



**EHESP**

---

**Filière des directeurs de soins**

Promotion : 2008

Date du Jury : **septembre 2008**

---

**Pour une nouvelle posture du directeur des  
soins formation :**

**L'approche multidimensionnelle et globale  
de la gouvernance.**

---

**Nathalie Jajkiewicz**

---

# Remerciements

---

À toutes les personnes de près et de loin qui ont su m'apporter leur aide professionnelle, et ou méthodologique, ainsi que leur soutien....

Une attention toute particulière à mes enfants, Yann et Cyrielle qui donnent si intensément sens à mon existence....

---

# Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>1 Contextualiser pour comprendre .....</b>	<b>3</b>
<b>1.1 L'adaptation du système de santé publique aux évolutions politiques, économiques et sociales .....</b>	<b>3</b>
1.1.1 Le principe d'égalité du service public hospitalier.....	3
1.1.2 Un système de santé coûteux.....	4
1.1.3 Un vieillissement démographique à prendre en compte.....	4
<b>1.2 Une évolution hospitalière pour répondre aux réformes du système de santé.....</b>	<b>5</b>
1.2.1 La sécurité et la qualité des soins.....	5
1.2.2 Le financement des hôpitaux : vers plus d'efficience.....	5
1.2.3 Une nouvelle organisation : la gouvernance hospitalière .....	6
<b>1.3 Les impacts de la décentralisation et de la régionalisation sur les dispositifs de formation paramédicaux .....</b>	<b>7</b>
1.3.1 La décentralisation.....	7
1.3.2 La régionalisation, l'emploi et la formation.....	7
1.3.3 Un budget régionalisé .....	9
<b>2 Enquêter et analyser pour éclairer .....</b>	<b>11</b>
<b>2.1 Les prémices de l'enquête .....</b>	<b>11</b>
2.1.1 La phase exploratoire .....	11
2.1.2 La question de départ .....	11
2.1.3 Les hypothèses de travail .....	11
<b>2.2 La méthode d'investigation .....</b>	<b>11</b>
2.2.1 Le choix de l'entretien semi-directif.....	12
2.2.2 Le choix de la population cible.....	12
2.2.3 Construction du guide d'entretien et déroulement .....	12
<b>2.3 La méthode d'exploitation des données .....</b>	<b>13</b>
2.3.1 L'analyse de contenu.....	13
2.3.2 Les résultats obtenus.....	14

2.3.3	Les limites de l'enquête .....	21
<b>3</b>	<b>Concevoir pour agir .....</b>	<b>23</b>
<b>3.1</b>	<b>Le directeur des soins formation : un décideur stratège .....</b>	<b>24</b>
3.1.1	Un mode de gouvernance qui révèle de nouvelles compétences managériales .	24
3.1.2	Un management stratégique .....	25
3.1.3	Une piste d'action concrète : l'analyse de l'environnement territorialisé des IFSI	27
<b>3.2</b>	<b>Le directeur des soins formation : un coordonnateur et communicateur ....</b>	<b>28</b>
3.2.1	La construction collective du changement.....	29
3.2.2	Une stratégie communicationnelle concrète : la mise en place de forums hybrides.....	29
3.2.3	Une proposition formalisée de collaboration : une instance de coordination .....	30
<b>3.3</b>	<b>Le directeur des soins formation : un expert en formation.....</b>	<b>31</b>
3.3.1	Une ingénierie de formation tournée vers l'avenir .....	31
3.3.2	Le projet d'école .....	32
3.3.3	L'émergence de l'ingénierie didactique professionnelle .....	32
	<b>Conclusion.....</b>	<b>35</b>
	<b>Bibliographie.....</b>	<b>37</b>
	<b>Annexe.....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

ARH	Agence régionale d'hospitalisation
ARS	Agence régionale de santé
CP	Conseil pédagogique
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CR	Conseil régional
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation sanitaire
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DS	Directeur des soins
DSF	Directeur des soins formation
EPRD	État prévisionnel des recettes et des dépenses
EPS	Établissement public de santé
ESI	Étudiant en soins infirmiers
FOAD	Formation ouverte et à distance
IFSI	Institut de formation en soins infirmiers
LMD	Licence, master, doctorat
MIGAC	Mission d'intérêt général et des aides à la contractualisation
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
PRDFP	Plan régional des formations professionnelles
PSPH	Participant au service public hospitalier
SREF	Schéma régional pour l'éducation et la formation
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
TIC	Technologies de l'information et de la communication
VAE	Validation des acquis de l'expérience

## Introduction

Le contexte environnemental de l'organisation sanitaire et des instituts de formation paramédicaux est en pleine évolution. Santé et formation s'imbriquent au sein d'un environnement complexifié par l'interaction d'éléments politiques, économiques et sociaux tels que la décentralisation, l'évolution du système de soins et le vieillissement de la population. Les pouvoirs politiques réforment les systèmes d'organisation au cœur même des structures. La décentralisation qui est un transfert des compétences des pouvoirs de l'État vers les collectivités locales, en est un exemple, et marque un passage décisif. En effet, cette logique a gagné le champ des formations sanitaires et sociales. La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales mobilise directement les instituts de formation qui veulent répondre aux enjeux de cohésion sociale, de santé et de solidarité (organisation d'une offre de service de qualité), d'emploi (tension entre un fort taux de chômage et une hausse des besoins en personnel qualifié dans un contexte démographique de la population), et d'aménagement du territoire (politique de régulation et de lutte contre les disparités territoriales). Dans le cadre de cette loi, les Instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) bénéficient d'un budget dit « C », perçu par l'établissement gestionnaire qui reste l'hôpital de rattachement de l'IFSI, le cas échéant.

Aujourd'hui, le Conseil régional (CR) est devenu l'un des partenaires incontournables dans la mesure où, en tant que financeur, il influe sur l'organisation et la gestion des instituts et des écoles du secteur sanitaire et social. Néanmoins, sur le plan pédagogique, les prérogatives du Conseil régional sont limitées, ces questions relèvent de la compétence de la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) ou des futures Agences régionales de santé (ARS).

Ainsi, les instituts de formation doivent intégrer les logiques de collaboration et de coopération avec de nouveaux partenaires, ce qui a pour effet immédiat de modifier le positionnement du directeur des soins formation (DSF).

Ceux-ci vont devoir travailler avec trois entités ressources : le Conseil régional, la DRASS (tutelle), et leur établissement de rattachement. Dans ce cadre, je souhaite examiner les déterminants de la capacité à coopérer et promouvoir le système d'action spécifique du DSF.

Nous sommes à une période charnière où l'évolution politique avec les enjeux de la régionalisation, marque un passage obligé pour les instituts de formation, qui vont devoir faire évoluer leur vision centrée sur eux-mêmes (micro), vers une vision environnementale (macro) stratégique et prospective.

C'est pourquoi, je propose la question de départ suivante : En quoi les évolutions de l'environnement politique, économique, social, pédagogique, déterminent-elles, au moins partiellement, la gouvernance territorialisée des IFSI ?

Cette question suscite des hypothèses de travail :

- Chaque entité institutionnelle développe ses propres intérêts en regard de la formation infirmière ; lesquels interagissent avec l'intérêt général ;
- Les instituts de formation deviennent l'interface de plusieurs niveaux institutionnels : le Conseil régional, les tutelles, les établissements supports, il s'instaure une relation quadripartite.

Ce travail d'étude met en tension trois niveaux interdépendants :

- Le niveau macro celui du Conseil régional, du territoire de santé et des tutelles ;
- Le niveau méso où se positionnent les établissements de santé ;
- Le niveau micro où agissent les instituts de formation.

L'objectif professionnel étant de distinguer les intérêts particuliers, de l'intérêt général afin de clarifier les enjeux de chacun et de proposer un nouveau mode de gouvernance fait de collaboration et de subsidiarité.

Il convient dans un premier temps, de mettre en évidence par une approche systémique, le contexte environnemental, pour explorer les enjeux des acteurs par une synthèse des entretiens menés, et terminer par des perspectives et préconisations d'actions envisageables prenant appui sur des bases théoriques.

## **1 Contextualiser pour comprendre**

Comprendre l'environnement dans lequel les IFSI se situent, va permettre de mettre en évidence les nouveaux enjeux auxquels les dispositifs de formation sont confrontés et percevoir les changements à opérer.

Ainsi selon Gérard Donnadiou, la complexité a toujours existé, même s'il aura fallu attendre la fin du 20<sup>ème</sup> siècle pour tenter d'en comprendre les effets : « Complexité du cosmos, des organismes vivants, des sociétés humaines, mais aussi de tous ces systèmes artificiels conçus par les hommes et qui sont, comme l'entreprise, aussi bien de facture technique, organisationnelle, économique et sociale. Le phénomène de mondialisation des échanges, qu'ils soient commerciaux, financiers ou culturels, n'a fait qu'accélérer cette prise de conscience de la complexité et en accentuer les effets<sup>1</sup> ». Nous sommes là dans une approche systémique, qui n'a d'autre but que de rendre compte de la complexité qui entoure le monde de la santé et de la formation.

### **1.1 L'adaptation du système de santé publique aux évolutions politiques, économiques et sociales**

Le système de santé publique a connu et subit encore de profondes mutations pour s'adapter aux évolutions de la société. Démocratie sanitaire, efficacité et efficience deviennent aujourd'hui les enjeux d'un système de santé, dans lequel, les formations sanitaires s'inscrivent fortement pour participer à une offre de soins adaptée aux besoins des populations. C'est ce que je vais tenter d'appréhender dans cette première partie.

#### **1.1.1 Le principe d'égalité du service public hospitalier**

Les services publics constituent en France un des piliers fondamentaux du pacte national. Plusieurs raisons l'expliquent. Notre pays, sous l'Ancien Régime comme depuis la Révolution, s'est principalement constitué autour de l'État, un État unitaire, doté d'un pouvoir exécutif fort, garantissant la cohésion d'une nation diverse : territoires, communautés, individus. Mais l'attachement des français au principe d'égalité a aussi constitué un terrain favorable au développement des services publics considérés comme l'outil privilégié de mise en œuvre de ce principe.

---

<sup>1</sup> DONNADIEU G., *Manager avec le social : L'approche systémique appliquée à l'entreprise*. Groupes liaisons, 1997.

Ainsi le système de santé français bénéficie d'une grande confiance de la part de la population, comme le révèlent les enquêtes d'opinion sur les services publics<sup>2</sup>, car il permet un large accès aux soins et est reconnu comme l'un des meilleurs du monde.

### **1.1.2 Un système de santé coûteux**

Néanmoins, ce système se révèle coûteux : les soins hospitaliers représentent 64% des dépenses de soins curatifs et de réadaptation, contre une moyenne de 48% pour les membres de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE). Mais ce coût doit être mis en relation avec l'organisation de ce système de santé : une large couverture par l'assurance maladie, un libre choix du patient, un cadre libéral de l'exercice de ville, ainsi que des normes exigeantes en matière de sécurité. L'égal accès de tous à des soins de qualité est un principe partagé. Toutefois sa mise en œuvre fait face à des difficultés : inégale répartition des professionnels de santé sur le territoire, démographie médicale conduisant à une faible densité médicale sur certains territoires (ruraux et périurbains), accessibilité financière parfois compromise par le reste à charge (dépassements d'honoraires), organisation des soins (proximité et recours) insuffisamment définie et structurée.

La formation paramédicale pourra-t-elle s'adapter à ce nouvel environnement et répondre aux besoins de l'emploi ?

### **1.1.3 Un vieillissement démographique à prendre en compte**

L'évolution de la société est un premier élément structurant du système de santé. La sphère médicale glisse vers la sphère économique, car les dépenses de santé, en matière de vieillissement de la population, prennent de l'ampleur. Le système de protection sociale se caractérise par un mode de financement majoritairement tributaire de l'emploi. Or les populations âgées vont progresser en nombre et en proportion, l'augmentation spectaculaire du nombre de centenaires, de 200 en 1950 à 6 000 aujourd'hui et 150 000 prévus en 2050, illustre le vieillissement conséquent de la population<sup>3</sup>. L'évolution des attentes de la population vis-à-vis des services de santé est une dimension que les pouvoirs publics se doivent de prendre en compte. Les enjeux s'inscrivent dans une réflexion territoriale. Le choix se concrétisant dans des offres alternatives à l'institution pour que le vieillissement de la population et sa prise en charge ne soient pas une charge mais un défi à relever.

---

<sup>2</sup> Sondage mené en juin 2007 par l'institut BVA, 81% des sondés étaient satisfaits du système de santé et celui-ci arrivait en deuxième position en termes d'opinions favorables.

<sup>3</sup> CASTIEL D. (2003). Le vieillissement de la population : Un problème économique, *Le concours médical*. 125 (26) : pp 1540-1542.

Parce que tous ces facteurs d'évolution majeurs interpellent directement les missions de service public, l'hôpital public est au cœur de cette problématique. En ce qui concerne plus directement les IFSI, ceux-ci vont être impliqués dans l'évolution des besoins en formation et contribuer à une meilleure prise en charge des personnes âgées.

## **1.2 Une évolution hospitalière pour répondre aux réformes du système de santé**

Les hôpitaux largement impliqués dans leur mission de service public sont dorénavant obligés de concevoir leur organisation pour une meilleure adaptation de l'offre de soins aux besoins de santé en évolution des usagers.

### **1.2.1 La sécurité et la qualité des soins**

L'hospitalisation publique, comme privée, a connu des réformes majeures au cours des dernières années. L'importance croissante donnée à la sécurité sanitaire depuis la crise du sang contaminé et la contrainte financière résultant d'un financement des soins largement socialisé ont constitué deux facteurs clés des réformes engagées. Ces réformes ont pris place dans un contexte donnant une place croissante au principe de précaution.

L'exigence de sécurité sanitaire s'est traduite, pour tous les établissements de santé, par une recherche accrue de qualité :

- Deux vagues d'accréditation et certification ;
- De nouvelles normes techniques et de sécurité ;
- L'engagement d'une démarche organisée pour le circuit des produits de santé ;
- Le renforcement de la lutte contre les maladies nosocomiales et les événements indésirables ;
- La définition progressive d'indicateurs qualitatifs ;
- La mise en place de l'évaluation des pratiques professionnelles ;
- La recherche d'une plus grande transparence vis-à-vis des résultats de ces évaluations ;
- La transformation de l'organisation du travail.

### **1.2.2 Le financement des hôpitaux : vers plus d'efficience**

Ainsi, à partir de 2004, a été mise en application une réforme majeure de financement, désormais basée sur l'activité pour l'ensemble des établissements. Le financement à l'activité est complété par une dotation finançant des Missions d'intérêt général et des aides à la contractualisation (MIGAC). Cette réforme s'est accompagnée pour les hôpitaux publics d'une modernisation de ses outils budgétaires et comptables, rendue nécessaire par le lien établi entre les ressources et le niveau d'activité.

Dans le même temps, les règles de planification hospitalière ont été profondément rénovées :

- La suppression de la carte sanitaire ;
- La planification territorialisée, largement fondée sur la régulation de l'activité ;
- Le régime d'autorisation simplifiée
- La place donnée à la contractualisation - Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) - dans la relation entre l'établissement de santé et l'autorité de régulation.

### **1.2.3 Une nouvelle organisation : la gouvernance hospitalière**

Ces réformes s'accompagnent, pour l'hôpital public, d'une nouvelle organisation nommée gouvernance, qui consiste au développement du pilotage médico-économique, fondé sur l'implication dans la gestion des responsables médicaux, paramédicaux et administratifs <sup>4</sup> et basé sur :

- Une déconcentration accrue mais prudente de la gestion avec la création de pôles ;
- Le remodelage des instances décisionnelles de l'hôpital : création d'un conseil exécutif composé à parité de médecins et d'administratifs, placé auprès du directeur.

Ces réformes ont été accompagnées par un effort financier, notamment pour la remise à niveau des établissements de santé, dans le cadre du plan Hôpital 2007, poursuivi maintenant par le plan Hôpital 2012.

Ainsi, le système hospitalier français a fait l'objet de quatre réformes complémentaires visant à moderniser les structures, optimiser les procédures et dynamiser les comportements : le Schéma régional d'organisation sanitaire de 3<sup>ème</sup> génération (SROS, pour un meilleur accès aux soins pour tous), la tarification à l'activité (pour une meilleure utilisation des ressources), la certification dans sa 2<sup>ème</sup> version (pour une amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins) et enfin la nouvelle gouvernance (pour rapprocher le corps médical, le personnel soignant et administratif dans une organisation partagée et mutualisée). Avec la gouvernance hospitalière, la transformation du pouvoir a bel et bien lieu : « il n'est plus question aujourd'hui pour les citoyens des sociétés démocratiques, d'accepter que l'intérêt public soit uniquement pensé d'en haut, via des systèmes administratifs imperméables à la négociation, au partenariat ou à la

---

<sup>4</sup> Le rapport Larcher propose de nouvelles dimensions pour renforcer les pratiques de gouvernance. LARCHER G. (2007). *Rapport de la commission sur la concertation des missions de l'hôpital* », La documentation française.

coopération »<sup>5</sup>. Ainsi, s'agissant du domaine de la santé, ce mouvement s'est concrétisé par l'émergence d'échelons régionaux de pilotage et de gestion du système. La logique régionale avec le SROS et les Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) en sont deux illustrations.

Puis, cette logique régionale a gagné le champ des formations sanitaires et sociales. Avec la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, les IFSI se voient dotés de nouveaux partenaires et de nouvelles obligations budgétaires et contractuelles.

### **1.3 Les impacts de la décentralisation et de la régionalisation sur les dispositifs de formation paramédicaux**

La mise en place d'un budget spécifique aux IFSI, conséquence de la régionalisation des formations, suppose une dimension managériale faite de responsabilité, d'engagement et de service rendu au bénéficiaire, direct ou indirect, des politiques de formation.

#### **1.3.1 La décentralisation**

La décentralisation, mouvement lancé dès 1982 avec les lois Defferre, a modifié sensiblement la réglementation de la formation professionnelle, notamment par la loi du 20 décembre 1993. Dix ans plus tard, la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales transfère aux régions, un des rares pans de la formation professionnelle qui était resté jusqu'ici sous la responsabilité de l'État : les formations sanitaires et sociales.

Ainsi, le Conseil régional s'est vu confier de nouvelles compétences rendant nécessaire l'élaboration de schémas régionaux dans trois domaines : en matière de développement économique (renforcement du rôle de coordination), d'aménagement du territoire (infrastructures et transport), et d'éducation et de formation professionnelle.

Celui-ci a donc élaboré, en concertation avec l'État, les collectivités territoriales concernées et les partenaires sociaux, un Plan régional des formations professionnelles (PRDFP).

A été inclus le schéma des formations sanitaires et sociales qui s'inscrit dans la démarche générale du Schéma régional pour l'éducation et la formation (SREF).

#### **1.3.2 La régionalisation, l'emploi et la formation**

Depuis 2005, les régions ont pris progressivement conscience des enjeux des formations sanitaires et sociales au sein de leurs politiques de professionnalisation. Au-delà de la

---

<sup>5</sup> RUANO-BORBALAN J.C., WEMAERE J. (2004). À quoi sert la gouvernance ? *Sciences Humaines*, Hors série n°44, p.3.

masse financière qu'elles représentent, environ 393 millions d'euros<sup>6</sup>, les formations sanitaires et sociales constituent un formidable levier pour l'emploi et l'aménagement du territoire. En effet, le secteur sanitaire et social est pourvoyeur d'emplois dits de proximité et fait travailler près de 2 500 000 personnes soit 9,4% de la population active française<sup>7</sup>. De même, les formations sanitaires et sociales contribuent à apporter une réponse de qualité à la demande de soins et de cohésion sociale, par la constitution d'un vivier de personnels qualifiés prêts à intervenir auprès des publics fragilisés. Dans le but de définir les besoins quantitatifs et qualitatifs de formation, les Régions se rapprochent des départements, chefs de file des politiques sociales et médico-sociales. L'évolution de la pédagogie et la mise en place de la Validation des acquis de l'expérience (VAE, loi de modernisation sociale en 2002) nécessitent une coordination entre les collectivités régionales et départementales pour appliquer les textes dans le sens de l'intérêt général. Les régions sont donc entrées dans un secteur professionnel qu'elles ne connaissaient pas ou très peu. Or ce secteur sanitaire et social va connaître une double contrainte dans les années à venir : le vieillissement des professionnels du secteur conjugué au vieillissement général de la population entraînant un accroissement des besoins sanitaires et sociaux. Elles se sont trouvées confrontées à diverses interrogations :

- La délimitation des compétences et les contours du champ des formations réellement transférées ;
- Le calcul du droit à la compensation financière pour le budget des instituts de formation adossés à un établissement public de santé (EPS), où le taux d'imputation des charges des hôpitaux publics, varierait entre 0% et plus de 30% selon les modalités retenues ;
- Les moyens de manœuvre dont elles disposent pour la régulation des flux et de l'offre de formation de manière à satisfaire les besoins qualitatifs et quantitatifs en travailleurs sociaux et professionnels de santé.

Il n'en demeure pas moins que depuis 2007, suite aux audits des organismes de formation sanitaire, après une période d'ajustement, la politique régionale en matière de formation sanitaire et sociale se met progressivement en place.

Actuellement, dans le cadre du SREF, le Conseil régional envisage de mettre en œuvre une contractualisation pluriannuelle avec les établissements de formation basée sur des

---

<sup>6</sup> D'après la circulaire n°LBLB0510006C de la Direction générale des collectivités locales du 11 février 2005 : Droit compensation provisionnel des Régions pour 2005 par la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, 393 millions rapportés aux 17 906 millions d'euros des dépenses des régions pour 2004, les formations sanitaires et sociales représentent 2,19% des budgets primitifs des régions pour 2004.

<sup>7</sup> PINAUD M. (2004). *Le recrutement, la formation et la professionnalisation des salariés du secteur sanitaire et social*. La documentation française.

objectifs de progrès négociés. Ceux-ci ont pour objet d'aborder la diversification des voies d'accès à la formation et les moyens de remédier aux sorties prématurés de formation.

Avec le recul, on peut dire que l'héritage des formations sanitaires est particulièrement lourd pour les régions en regard des compétences qui lui ont été transférées :

- L'agrément des écoles et instituts après avis du représentant de l'État dans la région (DRASS) ;
- L'agrément des directeurs ; après avis du représentant de l'État (DRASS) ;
- La répartition du quota régional sur la base d'un schéma régional des formations sanitaires ;
- Le fonctionnement et les équipements des écoles et instituts publics ;
- L'attribution des aides aux étudiants et élèves.

De plus, depuis 2000, l'augmentation importante des effectifs d'étudiants des établissements de formation sanitaire a eu des conséquences non négligeables sur le plan de la qualité de l'enseignement. Elle a entraîné une pénurie de lieux de stage et un manque d'espace dans les instituts de formation devenus trop exigus.

Ainsi, aujourd'hui l'environnement des formations paramédicales se trouve modifié. De nouveaux enjeux socio-économiques liés à la régionalisation apparaissent.

### **1.3.3 Un budget régionalisé**

Très concrètement, la loi du 13 août 2004 place les IFSI dans le cadre d'un budget spécifique (article L.4383-5 du CSP). La circulaire DHOS-F2/F4 n°416 en date du 1<sup>er</sup> septembre 2004 préconise la création d'une nouvelle lettre budgétaire pour identifier les charges et produits des écoles ou instituts rattachés : la lettre « C ». On parle alors de budget C. Mais qui dit budget C ou annexe, dit obligation d'équilibre financier entre les recettes perçues et les dépenses engagées au titre de l'activité concernée. Cette situation bien connue des IFSI privés ou des services participant au service public hospitalier (PSPH), habitués depuis longtemps à la nécessité d'équilibre est nouvelle pour les IFSI publics.

C'est avec le décret n°2005-723 du 22 juin 2005 relatif au régime budgétaire des écoles et instituts de formation et l'arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, que la responsabilité du directeur de soins formation dans la gestion budgétaire apparaît clairement. Le directeur des soins formation consulte pour avis les membres du conseil pédagogique (CP) sur le rapport annuel d'activité pédagogique (article 10). Il informe ces mêmes membres des questions budgétaires (article 12) : le budget de l'institut de formation, les comptes prévisionnels, le bilan d'exercice. En conséquence, le directeur des soins formation est tenu de rendre compte de son activité, du fonctionnement de l'institut, donc des moyens alloués. Dans le même temps, il doit argumenter les ressources. Cette logique de

financement semble peu différente du mode de financement de l'hôpital basé sur le principe de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD).

Dans le cadre de l'approche environnementale, il apparaît que les financeurs et les prescripteurs attendent davantage de productivité de la formation. Mais celle-ci se voit assigner la responsabilité de produire « juste à temps, juste assez <sup>8</sup> ». Les dispositifs de formation ne peuvent plus se centrer uniquement sur les nécessités pédagogiques mais sont tenus de mieux prendre en compte les réponses à apporter aux environnements professionnels et institutionnels.

Ainsi toutes les opportunités de professionnalisation offertes par l'organisation et le management doivent être saisies. Si la stratégie (de type gouvernance) structure l'organisation, alors l'organisation détermine le rôle de la fonction managériale. Nous en aurons confirmation avec l'enquête conduite et dont je détaille ci-après les résultats.

---

<sup>8</sup> CARRÉ P., CASPAR P. (2007). *Traité des sciences et techniques de la formation*. Dunod.

## **2 Enquête et analyser pour éclairer**

La première partie de ce travail a mobilisé un niveau de compréhension politique, économique et social assez général, qui a permis de dégager des éléments du contexte significatifs des évolutions et des enjeux. Ils sont annonceurs de changements de pratiques pour les directeurs des soins formation.

### **2.1 Les prémices de l'enquête**

Il est maintenant nécessaire de définir une méthodologie d'investigation, de revenir sur les hypothèses pour les explorer et interpréter les résultats. J'en tirerai quelques pistes destinées à optimiser l'intervention des directeurs des soins formation au sein de leur environnement devenu plus complexe qu'auparavant. Comme tout travail d'étude, la phase exploratoire a apporté son lot de surprises et de réajustements.

#### **2.1.1 La phase exploratoire**

En sachant qu'une hypothèse est une réponse anticipée (ou proposition de réponse à une question de départ), les hypothèses doivent être testées par un travail d'investigation sur le terrain. Des lectures préalables et des entretiens exploratoires ont été nécessaires pour d'une part, circonscrire le champ de l'étude et d'autre part choisir la méthode d'enquête à utiliser.

#### **2.1.2 La question de départ**

En quoi les évolutions de l'environnement politique, économique, social, pédagogique, déterminent-elles, au moins partiellement, la gouvernance territorialisée des IFSI ?

#### **2.1.3 Les hypothèses de travail**

- Chaque entité institutionnelle développe ses propres intérêts en regard de la formation infirmière ; lesquels interagissent avec l'intérêt général ;
- Les instituts de formation deviennent l'interface de plusieurs niveaux institutionnels : le Conseil régional, les tutelles, les établissements supports, il s'instaure une relation quadripartite.

## **2.2 La méthode d'investigation**

L'ensemble de l'investigation a consisté tout d'abord en entretiens exploratoires afin de mieux juger de la pertinence des hypothèses de travail. Par la suite, j'ai conduit des entretiens semi-directifs respectant la logique du discours des acteurs et collectant le matériel d'étude adéquat. L'intégralité du corpus a été traitée et interprétée à l'aide d'une

analyse thématique de contenu. Les résultats présentés ci-dessous mobilisent la totalité du matériel recueilli.

### **2.2.1 Le choix de l'entretien semi-directif**

« *L'entretien de recherche est une méthode de collecte qui vise à recueillir les données (informations, ressenties, sentiments, récits, témoignages...) appelées matériaux dans le but de les analyser*<sup>9</sup> »

Selon L. JOVIC, l'entretien semi-directif est un entretien où la consigne de départ est fixe, puis les divers thèmes du guide d'entretien sont introduits en fonction du déroulement de celui-ci, s'ils ne sont pas abordés spontanément par la personne interviewée.

Cette méthode nécessite l'utilisation de la reformulation et de la réitération afin de bien m'assurer de la compréhension des propos tenus, dans le respect des cadres de référence de chacun des acteurs. Les relances ont permis d'enrichir le matériel recueilli et d'approfondir le discours et les arguments.

### **2.2.2 Le choix de la population cible**

J'ai souhaité rencontrer chacune des personnes ressources suivantes, représentant chacune, un des trois niveaux en interaction avec les IFSI et ce, au sein de deux régions différentes.

- Le niveau macro :

Deux représentants du président du Conseil Régional, en l'occurrence deux chargés de mission des formations sanitaires ;

Deux conseillères pédagogiques représentant la tutelle DRASS.

- Le niveau méso :

Deux directeurs d'établissement représentant les établissements hospitaliers de rattachement.

- Le niveau micro :

Deux directeurs de soins formation ;

Deux cadres de santé formateurs ;

Deux étudiants en soins infirmiers (ESI) de 3ème année.

### **2.2.3 Construction du guide d'entretien et déroulement**

Un guide d'entretien unique a été réalisé. L'objectif de l'entretien semi-directif étant de « favoriser la production d'un discours sur un thème donné au moyen de stratégies d'écoute et d'intervention »<sup>10</sup>, j'ai tenté de m'adapter au discours de l'interviewé, en le

---

<sup>9</sup> JOVIC L. (1994). L'entretien de recherche, *Recherche en soins infirmiers*, ARSI, numéro spécial méthodologie, p 77.

<sup>10</sup> Ibid.

laissant aborder des points non prévus et en le relançant par des interventions de recentrage.

Chaque entretien a duré de quarante-cinq minutes à une heure. Certains interlocuteurs ne souhaitant pas être enregistrés, j'ai choisi d'utiliser pour tous, la prise de note littérale. Cette démarche a nécessité la reprise de chaque entretien afin de rendre lisible le style direct transcrit pour ne perdre aucune donnée.

Quatre variables ont été étudiées et ciblées dans une chronologie espace-temps : passé, présent, futur.

- Le fonctionnement global des IFSI en regard de l'évolution sanitaire, sociale et de formation ;
- Les attentes de chacun des acteurs à leur niveau, en regard de la formation infirmière ;
- Les attentes de chacun des acteurs à leur niveau, en regard du mode de gouvernance des IFSI ;
- Les relations qui existent entre les IFSI et les partenaires ainsi que les relations entre les partenaires.

## **2.3 La méthode d'exploitation des données**

Il existe une interaction évidente entre le mode d'analyse des données, leur traitement et les limites inhérentes à toute démarche de recueil. Attachant une importance particulière aux limites méthodologiques, je finirai cette deuxième partie par l'exposé et l'analyse des biais rencontrés pendant cette démarche d'étude.

### **2.3.1 L'analyse de contenu**

L'analyse de contenu d'un discours peut être définie comme suit : « C'est une méthode de classification ou de codification dans diverses catégories des éléments du document analysé pour en faire ressortir les différentes caractéristiques en vue d'en mieux comprendre le sens exact et précis »<sup>11</sup>.

J'ai choisi la méthode de L'ÉCUYER pour analyser le contenu des entretiens semi-directifs menés. Celle-ci comporte plusieurs étapes, qui consistent essentiellement à faciliter l'analyse en dégagant les idées-forces, puis en procédant à une catégorisation et classification par thèmes, pour enfin traduire les résultats obtenus de façon qualitative.

---

<sup>11</sup> L'ÉCUYER R. (2007). L'analyse de contenu : notion et étapes. In DESLAURIERS J-P., *Les méthodes de la recherche qualitative*. Sillery. Presses de l'université du Québec, pp 49-65.

### **2.3.2 Les résultats obtenus**

Afin d'être le plus exact possible, tout en maintenant une certaine exhaustivité, j'ai réalisé une synthèse des résultats par croisement entre les variables étudiées et les hypothèses posées pour chacun des acteurs.

#### **HYPOTHÈSE N°1**

Chaque entité institutionnelle développe ses propres intérêts en regard de la formation infirmière ; lesquels interagissent avec l'intérêt général.

#### **Le point de vue des interlocuteurs régionaux**

##### **Une volonté politique d'aménagement du territoire**

- Les deux chargés de missions ont été très clairs à ce sujet. Ils représentent le président du Conseil régional (CR), qui n'a qu'une seule visée : dimensionner l'offre de formation pour offrir des prestations adaptées aux besoins des usagers. Si le client direct des formations infirmières reste l'étudiant, celui-ci doit être pris en charge par une formation de qualité au profit du bénéficiaire final qui est l'utilisateur des soins.
- « S'il faut développer les emplois de niveau V, pour répondre aux besoins de prise en charge sanitaire et sociale de la population d'une part, et participer à la levée du chômage sur le bassin de l'emploi d'autre part... » : les régions sont prêtes. « Quitte à créer des alliances avec d'autres partenaires de formation de type éducation nationale »...« Gratuité de la formation pour des personnes en difficultés financières et en besoin de formation avec un moindre coût pour la région ».
- Le décloisonnement entre le sanitaire et le social reste à opérationnaliser dans le cadre des VAE, pour accompagner l'évolution des métiers.
- Les projets immobiliers des IFSI sont à penser dans une logique universitaire et de pôles de formation.
- Les IFSI « n'appartiennent plus aux hôpitaux », le Conseil régional n'est pas opposé à un mode de fonctionnement comme celui des lycées « mode de fonctionnement que nous connaissons bien connaît bien » avec un gestionnaire et un directeur. « Il se pourrait que d'ici 5 ans, les IFSI ne soient plus adossés à des hôpitaux de rattachement »... « les relations seraient ainsi directes entre la région et les directeurs de soins formation et son gestionnaire ».

##### **Une volonté de gestion économique efficiente dans la transparence**

- Le Conseil régional a bien identifié deux types d'étudiants et élèves : les étudiants en formation initiale, qui poursuivent leurs études sans interruption depuis le lycée, et les personnes salariées ou au chômage, en promotion ou reconversion professionnelle.

- Les frais de formation des premiers sont pris en charge totalement par les régions, par contre tous les frais de formations des personnes en promotion ou reconversion professionnelle ou au chômage sont financés par les employeurs ou des organismes de financement des formations professionnelles.
- Le Conseil régional a conscience que les hôpitaux subissent de fortes pressions économiques et que les IFSI peuvent encore être source de revenus dès lors où les lignes budgétaires ne sont pas clarifiées en tant que budget C. Les hôpitaux peuvent avoir intérêt à imputer sur le budget des écoles des charges qui relèvent du budget général.

### **Une volonté politique d'accompagnement et d'amélioration des conditions matérielles des étudiants**

- Le Conseil régional souhaite donner une vraie égalité des chances sur le territoire régional aux demandes de financement des étudiants qui souhaitent poursuivre leurs études. Les régions ont mis des moyens en place en termes de personnes et de moyens (bourses) pour être réactif et à l'écoute face à de jeunes électeurs.

Les interlocuteurs régionaux présentent plusieurs caractéristiques spécifiques. Ils sont très attentifs à la satisfaction des besoins des étudiants en formation. Ils se prononcent pour une gestion budgétaire rigoureuse sans pour autant négliger le traitement égalitaire des IFSI. La volonté de collaborer avec les parties prenantes de la formation est affichée clairement.

### **Le point de vue des interlocuteurs hospitaliers**

#### **Les IFSI : une vitrine**

- Les IFSI restent pour les établissements de rattachement une vitrine *marketing* en termes de résultats obtenus, de réseaux et de communication *intra* et *extra muros*.
- Néanmoins, les directeurs d'hôpitaux sont conscients que la collaboration avec le Conseil régional donne d'autres ouvertures aux IFSI, que ceux-ci doivent s'ouvrir à d'autres populations en formation, que le maillage sanitaire et social est à réaliser. Les conférences sanitaires et le projet médical du territoire mettent en évidence les besoins en santé des usagers, d'où « une dynamique territoriale des formations à mobiliser ».

#### **Les IFSI : une sortie de professionnels sur le marché**

- Pour les rentrées de février, la sortie des jeunes diplômés correspond aux besoins de remplacement pour les congés d'été. De plus, pour les hôpitaux, « grand pourvoyeur de terrains d'exercices pratiques », le fait d'avoir des étudiants en stage leur permet « de plus ou moins connaître ces futurs professionnels » et de pouvoir les recruter en fonction des besoins et des compétences décelées. « Une

rentrée unique en septembre pour tous les IFSI », comme le prévoirait le nouveau référentiel de formation pose la question de l'adéquation entre le besoin et la sortie des étudiants en soins infirmiers.

### **Les IFSI : des moyens mais aussi des charges**

- La formation continue peut être un moyen pour que les hôpitaux récupèrent les recettes produites, dès lors que le numéro d'agrément de formation continue est celui de l'hôpital.
- Avec l'augmentation des quotas, les IFSI, pour la plupart vétustes et qui ne répondent pas aux normes de sécurité sont des charges lourdes pour les établissements hospitaliers, qui en sont propriétaires.
- Les directeurs d'hôpitaux, ne semblent pas opposés à ce que les IFSI ne leur soient plus adossés. Les structures de formation pourraient devenir autonomes, sous le contrôle financier du Conseil régional.
- Le nouveau référentiel de formation soulève la question de l'organisation des stages. Une formation en alternance destinée à acquérir des compétences suppose que les étudiants développent une activité professionnelle au sein des services, ce qui représente un nombre d'heures de travail non négligeable tant pour les professionnels que pour les étudiants, encadrement compris.

Les IFSI représentent une source de main d'œuvre à l'intérieur d'un partenariat dont chacun bénéficie. La prise d'autonomie des IFSI pourrait remettre en cause cet échange de ressources dont la gestion donne particulièrement lieu à concertation, au nom de l'attachement des uns et des autres à la notion de formation et de service rendu.

### **Le point de vue des interlocuteurs en DRASS**

#### **Deux niveaux de responsabilité portant sur le contrôle et la qualité des formations**

- L'État a la responsabilité des programmes et de la délivrance des diplômes. La DRASS le représente localement et a la responsabilité du contrôle pédagogique et des concours et des examens. Ces attributions garantissent la qualité des qualifications délivrées.
- La différence entre le nombre d'inscrits à l'entrée et le nombre de diplômés, « déperdition » jugée préoccupante, est un problème systématiquement cité par mes interlocuteurs en DRASS : « Entre qualité et quantité, il faut choisir... même si la région est financeur ».
- La création d'un référentiel d'activité, de compétences et bientôt un nouveau référentiel de formation infirmier à mettre en place en septembre 2009.
- La réforme de l'enseignement supérieur vise à s'adapter à la réforme des cursus européens et l'harmonisation en trois grades universitaires : licence, master,

doctorat (LMD). La formation infirmière est concernée. Plusieurs expérimentations sont en cours (partenariats entre IFSI et universités).

- Le concept européen de formation tout au long de la vie (*long life learning*) avec l'inscription dans la loi de la VAE qui concerne des diplômes sanitaires tels que la profession d'aide-soignante et d'auxiliaire de puériculture.
- Centrées sur ces champs d'activités, les conseillères pédagogiques œuvrent pour initier les IFSI à l'application de ces réformes tout en ayant conscience que ceux-ci, avec les injonctions du Conseil régional, se doivent de développer d'autres stratégies de formation répondant aux besoins locaux.

Les instituts de formation s'inscrivent dans le champ de plusieurs réformes qui convergent vers une plus grande professionnalisation, ce qui laisse présager de l'ampleur des changements à venir. Ces réformes n'impactent pas seulement les pratiques pédagogiques mais supposent à chaque fois une évolution sensible de la gouvernance des systèmes de formation.

### **Le point de vue des interlocuteurs en IFSI**

#### **Les directeurs de soins formation :**

**Trois niveaux de missions qui s'interconnectent : le politique, l'économique, le pédagogique**

- Les directeurs de formation se sentent investis par leur mission prioritaire, qui reste « la formation de professionnels polyvalents, aptes à exercer avec compétences leur activité d'infirmier ».
- Néanmoins, il apparaît nettement que ceux-ci, ont conscience qu'une évolution managériale est nécessaire pour entrer dans un niveau davantage stratégique : politique et économique. Quatre notions ressortent majoritairement : vocation régionale, besoins des populations, offre de soins, offre de formation.

#### **Les cadres de santé formateurs :**

**Une responsabilité accrue : l'ingénierie pédagogique**

- Les cadres de santé formateurs sont plus centrés sur l'ingénierie pédagogique et la mise en place du nouveau référentiel de formation. Ils sont conscients des changements à opérer avec la régionalisation, tant en termes de formation initiale que continue. Leur inquiétude est davantage marquée par les changements de missions, qui vont se révéler nécessaires avec la mise en place du référentiel de compétences. « Quel devenir pour les cadres soignants formateurs ? Quelles missions ? Quels besoins en formation ? Faut-il que tous les formateurs aient à l'avenir des niveaux universitaires de type master ? »

## **Les étudiants :**

### **Une stratégie estudiantine : avoir son diplôme dans les meilleures conditions possibles**

- Il apparaît clairement que les étudiants restent centrés sur leurs conditions d'apprentissages, d'une part par rapport aux moyens humains et pédagogiques mis à leurs dispositions, et d'autre part par rapport à leur niveau de vie social de plus en plus décroissant et les besoins qui en découlent.
- Le Conseil régional devient pour eux, l'interlocuteur privilégié pour discuter de ces interactions dans le champ de leurs études.

À considérer simplement les données recueillies au sein des IFSI, chaque type d'interlocuteur, selon son statut et sa fonction, développe un niveau d'attente spécifique. Ces attentes, pour spécifiques qu'elles soient, couvrent néanmoins la totalité des préoccupations liées à la position des IFSI au sein d'un environnement pluri dimensionnel par définition.

Au-delà des IFSI, et pour l'ensemble des interlocuteurs que j'ai pu interviewer, il apparaît que les représentations de la formation infirmière se cristallisent sous forme d'enjeux souvent divergents, rapportés aux positions légitimes des uns et des autres. Chacun tente de les diriger dans le sens qui lui est propre.

Le rôle d'un directeur des soins formation est, en conséquence, de conjuguer les différents intérêts particuliers au sein d'une vision partagée de l'intérêt général, vision concertée avec l'ensemble des parties prenantes de la formation paramédicale.

### **HYPOTHÈSE N°2 :**

Les instituts de formation deviennent l'interface de plusieurs niveaux institutionnels : le Conseil régional, les tutelles, les établissements supports, il s'instaure une relation quadripartite.
--

Compte tenu du fait, que j'ai collecté peu d'éléments spécifiques à chaque catégorie d'acteurs pour la vérification de cette hypothèse, mais qu'un consensus semble plutôt se dégager à l'analyse, j'ai opté pour une synthèse plus globale, ne différenciant pas les interlocuteurs.

### **Une volonté unanime de coopération**

- Tous les acteurs sont unanimes pour dire que les IFSI ont toute légitimité pour être l'interlocuteur privilégié des trois entités. « La coopération est à construire mais chacun doit rester dans ses compétences ».

### **Des compétences reconnues par chacun**

- Le Conseil régional apparaît comme un acteur solide qui possède « un savoir faire, sur le quel on peut s'appuyer pour faire émerger des projets ». En 2005, la

régionalisation faisait peur, tant au niveau des DSF, qu'au niveau des entités hospitalières, qui ne devenaient plus que « support ». Actuellement, le Conseil régional est reconnu comme « un espace de démocratie locale » avec une volonté de cohérence entre les besoins de santé d'une part et les besoins en formation d'autre part. Les hôpitaux de rattachement sont perçus comme des structures en difficultés, subissant des pressions économiques mais avec une ouverture similaire à celle des régions. « L'hôpital devient un élément du parcours de soins du patient » et où les réseaux, les groupements de coopération sanitaire se développent dans une dynamique territoriale. « Cela rejoint la volonté de mise en place de pôles de formation ». Les hôpitaux sont « les terrains de stage par excellence, il est donc indispensable de collaborer avec eux ».

- La tutelle DRASS est reconnue dans sa gestion de contrôle qualité. « Sa participation est indispensable pour œuvrer sur les questions de stage, la vie des étudiants, la préparation des concours...et ce dans une dynamique régionale, mais aussi interrégionale ».
- Les IFSI sont perçus comme des structures facilitatrices dans les échanges engagées. Tous les partenaires ont évoqué l'importance de la fonction du directeur d'IFSI. Conseil régional, DRASS, hôpitaux ont leurs propres attentes en regard des uns et des autres. À travers la place des IFSI dans cette relation quadripartite, c'est le mode de gouvernance utilisé et la posture du directeur des soins (DS) qui a émergé. Des structures à organiser, c'est le management du DSF qui est apparu.

#### **Des réserves récurrentes qui s'expriment face à un fonctionnement nouveau**

- La lisibilité et la transparence sont la règle en gestion publique. Or, un budget et une comptabilité analytique transparents et lisibles révèlent bien des stratégies possibles... Même à l'intérieur de partenariats soigneusement concertés, chacun est en droit d'estimer que toutes les informations ne peuvent pas être accessibles pour tous et à tout moment.
- Dans leur environnement, les instituts de formation doivent rendre des comptes sur l'atteinte de leurs objectifs, sur l'efficacité de leurs moyens, sur la création de travaux en inter-filières. « La concurrence entre IFSI commence à apparaître de façon flagrante... ce qui n'était pas forcément le cas auparavant ».

#### **À nouveau mode de gouvernance, nouvelle posture : des attentes envers le directeur d'IFSI**

- Selon les dires des acteurs, les attentes en termes d'efficacité et d'efficience sont mobilisées à maintes reprises. « Le directeur d'IFSI ne doit plus uniquement se concentrer sur la pédagogie ».... « Il est vrai qu'avant, il fonctionnait sans savoir

réellement le coût de son école, compte tenu qu'il n'y avait pas d'analyse financière ».

- On attend de lui :
  - o qu'il ait « une vision dynamique et prospective de la formation », eu égard aux besoins de santé des usagers, de l'offre de soins sur le territoire et d'en déterminer les besoins en formation ;
  - o qu'il puisse se situer et réaliser un diagnostic élargi des formations offertes sur le territoire afin de se positionner dans « une dimension de *benchmarking* et de *marketing* » ;
  - o qu'il mette en place avec ses équipes une formation professionnalisante avec des dispositifs d'apprentissage, qui répondent aux besoins des étudiants et élèves, mais en cohérence avec le « réel » : développement des technologies de l'information et de la communication (TIC), apprentissage conséquent sur les terrains de stage pour retrouver « cette dimension pratique et gestuelle qui manque ».

### **Un niveau de contrôle supplémentaire mais une autonomie reconnue en contrepartie**

- Le cadre réglementaire apporte une dimension importante que les acteurs ont soulevée.
- La répartition des compétences entre l'État et le Conseil régional dans le code de la santé publique met en évidence que : « Le président du conseil régional agréé, après avis du représentant de l'État dans la région, les directeurs des instituts de formation... » Le Conseil régional considère d'une part que l'avis pris auprès de la DRASS, peut ne pas être conforme, d'autre part, si le président agréé, le Conseil régional a donc toute légitimité pour contrôler le directeur d'IFSI dans le respect de la réglementation, eu égard aux missions qui lui incombent.
- À soulever que le Conseil régional est maintenant présent au conseil pédagogique, mais « le représentant du conseil régional » n'a pas voix délibérative<sup>12</sup>.
- Ainsi les trois entités, le Conseil régional, la DRASS (« le conseiller pédagogique ou le conseiller technique régional quand il n'y pas de conseiller pédagogique dans la région d'implantation de l'institut de formation ») et l'hôpital de rattachement (« le directeur de l'établissement de santé ou le responsable de l'organisme gestionnaire, support de l'institut de formation ou son représentant »)

---

<sup>12</sup> Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, Titre 1<sup>er</sup> – Gouvernance des instituts de formation.

sont présents au conseil pédagogique qui est compétent sur toutes les questions relatives à la formation et à la vie des étudiants.

- Par ailleurs, il est bien notifié que les instances telles que le conseil pédagogique et le conseil de discipline sont des instances consultatives et que seul le directeur prend une décision concernant les étudiants et élèves « après avis » récolté auprès de ces instances. Le positionnement du directeur d'IFSI est clair, il est autonome dans sa prise de décision et personne d'autre, ne peut réglementairement le faire à sa place. Cette responsabilité est reconnue par les entités, qui « font entièrement confiance au jugement éclairé du directeur d'IFSI ».

À l'issue de l'analyse, comme le suggérait l'hypothèse 2, il apparaît que les IFSI sont maintenant intégrés dans un nouveau dispositif de collaboration, qui soulève la question de leur réactivité à mettre en œuvre de nouvelles formes d'organisation afin de proposer une offre de formation efficace et efficiente. Je peux dire que les trois catégories d'acteurs interviewés dont les rôles ont été analysés : les sujets sociaux et les apprenants, les intervenants et les formateurs vacataires, les maîtres d'ouvrage au sens de l'environnement professionnel et social, sont unanimes pour dire qu'un nouveau mode de gouvernance est nécessaire pour gérer les IFSI. La posture du directeur de soins formation doit changer pour développer d'autres compétences managériales, notamment tournées vers l'« intelligence stratégique ».

Le directeur des soins formation doit mettre en place un système qui :

- Répond de l'activité et du fonctionnement de l'institut de formation circonscrit dans une région donnée ;
- Maintient un niveau de compréhension et de collaboration entre les différentes entités impliquées dans le champ de la formation ;
- Garantit la professionnalisation de la formation dispensée.

### **2.3.3 Les limites de l'enquête**

Les difficultés méthodologiques de la conduite d'un entretien semi-directif sont connues. Aussi, j'ai été particulièrement vigilante à ne pas détruire le fil du discours quand les raisonnements et les arguments étaient développés par les interviewés. J'ai dû également veiller à contenir mes propres interprétations et l'expression de mes centres d'intérêts personnels activés par les entretiens mais hors de propos ici. Il est nécessaire de prendre du recul, eu égard aux discours des différents acteurs. En effet, développer son sens critique permet d'analyser avec objectivité les dires des uns et des autres afin de ne pas se laisser influencer, ni par le charisme des personnes interviewées, ni par ses propres représentations et valeurs.

Par ailleurs, je me suis assurée sans cesse que le cadre et les objectifs de l'entretien étaient partagés entre l'interviewé et moi-même. En effet, aucun jugement évaluateur n'était de mise dans les entretiens, au risque d'entraver la prise de parole.

Enfin, j'ai remarqué que les parcours de vie et professionnels, ne sont pas neutres dans la mobilisation de la fonction. Sans rentrer dans les détails personnels que certains acteurs m'ont livrés, la motivation ou l'investissement du poste occupé ont des répercussions sur le mode de fonctionnement de l'organisation. Un dirigeant qui est motivé et qui a souhaité ce poste, n'envisage pas ses missions de la même façon qu'un autre dirigeant au même poste<sup>13</sup>.

Pour l'ensemble de ces motifs, je ne prétendrai donc pas que les résultats obtenus dans cette étude puissent être généralisables à d'autres contextes que celui qui a conduit à leur formalisation.

Néanmoins, les interlocuteurs interviewés m'ont permis de vérifier les deux hypothèses de l'étude. Il semble qu'un nouveau mode de gouvernance permette à la formation de contribuer au développement politique économique et social du territoire. La formation infirmière s'inscrit maintenant dans de nouveaux enjeux. Sa responsabilité est de produire des réponses actualisées et pertinentes. Certaines d'entre elles seront développées ci-après.

---

<sup>13</sup> Sur un autre plan que la conduite des entretiens, j'en tire une leçon personnelle en tant que manager et décideur.

### 3 Concevoir pour agir

Dans la troisième partie de ce travail, je vais tenter d'expliquer le choix des préconisations et actions proposées. Sans tomber avec exagération dans la formule attribuée à K. LEWIN « rien n'est plus pratique qu'une bonne théorie », il semble indispensable d'étayer les propos tenus par des bases théoriques fiables permettant d'éviter toutes notions ambiguës. « Savoir comprendre pour mieux savoir-faire<sup>14</sup> ».

À l'issue de cette investigation, reconnaissons que dans ces zones frontalières d'activité où s'imbriquent étroitement le personnel et le professionnel, l'individu et l'organisation, la formation et le travail, les prescripteurs et les formateurs, se découvrent tous tenus d'avancer ensemble, bien que le jeu soit complexe et que les intérêts soient souvent divergents. Par ailleurs, l'émergence de nouvelles règles économiques et politiques implique de repenser en profondeur les organisations pour plus de flexibilité et de compétitivité. Les structures deviennent complexes et doivent gérer la diversité sous toutes ses formes, « devenir multi flux, d'une fluidité polymorphe<sup>15</sup> ».

Ainsi, la posture du directeur des soins formation se doit d'évoluer pour répondre à ces nouvelles exigences où les aspects économiques, sociaux et politiques s'interconnectent. Afin de clarifier la présentation de cette 3<sup>ème</sup> partie, j'entends d'abord expliquer en quelques mots la notion de posture, avant d'aborder les trois sous parties suivantes qui vont tenter de mettre en évidence les rôles émergents de cette nouvelle posture du DSF. Ainsi, on peut aborder la notion de « posture<sup>16</sup> » en considérant celle-ci sous l'angle de l'attitude au sens où la définit ALLPORT. Par sa forte inscription émotive et corporelle, l'attitude est un état à la fois « mental et neural ». Les travaux de D. PRATT prennent en compte trois dimensions importantes pour la définition des postures : la croyance (ce que l'on croit faire), l'intention (ce que l'on a l'intention de faire), l'action (ce que l'on fait)<sup>17</sup>. Pour ce qui me concerne, le terme de posture a toute sa légitimité dans cette étude, car il est en lien direct avec l'action et « l'intelligence stratégique », notion déduite des résultats de l'enquête menée. Je préconise donc que la posture du DSF se décompose en trois rôles : le décideur stratège, le coordonnateur et communicateur, l'expert en formation. Je tenterai à travers chacun de ces rôles d'identifier les trois dimensions de la posture nécessaire à son fondement avec comme point d'encrage « l'intelligence stratégique ».

---

<sup>14</sup> CARRÉ P., CASPAR P. (2007). *Traité des sciences et techniques de la formation*. Dunod.

<sup>15</sup> COTÉ M., MALO M-C. (2002). *La gestion stratégique, une approche fondamentale*. Gaëtan Morin.

<sup>16</sup> LAMEUL G. (2006). *Médiatisation de la relation pédagogique et posture enseignante*. Thèse pour le doctorat, Université Paris X – Nanterre, UFR des sciences de l'éducation.

<sup>17</sup> Ibid.

### **3.1 Le directeur des soins formation : un décideur stratège**

Eu égard aux résultats des investigations menées sur le terrain, il apparaît à l'unanimité des acteurs interviewés, qu'une nouvelle gouvernance des IFSI est à mettre en place. Le DSF devant avoir une vision prospective, il doit pouvoir réaliser un diagnostic élargi des formations offertes sur le territoire et se positionner dans « une dimension de *benchmarking* et de *marketing* ». C'est pourquoi, je souhaite aborder dans la partie présente de ce travail, une partie du contexte, qui décrit très précisément la notion de gouvernance. Le but recherché est de prouver l'incidence formelle de la gouvernance sur la conduite managériale du DSF, et d'activer le fait, que cette croyance (telle que définit dans la posture) donne sens au rôle de décideur stratège. On verra ainsi que le terme de gouvernance emprunté au milieu de l'entreprise, peut être aujourd'hui investi en formation dans une dynamique de collaboration, d'efficacité et d'efficience.

#### **3.1.1 Un mode de gouvernance qui révèle de nouvelles compétences managériales**

L'hôpital, comme bien d'autres institutions avant lui, est appelé à répondre aux exigences de la « bonne gouvernance ». Il en est de même pour les IFSI, avec l'introduction de ce terme dans l'Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, Titre 1er – Gouvernance des instituts de formation.

Apparu au début des années 1990 dans la sphère de l'entreprise, le terme de gouvernance est aujourd'hui associé à toute nouvelle réforme<sup>18</sup>. Étymologiquement, il est de la même famille que gouverne, gouverner, gouvernement, tous ces mots renvoyant à la métaphore du gouvernail. L'idée sous jacente est bien celle de pilotage, de maîtrise. Néanmoins, historiquement, il faut souligner que la gouvernance s'est développée dans un environnement social, culturel et politique particulièrement favorable pour elle. En effet, le début des années 1990 a été marqué par le déclin des grandes idéologies – la chute du mur de Berlin date de 1989. Avec cette nouvelle donne politique, le système libéral est apparu comme hégémonique ; c'est l'époque de la mondialisation ou de globalisation des marchés. Face au déclin des grandes idéologies, mais aussi à la remise en cause de nombreuses institutions (notamment politiques et syndicales), la gouvernance a ainsi représenté une expérience novatrice de régulation sociale. La gouvernance s'est donc inscrite dans un environnement bien particulier où l'autorité politique doit savoir composer avec les intérêts particuliers des individus et/ou des groupes d'appartenance.

---

<sup>18</sup> Éthique et Santé (2007). 191, 4.

Par ailleurs, la gouvernance par son caractère pragmatique cherche à aborder les problèmes non pas sous un angle politique, jugé trop conflictuel, mais sous celui de la bonne gestion et de la rationalité économique.

Toutefois, pour que l'ambition de la gouvernance se réalise pleinement, cela nécessite un climat ouvert, entre personnes de « bonnes volontés ». Le principe de subsidiarité associé à celui de contrat est un des piliers de la gouvernance. Celui-ci est simple, pour citer le philosophe ALTHIUS (1603), « n'est accompli par l'échelon supérieur que ce qui ne peut l'être par l'échelon inférieur ». Or dans la réalité, les acteurs sociaux, dont les intérêts sont souvent divergents, sont loin d'être des individus totalement rationnels qui ne recherchent que le bien commun. Ne faudrait-il donc pas retrouver en face de ces acteurs une autorité (ou encore, un maître d'œuvre, un traducteur), qui soit garante de l'intérêt général ? Ainsi, la gouvernance oblige donc à repenser les relations entre les acteurs économiques, sociaux et politiques.

Le DSF, par les principes mobilisés dans la gouvernance, se doit de développer une approche managériale fondée sur la décision stratégique. Celle-ci prend appui sur d'une part, sa position au sein de l'institution et surtout la place qu'il prend au sein de cette institution et d'autre part, ses capacités à mettre en place une gestion stratégique pour « permettre aux acteurs de remettre en cause leurs intérêts acquis et les équilibres qui en découlent pour les amener à aller vers d'autres positions et d'autres gains que tout projet peut apporter<sup>19</sup> ».

### **3.1.2 Un management stratégique**

La démarche stratégique d'un décideur est la manière de penser ou de voir, ou l'orientation cognitive qu'il privilégie lorsqu'il fait face à un problème stratégique. Cette intention, telle que définit dans la posture va permettre au décideur d'avoir une vision différente d'une situation, quand il la considère en adoptant le point de vue du client, ou au contraire, quand il l'étudie en adoptant le point de vue du producteur du bien ou du service.

---

<sup>19</sup> HART J., LUCAS S. (2003). *Management hospitalier : Stratégies nouvelles des cadres*. Lavoisier.

JOHNSON et SCHOLLES<sup>20</sup>, à la suite de MINTZBERG et WATERS<sup>21</sup>, énumèrent trois voies que peut suivre l'élaboration d'une stratégie :

- La stratégie voulue, expression de l'intention et de la volonté du stratège ;
- La stratégie résultant de processus culturels et politiques ;
- La stratégie imposée (par décret gouvernemental, par une réglementation, par le groupe financier qui contrôle une entreprise, etc.).

Ainsi, selon HAX<sup>22</sup>, le concept de stratégie et le processus de formulation de la stratégie sont indissociables, car la stratégie est la résultante de trois processus différents :

- Le processus cognitif individuel, qui permet de comprendre l'environnement de l'entreprise et d'en connaître les ressources ;
- Le processus social et organisationnel, qui rapproche les points de vue et suscite l'engagement par le moyen de communication interne et de la démarche de la recherche d'un consensus ;
- Le processus politique, qui s'occupe de l'établissement du maintien et du transfert du pouvoir au sein de l'entreprise.

Dans le modèle désigné par l'acronyme SWOT (*strengths, weakness, opportunities, threats*), le décideur cherche à établir un équilibre entre des facteurs internes (forces et faiblesses de l'entreprise, valeurs et aspirations des dirigeants) et des facteurs externes (occasions favorables et menaces de l'environnement, responsabilité à l'égard de la société).

Ce modèle toujours prégnant a été amélioré en mettant au cœur du processus stratégique les notions de ressources et de compétences de l'entreprise. Selon cette nouvelle approche, l'attention doit porter non pas sur les forces concurrentielles trop instables, mais sur les forces intrinsèques de l'organisation, qui ont une plus grande stabilité.

Ainsi, toute stratégie repose sur un double diagnostic, un diagnostic externe et un diagnostic interne. La réalisation de ces diagnostics constitue un maillon central dans la chaîne fins- moyens d'une entreprise, car cela permet aux décideurs d'évaluer les orientations stratégiques actuelles de l'entreprise et aussi de décider s'il convient de les modifier.

---

<sup>20</sup> JOHNSON G., SCHOLLES K., WHITTINGTON R., FRERY F. (2005). *Stratégie*. Pearson Education.

<sup>21</sup> MINTZBERG H., J. WATERS J. (1985). Of strategies, Deliberate and emergent, *Strategic Management Journal*, 6, pp 257-272.

<sup>22</sup> HAX A. (1990). Le concept de stratégie. *Planning review*.

### 3.1.3 Une piste d'action concrète : l'analyse de l'environnement territorialisé des IFSI

Compte tenu des nouvelles conjonctures entourant le champ des formations infirmières, il apparaît possible d'utiliser la démarche stratégique des entreprises comme moyen d'action pour les dispositifs de formation. En effet, gérer stratégiquement, « c'est déterminer et étudier le secteur dans lequel la structure évolue en faisant l'analyse des forces concurrentielles, en discernant les menaces, les occasions d'affaires et déceler les facteurs clés de la réussite de ce groupe stratégique. C'est aussi désigner tous les éléments de l'environnement global, et en particulier l'élément sociopolitique, qui permettent de préciser les attentes de la société à l'égard du rôle social de l'entreprise<sup>23</sup> ».

L'analyse des données de l'environnement global par les dimensions PESTEL peut aider le DSF à définir le contexte général dans lequel son dispositif de formation évolue et les effets qui en résultent du point de vue de l'offre et de la demande.

<b>Conditions et tendances PESTEL</b>	<b>Sources d'influence</b>
Politiques	Lois et règlements Participation du gouvernement Régime politique et ses choix Accords internationaux
Économiques	Croissance du pays et croissance mondiale Taux de chômage Contrôles gouvernementaux État de la concurrence directe et indirecte
Sociales - Démographiques	Croissance de la population et démographie Cultures
Technologiques	Degré des technologies actuelles
Ecologiques	Environnement Conséquences écologiques
Légales	Loi sur les normes de travail, droit d'association, décrets, sécurité au travail

---

<sup>23</sup> COTÉ M., MALO M-C. (2002). *La gestion stratégique, une approche fondamentale*. Gaëtan Morin.

Gérer stratégiquement, c'est aussi poser un diagnostic interne afin d'évaluer le dispositif de formation comme chaîne d'activités, sources de valeurs ajoutée, comme combinaison de ressources et de compétences. Il importe alors de définir sa capacité concurrentielle, il s'agit de préciser quelles sont les principales forces et faiblesses de celle-ci, sur le plan de l'organisation et des différentes fonction que sont :

Le *marketing*, la production, la recherche et le développement, les finances, la gestion des ressources humaines, et l'organisation.

Les conclusions du diagnostic interne et externe, posées par les membres de l'équipe stratégique d'une entreprise (d'un dispositif de formation), sont souvent le fruit d'un compromis entre les directeurs fonctionnels ou entre des partenaires stratégiques. Le rôle du *leadership* consiste alors en la finalisation des comportements et des attitudes autour d'une vision partagée qui doit être actualisée en permanence. L'entreprise intelligente, parce que capable d'engendrer du savoir, repose donc essentiellement sur l'exercice d'un leadership capable de créer une vision partagée.

Si la démarche stratégique répond concrètement aux exigences managériales du DSF, on s'aperçoit que ses principes se fondent dans la mise en place d'un processus consensuel. C'est ce que je vais tenter d'appréhender dans la partie suivante en décrivant le rôle de coordonnateur et communicateur du DSF, inscrit dans la posture « d'intelligence stratégique ».

### **3.2 Le directeur des soins formation : un coordonnateur et communicateur**

Eu égard aux résultats de l'investigation menée sur le terrain, il a été mis en évidence que si le DSF se doit de développer des compétences managériales stratégiques, il se doit également de maintenir un niveau de compréhension et de collaboration entre les différents partenaires impliqués dans le champ de la formation.

Cette croyance, au sens de la posture, permet d'asseoir la légitimité du DSF à devenir « l'interface » où la personne ressource, coordonnatrice des différents interlocuteurs qui sont et qui, agissent et interagissent au sein du dispositif de formation (Le Conseil régional, la tutelle, l'établissement support, les étudiants, les équipes).

Selon Kurt LEWIN, le changement relève d'un construit entre les acteurs<sup>24</sup>. M. CROZIER confirme cette assertion par sa célèbre phrase, « on ne change pas la société par décret »<sup>25</sup>. Le décideur stratège développe donc une capacité stratégique à maintenir le système en équilibre tout en introduisant les changements.

---

<sup>24</sup> LEWIN K. (1951). *Field theory in social science*. Harper. New York.

<sup>25</sup> CROZIER M. (1979). *On ne change pas la société par décret*. Grasset et Fasquelle.

### **3.2.1 La construction collective du changement**

Kurt LEWIN a identifié trois étapes de construction du changement. Selon lui, induire un changement est une intention qui passe par l'identification de phases pour agir dans la transparence et la compréhension des jeux et enjeux des acteurs. Ainsi, la première étape correspond à la dé cristallisation. Il met en évidence que le changement ne peut être mis en œuvre sans positionner les acteurs dans un certain déséquilibre. Le changement consiste à passer d'un état à l'autre, ce qui n'est pas naturel, il ne peut donc se réaliser sans un certain inconfort. Les acteurs doivent avoir une représentation claire des enjeux liés au changement à travers les gains possibles ou les risques évités grâce au changement, de sorte qu'ils puissent se projeter dans la situation future ainsi que dans les différences à vivre durant la deuxième phase, celle de la transition. La transition est considérée comme l'expérimentation du changement. Tout est encore possible : revenir à la situation antérieure ou accélérer le processus de changement. Cette phase nécessite beaucoup de communication, car c'est l'instant des controverses où chacun exprime ses ressentis et se positionnent. « Les controverses se focalisent sur ces zones d'ignorance et par le jeu d'affrontement qu'elle met en place, les informations qu'elle génère et fait circuler, elles contribuent parfois à les réduire. Ainsi les controverses constituent un enrichissement de la démocratie participative <sup>26</sup> ».

Enfin l'étape de la recristallisation marque l'inscription du changement dans des règles définies et partagées par les acteurs. Cette troisième phase est atteinte lorsque la situation antérieure est exprimée à l'imparfait par les acteurs ou bien quand ils évaluent eux-mêmes leur nouvelle situation en la comparant à l'ancienne.

Ainsi pour conduire efficacement un changement, la stratégie est contingente du contexte communicationnel de la situation antérieure, actuelle et future.

### **3.2.2 Une stratégie communicationnelle concrète : la mise en place de forums hybrides**

Tout processus de décision exige un travail d'ouverture, de diffusion, ne serait-ce qu'en raison de la nécessité de mobiliser les acteurs qui permettront de faire aboutir un projet. Empruntés aux méthodes de gestion des risques, les forums hybrides peuvent être une réponse appropriée pour fonder une organisation basée sur l'apprentissage collectif. Forums, parce qu'il s'agit d'espaces ouverts où des groupes peuvent se mobiliser pour débattre de choix techniques qui engagent le collectif. Hybrides parce que ces groupes engagés et les porte-paroles sont hétérogènes.

---

<sup>26</sup> CALLON M., LASCOUMES P., BARTHE Y. (2001). *Agir dans un monde incertain*. Seuil.

Les forums hybrides conduisent à considérer les controverses qui s'y déroulent comme de puissants dispositifs d'exploration et d'apprentissage.

- Exploration de l'identité des acteurs qui se découvrent concernés par les projets en discussion ; exploration des problèmes qui se posent et de tous ceux que les acteurs considèrent comme associés ;
- Apprentissage qui résulte des échanges croisés entre savoirs et qui conduisent à la découverte mutuelle d'identités évolutives, amenées à tenir compte des unes et des autres et du même coup à se transformer.

L'enjeu pour les acteurs n'est pas seulement de s'exprimer ou d'échanger, ou encore de passer des compromis, il n'est pas seulement de réagir mais de construire.

Une fois les débordements mis en lumière et explicités, la question n'est plus de savoir si une solution est bonne ou pas, mais d'intégrer les différentes dimensions du débat pour aboutir à une solution robuste. Le conflit n'est pas éteint mais il se déplace. La controverse permet de concevoir et d'épouser des projets et des solutions qui intègrent une pluralité de points de vue, de demandes et d'attentes. Cette prise en compte, qui passe par des négociations et compromis successifs, enclenche un processus d'apprentissage. Une plus-value est produite, des connaissances nouvelles sont acquises et partagées, de nouvelles façons de concevoir, voir, agir sont élaborées, mise en commun et rendues disponibles.

Ainsi, les forums hybrides, utilisés comme stratégie de communication et de production consensuelle, peuvent être une action concrète pour asseoir le rôle de coordonnateur, communicateur du DSF.

### **3.2.3 Une proposition formalisée de collaboration : une instance de coordination**

Le DSF conscient de devoir mettre en place une stratégie opérationnelle de rencontre entre les différents acteurs au bénéfice de la formation, pourrait utiliser le concept de forums hybrides et aménager des lieux de rencontre afin que puissent être débattues, sur la base d'inventaires communs, les questions en friches.

Le conseil pédagogique par la présence formelle des différents partenaires, pourrait être un temps d'amorce, pour proposer des temps de rencontre afin d'une part, de travailler le diagnostic externe comme vu plus haut et d'autre part, rendre compte du diagnostic interne réalisé par le DSF. Ces temps formalisés serviraient de régulation et d'échanges de pratiques. Il serait possible de créer une instance dite de coordination ayant cette utilité.

Ainsi, par la mise en évidence des deux rôles du DSF développées ci-dessus, il apparaît que la plus value du DSF résulte de sa connaissance des enjeux et jeux d'acteurs en regard de la formation. Seul, le DSF a cette vue systémique des maillons interférents sur le dispositif de formation. C'est pourquoi, il me semble nécessaire que le DSF en tant que décideur stratège d'une formation professionnalisante, maîtrise les bases de l'ingénierie de formation pour répondre au contexte environnementale et asseoir ses besoins financiers en regard. On ne lui demande plus d'avoir une vision centrée sur la pédagogie, mais multidimensionnelle à visée professionnalisante et prospective. « Le cadre concurrentiel qui caractérise aujourd'hui l'économie exige des organisations qu'elles se donnent les moyens, d'améliorer et de renouveler en permanence la qualité des biens et services qu'elles produisent, mais également de faire preuve d'innovation en vue de se différencier de leurs concurrents<sup>27</sup> ». C'est ce que je vais tenter de démontrer avec le rôle d'expert en formation dévolu au DSF dans sa nouvelle posture.

### **3.3 Le directeur des soins formation : un expert en formation**

Dans le cadre des résultats obtenus par l'enquête, les interlocuteurs interviewés ont mis en évidence que le DSF doit mettre en place un dispositif de formation, qui développe une plus grande professionnalisation et qui apporte des réponses adaptées aux enjeux socio-économiques d'un territoire donnée. Ainsi, « L'étude de l'évolution des organisations et des pratiques managériales permet, depuis l'époque artisanale jusqu'à aujourd'hui, de repérer que les pratiques de formation évoluent de façon non linéaire sous l'effet des doctrines managériales qui se sont succédées<sup>28</sup> ». M. CROZIER remarquait à cet égard que, notre conception de l'économie fondée sur la rationalisation, la quantité et standardisation était en train de changer pour évoluer vers une civilisation de l'innovation, de la qualité, du surmesure.

Le DSF, de par ses missions et sa posture, doit prendre en compte le glissement en train de s'opérer : de la formation à la professionnalisation, de l'ingénierie de formation à l'ingénierie des compétences.

#### **3.3.1 Une ingénierie de formation tournée vers l'avenir**

La notion d'ingénierie recouvre l'étude globale d'un projet sous tous ses aspects (techniques, économiques, financiers, sociaux), coordonnant les études particulières de plusieurs équipes de spécialistes. De plus, la démarche d'ingénierie est finalisée par la recherche de l'efficacité. Cette croyance, telle que définit par la posture, permet de faire émerger un nouveau mode de formation. Celui-ci articule des moyens technologiques,

---

<sup>27</sup> CARRÉ P., CASPAR P. (2007). *Traité des sciences et techniques de la formation*. Dunod.

<sup>28</sup> Ibid.

humains, logistiques plus nombreux, dans des configurations d'espace et de temps et des équations économiques plus complexes que les dispositifs usuels. En matière de formation comme dans tous les domaines de l'ingénierie des systèmes artificiels, l'intention est formalisée par la nécessité de répondre à des demandes multiples et évolutives d'acteurs différents. Cela induit donc d'adopter simultanément une posture d'application de méthodes et de procédures, ainsi qu'une posture ouverte de recherche permanente d'adéquation du dispositif et de son environnement.

L'ingénierie de formation permet donc de poser la relation entre la demande des différents acteurs, l'efficacité du dispositif de formation et l'ouverture sur l'environnement

### **3.3.2 Le projet d'école**

Par la maîtrise de l'ingénierie de formation, le DSF peut optimiser son dispositif de formation pour offrir une réponse territorialisée aux besoins en formation.

Pour ce faire, le DSF possède des outils tels que le projet d'école. Celui-ci est le document clé d'action stratégique de la pensée collective du dispositif de formation. Le projet pédagogique en découle, donc les conditions d'apprentissage en lien avec le futur référentiel de formation, et les normes européennes LMD.

Dans cette dynamique, le projet d'école est pensé par le DSF, et rend compte de trois types de qualités :

- la réactivité : en modifiant les procédures de fonctionnement et les modes d'organisation ;
- l'inventivité : en s'adaptant à un environnement en mouvance, nécessitant la mise en place d'outils spécifiques ;
- le partenariat : en s'inscrivant comme partenaire, afin de favoriser la participation et la coopération.

Ainsi, si l'ingénierie de formation concerne tout ce qui relève de la construction du dispositif de formation, avec la nécessité d'articuler des objectifs, des méthodes et des contenus, quant à elle, l'ingénierie didactique professionnelle, relève de la production de ressources éducatives, utilisant des nouvelles technologies, mais s'appuyant sur des situations de travail qui servent de support à la formation et au développement des compétences professionnelles.

### **3.3.3 L'émergence de l'ingénierie didactique professionnelle**

La problématique des compétences entretient depuis toujours un lien étroit, d'ordre dialectique, avec celle de l'organisation : la compétence est souvent pensée comme un moyen d'adaptation à l'organisation, mais elle est aussi fréquemment considérée comme un moyen pour la faire évoluer. Dans une logique de formation tout au long de la vie

lancée par la Communauté européenne en 1996, et avec la loi du 17 janvier 2002 relative à la VAE, la société signe la reconnaissance de la pluralité des modes de développement des compétences, et, plus encore, de leur articulation au travail.

Le DSF peut utiliser la formation comme stratégie d'action inductrice de changement social. En effet, la didactique professionnelle cherche à analyser l'acquisition et la transmission des compétences professionnelles en vue de les améliorer. Or, on connaît aujourd'hui une mutation profonde du travail, notamment l'importance croissante de la dimension événementielle du travail<sup>29</sup>. Un indice de cette mutation du travail est fourni par l'importance qu'on accorde à l'analyse des situations dynamiques à risques (dans le monde la santé : infection nosocomiale, accident transfusionnel...). Un simple apprentissage sur le tas n'est plus suffisant. Il faut donc que la pratique du travail et l'analyse du travail soient étroitement articulées.

Le DSF doit donc offrir une formation capable de mettre en place une gamme de situations d'apprentissage articulée aux situations de travail : tutorat, compagnonnage, échanges de pratiques, laboratoire de simulation, utilisation des multimédia, FOAD (Formation ouverte et à distance). Il doit être capable de mobiliser toutes les opportunités possibles de professionnalisation permettant d'optimiser la nature et les modalités de réponse aux besoins des étudiants et élèves, et à travers eux : les usagers.

Si le DSF est un décideur stratège, expert en ingénierie, il tire son expertise de ses expériences professionnelles antérieures et des formations menées. Sa plus-value réside dans le fait qu'il a été soignant, mais son rôle de décideur lui procure la déprise et la mise à distance nécessaire, pour articuler l'efficacité et l'efficience d'une formation professionnalisante, au bénéfice des clients directs que restent et resteront toujours les usagers-citoyens.

---

<sup>29</sup> ZARIFIAN P. (1995). *Le travail et l'événement*. L'Harmattan.

## Conclusion

Face à la complexité des problèmes auxquels nous sommes confrontés, la formation professionnelle peut être un élément clé pour répondre au développement de l'emploi, dynamiser l'économie et améliorer le niveau de vie des citoyens. Or, il n'est pas possible qu'une seule organisation puisse relever ce défi, d'où la nécessité d'un fonctionnement en partenariat. Cela implique nécessairement d'apprendre les uns des autres, de créer ensemble de nouveaux systèmes, de nouvelles pratiques et de coopérer avec des personnes, des organisations et des institutions autres. À l'ère de l'Europe et de la mondialisation, la décentralisation est particulièrement à l'ordre du jour en France. Cela constitue un changement majeur dans la répartition des responsabilités entre les États, les entreprises, les collectivités territoriales, les individus et la Commission Européenne ; et dans le positionnement respectif des commanditaires, financeurs et des offreurs de formation. « Mais cela va vraisemblablement conduire à multiplier les initiatives d'origine régionale ou territoriale qui auront d'autant plus de poids que l'expérimentation régionale sera encouragée par une Europe future évoluant aussi vers une Europe des régions<sup>30</sup> ».

En tant que futur DSF, je vais travailler « dans les métiers du savoir<sup>31</sup> ». Les nouveaux territoires de formation s'inscrivent dans le travail lui-même, pour lier de façon réciproque l'activité productive et le développement de compétences. Il est donc nécessaire d'établir des liens entre la formation, le travail, l'activité et l'emploi. La nouvelle posture du DSF préconisée dans cette étude, en lien avec les trois rôles dégagés, tente de démontrer par son caractère multidimensionnel, qu'un décideur en formation peut apporter des réponses stratégiques aux besoins sanitaires et sociaux dans une dimension territorialisée.

« Enjeux stratégique, la formation trouve désormais en dehors d'elle-même une part croissante de sa raison d'être, car elle ne prend ce sens que par rapport aux projets qu'elle sert réellement<sup>32</sup> ».

La croyance, l'intention et l'action donnent sens à la posture du DSF, qui en développant des stratégies, tenant compte des injonctions de toute nature et des consensus, œuvre pour un idéal, son idéal : offrir aux citoyens des soins adaptés à leurs besoins, délivrés par des professionnels compétents et conscients de leurs responsabilités.

---

<sup>30</sup> CARRÉ P., CASPAR P. (2007). *Traité des sciences et techniques de la formation*. Dunod.

<sup>31</sup> Ibid.

<sup>32</sup> Ibid.

---

# Bibliographie

---

## Bibliographie Principale

### Auteurs ayant contribué à la construction du mémoire

#### Ouvrages

- CALLON M., LASCOUMES P., BARTHE Y. (2001). *Agir dans un monde incertain*. Seuil.
- CARRÉ P., CASPAR P. (2007). *Traité des sciences et techniques de la formation*. Dunod.
- COTÉ M., MALO M-C. (2002). *La gestion stratégique, une approche fondamentale*. Gaëtan Morin.
- CROZIER M. (1979). *On ne change pas la société par décret*. Grasset et Fasquelle.
- DONNADIEU G. (1997). *Manager avec le social : L'approche systémique appliquée à l'entreprise*. Groupes liaisons.
- JOHNSON G., SCHOLES K., WHITTINGTON R., FRERY F. (2005). *Stratégique*. Pearson Education.
- HART J., LUCAS S. (2003). *Management hospitalier : Stratégies nouvelles des cadres*. Lavoisier.
- L'ÉCUYER R. (2007). L'analyse de contenu : notion et étapes. In DESLAURIERS J-P., *Les méthodes de la recherche qualitative*. Sillery. Presses de l'université du Québec, pp 49-65.
- LEWIN K. (1951). *Field theory in social science*. Harper. New York.
- PINAUD M. (2004). *Le recrutement, la formation et la professionnalisation des salariés du secteur sanitaire et social*. La documentation française.
- ZARIFIAN P. (1995). *Le travail et l'événement*. L'Harmattan.

#### Revue

- CASTIEL D. (2003). Le vieillissement de la population : Un problème économique, *Le concours médical*. 125(26) : pp 1540-1542.
- JOVIC L. (1994). L'entretien de recherche, *Recherche en soins infirmiers*, ARSI, numéro spécial méthodologie, p 77.
- HAX A. (1990). Le concept de stratégie. *Planning review*.
- MINTZBERG H., J. WATERS J. (1985). Of strategies, Deliberate and emergent, *Strategic Management Journal*, 6, pp 257-272.
- RUANO-BORBALAN J.C., WEMAERE J. (2004). À quoi sert la gouvernance ? *Sciences Humaines*, Hors série n°44, p.3.
- Éthique et Santé (2007). 191, 4.

## Thèses

- LAMEUL G. (2006). *Médiatisation de la relation pédagogique et posture enseignante*. Thèse pour le doctorat, Université Paris X – Nanterre, UFR des sciences de l'éducation.

## Rapports

- LARCHER G. (2007). *Rapport de la commission sur la concertation des missions de l'hôpital* », La documentation française.

## **Bibliographie Complémentaire**

### **Auteurs ayant contribué à la réflexion du mémoire**

## Ouvrages

- ALTER N. (2006). *Sociologie du monde du travail*. PUF.
- CHAUVIGNÉ C. (2004). *Accréditation des formations supérieures professionnelles et amélioration continue de la qualité*. Éditions ENSP.
- CARRÉ P. (2006). *L'apprenance : Vers un nouveau rapport au savoir*. Dunod.
- DENNERY M. (2000). *Piloter un projet de formation : Du diagnostic à la mise sous assurance qualité*. ESF.
- GODET M. (2007). *Manuel de prospective stratégique : L'art et la méthode*. Dunod.
- GRANDJEAN H., MIENVILLE P., SCHNEIDERMAN B. (2001). *Optimiser la qualité de service dans les organismes de formation*. AFNOR.
- PASTRÉ P (2005). *Apprendre par la simulation : De l'analyse du travail aux apprentissages professionnels*. Octarès.

## Rapports

- BERLAND Y. (2005). *Rapport de la mission Commission Démographie médicale*, La Documentation française.
- CHEVREUL P(2005). *Rapport de mission. La mise en œuvre du transfert aux régions des formations sanitaires et sociales*.
- FLAJOLET A. (2007). *Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire*.
- MOLINIER E. (2005). *L'hôpital public en France : bilan et perspectives*.
- RITTER P. (2008). *Rapport sur la création des agences régionales de santé*.
- SILICANI J-L. (2008). *Livre blanc sur l'avenir de la fonction publique hospitalière : faire des services publics et de la fonction publique des atouts pour la France*, Conférence nationale sur les valeurs, les missions, les métiers du service public et de la fonction publique.

## **Études**

- SAVOYANT A. (2005). *La professionnalisation des personnels infirmiers*. Marseille : EQUAL - TRANSFERS.
- ALEXANDRE G. (2007). *Compétences comportementales dans l'entreprise*, Entreprise et Personnel, n°265.

## **Cours EHESP – Directeurs des soins**

- TIREL B. (2008). Le système hospitalier français.
- GALAND M-O. (2008). Le projet d'école.

---

# Annexe

---

## GUIDE D'ENTRETIEN

- 1- Pouvez- vous me donner quelques éléments de votre parcours de formation et professionnel ?
- 2- Pouvez- vous me présenter succinctement l'organisation actuelle de votre structure et ses possibles évolutions ?
- 3- Comment percevez-vous l'évolution des IFSI en regard de la conjoncture passée et actuelle ?
- 4- Pourriez-vous développer vos attentes en regard de la formation infirmière ?
- 5- Quelle place pensez-vous occuper dans l'organisation, la structuration de la formation infirmière ?
- 6- Comment percevez-vous les liens, les relations qui existent entre les différentes entités qui gravitent autour de la formation infirmière : Conseil régional, DRASS, Hôpitaux de rattachement, IFSI ?
- 7- Pensez-vous que la régionalisation a des impacts sur le mode de gouvernance des IFSI ?
- 8- Qu'entendez- vous précisément par mode de gouvernance ?
- 9- Qu'attendez-vous précisément et actuellement d'un DSF ?
- 10- Comment anticipez-vous l'avenir par rapport à l'évolution de la formation infirmière, par rapport au positionnement du DSF ?