accordent ». L'idée de questionner un mode de management pour améliorer l'attractivité et la motivation des personnels est sous jacente.

Le thème de la qualité de la formation : l'amélioration de la qualité et de la performance est un autre lien entre le projet de pôle et le projet d'école.

La démarche analytique et la recherche d'indicateurs de performance peuvent être étudiées et menées au sein du pôle. Pour DH D, certains indicateurs que le Conseil Régional et la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) utilisent sont des outils, tels que le taux d'échecs de la formation. Mais il convient d'en développer d'autres, pour mener une analyse de l'activité de formation. « *Celui qui me semble très important est le face-à-face pédagogique³² qui pourrait être rehaussé chez nous* ». L'utilisation de ces indicateurs de performance est une des responsabilités de la DSF dans sa démarche de management stratégique. L'idée est à nouveau que le pôle de direction partage l'analyse des problématiques de l'IFSI et contribue à l'évaluation de la performance de ce dernier.

Pour DRH A, il convient de réaliser « *un travail sur des modes de gestion du budget : comment un IFSI peut financer des activités nouvelles en créant d'autres activités* ». Néanmoins, il rajoute que « *la règle du jeu doit être tranchée au niveau du Conseil Régional* ». Pour lui, dans la mesure où l'établissement assure le suivi budgétaire de l'IFSI, il est opportun que le pôle management implique la DSF et les membres du pôle, dans l'analyse de ces questions.

Cependant dans ce domaine, les points de vue divergent dans le discours des personnes.

2.2.2. Des divergences des directeurs de soins comme limites du projet de pôle

Comme le souligne DH D, « *en théorie* », l'établissement et l'IFSI sont « *prestataires pour la Région* » en terme de formation initiale des professionnels. Ce qui ne change pas fondamentalement l'idée qu'une des missions de l'hôpital est d'assurer la formation professionnelle. Ce qui évolue, c'est la responsabilité nouvelle du Conseil Régional. « *Il est normal et logique que les régions financent des élèves qui puissent aller dans d'autres régions* ». Mais ce double rattachement de l'IFSI paraît comme une limite pour DSF D. Elle prend comme exemple la communication : « *il est difficile pour les bénéficiaires comme pour les collaborateurs de bien distinguer les missions de l'institut de celles de la direction des ressources humaines en terme de formation* ». La limite du projet de pôle est alors de formaliser un projet commun avec des missions et des cadres réglementaires

³² Le face-à-face pédagogique est le temps de présence effective du formateur auprès de l'apprenant.

très différents, au risque que l'utilisateur distingue difficilement, le parcours et les interlocuteurs qui l'intéressent dans son projet de formation.

Pour DSF A, une autre limite est que l'activité qui serait réalisée dans le cadre du projet de pôle imputerait probablement le temps formateur ce qui pourrait alors être dénoncé par le Conseil Régional. *« Le Conseil Régional pose les limites en terme de temps des personnels et missions ».*

D'autre part, la mutualisation des moyens au sein du pôle paraît difficile. DSF A dit : *« je ne pense pas que si un jour, une secrétaire de l'IFSI est absente, on m'adresse une secrétaire de la DRH pour la remplacer... quels moyens mutualisés ? ».*

Le travail au sein du pôle est deux fois annoncé, comme peu productif pour les problématiques de l'IFSI. Ainsi, le cadre formateur a-t-il *« l'impression que cela ne va pas changer grand-chose pour le moment ».* Il y a en effet beaucoup d'échanges réalisés avec les unités de soins, mais elles ne font pas partie du pôle direction. Actuellement ces échanges sont informels mais *« ils sont opérationnels dans le sens où ils débouchent sur une qualité de travail ensemble ».* Ce travail sur l'encadrement, la réponse aux besoins des étudiants se fait donc en-dehors du pôle. Les collaborateurs de l'IFSI, au sein de l'hôpital sont essentiellement dans les unités de soins pour répondre aux exigences d'une formation en alternance. Selon DSF A *« si je travaille l'encadrement en stage dans ce pôle, les cadres supérieurs et les cadres de proximité sont dans d'autres pôles, alors où est l'intérêt ? Les stages n'intéressent là que le coordonnateur des soins ».*

Ainsi des liens sont mis en évidence dans le discours des dirigeants sur le thème d'une stratégie managériale. Il s'agit plus de développer une réelle coopération au sein du pôle que de réaliser une nette évolution du projet de l'école en fonction de l'intégration polaire de l'IFSI. Les dirigeants hospitaliers veulent opérer le changement du management, vers l'amélioration de la qualité et la performance. Mais le projet de pôle paraît avoir une incidence très limitée sur le projet de l'institut selon les acteurs de l'IFSI. Les entretiens démontrent alors l'émergence de situations parfois contradictoires, essentiellement liées aux caractéristiques du rattachement de l'IFSI à ses tutelles.

2.3. Des contradictions perçues, liées au double rattachement de l'institut

En terme d'intention opérationnelle, le pôle administratif présente les limites du double rattachement de l'IFSI à l'établissement hospitalier et au Conseil Régional. D'autre part, la finalité d'un projet partagé par l'ensemble des acteurs du pôle n'est pas évidente.

2.3.1. Des interrogations sur la contractualisation et la délégation de gestion

La difficulté de contractualiser au sein du pôle est un avis majoritairement partagé par les acteurs interrogés. En effet, le fonctionnement de l'IFSI est financé par le Conseil Régional. La décision d'une contractualisation interne implique alors l'autorité territoriale.

DSF A souligne le risque d'une incidence négative sur le budget : « *je ne voudrais pas que cela se retourne contre l'IFSI...si je développe la formation continue, même si je suis d'accord, l'hôpital va régler la facture mais qu'en faire ? Le Conseil Régional nous imputera la subvention de cette nouvelle recette !* ». De toute évidence, à l'heure actuelle, le projet de pôle ne peut prévoir un développement de certaines activités de l'IFSI sans que les règles du jeu ne soient réellement établies avec la Région.

La contractualisation interne est donc plus ou moins réalisable aujourd'hui.

Il en est de même avec **la délégation de gestion** qui comporte des limites réglementaires. « *Le représentant légal de l'établissement public de santé demeure la seule autorité de négociation externe* ³³ ». Le pôle n'a pas d'autonomie juridique, pas plus que l'IFSI : « *le pouvoir décisionnel appartient en dernier ressort au directeur qui reste responsable de la gestion* ». Ainsi, si le Conseil Régional décidait de certaines évolutions stratégiques de la formation initiale au sein du territoire, par le biais du Schéma régional des formations sanitaires et sociales, le pôle ne devrait-il pas inscrire son projet dans ces lignes, de la même façon qu'il ne peut que suivre les orientations du projet d'établissement validées par les instances ?

2.3.2. Une implication dans la conduite du projet de pôle mal intégrée

Pour le cadre formateur, le conseil de pôle est une instance d'expression, d'informations, gage d'une meilleure connaissance des problématiques des autres services : le pôle permet de « *se désenclaver un peu, une occasion de travailler plus avec d'autres services* ». Il reste toutefois perplexe sur l'intégration de l'IFSI dans ce pôle : « *une impression qu'il fallait nous mettre quelque part* ». La finalité de l'instance de faciliter la motivation et l'implication de tous semble atteinte. Mais l'entretien ne démontre pas que le cadre perçoive une autre intention qu'un échange d'informations. Ainsi, ne voit-il pas de lien entre le projet d'école et le projet de pôle dans la mesure où la formation initiale et continue des professions de santé ne s'adresse pas qu'aux seuls personnels hospitaliers : « *le projet de l'IFSI est d'abord centré sur l'apprenant et n'est pas uniquement centré sur l'environnement hospitalier* ».

³³ DUPUY O., 2007, *La nouvelle gouvernance hospitalière*, p. 57.

En ce qui concerne le pôle direction, les cadres formateurs n'ont pas participé à la formalisation du projet de pôle. A son stade de pré projet, le projet management n'a pas occasionné de participation des personnels de l'IFSI autres que DSF A. Ainsi, l'implication s'arrête t'elle aujourd'hui à des échanges au sein du conseil de pôle dans un établissement. L'intérêt du pôle est bien de « *pouvoir éclairer les décisions, transmettre une connaissance concrète des réalités de l'IFSI dans le pôle mais les problématiques de stage, de formation sont transversales et doivent être travaillées dans les autres pôles* ». La question d'une mobilisation très réduite des cadres formateurs et des personnels de l'IFSI pour participer à la vie du pôle ne relève t'elle pas d'un manque de compréhension d'une évolution managériale qui s'opère et d'une incompréhension des finalités de l'intégration de l'institut dans un pôle ? « *Il est très important de savoir comment on va faire ce découpage car la modification peut entraîner une résistance au changement...mais on est à la périphérie du soin et pas dans le soin... il y a un travail en amont qui n'a pas été fait* ».

Pour une directrice de soins formation, le rattachement au pôle management n'est pas réellement opérationnel pour influencer sur les missions de l'IFSI « *je pense que le rattachement au pôle management est fait plus par défaut* ». Elle rajoute qu'elle perçoit actuellement plus l'évolution d'un pôle de formation régional qui ne remettrait pas en cause le rattachement à l'hôpital. Son discours évoque régulièrement les limites d'actions et d'engagement du pôle liées au rattachement financier régional.

Le projet de l'institut doit tenir compte du contexte environnemental. Il est aujourd'hui bien plus évident que le rattachement territorial a un impact sur ses orientations et l'évolution même de son activité. Il en est de même pour l'établissement de santé dans la réponse qu'il doit faire aux besoins d'un territoire. Le pôle est donc un outil de management. Or « *la compétence est aujourd'hui de plus en plus discriminante entre les établissements* »³⁴, y compris les compétences des fonctions support. La formation initiale et professionnelle en est une dans le discours des acteurs interrogés. « *La question de la compétence n'a de sens que si elle est examinée dans un cadre plus large où les problématiques d'organisation et de conditions de travail, mais aussi de communication sont abordées* ». L'intégration de l'IFSI est peut être une opportunité pour cela mais l'analyse des discours montre toutefois qu'elle peut être contraignante. Des préconisations sont envisagées en tenant compte de cette double réalité.

³⁴ BARTHES R. COUDRAY MA, 2006, « Le management hospitalier à la croisée des chemins ». *Gestions hospitalières*, p.21.

III- Les préconisations applicables par le directeur des soins en IFSI pour une coordination entre l'hôpital et la Région

Une synthèse de l'enquête a permis de mettre en valeur les atouts et les contraintes que chaque acteur du pôle a relevés dans l'intégration de l'IFSI dans un pôle administratif. Elle permet alors de répondre à la question de l'influence de ce dernier sur la coordination entre établissement de santé, Région et directrice des soins formation. Certaines préconisations pour le directeur des soins seront alors proposées pour permettre d'envisager les domaines d'engagement perçus comme opérationnels au sein du pôle, par l'équipe de l'IFSI.

3.1. Les avis partagés en termes d'intérêt pour chaque acteur

« *Comment vivre ensemble ? et de manière complémentaire : quelle est la véritable finalité de nos activités ? La question du sens est primordiale, car c'est elle qui permettra les évolutions et au changement de s'opérer* ». Les deux questions posées par les auteurs³⁵ peuvent résumer l'intérêt perçu chez les dirigeants hospitaliers de l'intégration de l'IFSI dans un pôle. Il s'agit en fait de conduire le changement y compris dans les processus managériaux et de se montrer moteur de la restructuration. La DSF n'y échappe pas, selon les directeurs d'hôpital. Et les directeurs de soins le soulignent par l'intérêt d'un rapprochement fonctionnel gestion et formation. La première idée serait alors celle du sens de l'activité au service du soin.

La seconde idée n'est-elle pas de faire évoluer le management ? Les pôles administratifs ont une fonction de support au pôle, de conseil. « *La place et le rôle des directeurs de soins sont sans doute à redéfinir, comme d'ailleurs ceux des autres membres de l'équipe de direction. La fonction hiérarchique... doit évoluer vers une fonction à la fois plus stratégique et de conseil et de support au pôle* »³⁶. La recherche de la motivation des personnels et des cadres formateurs, par l'encouragement à une implication institutionnelle est un intérêt de l'activité du pôle.

Enfin, relevant l'idée des deux auteurs, « *ce sont les modes d'organisation du travail (et les modes de management) qui permettent de transférer les compétences des personnels dans l'activité* ». L'implication de l'IFSI dans un pôle a cette intention à travers l'accueil des étudiants et élèves en stage. Le projet de pôle va tendre à améliorer les processus décisionnels et la qualité du management par l'encadrement satisfaisant des étudiants ou la mobilité facilitée des cadres entre formation et gestion. Ces intentions, ces objectifs de

³⁵ BARTHES R. COUDRAY MA, 2006, « Le management hospitalier à la croisée des chemins ». *Gestions hospitalières*, p.19.

³⁶ Ibidem p.20

qualité ne peuvent alors que servir la formation professionnelle et bénéficier au financeur qu'est la Région, par une gestion plus efficiente qu'elle est en droit d'attendre.

3.2. Les contraintes identifiées

Elles sont évoquées majoritairement par les directeurs des soins dont les relations de tutelle avec la Région invitent à une certaine vigilance pour que le projet de l'institut soit orienté vers une offre de formation territoriale et une gestion financière pertinente. La Région détient un pouvoir dans le fait qu'elle est compétente pour agréer la directrice dans sa mission. Cet agrément aujourd'hui n'est pas clairement précisé : les critères ne sont pas définis.

Le financement par la Région est une limite de la contractualisation interne au sein du pôle, impliquant l'IFSI : un partenaire important, qu'il ne faut pas négliger dans des négociations de contractualisation. La DSF se trouve confrontée à deux logiques : la logique systémique (le Ministère de la Santé, les formateurs, les partenaires de la formation) et la logique politique. L'intégration de l'IFSI dans un pôle ne peut se faire sans le respect de cette situation parfois contradictoire. La logique politique tend à satisfaire une population régionale en terme d'offre de formation. La logique systémique incite à répondre à une réglementation nationale de la formation et à s'ouvrir aux perspectives envisagées dans la profession (validation des acquis de l'expérience et donc offre de formation « à la carte » - gouvernance et facilité de redoublement - évolution vers l'universitarisation de la formation). Il ne s'agit pas alors pour la DSF d'accroître les contraintes stratégiques par celles du projet de pôle.

L'intégration dans un pôle peut aussi être source de confusion pour les bénéficiaires de la formation initiale : l'institut est un établissement de formation dont les missions et la réglementation lui sont propres et il ne doit pas souffrir d'un manque d'individualisation dans une organisation par pôle.

3-3. Les préconisations dans un espace de coopération de l'IFSI

« Le concept de gouvernance entend s'inscrire dans la double perspective d'une meilleure utilisation des ressources publiques, mais également de la création de nouveaux espaces d'informations et de communication »³⁷. L'étude de l'intégration de l'IFSI dans un pôle et son incidence sur la gestion de l'IFSI par la directrice me conduit à proposer des orientations d'actions dans le sens de l'amélioration des processus et de la communication. Certaines sont des préconisations qui échappent à la responsabilité et à la décision du directeur des soins. Je ne fais alors que proposer des actions issues des

³⁷ DOMIN JP., 2006, « La gouvernance ou le retour en force de l'hôpital-entreprise ». *Gestions hospitalières*, p. 28.

difficultés et limites mises en valeur par le diagnostic et l'exploration réalisés dans ce travail. D'autres seront pour moi des actions à développer lors de ma prise de fonction. Elles sont orientées vers le schéma relationnel de la directrice des soins vis-à-vis de ses principaux partenaires dans la formation, l'établissement, la Région et les représentants de l'Etat.

3.3.1. Les préconisations facilitant l'intégration de l'IFSI dans la gouvernance hospitalière

« *Tout système de gouvernance vise à associer tous les acteurs pertinents, tous ceux qui, à des titres divers, ont une légitimité à intervenir dans le domaine concerné* »³⁸. Le respect de « l'intégrité du territoire », concept présenté par P. MOREAU DEFARGES peut aider à délimiter le champ de l'activité du pôle en ce qui concerne la formation et délimiter les éléments de contractualisation avec l'IFSI. En effet, « *dans une logique de gouvernance, les protagonistes s'assoient autour d'une table, discutent raisonnablement (en italique dans le texte) et négocient des solutions raisonnables, soucieuses des préoccupations de chacun* »³⁹. Tant que l'IFSI est rattaché à l'établissement, il se doit de participer à la vie institutionnelle et s'impliquer dans l'évolution managériale en cours. Néanmoins, il me semble que deux axes peuvent être développés et il appartient à la DSF, sinon d'en être responsable, au moins de l'impulser auprès du directeur de l'établissement.

A- Associer le Conseil Régional et les tutelles aux décisions d'intégration comme de réels partenaires de l'hôpital. Les procédures de contractualisation ne peuvent que passer par des conventions signées entre la Région et l'établissement. A minima, la DSF doit informer les tutelles de cette intégration en soumettant les modalités de sa participation.

L'information portera sur :

- **les orientations** qui impliquent l'IFSI : il peut s'agir d'une amélioration de la réponse aux besoins spécifiques de formation de l'établissement de rattachement. L'exemple du CH A est intéressant : face à une spécificité de l'établissement, l'IFSI développe dans le respect du programme de formation, un axe particulier, ici les soins en psychiatrie.
- **l'organisation de l'activité du pôle** dans la mesure où elle influe sur le temps formateur ou le temps de la DSF. On peut penser que devant un axe d'amélioration des processus de décision ou de la qualité, des engagements en terme de temps de travail, mais aussi en terme d'équipement sont possibles (achat de logiciels, équipement informatique pour répondre à une amélioration des flux d'information). **Les impacts**

³⁸ MOREAU DEFARGES P., 2008, *La gouvernance*, p.60.

³⁹ Ibidem p. 113

financiers sont à présenter au Conseil Régional qui devient alors le partenaire financier du projet. **Une évaluation** des indicateurs peut alors être intégrée au rapport d'activité de l'IFSI transmis à la DDASS et à la Région.

B- Développer la participation des cadres formateurs, des apprenants, à l'activité du pôle.

La gouvernance induit une réelle démocratisation des décisions, des négociations permanentes. Cet état de fait doit se retrouver dans l'activité du conseil pédagogique ainsi qu'au sein du conseil de pôle et des groupes de travail issus des activités du pôle.

La DSF veille à l'implication de l'équipe de formateurs dans les évolutions institutionnelles. La première raison est que le cadre est amené à poursuivre un parcours professionnel qui peut le conduire à assurer des fonctions de cadre de proximité ou cadre intermédiaire. La participation aux travaux du pôle, l'implication dans les élections au conseil de pôle sont les garants de la démocratisation de l'activité du pôle administratif. Il ne peut y avoir évolution et amélioration de la performance sans cela. **Définir un taux de participation optimal** à ces élections, aux représentations des réunions du conseil de pôle devient alors un indicateur de performance.

Il est un public que l'établissement ne convie pas dans les travaux institutionnels, il s'agit des apprenants. Seule une représentation est assurée au sein de la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. En effet, un étudiant infirmier élu et tiré au sort et un élève aide soignant siègent dans cette instance. Pourquoi ne pas inciter la participation de ces acteurs aux travaux menés dans le cadre du projet de pôle dans certains axes ?

3.3.2. Le développement de l'information et de la communication partagé

Le pôle est l'occasion d'un échange d'informations, de connaissances. La conception d'un management de la formation est « *une conception dynamique* »⁴⁰, c'est la conduite d'un processus d'amélioration permanent. La DSF utilise l'espace de négociation qu'est le pôle pour la conduire. Il s'agit alors, avec l'établissement d'inscrire une véritable politique, « *de construire un réseau de travail avec les acteurs pertinents* ». Le travail au sein du pôle permet de réfléchir à certaines problématiques qui concernent l'organisation du travail et les compétences à développer par les personnels de soins. Il est alors important que l'équipe de l'IFSI soit informée et puisse échanger sur les processus.

⁴⁰ MEIGNANT A., 2006, *Manager la formation*, p.33.

Le développement d'une communication interne sur la formation est essentiel. Le dialogue doit s'établir autour des objectifs, des ressources, des résultats et des progrès accomplis.

Des outils de communication actualisés et adaptés à une information en temps réel : une de mes priorités est de prévenir le cloisonnement des cadres formateurs, des personnels de l'IFSI.

L'outil informatique et l'accès à intranet sont aujourd'hui essentiels pour bénéficier d'une information rapide et communiquer avec ses partenaires. Cet équipement de base n'est pas encore accessible à certaines équipes d'IFSI. Il s'agit alors de créer une mise en réseau qui entre dans les priorités actuelles du Plan Hôpital 2012. On ne peut en effet penser collaborer et coopérer sans cet outil. Dans le cadre de ce réseau, il est important que l'IFSI puisse communiquer.

La communication interne mais aussi externe, avec le public, les partenaires passent également par le développement **d'un site sur le réseau internet**. Il est aussi primordial que l'IFSI communique ses résultats, des informations sur les conditions de formation et l'accès aux concours par ce biais. Certains sont encore « frileux » à la création d'un site propre à l'IFSI. C'est néanmoins dans le sens d'une identification de l'établissement de formation, qu'il convient de faire évoluer la politique de communication. En effet, les usagers de la formation sont à distinguer des usagers de l'établissement de santé. Les partenaires de l'IFSI ne sont pas uniquement des hospitaliers. Les difficultés rencontrées au cours de ce travail pour recenser des informations sur l'activité et les caractéristiques des IFSI témoignent peut-être de l'insuffisance du développement des sites des instituts. L'utilisation d'un site internet permet également la communication au service de la formation et de l'accompagnement de l'étudiant en stage. Pour transmettre une information actualisée aux unités qui accueillent les stagiaires, l'outil internet est alors une plus value.

Ainsi le projet de développer un accès au réseau interne de l'établissement pour améliorer les informations du personnel, mais aussi la création d'un site internet et la mise en œuvre de sa maintenance font partie d'un axe négociable au sein d'un projet de pôle administratif. Ce projet peut s'ouvrir à une participation financière régionale dans la mesure où le développement de nouvelles techniques d'apprentissage, de mutualisation de ressources pédagogiques commencent à voir le jour dans les territoires. La coopération de l'établissement se fait par l'intermédiaire de son service de communication ou informatique. Celle de la Région est d'ordre financier.

Le développement d'outils de gestion de l'IFSI doit permettre une communication par le réseau avec les différentes directions, partenaires de l'IFSI : la direction des ressources

humaines, la direction des affaires financières. Il est alors primordial de sécuriser la communication des données par une mise en réseau des directions avec l'IFSI. Les secrétaires de l'IFSI sont alors largement impliquées dans ce dispositif pour échanger les informations. **Un réseau interne entre la DSF et les secrétaires** est également à développer pour l'échange des tableaux de bord et leur mise à jour.

Au-delà de l'outil informatique, les autres moyens d'échanger de l'information et de communiquer peuvent être également la participation de l'équipe pédagogique à l'écriture d'articles dans **le journal interne de l'établissement**.

Une journée pédagogique et d'information aux personnels hospitaliers fait partie du dispositif.

Au-moment de prendre mes fonctions dans un nouvel établissement, je prévois donc d'évaluer quels sont les dispositifs de communication et d'information existants. Après un diagnostic de la pertinence, de l'utilisation de ces outils, il conviendra de faire des propositions d'évolution ou d'amélioration qui feront partie d'objectifs de travail au sein du pôle. Pour réaliser ce diagnostic, il est intéressant de s'appuyer sur un référentiel qualité.⁴¹

La communication et l'information sont un des axes d'activité d'un pôle hospitalier. C'est un lien avec l'activité propre de l'IFSI et donc il intéresse les tutelles. Il est important pour la DSF d'associer au projet de communication interne les représentants de l'Etat et la Région par des échanges d'idées. Le conseil pédagogique est utilisé à cette fin.

Un autre axe qui est apparu comme important dans l'étude menée est l'amélioration de la performance et particulièrement des processus de décision et de gestion.

3.3.3. Les performances de gestion de l'IFSI, espace de coopération entre Région et établissement

L'aspect décisionnel : un des diagnostics à réaliser au moment de la prise de fonction est d'identifier les flux de décisions en termes de gestion et d'administration afin de participer, au sein du pôle à leur amélioration :

- quels sont les services administratifs et les interlocuteurs
- quels sont les zones et les niveaux de responsabilité
- quels sont les espaces partagés d'administration

⁴¹ DIRECTION DE L'EVALUATION ET DU DEVELOPPEMENT PEDAGOGIQUE, 2005, *Accréditation de dispositifs de formations supérieures professionnelle- référentiel qualité*, pp.19-21.

Les responsabilités en terme de gestion de l'IFSI intéressent plusieurs directions en dehors de la direction des soins formation :

- le Directeur : il est ordonnateur des dépenses et propose les tarifs de certaines recettes au conseil d'administration (prix de la journée formation dans un cursus de formation partielle) ;
- le Directeur des Services Financiers : il élabore et assure le suivi du budget ;
- le Directeur des Services Economiques : il assure le suivi des dépenses et les facturations ;
- le Directeur des Ressources Humaines : il assure le paiement des intervenants, paiement des stages et des indemnités de déplacement des étudiants, le recrutement des personnels et l'organisation du travail, la formation continue.

Après avoir identifié tous les flux décisionnels et de gestion, il conviendra de travailler les processus et de définir des indicateurs de performances avec les directeurs.

Par exemple, la DSF peut s'appuyer sur la gestion analytique proposée par la Région et sur les tableaux de bord correspondants. A partir de ces tableaux, avec l'aide de la direction des affaires financières et des affaires économiques, elle doit identifier les indicateurs et assurer un suivi de leur évolution à un rythme mensuel.

Des indicateurs de performance de la gestion financière peuvent être définis avec le directeur, la DSF et l'interlocuteur représentant le conseil régional tous les ans. Les indicateurs sont basés sur les principes de données pertinentes et précises, la production des états financiers selon un calendrier négocié, une politique d'investissement claire. Pour cela les responsabilités de chacun sont à définir et la DSF doit connaître précisément les limites de la délégation attribuée par le directeur de l'établissement.

L'aspect technique : d'autre part, les performances de gestion passent également par un bon réseau interne à l'IFSI. La définition de la **fiche de poste de la secrétaire** est à rédiger. En effet, l'administration technique du budget C de l'IFSI demande des compétences nouvelles à la secrétaire. Il convient alors d'évaluer si les secrétaires ont ces compétences et comment elles (ils) peuvent les développer. De plus, des tableaux de bord sont à construire avec le secrétariat pour que la DSF puisse s'appuyer sur leur assistance : saisie et contrôle des données, édition des tableaux de bord selon le rythme fixé, mise en forme des résultats, suivi des pièces comptables.

3.3.4. Le travail partagé sur les performances et la qualité de la formation

En terme de suivi de la formation professionnelle dans l'établissement, l'IFSI est impliqué dans la promotion professionnelle de certains agents hospitaliers. La définition de processus peut porter sur :

- **le parcours de l'agent entre service de formation continue et l'IFSI** : le calendrier des demandes, la définition du plan de formation, les responsabilités et les échanges entre la DRH et l'IFSI et les outils de communication interne avant, pendant et en fin de formation.
- **le processus de production de compétences** : selon le modèle de G. LE BOTERF⁴², différents types de qualité sont à obtenir au cours de ce processus : qualité d'orientation, qualité de conception, d'interface, de mise en œuvre, des compétences acquises. Il s'agit d'en définir les modalités. Ce travail est réalisable au sein du pôle en associant la DRH, la direction des soins et l'IFSI entre autres. Ce processus me semble intéressant à développer également dans le cadre d'une convention passée avec un établissement privé qui signe un contrat d'apprentissage avec un de ses agents. A chaque moment du processus, tous les acteurs concernés sont intéressés : le DRH avec la signature de la convention, la DSF responsable de la formation, le coordonnateur des soins responsable des stages dans le CH, le directeur de l'établissement privé, signataire de la convention. Il sera intéressant de développer cette approche avec le nouveau référentiel de formation infirmière. Ce dispositif permet aussi une communication précise des modalités de l'apprentissage auprès des représentants de l'Etat (DDASS et DRASS).

Il n'en demeure pas moins que la DSF doit faire **un auto diagnostic sur les performances de l'IFSI**. Pour cela, elle peut s'appuyer sur un référentiel qualité en attendant qu'une décision nationale n'oriente le choix de celui-ci. Les indicateurs de suivi sont à repérer et des tableaux de bord à suivre :

- les indicateurs financiers sont donnés par les tableaux de bord du Conseil Régional ;
- les indicateurs de production en terme de formation initiale (cursus total ou partiel de VAE) ou continue : nombre de stagiaires, d'heures stagiaire.
- Les indicateurs d'activités pédagogiques permettent une analyse qualitative de la formation : flux d'entrée et de sortie des étudiants et élèves, les effectifs étudiants et leurs caractéristiques mais également par la tutelle de l'Etat pour établir des statistiques et comparer les dispositifs de formation sur l'ensemble des régions.
- Les indicateurs de suivi de l'action de formation continue.

Ces indicateurs peuvent être des éléments d'information utiles à l'établissement comme à la Région pour une organisation de l'encadrement et une évaluation du coût de la formation et leur évolution.

⁴² LE BOTERF G., 2006, *Ingénierie et évaluation des compétences*, p. 417

Enfin le travail sur la qualité et la performance passe par un dispositif d'évaluation : la conception et la mise en œuvre **d'une enquête de satisfaction** peuvent être déterminantes pour améliorer les processus. Elle se réalise alors auprès des apprenants en-cours et en fin de formation et des établissements (recruteurs ou lieux de stage). Les résultats de ces enquêtes sont intéressants pour chaque partenaire :

- le responsable du pôle, pour améliorer l'organisation et les conditions du stage,
- le Conseil Régional, pour répondre à une volonté politique de satisfaction du citoyen et permettre la fidélisation dans la région, des nouveaux diplômés,
- la directrice de l'IFSI, pour évaluer la pertinence et la qualité de l'offre de formation dans l'institut. Elle peut alors utiliser des éléments objectifs de l'évolution des demandes de formation ou des difficultés présentées par les élèves et étudiants (sécurité- coût de formation- difficultés d'adaptation liées aux conditions de vie). Ces éléments sont à partager au sein des instances professionnelles associatives ou au-cours des échanges avec les tutelles.

Ainsi, les préconisations reprennent-elles les propositions et observations recueillies au-cours de l'étude. Elles sont également le fruit de mon observation durant les stages. L'intégration de l'IFSI dans un pôle administratif est une réalité. Elle relève certainement de l'histoire de la place de l'institut dans l'établissement. Ses acteurs doivent en faire émerger le sens et cela passe par la définition de sa place et de sa zone d'implication.

Le pôle qui intègre l'IFSI peut être un espace de coopération pour analyser la communication interne, externe, les processus de décision et définir des indicateurs de performance. La DSF doit alors œuvrer à la négociation équitable entre les intérêts de la formation des soignants et les diverses conceptions au sein du pôle. Ces intentions ne contribuent pas, seules, à la conduite des missions de l'IFSI. Il s'agit alors d'un des outils au service de la politique de formation initiale des soignants, dans l'établissement et l'environnement territorial.

« L'innovation est...encore plus que le processus par lequel un corps social s'approprié une invention : c'est l'histoire d'un état de tension permanente entre les possibilités que représente l'invention et les choix collectifs qui en sont progressivement tirés ». Norbert ALTER.⁴³

⁴³ ALTER N., 2005, *L'innovation ordinaire*, p.13.

Conclusion

La gouvernance, concept managérial, tente une évolution des pratiques au sein de l'hôpital. Les IFSI sont invités à y participer dans certains pôles administratifs. L'étude menée montre qu'il y a encore du chemin à réaliser et des limites à cette intégration. Elles sont essentiellement dues à la double appartenance de l'IFSI : un rattachement à l'établissement de santé et une tutelle financière régionale.

La question posée par ce travail est la pertinence ou non d'observer le pôle comme un espace de coopération entre la Région, l'établissement de rattachement et la direction de l'IFSI.

L'étude présente les limites d'un dispositif qui se met en place. L'analyse des entretiens a permis d'écartier certains a priori. J'ai eu, en effet, des difficultés à obtenir la participation des cadres formateurs qui n'ont pas encore bien cerné les enjeux ni les raisons de l'implication de l'IFSI dans le pôle. Dans les nombreuses lectures sur la gouvernance hospitalière, je n'ai pas trouvé de points de vue sur les pôles administratifs, ni sur l'intégration des IFSI dans ces derniers. C'est donc bien à l'éclairage du discours des directeurs d'hôpital, des directeurs des soins et du cadre formateur que j'ai pu observer et étayer une réflexion sur le pôle et les intentions de ses acteurs. Ils ont, pour la plupart, une conception positive et constructive du pôle : les directeurs d'hôpital ont démontré leur attachement à l'IFSI dans l'hôpital ; les directeurs des soins saisissent l'opportunité d'améliorer le partenariat gestion-formation face aux problématiques actuelles de la gestion des compétences et des ressources humaines de l'établissement. Des réticences existent toutefois dont il faut tenir compte comme l'indicateur d'un manque de consensus sur le sens de cette intégration au pôle.

Les préconisations proposées font la synthèse d'un ensemble d'axes à investir au sein d'un pôle administratif, par la DSF. Mais il n'en demeure que ce dispositif ne peut exclure la participation des autres partenaires que sont la Région, les tutelles.

Mon intention dans cette étude était de cerner les opportunités de ce nouveau fonctionnement hospitalier au service de la direction d'un institut. Aujourd'hui, de nouvelles interrogations se posent. En effet, une évolution vers l'universitarisation des études infirmières pose la question du devenir des instituts de formation, de leur rattachement à l'établissement de santé.

En attendant, l'amélioration de la qualité de la formation poursuit son chemin par une gestion plus stratégique et négociée de la directrice des soins, au sein des conseils pédagogiques. Il nous reste à développer notre propre capacité à apprendre, à inventer, dans de nouveaux dispositifs, pour accompagner les personnels soignants, au service des usagers du soin.

Bibliographie

Ouvrages :

- DIRECTION DE L'ÉVALUATION ET DU DÉVELOPPEMENT PÉDAGOGIQUE, 2005, *Accréditation de dispositifs de formations supérieures professionnelles-référentiel qualité*, ENSP, 53 p.
- DUPUY O., 2007, *La nouvelle gouvernance. L'organisation en pôles d'activité*, Paris : Heures de France, 95 p.
- MESURE S., SAVIDAN P. / éd., 2006, *Le dictionnaire des sciences humaines*, Vendôme : Presses Universitaires de France, 1264 p.
- MOREAU DEFARGES P., *La gouvernance*, 3^{ème} édition, Vendôme : Presses Universitaires de France, 127 p.
- LAFFORE J., 1996, *Les droits d'expression à l'hôpital*. Paris : Berger-Levrault, 274 p.
- LE BOTERF G., 2006, *Ingénierie et évaluation des compétences*, 5^{ème} édition, Mouguerre : Editions d'Organisation, 605 p.
- LEGALL J.M., 2007, *La gestion des ressources humaines*, 7^{ème} édition, Vendôme : Presses Universitaires de France, 128 p.
- MEIGNANT A., 2003, *Manager la formation*, 6^{ème} édition, Paris : Liaisons, 426 p.
- NORBERT A., 2005, *L'innovation ordinaire*, 2^{ème} édition, Lonraï : Presses Universitaires de France, 284 p.
- SAINSAULIEU Y., 2007, *L'hôpital et ses acteurs*, Editions Belin, 264 p.

Textes législatifs et réglementaires :

- PRÉSIDENTE DE LA RÉPUBLIQUE Loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Journal Officiel n°179 du 2 août 1991, 10255.
- MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ. 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 23 avril 2002, 7187.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE. Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales. Journal officiel, n° 190 du 17 août 2004, 14545.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS. Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. Journal officiel, n°102 du 3 mai 2006, 7626.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS. Décret n° 2005-1656 du 26 décembre 2005 relatif aux conseils de pôles d'activité et à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico- techniques des établissements publics de santé et modifiant le code de la santé publique. Journal officiel, n°301 du 28 décembre 2005, 20112.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS. Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux. Journal officiel, n° 108 du 10 mai 2007, 8324.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS. Arrêté du 17 octobre 2007 fixant la nomenclature des comptes obligatoirement ouverts dans l'état des prévisions de recettes et de dépenses et dans la comptabilité des établissements publics de santé. Journal officiel, n°0296 du 21 décembre 2007, 20671.

Rapport : support électronique.

- DEBROSSE D., PERRIN A ., VALENCIEN G., 2003 , *Rapport Projet Hôpital 2007 : Mission sur la « modernisation de l'hôpital public et de sa gestion sociale »*, [Visité le 21 juillet 2008], disponible sur internet :
- <http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/vallancien/sommaire.htm>

Périodiques :

- BARTHES R., COUDRAY MA., 2006, « Le management hospitalier à la croisée des chemins ». *Gestions hospitalières*, n° 452, pp.18-23.
- DOMIN J.P., janvier 2006, « La nouvelle gouvernance ou le retour en force de l'hôpital-entreprise », *Gestions hospitalières*, n°452, pp. 24-28.
- CAPPELLI D., novembre 2007, « L'organisation en pôles ou comment repenser l'hôpital public ». *La revue de l'infirmière*, n°135, pp. 14-15.
- CLEMENT R., novembre 2007, « Conduire le changement à l'hôpital ». *La revue de l'infirmière*, n°135, pp. 16-18.
- HENIN B., juillet-août 2007, « Enrichir les compétences, valoriser les parcours professionnels ». *Revue hospitalière de France*, n°517, p.1.
- MAIGROT R., juillet-août 2006, « Sans tabou ». *Revue hospitalière de France*, n°511, p. 1.
- ROBERT B., août 2007, « Comment conserver une stratégie d'action collective avec Hôpital 2007 ? ». *Soins Cadres de santé*, n°63, pp.24-27.

Liste des annexes

Annexe 1 : Canevas méthodologique de l'étude professionnelle

Annexe 2 : Enquête par courrier électronique. Grille de recueil de données

Annexe 2 (suite) : Les instituts intégrés dans un pôle sur deux régions

Annexe 3 : Grille d'entretien des directeurs de soins et directeurs d'hôpital

Annexe 3 (suite) : Grille d'entretien du cadre formateur

Annexe 4 : Caractéristiques des lieux d'enquête et des personnes interrogées

Annexe 5 : Grille d'analyse des pôles et projets de pôle.

Etape 3 : phase d'analyse et de synthèse des résultats		
Analyse de l'enquête	Analyser les informations issues de l'enquête sur le terrain selon les axes d'investigation de la question de recherche	Analyse par grille thématique de chaque entretien
Synthèse des résultats	Mettre en perspective la synthèse des informations recueillies selon l'axe intégration de l'IFSI- impact sur le projet de l'institut – place des acteurs	Analyse par thèmes et synthèse.
Etape 4 : phase de préconisations applicables par le directeur des soins de l'IFSI		
Préconisations	Dégager des actions à développer ou à mettre en œuvre pour la gestion de l'IFSI	Synthèse des préconisations relevées dans les entretiens et recueil d'informations documentaires.

Annexe 2 : Enquête par courrier électronique - Grille de recueil de données

Le présent document doit me permettre de faire « un état des lieux » relatif à l'intégration des instituts de formation infirmière et aide-soignante dans un pôle de centre hospitalier. L'anonymat des réponses est garanti. Je vous remercie par avance de me retourner ce document pour le 30 avril 2008 à l'adresse suivante : netpa@wanadoo.fr

Nom de l'IFSI :

1 - Votre institut comprend : *Cochez la ou les bonne(s) réponse(s)*

un IFSI un IFAS

2 - Quels sont les quotas de l'institut en 2008 ?

IFSI : IFAS :

3 - Votre institut est-il intégré à un pôle du centre hospitalier : *Cochez la bonne réponse*

Oui Non *Si non, passez à la question 7*

4 – Si oui, quel est l'intitulé du pôle ?

Intitulé du pôle :

5 - Qui est le chef de pôle ?

Chef de ce pôle :

6- Le projet de pôle est-il ? *(Cochez la bonne réponse)*

- écrit
- en cours de formalisation
- à l'étape de réflexion préalable
- non débuté
- autre, merci de préciser :

7 - En qualité de directeur(ice) des soins, avez-vous été concerté(e) pour la décision d'intégration de l'institut dans le pôle ?

Oui Non

Si oui, comment ?

Si non, pourquoi ?

8 - Vous pouvez apporter des commentaires :

**N'oubliez pas d'enregistrer vos réponses !
Merci de votre collaboration**

Annexe 2 (suite) : Les instituts intégrés dans un pôle sur deux régions⁴⁴.

REGIONS REPRESENTEES	Région B		Région A	
	<i>IFSI</i>	<i>IFAS</i>	<i>IFSI</i>	<i>IFAS</i>
Nombre total d'instituts de formation	6	13	15	26
Nombre d'IFSI enquêtés	4		10	
Nombre de réponses	2		4	
<i>n = 6</i>				
IFSI comprenant un IFAS	3		2	
Quotas étudiants infirmiers				
- moins de 50	-		1	
- de 51 à 89	2		1	
- de 90 à 100	-		2	
Nombre de places autorisées[♦]				
- moins de 35	-		1	
- de 35 à 49	2		1	
- de 50 à 69	-		1	
Nombre d'IFSI intégrés dans un pôle	1		3	
Intitulé du pôle				
- mention de ressources humaines	1		1	
- mention administrative	-		1	
- mention direction	-		1	
Statut du chef de pôle				
- directeur des ressources humaines	1		1	
- directeur	-		1	
- directeur des soins	-		1	
Etat d'avancée du projet de pôle				
- non débuté	-		2	
- en cours de formalisation	1		-	
- écrit	-		1	
- à l'étape de réflexion préalable	-		-	
Participation à la décision d'intégration du directeur de l'IFSI				
- oui	1		-	
- non	2		1	

⁴⁴ Il s'agit des instituts de formation en soins infirmiers rattachés à un centre hospitalier non universitaire, comprenant ou non un institut de formation d'aides soignants.

[♦] nombre de places d'élèves aides soignants autorisées **en formation initiale**.

Annexe 3 : Grille d'entretien des directeurs de soins et directeurs d'hôpital

Votre établissement a fait le choix de créer un pôle direction intégrant l'IFSI. Cet entretien a pour but de recueillir votre point de vue sur cette nouvelle organisation. Je souhaiterais cerner la place de l'IFSI et des DS dans ce pôle.

La clause de confidentialité est rappelée. L'autorisation de l'enregistrement est demandée.

Présentation :

Pourriez-vous présenter votre cursus professionnel ?

Description du pôle et de son projet :

Questions de relance :

- historique
- qu'est-ce que le pôle (direction ou management) ?
- description du projet : exemples
- attentes et idées concernant le projet de pôle ?

Management et pôle

Questions de relance

- comment percevez-vous votre place ? Exemples
- quelles sont vos attentes ? exemples
- qu'est-ce que la collaboration avec le DS formation ?
- quelles sont les places respectives des directeurs ? exemples

IFSI dans le pôle

Questions de relance :

- pourquoi avoir intégré l'IFSI dans un pôle ?
- avez-vous été concerté(e) sur la composition du pôle et l'intégration ?
- y aura-t-il une incidence sur le projet d'école ou de formation ?

Pour les directeurs d'hôpital :

- pourquoi ?
- comment avez-vous envisagé d'intégrer l'IFSI ?
- quels sont les liens avec la formation initiale, les missions de l'IFSI et le pôle ?
- à votre avis qu'est-ce que peut apporter son intégration dans le pôle à l'IFSI ?

La contractualisation : comment l'envisager avec l'IFSI

Annexe 3 (suite) : Grille entretien du cadre formateur

Certains CH ont fait le choix d'intégrer l'IFSI dans un pôle. Le CH de Dax en fait partie.

Mon objectif est de cerner ce que peut être ce pôle et la place de l'IFSI dans ce pôle.

Avec cet entretien j'aimerais avoir votre point de vue sur cette intégration et vos attentes du projet de pôle ?

La clause de confidentialité est rappelée. L'autorisation de l'enregistrement est demandée.

Présentation du cursus professionnel

Description du pôle et de son projet :

Questions de relance :

- qu'est-ce que le pôle pour vous ?
- éléments historiques
- attentes et idées concernant le projet de pôle ?

Le projet de pôle :

Questions de relance :

- les éléments du projet
- ses attentes concernant le projet (exemples)

Management et pôle : quelle perception avez-vous du cadre formateur au sein du pôle ?

Questions de relance :

- les élections : pourquoi votre candidature ?
- quelle information sur le conseil de pôle ?
- attentes en terme de management (exemples)

L'intégration de l'IFSI dans le pôle

Questions de relance :

- pourquoi
- la décision : comment ?
- les liens perçus entre projet de pôle et projet de l'école
- votre avis sur cette intégration
- quelles en sont les limites ?

Annexe 4 : Caractéristiques des lieux d'enquête et des personnes interrogées

Présentation des lieux d'enquête

	<i>Centre hospitalier A</i>	<i>Centre hospitalier D</i>
Région	B	A
Nombre de lits et places des CH	825	988
	IFSI A	IFSI D
Quotas d'étudiants infirmiers	85	84
Capacité d'accueil d'élèves aides soignants	45	36
Nombre de formateurs (équivalent temps plein)	16	15

Tableau récapitulatif des personnes enquêtées

<i>Intitulé du pôle :</i>	Centre hospitalier A		Centre hospitalier D	
	PÔLE MANAGEMENT		PÔLE DIRECTION	
	Appellation	Qualité dans le pôle	Appellation	Qualité dans le pôle
<i>Directrice des soins formation</i>	DSF A	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Membre de droit du conseil de pôle ◆ Membre du bureau 	DSF D	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Membre de droit du conseil de pôle ◆ Membre du bureau
<i>Coordonnateur des soins</i>	CS A	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Membre de droit du conseil de pôle ◆ Membre du bureau 	CS D	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Membre de droit du conseil de pôle ◆ Membre du bureau
<i>Directeur des ressources humaines</i>	DRH A	<ul style="list-style-type: none"> ■ Responsable du pôle 	DRH D	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Membre de droit du conseil de pôle ◆ Membre du bureau
<i>Directeur d'hôpital</i>			DH D	<ul style="list-style-type: none"> ■ Responsable du pôle
<i>Cadre de santé formateur</i>			Cadre formateur	<ul style="list-style-type: none"> □ Membre suppléant du conseil de pôle – collège des cadres

Annexe 5 : Grille d'analyse des pôles et des projets de pôle

	<i>Pôle A</i>	<i>Pôle D</i>
<i>Dénomination du pôle</i>	Pôle Management	Pôle Direction
<i>Responsable de pôle</i>	Directeur des ressources humaines	Directeur
<i>Composition : les services représentés</i>		
❖ ressources humaines	♦ ⁴⁵	♦
❖ direction des soins infirmiers, médico techniques et de rééducation	♦	♦
❖ formation initiale (IFSI et IFAS)	♦	♦
❖ la qualité	♦	♦
❖ affaires médicales	♦	♦
❖ affaires économiques	-	♦
❖ affaires financières	-	♦
❖ systèmes d'information	♦	♦
❖ services techniques	-	♦
❖ communication	♦	♦
<i>Le projet de pôle</i>		
<i>Etat de finalisation du projet écrit</i>	première ébauche	finalisé
<i>Thèmes de préambule</i>	<p>Deux objectifs généraux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - expliciter les choix et identifier les actions en fonction de logiques parfois contradictoires - engager une évolution culturelle vers efficacité et efficacité des professionnels et des modes de gestion 	<p>Descriptif du pôle et diagnostic des forces et faiblesses :</p> <ul style="list-style-type: none"> -organisation en trois départements internes -coordination des services -information -définition des règles internes de gestion et fonctionnement
<i>Les orientations ou objectifs : thèmes</i>		
❖ gestion des compétences	♦	♦
❖ attractivité – recrutement des personnels soignants	♦	-
❖ amélioration des conditions de travail	-	♦
❖ information et communication	♦	♦
❖ dynamique de gouvernance : contractualisation- règles de gestion des pôles- délégation	♦	♦
❖ dynamique qualité	-	♦
❖ parcours patient et réponse à la demande du territoire de santé	-	♦
<i>Éléments d'organisation interne du pôle</i>	-	♦

⁴⁵ ♦ élément présent dans le projet - élément non présent dans le projet

	Pôle A	Pôle D
Éléments en faveur d'une contractualisation interne du pôle.	-	suivi des évaluations dans une dynamique qualité
Éléments financiers	-	-
Orientations en lien avec les missions de l'IFSI : thèmes		
❖ prestations de formation initiale	◆	◆
❖ prestations de formation continue	◆	◆
❖ développement et gestion des compétences	◆	◆
❖ communication interne et externe	◆	◆
❖ contractualisation interne ou externe et coopération	-	◆