



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

DIRECTEUR DES SOINS

Promotion 2005

Le Projet d'École en Institut de Formation en Soins Infirmiers

Patrice LOMBARDO

Remerciements

Je remercie l'ensemble des personnes qui ont contribué à la construction et à la réalisation de ce travail, les professionnels sollicités pour l'enquête, les animateurs des groupes « mémoire » de l'École Nationale de la Santé Publique : Madame Roginski, Madame Quélier, Monsieur Lerat qui furent particulièrement aidant lors des travaux de groupe et pour les conseils individuels.

Merci également aux professionnels avec qui j'ai pu échanger avant et pendant la formation, Madame F. Camus, Madame C. Roustain, Madame M. Rouvière, Madame M-T. Landes, Madame C. Seuret, Madame M-O. Galant, Monsieur C. Ledez, Monsieur M. Khennouf, Monsieur Valmary, Monsieur R. Garito.

Je tiens aussi à remercier les amis, les professionnels, qui m'ont apporté un soutien, un avis, direct ou indirect, ou qui m'ont donné « l'élan » avant de débiter la formation de directeur des soins : Madame G. Charles, Madame C. Moulinier, Madame D. Fréring, l'équipe de l'institut de formation des cadres de santé du Centre Hospitalier Le Vinatier.

Et puis, Toute mon amitié aux « trois mousquetaires » Christian, Denis, Didier ; à Guy L, Jean-Yves, Alain et Nicole ainsi qu'à Cécile et Emmanuel ; enfin à Jean-Marc et Guy A du trio « of the year ».

Une mention très spéciale pour **Marie**, ainsi que pour **Bastien** et **Inès** ...

Sommaire

INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : APPROCHE THEORIQUE	5
1 DU CONCEPT DE PROJET ... AU PROJET D'ECOLE EN IFSI	5
1.1 Le projet	5
1.1.1 Généralités	5
1.1.2 Approche socio-économique.....	6
1.2 Instrument et instrumentation de gestion	7
1.3 Le projet d'école en IFSI	10
1.3.1 Les préalables au projet d'école	11
1.3.2 Construction du projet d'école	14
2 CONTEXTE D'UNE PERIODE CHARNIERE POUR LES INSTITUTS DE FORMATION	17
2.1 La décentralisation des décisions	18
2.1.1 Le nouveau champ de compétence de la région : la Loi du 13 août 2004	19
2.2 Les changements structurels présents et à venir : la Validation des Acquis de l'Expérience et l'Universitarisation	22
2.2.1 La Validation des Acquis de l'Expérience.....	22
2.2.2 L'Universitarisation	23
2.3 La démarche qualité : accréditation, certification des instituts	25
SYNTHESE DE LA PREMIERE PARTIE	27
DEUXIEME PARTIE : ENQUETE ET ANALYSE	28
1 ENQUETE	28
1.1 Présentation du lieu d'enquête et des outils utilisés	28
1.1.1 Présentation générale du Centre Hospitalier Universitaire	29
1.1.2 Les Ressources Humaines et le Budget.....	29
1.2 Les structures d'enseignement et de formation	30
1.2.1 Généralités	30
1.2.2 Présentation de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers.....	30
1.3 Les limites de l'investigation	31

2	ANALYSE DESCRIPTIVE ET QUALITATIVE	32
2.1	Le pilotage d'une organisation	32
2.2	La collaboration entre EPS et IFSI	34
2.3	Le projet d'école	36
2.4	La connexion du projet d'école avec les autres projets institutionnels	39
2.5	La régulation de l'offre régionale de formation	40
	SYNTHESE DE LA SECONDE PARTIE	42
	CONCLUSION	44
1	LES LIMITES DE L'ETUDE	44
2	REPONSE A LA QUESTION DE DEPART ET AUX HYPOTHESES	45
3	PROPOSITIONS ET PERSPECTIVES	47
3.1	Le projet d'école en CHU	47
3.2	Ebauche de Guide Pratique pour la construction du projet d'école	48
3.3	Perspectives possibles	51
4	CONCLUSION GENERALE	53
	Bibliographie	55
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

APOIF : Association pour un Ordre des Infirmières et Infirmiers de France
ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
AS : Aide Soignant
ASH : Agent de Service Hospitalier
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CSSI : Commission du Service de Soins Infirmiers
DGS : Direction Générale de la Santé
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
ECTS : Européan Crédits transfer Système (système européen de crédits transférables)
ENSP : Ecole Nationale de la Santé Publique
EPS : Etablissement Public de Santé
IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat
IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers
IFCS : Instituts de Formation des Cadres de Santé
ISO : International Organisation for Standardization
DS : Directeur des Soins
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
OPCA : Organismes Paritaires Collecteurs Agréés
ORS : Observatoire Régional de la Santé
PRDF : Programme Régional Des Formations
PSPH : Participant au Service Publique Hospitalier
SROS : Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire

INTRODUCTION

Notre société française, et les sociétés industrielles occidentales se développent depuis le siècle des lumières sur la conception et la mise en œuvre de projets. Ce « mode d'anticipation », est parfois exacerbé, si bien que JP Boutinet en a décrit les dérives pathologiques. Tout est projet, tout « doit » être projet, notre pays est d'ailleurs l'un des précurseurs de l'obligation de projets inscrits dans les textes législatifs.

Le champ de la santé, comme d'autres champs n'échappe, pas au phénomène et connaît son lot de réglementation sur le sujet¹. En effet, depuis 1991, les établissements de santé doivent construire un projet d'établissement pour mettre en perspectives les ressources et potentiels de la structure et déterminer pour les cinq années à venir les grandes orientations, les décisions. Cette démarche a pour but de mettre en adéquation les besoins des usagers et les moyens octroyés, en tenant compte du Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire². C'est actuellement, une gouvernance nouvelle qui accompagne les projets afin de déterminer le niveau de compétence et de responsabilité de chacun dans le cadre d'une décentralisation de l'Etat. L'autonomie et la réorganisation des structures de soins en sont les maîtres mots. Cette évolution existe également pour les instituts de formation du secteur sanitaire notamment du fait de la régionalisation établie par la Loi du 13 août 2004³. **Cette évolution est notamment formalisée** par la publication depuis les trois dernières années des rapports de missions ministérielles qui orientent les prises de décisions et le débat sur :

- La formation universitaire (mise en place d'une première année universitaire commune pour les formations en santé), **rapport de Monsieur Debouzie**,
- La compétence des professionnels de santé et la prise en compte de la Validation des Acquis de l'Expérience, **rapport de Monsieur Matillon**,
- Le transfert de compétence de gestes médicaux vers des paramédicaux et notamment les infirmières, **rapport de Monsieur Berland**,
- La régionalisation des formations du secteur sanitaire, **rapport de Monsieur Chevreul**⁴.

¹ Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

² SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

³ Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales

⁴ Ces quatre rapports sont référenciés dans la partie bibliographie de cette étude

Dans ce contexte en pleine mutation, ce travail a pour objet de vérifier **si une mise en action du projet d'école**, peut être un instrument de pilotage pertinent pour le directeur des soins en charge d'un IFSI⁵.

En effet, j'ai exercé comme cadre de santé dans des établissements publics différents, et comme formateur en Institut de Formation des Cadres de Santé. Lors de cette dernière expérience, j'ai pu noter que l'absence de projet d'école ne permettait pas toujours de prendre en compte le potentiel de l'institut et d'appréhender les évolutions annoncées (régionalisation, validation des acquis de l'expérience, partenariats universitaires) ou de développer des collaborations avec l'établissement de soins et définir une stratégie commune à moyen terme. Il est vrai que, comme dans la plupart des instituts de formations paramédicales, le projet principal était orienté, fort justement, sur le cœur de métier : **le projet pédagogique** ou projet de formation. Ce projet, essentiel pour développer la qualité de la prestation, me semblait quelque peu restreint pour aborder une dimension globale, à savoir la place de l'institut au sein de l'établissement public de santé et plus encore au sein du bassin de population. Ce constat de départ m'a permis de me poser la question suivante : **pour manager au mieux un institut de formation, de quels instruments de pilotage le directeur peut-il se munir pour que soit remplie pleinement la mission d'apprentissage ?**

C'est pourquoi, dans le cadre de la formation de directeur des soins, me destinant à prendre en charge la direction d'un Institut de Formation en Soins Infirmiers, j'ai souhaité étudier **le pilotage d'un institut de formation et les instruments de gestion associés**. A mon sens, cette étude doit me permettre de développer une méthodologie de recherche professionnelle, mais aussi d'appréhender des éléments théoriques et pratiques, pour agir au mieux lors de la prise de poste, mais également après. La **Méthodologie proposée** pour cette étude est construite autour de deux grandes parties. **En premier lieu**, une approche théorique, conceptuelle pour définir la notion de projet et contextuelle pour replacer la formation dans le champ de la santé. **En second lieu**, l'investigation apprécie, à partir d'entretiens et d'étude de documents, les liens entre théorie et réalité quotidienne à propos du projet d'école. L'analyse qui en découle donne lieu à des propositions.

La phase exploratoire de cette recherche, alimentée par les lectures, les entretiens avec des personnes ressources, les cours à l'ENSP⁶ et les échanges et observations lors de mes stages en IFSI, m'ont permis de préciser encore la thématique.

⁵ IFSI : lire partout Institut de Formation en Soins Infirmiers

⁶ ENSP : lire partout Ecole Nationale de la Santé Publique

En effet, depuis quelques années le projet d'école des instituts de formation en santé semble être, au même titre que le projet du service de soins des établissements, un instrument de pilotage essentiel pour le directeur des soins en charge d'un institut de Formation en Soins Infirmiers. Ainsi, J'ai pu préciser la question de départ et les hypothèses de travail associées :

« En quoi, le projet d'école peut-il être un instrument de pilotage pour le directeur des soins en charge d'un IFSI ? ».

La **première Hypothèse** doit permettre de vérifier si le projet d'école incite les acteurs internes et externes à mieux percevoir l'environnement local et régional c'est-à-dire, si **la construction du projet d'école prend en compte les potentiels de l'institut et l'analyse de l'environnement.**

La **seconde Hypothèse** aborde la notion d'anticipation des différents projets et des interactions possibles afin de préciser si **le projet d'école est en phase avec les autres projets institutionnels et participe à l'orientation stratégique de l'établissement.**

L'objet de cette étude sera donc de tenter de répondre à la question de recherche et de vérifier ou non, les hypothèses émises.

PREMIERE PARTIE : APPROCHE THEORIQUE

1 DU CONCEPT DE PROJET ... AU PROJET D'ECOLE EN IFSI

1.1 Le projet

1.1.1 Généralités

D'une manière générale, le projet peut être appréhendé comme une démarche qui permet de développer une certaine stabilité au sein d'un environnement souvent contraignant. C'est en quelque sorte, un fil conducteur qui permet à un individu, ou un groupe d'individus, de se projeter sur des bases connues et communes. C'est aussi dans le même temps « conjurer » cet avenir contraignant et peu connu, en envisageant ce que l'on peut construire individuellement ou collectivement. De plus, le rapport au temps est déterminant, le projet est ainsi décrit comme **une recherche de maîtrise de l'avenir et une recherche de sens** :

« Les conduites à projet sont des conduites cherchant à imprimer un sens à l'action qu'elles anticipent, que cette action soit le fait d'individus isolés, de groupes ou encore d'ensembles sociaux plus vastes⁷ ».

Ainsi, le projet peut se définir comme une co-construction, une certaine créativité qui permet l'appropriation de chacun, même si l'ensemble du projet n'est pas dans le détail le projet de chacun. Il est pour partie, une construction de chacun avec un élément central, un dénominateur commun.

C'est pourquoi, on peut dire que le projet est un élément typiquement humain et qu'il caractérise cette « humanité ». Selon Boutinet, Il fait appel à deux spécificités complémentaires. D'une part, l'approche conceptuelle à proprement parlé, relative à la gestion du temps et de l'espace, et, d'autre part à un paradigme, relatif à la capacité d'un acteur à gérer son autonomie : *« le projet serait donc destiné à osciller entre une logique d'acteur et de l'œuvre qu'il accomplit et une logique de l'action et de la pratique qui la mémorise »⁸.*

⁷ Boutinet Jean-Pierre, « anthropologie du projet » préface, page 1.

⁸ Ibid.

En conséquence, le projet comporte deux éléments fondamentaux, théoriques et pratiques, l'ensemble permettant de donner du sens à l'action.

Donc, quelque soit la typologie du projet, architectural, pédagogique, industriel d'établissement ou de société, « *il est plus qu'un concept, une figure emblématique de notre modernité*⁹ » et possède de ce fait une connotation positive dans la société.

Pourtant l'incompréhension peut exister lorsque les décalages sont importants entre ce qui a été imaginé par un groupe ou une équipe et la réalité concrète observée. C'est une question essentielle, qui devrait être présente avant et pendant la mise en oeuvre du projet afin de comprendre et expliquer les écarts, éviter les démotivations et les désillusions présentes et à venir et surtout réajuster. C'est pourquoi, il semble important d'appliquer une méthodologie rigoureuse, commune à l'ensemble des projets, qui en détermine le socle.

Pour Boutinet, le projet est composé de trois phases, **l'élaboration, la mise en oeuvre et l'analyse du projet.**

L'élaboration doit permettre, à partir d'une **analyse de situation**, de proposer une esquisse entre ce qui est possible et ce qui est souhaitable. Puis cette étape permettra de faire des **choix stratégiques** adaptés.

La mise en oeuvre assure le passage de la stratégie à **la planification**, étape fondamentale, puis à **la gestion des écarts** des tâches planifiées. L'ensemble est soumis à **l'évaluation** qui peut non seulement être une démarche terminale mais également réalisée ponctuellement de manière intermédiaire.

Enfin, il est intéressant de proposer **une analyse du projet** que l'on peut comparer à un audit externe, pour appréhender la structure totale à la fois vis à vis **du problème** qui a déclenché le projet, mais aussi pour comprendre **les rôles des acteurs** concernés, **les résultats obtenus** et les effets secondaires non voulus. L'analyse a pour objet de démontrer ce qui fait **la singularité du projet**, de rendre compte de son niveau de réussite ou d'échec. C'est aussi mettre en évidence et comprendre **les axes pertinents, les résultats**, la vitalité du projet, voir son obsolescence. En outre, le projet se conçoit également dans un contexte à la fois social et économique.

1.1.2 Approche socio-économique

Pour JL. Deshaies qui reprend la méthodologie de JP. Boutinet, la conduite stratégique du projet permet d'assurer le lien essentiel entre la rigueur de la méthode et la prise en considération du secteur d'activité étudié. Il insiste sur la nécessité de cette démarche qui répond aux besoins des usagers et explique les situations en s'appuyant

⁹ Ibid, page 16

sur des outils tangibles et en développant l'approche qualitative. A son avis « la démarche projet - qualité est la réponse appropriée à la branche d'activité...¹⁰ (sanitaire et sociale). De ce fait, trois fondements permettent de conduire au changement en lien avec le projet. **L'analyse de l'existant** qui doit poser tous les problèmes de l'organisation ; **une mise en acte** à tous les niveaux de responsabilité en formalisant les processus ; le tout, en s'appuyant sur **l'ensemble du potentiel humain** de la structure. Cette approche est également reprise par Jean Pierre Obin qui définit le projet d'établissement des structures de l'éducation nationale, comme « *un instrument de pilotage dont l'ambition est d'aboutir à d'avantage de cohérence*¹¹ » et qui propose **le projet pour mobiliser les enseignants**. Il évoque également trois séries de conditions pour favoriser la mobilisation : « *la création de nouvelles identités, l'adoption d'un nouveau mode de management et l'existence de retombées pour les acteurs du projet* ». Pour ma part, cette approche est transposable pour les IFSI, car l'objet principal est également l'enseignement, même s'il est nécessaire de retenir la particularité de l'alternance dans cette formation professionnelle. De même, dans tout projet quelque soit le champ d'activité, la formalisation de la démarche est impérative. En effet, la formalisation des actes à tous les niveaux de responsabilité fait référence, dans le développement du projet, à la notion de tableau de bord et plus largement d'outil, ou, plus exactement à l'instrumentation en gestion évoquée notamment par P. Gilbert.

1.2 Instrument et instrumentation de gestion

Après avoir abordé la notion de projet, il me semble opportun de définir ce que représente l'instrument de gestion comme vecteur de changement de l'organisation. En effet, construire un nouvel instrument de gestion n'est ce pas déjà sortir de l'habitude ? Cela nécessite en tous cas au minimum, une prise en compte de l'existant de ses potentiels et de ses dysfonctionnements, pour proposer une perspective nouvelle en transformant le présent. En d'autres termes, et pour ce qui nous concerne, en quoi le projet d'Ecole peut-il être une plus value au projet pédagogique d'un IFSI, et construire des perspectives d'avenir ?

Dans ce cadre l'instrumentation de gestion serait un vecteur de changement, qui structure l'organisation et l'évalue. L'instrument est opposé à l'outil, il possède une histoire

¹⁰ Deshaies Jean-Louis, « mettre en œuvre les projets », Edition L'Harmattan, Paris, 2000, page 48.

¹¹ Obin Jean Pierre, « le projet d'établissement » collection pédagogies pour demain, Hachette, Paris, 1994, page 15.

sociale et sa propre évolution. A mon avis, à travers l'instrumentation, il y a interaction entre l'instrument, la technique, le contexte, le social et le projet de la structure.

Je rejoins l'avis de Monsieur COLASSE (1996) pour qui « *le mot outil est dangereux et comme tel à proscrire, parce qu'il suggère, à tort, que l'on a affaire à un instrument passif. L'outil est donc différent de l'instrument de gestion¹²* ». J'utiliserai et développerai donc la notion d'instrument plutôt que celle d'outil.

BERRY (1983) a défini les instruments de gestion « *comme des moyens conceptuels ou matériels visant à réduire la complexité et à simplifier le réel dans les entreprises¹³* ». Quand à MOIDON (1997) il décrit l'outil de gestion comme « *toute formalisation de l'activité organisée, ... tout schéma de raisonnement reliant de façon formelle un certain nombre de variables issues des divers actes de gestion¹⁴* ». Même si le mot outil est employé dans cette seconde définition, il est associé d'emblée à « gestion » ce qui lui donne son caractère actif et constructif.

Je retiendrai donc comme définition de l'instrument : « *tout moyen, conceptuel ou matériel, doté de propriétés structurantes par lequel un gestionnaire, poursuivant certains buts organisationnels, dans un contexte donné, met en œuvre une technique de gestion¹⁵* ».

Si la construction d'un outil nouveau, avec un but organisationnel est structurante, elle peut engendrer du changement. Pourtant, on peut entrevoir au moins une difficulté : la nécessité de construire un outil adapté à la situation. Il est donc important de « *penser l'instrument pour penser la gestion¹⁶* » car les instruments de gestion revêtent aujourd'hui un caractère central au sein des organisations. Ils couvrent le quotidien des personnels de direction qui les utilisent directement ou ils sont imposés par la structure et il faut composer avec eux.

Dans tous les cas « *de façon explicite ou non, la pratique gestionnaire est structurée par un ensemble de techniques qui ne sont fondées ni sur des savoirs d'action purement empiriques, ni sur l'application directe des théories, mais qui emprunte à la fois à l'expérience et à la connaissance savante. Sans être réductible aux instruments, les*

¹² In *L'instrumentation de gestion : la technologie de gestion, science humaine ?* GILBERT Patrick, ECONOMICA, Paris, 1998, page 22.

¹³ *ibid* page 23.

¹⁴ *Ibid.*

¹⁵ *Ibid* page 24.

¹⁶ *Ibid*, introduction page 1.

*techniques ne peuvent exister indépendamment de ceux-ci*¹⁷ », la gestion peut d'ailleurs être considérée comme l'ensemble « *des techniques d'administration des organisations*¹⁸ ». Les techniques de gestion ne sont donc pas à côté de la gestion. Elles lui sont inhérentes. Il n'y a donc pas d'instrument sans technique : « *si l'instrument n'est pas indispensable à l'existence d'une technique, ce que MAUSS a montré avec la notion de « technique du corps » (1950), il en est en tout cas un élément habituel. Inversement, malgré la tendance répandue à réduire la technique à l'objet par lequel elle se concrétise, il ne peut exister d'instrument sans technique*¹⁹ ».

L'instrumentation ne relève donc pas uniquement de l'intendance, elle a des effets sur les contextes, l'information, les personnes.

Pour P. Gilbert, il est souhaitable de passer de la notion d'instrument à celle d'instrumentation car le terme « *instrumentation* », tout comme celui d'« *organisation* », désigne à la fois un contenu et un processus²⁰. L'instrumentation est considérée alors comme un processus intégré des stratégies de changement : « *Le changement des instruments apparaît comme un enjeu important de l'action sur l'organisation (BERRY, 1983) et, réciproquement, tout changement d'une organisation invite à repenser les instruments qui lui seront incorporés. En cela, l'instrumentation peut être abordée au travers de celle, plus large, de stratégie de changement*²¹ ».

C'est bien le rôle de l'instrumentation qui est à l'origine de la problématique de cette recherche. Elle concerne ici, le pilotage du changement à travers le projet d'école. D'une part, le projet d'école permettrait la prise en compte du potentiel de l'institut et l'évolution de l'environnement. D'autre part, les liens possibles avec les autres projets institutionnels devraient faciliter le développement d'une stratégie d'établissement.

Cet avis est encore conforté par P. Gilbert qui considère que « *l'instrumentation est consubstantielle au changement organisationnel, soit qu'elle le justifie soit qu'elle en constitue un moyen de réalisation. Dans bien des situations, c'est la mise en œuvre d'instruments nouveaux qui est à l'origine du changement*²² ».

¹⁷ Ibid page 11, paragraphe 2.

¹⁸ *Lexique de gestion*, DALLOZ, 1996, in *L'instrumentation de gestion : la technologie de gestion, science humaine* GILBERT Patrick, ECONOMICA, Paris, 1998, page 11.

¹⁹ Ibid page 13.

²⁰ GILBERT Patrick, *L'instrumentation de gestion : la technologie de gestion, science humaine ?*, ECONOMICA, Paris, 1998, page 25.

²¹ Ibid, page 26.

²² Ibid paragraphe 2.2.1.

Pourtant, il sera souhaitable de ne pas omettre l'état des lieux des outils existants pouvant agir sur la coopération. En effet comme l'annonce LOUART (1995) :

« Avant d'instrumenter, on n'oubliera pas l'hypothèse que certains problèmes sont plutôt dus à des excès qu'à des manques. Au lieu de rajouter des outils d'action, on pensera qu'il est parfois plus efficace d'en enlever voire de réorganiser ceux qui existent déjà²³ ».

L'état des lieux doit permettre d'éviter cet écueil, mais c'est aussi la mise en œuvre concrète du projet et son évaluation qui sera prépondérante. Il est donc essentiel maintenant de définir le projet d'école, avant de vérifier dans la seconde partie, l'existant de projets d'école de quelques IFSI.

1.3 Le projet d'école en IFSI

Il est nécessaire de préciser d'emblée **que le projet d'école ne repose pas sur des textes législatifs ou réglementaires**. En effet, l'article 5 du décret 2002-550 portant statut particulier de directeurs de soins de la fonction publique hospitalière précise : *« le directeur de soins, directeur d'institut de formation est nommé par le chef d'établissement. Il est responsable sous l'autorité de ce dernier de la conception du projet pédagogique... du fonctionnement général de l'institut... il participe à la gestion administrative et financière et à la gestion des ressources humaines. »*. Ainsi la notion de projet est clairement en lien avec la démarche pédagogique et l'organisation de la formation. Le projet d'école proprement dit n'est pas cité. Pourtant, les textes réglementaires évoquent la gestion des ressources internes de l'institut, une des composantes du projet d'école tel que décrit par Madame Galant²⁴. Il faut d'ailleurs préciser qu'un léger handicap existe pour aborder ce sujet, **c'est le manque de travaux directement lié au projet d'Ecole**. Cela ne facilite pas la modélisation de la démarche, ou en tout cas empêche d'avoir une référence de départ. **Ainsi les fondements théoriques qui vont suivre reposent essentiellement sur les travaux de Madame Marie-Odile Galant**, directeur des soins, coordonnateur d'un pôle d'instituts de formation.

²³ Ibid page 27.

²⁴ Galant Marie Odile : Cours à l'ENSP; 9 avril 2005 « le Projet d'Ecole ».

1.3.1 Les préalables au projet d'école

Ils reposent sur trois déterminants fondamentaux, **l'analyse de l'horizon stratégique**, le **diagnostic de l'existant**, et une réflexion sur **le rôle de directeur d'institut**.

L'analyse de l'horizon stratégique doit permettre de prendre en compte le contexte géographique, celui de l'emploi, l'évolution de l'exercice de la profession infirmière et plus largement le rapport au travail. En pratique, c'est recueillir des informations à propos du bassin d'emploi en intégrant les réalités socioculturelles. C'est chercher à savoir, notamment à partir des études démographiques de la DRASS, de la DDASS et maintenant de la région, s'il y a adéquation entre les besoins et l'offre de formation. C'est appréhender l'espace géographique donné, les distances, l'aménagement du territoire, ou la proximité d'une frontière qui peut être à l'origine d'une « fuite » des professionnels.

A propos de l'évolution du métier, comment ne pas se poser la question fondamentale : **quels professionnels devons nous former** ? En cela, il est certainement nécessaire de dépasser la notion de qualification, attachée au diplôme, et tendre vers celle de compétence, attente essentielle des employeurs et des usagers. Mais c'est également **se questionner à propos des personnes que nous formons**. Ces futurs professionnels, s'engagent dans un cursus post baccalauréat et devront faire preuve d'une capacité de raisonnement complexe pour avoir une approche globale de la personne soignée, mais aussi anticiper des situations aiguës ou réaliser des soins de confort, relationnels, d'éducation, de prévention dans une démarche de plus en plus interdisciplinaire.

En somme, la première réflexion est relative au territoire à l'emploi et au métier. La seconde porte sur l'évolution des jeunes et correspond plus à une approche sociologique. Elle est également essentielle, car ces jeunes sont les usagers des instituts et ils composent la majorité des personnes formées en IFSI. C'est une source de réflexion majeure pour adapter les modes d'apprentissages en saisissant les comportements des étudiants et des jeunes professionnels. Ce questionnement est d'ailleurs récurrent, il y a dix ans Dominique Dropsy²⁵ notait « *avant même de nous intéresser au dispositif de formation, une question se pose : qui sont ces candidates (au concours d'entrée en IFSI) que viennent-elles chercher dans cette formation et dans cette profession ?* ». Par exemple, une étude réalisée dans les pays de Loire²⁶ montre que les jeunes étudiants

²⁵ Dropsy Dominique « des élèves infirmiers aux étudiants en soins infirmiers », in La face cachée de la formation professionnelle, Jean-Pierre OBIN, Hachette, Paris 1995 ; p 150.

²⁶ Galant Marie Odile : cours à l'ENSP ; 9 avril 2005 ; « Le projet d'Ecole ».

infirmiers sont plus fatigables, qu'ils connaissent des situations financières précaires les obligeant à travailler pendant les études. Leur « culture » est basée sur l'instant, loin des plans de carrière et d'une projection à moyen terme. Leur raisonnement repose sur l'instantanéité et des échanges rapides, une « génération du numérique » en quelque sorte : la structuration du discours écrit et oral est souvent problématique et intéresse directement l'apprentissage. C'est pourquoi, l'évolution de la formation et des dispositifs associés est le troisième volet de cette analyse d'horizon stratégique.

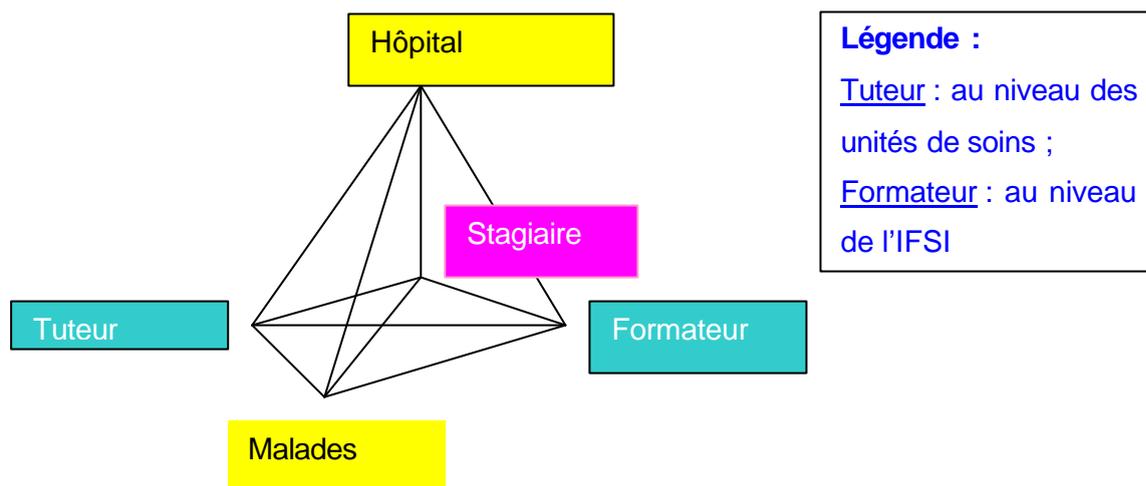
Cette évolution de la formation infirmière, comme pour les autres formations paramédicales est actuellement au centre des réflexions. Elle entre dans le cadre de la construction européenne et de la mise en place du système L.M.D (Licence, Master, Doctorat). C'est donc l'Universitarisation de la formation qui est en réflexion et qui fait à mon sens à nouveau écho à la question : **qui formons nous et comment formons nous ?** Ceci « ré interroge » les pratiques pédagogiques en IFSI. C'est le cas également avec la mise en place de la Validation des Acquis de l'Expérience (VAE) qui pose la question de l'apprentissage et d'une formation à géométrie variable « *tout au long de la vie*²⁷ ».

A mon avis, un questionnement vis-à-vis de ces thèmes doit permettre de faire des choix et selon le cas de trouver une traduction dans le projet d'école. Au total, cette analyse de l'horizon stratégique est fondée sur les « tendances lourdes » que sont la régionalisation, l'évolution du métier, l'évolution sociologique des jeunes, l'Universitarisation et la VAE. L'ensemble a une influence sur les modes d'apprentissages et sur la construction du projet de l'institut qui doit être en cohérence avec l'évolution de ces « tendances ».

Le diagnostic de l'existant repose plus précisément sur ce qui se passe à l'intérieur de l'IFSI. D'une part, c'est prendre en compte la démographie des étudiants, qui ils sont, d'où viennent-ils, de quelles villes, de quels baccalauréats : une connaissance à la fois groupale et individualisée. D'autre part, c'est connaître qui sont les formateurs quelles sont leurs expériences, leurs expertises, leurs cursus universitaires ou non. C'est également vrai au niveau organisationnel, avec le secrétariat de l'IFSI rouage essentiel du fonctionnement administratif et pédagogique.

L'ensemble du diagnostic orientera sans aucun doute le projet, car comme nous l'avons vu précédemment avec JL Deshaies, l'analyse de l'existant s'appuie sur **l'ensemble du potentiel humain**. Dans ce cadre, et pour poursuivre le raisonnement si nous reprenons une modélisation classique du dispositif de formation des infirmiers

(schéma ci-dessous), comment ne pas évoquer les liens entre l'IFSI et les établissements de santé. En effet, dans « ce potentiel humain » nous ne pouvons pas ignorer les professionnels des services cliniques et leur part dans la mise en œuvre de l'alternance. Ainsi, **la connaissance de ces liens**, de leurs formalisations ou co-construction, **mais aussi l'absence de travail en commun** sont des indicateurs pertinents du diagnostic.



(Modélisation du dispositif de formation des infirmières d'après Jean-Pierre Obin²⁸)

Enfin, la réflexion sur le rôle du directeur des soins en charge de l'institut, dernier élément des préalables au projet d'école est essentiel pour ceux qui se destinent à cette fonction. C'est pouvoir définir son rôle dans la conduite du projet d'école et des projets qui en découlent et donc son propre positionnement de responsable et de décideur. A mon sens, cette réflexion se construit dans le cadre d'un projet personnel et professionnel, lors de la préparation au concours d'entrée de directeur des soins à l'ENSP, pendant la formation et lors de la prise de poste, en tenant compte de la particularité du lieu d'exercice. Elle est également basée sur notre expérience, nos valeurs professionnelles, notre éthique, afin de préciser notre conception de la fonction de directeur des soins au regard des tendances actuelles et du projet à construire.

²⁷ LOI n° 2004-391 du 4 mai 2004 relative à la formation professionnelle tout au long de la vie et au dialogue social

²⁸ Obin Jean-Pierre, La face cachée de la formation professionnelle, Hachette, Paris, 1995, p 90

1.3.2 Construction du projet d'école ²⁹

Elle repose sur sept grands points fondamentaux développés sous forme de questions relatives à **l'école** elle-même, les **valeurs** qui lui sont associées, ses **fonctions et missions** ainsi que ses **finalités**. Puis, les interrogations concernent les **principes pédagogiques**, les **dispositifs** ou moyens pédagogiques ainsi que **les instances** qui régissent l'institut. L'objectif, en cherchant à répondre à ces questions, est de modéliser le projet, le structurer et alimenter les projets associés (projet pédagogique, projet qualité, projet de formation continue...). C'est donner le sens général, la projection de l'organisation en tenant compte du contexte environnemental et du potentiel humain.

A) Quelle école ?

Dans un IFSI, plusieurs formations peuvent coexister, infirmières, aides-soignantes ou auxiliaires de puériculture. C'est déjà un déterminant d'orientation pour l'école. De fait, la démarche peut être orientée vers l'Universitarisation centrée sur la connaissance ou vers l'apprentissage décliné en savoir faire, ou encore vers l'enseignement supérieur plutôt orienté sur le comportement de l'apprenant dans les situations professionnelles. Cela peut être également une synthèse des trois approches avec parfois une prépondérance pour l'une d'entre elles. **A nouveau, le potentiel humain est essentiel**, car par exemple, comment développer l'Universitarisation si aucun formateur ne possède de cursus universitaire ?

Définir quelle école on souhaite développer, c'est aussi afficher les partenariats ou les conventions d'un réseau de formation pour catalyser les complémentarités. Car selon le lieu géographique et la taille de l'IFSI, l'environnement concurrentiel ou non, les choix pourront être vitaux. La traduction dans le projet d'école, est l'expression de la logique principale qui se retrouvera dans la formation des formateurs, les choix d'évaluation, de validation de l'apprentissage.

B) Quelles valeurs ?

C'est un accord d'équipe. Si définir les valeurs communes est un ciment pour le groupe, obtenir ces éléments communs implique en amont échanges et controverses. Une fois les valeurs affichées et toujours dans un souci de logique et de recherche d'une cohérence, le plus difficile est de pouvoir mettre en œuvre. Par exemple, comment un IFSI public, qui affiche la Laïcité comme une valeur d'école, va-t-il la mettre en action au quotidien ? En tout cas cela passera encore par des explications, des échanges et des conflits au sein de l'équipe.

²⁹ Galant Marie-Odile, Cours à l'ENSP ; 9 avril 2005 : « Le Projet d'école ».

C) Quelles fonctions et missions ?

En premier lieu, elles sont en lien avec la nature juridique de l'IFSI. C'est aussi, au-delà de la fonction réglementée des IFSI qui doivent former de futurs professionnels, se poser la question de son utilisation au sens large. L'IFSI peut-il être un lieu d'échange et de communication ? Est-ce un lieu de débat entre les étudiants et les professionnels, mais aussi avec les universitaires, les usagers, les cadres des structures hospitalières ? Comment utiliser les nouveaux espaces créés par le multimédia et notamment Internet, pour favoriser cette communication ? Autant de questions auxquelles les réponses vont structurer et influencer le projet d'école et la démarche d'équipe pour le construire.

D) Quelle finalité ?

La finalité de la formation pose à nouveau la question du profil des professionnels que nous souhaitons former. Pour mieux le définir, **il est nécessaire de s'appuyer sur un référentiel** et à nouveau avoir un consensus d'équipe. Deux des principes souvent évoqués sont celui de la compétence, et celui de l'efficacité. Quelque soit le profil choisi, il sera à décliner en capacité et savoirs dans le projet pédagogique.

E) Quels principes pédagogiques ?

Cela fait référence aux méthodes pédagogiques. A ce propos MO Galant évoque la nécessité d'avoir un référentiel pédagogique, c'est-à-dire une référence théorique à un courant pédagogique clair afin que **l'équipe puisse se positionner et définir sa conception de l'apprenant et des modes d'apprentissages**. La pédagogie proposée sera-t-elle traditionnelle, centrée sur le comportement, collective, privilégiant l'individuel ? Autant « d'options » qui vont aider à faire des choix et dégager une cohérence d'ensemble à la fois dans les orientations générales du projet d'école mais également dans celles du projet pédagogique. Par exemple, si le principe choisi est celui de l'apprenant acteur de sa formation, ne serait-il pas nécessaire de permettre l'expression des étudiants y compris pour évaluer le projet pédagogique ?

F) Quels dispositifs ou moyens pédagogiques ?

Ce sont les moyens mis en œuvre, pour « traduire » au quotidien les principes pédagogiques retenus. C'est poser les questions relatives aux types de cours proposés, aux évaluations, à la forme des travaux de groupe, à la définition du suivi pédagogique ou du travail de fin d'étude. De plus, comme la formation est basée sur des temps théoriques et des temps de stage, **le fondement est l'alternance**. Il est ensuite intéressant de s'appuyer sur les principes pédagogiques et préciser la forme de l'alternance proposée. A nouveau, le lien avec le stage est prégnant pour comprendre, définir et établir les interactions entre l'IFSI et l'établissement de soins. A ce propos, le positionnement du

directeur des soins me semble essentiel, l'exemple de celui de Madame Faugier-Seuret³⁰ est édifiant :

« Le terme interaction paraît le plus approprié pour définir leur relation (entre IFSI et établissement de soins). Le terme collaboration laisserait penser que c'est une démarche de bonne volonté, laissée à l'appréciation et au désir de chacun et ne répondant pas à une nécessité. Or, il est nécessaire de former des professionnels autonomes, pouvant s'adapter, cherchant le sens de leur travail, pour une meilleure qualité des soins, en rupture avec une conception taylorienne de la tâche. »

G) Quelles instances ?

Si les missions des instances d'un IFSI sont définies par les textes réglementaires, il convient certainement de pouvoir formaliser ce que l'IFSI attend de ces instances en particulier du Conseil Technique. Par exemple, la formalisation d'un projet d'école n'étant pas dans les textes relatifs aux instituts, demander l'avis du conseil technique à ce propos peut marquer le début de la démarche. Ainsi, les axes politiques et stratégiques de l'institut seront connus de tous et alimentés par la réflexion interne et externe.

Au total, le projet d'école doit permettre de saisir la place de l'IFSI dans son environnement, qui est actuellement en pleine mutation du fait notamment de la déconcentration des décisions, de la formation promotionnelle tout au long de la vie dont la VAE est une des applications, de l'Universitarisation et de la démarche qualité pour les instituts de formation.

³⁰ Faugier-Seuret Chantal, « Institut de formation-institution soignante, deux pôles en interaction nécessaire pour l'amélioration de la qualité de soins », (E.N.S.P.). Rennes, 1992, Mémoire ENSP d'Infirmier Général. Page 23.

2 CONTEXTE D'UNE PERIODE CHARNIERE POUR LES INSTITUTS DE FORMATION

Les observateurs du système de santé en France estiment qu'il est dans une phase de transformation en profondeur, et à ce titre, la gouvernance hospitalière est citée comme un enjeu vital : *« les objectifs de la gouvernance hospitalière sont une optimisation du système de santé français (réduire les coûts) et l'amélioration de la performance à l'hôpital. C'est la vie du service public hospitalier qui est en jeu. Pour ce faire il est important de repenser les relations avec les malades, simplifier les processus de décision, développer des outils partagés de pilotage et permettre l'implication des hommes³¹ »*.

La formation professionnelle du secteur sanitaire n'échappe pas à cette transformation, même si elle possède quelques particularités. Afin de préciser mon sujet, **Je retiendrai pour ce travail quatre éléments majeurs** issus du premier chapitre qui ont, ou auront un impact sur l'organisation et la mise en œuvre du dispositif de formation. Par conséquent, ils sont certainement à prendre en compte pour amorcer et construire un projet d'école. En premier lieu, la **régionalisation** qui par la Loi du 13 août 2004 *« décentralise un des rares pans de la formation professionnelle resté jusqu'ici sous la responsabilité de l'état³² »*. En second lieu, **la validation des acquis de l'expérience**, appliquée pour le diplôme professionnel des aides soignants, est actuellement en débat pour une extension au niveau de la filière infirmière ; elle est à mettre en lien avec **l'Universitarisation**, discutée depuis plusieurs années au sein de la profession infirmière. Elle est relancée du fait de l'homogénéisation de l'enseignement supérieur européen par une organisation en Licence, Master, Doctorat (LMD). Enfin, **la démarche qualité** et sa traduction pour les établissements de santé, l'accréditation, commence à voir le jour dans les IFSI, avec des expériences de certification.

³¹ Romatet Jean-Jacques, Directeur Général du CHU de Nice, journée de formation continue sur la gouvernance, ENSP, 29 juin 2005.

³² Rapport de la Mission de Monsieur Chevreul pour le ministère de l'emploi du travail et de la cohésion sociale, Février 2005, page 7.

2.1 La décentralisation des décisions

Le dispositif de formation sanitaire se construit actuellement dans un environnement politique régional : le Programme Régional Des Formations³³. La régionalisation de la formation professionnelle s'inscrit dans le champ plus large de la décentralisation des compétences de l'Etat débutée au début des années quatre-vingt³⁴. La compétence de droit commun de la Région résulte du Code Général des collectivités territoriales qui précise que **le Conseil régional règle par ses délibérations les affaires de la Région**. Cette compétence générale est définie ainsi : *Le Conseil Régional a compétence pour promouvoir le développement économique, social, sanitaire, culturel et scientifique de la Région et l'aménagement de son territoire et pour assurer la préservation de son identité, dans le respect de l'intégrité, de l'autonomie et des attributions des départements et des communes (Loi du 2 mars 1982, article L.4 221-1 du Code général des collectivités territoriales).*

Dans le même temps, le rôle de la Région en matière de formation professionnelle initiale, continue, d'apprentissage (CFA) mais aussi d'enseignement (Lycées) et d'enseignement supérieur s'est affirmé et recouvre des champs d'activité larges : industrie commerce, artisanat...

Depuis la Loi d'août 2004, le Plan Régional Des Formations Professionnelles inclut les deux schémas régionaux des formations sanitaires et des formations sociales. On peut donc dire, que si la région a une certaine expérience en matière de formation professionnelle elle « entre » dans un secteur d'activité qu'elle connaît peu. Cette situation, ainsi que les délais d'application relativement courts, (onze mois pour le secteur sanitaire, avec une entrée en vigueur au 1 juillet 2005) a engendré des incertitudes **du faits d'enjeux forts** perçus par les régions et par les professionnels :

- la délimitation des compétences des régions,
- la compensation financière du transfert de compétence,
- la régulation de l'offre de formation en regard des besoins.

³³ PRDF : Programme Régional Des Formations

³⁴ Lois dites « Defferre » 82-213 du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes des départements et des régions et 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes les départements et les régions.

A ce propos, dès novembre 2003, William Vignatelli, directeur d'IFSI s'interroge sur l'intérêt d'une véritable gestion de proximité, mais aussi sur le risque de jeux locaux d'influence politique et de disparités régionales dans les attributions financières³⁵.

En même temps, les régions ont pris en compte la perspective de création d'emploi, dans une période de chômage important (10% de la population active,) de pénurie relative de personnel soignant qui risque d'être amplifié par les départs à la retraite.

A partir de ces éléments généraux, il me semble important de préciser ce contexte en rappelant le nouveau champ de compétence des régions, les principes de base des compensations financières et de faire un point sur la régulation des flux.

2.1.1 Le nouveau champ de compétence de la région : la Loi du 13 août 2004

A) Généralités

La Région définit et met en œuvre une politique en direction des jeunes et des adultes à la recherche d'un emploi ou d'une orientation professionnelle. En pratique, pour le champ sanitaire, la Région a pour compétence et ce pour tous les instituts qu'ils soient publics ou privés de :

- la répartition des quotas et des capacités d'accueil,
- l'autorisation de création des instituts de formation,
- l'agrément des directeurs d'institut,
- le financement [obligation pour les structures publiques pas pour les structures privées sauf si engagement antérieur de l'Etat (article 73-XI)].

Cela concerne toutes les professions paramédicales et, celle de Sage-femme, qu'elles soient réglementées ou non.³⁶

L'Etat définit les grandes orientations et conserve la fixation des quotas nationaux et leur répartition par Région. Il a un droit de regard sur la création d'institut et l'agrément des directeurs par le représentant de l'Etat en Région (Préfet). Il reste compétent en matière de pédagogie et de délivrance de diplômes. Après avoir résumé les composantes du transfert de compétence, il est nécessaire d'en connaître les modalités financières.

³⁵ Vignatelli William, la régionalisation des structures de formation de santé, revue Soins Cadres n° 48, novembre 2003 page 70

³⁶ Cf. annexe n° 6 : liste des professions paramédicales réglementées et non réglementées.

B) La compensation financière liée à la décentralisation

L'article 73-XI de la Loi d'août 2004 précise que la compensation recouvre **le financement des instituts de formation** ainsi que **les aides aux étudiants**. Concrètement, la région finance le fonctionnement et l'équipement des structures publiques. A ce jour, au vue des inquiétudes des Régions, il semble qu'il soit nécessaire de préciser la nature des dépenses pour apprécier le niveau réel de la compensation. C'est ce que devraient apporter les décrets d'application. Car, pour assurer la transition à partir de juillet 2005, l'article 119 de la Loi, fixe la règle suivante :

- pour le fonctionnement, la compensation sera **la moyenne** des dépenses **des trois dernières années précédant le transfert**,
- pour l'investissement, cette moyenne portera sur les cinq dernières années.

Pour les IFSI, ceci constitue une perte financière du fait de l'augmentation des places en formation³⁷ durant les cinq dernières années et donc des financements associés. Utiliser une moyenne engendre donc une baisse des recettes. De plus, le calcul des dépenses réelles pour les IFSI adossés à un établissement public est rendu complexe par un budget hospitalier globalisé. Ainsi, les établissements publics de santé ont élaboré un budget annexe fin 2004³⁸ comme ce fut le cas avant 1992. Mais le calcul est rendu difficile car les dépenses sont peu identifiées et les circuits internes parfois complexes et différents selon les établissements. Par exemple, certains établissements facturent la formation de leurs personnels dans leurs instituts, d'autres non. Plus concrètement, si la liste des comptes du bilan comptable est réglementée, la composition exacte de chaque ligne comptable varie fortement d'un établissement à l'autre. Pour Gérard Boronat directeur d'IFSI, « *il est essentiel pour le directeur des soins en charge d'un IFSI de connaître la nature des dépenses et des recettes de chaque ligne comptable, pour assurer un suivi budgétaire précis. C'est un élément fondamental pour prendre des décisions (comme développer la formation continue) et contrôler. Pour cela il est important d'avoir des collaborations avec l'hôpital et d'utiliser des tableaux de bord actifs* ³⁹ ».

A propos des aides aux étudiants, la complexité est également de mise. La définition d'aide dépasse celle de bourse d'étude et peut comprendre les transports, l'hébergement et à la restauration. Actuellement, dans le secteur de la formation sanitaire,

³⁷ Augmentation des quotas infirmiers de 26 000 à 30 000 entre 2002 et 2004, source Direction Générale de la Santé.

³⁸ Budget annexe des hôpitaux identifié par la lettre C : article R-714-3-9 du code de la santé publique.

³⁹ Boronat Gérard, Cours à l'ENSP du 7 juillet 2005 ; « le budget d'une Ecole paramédicale ».

le système de bourse n'est pas harmonisé et demeure variable selon le Ministère concerné.

En dernier lieu, et afin d'être complet, on peut s'interroger sur l'accompagnement financier du transfert par la Taxe Intérieure sur les Produits Pétroliers (TIPP). Ceci implique que le financement de la formation sera lié à la consommation de produits pétroliers en Région (dès 2006) et à ses aléas...

C) La régulation des flux

Si la Région, à travers le PRDF adopte et met en oeuvre la politique de formation dans le champ sanitaire, elle reste subordonnée aux décisions de l'Etat qui définit les quotas nationaux et leur répartition par région. Pourtant, comme l'élément majeur est la prise en compte des besoins en formation **il semble que l'enjeu essentiel sera la qualité des co-décisions** : *« la vision nationale des besoins ne doit pas être déconnectée de la vision régionale de besoins. C'est pourquoi, il importe que la définition des besoins fasse l'objet de décisions conjointes »*⁴⁰. A nouveau, c'est la complexité et la diversité de la situation qui rend la tâche difficile. Car, pour faire une analyse de besoin, les sources d'information sont primordiales. Dans ce cas, elles sont souvent multiples et hébergées par des acteurs différents : service de l'Etat, établissements de santé, collectivité territoriales (notamment dans le domaine de l'action sociale) mais aussi des structures d'observation comme les ORS⁴¹ ou de financement comme les OPCA⁴².

Ainsi, c'est la région qui va devenir le chef d'orchestre de l'analyse des besoins et le processus a déjà commencé. J'ai pu observer le démarrage des concertations dans la Région ou j'ai réalisé mon enquête. En effet, avec l'aide d'un cabinet de consulting, le Conseil Régional a organisé des temps d'échanges sur des thèmes déterminés. Ils sont au nombre de quatre et portent sur :

- Le Programme Régional Des Formations (schéma sanitaire et schéma social.)
- La contractualisation entre la région, les établissements et les instituts,
- L'aide aux étudiants et élèves,
- Le système LMD (Licence, Master Doctorat).

⁴⁰ Rapport de Mission de Monsieur Chevreul pour le ministère de l'emploi du travail et de la cohésion sociale, Février 2005, page 35.

⁴¹ ORS : Observatoires Régionaux de la Santé

⁴² OPCA : Organismes Paritaires Collecteurs Agréés

A travers les documents diffusés et aux cours de la présentation générale, le Vice Président du Conseil Régional en charge de la formation fut particulièrement clair. Ces temps d'échanges ont pour but de préciser la période de transition du transfert de compétence, de prendre en compte l'avis de l'ensemble des partenaires pour avoir un état des lieux des besoins. Mais à l'issue de cette concertation, ce sont les responsables politiques qui prendront les orientations et les décisions à propos du PRDF et ils feront obligatoirement des choix.

Dans ce contexte complexe, la mise en œuvre de nouvelles formes d'accès à la qualification est également un élément à prendre en compte. C'est le cas pour la VAE, puisque la région a la responsabilité d'organiser les réseaux d'information et d'orientation des candidats. Ce sujet fait parti, comme l'Universitarisation, des changements structurels de la formation dans notre pays.

2.2 Les changements structurels présents et à venir : la Validation des Acquis de l'Expérience et l'Universitarisation

2.2.1 La Validation des Acquis de l'Expérience

En France, les voies d'accès aux diplômes sont de quatre types : la voie scolaire et universitaire, l'apprentissage, la formation professionnelle continue et la VAE. Pour le secteur sanitaire les trois premières existent, la VAE est qualifiée de nouvelle voie d'accès. Rappelons que ce système permet à toute personne d'acquérir la totalité ou partie d'un diplôme, d'un titre à finalité professionnelle, ou d'un certificat de qualification répertorié par une branche professionnelle, en validant les acquis de l'expérience professionnelle ou bénévole. Il faut préciser également **ce qu'elle n'est pas**, un système d'équivalence de titre et diplôme ou une conversion automatique de l'expérience en diplôme, **il faut suivre une procédure établie selon le secteur d'activité**.

Pour le champ de la santé, la première mise en œuvre concerne une profession non réglementée, celle d'aide-soignant. Mais, au niveau Ministériel des groupes de travail examinent les possibilités de VAE pour des professions réglementées, et sur les quinze diplômes dont le ministère est certificateur quatre font l'objet de travaux assez avancés : auxiliaire de puériculture, préparateur en pharmacie, infirmier, infirmier de bloc opératoire⁴³. Les enjeux liés à cette révolution culturelle concerne la qualité de la VAE, car les professionnels diplômés ont l'impression que l'on brade leur qualification. Mais c'est

⁴³ Boudet M, Cours à l'ENSP , « la validation des acquis de l'expérience, du 5 mai 2005.

aussi l'interrogation des programmes de formation pour harmoniser la démarche et faire des liens. A ce propos, il est notable que le programme de formation des aides-soignants est en attente imminente de modifications, alors que la VAE est tout juste en application.

De plus, la possibilité de VAE pour des professions réglementées rend également le dossier compliqué. Il faut remarquer que la VAE est une des préconisations évoquée par Monsieur Matillon dans son rapport ministériel : "*modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé*"⁴⁴. Pour lui, il y a un lien fort entre le développement de l'évaluation des compétences, "*un concept émergent et structurant, de haute importance managériale*" qui doit intégrer la VAE. Au total, l'évaluation des compétences "*est un levier indispensable d'une véritable régulation médico-économique*"⁴⁵. C'est pourquoi, cette mission ministérielle a proposé de réaliser des expérimentations dans le cadre universitaire de validation d'acquis de l'expérience et ce pour toutes les professions de santé. Ainsi, le dispositif de VAE n'est pas isolé dans sa mise en œuvre. Il s'appréhende dans le cadre de l'Universitarisation de la formation infirmière, autant que dans celui d'une évolution des pratiques. C'est le cas pour les possibles transferts de tâches et de compétences proposés par le rapport de Monsieur Berland qui indique : "*la formation des acteurs médicaux et paramédicaux susceptibles d'accepter le transfert de compétences devra rapidement s'inscrire dans le cadre LMD professionnel sans attendre le résultat de la réflexion aujourd'hui engagée sur la première année communes des études de santé*"⁴⁶. Nous pouvons à nouveau vérifier les liens étroits entre l'évolution des pratiques professionnelles, la VAE et l'Universitarisation.

2.2.2 L'Universitarisation

Le système LMD est la mise en œuvre pour l'enseignement supérieur français des accords européens de Bologne signé par la France en 1999. La nouvelle construction des cursus universitaires est basée sur la licence (3 ans) le Master (5 ans) et le doctorat (8 ans). Ce système peut intéresser toutes les formations post-baccalauréat donc celles des IDE. De plus, si dans le cadre d'un projet d'école le choix est fait de développer des partenariats universitaires, c'est toute la dimension pédagogique qui est à organiser. En tout cas, les positions des professionnels reposent sur la question du "**qui formons nous, et comment**". Cela met en évidence l'apprentissage par l'alternance et un questionnement autour de la dimension professionnelle ou généraliste du cursus universitaire infirmier.

⁴⁴ Rapport Matillon, page 34

⁴⁵ ibid, page 35

⁴⁶ Rapport Berland page 46

Le débat au sein de la profession infirmière à propos de l'Universitarisation de la formation infirmière n'est pas récent. Il fut certainement influencé par le modèle Canadien qui est une référence en la matière. En France, Geneviève Charles, dans son livre issu de sa thèse de doctorat en science de l'éducation fut un précurseur⁴⁷. Aujourd'hui, ce débat est plus large mais engendre comme à ses débuts des prises de position différentes. En ce sens, l'avis des associations professionnelles révèle les divergences et la complexité du choix. Par exemple, l'APOIIF⁴⁸, dans un document de Josseline Jacques (le livre blanc de la profession infirmière, septembre 2004), évoque clairement l'intérêt pour la profession de développer une formation universitaire et propose déjà plusieurs scénarii de transformation des modules d'apprentissage actuels en ECTS. Plus qu'un simple transfert de forme, **l'APOIIF milite pour le développement d'une licence professionnelle** et d'un véritable cursus universitaire infirmier qui inclurait des évolutions possibles vers des Masters cliniciens, de spécialisation, d'encadrement ou d'enseignement. A contrario, **CEFIEC prônent un cursus universitaire généraliste** pour les infirmiers afin qu'ils puissent s'orienter dans n'importe quel champ d'étude après la licence. Dans un communiqué de presse en date du 21 décembre 2004⁴⁹ signé par Martine Perasse présidente de l'époque on peut lire :

"En outre, nous contestons le caractère professionnel de la licence qui empêcherait d'accéder à la voie recherche. L'évolution des compétences des infirmiers nécessite l'instauration d'un réel cursus universitaire amenant à une filière doctorante. De ce fait, nous exigeons une licence universitaire, mais non professionnelle".

Les préconisations des rapports Berland et Matillon, les positions différentes des associations professionnelles et l'avis des professionnels montrent la complexité de cette évolution mais aussi l'impact fort d'une **harmonisation européenne de la formation**. Dans ce contexte, le projet d'école d'un IFSI ne peut pas ignorer les évolutions en cours liés à ces changements structurels. C'est à mon sens, également le cas pour la démarche qualité qui tend à se formaliser dans les instituts de formation.

⁴⁷ Charles Geneviève « L'Infirmière en France d'hier à aujourd'hui » Paris, Le Centurion 1979, 246 pages.

⁴⁸ APOIIF : Association Pour un Ordre des Infirmières et Infirmiers de France, site infirmiers.com

⁴⁹ Site Internet : Cefiec.fr; rubrique actualité, fait à Villeneuve sur St- Georges le 21/12/2004

2.3 La démarche qualité : accréditation, certification des instituts

Si la politique d'évaluation à l'hôpital a été impulsée en 1991 par la Loi portant réforme hospitalière, l'implication dans une démarche qualité fut formalisée par les ordonnances de 1996⁵⁰. Il serait inexact de dire qu'avant la Loi, le champ sanitaire en France ne possédait pas de démarche d'évaluation, mais elle n'avait pas de dimension nationale obligatoire et projective. En France, contrairement à d'autres pays occidentaux comme les Etats-Unis, la démarche ne fut pas initiée par les professionnels eux même, mais par l'Etat. De plus, une certaine approche « latine » pose un problème culturel, ce qui provoque au niveau des professionnels une confusion entre démarche qualité et contrôle. Ceci a probablement été amplifié par la dimension médico-économique de cette approche.

La qualité est « *l'ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confère l'aptitude des besoins exprimés et implicites (normes ISO⁵¹)* ». L'assurance de la qualité introduit la notion de management de la qualité pour donner confiance en des exigences satisfaites. Dans ce cadre, l'accréditation est une démarche d'amélioration continue de la qualité en regard d'un référentiel. Si depuis les ordonnances de 1996, l'accréditation des établissements sanitaires est déjà en action, les instituts de formation ne sont pas inclus dans le processus. Pourtant, différents organismes ou associations ont construit des guides ou des référentiels⁵² pour entrer dans la démarche. Certains IFSI du secteur PSPH comme celui de Privas (Ardèche) se sont inscrit dans une procédure de normalisation de type ISO.

Pour un IFSI, mais également pour tout autre institut de formation, le choix du type de procédure qualité est essentiel. En effet, l'objectif global est une certification, c'est-à-dire un « label » par un organisme, ou tierce partie, qui va donner une assurance écrite de conformité vis-à-vis des exigences référencées. Pourtant, les moyens seront différents et la mise en œuvre dans le cadre d'un projet d'école sera également différente selon l'axe choisi.

M. Nagels⁵³ définit deux types de démarches qualité « certifiantes » pour les organismes de formation :

- La normalisation issue des techniques industrielles, qui applique des procédures « *reproductibles et permanentes afin d'assurer des caractéristiques identiques à un*

⁵⁰ Ordonnance 96-346 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

⁵¹ ISO : International Organisation for Standardization.

⁵² ENSP, site Internet : Accréditation de dispositif de formation (version juin 2004). CEFIEC site Internet : guide pour un autodiagnostic de la qualité de la formation en IFSI, 2000.

⁵³ Nagels Marc, Cours à l'ENSP du 20 janvier 2005 « certification accréditation d'un organisme de formation »

produit ou un service et en attente de conformité aux exigences qu'elle énonce » (normes ISO 9001 relatif au management de la qualité⁵⁴).

- l'accréditation qui est une procédure par laquelle un organisme faisant autorité reconnaît formellement qu'un établissement ou un individu est compétent pour effectuer des tâches spécifiques. Dans ce cadre, le plus important est la mobilisation interne de l'organisme, la démarche d'amélioration et les moyens d'alerte.

Dans les deux cas, **les références de départ sont une obligation** pour permettre la mesure et l'évaluation. La démarche de l'ENSP est généraliste et tend à être applicable à tous les instituts de formation professionnels supérieurs. Le manuel d'autodiagnostic du CEFIEC est plutôt un guide à usage multiple qui reste spécifique aux IFSI. Il n'a pas de portée généraliste et propose la possibilité d'initier la démarche qualité, de réactualiser le projet pédagogique et **de cerner les actions principales à développer**. En ce sens, il reprend certains items de la construction d'un projet d'école que nous avons vu précédemment. Il faut également noter que ce guide existe depuis l'année 2000. De plus depuis fin mai 2005 le CEFIEC, participe auprès de la Direction Générale de la Santé à un groupe de travail intitulé "Accréditation des établissements de formation" qui réunit également des associations issues de la rééducation et des spécialités infirmières.

L'approche par la qualité renforce la primauté de l'analyse de l'existant, comme nous l'avons vu à propos du projet. C'est cette analyse qui orientera le choix de l'équipe pédagogique et du directeur d'IFSI. Et ce n'est qu'une fois l'état des lieux fait que le projet d'école permettra de formaliser l'intention d'entrer dans une démarche de certification. Ainsi le projet qualité pourra être une des orientations stratégiques du projet d'école.

La démarche d'accréditation prônée par l'ENSP s'appuie sur le fait qu'elle permet d'admettre de « multiples initiatives justement liés aux effets de contexte, à la recherche d'une qualité adaptée⁵⁵ » De plus dans ce référentiel qui doit être mis en œuvre en septembre 2005, la référence 1-3-1 du domaine n° 1 (mission et politique) indique : « *l'organisme s'est doté d'un projet de développement porté à la connaissance de l'ensemble des acteurs* ». Pour ma part, **cela fait directement référence au projet d'école**, développement formalisé de la démarche politique et stratégique de la structure.

⁵⁴ ibid

⁵⁵ Accréditation de dispositif de formation, projet référentiel qualité version juin 2004, page 1, site Internet ENSP.

SYNTHESE DE LA PREMIERE PARTIE

Afin de répondre à la question de recherche posée au début de ce travail, il me semblait essentiel de préciser la notion de Projet avant d'aborder celle de Projet d'École. L'approche conceptuelle du projet nous montre qu'il est composé de deux versants, l'un théorique, l'autre pragmatique. Cette double composante est indissociable ; c'est un élément moteur du changement que le projet induit systématiquement. Pour que les évolutions engendrées ne soient pas délétères, **l'information, la communication et la recherche de l'implication des personnes concernées sont essentielles**. Si l'individu et le groupe ont besoin de se projeter pour donner du sens à leurs actions, ils doivent pouvoir obtenir quelques éléments positifs pour « entrer » dans le projet. En ce sens, **les évaluations d'étapes et leur communication** sont également un vecteur de pérennisation et de mobilisation des acteurs. Ainsi, la construction d'un projet d'école doit pouvoir reprendre ces éléments fondamentaux pour **éviter de rester un outil statique**, un document de plus, sans dynamisme. Un effet d'affichage est certainement une démarche à proscrire, il n'y a rien de plus démotivant pour un groupe qu'un projet sans action, sans réalité, sans réalisme. C'est pourquoi, selon Boutinet, **l'analyse de l'existant** est un facteur **fondamental**, elle est suivie par la définition de **choix stratégiques**.

En ce sens, les **préalables au projet d'école** tels que proposés par MO Galant permettent au directeur des soins de faire des choix concertés avec l'équipe pédagogique, à partir d'une approche à la fois interne et externe à la structure ; mais aussi à partir de sa propre réflexion sur son rôle du directeur des soins. Ensuite, la construction du projet d'école se fonde sur des items qui permettent de couvrir l'ensemble d'une politique stratégique de formation. Ils doivent être suffisamment adaptables pour prendre en compte le contexte de la structure. En cela, le projet d'école est pour moi un véritable outil dynamique, un **instrument de gestion** au sens de P Gilbert. En effet, il peut permettre de **définir un fil conducteur** pour faire face aux mutations actuelles et à venir tout en répondant aux exigences de qualité de l'apprentissage donné aux usagers. Enfin, la prise en compte du potentiel humain est une des clés de réussite de tout projet, sans quoi il restera creux et sans effet, sinon dommageable.

Après cette première partie, il est nécessaire d'exposer les éléments d'enquête et de les analyser en regard de la théorie. Cela, afin de répondre à la question de départ et aux hypothèses et émettre quelques propositions. C'est l'objet de la seconde partie.

DEUXIEME PARTIE : ENQUETE ET ANALYSE

1 ENQUETE

1.1 Présentation du lieu d'enquête et des outils utilisés

Afin de répondre au questionnement de départ, j'ai réalisé des entretiens⁵⁶ et une analyse de documents. Les interviews se sont déroulés dans un groupement hospitalier (qui sera nommé n°1) d'un CHU⁵⁷, et dans la Région d'appartenance afin d'avoir une approche cohérente. L'analyse de documents⁵⁸ concerne trois projets de formation ou d'école. Le premier provient de l'IFSI du CHU étudié (**projet n°1**), les deux autres d'un IFCS (**projet n° 2**) et d'un IFSI (**projet n°3**) d'une autre région. En effet, comme j'ai pu l'évoquer précédemment, il ne fut pas simple d'obtenir ces documents et ce pour diverses raisons : soit le projet était en cours d'écriture, soit il n'avait pas été réactualisé, soit encore il n'existait pas.

Les entretiens sont de type semi directifs et ont été effectués auprès :

- du directeur des soins responsable de l'IFSI du CHU, site hospitalier n°1,
- du directeur des soins du CHU, site hospitalier n°1,
- du directeur en charge des instituts de formation du CHU,
- du coordonnateur des soins, conseiller technique et pédagogique de la DRASS de la région d'appartenance de l'IFSI,
- du directeur, responsable de la régionalisation et de l'universitarisation, du CHU.

Je souhaitais également rencontrer un Conseiller Régional en charge de la formation ainsi qu'un représentant de la DDASS, mais pour des problèmes de disponibilité, les personnes contactées n'ont pu être interviewées.

⁵⁶ Cf. Annexe 1 : guide d'entretien des personnes interrogées

⁵⁷ C.H.U: lire partout, Centre Hospitalier Universitaire

⁵⁸ Cf. Annexe 3 : fiches synthèses des documents étudiés

1.1.1 Présentation générale du Centre Hospitalier Universitaire

Le Centre Hospitalier Universitaire étudié est composé de 5 groupements hospitaliers, trois multi-disciplinaires et deux spécialisés. L'ensemble est composé de 17 établissements intégrant toutes les spécialités cliniques y compris des centres de soins pour personnes âgées. C'est un pôle de référence régional pour certaines prises en charge spécifiques, notamment en cardiologie et neurologie.

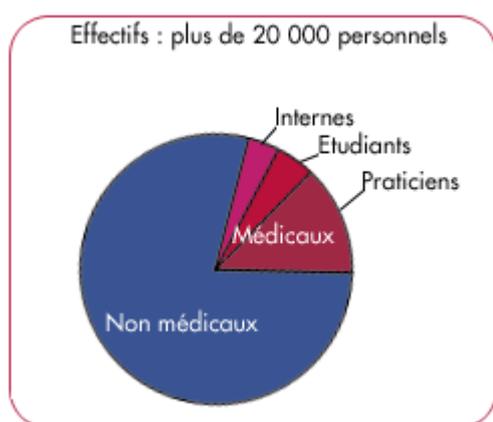
Activité : chaque année sont accueilli **160 176** entrées et **825 130** consultants, avec **204 533** passages aux urgences. Il existe **5484 lits** et **349 places** d'hôpital de jour.

En pratique, et afin de «visualiser» l'activité on peut dire que **chaque jour** ce CHU réalise 550 passages aux urgences, 530 admissions, 2625 consultations, 26 accouchements et 3 interventions sous Circulation Extra Corporelle. La provenance des usagers pour ce CHU est celle de la ville pour 20%, à 60 % du département, à 19,6% des départements composants la Région et pour 11,4 % hors de la Région ou de pays étrangers.

1.1.2 Les Ressources Humaines et le Budget

Elles sont constituées de **16 556** personnels non médicaux avec 10 846 paramédicaux, 1302 médico-techniques, 2361 techniciens, 2047 administratifs, et de **3508** personnels médicaux.

Budget : En 2003, le budget général était de 1 254,61 Millions d'€uros.



La clientèle :

160 176 hospitalisés et 825 130 consultants

L'urgence :

204 533 passages aux urgences

Lits et places installés :

5 484 lits (dont 365 en hôpital de semaine)

349 places d'hôpital de jour

(Tableau 2 : Tableau synthétique de l'activité et des ressources humaines)

1.2 Les structures d'enseignement et de formation

1.2.1 Généralités

L'enseignement : Le CHU comprend 4 UFR⁵⁹ de médecine, 1 UFR d'odontologie, 1 UFR de pharmacie et un institut technique de réadaptation (Psychomotricité, Ergothérapie et Kinésithérapie). Il existe également :

- Une école de sages-femmes,
- Un institut de formation des cadres de santé,
- Deux instituts de formation en soins infirmiers,
- Deux instituts infirmiers de spécialisation IADE⁶⁰ et IBODE⁶¹,
- Un institut de manipulateurs en électroradiologie,
- Un centre d'enseignement des soins d'urgence,
- Une école d'ambulanciers.

Au total se sont **110 postes de formateurs et Cadres** qui permettent de faire fonctionner l'ensemble de ces instituts pour une capacité totale de **1437 étudiants**.

La formation : La formation du personnel non médical représente 4% du budget de fonctionnement en 2003, soit 20,4 millions d'euros avec la répartition suivante : 14,95 M€ pour la formation promotionnelle et le fonctionnement des écoles, 4,61M€ pour la formation continue, 0,85 M€ pour les congés de formation professionnelle.

1.2.2 Présentation de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers

Il est situé au sein d'un des groupements multidisciplinaires du CHU qui comporte **897 lits**. Le bâtiment abrite à la fois l'IFSI et l'école d'infirmiers de bloc opératoire. Il existe une coordination formalisée qui permet une gestion logistique commune.

⁵⁹ UFR : Unité de Formation et de Recherche

⁶⁰ IADE : lire partout Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat

⁶¹ IBODE : lire partout Infirmier de Bloc opératoire Diplômé d'Etat.

L'IFSI assure la formation en soins infirmiers pour 135 étudiants par année et des aides-soignants pour 50 élèves. L'équipe de direction est constituée d'une directrice des soins en charge de l'institut, et de deux adjointes (Cadres Supérieurs de Santé) l'une responsable de la formation infirmière et l'autre de la formation aide soignante.

L'équipe des cadres formateurs comprend 23 personnes. Les formations sont organisées en quatre départements : un département par année de formation pour les IDE et un département pour l'année de formation AS. Un cadre formateur, coordinateur, nommé pour 3 ans dans chaque département joue le rôle d'interface avec l'équipe de direction, les coordonnatrices des autres départements, le secrétariat de direction et la secrétaire du département. Concrètement une équipe pédagogique s'occupe d'une promotion qui entre en formation et va la « suivre » pendant les 36 mois de formation. C'est l'organisation pédagogique retenue. Vingt cadres formateurs (équivalent temps plein) sont répartis pour les trois années de formation IDE. Trois cadres formateurs (équivalent temps plein) sont affectés au département AS. Un Cadre s'occupe à temps plein de la gestion de l'ensemble des stages : ouverture, affectation et suivi.

Rappel sur la formation : le mode de formation préparant au Diplôme d'Etat d'Infirmier est basée sur l'alternance de périodes de cours théoriques et de stages avec au total 4760 heures réparties sur **136** semaines, soit **2240** heures d'enseignement et **2380** heures de stage dont **140** heures de suivi pédagogique.

1.3 Les limites de l'investigation

Cette investigation est limitée car elle est plus qualitative que quantitative. L'échantillon de personnes interviewées est trop réduit pour être significatif et permettre une généralisation de l'analyse. En effet, partant de l'hypothèse que le projet d'école est un instrument de gestion qui permet le pilotage interne et externe d'une structure, il m'a semblé intéressant d'avoir l'avis des acteurs concernés par la démarche, au niveau d'un IFSI, d'un EPS⁶², de la DRASS et de la Région. Néanmoins, Il aurait été pertinent d'avoir l'avis de plusieurs Directeurs d'IFSI et de leurs équipes qui ont mis en place un projet d'école. Une comparaison entre deux Régions, l'une où le projet d'école est utilisé et l'autre non, aurait permis d'avoir des précisions à propos de la régulation de l'offre régionale. Enfin, plus globalement, une étude du transfert de compétence de l'Etat vers la Région à propos des lycées pouvait apporter quelques compléments et tenter de répondre aux questionnements des acteurs du secteur sanitaire.

⁶² EPS : Etablissement Public de Santé

2 ANALYSE DESCRIPTIVE ET QUALITATIVE

L'analyse des informations recueillies porte sur la description des avis donnés et des documents étudiés, ainsi que sur l'analyse qualitative développée dans le même temps et pour chaque thème. Ces thèmes recouvrent les grandes questions posées pendant les entretiens et les éléments de perspective que chaque personne interviewée n'a pas manqué d'aborder.

2.1 Le pilotage d'une organisation

L'approche de la notion de pilotage par les différents responsables est sensiblement identique. En majorité, les définitions abordent deux grands points. **Une approche fonctionnelle** qui évoque **la gestion de l'organisation dans son quotidien** avec un incontournable : la gestion d'une équipe. C'est aussi **anticiper** à moyen terme en **déterminant des objectifs et des moyens** pour les atteindre. Dans ce cadre, il existe une part de stratégie dans la conduite et la mise en œuvre d'un projet à construire, ou à co-construire. Cela dans le respect d'un calendrier et avec un maximum de clarté pour tous les acteurs.

L'accent est également porté sur la nécessité pour le pilote, **celui qui conduit l'organisation**, de bien connaître la structure dans lequel il exerce, ainsi que les hommes et les locaux. En ce sens, la définition des missions de l'organisation, des postes des professionnels est à préciser, ainsi que les partenariats et les conventions existantes ou à venir ; ramené aux instituts de formation, c'est, pour mieux agir, **comprendre la complexité, la particularité de l'organisation de la formation et des modes d'apprentissage**.

Dans tous les cas, le miroir de l'action du pilotage est sa formalisation dans un projet. **Car piloter, c'est prévoir, anticiper et agir**. Les directeurs de soins, le conseiller DRASS et le directeur des instituts mentionnent le projet d'école, le projet de formation ou le projet de soins comme éléments formalisés possibles. Les deux Directeurs des Soins évoquent également les travaux de groupe ou d'équipe (en particulier avec les cadres supérieurs) comme des moments particuliers révélant le pilotage opérationnel du directeur des soins.

Le directeur des instituts estime qu'en premier lieu, ce qui lui permet d'approcher toute organisation, c'est d'avoir des informations permettant **une compréhension de l'organisation et un suivi budgétaire**. C'est saisir administrativement l'approche gestionnaire et comptable pour vérifier l'adéquation entre besoins (quotas) et moyens alloués. Pour le directeur des soins de l'établissement le pilotage est un exercice difficile du fait notamment d'une double composante à la fois **opérationnelle et stratégique**.

Le directeur d'IFSI précise que la technique du benchmarking permet au pilote d'importer des démarches transférables ; le conseiller DRASS insiste sur **la visée interne et externe** dans la stratégie opérationnelle du pilote. Enfin le directeur responsable de la régionalisation rappelle que depuis sa prise de poste récente, il a peu d'outil pour piloter et que justement, il développe actuellement la concertation, avec les acteurs concernés pour les dossiers qu'il gère. De plus, et à propos des évolutions en cours, c'est la Région qui fera les choix et élaborera le projet régional des besoins en formation, elle sera l'acteur principal et l'élément fédérateur.

Le pilotage d'une organisation tel que défini par les personnes interviewées reprend pour l'essentiel des définitions communes. Elles apportent un premier éclairage sur ce que les auteurs évoquent à propos de la notion de projet et d'instrument de gestion, en particulier du point de vue économique. Pour ces acteurs, **piloter c'est prévoir, construire et anticiper**. Cela comporte une nécessaire compréhension de l'existant, une analyse de l'organisation jugée comme complexe, afin de pouvoir **à la fois agir et se projeter**. Le projet commun est cité par tous comme une **formalisation indispensable** qu'il soit celui de l'établissement, du service des soins ou d'école.

D'emblée, tous évoquent le contexte dans lequel le pilotage s'exerce. Et dès cette première question sont abordés à la fois **l'organisation interne** des institutions-management des équipes, groupes de travail, démarche de changement- mais également **la gestion économique**, c'est-à-dire le rapport entre besoins et ressources.

Plus largement, c'est l'environnement qui est cité comme influent sur le pilote et le pilotage. Et le contexte actuel correspond à **la pénurie de soignants**, aux **départs à la retraite**, aux développements des **nouveaux métiers**, à la réponse aux **besoins régionaux de formation**, et pour beaucoup à l'attente des décisions dans le cadre de la **décentralisation des décisions**. Enfin, la notion de **développement d'une stratégie**, « *la manière de faire* » quelle soit interne ou externe, fait partie du pilotage de l'organisation.

Au total, On peut donc dire que pour l'ensemble des personnes interrogées, les notions de pilotage, de stratégie et de projet sont clairement connues, qu'il y a peu de divergence d'approche, et que **l'environnement institutionnel et son organisation interne sont les déterminants du pilotage d'une organisation**.

2.2 La collaboration entre EPS et IFSI

A nouveau, en ce qui concerne la collaboration entre l'établissement de soins et l'IFSI, le thème est décliné en évoquant **une composante théorique et la réalité pratique**. Cette collaboration est jugée nécessaire et même impérative. En pratique, le directeur d'institut, les directeurs de soins, le conseiller DRASS mettent en avant **l'apprentissage des étudiants** (mise en stage) qui réunit les deux organisations pour développer chez les futurs professionnels, les compétences nécessaires à l'exercice du métier. La traduction est représentée par le compagnonnage, le tutorat.

Mais cela passe également par une collaboration active à partir de groupes de travail sur des sujets communs dans le cadre de projet. Cette **collaboration doit impérativement être formalisée**, c'est d'ailleurs « *une non formalisation qui est une cause d'échec de la démarche projet* ».

L'étudiant infirmier est donc « l'objet » principal de la collaboration. C'est l'expression opérationnelle de la collaboration entre les deux institutions. Il faut également noter que la réglementation de la formation infirmière est un dénominateur commun. Cette formation comporte 4760 heures dont la moitié en stage. Il semble donc normal que « l'apprentissage pratique » soit l'élément central des collaborations. D'ailleurs, dans la structure étudiée, le projet du service de soins développe une partie spécifique à propos de la formation et du développement des compétences des professionnels. C'est donc véritablement une priorité qui est déclinée au niveau du CHU. Pourtant au quotidien l'application est moins simple.

Au niveau de l'hôpital observé, la collaboration avec l'IFSI n'est pas une priorité. Elle existe et se matérialise justement par l'encadrement des stagiaires ou le règlement de problématiques communes mais ponctuelles. Le contexte de pénurie d'infirmier(e)s engendre un quotidien pour le service de soins infirmiers où la gestion des plannings est essentielle et chronophage. A ce quotidien, s'ajoute d'autres projets majeurs, dont la mise en place de la nouvelle gouvernance et en conséquence des pôles d'activité médicale.

Côté IFSI, c'est le même constat. Les travaux « en duo » pourraient prendre plus d'ampleur et un projet commun, déclinaison du projet du service de soins du CHU, pourrait être co-construit. Par exemple, l'accréditation un des vecteurs majeurs de collaboration possible aurait pu faire l'objet de plus de rapprochement. Ce ne fut pas le cas.

De plus, la collaboration passe par des temps formalisés existants, comme la Commission du Service de Soins infirmiers⁶³. Pourtant, en pratique elle est peu utilisée.

⁶³ CSSI: lire partout Commission du Service de Soins Infirmiers.

Sur ce thème les deux directeurs des soins sont en accord. Cette commission est jugée soit comme une instance peu représentative et non décisionnaire, soit comme un vecteur peu porteur. Pourtant, chacun pense que c'est par cette instance que la relance est possible. Je peux également relever que contrairement à ce qu'ont démontré MO. Galant et C. Faugier-Seuret⁶⁴, la nécessité d'avoir des approches théoriques communes concernant les soins infirmiers n'est pas évoquée par les personnes interviewées, c'est peut être là un point de perspective à développer ?

Au niveau de la DRASS, la collaboration est vécue comme une mission de la tutelle pour mettre en lien au niveau régional les lieux d'apprentissages théoriques et pratiques. Elle doit prendre en compte la réalité de la région, la réponse aux besoins en terme de postes qualitativement et quantitativement et l'adaptation à l'emploi.

Au total, les projets en communs existent dans cette institution et la prise en compte de la formation est réelle dans les documents formalisés. Le projet du service de soins du CHU dans le cadre du projet d'établissement va dans ce sens, même s'il est peu décliné au niveau du site. Dans la réalité la collaboration est essentiellement opérationnelle. Il n'y a pas de projet co-construit et l'instance qui permettrait un temps de collaboration institutionnalisée n'est pas utilisée (CSSI). L'analyse de ce thème me semble poser deux questions principales : comment mettre en action un projet du service de soins dans un CHU ? Et d'autre part, quels sont les modes de collaboration réalistes qui permettent de répondre aux aspirations de chacun dans un contexte de contrainte budgétaire et de changement organisationnel annoncé ? En d'autres termes, comment passer d'un projet d'intention à un projet d'action dans un environnement en recomposition ? Car, ce qui est évoqué notamment par les directeurs des soins, c'est l'importance des relations interpersonnelles pour le développement des collaborations. On peut donc s'interroger sur la pérennité des actions issues d'un projet qui reposerait pour l'essentiel sur ce type de relations. Pourtant, la démarche projet est habituelle et même culturelle dans cette institution.

Alors qu'en est-il du projet d'école, comment est-il construit et mis en œuvre, apprécié, compris par ces différents partenaires ?

⁶⁴ Faugier-Seuret Chantal, « Institut de formation – institution soignante, deux pôles en interaction nécessaire pour l'amélioration de la qualité de soins », (E.N.S.P.). Rennes, 1992, Mémoire ENSP d'Infirmier Général. Pages 20 à 23.

2.3 Le projet d'école

Une nouvelle fois la dichotomie entre approche théorique et réalisation pratique est à souligner. La connaissance conceptuelle et la mise en œuvre d'un projet sont connues, reconnues et utilisées par tous. Mais dans le cas étudié, **le projet d'école de l'IFSI n'est pas encore formalisé.**

Chacun définit le projet comme un vecteur incontournable dans l'organisation des activités et donc de la formation. Nous rejoignons là, la notion de pilotage d'outils nécessaires à une mise en action. Nous retrouvons également l'approche décrite par Boutinet qui met en avant à la fois la nécessaire réflexion dans la démarche projet, un temps de théorisation incontournable et une réalisation pratique. Le directeur des soins de l'IFSI évoque « *il (le projet d'école) ne se construit pas en quelques jours, et doit prendre en compte les fondamentaux de l'organisation. A partir des valeurs développées par l'institut et de l'analyse de l'existant...* ».

Le projet d'école est considéré comme étant à l'initiative du directeur des soins en charge d'un institut, il relève de sa responsabilité. Il est à la fois une démarche d'analyse du potentiel existant dans l'institut et d'anticipation des changements. En cela, nous rejoignons une partie de la définition de l'instrument de gestion défini par P. Gilbert : « *un moyen, conceptuel ou matériel, doté de propriétés structurantes avec lequel un gestionnaire, poursuit un but d'organisation, dans un contexte donné* ». Car, pour les décideurs interviewés, le projet d'école prend en compte le contexte actuel. Et cet environnement est défini comme une période charnière de l'organisation de la formation professionnelle. Cela tient au fait de la régionalisation, mais également de la Validation des Acquis de l'Expérience, de la possibilité de plus en plus envisagée d'une certification ou d'une accréditation des dispositifs de formations en santé. C'est aussi l'évolution vers l'Universitarisation et donc une mise « au diapason » européen. Cela correspond donc à l'ensemble des éléments évoqués par Madame Galant à propos des déterminants qui composent le projet d'école, à part l'approche sociologique des étudiants qui apparaît peu ici. En cela la théorie et la réalité observée se retrouvent.

Ce qui rassemble les personnes rencontrées, c'est qu'il se posent tous une question fondamentale : **quels professionnels voulons nous former aujourd'hui dans un contexte en pleine transformation ?** Une des réponses communes est l'intérêt de développer un projet d'action commun pour répondre au mieux aux besoins. Pourtant les moyens pour y parvenir sont divers selon la qualité de ces responsables.

Le projet d'école n'est pas une obligation pour le directeur des instituts car ce projet se retrouve dans celui du CHU ; comme le conseiller DRASS il se pose la question de l'utilité pour les IFSI d'un tel projet quand ils sont adossés à un établissement public et

cela semble normal puisque le projet est théoriquement co-construit et global. Mais, dans cette institution se pose le problème de la déclinaison, du fait de la taille, du projet par site ou groupement hospitalier.

Le directeur des soins s'exprime peu sur le sujet puisque ce type de document n'existe pas dans l'établissement. Le directeur de l'IFSI est dans la phase de construction du projet « brique par brique » dans une orientation de démarche qualité, mais c'est une démarche à moyen terme. Le projet de cette école est pour le moment une synthèse non formalisée de la prise en compte de l'existant, des rapports d'activité antérieurs, du bilan annuel et du projet de formation.

Au niveau régional, le conseiller DRASS n'a pas connaissance de l'existence de ce type de document même si elle pense que ce serait « un plus » pour aborder les changements. Par contre, elle reçoit régulièrement les projets pédagogiques des IFSI. Le directeur de la régionalisation du CHU va plus loin ; il imagine que les projets d'école peuvent être des contributions au dossier de la régionalisation avant la parution des textes et des vecteurs de mise en action des axes régionaux après cette parution. Concrètement, tous sont en attente de textes d'application complémentaires. Et, si pour beaucoup, ces acteurs de la formation régionale se sont rencontrés pour faire un état des lieux en regard des échéances, l'attente des textes semble primordiale.

En somme le projet d'école est un instrument de gestion connu par tous mais il n'est pas utilisé, même « *si cela peut être un plus* ». Il se semble pas « *manquer* » sauf au directeur de l'IFSI. Cette situation n'existe pas uniquement pour ce CHU, il n'y a pas de projets d'école connus au niveau de cette région, soit parce qu'ils n'existent pas, soit parce qu'ils ne sont pas diffusés. Cette impression de départ m'est confirmée, puisque j'ai dû en quelque sorte « être recommandé » pour obtenir des projets d'école formalisés et les étudier, et ce, dans une autre région. De plus, il faut rappeler que ce type de projet n'est nullement présent dans les textes législatifs et réglementaires qui gèrent le fonctionnement des instituts de formation.

Il me semble donc pertinent de pouvoir analyser quelques projets (trois), afin de vérifier si l'application pratique correspond à la démarche théorique exposée notamment par Madame Galant. Cela doit me permettre d'approcher la problématique de mise en œuvre et donc d'aborder les stratégies employées et les résultats obtenus. L'analyse des trois documents m'a permis en quelque sorte de « photographier » l'évolution d'un projet d'école à différents stades de son évolution.

Le premier projet (projet n°1) est encore un « hybride » entre projet pédagogique et projet d'école. Encore appelé projet de formation, il reprend quelques axes de construction d'un projet d'école, comme une approche succincte du contexte général du système de santé français et surtout de la mise en place des pôles médicaux du CHU. Vis-

à-vis du modèle étudié, il manque probablement une dimension stratégique à ce projet pour qu'il puisse plus précisément expliciter le potentiel de l'institut et son inscription dans le projet de soins du site, dans le projet de soins du CHU et dans le projet régional de formation des infirmiers. Ceci s'explique certainement par la taille de cet EPS, car les divers acteurs conçoivent le projet au sens large, celui du service de soins. Le projet de chaque institut y est inclus de fait. Pourtant, cette situation ne favorise pas les collaborations au niveau des sites qui restent ponctuelles et opérationnelles. Ainsi, se pose la question de l'adhésion des cadres de santé et des soignants des unités de soins, des cadres de santé des centres de formation, à la réflexion et à la mise en œuvre des projets et de leurs déclinaisons communes. Ici, le maintien et le développement des compétences des soignants est un enjeu souligné comme majeur et analysé comme un point à renforcer. La formalisation d'un projet d'école, articulé avec le projet du service de soins du site peut être un élément d'implication des professionnels concernés. Ceux-ci verraient le travail en commun des deux directeurs des soins comme un engagement fort, institutionnel et personnel et une volonté d'aboutir sur un sujet (compétences des soignants) qui est au centre des préoccupations actuelles.

Le second projet (projet n° 2) issu d'un IFCS, diffère un peu dans ces orientations puisqu'il concerne une formation pour adultes professionnels. Pourtant, l'analyse de situation est suffisamment fine pour mettre en valeur à la fois les potentiels internes (cursus et expérience des formateurs) dans le cadre de l'Universitarisation de la formation des cadres, les implications dans des projets institutionnels y compris dans la construction du projet d'école du pôle des instituts de formation. En effet, c'est la réflexion et la contribution à la mise en place d'un pôle des instituts de formation et donc l'inscription dans cette nouvelle organisation formalisée qui mobilise actuellement ce projet d'IFCS. Mais, si les axes stratégiques sont présents, la déclinaison en sous projets avec un calendrier prévisionnel et des bilans d'étape associés n'est pas présente. C'est probablement dû au fait que la référence à un modèle est un peu floue ou imprécise.

Le dernier projet (projet n°3) est en quelque sorte l'exemple d'un projet d'école actif. Il reprend l'ensemble des éléments du modèle, mais s'en détache par la précision de la démarche. En effet, à sa lecture on peut apprécier ce qui fait la particularité de cet IFSI, ce qui permet de définir sa plus-value : développement de la professionnalisation de la structure, amélioration des partenariats, démarche qualité par l'écoute des usagers. L'ensemble est contextualisé, à partir des changements possibles du fait de la régionalisation, des mutations du rapport au travail des étudiants en soins infirmiers, du manque d'attractivité de la profession. Bien sûr, ce n'est pas le règlement de tous les problèmes grâce à un instrument de gestion pertinent, mais une réflexion et une

démarche d'action qui associe toute une équipe. Certes, des axes restent à développer et améliorer, mais la forme du projet avec des bilans d'étape réguliers permet un ajustement et une vision claire pour tous, de la réalisation ou non du travail commun. De plus, il présente l'intérêt d'un document construit en objectifs mesurables.

2.4 La connexion du projet d'école avec les autres projets institutionnels

Au niveau du CHU étudié, la connexion du projet d'école ou de formation repose sur le projet d'établissement décliné dans le projet du service de soins infirmiers et le projet social. C'est pour le directeur des instituts, **développer l'individualisation des budgets** de chaque institut, **préciser les projets en cours** imaginer des solutions et faire des propositions dans le cadre de la régionalisation. L'essentiel se passe donc entre le projet du CHU, les tutelles et la Région. C'est également l'avis du directeur de la régionalisation pour qui le projet de régionalisation entre dans le cadre d'enjeux majeurs pour le CHU. En effet, il est à la fois employeur, susceptible de recruter des soignants et gestionnaire de structures de formation. Il se veut un acteur innovant et une force de proposition au niveau de la Région. En cela, le projet du CHU est en lien avec celui de la régionalisation de la formation professionnelle dans le secteur sanitaire.

Pour le conseiller pédagogique DRASS cette thématique rejoint celle de la collaboration entre IFSI et établissements de soins et doit aborder la réponse aux besoins, l'assurance d'avoir des structures de formation de qualité, de proposer des terrains de stage empreint de bonnes pratiques de soins et d'encadrement des étudiants. Ce qui est encore une mission de la DRASS.

Localement, le directeur de l'IFSI rappelle que la connexion des projets institutionnels est l'objet même du projet du service de soins inclus dans le projet d'établissement du CHU. Le directeur des soins pose en terme de perspective une collaboration avec l'IFSI qui serait formalisée dans le projet d'école.

Nous pouvons voir que la connexion du projet avec les autres projets n'est pas simple. En effet, le projet d'école n'étant pas formalisé il est peu crédible de vouloir trouver des connexions formalisées valides. Le niveau local montre la difficulté de travailler ensemble, avec une orientation stratégique conjointe. Pourtant, c'est une attente commune des deux directeurs de soins. Au niveau régional, à position du conseiller DRASS évoque clairement sur ce chapitre les enjeux de la collaboration entre FSI et services de soins, du fait des perspectives en cours. C'est l'évolution du métier qui est en

question. Pour les deux directeurs (celui des instituts et celui de la régionalisation) le débat se pose pratiquement d'emblée au niveau de la région : c'est le lien entre le projet du CHU et les nouvelles orientations régionales. Il est également évoqué en terme de perspectives de développer les projets de manière pluri annuelle ce qui manque dans le champ de la formation et qui pourrait se faire dans le cadre d'une contractualisation de moyens.

Nous sommes donc sur deux versants de la collaboration. Localement entre les IFSI et le service de soins et au niveau régional entre les différents partenaires qui sont les garants de la qualité de la formation professionnelle des futurs infirmiers. Dans quelle mesure est-ce à travers le projet d'école un élément de régulation de l'offre régionale de formation ?

2.5 La régulation de l'offre régionale de formation

Les interlocuteurs restent perplexes quand à la participation des projets d'école à la régulation de l'offre régionale de formation sanitaire, sauf le conseiller pédagogique de la DRASS. En effet, il estime que, comme la collaboration entre Instituts et établissement est primordiale, leur contribution à la régulation régionale est essentielle même si elle n'est pas actuellement formalisée. Deux grandes idées se dégagent pour ce thème. L'attente de textes d'application concernant la régionalisation est au centre des adaptations futures de chaque acteur. De plus, L'impact d'un nouveau partenaire (la Région) va pour un temps transformer les représentations de chacun et certainement les règles existantes. Tous ont bien conscience du bouleversement qui s'opère au niveau de la formation professionnelle et les interrogations sont nombreuses. Ce n'est pas uniquement cette déconcentration de décision qui est évoquée, mais l'ensemble des perspectives actuelles (VAE), et futures (Universitarisation - Certification) qui rendent l'avenir instable. C'est en terme sociologique, une zone d'incertitude forte qui se dessine pour la plupart des partenaires. Un des enjeux est la réponse à la demande sociale dans un contexte de pénurie relative de soignants (en tout cas dans cette région) mais aussi de chômage. L'aspect financier est également essentiel : le transfert des responsabilités sera-t-il suivi du transfert des moyens ? Si les budgets de fonctionnement sont issus de la région qu'en sera-t-il des budgets d'investissement. Pour la première fois, sont entendues dans le champ de la formation les expressions, fusion, restructuration, recomposition de l'offre de formation. Il me semble donc que si le projet d'école n'est, à priori, pas estimé comme un outil de régulation de l'offre de formation régionale, c'est l'action quotidienne de chaque

acteur qui y participera. Mais plus précisément, c'est le positionnement et le degré de concertation et de négociation qui sera primordial.

Certes la Région a pu acquérir une certaine expérience dans le cadre de la prise en charge de l'enseignement secondaire et supérieur ; elle maîtrise les procédures, mais elle a besoin également de l'expertise des professionnels entendus pendant cette enquête. Nous retrouvons ici, la démarche opérationnelle, évoquée tout au long de cette investigation. La Région est appréhendée comme « *l'élément fédérateur, l'acteur principal* » mais en amont vont se jouer et se nouer de nouvelles collaborations et cela crée également de l'incertitude : quel seront les nouveaux liens entre direction des établissements et directeur d'IFSI dans le cadre d'une autonomisation de ces derniers. De fait, la collaboration primordiale entre les lieux d'apprentissage théoriques et pratiques risque de connaître des changements profonds. En cela, **le projet d'école** peut être un instrument de pilotage des collaborations : **c'est donc un choix stratégique pour le DS en charge d'un IFSI pour maintenir et développer les partenariats et garantir la qualité de la formation.**

SYNTHESE DE LA SECONDE PARTIE

L'enquête, même partielle, apporte un éclairage pragmatique à la première partie et permet de faire des liens. Tout d'abord, il faut noter l'impact de la taille de l'établissement de santé étudié : il met en œuvre un projet du service de soins dont l'objectif est de représenter l'ensemble du CHU y compris les instituts de formation. De plus, chaque structure de formation est autonome pour construire et faire vivre son projet pédagogique. Cet élément est à prendre en compte afin de réfléchir à la place du projet d'école dans un CHU, et à son pilotage.

La notion de pilotage développée par les personnes interviewées reprend les arguments des auteurs tels que nous les avons vu en première partie. Piloter c'est anticiper, prévoir et agir. Il n'y a pas de pilotage sans instruments de gestion à visée interne et externe pour avoir une démarche à la fois opérationnelle et stratégique, sans oublier la dimension budgétaire. La double composante du pilotage, à la fois pratique et théorique se retrouve dans les avis donnés à propos de la collaboration entre EPS et IFSI. Celle-ci se doit d'être formalisée pour éviter l'échec du projet. A ce propos, je remarque que la concordance n'est que relative entre avis donnés et réalité observée.

En effet, si cette collaboration nécessite une formalisation où apparaît-elle ? L'absence de projet d'école, la non formalisation de cette collaboration dans le projet pédagogique et le peu de place dans le projet du service de soins du CHU sont autant d'éléments qui montrent la difficulté de cette collaboration et de sa formalisation. Cette problématique récurrente est bien illustrée, avec dix ans d'intervalle, par les travaux de Corinne Defrance⁶⁵ et de Chantal Faugier-Seuret⁶⁶ qui évoquent les difficultés mais aussi l'impérieuse nécessité d'interaction et de complémentarité entre les deux structures. Pour ces deux directeurs des soins, c'est une garantie pour développer les compétences des futurs professionnels et la qualité des soins aux usagers. Certes, les directeurs de soins de gestion et formation interviewés évoquent souvent le manque de temps et l'obligation de prioriser les projets. Mais, dans un environnement en pleine mutation n'est-il pas opportun aujourd'hui d'enclencher ce processus ? Car, l'autonomie des instituts peut engendrer de l'éloignement et avoir un effet négatif sur la qualité de la formation. Si le

⁶⁵ Defrance Corinne, « La construction des compétences infirmières. Une nécessaire complémentarité IFSI/Hôpital », Mémoire ENSP de Directeur des Soins, 2002.

⁶⁶ FAUGIER-SEURET Chantal, « Institut de formation – institution soignante, deux pôles en interaction nécessaire pour l'amélioration de la qualité de soins », Mémoire ENSP d'Infirmier Général, 1992.

projet d'école ne représente certainement pas le « médicament miracle » il peut être le catalyseur du travail en commun. Comme le projet est reconnu par tous comme indispensable et que certaines expériences nous ont montré le bénéfice obtenu, pourquoi ne pas tenter « l'aventure » pour faire du projet d'école un projet d'avenir ? Certes, l'établissement observé répond par un projet de soins global, mais le quotidien démontre que les liens entre EPS et IFSI sont insuffisants et qu'ils méritent plus de développement et de précision y compris pour mettre en action le projet du service de soins du CHU.

La déconcentration des formations sanitaires engendre la primauté du PRDF. C'est « lui » qui va donner l'orientation politique et stratégique retenue par l'Assemblée Régionale. Cette phase en construction va durer environ une année. C'est le temps de transition nécessaire aux élus pour prendre l'avis de tous les partenaires et faire des choix. La dimension économique est évidente, elle est concomitante au nécessaire maintien de la qualité de la formation pour les infirmiers et bien sûr pour les autres professions paramédicales. Car, justement les IDE ne sont pas seuls ; c'est tout le secteur sanitaire et social qui est concerné et plus largement l'ensemble du plan de formation régional. Après cette étude **je pense qu'actuellement, le projet d'école n'est pas un instrument permettant la régulation de l'offre de formation** et ce pour au moins deux raisons. Pour la Région étudiée, l'absence de projet de ce type ne permet pas de mesurer une participation à cette régulation ; la plupart des acteurs de la formation évoquent le PRDF comme l'élément de régulation de l'offre de formation. Ce dernier point soulève, à mon sens, un enjeu majeur à court terme : c'est de la qualité des relations entre la Région, la DRASS et les établissements de santé que dépendra la qualité de la régulation de l'offre de formation sanitaire. Ceci paraît évident, mais comme nous l'avons vu en première partie dans la construction d'un projet, la qualité de la communication est essentielle ainsi que l'implication des acteurs. Pour alimenter le PRDF, pourquoi ne pas utiliser un projet d'école pertinent et le diffuser en toute transparence au niveau de l'établissement, des tutelles et de la Région. N'est ce point là un vecteur de collaboration et de négociation efficient ?

CONCLUSION

1 LES LIMITES DE L'ETUDE

Comme pour toutes les études de ce type, afin de cibler le sujet, des thématiques et des orientations ont été laissées de côté. Pourtant, elles auraient pu préciser la démarche et certainement lui donner plus de « puissance ». C'est le cas, pour certains éléments théoriques qui ne furent pas abordés en première partie. Par exemple, le concept de collaboration régulièrement évoqué par les auteurs, mais aussi par les acteurs interviewés, mérite un plus grand développement. C'est également vrai, pour l'identité professionnelle sous jacente dans ce sujet puisque c'est à travers la formation initiale que se construit l'identité des futurs professionnels. Cette construction identitaire peut être étudiée pour adapter les modes pédagogiques aux générations actuelles. De plus, une approche sociologique aurait certainement éclairé les jeux de pouvoir et les relations interpersonnelles qui se jouent et vont continuer de se jouer avec la décentralisation des décisions. Cela amène évidemment à une approche plus politique peu abordée dans cette recherche, avec des enjeux non seulement régionaux mais nationaux.

Au niveau du contexte, au moins trois points furent abordés succinctement : la pénurie des IDE ; les départs massifs à la retraite et leurs impacts sur la formation ; les nouveaux métiers à l'hôpital en particulier du fait de l'informatisation mais également à cause de la segmentation des tâches des soignants. Cela peut être illustré par la dualité entre une médecine qui se spécialise alors que c'est la polyvalence qui est demandée aux IDE. Mais aussi par l'amorce de transfert de tâches médicales vers les paramédicaux.

Enfin, une limite de cette étude est relative à l'échantillon réduit de personnes interviewées et de documents étudiés et à l'absence de comparatif interrégional à propos du projet d'école.

2 REPONSE A LA QUESTION DE DEPART ET AUX HYPOTHESES

L'objet de recherche reposait sur la question : « **En quoi, le projet d'école peut-il être un instrument de pilotage pour le directeur des soins en charge d'un IFSI ?** ».

A la suite de cette étude, je pense que le projet d'école est véritablement un instrument de pilotage pour le directeur des soins en charge d'un IFSI. Il représente l'orientation managériale et politique de l'organisme de formation. Ceci est possible si les préalables au projet -analyse de l'horizon stratégique, diagnostic de l'existant et rôle du directeur - sont clairement établis. En effet, la démarche doit permettre de saisir à la fois le potentiel interne de l'institut et la particularité de la Région. Car à mon sens, c'est la Région qui va en quelque sorte représenter le modèle structurant l'offre de formation. Le marché de l'emploi, les moyens de production de la formation et les comparaisons entre les instituts de formation seront des vecteurs de mise en action du PRDF.

Le projet d'école peut être un instrument de pilotage si le directeur des soins en charge d'un institut le décide et s'il fait référence à un modèle théorique afin de faire valoir le potentiel de l'équipe et la plus value que peut apporter l'institut. Cela implique un diagnostic de l'existant précis et un travail d'équipe assidu. Les enjeux sont de prendre en considération les évolutions actuelles de l'environnement, pour s'inscrire dans une orientation régionale, multi partenariale et de développer l'autonomie de l'IFSI sans cloisonnement. Il est également nécessaire de faire connaître ce projet aux différents partenaires pour en faire un instrument d'argumentation et de négociation.

A mon sens, la **première Hypothèse** émise : « **la construction du projet d'école prend en compte les potentiels de l'institut et l'analyse de l'environnement.** » est vérifiée. En effet, la méthodologie du projet est connue et appliquée même lorsque celui-ci prend la forme d'un projet pédagogique. Les références à l'analyse de situation interne sont fortes, l'analyse de l'environnement est présente mais souvent à renforcer, notamment dans la formalisation du projet et sa mise en oeuvre. L'exemple des projets d'école n°2 et n°3 montre les possibilités à exploiter.

Par contre, la seconde hypothèse : « **le projet d'école est en phase avec les autres projets institutionnels et participe à l'orientation stratégique de l'établissement.** » montre à la fois les limites actuelles du projet d'école, mais aussi, les perspectives à envisager. Il est vrai, que le site étudié met en évidence, comme souvent pour les IFSI adossés à un EPS, les limites des collaborations entre ces deux structures.

Si ce premier niveau local est difficile, comment échanger avec les autres partenaires, DDASS, DRASS et Région ? A mon avis, un nouvel outil peut développer de nouveaux liens s'il est utilisé comme un instrument de gestion à part entière. En d'autres termes, c'est une nouvelle fois au directeur des soins en charge de l'institut de faire la démonstration de l'intérêt, et de l'utilité du projet d'école.

La situation des formations sanitaires étant en pleine mutation, il me semble opportun de développer une orientation stratégique et politique tenant compte du PRDF, non pas pour le « subir » mais pour construire des propositions concrètes ancrées dans la réalité. Certes, c'est une situation délicate qui fait probablement appel à une certaine dose d'utopie. Mais, l'utopie n'est-elle pas un des moteurs du projet ? Aujourd'hui, les instituts de formation comme les établissements de santé sont confrontés à une réflexion en lien avec l'aménagement du territoire dans le cadre d'un financement contraint. **Ils sont confrontés à la problématique des stages du fait de l'augmentation des quotas et donc à la qualité de la formation.** Des complémentarités, des recompositions ou des fusions sont déjà envisagées notamment pour des IFSI de petite capacité proche d'IFSI plus grands. Ainsi, à l'issue de ce travail, le projet pédagogique ne me semble toujours pas suffisant pour développer les orientations à trois ans ou cinq ans. Il est opportun de l'inclure dans un projet plus large mentionnant toutes les collaborations existantes et les choix de développement retenus. **A mon avis, tous les IFSI ne peuvent pas « tout faire »**, et les choix d'équipe seront tributaires des potentiels possibles ou visés et du travail complémentaire avec d'autres instituts possédant d'autres potentiels.

Ainsi, appréhender, développer et structurer la collaboration avec l'EPS, est certainement pour le directeur des soins une phase test qui scellera un socle fondamental permettant de promouvoir les collaborations avec les autres partenaires. En somme, le décroisement entre IFSI et EPS me semble être un axe stratégique fort, garant des autres collaborations.

Comme nous l'avons vu, la réalisation du projet d'école n'est pas aisée, le directeur d'IFSI (**projet n° 1**) évoque une construction brique par brique. C'est pourquoi la dernière phase de cette étude sera entre autre une contribution à la mise en action du projet d'école lors de la prise de poste de directeur des soins en charge d'un institut.

3 PROPOSITIONS ET PERSPECTIVES

Les propositions présentées reposent sur trois niveaux de réflexion. Le premier concerne la particularité du projet d'école en CHU, lieu d'investigation étudié. Le second est l'ébauche d'un guide pratique pour la construction du projet d'école, notamment au moment de la prise de poste. Enfin je ferai quelques propositions d'ordre général « pour donner de l'élan » à cet instrument de gestion.

3.1 Le projet d'école en CHU

La taille des CHU est un vecteur de complexité dans le pilotage d'une structure de formation. Pourtant, la particularité de certaines prises en charge, de certaines organisations engendre des expériences uniques. Dans l'exemple étudié, le nombre d'instituts, de formateurs et d'étudiants peut rendre opaque les particularités de chaque institut dans le projet du service de soins. Pour reprendre les points étudiés : collaborations, liens entre les différents projets et régulation de l'offre de formation, peuvent faire l'objet d'une analyse commune. C'est aussi le cas pour la prise en compte des mutations actuelles (Université, VAE, Démarche Qualité). Pourtant, pourquoi se priver d'une analyse fine de chaque institut qui fera à travers son projet d'école une projection à trois ou cinq ans. En d'autres termes, il me semble intéressant de développer et d'organiser **un pôle des instituts de formation** qui peut construire **le projet d'école du CHU**. Ainsi, dans la construction du projet du service de soins, le CHU pourra intégrer les fondamentaux du projet du pôle de formation, qui lui-même aura intégré les fondamentaux des projets d'école de chaque institut. Je pense que cette formule, déjà utilisée dans quelques établissements pilotes, répond à la fois à une démarche stratégique et opérationnelle en se servant du projet d'école comme d'un instrument de gestion.

Par exemple, l'approche opérationnelle peut permettre chaque fois que cela est possible de mettre en commun les moyens de production de la formation en utilisant les complémentarités au sein du CHU. Cela peut correspondre à l'utilisation de cours en vidéo conférence, l'achat, le prêt et la maintenance de matériel en commun ; une utilisation performante des compétences des personnels du CHU ; une gestion des stages et des concours partagée.

Au niveau stratégique, en amont, préciser le projet d'école de chaque institut peut favoriser les collaborations IFSI - EPS dans une démarche de co-construction ; en aval, l'expérience du CHU du fait de sa composante universitaire est un atout majeur

d'expérimentation de l'Universitarisation des formations paramédicales. C'est également un site de référence « à grande échelle » de la VAE des aides-soignants. En dernier lieu, son expérience de l'accréditation est favorable à la formalisation de la démarche qualité en formation. Certes, en France il n'existe pas que des CHU, mais l'idée de mise en pôle peut être reprise pour des hôpitaux qui ont plusieurs centres de formation ou qui souhaitent développer les collaborations entre formation initiale et formation continue ou avec d'autres EPS. En tout cas, lors de sa prise de poste en institut de formation le directeur des soins peut s'impliquer dans cette démarche stratégique et opérationnelle en étant à l'initiative de la construction du projet d'école. A mon sens, la démarche est à impulser lors des rendez-vous avec la direction de l'hôpital qui vont préciser les missions du nouveau directeur des soins. Ainsi, je propose **une ébauche de guide pratique** pour la construction du projet d'école **lors de la prise de poste**.

3.2 Ebauche de Guide Pratique pour la construction du projet d'école

Cette proposition non exhaustive n'a pas la prétention de répondre à toute la complexité de mise en œuvre d'un projet d'école. Elle se veut un guide simple et utilisable, composé de **neuf points capitaux**. Ils représentent pour moi, **la synthèse opérationnelle** de l'enseignement issu de cette étude.

- 1° **La connaissance des deux ou trois missions cibles** définies par le Directeur Général de l'EPS - ou par le directeur responsable des instituts - et le directeur des soins ; c'est une base incontournable. Ces missions représentent les axes stratégiques de développement de l'action du DS en charge de l'institut et les items sur lesquels il sera évalué. La traduction dans le projet d'école peut être une garantie de continuité ou de changement souhaité. C'est à mon sens, à partir de ces éléments que le DS fera ou non le choix de poste parce que cela correspondra à ses valeurs, son éthique, ses capacités, son projet professionnel... Un accord minimal est donc préférable.

- 2° **Le diagnostic de situation** est basé dans un premier temps sur les documents formalisés existants : projet d'établissement, projet du service de soins, projet d'école s'il existe, projet pédagogique, rapport annuel. Lorsqu'il sera construit, il sera également essentiel de prendre connaissance du PRDF. L'ensemble permettra dans les trois premiers mois, **de structurer un rapport d'étonnement** qui prendra en compte, évidemment, le potentiel humain.

- 3° **Le potentiel** interne peu être appréhendé à partir **des entretiens d'évaluation**. Pour ma part, l'évaluation de l'équipe ne doit pas se résumer à un entretien qui précède la notation annuelle. Ce sont plusieurs rendez-vous qui peuvent structurer les objectifs à atteindre, le projet professionnel et les possibilités de formations. C'est également l'occasion d'échanges sur l'organisation générale de la structure, les évolutions attendues pour chaque individu, et leur implication possible dans le projet. De plus, rechercher la participation des étudiants à la conception du projet de formation doit permettre également de développer certains axes du projet d'école. Ils sont les usagers du système de formation ; leurs avis, leur niveau de satisfaction est un pilier de construction des projets en IFSI.

- 4° **Appréhender l'environnement de l'IFSI** en recherchant les informations auprès de la Région, de la DRASS et de la DDASS, mais aussi des associations qui agissent dans le secteur sanitaire et social. C'est à mon sens une « mine d'informations » souvent dispersées issues des différentes études commandées ou expérimentales. Concrètement, cela passe par des demandes de rendez-vous avec les correspondants de ces institutions responsables des IFSI, ou des responsables d'associations. Les éléments collectés seront le point de départ de la réflexion concernant la place de l'IFSI dans le Département et la Région. Ainsi, les orientations relatives à l'Universitarisation, la VAE ou la démarche qualité prendront corps. Par exemple, il sera souhaitable de développer un partenariat avec d'autres IFSI pour la VAE du DPAS ou au contraire construire avec le service formation de l'EPS un projet répondant au cahier des charges réglementaires. Ce sera également la possibilité de comprendre les changements qui s'opèrent, en cela le secteur sanitaire et social est souvent précurseur.

- 5° **Promouvoir les collaborations internes en se servant de l'existant**. Puisque l'un des axes stratégiques est la qualité des liens entre l'EPS et l'IFSI, il me semble opportun « d'investir » les instances existantes. C'est le cas au niveau de l'établissement, par une participation aux réunions de Direction, mais aussi au niveau des réunions cadres de l'EPS et de la CSSI. Pour cette dernière, lorsque cela est possible, un cadre ou un cadre supérieur délégué à la relation IFSI - EPS dans chaque structure peut être une délégation favorisant l'opérationnalité. Par exemple, cela peut permettre de mettre en place un « guichet unique » pour la gestion des stages, dossier particulièrement problématique depuis l'augmentation des quotas. Il serait également possible d'inviter ce cadre de santé de l'EPS, aux réunions organisationnelles ou pédagogiques ainsi qu'à la construction du projet d'école de l'IFSI.

D'autre part, lorsque les cadres formateurs ont la responsabilité régulière de plusieurs terrains de stage, leur participation à l'élaboration du projet de service peut être un atout majeur, une forme d'audit professionnel.

- 6° **Informé, communiquer sur le projet d'école**, car comme nous avons pu le voir, il est souvent méconnu ou confondu avec le projet pédagogique. C'est le rôle du DS en charge d'un institut de formation de communiquer sur la démarche elle-même, sur les objectifs et les résultats obtenus, sans occulter des difficultés rencontrées. Cette action de communication doit avoir lieu au niveau de l'IFSI pour échanger avec l'ensemble des collaborateurs du DS (formateurs, secrétariat, agents de service). Dans ce cadre, Le Conseil Technique est un vecteur de communication qui me semble particulièrement adapté. Mais l'échange d'informations doit aussi se faire au niveau de l'EPS, des partenaires externes et des tutelles. Ainsi, une fois les choix réalisés, il est essentiel (comme nous l'a montré **le projet d'école n° 3**) de proposer un calendrier des actions et de formaliser des bilans d'étape. Ce processus évite les démotivations et permet de vérifier l'état d'avancement des travaux et si nécessaire de réajuster. Dans ce cadre, utiliser les technologies de l'information me semble intéressant, ainsi un site Internet reprenant les grandes orientations et l'état des travaux permet un accès à tous.

- 7° **Douze mois pour réussir ?** En construisant cette ébauche de guide, je pensais pouvoir annoncer le temps nécessaire à la construction d'un projet d'école. Mais à l'issue de cette étude, il me semble évident que cela n'est pas réaliste. Ce serait nier l'importance de chaque contexte local et régional. C'est pourquoi je proposerai **deux options possibles** :

- **le projet d'école doit à terme suivre les échéances du projet d'établissement et donc du projet du service de soins.** Cette option inscrit d'emblée l'institut dans une démarche de co-construction avec l'EPS.
- **Le projet d'école doit à terme suivre les échéances du Projet Régional Des Formations.** Cette option permet d'inscrire l'IFSI dans son environnement au même titre que l'EPS contractualise avec l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH).

Au total, l'autonomie de chaque Institut permet de faire le choix le plus judicieux, sachant que la réalisation de bilans d'étape est un vecteur d'information pertinent et qu'il peut coïncider avec l'échéance du projet non retenu au départ.

- 8° **Le benchmarking** est une technique reconnue de comparaison des organisations. C'est à mon avis une orientation à retenir pour comparer la politique et la stratégie retenue avec d'autres IFSI. Elle peut se réaliser à minima par l'échange de lecture de projets d'école d'autres IFSI et au mieux être complétée par des visites sur site pour appréhender au contact des acteurs la réalisation des orientations.

- 9° **La certification** est à mon sens « le stade ultime » de vérification de pertinence du projet d'école. En effet, l'audit externe permet une remise en question sans préjuger de la démarche proposée. Certes, cette proposition semble un peu prématurée puisque ce type de démarche est encore à ces balbutiements dans les structures publiques. C'est à mon sens, une perspective à évoquer car une labellisation de l'institut et de son projet d'école donnera à ce dernier une dimension incontournable et une reconnaissance riche en retombées internes et externes en terme d'implication des personnes et de qualité de la formation dispensée aux étudiants. Si cette orientation est choisie elle devient une composante du projet d'école.

Cette ébauche de guide d'action local est un complément aux perspectives possibles de dimension plus générale.

3.3 Perspectives possibles

La formation de directeur des soins à l'ENSP, m'a permis entre autre, d'échanger avec mes pairs et les intervenants permanents ou vacataires. Ce fut pour moi une source de réflexion quasi quotidienne. Aussi, je pense que la formation des directeurs de soins dans la future Ecole des Hautes Etudes en Santé devrait pouvoir développer encore le projet d'école.

A partir d'un tronc commun qui reprendrait les fondamentaux du projet qu'il soit d'établissement, de soins ou d'école, une présentation de ces trois vecteurs permettrait à tous, quelque soit le poste d'affectation futur, de saisir les opportunités d'un travail en commun sur le « terrain ».

Dans un second temps, une approche plus précise du projet d'école assez tôt dans la formation, pour les futurs directeurs d'institut, permettrait de réinvestir l'apprentissage au moment des stages, puis dans un débriefing post stage axé sur ce thème.

Pour finir, des interventions de représentants de l'Etat (DGS, DHOS), comme nous avons pu en bénéficier, pourraient être complétées par l'avis des responsables de Région en charge des formations et des directeurs de soins qui ont formalisé des projets d'école.

Ainsi, après l'application de la régionalisation, serait-il possible de débattre et construire à propos d'une nouvelle gouvernance appliquée pour les instituts, par les instituts...

Cette proposition peut être relayée par des manifestations plus locales :

Les colloques régionaux à l'initiative des directeurs des soins pourraient véhiculer positivement la démarche du projet d'école et créer des solidarités et des complémentarités.

La formation continue peut également être une source d'apprentissage et de réactualisation de connaissance, et un vecteur de l'alternance dans la fonction de directeur des soins, pour passer au mieux de « la gestion » à « la formation ».

Finalement, les occasions de promouvoir le projet d'école comme instrument de gestion ne manquent pas, elles sont relatives à la formation initiale et continue des DS, mais également tributaire de l'implication des DS eux mêmes.

4 CONCLUSION GENERALE

Au vue de cette étude, si le projet d'école en IFSI n'est pas encore utilisé systématiquement, les perspectives qu'il propose comme instrument de gestion me semble être un atout important dans un contexte en pleine mutation. En effet, le transfert de compétence de l'Etat aux Régions à propos des formations sanitaires et sociales, mais aussi les évolutions d'accès à la qualification par la VAE, et l'Universitarisation des formations paramédicales, représentent autant de zones d'incertitudes et de changements possibles.

La construction du projet d'école, fondée sur l'analyse de cet environnement et le diagnostic du potentiel interne, peut être un vecteur de stabilisation et de partenariat motivant et efficient. Car nous vivons le temps des recompositions et la contrainte budgétaire influence les orientations politiques et stratégiques. Si le pilotage par le projet est une démarche admise, formaliser les principales collaborations dans un document simple et actif peut permettre de créer des liens opportuns entre les différents projets institutionnels existants et participer à la régulation de l'offre de formation régionale.

A mon avis, développer le projet d'école peut permettre de limiter **les zones d'incertitudes** auxquelles sont soumises les organisations : *« de part sa compétence, la qualité de son réseau de relation (en lien avec l'environnement) et de communication, la connaissance des règles organisationnelles, celui qui pourra le mieux prévoir les incertitudes et les contrôler, détiendra la plus grande source de pouvoir⁶⁷ ».*

En effet, formaliser un projet stratégique c'est probablement se munir d'un instrument qui peut jeter les bases de règles organisationnelles tout en développant un réseau de relation et de communication. Mais c'est aussi, proposer une trame commune aux IFSI qui peut mettre en évidence les différences et plus values de chacun, tout en conservant une formation identique. Car un des risques possibles de la régionalisation et du développement d'un projet d'école cloisonné pourrait être de créer des diplômes d'école et donc des disparités fortes, délétères pour le maintien de l'équité d'accès à une formation professionnelle Publique de qualité. C'est à mon sens, dans cette perspective qu'il serait intéressant de compléter cette étude après quelques mois de mise en place des PRDF et bien sûr d'une utilisation étendue des projets d'école en IFSI. Cela pourrait contribuer à ce qui me semble essentiel dans la conduite de projet : **donner du sens à l'action.**

⁶⁷ Renaud Sainsaulieu : « Sociologie de l'Entreprise », Presse sciences Po et Dalloz, p 129.

Bibliographie

OUVRAGES :

ABRIC (Jean-Claude), *Pratiques sociales et représentations*, PUF, Paris, 1997 (2^{ème} édition), 252 pages.

BARBIN (B), *Hôpitaux et cliniques : de l'accréditation à la qualité*, LAMARRE, Paris, 1998, 245 pages.

BERNOUX (Philippe), *La sociologie des organisations*, Paris, Edition du SEUIL, 1987, 363 p.

BERRY (M), *Une technologie invisible ? L'impact des instruments de gestion sur l'évolution des systèmes humains*, Ecole Polytechnique, Paris, 1983.

CHARLES (Geneviève), *L'Infirmière en France d'hier à aujourd'hui*, Paris, Le Centurion, 1979, 246 pages.

CLAVERANNE (Jean-Pierre), LARDY (Claude), *La santé demain vers un système de soins sans murs*, ECONOMICA, Paris, 1999, 298 pages.

CLEMENT (Jean-Marie) / dir., CLEMENT (Cyril), DUPUY (Olivier), « Hôpital 2007 : les répercussions dans le champ du droit hospitalier », Bordeaux : Les Etudes Hospitalières, 2004, 90 pages.

CREMADES (Michel), GRATEAU (François), *Le management stratégique hospitalier*, MASSON (Inter édition), Paris, 1997, 448 p.

CRAM Rhône-Alpes, GS santé – GRAPHOS, *Relire les systèmes de santé par les activités et les processus*, Réalisation impression CRAM Rhône – Alpes , 131 pages.

GILBERT (Patrick), *L'instrumentation de gestion : la technologie de gestion, science humaine ?* ECONOMICA, Paris, 1998, 156 pages.

HERNIAUX (Gérard), NOYE (Didier), *organiser et améliorer les processus*, INSEP édition, Paris, 1997, 107 pages.

MATILLON (Yves), *Evaluation de la qualité en médecine : Du concept à la pratique*, FLAMARION, Paris, 1996, 161 pages.

MAUBANT (Philippe), « Pédagogues et pédagogies en formation d'adultes », Paris : PUF, 2004, 270 p, (collection Education et formation).

MINTZBERG (Henry), *Structure et dynamique des organisations*, Paris, Les EDITIONS D'ORGANISATION, 1982, 442 pages.

MORIN (Pierre), DEVALLEE (Eric), *Le manager à l'écoute du sociologue*, EDITION D'ORGANISATION, Paris, mai 2000, 271 pages.

POLETTI (Rosette), *Les soins infirmiers : théories et concepts*, édition le centurion, Paris, 1983, 175 pages.

OBIN (Jean-Pierre), *Le projet d'établissement*, collection pédagogies pour demain, Hachette, Paris 1994, 175 pages.

OBIN (Jean-Pierre), *La face cachée de la formation professionnelle*, collection pédagogies pour demain, Hachette, Paris 1995, 191 pages.

VASSILEF (Jean), *Histoire de vie et pédagogie du projet*, LYON EDITION chroniques sociales, 1992, 200 pages.

RAPPORTS

- Rapport « modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé » de **Monsieur Yves Matillon**, remis aux ministères de l'éducation nationale et de la santé, novembre 2003.

- Rapport « démographie des professions de santé » de **Monsieur Yvon Berland**, remis au Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées ; le 3 décembre 2002.

- Rapport de la Mission "Coopération des professions de santé le transfert de tâches et de compétences » de **Monsieur Yvon Berland**. Remis au ministère de la santé ; Octobre 2003.
- Rapport « Commission pédagogique nationale de la première année des études de santé » de **Monsieur Debouzie** ; juillet 2003.
- Rapport « régionalisation de la formation professionnelle » de **Monsieur Pierre André Perissol** pour le ministère des affaires sociales du travail et de la solidarité, 2003.
- Rapport « la mise en œuvre du transfert aux régions des formations sanitaires et sociales de la Mission de **Monsieur Chevreul** pour le ministère de l'emploi du travail et de la cohésion sociale, Février 2005.

REVUES et ARTICLES

ANATOLE-TOUZET (Véronique), « Spécial Hôpital Expo. La gouvernance : compromis ou étape vers un nouveau management hospitalier ? » Revue Hospitalière de France, 2004/05-06, N°498, pp. 21-24.

BOCHER (Rachel), « Le choix de l'hôpital », Revue Hospitalière de France, 2003/05-06, N°492, pp. 57-58.

CLEMENT (Jean-Marie), « "Hôpital 2007" : Un grand dessein pour l'hôpital ? », Revue Fondamentale Hospitalière, 2003/10, N° 8, pp. 43-53.

COUDRAY (Marie-Ange), « La formation des cadres de santé, histoire et perspectives », Soins Cadres, 2003/02, N°45

CREMADEZ (Michel), « Evolution de la gouvernance : Un enjeu capital pour l'hôpital », Gestion hospitalière, 2003/11, N°430, pp. 726-731.

CROUZILLES (Carl), JOUBERT (Agnès), « Entre fusion et réseaux. Restructuration hospitalière. Une expérience d'accompagnement par la formation », Gestions Hospitalière, 2000/10, N°399, pp. 590-593.

EGGERS (Jérôme), « Un nouveau statut pour les directeurs de soins », Objectif soins, 2002/05, N°106, pp. 10-12.

LAURENT (Pierre), ANSART (Elise), BELIN (Caroline), COME (Nathalie), DECQ (Anne), LAVOUE (Emmanuel), « Quel avenir pour le service public hospitalier à la française ? : IVèmes Journées de Rennes », Entreprise Santé, revue bimestrielle de l'Association des élèves et anciens élèves de l'ENSP- Directeurs d'hôpital, 2004/07-08, N°52, pp. 6-19.

LEGROS (Michel), « Gouvernance et administration publique : recherche et formation. Stratégies de formation et relève générationnelle », Revue internationale de sciences administrative, 2002/09, V:68, N°3, pp. 511-523.

LUCAS (Sylvie), « Spécial hôpital Expo. Les enjeux des ressources humaines dans le management », Revue Hospitalière de France, 2004/05-06, N°498, pp. 34-37.

MATTEI (Jean-François) « "Hôpital 2007" : un pacte de modernité avec l'hospitalisation » Revue Fondamentale Hospitalière, 2003/10, N° 8, pp. 181-203.

PEYRET (Philippe), LECLERCQ (Benoît), BRUNIER (Jacques), LAURENT (Pierre) Dossier : Hôpital 2007. Entreprise Santé : revue bimestrielle de l'Association des élèves et anciens élèves de l'ENSP- Directeurs d'hôpital, 2004/01-02, N°49, pp. 14-27

REGOURD (Serge) et coll, « Décentralisation, Etat et territoires ». Les Cahiers Français 2004/01-02, N °318 94p,

STEUDLER (François), « Le management hospitalier de demain. Approche sociologique », Revue Hospitalière de France, 2004/03-04, N°497, pp. 43-52.

SEGADE (Jean-Paul), « Qui décide à l'hôpital ? Pour une réflexion sur la nouvelle gouvernance. », Gestion hospitalière, 2004/06-07, N°437, pp. 420-422.

VIGNATELLI (William), « La régionalisation des structures de formation de santé », Soins Cadres, 2003/11, N:48 pp. 70-71.

VINCENT (Gérard), POLTON (Dominique), BARBEROUSSE (Patrick), SEGADE (J.P.) « Quelle régionalisation ? » les Cahiers Hospitaliers 2003/07-08, N°192, pp. 4-13.

MEMOIRES DE L'E.N.S.P

BETOULLE (Françoise), « Le directeur des soins et la fusion de deux IFSI : émergence d'une identité nouvelle et stratégie d'accompagnement du changement », Ecole nationale de la santé publique. (E.N.S.P.). Rennes, 2004, 61p, Mémoire ENSP de Directeur des Soins.

CHASTAGNOL (Nadine), « Pôles d'activité et contractualisation interne : un enjeu managérial pour le Directeur des soins » Ecole nationale de la santé publique. (E.N.S.P.). Rennes, 2004, 65p, Mémoire ENSP de Directeur des Soins.

DEFRANCE (Corinne), « La construction des compétences infirmières. Une nécessaire complémentarité IFSI/Hôpital », Ecole nationale de la santé publique. (E.N.S.P.). Rennes, 2002, 86p, Mémoire ENSP de Directeur des Soins.

DESPLAT CASTANIE (Frédérique), « Quelle stratégie managériale pour le directeur des soins dans une organisation en pôles d'activité ? », Ecole nationale de la santé publique. (E.N.S.P.). Rennes, 2004, 66p, Mémoire ENSP de Directeur des Soins.

FAUGIER-SEURET (Chantal), « Institut de formation – institution soignante, deux pôles en interaction nécessaire pour l'amélioration de la qualité de soins », Ecole nationale de la santé publique. (E.N.S.P.). Rennes, 1992, 74p, Mémoire ENSP d'Infirmier Général.

JUILLIARD-FOURNIER (Nadine), « L'hôpital organisé en pôles d'activités. Perspectives et enjeux pour le directeur des soins », Ecole nationale de la santé publique. (E.N.S.P.). Rennes, 2002, 80p, Mémoire ENSP de Directeur des Soins.

LAVIEILLE-SCHERB (Brigitte), «Adaptation à l'emploi et recrutement des infirmiers : un légitime partenariat entre direction des soins et direction d'institut de formation », Ecole nationale de la santé publique. (E.N.S.P.). Rennes, 2002, 65p, Mémoire ENSP de Directeur des Soins.

LEDEZ (Christophe), « Quelle fonction pour l'Infirmier Général de 2nd classe dans un dispositif en pôles et gestion de proximité ? » Ecole nationale de la santé publique. (E.N.S.P.). Rennes, 2001, 77p, Mémoire ENSP d'Infirmier Général.

PIEDCOQ (Viviane), « Développer un partenariat efficace entre les cadres de santé et l'équipe de direction. L'exemple des Hôpitaux du nord aux Hospices Civils de Lyon », Ecole nationale de la santé publique. (E.N.S.P.). Rennes, 2003, 81p Mémoire ENSP de Directeur d'Hôpital.

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

- Loi 82-213 du 2 mars 1982, relative aux droits et libertés des communes des départements et des régions,
- Loi 83-8 du 7 janvier 1983, relative à la répartition de compétences entre les communes les départements et des régions,
- Loi 83-663 du 22 juillet 1983 complétant la Loi du 7 janvier 1983, relative à la répartition de compétences entre les communes les départements et des régions,
- Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière,
- Loi 2002-73 du 17 janvier 2002 dite de modernisation sociale,
- Loi n° 2004-391 du 4 mai 2004 relative à la formation professionnelle tout au long de la vie et au dialogue social
- Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales
- Ordonnance 96-346 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

SITES INTERNET

- www.anej.org/vae
- www.Carifcentre.org/vae
- www.cefiec.fr
- www.ensp.fr
- www.infirmiers.com

Liste des annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien auprès des personnes interrogées :

- entretien auprès du directeur de soins en charge d'un IFSI d'un CHU,
- entretien auprès du directeur de soins d'un CHU,
- entretien auprès du directeur des instituts de formations paramédicales d'un CHU,
- entretien auprès du directeur de l'Universitarisation et de la régionalisation d'un CHU,
- entretien auprès du directeur des soins conseiller technique et pédagogique auprès de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales.

Annexe 2 : Grille d'analyse des entretiens

Annexe 3 : Fiches synthèses des projets d'école

Annexe 4: liste des professions paramédicales réglementées et non réglementées, d'après le rapport de mission de Monsieur Chevreul : « la mise en œuvre du transfert aux régions des formations sanitaire et sociale, février 2005, (page 12).

ANNEXE 1

1) Entretiens auprès des Directeurs des Soins d'un CHU

THEMES :

Le pilotage d'une organisation :

- approcher les notions de pilotage. Mais aussi de projet et de stratégie définitions et liens entre les deux termes.

La collaboration EPS - IFSI

- Quelles Collaborations entre Etablissement de soins et IFSI ? (Prise en compte de la formation par le DS des soins)

Existe-il des démarches communes, travaux de groupes institutionnels, interventions des acteurs de part et d'autre ; Quelle formalisation, quelle prise en compte dans le projet du service de soins, et quelle prise en compte dans le projet d'école. Quelles démarches communes d'anticipation de l'avenir ??

La construction et l'utilisation du projet d'école :

- Comment est construit le projet d'école :

Connaissance du terme, qui le construit, quels sont les éléments à prendre en compte pour le construire (analyse de situation de l'institut, collaborations Soins - IFSI, environnement, perspectives).

Les éléments suivants sont-il à prendre en compte : VAE, certification, régionalisation, formation continue, pôle de formation et pôle d'activité médicale, autres...).

- Comment est utilisé le projet d'école :

à quoi sert-il, instrument de pilotage ? d'anticipation ? un instrument d'action ? pourquoi et comment?

Connexion du projet d'école avec les projets institutionnels :

Avec le Projet d'Etablissement et plus précisément avec celui du service de soins.

Le Projet d'Ecole un instrument qui participe à la régulation de l'offre de formation de la région projet régional (DRASS)?

2°) Entretien auprès du Directeur d'IFSI d'un CHU:

THEMES :

Le pilotage d'une organisation :

- approcher les notions de pilotage. Mais aussi de projet et de stratégie définitions et liens entre les deux termes.

La collaboration EPS - IFSI

- Quelles Collaborations entre Etablissement de soins et IFSI ? (Prise en compte de la formation par le DS des soins)

Existe-il des démarches communes, travaux de groupes institutionnels, interventions des acteurs de part et d'autre ; Quelle formalisation, quelle prise en compte dans le projet du service de soins, et quelle prise en compte dans le projet d'école. Quelles démarches communes d'anticipation de l'avenir ??

La construction et l'utilisation du projet d'école :

- Comment est construit le projet d'école :
Connaissance du terme, qui le construit, quels sont les éléments à prendre en compte pour le construire (analyse de situation de l'institut, collaborations Soins - IFSI, environnement, perspectives).

Les éléments suivants sont-il à prendre en compte : VAE, certification, régionalisation, formation continue, pôle de formation et pôle d'activité médicale, autres...).

- Comment est utilisé le projet d'école :
à quoi sert-il, instrument de pilotage ? d'anticipation ? un instrument d'action ? pourquoi et comment?

Connexion du projet d'école avec les projets institutionnels :

Avec le Projet d'Etablissement et plus précisément avec celui du service de soins.

Le Projet d'Ecole un instrument qui participe à la régulation de l'offre de formation de la région projet régional (DRASS) ?

3°) Entretien auprès du Directeur des instituts de formations paramédicales d'un CHU

THEMES :

Le pilotage d'une organisation :

Approcher les notions de pilotage. Mais aussi de projet et de stratégie définition et liens entre les deux termes,

La collaboration EPS - IFSI

- Quelles Collaborations entre Etablissement de soins et IFSI ?

Existe-il des démarches communes, travaux de groupes institutionnels, interventions des acteurs de part et d'autre ; Quelle formalisation, quelle prise en compte dans le projet du service de soins, et quelle prise en compte dans le projet d'école. Quelles démarches communes d'anticipation de l'avenir ??

La construction et l'utilisation du projet d'école :

- Comment est construit le projet d'école :

Connaissance du terme, qui le construit, quels sont les éléments à prendre en compte pour le construire (analyse de situation de l'institut, collaborations Soins - IFSI, environnement, perspectives).

Les éléments suivants sont-il à prendre en compte : VAE, certification, régionalisation, formation continue, pôle de formation et pôle d'activité médicale, autres...).

- Comment est utilisé le projet d'école :

à quoi sert-il, instrument de pilotage ? d'anticipation ? un instrument d'action ? pourquoi et comment?

Connexion du projet d'école avec les projets institutionnels :

Avec le Projet d'Etablissement et plus précisément avec celui du service de soins.

Le Projet d'Ecole un instrument qui participe à la régulation de l'offre de formation de la région projet régional (DRASS) ?

4°) Entretien auprès du directeur responsable de la régionalisation et de l'universitarisation d'un CHU.

THEMES :

Les missions du directeur en charge de la régionalisation et de l'universitarisation

La genèse de la création du poste

Quelle organisation et quelle mise en œuvre pour répondre aux missions

Les instruments de pilotage

Quelles sont les collaborations présentes et avenir

Construction et utilisation du projet d'école

5°) Entretien auprès du conseiller pédagogique de la DRASS (région du CHU étudié)

THEMES :

Le pilotage d'une organisation :

Approcher les notions de pilotage. Mais aussi de projet et de stratégie définition et liens entre les deux termes.

La collaboration EPS - IFSI

En quoi la collaboration entre EPS et IFSI est-il un élément que le conseiller DRASS prend en compte et pourquoi ?

La construction et l'utilisation du projet d'école :

- Comment est construit le projet d'école :

Connaissance du terme, qui le construit, quels sont les éléments à prendre en compte pour le construire (analyse de situation de l'institut, collaborations Soins - IFSI, environnement, perspectives).

Les éléments suivants sont-il à prendre en compte : VAE, certification, régionalisation, formation continue, pôle de formation et pôle d'activité médicale, autres...).

- Comment est utilisé le projet d'école :

à quoi sert-il, instrument de pilotage ? d'anticipation ? un instrument d'action ? pourquoi et comment?

Connexion du projet d'école avec les projets institutionnels :

Avec le Projet d'Etablissement et plus précisément avec celui du service de soins.

Le Projet d'Ecole un instrument qui participe à la régulation de l'offre de formation de la région projet régional (DRASS).

ANNEXE 2 : Grille d'analyse des entretiens

Thèmes	DS Gestion DS Institut	Directeur responsable des institut, Directeur responsable de la régionalisation	Conseiller pédagogique DRASS	Synthèse
Le pilotage d'une organisation	Défs générales et liens avec les concepts étudiés	Défs générales et liens avec les concepts étudiés	Défs générales et liens avec les concepts étudiés	Vérifier si Approche divergente ou convergente des acteurs. Cf si cohérence ou non des propos / concepts.
La collaboration EPS – IFSI	Existence d'une démarche stratégique individuelle et/ou commune EPS/IFSI	Approche institutionnelle des liens IFSI-EPS	Approche de la tutelle / liens entre IFSI et EPS. Indicateur de pilotage régional ?	Vérifier si la collaboration entre EPS et IFSI est un déterminant majeur du travail en commun et si cela est formalisé. (que ls documents)
La construction et l'utilisation du projet d'école	Définition du projet d'école, items qui le compose et, son utilisation.	Définition du projet d'école, items qui le compose et, son utilisation	Définition du projet d'école, items qui le compose et, son utilisation	Vérifier les divergences et convergences d'opinion et appréhender ou non le projet d'école comme un instrument de pilotage (réponse à H 1)
Connexion du projet d'école avec les projets institutionnels	Vérifier s'il existe une connexion projet de service de soins-projet d'école-projet d'établissement. A croiser avec analyse de documents. Liens entre les différentes institutions ; perspectives à venir.	Vérifier s'il existe une connexion projet de service de soins-projet d'école-projet d'établissement. A croiser avec analyse de documents. Liens entre les différentes institutions ; perspectives à venir.	Vérifier si le conseiller Drass utilise les projets d'école pour réguler l'offre de formation régionale et comment le projet d'école prend en compte les directives régionales. Liens entre les différentes institutions ; perspectives à venir.	Vérifier les liens entre les différents niveaux d'action : local (institut, établissement) et régional et leurs prise en compte par le DS d'IFSI dans son pilotage stratégique. Réponse à H2

	Avis du Directeur des instituts
Le pilotage d'une organisation	<p>Avoir en 1^{er} lieu des éléments qui permettent un suivi budgétaire fiable, avoir les éléments d'information sur le fonctionnement de l'organisation ; la mise en œuvre pédagogique est du ressort du directeur d'institut ; c'est comprendre la complexité de l'organisation notamment à partir des retours d'information du directeur des soins. Vérifier l'adéquation des ressources vis-à-vis des besoins : quota d'étudiants, Comme responsable des instituts c'est approcher les quotas de formation, le projet d'école, le projet de formation et la stratégie à mettre en place en commun. Car la capacité de recrutement du CHU à la sortie des écoles est essentielle dans un contexte de pénurie et dans l'optique à court terme de départ / retraite.</p>
La collaboration EPS - IFSI	<p>la collaboration entre IFSI et établissements est à l'initiative de chaque partie. Elle repose sur le tutorat et le compagnonnage dans les unités à travers les stages qui sont l'antichambre du recrutement, La démarche de transmission des connaissances et du savoir dans le CHU, le maintien des compétences professionnelles. Cela se traduit, par une communication importante entre le coordonnateur central des soins, les DS de chaque site et les directeurs d'instituts. La formalisation de cette collaboration est impérative pour avoir une lisibilité de l'évaluation des actions. Une non-formalisation est une cause d'échec de la démarche projet. Dans ce CHU, le mode projet est un fonctionnement habituel, c'est même un impératif du fait de la taille. Les perspectives actuelles : chercher à articuler les deux projets, celui des soins et celui de la formation de façon concomitantes.</p>
La construction et l'utilisation du projet d'école	<p>il repose sur le directeur d'institut qui est l'élément moteur. Le directeur construit le projet d'école, il impulse un mode de management, un style d'école. Ainsi le rôle du directeur est essentiel et cela se traduit par exemple au niveau du conseil technique. Mais ici les projets d'écoles ne sont pas formalisés. Ils entre plus largement dans les projets institutionnels en lien avec la formation. Mais peut-être existent-ils ? En tout cas je n'en ai jamais eu besoin. C'est une démarche d'anticipation des changements à venir. Et l'utilisation des projets essentiels. C'est tenter de définir l'existant, les projets en cours et de voir l'adéquation avec les évolutions possible.</p>

	Avis du Directeur des instituts (suite)
Connexion du projet d'école avec les projets institutionnels	<p>On peut dire que la connexion des projets se retrouve dans le projet d'établissement et donc dans sa déclinaison à propos de la formation. Ce qui manque particulièrement au niveau de la formation en institut c'est le manque de vision pluri annuelle. Dans la cadre de la régionalisation cela se traduit pour nous par une individualisation maximum du budget des écoles et nous cherchons également à anticiper les questions qui se posent : nomination des directeurs, formation des personnels, reprise des projets en cours (continuité), et imaginer les solutions et les propositions. Par rapport à l'accréditation : elle a servi à harmoniser les organisations dans une perspective qualitative, il est normal que cela se fasse pour les instituts.</p>
La régulation de l'offre régionale :	<p>A ce jour il m'est difficile de dire si ce type de projet participe à la régulation de l'offre de formation au niveau de notre région. Le CHU n'a pas la possibilité actuellement de gérer le flux des soignants, nous ne pouvons pas pourvoir les postes, donc il y a un manque. Je ne sais pas comment va s'opérer la régulation pour le moment les quotas sont de la responsabilité de l'Etat, quel sera le rôle de la région ?</p> <p>Actuellement nous avons une lisibilité réduite une fois que le budget de fonctionnement sera transféré à la région : quid du budget investissement, quid du GVT ? car actuellement il y a une logique budgétaire, intégration hôpital – formation, quelle logique demain pour la région ? Quid des relations DRASS- Région ; nous sommes aussi en attente des textes.</p>

Avis du Directeur des Soins responsable de l'IFSI	
Le pilotage d'une organisation	<p>Le pilotage d'une organisation repose sur deux éléments fondamentaux, la gestion du quotidien qui nécessite disponibilité et organisation dans le management d'une équipe et l'anticipation à moyen terme pour appréhender les évolutions à venir. Le projet se construit par rapport à un but final annoncé et doit se caler par rapport à un quotidien souvent dense. Il est donc nécessaire de se donner un calendrier réaliste. La stratégie est « dans tout », le management, le pilotage et le projet. C'est la manière de faire. Cela fait appel à l'apprentissage et au feeling, et à une bonne connaissance de l'organisation, des hommes et des locaux. C'est en quelque sorte une veille permanente. C'est conduire, anticiper, s'adapter.</p>
La collaboration EPS - IFSI	<p>La collaboration entre IFSI et les établissements du CHU repose sur des temps formalisés, réunions de la CLSSI par exemple ou des groupes de travail sur des sujets communs. C'est souvent lié aux personnalités des différents décideurs. La collaboration est fonctionnelle et concerne pour beaucoup les stages. Les dysfonctionnements concernent dans la mise en œuvre en commun de projet. Par exemple, l'accréditation est un vecteur de collaboration entre IFSI et établissement sous utilisé ; La CLSSI est peu porteuse des projets communs, même si l'IFSI est invité. perspective à court terme : qu'un représentant de l'IFSI participe aux réunions de CSS de l'hôpital. Mais il n'y a pas de construction de projet commun formalisé avec l'établissement.</p> <p>Pourtant un élément est noté dans le projet de soins du CHU, à propos de l'encadrement des étudiants, afin de proposer des conditions d'apprentissage de qualité.</p>
La construction et l'utilisation du projet d'école	<p>Il se place au-delà du projet pédagogique, mais il est souvent encore intégré à celui-ci. On peut par exemple le décliner avec deux composantes principales le projet pédagogique et le projet qualité. Il ne se construit pas en quelques jours, et doit prendre en compte les fondamentaux de l'organisation. A partir des valeurs développées par l'institut et de l'analyse de l'existant, il est comme une construction que l'on érige brique par brique. Ici, il n'est pas encore formalisé en tant que tel, mais repose notamment sur le projet de formation, l'évaluation de l'activité et des résultats, le projet de transversalité dans la formation et le management de l'équipe pédagogique.</p>

	Avis du Directeur des Soins de l'IFSI (suite)
Connexion du projet d'école avec les projets institutionnels	<p>elle se fait à travers la construction du projet du service de soins qui compose le projet d'établissement.</p> <p>Dans le dernier projet l'accent était mis sur le développement des compétences et l'encadrement des étudiants en stage.</p>
La régulation de l'offre régionale :	<p>le Projet d'Ecole doit permettre de se mettre en cohérence avec les orientations de la tutelle. C'est se donner les moyens d'argumentation pour alerter les autorités, mais à ce jour le poids semble insuffisant.</p> <p>C'est pourquoi le Projet d'Ecole est fondé à la fois sur l'équipe pour une bonne connaissance du terrain et sur l'anticipation par une bonne connaissance de l'environnement. L'offre régionale sera décidée par la région, de paire avec la tutelle, puis et les différentes composantes de la région. Mais quelle perspective ?</p> <p>Ce serait une utopie de croire que nos projets d'école seront la base de la régulation ; les IFSI doivent être présents mais la mesure de leur impact est relative.</p>

	Avis du Directeur des Soins de l'établissement de santé
Le pilotage d'une organisation	<p>Le pilotage pour le directeur de soins n'est pas toujours facile. Il s'effectue au niveau opérationnel essentiellement auprès des cadres supérieurs de santé. Au niveau stratégique et politique cela se traduit par la formalisation et la mise en action des projets de services et du projet du service de soins du CHU et de sa déclinaison au niveau de notre site (groupement hospitalier). C'est le pilotage du groupement par l'équipe de direction. En ce qui concerne le projet de soins du site, il est ciblé sur les paramédicaux. Il est décliné principalement sous forme de bilan et d'actions correctives apportées. S'il existe de fortes résistances au changement un des leviers d'action est la réflexion autour de la mise en place des pôles et sur la place des cadres supérieurs de santé.</p>
La collaboration EPS - IFSI	<p>Aujourd'hui ce n'est pas une priorité particulière, car il y a en ce moment d'autres projets importants à gérer dans l'établissement. La perspective sur cet établissement serait de déléguer la mise en action de la collaboration avec l'IFSI à un Cadre supérieur de santé. Pourtant des collaborations fonctionnelles existent puisque l'établissement est « terrain de stage ». l'objectif central est le développement des compétences mais il existe encore un certain cloisonnement entre établissement et IFSI. La collaboration repose pour beaucoup sur les relations personnelles de part et d'autre. Certes il existe des échanges entre la DRASS la direction des soins et la direction de l'IFSI sur des éléments réglementaires, mais il y a une difficulté certaine au quotidien du fait de la gestion de notre temps de travail. La commission locale du service des soins du site en est un exemple, elle n'est pas décisionnaire, peu représentative car il n'y a pas d'élection. Ce pourrait être à la fois un lieu de formalisation de la collaboration entre les soins et l'IFSI, avec l'intérêt de développer des perspectives et des actions communes,</p>
La construction et l'utilisation du projet d'école	<p>le projet d'école n'est pas décliné sur l'établissement. Il n'est donc pas connu. Les éléments concernant l'environnement sont abordé au moment des réunions avec le directeur responsable de la formation. C'est également abordé avec la DRASS. Nous sommes informés des projet pédagogique mais pas des projet d'école. Mais cela serai intéressant pour avoir des éléments par exemple à propos du transfert de compétence évoqué dans le projet Berland.</p>

Avis du Directeur des Soins de l'établissement de santé (suite)	
Connexion du projet d'école avec les projets institutionnels	Nous avons comme perspective de développer la collaboration avec l'IFSI dans le cadre de cette instance (commission du service des soins) avec notamment une implication accrue des directeurs des soins et des cadres supérieurs. Dans ce cadre le projet d'école pourrait être un vecteur formalisé de la collaboration. Des collaborations se retrouvent plus dans l'opérationnalité que dans un projet formalisé.
La régulation de l'offre régionale :	le problème est de savoir si la régulation de l'offre est nécessaire. S'il existe un problème de recrutement comment peut-on réguler puisque nous pouvons peu agir sur des facteurs comme les départs à la retraite et que nous sommes dans un contexte de pénurie. Depuis 2000 le nombre d'IDE a chuté, dans le même temps il y a eu la mise en place de la réduction du temps de travail et le début des départs massifs à la retraite qui sera au zénith en 2012. Aujourd'hui, dans la région, c'est donc la pénurie qui régule l'offre de formation.

	Avis du conseiller pédagogique de la DRASS
Le pilotage d'une organisation	dans le pilotage, le pilote est le responsable de l'orientation de la mise en œuvre et de l'organisation de la formation, il porte le projet et anime l'équipe en regard de ce projet, en déterminant des objectifs. une stratégie de mise en œuvre de ce qui est visé en interne et en externe de la structure : comment cela se passe en interne et avec qui travaille ton en externe. Le directeur des soins en formation est par excellence le pilote de l'organisation Du fait de la mise en œuvre d'hôpital 2007, il y aura certainement une redéfinition du pilotage en particulier pour le directeur des soins en gestion.
La collaboration EPS - IFSI	la collaboration entre établissements et instituts est encore actuellement une des missions de la DRASS. C'est la répartition des quotas de formation régionaux, pour assurer le renouvellement des professionnels et éviter une rupture de prise en charge en quantité et qualité. C'est également prendre en compte le contexte politique et démographique de la région. Au sein du bureau régional des directeurs de soins constitué par la DRASS dans cette région, la collaboration se concrétise par des travaux communs à propos des recrutements des quotas, de l'adaptation à l'emploi. Au-delà du partenariat entre DS IFSI et DS gestion, la collaboration doit intégrer des problématiques plus larges avec la mairie politique de la ville, la région ces partenariats jouent un rôle méconnu mais réel sur l'avenir des professionnels.
La construction et l'utilisation du projet d'école	Le projet d'école doit s'inscrire dans le contexte particulier de l'IFSI. Il doit intégrer forcément presque comme préambule, le descriptif du contexte dans lequel l'IFSI se situe et ce descriptif peut partir du plus global au plus particulier. Par exemple la régionalisation est un incontournable du projet d'école. Il est des éléments sur lesquels le DS IFSI a peu de possibilité d'intervention : VAE, régionalisation, réseau de soins, mais qui sont des incontournables. Ensuite le projet d'école peut déboucher sur le projet de formation définit y compris en terme de besoins. Pour cela il est essentiel de bien connaître l'hôpital Le projet d'école donne du sens au projet de formation. Le projet d'école est un instrument de pilotage. Il permet pour le pilote dans le même temps d'anticiper, d'agir et de prioriser. Aucun projet d'école ne m'a été présenté dans la région, ils existent peut-être mais ils peuvent rester en interne. De plus lorsqu'un IFSI est adossé à un établissement de santé il en a peu besoin. Par contre les projets de formations des IFSI me sont adressés.

Avis du Directeur du conseiller pédagogique de la DRASS	
Connexion du projet d'école avec les projets institutionnels	<p>La collaboration entre les établissements et les instituts de formations en Soins infirmiers portent :</p> <p>1° sur la quantité : le lien entre quotas et besoins, 2° sur la qualité et le développement des compétences des étudiants à former, sur une « assurance » vis-à-vis de la sécurité des soins donnés et la certification et accréditation vont dans ce sens. 3° Au niveau du processus de formation, pour la sélection, à propos de la mise en stage : offre de la part du stage de bonne pratique de soins et d'encadrement. 4° Plus largement c'est se poser la question de l'évolution du métier et de ses changements en cours. Pour cela il existe et il est nécessaire d'avoir des groupes de travail avec des représentants de l'établissement et des IFSI, pour par exemple prendre en compte les perspectives amorcées par le rapport Berland. En ce sens le projet d'Ecole doit s'élaborer en prenant en compte ces évolutions de métier et ces changements en cours et est en lien avec le projet de formation.</p>
La régulation de l'offre régionale :	<p>du fait de ce qui a été dit à propos des collaborations entre établissements et IFSI et des évolutions à prendre en compte, le projet d'Ecole participe à la régulation de la formation que ce soit en terme de formation continue ou initiale. En résumé nous sommes à un moment charnière car connexion de plusieurs paramètres essentiels : SROSS 3, VAE, Hôpital 2007. Donc importance du contexte et de son évolution.</p>

	Avis du Directeur responsable de la régionalisation et de l'universitarisation
Le pilotage d'une organisation	L'objectif est d'être l'interlocuteur spécialisé sur la régionalisation et l'universitarisation au niveau du CHU. C'est un rôle non fonctionnel et non hiérarchique il est essentiellement d'ordre stratégique. Ce poste est rattaché directement au directeur général du CHU. Pour le moment je n'ai pas d'instrument de pilotage particulier sur lesquels repose mon analyse. Pour réaliser un état des lieux cela passe depuis le début de l'année (date de la prise de fonction) par une concertation avec les directeurs d'instituts de formation.
La collaboration EPS - IFSI	
La construction et l'utilisation du projet d'école	Ce type de document ne m'est pas connu dans le CHU. L'intérêt du projet d'école avant la mise en place de la régionalisation est une contribution au dossier général pour développer la cohérence globale. Après la mise en place de la régionalisation, c'est permettre de développer les axes choisis par la région, afin que les instituts puissent construire leurs projets en cohérence avec ces grandes orientations. Une sorte de navette entre les deux. Il permet d'instruire ces axes en regards des grandes orientations. J'imagine mal que la région construise sa politique en collectionnant les projets d'école à supposer qu'ils existent partout. Car les projets d'école n'ont pas une vision globale du potentiel de formation régional.
Connexion du projet d'école avec les projets institutionnels	pourquoi mettre en place au niveau du CHU cette structure d'expertise en rapport avec la régionalisation et l'universitarisation ? C'est pour répondre à des enjeux majeurs pour l'institution. L'appareil de formation du groupe hospitalier est important et en ce sens il existe deux axes majeurs : <ul style="list-style-type: none"> - le CHU est un employeur successible de recruter du personnel soignant, - il est un gestionnaire de structure de formation, En résumé, il se veut être un acteur innovant une force de proposition dans la mise n œuvre de ces projets régionaux. Il est donc essentiel d'éviter la passivité.

	Avis du Directeur de la régionalisation et de l'universitarisation (suite)
La régulation de l'offre régionale :	La région va se doter de structure d'expertise ; il faudra qu'elle s'accorde avec la DRASS, sur ce point, c'est un élément essentiel pour le développement de la formation professionnelle régionale.

ANNEXE 3 : Fiche Synthèse des documents étudiés

Type de document, intitulé : **Projet du service de soins du CHU observé**

Date de parution : **juin 2003**

Auteurs : Direction des soins du CHU, à l'initiative du directeur central des soins, coordonnateur général et du Groupe projet constitué de directeurs des soins d'établissement de santé et de directeurs des soins en charge d'instituts de formation.

Objet général : développer une orientation stratégique de la direction centrale du service de soins pour « guider l'avancée, la coordination et la fédération des professionnels autour d'objectifs clarifiés et partagés par tous dans une logique d'amélioration continue de la qualité de soins ».

Synthèse : Ce projet du service de soins développe une logique de collaboration, de partenariat et de co-pilotage avec le corps médical et toutes les directions du CHU, dans le cadre du projet d'établissement. Les enjeux sont définis : à partir des éléments législatifs relatifs au service de soins infirmiers, au corps des directeurs de soins et la prise en compte spécifique de l'institution dans son environnement, ainsi qu'à partir des missions et des objectifs de la direction centrale des soins du CHU. Le document reprend en premier lieu l'organisation du service de soins infirmiers avant de définir les processus clés propres à la direction de soins et ceux partagés avec d'autres directions ou partenaires :

- Les processus propres : élaboration et conduite du projet de soins des paramédicaux ; Gestion des bonnes pratiques de soins (qualité et sécurité) ; conseils et expertise en soins infirmiers ; recherche en soins infirmiers.
- Les processus partagés : Accueil du patient et de sa famille ; connaissance et suivi de l'activité de soins ; gestion des ressources humaines ; Gestion des fonctions logistiques ; gestion des travaux ; gestion du système d'information.

Cette approche permet de faire un bilan des actions entreprises et de définir les points forts et les points à améliorer dans les différents processus. Ainsi, la mise en œuvre du projet repose sur la formalisation des plans d'actions qu'ils soient en cours ou à développer et à mettre en évidence les transversalités possibles. Les thèmes qui recouvrent notre sujet repose sur **des points forts** : présence des Directeurs d'instituts à la direction centrale des soins ; participation des professionnels à la formation et des formateurs aux groupes de travail ; soignants formés à l'encadrement et **des points à améliorer** : articulation des politiques de formation des instituts avec la politique du service de soins (co-animation des projets pédagogiques et de soins) ; renforcement des complémentarités entre instituts de formation et les directions de soins infirmiers (au niveau des sites) améliorer la réflexion sur les attentes respectives entre instituts et établissements (qualité de l'encadrement , référentiel..). L'enjeu majeur sur le thème est le maintien et le développement des compétences des soignants.

ANNEXE 3 : Fiche Synthèse des documents étudiés

Type de document, intitulé : **Projet pédagogique de l'IFSI. CHU observé (Projet N° 1)**

Date de parution : **septembre 2004, Année scolaire 2004-2005**

Auteurs : Direction de l'IFSI, à l'initiative du directeur en charge de l'institut, travail de groupe avec les cadres de santé formateurs.

Objet général : élaboration du projet pédagogique à partir du programme officiel relatif à la formation des Infirmier(e)s, et de l'analyse des années précédentes.

Synthèse : Ce document fait suite à un travail de groupe, de l'ensemble de l'équipe de direction et de l'équipe pédagogique. A partir des échanges, il se traduit par la mise en commun des valeurs, des logiques, pour « *passer d'une philosophie à une politique de formation, pour donner du sens à l'action, du possible au nécessaire* ». A partir de cette mise en commun préalable, sont déclinés les finalités du projet, l'organisation et les actions entreprises pour tendre vers les objectifs définis. En préambule, un rappel succinct à propos de l'évolution des sciences et techniques explique les finalités de la formation : permettre aux étudiants d'acquérir des connaissances et de développer des compétences en vue de maîtriser progressivement un savoir professionnel. Ainsi ils pourront reconnaître la spécificité des soins infirmiers et la de travailler en interdisciplinarité. Dès l'introduction, le projet pédagogique est inscrit dans le contexte socio-économique actuel de la politique de santé en France, de la restructuration en pôle d'activité de l'institution, pour situer l'IFSI dans son contexte immédiat, de la politique d'encadrement menée dans le CHU. Les conceptions de la formation sont basées sur l'Homme, l'approche de la santé au sens de l'OMS⁶⁸, les théories de soins infirmiers (Besoins, Adaptation) issus des travaux de Virginia Henderson et C Roy et Walter Hesbeen et de concept pédagogique en référence à P. Meirieu afin de développer « *le transfert signe de l'apprentissage* ». Le projet de formation est ensuite décliné en objectifs généraux de la formation (répondre aux besoins de santé, dispenser des soins infirmiers, faire participer l'individu en respectant son identité, travailler en interdisciplinarité) et en objectifs spécifiques pour chaque année de formation. La seconde partie du document reprend essentiellement les éléments d'ingénierie de formation à partir de la présentation de l'équipe pédagogique, l'organisation générale, les méthodes et moyens utilisés. Le programme de la formation, pour chaque année est présenté par module et par enseignements théoriques et cliniques (stages). Puis ce sont l'ensemble des évaluations jusqu'au travail de fin d'étude qui sont explicitées. En dernier lieu est abordé le suivi pédagogique individualisé ou collectif qui doit permettre la progression personnelle et professionnelle de l'étudiant infirmier.

⁶⁸ OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ANNEXE 3 : Fiche Synthèse des documents étudiés

Type de document, intitulé : **Projet d'école d'un IFCS d'un CHU, (Projet n° 2)**

Date de parution : **septembre 2004, pour la période 2004-2005**

Auteurs : à l'initiative du Directeur de l'institut avec l'équipe pédagogique.

Objet général : replacer l'IFCS dans le contexte du CHU et de la région, présenter les objectifs fondamentaux du projet pédagogique, la structuration de la formation, les textes qui régissent la formation.

Synthèse : document réalisé par le directeur et son équipe pédagogique qui **replace le projet dans le contexte du CHU**. Celui-ci s'organise en pôle y compris en **pôle des instituts de formation**. Le projet reprend à la fois la **nécessité de communication** à l'intérieur du pôle comme axe de priorité et au sein de chaque institut. En effet, le projet de pôle se fonde sur une participation de tous les directeurs de soins de tous les instituts de formation initiale et de l'institut des cadres de santé et consiste à un échange entre les axes prioritaires définis en commun et l'expression des particularités de chaque projet d'écoles.

Le projet de l'IFCS est sur **la réponse aux besoins des établissements** qu'ils soient publics ou privés à propos de la formation de cadres d'unité de soins et de formateurs pour les instituts. Le respect des filières est clairement exposé (4 filières de formation paramédicales sont représentées), avec un affichage clair du développement d'un langage commun et donc de la **pluriprofessionnalité**.

Cet IFCS s'inscrit dans **l'universitarisation** de la formation des cadres en inscrivant dans le projet l'organisation pour l'obtention d'une licence. En regard, un système optionnel, permet d'acquérir des unités d'enseignement en langues étrangères, informatique...

Il faut noter que les grands axes proposés ne sont pas déclinés en sous projet avec des objectifs et un calendrier définis.

Le reste du projet est l'exposé des fondamentaux du projet pédagogique et des moyens mis en œuvre pour y parvenir. La démarche est accompagnée par les valeurs qui sous-tendent le projet de formation ainsi que les démarches pédagogiques choisies (autonomisation et personnalisation du parcours de formation. Le document aborde dans sa partie finale le descriptif des modules de formation, des stages et des évaluations écrites et orales, ainsi que par les textes qui régissent la formation des cadres de santé.

ANNEXE 3 : Fiche Synthèse des documents étudiés

Type de document, intitulé : **Projet d'école d'un IFSI (Projet N°3)**

Date de parution : septembre 2004, pour la période **2004-2006**.

Auteurs : Directeur de l'IFSI à l'initiative et rédacteur ; équipe pédagogique.

Objet général : Initier des changements rendus nécessaires par l'évolution de l'environnement ; mise en cohérence avec le projet d'établissement.

Synthèse : expression claire d'une démarche stratégique à l'initiative du directeur de l'institut qui vise un positionnement de la structure permettant « *d'intégrer les évolutions politiques, économiques, sociologiques de la formation en maintenant la qualité, développer une prestation de formation initiale et continue dans le cadre du partenariat* ».

Les principes d'orientation généraux de la stratégie proposée repose sur **la réactivité** de l'institut pour s'adapter au mieux aux nouveautés, **l'inventivité** à partir d'une capacité à se remettre en cause et la **notion d'identité professionnelle** pour exprimer la conception de l'institut à propos de la profession d'infirmier. Ces trois préceptes sont le fil conducteur des actions dans une perspective à trois ans. En terme de mise en action, les axes retenus sont **la démarche qualité**, **l'amélioration de la performance** de l'institut dans le cadre du partenariat, la poursuite de **la professionnalisation** de la structure dans la mouvance du contexte.

Ensuite, chaque axe est repris sous forme de sous-projets avec des objectifs et des échéances précis. Elle concerne par exemple la prise en compte formalisée de l'avis des étudiants pour la construction du projet de formation (pour le développement de la qualité), initier la collaboration avec la direction de soins de l'hôpital de rattachement pour être plus performant, ou articuler la logique économique et la formation dans le cadre de la régionalisation et de la professionnalisation de la structure. L'ensemble reprend donc pour les trois années à venir les axes principaux à aborder, renforcer, anticiper en se basant sur le potentiel existant de la structure et sur les perspectives d'avenir induites par l'évolution de l'environnement.

ANNEXE 4 : listes des professions paramédicales réglementées et non réglementées

Professions réglementées :

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

Professions non réglementées :

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