



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur des Soins

Promotion : **2007**

Date du Jury : **Septembre 2007**

**Quelle stratégie pour le directeur
des soins en IFSI , dans le cadre du
transfert des formations sanitaires
et sociales aux régions ?**

Pierre-Yves PAQUET

Remerciements

« A celui à qui je dois tout. (ça coûte pas cher et ça fait plaisir à un tas de gens) »¹

¹ BRETECHER C., *Les frustrés*, n°1

Sommaire

Introduction	1
1 LES CONSTATS REGLEMENTAIRES, CONTEXTUELS ET THEORIQUES.....	7
1.1 La décentralisation ou l'impossible retour en arrière.....	7
1.1.1 De l'Etat régalien à la décentralisation.....	7
1.1.2 La région, un acteur à part entière	9
1.1.3 Les rôles du financement des formations sanitaires et sociales aux régions	10
1.2 L'IFSI, une structure dans la turbulence	13
1.2.1 De l'impact majeur de la reconfiguration de l'organisation du système de santé sur les métiers soignants	13
1.2.2 Une indispensable adaptation de l'IFSI à l'ensemble des évolutions	16
1.2.3 Le projet d'école, pierre angulaire de la formation	17
1.3 Le directeur des soins en IFSI, un vrai dirigeant ?	19
1.3.1 Une fonction insuffisamment délimitée réglementairement.....	19
1.3.2 Le directeur des soins en IFSI, dirigeant et collaborateur institutionnel.....	21
1.3.3 La stratégie prospective, une plus-value ?	23
2 L'ENQUETE, TERREAU POUR L'ANALYSE ET L'ACTION	25
2.1 La démarche méthodologique.....	25
2.1.1 Quels objectifs, quelle démarche, quelle population ?	25
2.1.2 L'entretien semi-directif	28
2.1.3 Les limites de l'investigation.....	28
2.2 La présentation des résultats et leur analyse.....	30
2.2.1 Le poids des représentations	30
2.2.2 Une mise en œuvre empirique marquée par une volonté partagée d'aboutir	35
2.2.3 Des perspectives ambitieuses et encourageantes	39
2.3 De la synthèse des résultats aux préconisations	43
2.3.1 La nécessaire prise en compte de tous les acteurs	43
2.3.2 La décentralisation, une opportunité majeure pour la qualité de la formation	46
2.3.3 La contribution directe du Directeur des Soins	49
Conclusion.....	55
Bibliographie.....	57
Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AAH	Attaché d'Administration Hospitalière
AFDS	Association Française des Directeurs des Soins
ARF	Association des Régions de France
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
CEFIEC	Comité d'Entente des Formations Infirmières Et Cadres
CESR	Conseil Economique et Social Régional
CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CR	Conseil Régional
CSP	Code de la Santé Publique
DH	Directeur d'Hôpital
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DS	Directeur des Soins
EPRD	Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
FPH	Fonction Publique Hospitalière
GERACFAS	Groupe d'Etudes, de Recherche et d'Action pour la Formation d'Aides-Soignants
HAS	Haute Autorité de Santé
IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers
PRDFP	Plan Régional de Développement des Formations Professionnelles
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
VAE	Validation des Acquis de l'Expérience

*L'expérience doit être examinée, repérée,
analysée, considérée et dépassée
pour être changée en connaissance.
BOUD, COHEN, WALKER, 1993*

Introduction

Le système politique français nous a progressivement habitué à une complexité croissante, caractérisée par une sorte d'additionnement incessant de textes législatifs, d'institutions, etc. Le système de santé français n'a pas échappé à cette profusion. En effet, et particulièrement depuis les années 2000, il fait l'objet de modifications institutionnelles ininterrompues portant sur la réglementation, les structures, les financements. Or, cette accélération soutenue de la complexité conduit à envisager inexorablement une meilleure « gouvernance ». D'aucuns ne contestent que désormais, la mise en œuvre des politiques publiques et la gestion des organisations ne peuvent contourner cette façon d'aborder les questions. La transformation du pouvoir a bel et bien eu 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 coopération. »*² Cette nouvelle approche se réclame de la démocratie participative émergente dans les années 1980-1990. Cette remise en cause des formes d'autorités incontestées jusque là rend les organisations moins hiérarchiques. *« Le sentiment de « responsabilité » et la volonté de débat présents dans l'espace public prennent alors la forme d'une nécessaire reconnaissance du rôle des différents acteurs, de leurs compétences, de leurs décisions. »*³

Parallèlement à cette transformation importante du pouvoir, force est de constater que l'Etat s'essouffle. Il affiche des carences structurelles, peine à être réactif, à se trouver proche du terrain d'application des décisions publiques, à pouvoir considérer les attentes de plus en plus nombreuses et de plus en plus diversifiées des concitoyens. C'est pourquoi la décentralisation incarne une réponse à ces faiblesses. *« La décentralisation, en rapprochant les centres de décisions, crée des régulations nouvelles et réalise la*

² RUANO-BORBALAN J.C., WEMAERE J., Editorial A quoi sert la gouvernance ? *Sciences Humaines*, Mars Avril Mai 2004, Hors Série n°44, p.3.

³ Ibid.

meilleure adaptation de l'action publique aux réalités locales. »⁴ S'agissant du domaine de la santé, ce mouvement de décentralisation s'est concrétisé par l'émergence d'échelons régionaux de pilotage et de gestion du système. La logique régionale a pris peu à peu une place significative dans le paysage sanitaire français. Les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS), les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) en sont deux illustrations incontestables.

Cette logique régionale a également gagné le champ des formations sanitaires et sociales. En effet, l'Etat a confié aux régions le transfert des formations sanitaires et sociales par la loi du 13 août 2004 (article 73).⁵ S'agissant du volet sanitaire, ce transfert est réglementairement effectif depuis le 1^{er} juillet 2005.⁶ Patrice LOMBARDO a rappelé que la formalisation de cette évolution réglementaire avait été précédée et/ou accompagnée par la production de rapports issus de missions ministérielles permettant d'orienter les prises de décisions et le débat.⁷ Il s'agit des rapports de Messieurs BERLAND, DEBOUZIE, MATILLON, PERISSOL, CHEVREUL.⁸

Dans ce contexte opéré de la décentralisation et tout particulièrement du transfert des formations sanitaires et sociales aux régions, cette Recherche a pour objectif d'identifier la stratégie du Directeur des Soins, directeur d'un Institut de Formation en Soins Infirmiers.⁹ Cette intention s'origine dans un certain nombre de constats. Ces constats sont d'une part le fait de mon observation et d'autre part nourris par mon expérience. Cadre de santé, j'ai exercé dans une école d'infirmiers(ères) anesthésistes comme formateur puis j'ai assuré en 2006 la direction par intérim de cette école. Dans les deux cas de figure, j'ai été confronté à la difficulté de bien délimiter les questions liées aux profondes réformes touchant au paysage de la formation sanitaire. Dans mon proche périmètre professionnel, les directeurs des soins des autres instituts de formation

⁴ ZELLER A., STUSSI P., La France enfin forte de ses régions. Glossaire engagé de la décentralisation. Paris ; Gualino, 2002, p.21.

⁵ Loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, Journal Officiel n°190 du 17 août 2004 page 14545, texte n°1.

⁶ Décret n°2005-723 du 22 juin 2005 relatif au régime budgétaire des écoles et instituts de formation de certains professionnels de santé relevant d'établissements publics de santé et modifiant le code de la santé publique, Journal Officiel n°151 du 30 juin 2005, texte n°63.

⁷ LOMBARDO P., Le projet d'école en Institut de Formation en Soins Infirmiers, *Mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique*, Filière Directeur des Soins, promotion 2005, septembre 2005, p.1.

⁸ Ces cinq rapports sont référencés en bibliographie finale.

⁹ IFSI : lire partout Institut de Formation en Soins Infirmiers.

paramédicaux semblaient avoir opté pour une position que je qualifierai plutôt comme relevant d'une certaine attente, eu égard à la « régionalisation ». Or, « ce dossier » s'est accéléré brutalement lorsque le Conseil Régional a convié l'ensemble des responsables des structures de formation à la consultation organisée pour élaborer les schémas régionaux des formations sanitaires et sociales dans le cadre du Plan Régional des Formations Professionnelles. A cette occasion, j'ai mesuré deux aspects significatifs.

- La Région possède certes de l'expérience dans le champ de la formation professionnelle mais elle ne connaît pas ou peu le paysage de la formation sanitaire et sociale. Par conséquent, et dans le but de pouvoir assurer ses propres missions, elle a besoin d'identifier les interlocuteurs les plus pertinents. Il s'agit là d'un point important car cette étape de concertation et de diagnostic partagé en Rhône-Alpes vise à mieux répondre aux besoins en compétences et qualifications, en notamment structurant l'offre régionale de formation professionnelle et sa répartition sur le territoire.
- Par rapport aux acteurs du sanitaire, les acteurs du domaine social se sont montrés, dans cette région, plus présents dans les échanges, plus au fait des difficultés rencontrées, davantage en capacité d'identifier les liens à établir entre les différents éléments.

Ces observations m'ont amené à m'interroger initialement sur le positionnement des directeurs des soins face à ces questions. Avec quel degré d'anticipation ont-ils préparé les aspects de la mise en œuvre de la régionalisation ?

Me destinant à assurer la direction d'un IFSI, j'ai souhaité donc, dans le cadre la formation statutaire de Directeurs des Soins dispensée à l'École Nationale de Santé Publique (ENSP), poursuivre et développer ma réflexion. C'est pourquoi, les lectures exploratoires, les enseignements dispensés à l'ENSP ainsi que les stages en IFSI ont contribué à enrichir mon questionnement, m'ont aidé à préciser l'objet d'étude. Il n'en demeure pas moins qu'à terme cette Recherche doit faciliter ma prise de poste dans une institution nouvelle pour moi, me rendre pertinent sur cette thématique et plus efficient dans le champ de la gestion budgétaire. En tant que Directeur des Soins en IFSI, j'aurai à me positionner afin de mettre en place un système qui :

- réponde de l'activité et du fonctionnement de l'IFSI,
- garantisse la qualité de la formation dispensée,
- légitime les allocations de moyens nécessaires.

Pour l'heure, grâce donc aux éléments de cette phase exploratoire, je suis davantage éclairé sur les points suivants. Concernant le(s) Directeur(s) d'IFSI, les textes qui encadrent la fonction de directeur des soins ne déclinent pas précisément le rôle du Directeur des soins, notamment dans certains domaines. Le directeur d'institut de formation « *participe à la gestion administrative et financière de l'institut et à sa gestion des ressources humaines.* » peut-on lire à l'article 5 du décret statutaire.¹⁰ Toutefois, la responsabilité du directeur d'IFSI dans la gestion budgétaire est davantage précisée dans l'arrêté du 30 mars 1992 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation. Le financement de ces instituts est lui encore mieux délimité. Ces derniers font l'objet d'un budget annexe au budget général de l'établissement gestionnaire, créé par le décret n°2005-723 du 22 juin 2005 relatif au régime budgétaire des écoles et instituts de formation. Le directeur de l'institut de formation¹¹ consulte pour avis les membres du conseil pédagogique sur le rapport annuel d'activité pédagogique (cf. article 10). Il informe ces mêmes membres des questions budgétaires (cf. article 12), par exemple, le budget de l'institut de formation, les comptes prévisionnels, le bilan d'exercice. De plus, l'annexe V relative au rapport annuel d'activité des instituts de formation prévoit dans le champ de la gestion « *l'exécution du budget* ». En d'autres termes, il se dégage clairement que le directeur de l'IFSI est tenu de rendre compte de son activité, du fonctionnement de l'école, donc de l'utilisation des moyens alloués. Dans le même temps, il doit démontrer sa capacité à argumenter les ressources. Cette logique de financement des instituts se veut quelque part parallèle à celle du mode de financement de l'hôpital basé sur le principe de l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD). Quoiqu'il en soit, la « régionalisation » fait qu'aujourd'hui le directeur de l'IFSI doit compter avec un nouvel acteur majeur : la région.

Sur le plan pédagogique, deux aspects sont à prendre en compte. Premièrement, il est souhaitable que le projet d'école (le projet d'Institut) soit formalisé, ce qui n'est pas le cas encore aujourd'hui pour l'ensemble des IFSI. Or, le secteur de la formation, de part l'abondance de l'offre, tend à devenir de plus en plus concurrentiel. Dans ce contexte, l'absence de projet ou bien une formalisation trop peu marquée peuvent constituer à terme une réelle fragilité. Deuxièmement, les prérogatives de la région sont partiellement limitées. Toutes les questions inhérentes à la pédagogie restent l'attribution de la compétence de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS).

¹⁰ Décret n°2002-550 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la FPH. Journal Officiel n° 95 du 22 avril 2002, p.7187.

¹¹ Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, Journal Officiel n°108 du 10 mai 2007, page 8324, texte n°91.

A l'issue de cette démarche exploratoire, il me semble pouvoir affirmer que nous sommes face à une révolution du système de financement, car la « régionalisation » va inévitablement conduire à élaborer (penser) et mettre en oeuvre des nouvelles formes d'organisation. Ceci dans un secteur où la concurrence s'affirme de part l'abondance d'offre de formation. L'absence de système et/ou la non pertinence du dispositif constituerait une menace réelle pour que l'IFSI ne puisse pas bénéficier des moyens dont il a besoin. Par ailleurs, il convient d'envisager que les IFSI, en raison de la singularité de leurs projets d'école, pourraient à terme produire eux-mêmes une logique à caractère concurrentielle.

Par conséquent, je formule la question de départ suivante :

En quoi le projet d'école peut-il constituer un élément stratégique permettant au Directeur des Soins en IFSI de mieux se positionner, dans le cadre du transfert des formations sanitaires et sociales aux régions ?

Deux hypothèses de travail sont à associer à cette question de départ, en tant que réponses anticipées à la question.

- ✚ Un des objectifs étant pour le Directeur des soins de l'IFSI d'obtenir les moyens adaptés aux ambitions de sa structure de formation, **le projet d'école doit s'appuyer sur une stratégie prospective de ce directeur.**

- ✚ Ce projet d'école, s'appuyant sur un système d'information pertinent, doit d'une part **permettre de favoriser la communication et le partenariat entre le directeur des soins et la région**, et d'autre part **faire partie de la stratégie de collaboration et de coopération devant être développée entre le Directeur des Soins de l'IFSI et le Directeur de l'établissement de santé de rattachement.**

Pour clore cette introduction, il convient de préciser qu'afin de pouvoir traiter la question de départ de façon pertinente et mettre à l'épreuve l'hypothèse de recherche, ce travail sera articulé en deux mouvements.

La première partie correspondra à la clarification des constats, véritable soubassement de la problématique. Cette étape s'appuiera précisément et logiquement sur des éléments issus de l'exploration bibliographique menée en amont. Tout l'intérêt de la bibliographie semble contenu dans l'idée même d'une certaine polyvalence que J. ARCHIMBAUD

décrit ainsi. La bibliographie « désigne aussi bien une donnée de base qu'un travail élaboré, un instrument de travail, qu'une technique de rédaction ; la bibliographie semble être avant tout une méthode logique d'investigation documentaire dont le but est d'élaborer une information précise (sous forme de références bibliographiques) qui, à la fois, soutient et justifie un travail intellectuel et lui permet de progresser en lui indiquant des voies nouvelles. »¹²

L'objet de la recherche sera ensuite immergé dans la réalité et donnera lieu à une enquête. L'argumentation de la méthodologie fera l'objet du premier chapitre de cette deuxième partie. Puis les deux chapitres suivants seront respectivement dédiés à la présentation des résultats, à leur lecture (l'hypothèse est-elle confirmée ou infirmée ?) à la lumière non seulement des constats initiaux mais aussi d'éventuels nouveaux éléments conceptuels. Cette démarche d'analyse sera conduite au regard de la question de départ et s'accompagnera de pistes de réflexion ainsi que de préconisations en termes de contribution du directeur des soins. Laurence BARDIN nous rappelle que « ...le détour par les méthodes d'analyse de contenu correspond aux visées suivantes : le dépassement de l'incertitude et l'enrichissement de la lecture. »¹³ Elle explique ainsi la tension de l'analyse soumise d'une part « au désir de rigueur » et d'autre part « au besoin de découvrir ».

Enfin, la conclusion générale devrait permettre de faire le point sur l'avancée du travail ainsi que sur les limites rencontrées. Par ailleurs, je formule le vœu de déboucher sur un « nouveau » questionnement et ainsi de laisser se profiler un prolongement à cette recherche.

¹² ARCHIMBAUD J., Cité par MOREL A., « La bibliographie, fiche documentation n°3, Masson ». *Soins Cadres*, décembre 1999, n°32, p.51.

¹³ BARDIN L., *L'analyse de contenu*. Paris ; PUF, 6^{ème} éd., 1977, p.28.

« Car il est bien plus beau de savoir quelque chose de tout que de savoir tout d'une chose, cette universalité est la plus belle. »

PASCAL, *Pensées*.

1 LES CONSTATS REGLEMENTAIRES, CONTEXTUELS ET THEORIQUES

1.1 La décentralisation ou l'impossible retour en arrière

Ce chapitre, consacré aux aspects conceptuel, historique et juridique de la décentralisation, doit permettre de comprendre l'articulation entre l'idée de gouvernance et la mise en œuvre de la décentralisation, notamment le transfert des formations sanitaires et sociales aux régions.

1.1.1 De l'Etat régalien à la décentralisation

Le terme «gouvernance» datant du Moyen-âge pour désigner le pouvoir féodal s'est progressivement enrichi au plan international sur un double registre : « *la coopération économique liée aux «mondialisations» économiques successives ; la coopération politique devenue nécessaire entre les principaux Etats du fait des conséquences des guerres... .* »¹⁴ Cette gouvernance globale se fonde sur l'accroissement des échanges, l'interdépendance des Etats et la survenue de problèmes nationaux. Depuis, les normes, règles et codes censés réguler les domaines d'activité sur le plan international, sont élaborés grâce à la participation d'une grande diversité d'acteurs. Citons pour exemple les organisations internationales et/ou non gouvernementales, les Etats, et bien d'autres instances encore bénéficiant d'ailleurs ou non de régulation. L'ensemble des acteurs de cette gouvernance mondiale participe au pilotage de l'économie mondiale et tend à le faire avec efficacité, équité et responsabilité démocratique. Ce dernier critère renvoie à la légitimité démocratique des responsables de ces mêmes organisations. Pour autant, « *si... le fonctionnement d'institutions multilatérales est par nature «loin» du public, et si l'opacité est parfois nécessaire pour la bonne marche d'une négociation, l'émergence des*

¹⁴ RUANO-BORBALAN J.C., Op. Cit., p.59.

mouvements altermondialistes oblige à prendre en compte les aspirations des opinions publiques nationales. »¹⁵ Or, notre pays n'échappe pas à ce principe.

En France en effet, l'émergence de la démocratie participative dans les années 1980-1990 est concomitante à celle des conférences de consensus ou des forums citoyens. « *Elle vise à encourager la participation directe des citoyens dans l'élaboration des décisions ou de politiques publiques.* »¹⁶ Il s'agit en quelque sorte d'une gouvernance citoyenne, démocratique. Et si même encore aujourd'hui la question portant sur les modalités de cette participation n'est toujours pas solutionnée, il n'empêche que ce mouvement est irrémédiablement enclenché. En outre, il s'associe de fait à l'idée d'une nouvelle gouvernance, soit un mode de gouvernement structuré sur la base d'une coopération, d'un partenariat ou d'un contrat entre une pluralité d'acteurs, tant publics que privés.

Cette nouvelle gouvernance a touché en leur sein les organisations. Ainsi il est admis de parler de « gouvernance de l'entreprise ». Celle-ci couvre l'ensemble du dispositif institutionnel et comportemental relatif à ses dirigeants, jusqu'au contrôle de leurs actions et aux décisions de régulation les concernant. Selon Roland PEREZ, un système de gouvernance présente différents éléments constitutifs regroupés en trois séries de composantes : les « *structures* » (internes et externes), les « *procédures* » (plus ou moins explicitées dans des codes ou recueils), et les « *comportements* » (bonnes pratiques, déontologie, ou au contraire absence de scrupules et déviations). Ces derniers « *... ont une part majeure dans l'efficacité des systèmes de gouvernance, à l'instar de tout système humain.* »¹⁷

Dans le domaine sanitaire, le système de santé a fait l'objet de quatre réformes complémentaires et interactives visant à moderniser les structures, optimiser les procédures et dynamiser les comportements : le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) de 3^{ème} génération (pour un meilleur accès aux soins pour tous), la Tarification à l'Activité (pour une meilleure utilisation des ressources), la Certification dans sa 2^{ème} Version (pour une amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins), et la nouvelle Gouvernance (pour notamment rapprocher le médical, le personnel

¹⁵ ALLEMAND S., in *Sciences Humaines*, Op. Cit., p.83.

¹⁶ RUANO-BORBALAN J.C., WEMAERE J., Op. Cit., p.7.

¹⁷ PEREZ R., Ibid., p.12.

soignant et l'administratif). Le SROS marque le pas d'une logique désormais régionale, synonyme de décentralisation.

Ce mouvement de décentralisation est d'ordre général. *« Aujourd'hui, les missions étatiques ne peuvent plus être accomplies par le seul centre et nécessitent de se déployer au moins à trois niveaux : régional, national et européen (...), dans une logique de subsidiarité où les décideurs ne sont plus au seul centre. »*¹⁸ Il s'agit donc d'un mouvement de déplacement du pouvoir de décision, du centre vers la périphérie, en d'autres termes, fondamentalement une redistribution des pouvoirs. Certes, l'Etat reste celui qui impulse les politiques publiques, mais l'appareil d'Etat ne tend-t-il pas à rester malgré tout identique à lui-même ? *« Or, le progrès naît de la diversité, de l'émulation et de la confrontation constructive, et non de la subordination. Décentraliser, c'est redistribuer les pouvoirs pour que l'Etat se consacre à l'essentiel. »*¹⁹ En pratique, la décentralisation connaît son acte II depuis la réforme constitutionnelle de mars 2003, cette dernière accentuant encore la notion de démocratie locale. La loi d'août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales marque l'aboutissement de ce deuxième volet de la décentralisation. Ce transfert de compétences de l'Etat aux collectivités territoriales reste encadré par deux principes majeurs : celui de la libre administration de ces collectivités et celui de l'application du principe de subsidiarité (vocation des collectivités territoriales à décider pour l'ensemble des compétences pouvant être les mieux mises en œuvre à leur propre échelon).²⁰ La décentralisation promouvant alors la gouvernance des territoires, la région incarne à ce titre le « statut » de chef de file pour un certain nombre de compétences détenues en partage avec d'autres collectivités.

1.1.2 La région, un acteur à part entière

Dès 1968, le Général de Gaulle pressentait que : *« l'évolution générale porte, en effet, notre pays vers un équilibre nouveau. L'effort multiséculaire de centralisation qui fut longtemps nécessaire pour réaliser et maintenir son unité malgré les divergences des provinces qui lui étaient successivement rattachées, ne s'impose plus désormais. Au contraire, ce sont les activités régionales qui apparaissent comme les ressorts de sa puissance économique de demain. »*²¹ Depuis 1982, la région, en tant qu'espace politico administratif, constitue une division territoriale pertinente en termes d'aménagement du

¹⁸ ZELLER A., STUSSI P., Op. Cit., p.19.

¹⁹ ZELLER A., STUSSI P., Op. Cit., p.220.

²⁰ AUBIN E., ROCHE C., *L'essentiel du nouveau droit de la décentralisation*. Paris ; Gualino, 2006, pp. 54-69.

²¹ ZELLER A., STUSSI P., Op. Cit., p.17.

territoire et de développement économique,²² idée forte d'ailleurs intégralement reprise dans le Code général des collectivités territoriales en 1996. Sur le plan structurel, si l'action de la région reste sous le regard consultatif du Conseil Economique et Social Régional (CESR), le Conseil Régional (CR) est l'assemblée dirigeante de la région (organe délibératif) et le Président du CR dirige l'exécutif. Enfin, en 2004, la région se voit confier de nombreuses responsabilités, sur la base de l'élaboration de schémas régionaux dans trois domaines. Soit en matière de développement économique (renforcement du rôle de coordination), d'aménagement du territoire (infrastructures et transports), et d'éducation et de formation professionnelle. In fine, de quelles nouvelles compétences la région hérite conformément à la loi d'août 2004 ?

1.1.3 Les rôles du financement des formations sanitaires et sociales aux régions

La loi d'août 2004 prévoit un Plan Régional de Développement des Formations Professionnelles (PRDFP) intégrant deux schémas régionaux des formations sanitaires et sociales. Un délai d'application du texte inférieur à un an associé à une connaissance floue de ces secteurs par la région a été à l'origine d'incertitudes partagées avec les professionnels. Les enjeux identifiés ont été exprimés en termes de cohésion sociale, de santé et de solidarité (organisation d'une offre de services de qualité), d'emploi (tension entre un fort taux de chômage et une hausse des besoins en personnel qualifié dans un contexte d'évolution démographique de la population), et d'aménagement du territoire (politique de régulation et de lutte contre les disparités territoriales).²³ Sur ce dernier point, un directeur d'IFSI avait déjà perçu comme enjeux la gestion de proximité et les jeux d'influence politiques locaux mais aussi envisagé le risque de disparités régionales dans l'allocation des moyens.²⁴ C'est pourquoi au regard des enjeux, les régions ont défini des politiques stratégiques. Pour exemple en Rhône-Alpes, la région a adopté sept orientations stratégiques majeures :

- « *structurer une fonction d'observation régionale sur l'emploi et la formation ;*
- *promouvoir une politique coordonnée d'Accueil, Information et Orientation tout au long de la vie ;*
- *faciliter l'accès à la qualification ;*

²² LOI n°82-213 du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions, Titre III, Article 59, Journal officiel du 3 mars 1982.

²³ QUEYRANNE J.J., Délibération n°06.16.896 du Conseil Régional Rhône-Alpes Adoption des Schémas Régionaux 2006-2010, 29-30 novembre et 1^{er} décembre 2006, p.5.

²⁴ VIGNATELLI W., La régionalisation des structures de formation de santé. *Soins cadres*, n°48, novembre 2003, pp.70-71.

- *diversifier les voies d'accès à la qualification ;*
- *dimensionner l'appareil de formation en favorisant la complémentarité de l'offre de formation ;*
- *faciliter l'évolution professionnelle des actifs du secteur ;*
- *poursuivre la structuration et l'évolution qualitative de l'appareil de formation. »²⁵*

En outre, rappelons que l'Association des Régions de France (ARF) a organisé en mars 2006 les premières Assises de la décentralisation des formations sanitaires et sociales. En synthèse, les principaux enjeux et objectifs de la décentralisation sont admis par l'ensemble des acteurs. *« Il s'agit principalement d'améliorer l'attractivité des métiers concernés, de renforcer les liens entre les deux secteurs et de développer la dimension interrégionale pour harmoniser les conditions d'accès et faciliter les mobilités professionnelles géographiques. »²⁶* On peut relever que les maîtres mots des communications ont été "concertation" et "partenariat". *« Les services de l'État se déclarent attachés à accompagner cette décentralisation. Les Régions devraient être associées aux orientations nationales et les DRASS coopérer autant que de besoin. Les Départements, chefs de file de l'action sociale, souhaitent un "temps de travail partagé" avec les Régions. Les fédérations assurent qu'elles sont prêtes à participer aux PRDFP en apportant leur connaissance nationale et régionale des acteurs et des dispositifs. Quant aux branches professionnelles, elles insistent sur l'importance des besoins et soulignent que leurs priorités en matière de formation rejoignent celles des Régions : personnes faiblement qualifiées et emplois "sensibles". Les organismes de formation craignent une dérégulation du marché, mais veulent être considérés comme des partenaires, plutôt que comme des prestataires. Enfin, les étudiants ont fait part de leurs interrogations sur l'égalité d'accès aux formations, les bourses et les instances de contrôle des centres de formation. »²⁷*

En pratique, les conditions de transfert des formations sanitaires et sociales aux régions sont définies par cette loi n° 2004-809 du 13 août 2004 et ont été rappelées au sein de ces Assises. *« Dans le domaine sanitaire, les compétences de la Région s'appliquent à la répartition des quotas et des capacités d'accueil entre les établissements de formation, ainsi qu'à l'autorisation de leur création et l'agrément de leur direction. La Région assure le financement des établissements publics, et quant au privé, elle le fait à hauteur des*

²⁵ QUEYRANNE J.J., Op. Cit., p.22.

²⁶ Premières Assises de la décentralisation des formations sanitaires et sociales, *Supplément à info flash*, 1^{er} au 15 avril 2006, n° 677, p.1, Disponible sur Internet : <http://www.arf.asso.fr>

²⁷ Ibid.

fonds antérieurement engagés par l'État. L'État fixe les quotas d'étudiants au plan national et régional et par métier, après avis des Conseils régionaux. Il définit les programmes de formation, l'organisation des études, les modalités d'évaluation des étudiants ou élèves, et délivre les diplômes. »²⁸

Parmi ces différents aspects, un des points les plus sensibles concerne la compensation financière. Martin MALVY, président du Conseil régional Midi-Pyrénées et Francine BAVAY, vice présidente du Conseil régional d'Ile-de-France, ont parlé d'une seule voix pour faire part de leur insatisfaction eu égard à ce domaine. « ...Les transferts financiers ont été calculés, non pas comme la loi le prévoyait sur la moyenne triennale 2002, 2003, 2004, mais sur l'année 2004, aussi bien pour les bourses, les aides aux étudiants, que pour les écoles. ... Les moyens étaient donc en phase ascendante, et la moyenne eût été pénalisante dans cette montée en charge. »²⁹ Les coûts à supporter pour les régions sont particulièrement importants. Cela d'autant plus qu'il convient de prendre en compte non seulement d'autres données telles que la gratuité des études, les indemnités de stage des étudiants infirmiers, les équipements, les budgets annexes. En outre, les coûts s'avèrent difficiles à évaluer. « Les formations sanitaires et sociales représentent un tiers du budget que les Conseils régionaux consacrent à la formation professionnelle, et le problème financier est particulièrement aigu, car au-delà des coûts identifiés, les dépenses qui devront être réellement engagées sont difficiles à appréhender. Dans le champ sanitaire, les centres de formations sont en général intégrés aux hôpitaux. Or, ces derniers n'ont une comptabilité analytique que depuis janvier 2005 et ne peuvent communiquer leurs coûts spécifiques liés à la formation. Les investissements des établissements de formation qui devront être pris en charge par les Régions ne sont pas réellement comptabilisés dans les transferts, calculés essentiellement sur les coûts de fonctionnement. Le différentiel déjà évalué à au moins 146 millions d'euros ne tient pas compte de ces dépenses d'investissement. »³⁰ Enfin, l'alignement des bourses des secteurs sanitaire et social sur celles de l'enseignement supérieur au moment du transfert de compétences aux Régions génère une forte majoration des dépenses des Régions, car non prise en compte lors du transfert selon Monique BORRA, vice-présidente de la Région Midi-Pyrénées.³¹

²⁸ Op. Cit., p.2.

²⁹ BAVAY F., MALVY M., In Premières Assises de la décentralisation des formations sanitaires et sociales, Op. Cit., p.8.

³⁰ Ibid.

³¹ IBORRA M., Ibid.

Très concrètement, la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 place à nouveau les IFSI dans le cadre d'un « budget spécifique » (article L.4383-5 du CSP). Les IFSI apparaissent donc à nouveau en budget annexe. La circulaire DHOS-F2/F4 n°416 en date du 1^{er} 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 annexe dit obligation d'équilibre financier entre les recettes perçues et les dépenses engagées au titre de l'activité concernée. En effet l'article L.714-3-9 du Code de la Santé Publique stipule qu'un budget annexe « *ne peut recevoir de subvention d'équilibre du budget général* » de l'établissement gestionnaire. Cette situation bien connue des IFSI privés ou PSPH, habitués depuis longtemps à la nécessité d'équilibre est toutefois nouvelle pour les IFSI publics. Le principe est assez simple. L'établissement gestionnaire de l'IFSI se voit « débaser » sur son budget général une somme correspondant à la somme qu'il a affectée à l'équilibre du budget de l'IFSI. Cette somme est transférée par l'Etat à la Région. La Région reverse au minimum cette somme au budget annexe de l'IFSI.

En conclusion, il apparaît clairement que la région devient, en tant que décideur politique et financeur, un acteur majeur pour les structures de formation paramédicales dont les IFSI. Dans le même temps elle doit assurer ses nouvelles missions tout en tenant compte des éléments contextuels et des réformes structurelles qui caractérisent la formation des professionnels paramédicaux.

1.2 L'IFSI, une structure dans la turbulence

Dans ce chapitre, nous ferons donc état du contexte évolutif spécifique au système de santé ainsi que des évolutions et réformes majeures qui, traversant le paysage de la formation, constituent autant de points de fragilité que d'opportunités.

1.2.1 De l'impact majeur de la reconfiguration de l'organisation du système de santé sur les métiers soignants

En matière de contexte évolutif et plus particulièrement dans le champ de la santé, la littérature, les communications, etc. sont pléthoriques. Or nous disposons d'un outil remarquable, l'étude prospective sur les métiers de la fonction publique hospitalière réalisée par le Ministère de la Santé et des Solidarités.³² Il s'agit d'un véritable projet de

³² Ministère de la Santé et des Solidarités - DHOS / Observatoire National des Emplois et des Métiers de la FPH. *Facteurs d'évolution probables à moyen et long terme dans les champs*

scénario d'évolution du champ de la santé (sanitaire, social, médico-social), la réflexion s'appuyant sur l'identification de grands facteurs d'évolution ayant un impact sur les métiers. Certes, le champ d'étude ne tient pas directement compte des évolutions des métiers médicaux, tant sur le plan qualitatif que quantitatif. Pour autant, les effets de ces phénomènes participent voire amplifient la reconfiguration de l'organisation du système de santé et produisent des impacts majeurs sur le périmètre et le contenu de certains métiers, soignants notamment. Le document source définitif prend appui sur l'étude prospective proprement dite. En synthèse (cf. tableau suivant) il faut retenir et distinguer qu'il existe des facteurs d'évolution externes et internes aux établissements de santé, et s'influençant mutuellement.³³

Facteurs d'évolution « impactant » les ressources humaines		
Facteurs externes aux établis. de santé	Démographique	Hausse de l'âge et du nombre des personnes âgées malades et aux pathologies multiples nécessitant des soins lourds, dépendance aggravée. Perspective de départs massifs en retraite dans la FPH, avec un impact différencié selon les régions, les établissements, les métiers et les spécialités.
	Demande des usagers	Patient acteur de sa propre santé qui souhaite être mieux informé et associé aux décisions le concernant. Patient-usager qui s'implique de façon croissante dans le fonctionnement des établissements. Des patients « consommateurs » exprimant des exigences sur la qualité de la prise en charge dans toutes ses composantes. Développement de dispositifs spécifiques d'accompagnement de certaines populations.
	Technologies médicales	L'apparition de pôles hyper spécialisés : vers une centralisation des plateaux techniques. Développement de l'e-santé. Les établissements de santé deviennent des acteurs incontournables de la recherche clinique. Intégration des expertises clinique, biomédicale, informatique et de télécommunication.
	Médico-économique	Tarifification à l'activité conduisant les établissements à une recherche continue de l'efficacité et d'optimisation des moyens. Concilier les exigences de qualité et de sécurité des prises en charge et de moindre coût. Développement d'une meilleure connaissance de l'activité (notamment médicale) et de ses coûts. Nécessité de générer des recettes qui incite les établissements à améliorer et sécuriser leur dispositif de facturation.

sanitaire, social et médico-social publics impactant les ressources humaines et les organisations.
Mars 2007, 177 p.

³³ La présentation schématique relative aux facteurs d'évolution des métiers de la FPH et élaborée par la DHOS se trouve en Annexe n°1.

	Technologique de la fonction de support technique	Vers des systèmes d'information adaptés à des organisations intégrées. Développement d'une fonction logistique transversale comme outil de l'optimisation de la gestion de l'activité des soins. Evolution de la gestion du dossier patient. Développement de SI dédiés à la gestion. Evolution des services informatiques.
	Exigences réglementaires et normatives	La mise en oeuvre de la certification et de l'évaluation des pratiques professionnelles. Réglementation de plus en plus exigeante en matière de sécurité du patient et de sécurité du fonctionnement, tendant à une gestion globale incluant récemment des préoccupations plus citoyennes du développement durable.
	Système de formation professionnelle initiale et continue	Forte mutation de la formation initiale. Changement des règles de la formation continue.
Facteurs internes aux établis. de santé	Organisation de l'offre de soins	Reconfiguration du paysage hospitalier au niveau des territoires. Développement de la coordination entre les secteurs sanitaire, social et médico-social, entre public privé, entre établissements-ville.
	Pratiques de soins	Evolution des pathologies prises en charge. Reconfiguration des frontières dans la répartition des activités de soins. Développement de l'hyper technicisation et de la protocolisation des pratiques. Vers une approche globale et coordonnée de la prise en charge soignante du patient.
	L'organisation interne et du management	Mise en oeuvre des dispositions de l'ordonnance du 2 mai 2005 conduisant les établissements de santé à mettre en place une nouvelle organisation interne (la « nouvelle gouvernance ») : nouvelle organisation des instances, mise en place de pôles d'activité et contractualisation interne. La fonction managériale élément clé pour la mutation et l'avenir des établissements. Changement du rapport au travail et à l'institution des professionnels, et qui conduit à une mobilité accrue et à une attractivité différenciée des établissements et des services.

Certes cette synthèse du contexte que j'ai fait le choix de présenter sous forme de tableau n'épargne pas l'effet « catalogue à la Prévert ». De plus, je reconnais qu'elle ne s'avère pas exhaustive dans la mesure où je ne fais pas vraiment figurer les risques et enjeux liés à ces évolutions ainsi que les impacts de ces dernières sur les métiers. Ceci étant, ce contexte est tel que d'aucuns ne contesteront que les IFSI ont la responsabilité de former des professionnels qui sauront répondre à ces défis pour réussir l'avenir de la mutation du système de santé. C'est pourquoi il convient de préciser plusieurs points davantage en lien avec la formation et les IFSI.

1.2.2 Une indispensable adaptation de l'IFSI à l'ensemble des évolutions

Tout d'abord, sur le plan de la gestion, la logique de l'EPRD induit pour les établissements, dont les structures de formation, la nécessité de développer une réelle compétence dans ce domaine : prévisions s'appuyant notamment sur la connaissance des coûts, équilibre financier basé sur une logique d'efficacité et de performance. Le contrôle de gestion s'affirme de plus en plus comme une compétence centrale, et constitue peu à peu une interface incontournable. L'analyse financière produite sera assurément précieuse pour le chef d'établissement, le directeur de l'IFSI et le responsable régional des formations sanitaires et sociales, particulièrement au moment de la phase contradictoire de la demande de subvention.

Ensuite, sur le plan structurel, la loi 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale a fait de la Validation des Acquis de l'Expérience (VAE) la quatrième **voie d'accès** aux diplômes ou titres à finalité professionnelle. La démarche consiste à « *reconnaître que l'expérience acquise peut être productrice de compétences et de connaissances, au même titre et à égale dignité avec la formation.* »³⁴ Trois principes généraux président : un processus centré sur l'individu, une offre de certification lisible, une construction structurée. Pour le Groupe d'études, de recherche et d'action pour la formation d'aides-soignants (GERACFAS), « *la VAE est un moyen de faire valoir ses compétences, grâce à ses pratiques professionnelles, pour accéder à un autre statut professionnel. Elle permet d'obtenir tout ou partie d'un diplôme.* »³⁵ Le développement de la VAE questionne l'existence ou non de passerelles au sein et entre les différentes filières professionnelles. C'est pourquoi cette révolution culturelle qu'incarne la VAE rejoint la problématique de l'universitarisation de la formation infirmière. L'enseignement professionnel du secteur de la santé est directement interrogé par la réforme de l'enseignement supérieur sur la base du système Licence Master Doctorat (LMD). Selon la DHOS, « *La régionalisation de la formation sanitaire et sociale pose plusieurs questions dont celle de l'articulation entre les filières santé et sociale d'une part, et, d'autre part, celle de la cohérence entre le système de formation universitaire (financement et définition des quotas au niveau national) et le système de formation interne à la FPH (assimilable à l'apprentissage).* »³⁶ Là encore, les IFSI devront démontrer leur capacité à intégrer une dynamique tendant à l'harmonisation

³⁴ BOUDET G., Professions de santé : Perspectives. *Enseignement Filière Directeurs des soins*, ENSP, 24 avril 2007.

³⁵ CORDON C., PONTE C., RIOUFOL M.O., et al, *VAE aide-soignant Module de formation obligatoire Validation des acquis de l'expérience pour l'obtention du DPAS*. Paris ; Masson, 2005, XI Introduction.

³⁶ Op. Cit., p.143.

européenne de la formation. Marie-Ange COUDRAY, conseillère pédagogique nationale en soins infirmiers « résume » la problématique de la façon suivante : « *Le LMD n'est qu'un outil. La question posée aujourd'hui c'est comment soigner la population du XXI siècle ? Le LMD peut fournir aux professionnels des savoirs savants permettant d'assurer ces nouvelles formes à venir de prises en charge du patient.* »³⁷

Enfin, les modifications de l'environnement constituent un terreau favorable pour un nouveau mode de régulation : la qualité. La DHOS indique que « *La certification et l'évaluation des pratiques deviennent des outils de management pour les établissements (recherche de l'excellence, différenciation de l'offre, démarche qualité, mobilisation du personnel, meilleure attractivité pour les patients et le personnel...)* »³⁸ La démarche d'Assurance Qualité à laquelle commencent de souscrire les IFSI revêt des aspects vertueux que défend Christian CHAUVIGNE, directeur de l'évaluation et du développement pédagogique à l'ENSP : « *l'évolution collective et concertée de la qualité d'un secteur de production ou de service, des échanges renforcés entre offreurs et bénéficiaires d'un service ou d'un produit, et le regard extérieur ainsi que le soutien aux organismes sous assurance qualité.* »³⁹ Marc NAGELS, responsable du développement pédagogique au sein de la même institution, affirme qu'« *un institut de formation qui aura anticipé la démarche Qualité sera en position forte en termes d'environnement concurrentiel.* »⁴⁰ L'ENSP ainsi que le CEFIEC proposent déjà des référentiels pour le développement de la qualité des dispositifs de formation.

In fine, le positionnement du directeur de l'IFSI, notamment par rapport à toutes ces questions, les priorités qu'il retient, le contexte dans lequel évolue la structure de formation sont autant d'éléments qui vont figurer dans le projet d'école.

1.2.3 Le projet d'école, pierre angulaire de la formation

Si de façon triviale certains définissent la notion de projet comme le fait de « *gérer une incertitude qui décroît* », il n'empêche qu'en matière de formation, le projet constitue le

³⁷ COUDRAY M.A., L'universitarisation des professions de santé. *Enseignement Filière Directeurs des soins*, ENSP, 02 avril 2007.

³⁸ Op. Cit., p.131.

³⁹ CHAUVIGNE C., Qualité, démarche Qualité, Assurance Qualité des formations supérieures professionnelles. *Enseignement Filière Directeurs des soins*. ENSP, 22 mai 2007.

⁴⁰ NAGELS M., L'accréditation des dispositifs de formation. *Enseignement Filière Directeurs des soins*, ENSP, 22 mai 2007.

socle. Selon l'arrêté du 21 avril 2007 redéfinissant « la nouvelle gouvernance des instituts de formation », l'article 10 stipule que « *le conseil pédagogique est consulté pour avis sur le projet pédagogique de chaque année de formation...* »⁴¹ Or, il convient d'admettre que cette exigence de la réglementation est réductrice car elle ne situe pas le projet d'école dans sa vraie dimension. Le décret relatif au statut des directeurs des soins ne va guère plus loin ; l'article 5 indique que le directeur d'institut est entre autres « *responsable... de la conception du projet pédagogique ;...* »⁴² Selon Marie-Odile GALANT, conseillère pédagogique auprès de la DRASS des pays de Loire, « *le projet d'école, c'est la conception de l'institut, les fondements pédagogiques et managériaux dûment référencés sur lesquels est construit cet institut.* »⁴³ La construction du projet d'école doit s'inscrire dans la réalité, dans son environnement afin de répondre à la question « qu'est-ce qu'on veut faire ? ». Ainsi un tel type de projet, en tant finalement que diagnostic partagé, doit être structuré et énoncé en quatre parties :

- l'état des lieux de l'existant pour dégager des perspectives (prise en compte de l'évolution du bassin d'emploi, appui sur le profil de professionnels que l'on veut former au regard des conceptions du cœur de métier et des compétences attendues),
- l'identification du public afin d'adapter le dispositif pédagogique (prise en considération des données socioculturelles, détermination du profil de formateurs, clarification du modèle d'alternance),
- l'intégration des nombreuses réformes actuelles (soit autant de tendances lourdes qui vont influencer les choix opérés),
- et les diverses attentes, tant en interne qu'en externe.

Par conséquent, « *ce diagnostic permet de capter les signes émergents, de conduire les grandes transitions. L'émission d'hypothèses doit permettre d'anticiper les évolutions. Un projet d'école c'est innovant, ce n'est pas la reproduction. Outil de pilotage et de référence de l'institut, c'est l'appui de tous les autres projets.* »⁴⁴ Il apparaît donc clairement que le projet d'école, parce qu'il reflète le dimensionnement de l'IFSI, a pour vocation de s'inscrire dans une visée stratégique. Or, qui mieux que le directeur de l'institut peut être garant de la pertinence du projet et de sa mise en œuvre ? Philippe JONNAERT, docteur en psychopédagogie, rappelle que pour Jean VIAL, le projet « *implique une anticipation de l'objectif à atteindre, une gestion du temps, une confrontation, une négociation*

⁴¹ Op. Cit., p.3.

⁴² Ibid.

⁴³ GALANT M.O., Le projet d'école. *Enseignement Filière Directeurs des soins*. ENSP, 3 avril 2007.

⁴⁴ GALANT M.O., Ibid.

permanente entre partenaires pour évaluer sans cesse par rapport au prévu : pas de programmation stricte élaborée dès le début, mais une régulation continue pour intégrer au processus de réalisation du projet des informations attendues ou non, contrôler la réalisation ou la réorientation du projet. »⁴⁵

1.3 Le directeur des soins en IFSI, un vrai dirigeant ?

Afin de pouvoir mieux comprendre le mode de gestion et de management des IFSI, ce troisième chapitre sera consacré à la délimitation de la fonction de directeur des soins, notamment lorsque ce dernier a en charge la responsabilité d'un IFSI. Nous essayerons de préciser en quoi ce directeur des soins en IFSI peut jouer un rôle majeur dans le cadre de la décentralisation, tout particulièrement en inscrivant son mode de management dans une logique résolument stratégique.

1.3.1 Une fonction insuffisamment délimitée réglementairement

Dès l'introduction de ce travail, nous avons affirmé que la fonction de directeur des soins reste assez imprécise si l'on se contente de la décrire au regard du texte statutaire. En effet, l'article 3 du décret 2002-550 énonce les secteurs d'exercice et précise donc que « *les directeurs des soins peuvent être chargés ... de la direction d'un institut de formation préparant aux professions paramédicales ou de la direction d'un institut de formation de cadres de santé.* »⁴⁶ Un autre article stipule que dans ce champ d'exercice, « *il est responsable sous l'autorité de ce dernier :*

- 1. de la conception du projet pédagogique ;*
- 2. de l'organisation de la formation initiale et continue dispensée dans l'institut ;*
- 3. de l'organisation de l'enseignement théorique et pratique ;*
- 4. de l'animation et de l'encadrement de l'équipe de formateurs ;*
- 5. du contrôle des études ;*
- 6. du fonctionnement général de l'institut ;*
- 7. de la recherche en soins et en pédagogie conduite par l'équipe enseignante de l'institut. »⁴⁷*

⁴⁵ JONNAERT P., *De l'intention au projet*. Bruxelles ; De Boeck Université, 1993, p.16.

⁴⁶ Op. Cit., article 3.

⁴⁷ Op. Cit., article 5.

D'autres outils viennent compléter ces contours plutôt généralistes qui d'ailleurs s'achèvent par la notion de la participation du directeur à la gestion (déjà énoncé à la page 5 de ce travail). Citons et mobilisons pour exemple le travail réalisé par la DHOS.

Le répertoire des métiers de la FPH propose une fiche correspondant à l'exercice du directeur des soins en IFSI. Parmi les activités principales listées, on trouve : « *Formalisation et réalisation du dispositif de formation en relation avec l'équipe pédagogique, Pilotage et contrôle des projets concernant le dispositif de formation et ses objectifs, Contrôle de la gestion des activités de formation et de l'utilisation des ressources, Management et supervision des équipes pédagogiques et logistiques ... Veille professionnelle.* »⁴⁸ Pour ne reprendre que ces activités là, cette fiche positionne donc clairement le Directeur d'IFSI comme celui qui a la charge et donc la responsabilité de formaliser le projet, de s'assurer de la bonne utilisation des moyens alloués, d'encadrer les diverses équipes, de se tenir toujours informé de l'actualité professionnelle et des évolutions. Sont également envisagées dans cette fiche en termes de savoir-faire requis :

- la conception « *des dispositifs et des projets de formation en adéquation avec les besoins, les contraintes des programmes, les populations formées* »,
- la négociation « *des ressources (financières, humaines, techniques, logistiques)* ».⁴⁹

Enfin, cette fiche prévoit sous forme de tableau les tendances d'évolution du métier. Cinq facteurs clés sont anticipés :

- l'évolution :
 - o des politiques européennes de santé et de formation
 - o des politiques nationales de santé et de formation des professionnels de santé
 - o des professions paramédicales et transfert de compétences possibles des médecins vers les paramédicaux
- la réflexion sur la modification des formations (universitarisation (LMD), euro compatibilité
- la décentralisation de la formation dans les régions.⁵⁰

⁴⁸ Ministère de la Santé, DHOS, Répertoire des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière, *Fiche 1A405 Directeur d'institut de formation en soins, management et pédagogie et activités paramédicales*. Décembre 2004.

⁴⁹ Ibid.

⁵⁰ Ibid.

Concernant ce dernier facteur, la fiche mentionne comme conséquences induites par ce facteur pour le directeur d'IFSI: « *élargissement des réseaux de partenaires institutionnels (régions, départements, universités...)* *Connaissance de la réglementation sur la formation et les modes de financement.* »⁵¹ Il est donc clairement évoqué que le directeur d'IFSI sera amené à investir de nouveaux champs d'exercice, voire à développer de nouvelles compétences, en collaboration avec des nouveaux acteurs.

En conclusion, on peut affirmer que cette fiche métier a non seulement le mérite d'exister mais surtout, elle vient en appui des données contenues dans le décret, celles-ci se révélant insuffisantes pour une approche fine de la fonction de directeur des soins en IFSI. Mais poursuivons cette exploration en approfondissant l'aspect managérial de la fonction.

1.3.2 Le directeur des soins en IFSI, dirigeant et collaborateur institutionnel

Le terme de « directeur » (substantif) renvoie avant tout à une position statutaire : celui qui est en position de diriger, tandis que le terme de « dirigeant » (gérondif) renvoie davantage à la fonction : celui qui est en train de diriger.

Selon Jean-René LOUBAT, nous assistons à une mutation de la fonction de direction. Par conséquent, la formation du directeur doit aujourd'hui incorporer un ensemble de techniques et d'outils éprouvés. Le directeur « *se voit de plus en plus sollicité au plan stratégique, c'est-à-dire de la gestion des interactions avec l'environnement dans le sens d'une recherche de la meilleure solution possible. C'est ainsi qu'il est devenu un communicateur et un promoteur d'image, gérant des réseaux de plus en plus complexes, constitués de clients, de commanditaires, de financeurs, de concurrents, de prescripteurs, de préconisateurs, d'influenceurs (presse, opinion, élu, etc.) et entretenant des relations de nature politique (par exemple, avec les élus d'un conseil régional), administrative, économique ou culturelle.* »⁵² Cette analyse de l'évolution de la fonction de direction se cristallise autour des capacités attendues de cette fonction en termes d'anticipation, de réactivité, d'innovation.

⁵¹ Ibid.

⁵² LOUBAT J.R., Vers une mutation de la fonction de direction. *Lien social*, n°748 du 7 avril 2005, p.6.

De son côté, la Haute Autorité de Santé (HAS) a réfléchi et travaillé sur ces questions du management en les enracinant au domaine de l'hôpital. Le guide élaboré fait état d'un consensus semblant se former sur une caractérisation du management à partir de cinq fonctions : « *prévoir, organiser, décider, motiver, évaluer.* »⁵³

Certes ces éléments ne sont pas tout à fait déclinés de façon spécifique pour les dirigeants des structures de formations paramédicales mais d'aucuns ne contesteront qu'ils s'avèrent transférables au domaine qui nous intéresse dans ce travail. Or la HAS, au moment où dans sa propre rédaction justifie la légitimité et la pertinence de ce guide, semble vouloir insister sur la synergie des fonctions identifiées : « *... on constate qu'un changement de dirigeants dans certaines entreprises peut être l'élément déclenchant d'un nouveau dynamisme ou au contraire le début d'un déclin. La vision stratégique, la clarté des décisions, la rapidité de réaction, la délégation du pouvoir et la responsabilisation, la capacité à faire partager un projet et à motiver les acteurs de l'entreprise sont communément admises comme étant des variables clés de succès pour toute organisation.* »⁵⁴

Malgré cette synergie possible, et sans pour autant la relativiser, il semble que la fonction « prévoir » soit prégnante. « *Cette fonction est un élément essentiel de la mission d'un responsable. Dans toute organisation, elle tend à être perçue comme l'essence même du management et à ce titre, elle occupe (ou doit occuper) une part importante de l'activité de tout responsable en position de décideur.* »⁵⁵ Dans cette idée de la maîtrise du futur de l'organisation, la HAS poursuit en proposant la distinction de trois types d'outils à la disposition du responsable :

- la « *prospective* » (objectivation de l'avenir sur le long terme sans prise en compte des contraintes actuelles technologiques ou réglementaires),
- la « *prévision* » (anticipation de l'avenir sur la base des données issues du passé et du présent, relatives à l'environnement et à son contexte),
- la « *planification* » (mobilisation des outils, des compétences, élaboration de nouveaux modèles, en adéquation avec les objectifs poursuivis).⁵⁶

Achevons cette exploration de la stratégie prospective en nous appuyant sur les ardents défenseurs de cette idée d'une telle pratique du management.

⁵³ HAS - Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques professionnelles. *Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé*, Janvier 2005, p.8

⁵⁴ Op. Cit., p.6.

⁵⁵ Op. Cit., p.11.

⁵⁶ Ibid.

1.3.3 La stratégie prospective, une plus-value ?

Le pilotage d'une organisation par la stratégie est considérée aujourd'hui comme un levier puissant dans le « seul but » d'améliorer la performance des organisations. Laurent TARDIF, consultant ADYSTA Conseil, schématise ce pilotage en trois dimensions stratégiques, celles-ci pouvant tout à fait être applicables au projet d'école décrit précédemment : « *le diagnostic, le déploiement, les choix* ». ⁵⁷ De plus, il relie la stratégie à la prospective, l'anticipation étant conçue ici comme le socle de l'action. Il définit la prospective comme étant « *un regard sur l'avenir pour éclairer l'action présente* ». ⁵⁸ En tant que Prévision, « *elle s'appuie essentiellement sur la prolongation des tendances du passé à partir d'informations modélisables et cherche à étudier systématiquement les tendances et germes de rupture.* » ⁵⁹

Pour compléter ces notions, il convient de se référer à Michel GODET qui lui-même se basant sur Hassan OZBEKHAN, décrit quatre attitudes possibles des hommes face aux incertitudes de l'avenir : « *l'autruche passive qui subit le changement, le pompier réactif qui attend que le feu soit déclaré pour le combattre, l'assureur préactif qui se prépare aux changements prévisibles..., et, enfin, le conspirateur proactif qui agit pour provoquer les changements souhaités.* » ⁶⁰ Retenons donc les concepts de réactivité, de préactivité, de proactivité.

⁵⁷ TARDIF L., La stratégie pour améliorer la performance des organisations. *Enseignement Filière Directeurs des soins*, ENSP, 14 février 2007.

⁵⁸ TARDIF L., Stratégies et projets d'établissements. Dossier documentaire et pédagogique pour la séquence d'introduction à la méthodologie de la prospective et des scénarios. *Enseignement Filière Directeurs des soins*, ENSP, 12 février 2007.

⁵⁹ Ibid.

⁶⁰ GODET M., Manuel de prospective stratégique Tome 1 Une indiscipline intellectuelle. Paris ; Dunod, 1997, p.9.

En synthèse de cette première partie, force est de dresser trois constats.

- La question de la démocratie locale s'inscrit dans l'émergence planétaire de la notion de démocratie participative, soit le fait de donner aux citoyens les moyens de participer pleinement à la gestion de leurs collectivités, autrement qu'en désignant à intervalles réguliers des représentants sans mandat impératif.

- Cette logique décentralisatrice qui n'est plus contestée touche entre autres les IFSI puisque, par voie législative, leur financement est désormais confié par l'Etat aux régions. Celles-ci, consacrées dans leurs compétences générales, prennent le statut de véritables chefs de file en tant que collectivités territoriales. Si elles veulent pouvoir s'affranchir de façon optimale de cette importante responsabilité, elles ne peuvent pas contourner les interlocuteurs « de terrain ».

- Les directeurs d'IFSI, malgré un fort climat de turbulence lié à un contexte très évolutif et à des multiples réformes en cours et à venir, ont l'opportunité ici de renforcer leur positionnement managérial. D'une part en accentuant et/ou développant de nouvelles collaborations avec les autres acteurs institutionnels en interne et en externe. D'autre part en s'appropriant une vision plus stratégique, plus proactive dans la gestion des structures de formation paramédicales.

A ce stade du travail et fort de ces éléments, nous allons interroger la réalité par le biais d'une enquête, celle-ci sera la base de la conduite de l'analyse. Je rappelle que j'ai émis une double hypothèse portant sur une stratégie du directeur d'IFSI consistant à s'appuyer sur le projet d'école pour :

- incarner une vision davantage prospective et obtenir des financements adaptés aux ambitions,
- s'inscrire dans une logique de collaboration et de coopération avec les différents partenaires, tant ceux appartenant à l'institution hospitalière que ceux représentant les tutelles.

2 L'ENQUETE, TERREAU POUR L'ANALYSE ET L'ACTION

« On doit aller au devant de la nature non pas comme un enfant qui ne demande qu'à observer mais comme un juge d'instruction qui exige les réponses. »

KANT

Cette deuxième partie, dédiée à l'enquête et à l'analyse, se découpera en trois temps. Le premier chapitre correspondra à l'argumentation de la méthodologie retenue. J'exposerai dans un deuxième chapitre les résultats de l'enquête au regard de la question de départ et des 2 hypothèses de travail énoncées. La lecture de ces résultats sera analysée au sein du troisième chapitre et donnera lieu à l'élaboration de préconisations mettant en exergue la contribution possible et souhaitable du Directeur des Soins dans le domaine qui fait l'objet d'étude de cette recherche.

2.1 La démarche méthodologique

Le terme « méthode », issu du grec *methodos*, lui-même dérivé de *odos* : chemin et *meta* : « vers », désigne étymologiquement l'idée d'une « poursuite », d'une « recherche ». ⁶¹ Ce chemin tracé à l'avance est celui qui doit conduire à un résultat. Par conséquent, l'objet de ce premier chapitre consiste à expliquer au lecteur le sens du choix des chemins empruntés pour parvenir à découvrir, à inventer ou à prouver. Nous aborderons la démarche, les outils et envisagerons les limites déjà repérables dans ce domaine.

2.1.1 Quels objectifs, quelle démarche, quelle population ?

Avant que j'argumente le choix de l'outil et sa mise en œuvre, il convient de préciser les objectifs poursuivis dans cette recherche. Il s'agit de :

- l'exploration des représentations et des opinions concernant plusieurs notions, à savoir la dimension stratégique du management, la décentralisation, la régionalisation ;

⁶¹ REGNIER J.C., Enseignement ISPEF – Maîtrise sciences de l'éducation, *Méthodes qualitatives 4PA 16402*, Université Lumière Lyon 2, décembre 2000.

- l'analyse, à partir du vécu, de la mise en œuvre de la régionalisation, soit en pratique le financement des IFSI par les régions ;
- la mise en exergue et du repérage des collaborations ;
- l'analyse des diverses attentes et des éventuelles stratégies déployées par les différents acteurs ;
- l'identification d'une modification des positionnements des protagonistes, tout particulièrement les directeurs d'IFSI.

Au vu de mes objectifs de recherche, j'ai privilégié une démarche qualitative permettant de tendre à une compréhension approfondie de la mise en route du transfert des compétences de l'Etat aux régions. J'ai donc opté plus volontiers pour une approche compréhensive plutôt qu'explicative. Pour recueillir ces données qualitatives, j'ai eu recours à des entretiens semi-directifs auprès des principaux protagonistes de cette question de la régionalisation. J'avais envisagé initialement de me doter, à titre complémentaire, d'un deuxième outil d'enquête, le Q-Sort. Cette technique d'investigation de la personne, fondée sur le principe de confrontation d'un sujet à une série d'acceptations caractéristiques et spécifiques à un objet d'étude, constitue une « *méthode qui permet à l'individu de se positionner ou juger en classant des propositions par rapport à des références ou modèles relatifs à un thème, une représentation, un rôle, un problème ou une situation.* »⁶² D'un point de vue méthodologique, quand bien même cet outil n'aurait pas occupé une place tout aussi importante que l'outil « entretien », il aurait pu assurément être une plus-value pertinente dans une utilisation comme « entrée en matière » dans la conduite des entretiens. Deux raisons principales m'ont contraint à abandonner la mobilisation d'un Q-Sort :

- l'impossible faisabilité en termes de gestion du temps,
- le fait que ce tri d'énoncés qualitatifs ou expérientiels aurait nécessité d'une part d'être constitué intégralement (l'assortiment de questions doit être le plus vaste possible) et d'autre part faire l'objet d'une validation afin que le style des affirmations soit assez neutre, permettant l'éviction de choix trop passionnels.

Concernant l'échantillon, j'ai rencontré sur rendez-vous douze personnes, sur sept lieux différents, hospitaliers (CH et CHU) et/ou correspondant aux tutelles, et répartis sur quatre régions différentes. Les caractéristiques de la population interrogée sont résumées dans le tableau ci-après. Nous conviendrons de conventions pour désigner les personnes

⁶² DE PERETTI A., *Encyclopédie de l'évaluation en formation et en éducation*. Paris ; ESF, 2^{ème} édition 2000, p. 536.

interviewées (cf. colonne de droite du tableau) ; ces conventions seront rappelées chaque fois que je ferai référence aux personnes concernées afin de faciliter la lecture des résultats.

TABEAU DE PRESENTATION DE LA POPULATION ENQUETEE					
Qui	Fonction	Statut	Structure	Région	Convention d'Identification
Mr	Directeur d'IFSI	DS	Au sein du même CH	R1	DS1 R1
Mr	Directeur Hôpital	DH			DH1 R1
Mme	Responsable financier	AAH			AAH1 R1
Mr	Directeur Hôpital	DH	Au sein du même CH		DH2 R1
Mr	Responsable financier	AAH			AAH2 R1
Mr	Directeur Hôpital	DH	Au sein du même CHU	R2	DH3U R2
Mme	Directeur des Ecoles	DH			DE3U R2
Mme	Directeur d'IFSI Responsable régionale CEFIEC	DS	CH		CEFIEC3 R2
Mr	Directeur d'IFSI	DS	CH	R3	DS4 R3
Mme	Chef du service des formations sanitaires et sociales	Attachée territoriale	Conseil Régional		CR4 R3
Mme	Conseillère pédagogique	DS	DRASS		
Mme	Directeur d'IFSI	DS	CH	R4	DS5 R4

Signalons que l'entretien conduit auprès de la conseillère pédagogique s'est avéré in fine inexploitable pour des raisons strictement techniques liées au matériel d'enregistrement lui-même. En effet, la bande audio, quelques minutes après le démarrage de l'interview n'a pas enregistré l'entretien mais a conservé l'enregistrement précédent correspondant à une utilisation antérieure du matériel. Par conséquent il ne pourra pas être fait référence à cette professionnelle et à son opinion.

2.1.2 L'entretien semi-directif

Le préalable à la conduite d'entretiens semi-directifs a consisté à tester le guide élaboré (durée, pertinence, compréhension des questions posées, ...). Puis la grille définitive⁶³ a été structurée autour de thèmes (présentation professionnelle, exploration des représentations, recueil du vécu dans le but d'identifier les positionnements occupés dans la mise en œuvre du nouveau système, recueil de propositions) et chacun d'eux est soutenu par un tissu de questions ouvertes. Pourquoi cet outil serait dans le cadre de ce travail le plus pertinent ? La réponse nous est apportée par Jean-Claude KAUFMANN pour qui « *la perspective compréhensive a toujours été proche des questions posées à la méthodologie qualitative...la compréhension devient alors une pure saisie d'un savoir social incorporé pour les individus : il suffit de faire preuve de curiosité et d'empathie pour le découvrir.* »⁶⁴

Les entretiens ont eu lieu sur des sites où je ne connaissais pas les personnes interrogées afin d'éviter les biais. Cependant, et toujours pour des raisons de faisabilité, j'ai été conduit parfois à interroger des acteurs sur le lieu même des stages inhérents à la formation statutaire de directeur des soins, auprès justement de personnes évoluant « de près ou de loin » dans le stage qui m'accueillait. Ce bémol limite donc la condition exprimée in supra. Chaque entretien a duré entre 30 minutes et une heure et demie.

En pratique, les entretiens ont tous été enregistrés et ont lieu en face à face, sauf un qui a dû être réalisé par téléphone. A l'issue des entretiens, j'ai procédé à une retranscription écrite et littérale des entretiens. Une première lecture de l'ensemble m'a permis de m'imprégner à nouveau des propos tenus et de réaliser un dépouillement thématique respectant le canevas du guide d'entretien. En effet, un certain nombre de points se sont dégagés au fur et à mesure de la lecture. Parallèlement, j'ai procédé à l'identification des indicateurs, c'est-à-dire les mots ou phrases-clés pouvant illustrer les champs dégagés. Les propos les plus signifiants seront repris textuellement par fidélité à leurs auteurs dont on ne peut rendre compte ici de l'intégralité du discours.

2.1.3 Les limites de l'investigation

La méthodologie déployée, comme dans tout type de travail de cette nature, est assortie d'un certain nombre de points venant limiter la qualité de la recherche et/ou sa pertinence.

⁶³ Le guide d'entretien se trouve en Annexe n°2.

⁶⁴ KAUFFMANN J.C., *L'entretien compréhensif*. Paris ; Ed. Nathan, 1996, p.23.

La limite principale s'exprime en termes de faisabilité. Le travail est réalisé dans un temps extrêmement contraint, au cœur d'une formation déjà très riche et très dense, ponctuée par la remise régulière de travaux, la confrontation à des situations d'évaluation. L'ensemble participant du dispositif de validation de la formation, conformément à l'article 16 du décret n°2002-550 du 19 avril 2002. De ce frein majeur lié à la faisabilité découlent les autres limites. Je ne reviendrai pas sur les bémols déjà évoqués dans le sous-chapitre précédent. En revanche, et afin de compléter cette « introspection », j'évoquerai plusieurs autres points.

Le nombre d'entretiens plutôt réduit ne saurait prétendre au caractère très représentatif de l'enquête. En effet, il conviendrait d'en avoir réalisé davantage pour être en possession d'un échantillon plus consistant, source alors d'information plus large, plus exhaustive sur les pratiques, les stratégies. Par conséquent, l'analyse ne pourra tendre à une certaine généralisation.

Par ailleurs, il n'a pas toujours été possible de pouvoir interroger, sur un seul et même site, l'ensemble des partenaires concernés. A savoir le chef d'établissement hospitalier (ou son représentant en matière de formation tel que le directeur des ressources humaines ou bien le directeur des écoles quand il s'agit d'un CHU), le responsable financier en qualité de directeur financier ou d'attaché d'administration hospitalière, le directeur de l'IFSI. Les raisons sont nombreuses et diverses pour expliquer la difficulté à rencontrer ce « trinôme » : impossibilité de fixer un rendez-vous, interlocuteur trop récent dans l'institution ou occupant un poste de « faisant fonction » de directeur d'IFSI et donc se déclarant trop peu à l'aise sur la question, etc.

En outre, je précise que certains entretiens ont eu lieu auprès de personnes exerçant dans la même région que celle où je serai affecté au 1^{er} octobre 2007. Idéalement, il aurait été intéressant de pouvoir limiter au maximum les biais éventuels.

Enfin, concernant les tutelles (conseil régional, DRASS), il aurait été certainement enrichissant de pouvoir enquêter au moins dans une deuxième région, de manière à élargir le recueil d'informations et donc tendre à une plus grande représentativité.

M'étant affranchi de l'ensemble des explications légitimement attendues, nous parvenons maintenant dans ce travail à la présentation des résultats.

2.2 La présentation des résultats et leur analyse

La présentation des résultats de l'enquête « suivra » le guide d'entretien. Par conséquent, nous restituerons d'abord la perception qu'ont les acteurs de la régionalisation sur un certain nombre de points, puis les réponses relatives à la mise en œuvre du transfert des formations notamment sanitaires aux régions, et enfin les perspectives envisagées.

2.2.1 Le poids des représentations

Les personnes interviewées ont été invitées ici à se prononcer, à décliner leurs propres conceptions par rapport à un certain nombre de « notions », d'éléments théoriques. Leurs propres définitions sont en fait le fruit de leurs représentations. « *La représentation joue un rôle dans la formation des communications et des conduites sociales par le fait qu'elle est l'un des instruments grâce auquel l'individu appréhende son environnement.* »⁶⁵ Jean-Claude ABRIC, professeur en psychologie sociale, nous éclaire davantage : « *La représentation est le produit et le processus d'une activité mentale par laquelle un individu ou un groupe reconstitue le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification spécifique.* »⁶⁶ Ces précisions m'apparaissent fondamentales si notre intention est bien de chercher à mieux se saisir des réponses exprimées, à leur donner sens.

S'agissant des notions théoriques abordées dans la première partie de ce travail, les questions ont porté principalement sur trois champs : l'Organisation au sens large de l'expression en termes de pilotage d'une structure, de projet et de stratégie, les projets d'écoles des IFSI, et la décentralisation et la régionalisation. D'une façon générale, le premier constat établi est que malgré les relances effectuées par mes soins, tous n'ont pas répondu aux trois questions, que ce soit partiellement ou en totalité. On peut déjà émettre l'hypothèse que les éléments abordés sont difficiles à « définir », qu'il est plus facile en effet d'élaborer un discours « sur un objet » que de définir précisément cet objet, qu'en situation d'entretien où la spontanéité est de mise, l'élaboration de définitions requiert davantage de temps et « de recul ».

✚ Le pilotage d'une Organisation, le projet et la stratégie :

Force est de constater que le plus à l'aise dans ce domaine, c'est le directeur du CHU. Pour DH3UR2, la stratégie est « *la définition d'une politique pour un établissement donc*

⁶⁵ HERZLICH, Cité par MOSCOVICI S., Psychologie sociale. Paris ; P.U.F., 1984, 596 p.

⁶⁶ ABRIC J.C., Pratiques sociales et représentations. Paris ; P.U.F., 2001, p.12.

de choix, de priorités, supposant une analyse très précise du contexte, de l'environnement dans lequel se situe l'institution, les enjeux présents. Ce sont des grands axes. » Le pilotage, « c'est ce qui permet de manager 1 structure au quotidien comme le navigateur adapte le chemin que l'on a décidé de suivre au vu des objectifs fixés ». Le projet, « c'est la façon dont on décline les grands axes, dont on les traduit à la fois en termes d'investissement, de capacités humaines, d'organisation, de finances. Le projet et la stratégie doivent être en prise avec l'environnement. L'ensemble dessine le cadre dans lequel on doit en tant que chef d'établissement inscrire ses démarches. Il existe aussi une dimension humaine personnelle. » Un des DS, DS1R1, préfère parler de « tactique, de saisie des opportunités » plutôt que de stratégie et insiste sur la notion d'environnement et de projection sur le long terme. « Comment je m'adapte à la situation que j'ai identifiée ? Si je peux anticiper la situation ce serait ça la stratégie. L'anticipation est en lien avec ces changements qu'on peut imaginer. Pour exemple, le plan Alzheimer va nécessiter des professionnels très performants. Comment moi je prépare les formateurs, quelles formations proposer ? Rien n'est prévu donc il faut se préparer pour pouvoir être prêt à répondre à un besoin au moment où ça va devenir une demande institutionnelle ; le projet étant formalisé, on pourra être preneur tout de suite puisqu'on aura anticipé. » Un autre DS, DS5R4, est d'accord avec lui. « Le projet, c'est ce qui me fait avancer, notamment sur le long terme, faire avancer les organisations avec le plus d'anticipation possible en tenant compte des éléments environnementaux. Il s'agit de penser à l'avance. Stratégiquement, je fonctionne sur la base d'hypothèses, sorte de politique de petits pas. » Mais pour le directeur des écoles du CHU, DE3UR2, « nous avons beaucoup de difficultés à anticiper les choses car le Ministère nous donne un cadre d'action que lui même n'anticipe pas. Le cadre est tellement en mouvement que l'anticipation est quasiment impossible ; la stratégie actuelle, c'est plutôt de s'inscrire dans des opportunités d'activités nouvelles ou de moyens. » Elle est par ailleurs très pragmatique. « Le Ministère va nous donner des orientations. Piloter un projet, c'est pouvoir le définir et le mener jusqu'au côté opérationnel des choses. Je suis un pilote bien sûr sensible aux outils mais surtout très attentif aux conditions de réussite. » Un autre directeur d'hôpital rejoint ses deux homologues hospitaliers sur deux aspects. En matière de stratégie, selon DH1R1, c'est « définir des lignes directrices, fixer des dates, des délais, des moyens, et le faire vite pour éviter la mise en place de projets particuliers. Si on ne le fait pas, on fait du quotidien, courte vue, le nez dans le guidon. » En matière de pragmatisme, « il faut aussi un pragmatisme fort, le sens de l'organisation, associer à la fois une vision généraliste très transversale et être fin et pointu dans tous les domaines. » Il évoque en outre trois qualités propres à tout chef d'établissement y compris les directeurs d'IFSI : « du courage pour prendre des décisions et faire des paris, une rigueur intellectuelle et morale car on n'est pas là pour se servir, avoir des compétences techniques renouvelées pour pouvoir

remplir son contrat ». Enfin, pour le responsable au Conseil régional, CR4R3, « la stratégie est basée sur une relation de confiance en interne et en externe, prenant en compte le contexte car les secteurs d'intervention sont marqués par des typologies d'acteurs différentes, des intérêts variés, mais une logique commune de répondre aux besoins. C'est plutôt une dynamique à partir d'un partenariat construit, de données financières et réglementaires. »

En résumé, retenons que la stratégie, le pilotage et le projet, se doivent comme point de départ la réalité environnementale. Ils sont perçus respectivement comme une ligne directrice, une méthode, un mode d'anticipation, ce dernier étant très « fluctuant » au vu de la rapidité des évolutions des contextes. Notons deux éléments très importants. La démarche d'analyse du contexte est valorisée ; celle-ci correspond schématiquement à la première étape de la stratégie prospective telle que définie par le consultant Laurent TARDIF. La fonction « prévoir », promue par la HAS, est celle qui semble prégnante puisque l'anticipation, la prévision, sont incontestablement ici les maîtres mots des directeurs d'IFSI.

✚ Les projets d'école des IFSI :

Pour les directeurs des soins, les projets existent et sont formalisés dans leurs propres établissements. Tous s'accordent à dire que, constituant le socle de la formation dispensée, ces projets doivent s'appuyer impérativement sur l'environnement dans toutes ses dimensions spécifiques : géographique, « concurrentielle », structurelle, ressources disponibles, etc. En outre et d'un point de vue plus général, ces directeurs, ainsi que la responsable CEFIEC, font état de difficultés communes aux IFSI : une augmentation des quotas d'étudiants particulièrement freinée voire inenvisageable en raison de locaux trop limités et surtout une offre de stage déjà devenue inextensible. Quoiqu'il en soit, le projet d'école reste pour DS1R1 *« un outil de référence pour tous les acteurs, même pour ceux qui n'ont pas participé à sa construction. Il sert de référence en termes de cohérence. J'ai la responsabilité de contrôler cette cohérence. Il est donc un outil de pilotage. »* Ce directeur attire notre attention sur deux points : le risque qu'un projet formalisé et explicite *« prenne la poussière parce que non mobilisé »*, son existence étant alors uniquement liée à une conformité au regard de la réglementation. Autrement dit, *« c'est pas parce qu'il y en a pas d'écrit qu'il n'existe pas. »* En outre, DS1R1 part du principe que la présence d'éléments de niveau régional dans un projet va retenir toute l'attention des conseils régionaux.

La responsable régionale au CEFIEC, CEFIEC3R2, n'hésite pas à comparer le projet pédagogique avec la Constitution : *« il y a quelques articles fondamentaux, le reste présente moins l'intérêt d'être formalisé. Il doit être à géométrie variable car s'il est trop*

cadre il ne correspond pas aux jeunes formés qui eux sont toujours en évolution permanente. » Les autres acteurs interrogés ont plutôt tendance à amalgamer projet d'école et projet pédagogique. De son côté le directeur des écoles du CHU aborde la question de la concurrence en la mettant en perspective des questions contextuelles. « *La qualité d'un projet pédagogique, la renommée d'une école peuvent exercer un pouvoir d'attraction sur les candidats, certaines écoles faisant le plein grâce à cela, et certaines écoles ont plus de difficultés car elles peuvent être dans un département moins favorable. Une école à vocation régionale parce que toute seule au sein d'une région doit avoir une attraction sur les candidats, ces deniers passant des concours dans plusieurs régions et choisissant à l'issue l'école qui a la meilleure réputation.* » Elle précise par ailleurs deux autres choses : elle n'intervient absolument pas dans la pédagogie (comme d'ailleurs tous les autres enquêtés non directeurs des soins) et elle peut avoir elle-même des projets pour les écoles tels que la création d'un institut régional regroupant les écoles. L'ensemble des enquêtés autres que les directeurs des soins fait état d'un bon « reporting » des informations relatives à la vie des IFSI et à leurs projets respectifs. DH3UR2 souligne le caractère légitime de ces retours d'information, notamment dans la mesure où « *l'hôpital fournit les terrains de stage* ». Pour lui, le rattachement des IFSI aux universités serait une « *erreur dramatique* ». Son homologue DH1R1 n'est pas hostile à l'intégration de la formation infirmière dans le système universitaire mais cela suppose alors, selon son idée, une « *déconnexion institutionnelle* » totale ; dans le cas contraire, l'autonomie de gestion des hôpitaux doit prendre une ampleur très significative. Enfin, la responsable au Conseil régional n'a pas la même approche des projets d'école. Elle est très attachée à ne pas faire preuve d'ingérence ou de directivité. Elle considère que certaines activités ou certaines situations (« *dialogue de gestion* » avec les directeurs d'IFSI, présence du représentant régional au Conseil pédagogique, phase de révision et de reconduction des agréments) constituent des occasions privilégiées pour découvrir les projets, identifier la dynamique ou non des IFSI. « *Cet ensemble participe de la préservation de l'équilibre.* »

En résumé, les projets d'école existent bel et bien. Certes, leur perception par les acteurs autres que directeurs d'IFSI ou leur réalisation affiche un certain décalage avec le modèle théorique énoncé dans la première partie. Toutefois, parce qu'ils sont fondés sur l'analyse de l'existant et que les intentions exprimées sont conformes à cette analyse, ils peuvent devenir des outils de pilotage et de régulation, attestant de la pertinence et de la dynamique des établissements.

✚ La décentralisation et la régionalisation :

La décentralisation est perçue comme « *un mouvement* », « *la délégation du pouvoir par l'Etat dans certains domaines* », « *le transfert dans la globalité d'une responsabilité de l'Etat vers une collectivité locale* », « *un rapprochement entre le centre de décision financier et le centre du lieu d'exercice, d'exécution* ». S'agissant de la régionalisation, celle-ci est considérée comme une traduction concrète de ce mouvement. Au-delà des définitions, les personnes interrogées s'expriment surtout sur les conséquences du nouveau dispositif. « *Le quotidien des écoles, des étudiants n'a pas fondamentalement changé, c'est plus au niveau des directrices, des décideurs* » dit DE3UR2. « *Cela a permis pour les directeurs administratifs une meilleure maîtrise des besoins des employeurs, une meilleure connaissance des cursus, ainsi que du domaine de la formation.* » Les directeurs d'IFSI se réjouissent du fait qu'aujourd'hui ils ont investi un domaine, celui de la gestion budgétaire dont ils étaient jusque là soit ignorants, soit écartés. De plus, ils soulignent que non seulement ils se considèrent comme des interlocuteurs devenus incontournables mais ils constatent qu'eux seuls parfois détiennent certains éléments d'information (par exemple, le nombre d'étudiants bénéficiant d'une prise en charge, le montant de celle-ci). Beaucoup mettent en avant le caractère responsabilisant de l'ensemble de la démarche. Pour exemple, les directeurs d'IFSI sont amenés désormais aussi à fournir des explications aux Conseils régionaux, à rendre davantage compte, à faire part de leurs propres analyses dont ils disent que « *la région y est particulièrement sensible* ». La notion d'autonomie est relevée une seule fois. Seul DH3UR2 précise que « *cela ne signifie pas que l'Etat ne garde pas la possibilité de fixer des orientations à l'échelle nationale* ». DH1R1 est partie prenante de la décentralisation mais il est le seul à affirmer le caractère ambigu de la démarche. Il parle de « *fausse décentralisation* », de dispositif non abouti, argumentant qu'en réalité l'Etat n'a fait que complexifier le dispositif en introduisant un acteur supplémentaire auquel il ne donne pas des moyens suffisants. « *On est dépendant d'un budget qui doit être en équilibre distribué par 1 institution extérieure à vocation politique.* » Il va plus loin en évoquant les risques liés à la différence de « *couleur politique* » entre les régions et l'Etat (favoritisme source de disparités territoriales, etc.). AAH2R1 est beaucoup plus optimiste, considérant que la survenue d'un acteur supplémentaire représente une richesse nouvelle en termes de façon différente de travailler. Le fait que les calendriers comptables (échéances) et les lignes budgétaires du Conseil régional ne soient pas identiques à ceux des services financiers hospitaliers a assurément occasionné des tensions mais surtout obligé les partenaires à se parler, à trouver ensemble des consensus et des compromis. AAH2R1 et d'autres attestent de la volonté des régions d'avoir cherché à comprendre d'autres logiques, à coopérer. Elles sont qualifiées de « *très impliquées* » et

d'« *attentives* ». Enfin, trois limites sont clairement envisagées. Il s'agit du risque d'instrumentalisation (tentation possible des Conseils régionaux de se livrer à des jeux d'influence, de pression, par exemple pour l'obtention par un passage en force d'une augmentation des quotas). Est évoqué le risque de voir certains directeurs d'IFSI tentés de négocier de leur côté, en dehors des règles fixées, sorte de « *double jeu* » pour DH1R1. La responsable au CEFIEC fait émerger le risque d'enfermement des régions sur elles-mêmes pouvant conduire à des décisions défavorables aux étudiants (exemple cité : « *refus de financement d'un étudiant qui frôle la région d'à côté* »).

En résumé, les définitions élaborées sont assez claires et plutôt fidèles aux références théoriques. L'enjeu de la proximité n'a échappé à personne, tout comme l'effet de responsabilisation des acteurs. L'enquête révèle un aspect d'interdépendance né du fait que les uns ou les autres de ces acteurs détiennent chacun des informations spécifiques. Cela contribue à affirmer le caractère incontournable de chacun des protagonistes, sachant que les directeurs d'IFSI sont les plus gagnants dans cette démarche. Ils passent en effet d'un état d'acteur « non impliqué » à un état d'acteur « inévitable ». Qu'en est-il de la mise en oeuvre très concrètement ?

2.2.2 Une mise en oeuvre empirique marquée par une volonté partagée d'aboutir

A ce stade de notre recherche, l'enquête s'intéresse à la question de l'effectivité de la mise en oeuvre de la régionalisation.

La responsable au Conseil régional, CR4R3, nous rappelle que le service qu'elle dirige est une entité propre mais qu'il a été intégré à la Direction des Solidarités dès sa création après la promulgation de la loi du 13 août 2004. La logique de cette direction est de « *répondre aux besoins de la population* ». L'objectif de ce service est de « *positionner la région comme un nouvel acteur en termes de valeur ajoutée, et de représenter un élément facilitant pour tous les acteurs y compris les étudiants. A terme il est question aussi de pouvoir développer sa propre culture.* » Ce service est animé par une triple orientation : « *s'approprier le secteur dans un jeu de compétences pas seulement liées mais partagées à plusieurs acteurs, créer des ponts entre les secteurs sanitaire et social, comprendre les spécificités de ces 2 secteurs.* » Cela suppose « *la nécessité de s'articuler, de bonnes relations avec les collègues de l'Etat, une réunion mensuelle avec la DRASS avec laquelle les échanges structurés permettent de dresser des bilans réguliers* ». Elle résume la mise en oeuvre de la régionalisation en déclarant que « *tout étant à construire, à nous de faire preuve d'une écoute, de compréhension, de volonté de partenariat.* » Elle souligne que le transfert n'ayant pas été préparé avec l'ARF, la

démarche a été particulièrement objet d'improvisation. Le dialogue de gestion avec les acteurs hospitaliers et les directeurs d'IFSI s'est avéré constituer non pas une finalité mais « *un outil de construction du partenariat* ». Il est très intéressant de noter l'observation faite par cette responsable. Elle nous livre qu'elle a identifié « *une typologie des IFSI* :

- *ceux possédant déjà une dynamique de formation basée sur le partenariat, possédant des réseaux bien intégrés à la vie locale,*
- *ceux qui sont en position d'attente, se demandant ce que va faire la région car elle n'y connaît rien mais dont on dépend car c'est elle qui a la caisse financière,*
- *ceux plus conservateurs, sorte d'arrière-garde, estimant que leur patron c'est le DG, le patron pédagogique c'est le DRASS, et puis la région c'est la banque ».*

Elle précise que les IFSI appartenant au premier type décrit se distinguent par leur dynamique interne très forte marquée par des projets de diversification. Elle précise que « *ce modèle fonctionne aussi parce que les DS ont la volonté dynamique de créer un partenariat, de s'instaurer comme un appareil de formation dans leur tissu local, de dépasser leur simple monde hospitalo-centriste. Certains restent sur une logique de service de formation de leur hôpital.* » Pour autant, quelque soit le type de structures auquel la région a affaire, elle a considéré tout directeur d'IFSI comme étant désormais son premier interlocuteur. Au cours de chaque rencontre, ce protagoniste est bien sûr associé à l'interlocuteur financier (le directeur quand il s'agit d'un CHU, un AAH quand il s'agit d'un CH) et de manière naturelle, chacun apporte sa contribution selon son domaine de compétences, la pédagogie pour l'un, la comptabilité pour l'autre. L'important est qu'ils parlent d'une seule voix, des arbitrages pouvant être nécessaires et assurés par le chef d'établissement en amont. Ce positionnement du directeur d'IFSI voulu par la région se manifeste par des indicateurs très significatifs pour ne pas dire symboliques. DS1R1 et DS4R3 témoignent : « *La région a poussé très fort pour inclure dans les discussions les gens du terrain* », « *Aujourd'hui je reçois notification du double de courrier pour chaque somme versée, ... tout courrier relatif à une réunion mentionne Présence du Directeur d'IFSI indispensable, ... l'audit s'est déroulé à l'IFSI ; c'est 1 signe fort* ». Indépendamment de cette volonté de la région, on observe que le renforcement de la position du directeur d'IFSI est évident aussi pour d'autres. DE3UR2 convie chaque directrice d'école pour toutes les phases budgétaires. « *Cela semble assez incontournable, cela les valorise et les sensibilise à la gestion budgétaire, c'est important et moi cela m'est très utile. Elles peuvent argumenter beaucoup plus aisément que moi, cela montre à la région la réalité des choses, les directrices sont des personnes de terrain avec des arguments de terrain et pour les politiques c'est toujours plus convaincant.* » Selon AAH2R1, « *de chef de service, il devient un directeur d'établissement, avec un*

budget ; il devient un directeur gestionnaire ». D'autres sont plus nuancés comme DH3UR2, « *ici, ça n'a pas changé grand-chose* ».

Sur le plan strictement financier, l'EPRD induit une réelle transparence et exige une grande rigueur. Pour les établissements où siègent plusieurs écoles, le budget peut vraiment être individualisé grâce à la définition de clés de répartition les plus objectives possibles. Pour DE3UR2, « *quand une école fait un effort pour développer son activité, on est en capacité de négocier des moyens en contrepartie, là où il y a nouveauté, si on fait plus on peut avoir plus, ça c'est intéressant.* » Les directeurs des soins découvrent qu'ils sont en train d'acquiescer :

- d'une part « *le réflexe de chiffrer* » (occasion poussant chaque fois à prioriser, à établir des choix, à redistribuer les moyens),
- et d'autre part « *le réflexe de contrôler* » (vérification systématique des indemnités de déplacement en stage afin entre autres d'identifier si, pour un étudiant indécis, la somme perçue in fine ne se transforme pas en revenu d'appoint).

Mais « *l'attention doit-elle toute se cristalliser autour des questions financières ?* » Telle est la mise en garde que nous lance un des deux AAH. DS5R4 répond indirectement en abordant justement un autre aspect. Il met en avant la plus grande place que la DRASS occupe sur le plan pédagogique. Selon lui, cette tutelle a perdu beaucoup de son pouvoir du fait de la régionalisation mais l'élaboration de référentiels relatifs à la formation, l'organisation d'un concours régional aide soignant témoignent d'une réelle plus grande implication.

Le bilan global dressé par les acteurs eux-mêmes est le suivant. Premier constat : personne n'a observé de crise au cours de la mise en place de la réforme. Certes, les délais laissés aux acteurs n'ont guère permis l'anticipation. Pour autant, si certains optimistes comme DH3UR2 ont accepté « *qu'il y ait un peu de tangage* », d'autres se sont montrés plus réactifs. Illustration, DE3UR2 explique qu'au CHU, en amont de la sortie des textes, elle a organisé en interne des réunions de préparation au transfert, a sollicité la région et la DRASS pour y participer ; toutes les questions élaborées ont été abordées et traitées. Il semble que la population des directeurs d'IFSI n'est pas vraiment été techniquement préparée. Toutefois, DS5R4 s'est appuyée sur l'audit et a aussi contacté l'ensemble des interlocuteurs. DS1R1 a anticipé de quatre façons : « *se dire est-ce que je crains ou non le changement annoncé, assister systématiquement à toutes les réunions où on était convié, réaliser un travail d'identification du budget C avec le service financier, exploiter ma responsabilité associative professionnelle* ».

La responsable au CEFIEC fait part de la constitution d'un groupe de travail et insiste sur le fait que l'association a tenté de se montrer bienveillante à l'égard du Conseil régional en mettant à disposition des données statistiques démarche venant soutenir celle de la DRASS, identique. A cette occasion, DS1R1 mesure que pour les directeurs d'IFSI, les cartographies constituées ont donné à chacun la possibilité de mieux prendre conscience de son propre environnement (« *Comment est-on structuré ? Peut-on être organisé autrement ?* »).

Après une phase initiale de « crainte mutuelle », la région est perçue comme un acteur très attentif, qui s'est donné les moyens de disposer d'une connaissance solide de la situation, réussite qui n'allait pas de soi. Cet état des lieux met notamment en lumière que, sur le plan des infrastructures, le patrimoine immobilier des IFSI mérite qu'on y accorde une considération toute particulière tant la vétusté globale est criante. Il est pointé que « *la région analyse très bien les chiffres et sait mettre le doigt sur les éléments qui posent question* » dit DS5R4. La région se montre également très perspicace pour interroger des situations telles que la « période blanche », tranche calendaire correspondant au fait que des cadres formateurs n'aient pas de promotion pendant plusieurs mois. Dans ce cas, le risque de diminution de la dotation apparaît complètement justifié. Le directeur d'IFSI se doit alors non seulement de rendre compte à la région de l'activité de ces cadres pour cette période mais aussi se montrer réactif, sur la base de propositions pertinentes (formation continue pour les cadres concernés), innovantes (formation continue relative à la prise de tension artérielle dispensée pour les aides-soignants de l'hôpital de rattachement), et/ou d'un projet alternatif. Cet œil extérieur incarné par la région tend à assainir des situations difficilement acceptables dans un contexte de raréfaction des ressources et d'optimisation des moyens.

La mise en place des outils de dialogue de gestion fait apparaître que les acteurs sont interdépendants les uns des autres du fait de la détention d'éléments d'information spécifiques. Cette interdépendance est très nuancée par le fait qu'une collaboration authentique (recherche de compromis) et performante (démarche conjointe de renseignement des documents) s'est instaurée entre les responsables financiers et les directeurs d'IFSI. AAH2R1 qualifie le système de relation comme celui de « *client / fournisseur* ». Le montage d'un projet par l'IFSI est soumis pour avis aux services financiers. La région elle-même, sollicitée sur les projets, peut aussi chercher dans son environnement si telle demande peut être suivie financièrement par une autre collectivité territoriale. L'émergence de partage des responsabilités traduit bien une des spécificités de la décentralisation, soit l'autonomie laissée aux acteurs pour trouver eux-mêmes des ressources et élaborer des partenariats.

Sur le fond, les acteurs hospitaliers reconnaissent mais sans s'en offusquer qu'il leur faut démontrer la légitimité de leurs besoins. Mais DE3UR2 dresse un bilan très positif. « *On est plus matures pour travailler ensemble mais on n'a pas les mêmes buts, les idées sont différentes, à nous de défendre la qualité de la formation et de convaincre mais on est mur pour avoir un langage commun, à comprendre nos contraintes les uns les autres, l'idée c'est de construire ensemble.* »

Un autre aspect envisagé dans l'enquête concerne la notion de concurrence. Il est clair pour les personnes interrogées que la concurrence entre les IFSI existait déjà (modules de VAE dispensés dans tel ou tel IFSI sans que « tout le monde » soit au courant, gestion de l'affectation des stages). La mutualisation des ressources est « *économiquement et pédagogiquement souhaitable* » affirme DE3UR2.

Les directeurs des soins ont cerné des préoccupations partagées avec le Conseil régional, notamment le phénomène de déperdition des étudiants. Ce « tiers exclu » constitue une vraie problématique. DS4R3 fait remarquer qu'à l'issue d'un article rédigé par ses soins sur cette question et publié dans la presse professionnelle, il a été contacté par un responsable des formations sanitaires d'une autre région. « Comble de la situation », ce dernier l'invite à rencontrer ses collègues de Rhône-Alpes au sein du CEFIEC et à partager avec eux la réflexion. DS4R3 note au passage que « son » Conseil régional n'a pas manqué de relever la qualité de réactivité de l'autre région. Surtout, ce directeur des soins retire comme enseignement que la réflexion professionnelle représente un élément qui confère du poids, et que d'une certaine façon elle installe celui qui porte cette réflexion dans une dimension stratégique.

Enfin, il apparaît au grand jour que l'ensemble des acteurs hospitaliers n'avait pas jusque là l'habitude d'avoir pour interlocuteurs des élus. DS5R4, tout en défendant la nécessité de transparence, qualifie la politique exercée au plan local comme « *un jeu de séduction* ».

2.2.3 Des perspectives ambitieuses et encourageantes

Les protagonistes ont fait part de la façon dont ils envisageaient l'évolution de cette régionalisation, en termes d'aspirations, d'attentes, de perceptions des positionnements « des uns et des autres ». Parfois, ils ont évoqué des évolutions dépassant le strict cadre de la régionalisation. Mais n'en doutons pas, ces approches « impacteront » les Conseils régionaux.

« Du côté » du Conseil régional, CR4R3 se dit « *très prudente* » par rapport à l'évolution de la régionalisation. Elle rappelle que l'approche de la région s'est voulue très pragmatique, basée sur la « *volonté de comprendre, pour ne pas décevoir* » et en trois étapes : l'audit financier sur les IFSI et méthodes comptables, le dialogue de gestion instauré avec les établissements, l'attente de l'audit du patrimoine immobilier (parc globalement vétuste et insécurisant pour les étudiants) et des éléments de prospective. Pour elle, la stratégie à définir doit viser les 10 ans à venir. « *Un IFSI ça coûte entre 4 et 6 millions d'euros* » lâche t-elle. Les résultats de l'audit conduiront-ils à envisager un regroupement des IFSI ? Rien n'est moins sûr. DS1R1 pense que la question de la structuration de l'appareil de formation va intéresser les régions. Il légitime cette idée en évoquant des réorganisations fondées sur une approche d'économie d'échelle. Il se dit favorable à la création d'instituts régionaux ; « *un des intérêts serait que ce type de structures pourrait intégrer des doctorants du système LMD* ». Cependant, la réalisation de groupements de trop grande taille serait, selon lui, synonyme d'une recentralisation.

Dans ce schéma, il est incontestable que la région limiterait des dépenses en réduisant le nombre de directeurs puisqu'une structure de dimension régionale serait placée sous la responsabilité d'un seul directeur, à l'instar des établissements scolaires animés par un seul proviseur. Mais d'autres facteurs viennent freiner ces démarches. DH1R1 attire notre attention sur la contrainte qui pèse sur le Conseil régional et dont la nature est strictement politique. Il nous explique que dans sa région, il existe un projet de regroupement des trois IFSI existant sur le nord du département. Le Conseil régional répond aux acteurs de ce projet qu'en termes d'emploi, « *il ne peut pas politiquement enlever du travail sur un site* ». Toujours sur cette question des regroupements éventuels, le directeur des écoles du CHU, DE3UR2, rappelle que « *le CHU étant correctement doté* », il compte sur la région pour que celle-ci rééquilibre (comme elle l'a fait jusqu'à présent) le niveau d'investissement en fonction de la situation des différentes écoles. Par conséquent, elle est peu favorable à une mutualisation des moyens car elle redoute un certain nivellement par le bas, voire un abaissement du niveau. In fine, et de son point de vue, deux facteurs influencent fortement la qualité de la formation : la compétence pédagogique de la tutelle DRASS, la préservation de la subvention de fonctionnement. Le souci de cette préservation est repris par un des responsables financiers interrogés. En effet, AAH2R1 explique qu'il est nécessaire d'« *être assuré par la région que les charges fixes seront assurées* ». Il propose la « *contractualisation d'un niveau d'activité pour cette assurance d'être financé par la région pour les charges administratives et en personnel* ». Cette notion d'une garantie d'objectifs est aussi envisagée par DH2R1. Dès lors, ce questionnement en appelle un autre : celui de la culture du résultat dans le champ de la formation.

Pour revenir à CR4R3, elle évoque clairement certaines intentions du Conseil régional et dans trois dimensions :

- structurelle : l'intention d'un rapprochement des secteurs sanitaire et social en termes d'actions communes ;
- politique : la volonté d'augmenter les quotas pour dimensionner l'appareil de formation en regard des besoins ;
- pédagogique :
 - o acquisition d'une capacité pour les responsables régionaux à lire le projet pédagogique rendue nécessaire par la responsabilité de délivrance des agréments,
 - o identification de l'origine de la déperdition des étudiants en IFSI « *marque d'échec pour tous* ».

La responsable régionale du CEFIEC partage, de même que DH3UR2, cette idée du rapprochement des deux secteurs. Pour elle, cela serait cohérent par rapport à la réalité de terrain. Par ailleurs, elle constate que les régions manifestent déjà la volonté de disposer d'éléments de connaissance relatifs aux promotions d'élèves infirmiers et d'aides soignants (origines des étudiants, profils, niveaux d'études, etc.) afin de produire des cartographies de dimension qualitative. Le directeur des soins DS5R4 est d'accord avec le fait que la région, après avoir jusque là poursuivi des objectifs à caractère quantitatif visant à assurer les financements des structures, va s'inscrire dans une approche qualitative.

CEFIEC3R2, d'une part envisage la modélisation d'une base commune pour la démarche qualité en IFSI, et d'autre part s'interroge sur une inscription de la refonte du programme de formation infirmière dans une dynamique de type universitaire. DH3UR2 fait part à nouveau de sa crainte majeure de la dilution des écoles dans l'université. Pour lui, « *les formations prendraient une autre tournure. La profession IDE a acquis une très forte reconnaissance de la part de la société française grâce à cette formation qui intègre complètement les stages et la théorie. Le passage à l'université les couperait de l'hôpital.* » En revanche, il formule le vœu de l'existence d'un institut régional des métiers de la santé. S'agissant de la formation des cadres, parce que pour lui « *la fonction cadre est une fonction essentielle à l'hôpital* », il propose que la formation des cadres soignants et administratifs soit regroupée. « *Cette démarche faciliterait l'osmose et s'avérerait être au bénéfice des soins au patient.* »

Deux directeurs des soins évoquent la question du développement de leur autonomie. DS1R1 pense que les directeurs des soins « *vont prendre goût à cette activité de la*

gestion budgétaire ». Il soutient la comparaison avec les chefs d'établissements scolaires qui travaillent sous la responsabilité pédagogique du recteur (DRASS ici) et qui traitent directement avec la région. Il insiste en demandant : « *Qui trouve à redire que les directeurs d'IFSI du secteur privé sont chefs d'établissement et gèrent leurs propres budgets ?* » Pour DS4R3, la démarche d'autonomie consiste « *à avoir davantage mon mot à dire dans les grandes orientations, à être associé du plus près possible aux décisions, à avoir connaissance de l'utilisation de crédits, de transferts d'une partie de crédits d'un compte à un autre. Seulement connaître ma consommation de papier hygiénique, de gommes ou de scotch... la gestion ce n'est pas ça ! Ce que je décris, un agent comptable peut le faire. Non, il s'agit d'orienter des choix ; cette année par exemple c'est se dire Que fait-on de la taxe d'apprentissage ?* » Il entend « *associer les cadres formateurs au recueil des besoins pour faire des propositions et les défendre* ». Il insiste sur la nécessité de « *faire des choix éclairés, de rompre avec les traditions qui consistent à dire On consacre telle partie de la somme à telle ligne budgétaire.* » Du fait de la « *trop grande lourdeur des procédures* », cette plus grande autonomie repose aussi sur le fait de disposer « *d'une délégation de signature du Directeur Général pour engager des dépenses mêmes modestes* ». Considérant d'autres aspects, tels que la faible représentativité du Conseil régional au sein de l'instance Conseil pédagogique, DS4R3 se dit prêt à réfléchir à des perspectives structurelles. La création d'un Conseil d'Administration pourrait constituer selon lui, une progression significative, à l'instar des établissements scolaires de l'Education Nationale. « *La nature seulement consultative de la voix du Conseil régional au sein du Conseil pédagogique ne sera pas tenable longtemps.* »

En synthèse, malgré quelques divergences de points de vue portant sur les évolutions du système lui-même de formation, nous pouvons remarquer que non seulement les acteurs expriment leurs propres attentes (autonomie, redimensionnement des structures, hausse des quotas) mais aussi se prononcent sur l'évolution des positionnements des autres partenaires (approche qualitative). Certes, la question de la pérennité de la subvention de fonctionnement reste sensible mais elle « n'embolise » pas le débat et la réflexion. En effet, les personnes interrogées ont en commun leur attachement à participer d'une part à l'optimisation de l'appareil de formation, à enrayer le phénomène de déperdition d'autre part. « *L'amélioration du dispositif de formation est envisageable si on associe : les compétences acquises précédemment dans d'autres domaines, la compétence technique des IFSI, pédagogique des DRASS, celle des hôpitaux* » déclare la responsable au Conseil régional.

*« Il n'y a point, dit-on, de règle qui n'ait
quelque exception, ni de vérité si générale
qui n'ait quelque face par où elle manque. »*

PASCAL, *Pensées*, IV, 263.

2.3 De la synthèse des résultats aux préconisations

Le traitement des résultats peut répondre à trois critères :

- « *la pertinence* » (s'assurer de ne pas se tromper dans le type de traitement à effectuer ou ses objectifs assignés) ;
- « *la validité* » (vérifier que le traitement réalisé correspond bien à celui que l'on déclare effectuer) ;
- et « *la fiabilité* » : permettre la rédaction de conclusions sur des bases solides.⁶⁷

Pour ce travail, la méthode de traitement retenue renvoie à une double intention :

- la mise en relation des résultats avec les hypothèses de départ, fondées sur une revue critique de la littérature, sur l'appropriation du contexte dans lequel s'insère l'investigation ;
- l'émergence de nouveaux éléments hypothétiques nécessitant un traitement complémentaire.

Il convient par-dessus tout d'ajouter à cette argumentation que la synthèse doit nous conduire à la formulation de préconisations, sous la forme de la contribution directe du Directeur des Soins.

2.3.1 La nécessaire prise en compte de tous les acteurs

Tout d'abord, force est de constater qu'il existe peu de dissonances, peu de divergences de points de vue entre les acteurs. Quand elles existent, elles portent principalement sur les effets induits par la régionalisation, notamment sur l'affirmation de la fonction de directeur des soins. Pour certains le nouveau dispositif de financement tend à redéfinir le directeur des soins. Ce dernier semble en passe de devenir un réel « gestionnaire » de sa

⁶⁷ DE KETELE J.-M., ROGIERS X., *Méthodologie du recueil d'informations, Fondements des méthodes d'observations, de questionnaires, d'interviews et d'études de documents*. Bruxelles ; De Boeck Université, 1996, Collection Méthodes en sciences humaines 3^{ème} édition, p. 217.

structure. Un directeur des soins nuance cet élan. *« A l'heure actuelle peu de Directeurs pratiquent une gestion financière de leur école ou de leur institut telle que le leur concède la réglementation en vigueur. L'application de la loi de décentralisation nous oblige aujourd'hui à investir cette voie. Faisons-le, mais avec prudence car nous n'avons pas le droit à l'erreur. C'est donc par une préparation soignée du budget prévisionnel, par sa négociation dans un esprit d'ouverture et de progrès, par un suivi rigoureux des dépenses et par une volonté affirmée de rechercher des recettes subsidiaires que nous pourrons, à terme, faire valoir et reconnaître, par nos partenaires, nos capacités de gestionnaires. »*⁶⁸

Pour le moins, le directeur des soins est identifié et positionné comme un acteur incontournable. Parce que capable d'une analyse fine de son environnement, promoteur de projets, détenteur d'informations, capable d'argumenter des moyens au regard des intentions pédagogiques. Pour deux chefs d'établissement, les effets induits sont très faibles. L'un des deux d'ailleurs a dénoncé la difficulté et l'ambiguïté de la régionalisation en raison de l'introduction d'un acteur nouveau complexifiant le jeu : la région. Or, il faut admettre que comme tout système, celui-ci est en devenir, et est loin d'être stabilisé.

*« ... il semble bien que la décentralisation, plus sans doute par la conception du local qu'elle légitime que par les réformes institutionnelles qu'elle comporte, soit un indicateur parmi d'autres de l'entrée dans une nouvelle phase de son développement. D'une architecture locale déterminée depuis le XIXe siècle par le principe de rationalité, on est passé d'une logique de complexité génératrice d'incertitudes, qui ne compromet d'ailleurs pas pour autant ses performances. »*⁶⁹ En effet, la lecture des résultats montre que la mise en œuvre de la réforme s'est plutôt bien déroulée, alors que beaucoup de conditions s'annonçaient comme peu favorables. Délais d'application réglementaire très contraints, formation inexistante ou insuffisante des directeurs des IFSI à la gestion, exercice de responsabilités pour la région dans un domaine inconnu, etc. Alors comment expliquer ce bon démarrage ?

Tout d'abord, observons que l'ensemble des protagonistes a pour la plupart, cherché à anticiper la démarche, chacun avec ses propres moyens. Les conseils régionaux ont pu s'appuyer sur des cabinets d'audit, des consultants, afin de collecter des données. Surtout, les régions ont sollicité d'emblée leur futurs partenaires pour établir un diagnostic partagé, pour être au plus près des contraintes et des aspirations « du terrain ». Cette

⁶⁸ Gérard BORONAT, Gestion budgétaire d'une école paramédicale. *Enseignement Filière Directeurs des soins*, ENSP, 11 au 13 juillet 2007.

⁶⁹ MALIBEAU A., Le système local en France. Paris ; Montchrestien Ed., 1997, p.151, Collection Clefs Politiques.

concertation a produit de l'étayage pour l'élaboration du PRDFP. L'ensemble de la démarche a permis une clarification du rôle de chacun. Au sein des établissements de santé, les services financiers ont fait preuve, de soutien d'une part envers les directeurs des soins, et de bienveillance à l'égard des services régionaux d'autre part. Les associations, la tutelle DRASS, ont également œuvré pour fournir à la région des données et accompagné le changement. En termes d'image, les régions sont sans aucun doute le grand vainqueur de cette mise en route. Elles ont manifestement démontré qu'elles prenaient leurs responsabilités, incarnant le caractère dynamique et participatif attendu. « *Pour être authentique, la décentralisation doit être appropriée, apprivoisée, modelée par les acteurs locaux.* »⁷⁰

Ensuite, nous devons revenir sur deux points : le caractère d'interdépendance des acteurs et les rationalités différentes de ceux-ci. On a pu constater que les acteurs, bien qu'ils soient détenteurs d'information spécifique ont compris d'eux-mêmes tout l'intérêt qu'ils avaient à travailler harmonieusement ensemble, à coopérer. Cette réforme pousse les protagonistes à se confronter à l'univers de l'autre, à essayer de comprendre sa logique. Or, cette coopération ne va pas de soi. Elle trouve d'ailleurs ses limites dans les enjeux qui émergent des réponses et sont exprimées en termes de risques :

- d'instrumentalisation conduisant à des manœuvres forcées dont les conséquences peuvent s'avérer ingérables,
- de pratiques déviantes de négociation en dehors des règles établies et consensuelles,
- d'enfermement des régions aboutissant à des disparités et à des inégalités de traitement des étudiants.

Ces éléments posent la question sensible de la régulation, du contrôle de la transparence. Qui va assurer l'équilibre du système ? Qui pourra garantir que le dispositif ne souffre pas d'entorse à son fonctionnement. Il semble que pour l'heure, on puisse répondre que chaque acteur, à son niveau, est tenu d'incarner une éthique certaine. En pratique, nous verrons au moment des préconisations le rôle particulier que peut jouer le directeur des soins.

Enfin, tous les acteurs ont ambitionné à terme un niveau d'exigences plus élevé. Bien qu'une des préoccupations de base porte sur la pérennité de la subvention de

⁷⁰ BAGUENARD J., La décentralisation. Paris ; P.U.F., Janvier 2004, 7^{ème} édition Que sais-je ? p.123.

fonctionnement des structures, l'évolution du dispositif tend à embrasser d'autres dimensions. Les régions semblent déjà s'inscrire dans une quête de données d'ordre qualitatif. Les services financiers ont rôlé leurs outils de gestion et on pourrait envisager que leur compétence soit mise au service notamment des directeurs des soins afin de parfaire le niveau de formation de ces derniers. Autre avantage : on sait qu'au sein des établissements, la formation continue présente un coût moindre dès lors qu'elle est dispensée par les « forces internes ». De plus, cela valorise et responsabilise les professionnels. Enfin, l'organisation devient ainsi apprenante. Quant à la tutelle, les DRASS peuvent jouer un rôle pédagogique beaucoup plus ample ; ceci semble être déjà le cas selon un directeur d'IFSI interrogé.

2.3.2 La décentralisation, une opportunité majeure pour la qualité de la formation

Les régions sont les acteurs pour qui les objectifs assignés étaient clairement définis au départ. On l'a vu dans la première partie de ce travail, celles-ci, en tant que chefs de file, sont confrontées à des enjeux de taille. La planification des formations sanitaires doit tendre à leur adéquation avec les emplois et les besoins de la population. Or, ces besoins risquent d'être particulièrement difficiles à satisfaire tant les contextes évolutifs décrits par la DHOS remanient en permanence les acquis. Ajoutons à cela qu'aujourd'hui, « la réalité des patients » pousse à envisager des prises en charge sanitaires dont le caractère social ne peut plus être contourné. En d'autres termes, il convient de prétendre au meilleur niveau de formation des professionnels pour relever ce défi annoncé. Dès lors l'ambition commune à tous les acteurs de la régionalisation consiste à optimiser l'appareil de formation. Challenge d'autant moins évident que la régionalisation introduit une culture du résultat dans les IFSI et qu'au sein de ces mêmes structures, le phénomène de déperdition des étudiants ne fléchit pas.

Ce phénomène du « tiers exclu » est apparu au cours de l'enquête comme une situation préoccupante. Un des directeurs d'IFSI interrogé s'est penché sur cette question. Parmi les facteurs explicatifs identifiés, certains échappent à l'action, il est possible d'agir sur d'autres :

- problèmes financiers des étudiants (pas d'aide des parents, chômage parental),
- crise des motivations et des valeurs des jeunes,
- attractivité de la profession ne parvenant pas à retenir les meilleurs,
- politique de recrutement pas assez active, mal soutenue, information et orientation insuffisantes,
- contraintes professionnelles fortes après un cursus de trois ans d'études (préférence pour un cursus plus court en 2 ans),

- diminution des Bacheliers de secteur scientifique (augmentation des titulaires d'un Bac technique dont le niveau est très variable, certains connaissant une grande difficulté pour l'écriture),
- procédure de sélection en externe à revoir (réglementation) et en interne (pas d'homogénéité du jury car jurys trop nombreux, psychologues n'osant pas se positionner en matière d'évaluation),
- déficit global de l'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication, parc insuffisant en postes informatiques,
- peur des responsabilités professionnelles, peur de se tromper,
- pratiques addictives : consommation de tabac, de cannabis (donc désinvestissement, problème de mémorisation),
- équipes de terrain en difficultés car hausse des étudiants en stage (moins de temps disponible par étudiant),
- pédagogie toujours adaptée aux étudiants ?

La liste n'est sûrement pas exhaustive et si l'analyse conduite par ce DS constitue assurément un matériau pour tous les professionnels liés à la formation, la réflexion mérite pour autant d'être enrichie et poursuivie. Pour l'heure, ces éléments nous amènent à réinterroger la place accordée pour la pédagogie différenciée et l'individualisation de la formation. Or, on sait que les régions sont très sensibles à cette question des parcours individualisés.

Pour ce qui concerne la culture du résultat, il convient de préciser que cette notion a gagné désormais le champ des soins et que par conséquent elle n'épargne pas en amont le secteur de la formation. Elle s'origine dans l'affirmation des droits du patient, dans le très haut niveau atteint par les progrès scientifiques et techniques, et dans l'exigence de maîtrise de l'évolution des coûts. Le mode de financement des IFSI générant désormais une bien plus grande transparence et l'application de l'EPRD (en réalité il convient de parler d'équilibre de la capacité d'auto-financement) contribuent à rationaliser la gestion de l'ensemble du système. Système coiffé par la démarche Qualité, nous y reviendrons dans les préconisations. Avant justement de faire part de la contribution directe du Directeur des Soins, nous allons mettre en perspective la question de départ et les deux hypothèses énoncées avec les éléments issus de la synthèse et de l'analyse des résultats de l'enquête.

L'objet de la recherche s'est fondé sur la question suivante : **En quoi le projet d'école peut-il constituer un élément stratégique permettant au Directeur des Soins en IFSI de mieux se positionner, dans le cadre du transfert des formations sanitaires et sociales aux régions ?**

Dans le cadre de la régionalisation, on vient de constater grâce à l'enquête que la fonction de directeur des soins prend une envergure toute autre pour deux raisons essentielles :

- ce directeur passe d'un état d'acteur « non impliqué » à un état d'acteur « incontournable »,
- il est conduit à s'approprier et à développer une compétence réelle dans un domaine nouveau, celui de la gestion budgétaire de la structure de formation qu'il dirige.

A cette fin, le projet d'école constitue l'outil de référence dans la mesure où il fait état de la stratégie retenue par le directeur, stratégie déclinée en trois dimensions :

- le diagnostic réalisé (menaces et opportunités environnementales, ou forces et faiblesses pour le dire autrement),
- le déploiement de la démarche (intégrant la notion de rupture),
- les choix opérés (prise en compte des facteurs d'évolution et de stabilité).

Certes les directeurs des soins interrogés nous ont bien fait comprendre que ce projet n'était pas toujours formalisé. De plus, nous avons constaté que les autres protagonistes confondent parfois projet d'école et projet pédagogique. Mais l'ensemble des personnes interrogées a déclaré que l'analyse du contexte, notamment pour positionner l'offre de formation, est une étape indispensable à la définition d'une ligne stratégique. Et en matière de ligne stratégique, nous avons pu remarquer que les directeurs d'IFSI interrogés, eu égard au modèle théorique décrit par Michel GODET, oscillent entre une position d'acteur « *préactif* » ou « *proactif* ». De là à faire une universalité de ce constat, il n'y a qu'un pas que nous ne saurions franchir. En effet souvenons-nous que la responsable au Conseil régional a identifié trois types d'établissements. Dont un qu'elle a qualifié de « *conservateur, sorte d'arrière garde* », et dont on peut supposer qu'incarnant le modèle de « *l'autruche passive* » il ait quelque difficulté même à rejoindre le modèle « *réactif* ». Il n'empêche que les directeurs d'IFSI rencontrés s'appuient sur leurs projets pour incarner un modèle de dirigeant prospectif. Jean-René LOUBAT rappelle : « ... *dans un environnement en pleine mutation, le dirigeant doit se trouver plus que jamais en prise avec les tendances de son environnement, si possible les anticiper, en tous les cas, en tirer des enseignements, être capable de structurer les attentes de ses partenaires, de réagir et d'innover, de proposer de nouveaux projets de service.* »⁷¹

⁷¹ Ibid.

En ce sens la première hypothèse est vérifiée : un des objectifs étant pour le Directeur des soins de l'IFSI d'obtenir les moyens adaptés aux ambitions de sa structure de formation, **le projet d'école doit s'appuyer sur une stratégie prospective de ce directeur**. C'est bien ce que l'on constate ici. Quand la démarche est réalisée, elle consiste bien à articuler les potentiels de l'institut avec les éléments participant de l'élaboration de « l'état des lieux ».

Malgré notre forte conviction que le projet d'école soit un véritable outil stratégique car triple instrument de cohérence, de communication et de motivation, et de réalité, la deuxième hypothèse en revanche, se heurte à quelques limites. Nous avons énoncé que : Le projet d'école, s'appuyant sur un système d'information pertinent, doit d'une part **permettre de favoriser la communication et le partenariat entre le directeur des soins et la région**, et d'autre part **faire partie de la stratégie de collaboration et de coopération devant être développée entre le Directeur des Soins de l'IFSI et le Directeur de l'établissement de santé de rattachement**.

Pourquoi des limites ? Nous avons constaté que les directeurs d'IFSI pouvaient mobiliser le projet d'école afin que « l'outil » constitue la base des échanges avec l'ensemble des autres interlocuteurs. Mais cette démarche ne semble pas toujours faite. Tout au moins, elle n'est pas formalisée comme nous le décrivons. Or ceci contribue justement à alimenter la « confusion des genres ». Les partenaires du directeur d'IFSI confondent aussi le projet d'école et les projets. Pour autant, deux éléments retiennent notre attention et atténuent ces bémols :

- certaines réponses obtenues sont encourageantes, comme celles de la responsable au Conseil régional qui déclare que les situations ne manquent pas de pouvoir considérer très attentivement les projets d'écoles. On peut faire l'hypothèse ici que la région à terme va élever son niveau d'exigence et que par conséquent, le projet d'école ne pourra plus se passer de ne pas être formalisé.
- l'absence de mobilisation du projet d'école comme outil propice à la négociation ne constitue en aucun cas un frein aux échanges, à la collaboration, aux partenariats tant d'ailleurs en interne qu'en externe.

2.3.3 La contribution directe du Directeur des Soins

A l'issue des résultats de l'enquête et en lien avec notre objet d'étude, les propositions émises sont de nature à caractériser la contribution directe que peut exercer le directeur d'IFSI. Celles-ci renvoient à plusieurs champs d'intervention et cette diversité fait écho à l'envergure attendue d'un tel dirigeant.

✚ **Le Directeur d'IFSI, dirigeant en veille professionnelle régulière.**

Est-il utile de rappeler à nouveau que les contextes et les environnements sont marqués par de telles évolutions que la position de dirigeant ne paraît pas « viable » si celui qui est en position d'exercer d'importantes responsabilités n'assure pas une veille à caractère professionnel ?

A l'instar du gardien de phare ou de la vigie en haut du mât qui tous deux scrutent l'horizon, le Directeur d'IFSI doit mettre en place une organisation de travail qui lui permette d'être en veille. Concrètement, il doit aménager, formaliser dans son planning journalier ou hebdomadaire des périodes où il peut consacrer du temps pour des lectures professionnelles par exemple. En principe, c'est un acteur formé à la lecture dynamique et il est rompu à l'exercice de la synthèse. Le fait de missionner la personne référent du centre de documentation et audiovisuel de l'IFSI pour assurer une première sélection des articles me paraît indispensable. Selon la taille de l'établissement de rattachement, la mise à disposition d'une revue de presse hebdomadaire est assurée.

Cette veille peut revêtir d'autres formes. La sollicitation de personnes ressources au niveau des tutelles (Ministère, DRASS, Conseil régional) ou au niveau associatif (CEFIEC, GERACFAS, AFDS) doit devenir un réflexe régulier. Sa participation active à des groupes de travail, une implication associative, sont autant de situations favorables.

Cette veille comporte des enjeux. Socialement, professionnellement, pédagogiquement, beaucoup d'attentes se cristallisent sur la personne du Directeur des Soins. Non seulement il ne doit pas « décevoir » (il n'est pas attendu pour autant qu'il soit expert sur chaque sujet) mais surtout, s'il n'assure pas cette veille, qui le fera ? N'est-il pas du rôle du dirigeant d'interpeller les cadres formateurs sur certaines questions, de pouvoir ponctuellement susciter la créativité des étudiants, de pouvoir insuffler des projets ? Pour cela, il faut avoir « du grain à moudre ». Enfin, cette veille permet bien sûr de pouvoir être un acteur « *proactif* », allant au-devant des réformes, capable d'affronter le changement et de le conduire, au lieu de le subir.

✚ **Le Directeur d'IFSI, garant de la formalisation d'un projet d'école.**

Cette préconisation pourrait être perçue comme une « Lapalissade » mais on sait qu'en matière d'évidence, ce qui va sans dire va encore mieux en le disant. Tout d'abord, il s'agit pour le directeur d'IFSI d'être en conformité avec la réglementation, même si le texte parle de « *projet pédagogique* ». Ensuite, si l'ensemble du projet est rédigé avec l'ensemble de l'équipe pédagogique, il appartient au directeur d'IFSI de dresser le

diagnostic de l'existant. Il est formé à cette démarche, l'établissement d'une cartographie constituant l'outil de référence, car pointant les forces et les faiblesses, les opportunités et les menaces, les tendances lourdes ainsi que les tendances en germes. Cette réalisation positionne le dirigeant dans son rôle et dans une dimension particulièrement stratégique. Cela au bénéfice d'une offre de formation adaptée aux besoins, cohérente avec le schéma régional des formations, propice à des projets pertinents voire innovants.

Le Directeur d'IFSI, acteur de l'amélioration de l'appareil de formation.

On ne reviendra pas sur le « tiers exclu ». Il est naturellement attendu que les directeurs d'IFSI, de façon isolée (chacun dans sa structure de formation) et collective (au cœur de groupes de travail) élaborent une analyse précise du phénomène de déperdition. Les conclusions dégagées et remédiations proposées devront être partagées avec l'ensemble des protagonistes.

En matière de culture du résultat, le Directeur d'IFSI se doit de s'inscrire dans une logique d'assurance Qualité. Le partage d'expérience (Benchmarking) doit lui permettre de s'approprier la démarche, de la conduire dans l'institut avec les cadres formateurs, en sollicitant les formés pour optimiser le dispositif d'évaluation.

Des contrats d'objectifs et de moyens entre les Régions et les établissements peuvent être signés. Des expériences en Provence-Alpes-Côte d'Azur font état de convention cadre pluriannuelle qui permet de fixer des objectifs mais surtout d'assurer le fonctionnement et les rémunérations des personnels des instituts de formation.

Deux voies peuvent être explorées : la conclusion de contrats pluriannuels avec les organismes de formation, un travail d'harmonisation pour arriver à une égalité de traitement des structures, mais aussi pour permettre la mobilité des personnels.

La démarche peut reposer aussi sur l'obtention de moyens destinés à optimiser le niveau de formation dispensée. Pour exemple, la création d'une salle de travaux pratiques à l'IFSI permettant d'assurer in situ le déroulement de mises en situations professionnelles « soulagerait » les professionnels de terrain et leur permettrait de pouvoir consacrer plus de temps à tel ou tel étudiant infirmier en stage. Cette notion rejoint l'idée de l'individualisation des parcours de formation. Or, garantir le niveau de formation des étudiants, donc des futurs professionnels, c'est tendre toujours plus vers la qualité et la sécurité des soins dispensés aux patients.

Sur le plan structurel, on pourrait imaginer que le dispositif de formation soit encore plus démocratique. La création d'un Conseil d'Administration offrirait davantage de

représentativité. Sur le plan régional, le directeur d'IFSI peut œuvrer pour la création d'une structure de concertation, signe fort d'une représentativité élargie. La possibilité de créer également un bureau régional des directeurs des formations sanitaires et sociales reste à étudier. Il ne s'agit pas de multiplier les instances, les organes, les réunions, mais de réfléchir à la construction d'un cadre structurant l'offre de formation.

🚩 Le Directeur d'IFSI, compétent dans le domaine de la gestion budgétaire.

Jusqu'en 2005, peu d'établissements hospitaliers gestionnaires d'écoles ou d'instituts de formation paramédicaux ont réellement pratiqué une gestion financière analytique fine de ces derniers. *« Pour maîtriser le changement et ne pas le subir, les organisations doivent non seulement anticiper correctement (ni trop tôt, ni trop tard) les virages techniques, concurrentiels, réglementaires, mais aussi exceller dans leurs activités et enfin innover sans cesse. »*⁷² Quoiqu'il en soit, il est hors de question que le directeur d'IFSI devienne un technicien hors pair dans le domaine budgétaire mais l'enquête a montré qu'il ne devait pas ignorer ses questions. *« L'objet de la comptabilité Générale est de traduire en valeur monétaire tous les événements qui affectent la vie de l'entreprise afin de donner une image fidèle de la situation financière et de ses résultats. »*⁷³

La création d'outils, de tableaux de bord destinés à étayer le suivi financier devient indispensable. L'ENSP assure une formation continue dans ce champ. Les associations aussi, même si ce n'est pas leur vocation première que de dispenser de la formation permanente, peuvent organiser le relais de cette formation.

En pratique, gérer un budget consiste à le préparer, le négocier, à en assurer sa mise en oeuvre, à en contrôler son suivi. L'enquête nous invite à engager les directeurs dans une fonction contrôle (suivi par exemple des indemnités de stages pour identifier des comportements déviants), une fonction pédagogique (expliquer aux cadres formateurs, aux étudiants les priorités retenues, les responsabiliser dans leurs pratiques quotidiennes, les inciter à mettre en place des organisations de travail efficaces, sources d'économies pouvant alors être consacrées à d'autres postes budgétaires). Enfin, le directeur d'IFSI doit être force de proposition pour que les procédures soient simplifiées, en accord avec le chef d'établissement.

⁷² GODET M., Op. Cit., p.17.

✚ Le Directeur d'IFSI, acteur dans le rapprochement du sanitaire et du social

Les personnes interrogées, notamment au stade des attentes et des perspectives, ont à plusieurs reprises évoqué le rapprochement des secteurs sanitaire et social. Cette insistance s'appuie légitimement sur l'affirmation de la dimension sociale de la santé, ainsi que sur le constat du primat du sanitaire sur le social. Pour autant l'articulation dont il est question demeure difficile. Un professeur émérite de géographie de la santé nous explique pourquoi. « *Les difficultés et les freins observés tiennent surtout aux différences de mentalités et, de fait, à la juxtaposition de deux cultures peu préparées ni formées à œuvrer de concert.* »⁷⁴ Malgré tout, des expériences innovantes ont vu le jour et le directeur des soins doit s'inspirer du retour d'expérience acquis. En l'occurrence, il s'agit ici du rapprochement mis en œuvre depuis 2002 à LORIENT au sein d'un pôle de formations regroupant quatre filières issues des deux champs. Cet exemple pionnier doit encourager le directeur d'IFSI. « *Sur le plan pédagogique, les expériences communes ont été globalement positives. ... La réussite du changement dépend du positionnement des partenaires et de leur volonté de faire évoluer les pratiques, d'un intérêt partagé des différents acteurs et de leur influence sur le fonctionnement des services.* »⁷⁵ Il s'avère par ailleurs que des conseils régionaux sur le territoire ont déjà manifesté ce type de projets, d'intentions, sous cette forme ou sous une autre. Les décisions institutionnelles qui seront prises à cet égard, quelque soit le type de réponses, devront faire l'objet d'une démarche prospective, mesurant les enjeux, qu'il s'agisse de menaces ou d'opportunités.

En conclusion, l'ensemble de ces mesures n'est pas exhaustif mais leur application permet de mettre en valeur la plus value qui peut être attendue d'un directeur d'IFSI. Parvenu au terme de ce travail, nous nous acheminons vers sa conclusion générale.

⁷³ BORONAT G., Gestion Financière d'une Ecole Paramédicale ou d'un Institut de Formation et son analyse. *Enseignement Filière Directeurs des soins*, ENSP, 12 juillet 2007.

⁷⁴ PICHERAL H., L'articulation des secteurs sanitaire et social une formule incantatoire ? *Soins cadres*, n°57, février 2006, p.23.

⁷⁵ GAUTHIER C., HURTAUD C., Rapprochement des formations initiales du sanitaire et du social. *Soins cadres*, n°57, février 2006, p.43.

Conclusion

Parti initialement de mon expérience de faisant fonction de directeur d'une structure de formation paramédicale et pétri de mes représentations, j'ai vécu à distance la mise en œuvre de la régionalisation. Au cours de la formation statutaire de Directeur de Soins, j'ai pu mieux mesurer le niveau de turbulence qui caractérise le système de santé et traverse le secteur de la formation professionnelle.

C'est sur cette base que j'ai retenu comme objet de recherche le transfert des formations sanitaires et sociales aux régions. Pour ce faire, j'ai formulé une question de départ mettant en avant le rôle supposé stratégique du projet d'école dans le positionnement du directeur d'IFSI. In fine cette question s'avère pertinente et valide.

Les hypothèses qui lui ont été associées ont porté sur la stratégie du directeur d'IFSI, lequel en appui sur le projet d'école peut incarner une vision davantage prospective (hypothèse confirmée) et intégrer une logique de collaboration et de coopération avec l'ensemble des partenaires concernés (hypothèse plus fragile dans la mesure où l'outil n'est pas suffisamment mobilisé).

A l'issue de l'enquête conduite auprès de ces mêmes protagonistes par le biais d'entretiens, nous constatons que si la mise en œuvre s'est avérée très empirique, la démarche est en bonne voie. On peut parler en effet d'une démarche volontariste et participative. L'énergie des acteurs et leur volonté évidente de coopérer permet, d'une part à la région d'incarner l'acteur majeur qu'elle entend être dans le cadre de la décentralisation, et d'autre part au directeur d'IFSI d'occuper une place davantage stratégique en tant que dirigeant. Retenons également que tous les acteurs sont attachés à optimiser l'appareil de formation et à engager d'autres évolutions majeures comme le rapprochement des secteurs sanitaire et social. Bien sûr, la question de la pérennité de la subvention de fonctionnement reste une forte préoccupation. De même, l'état du patrimoine immobilier des instituts sera une question très sensible en matière de financement. Les solutions pourraient passer par le partage des responsabilités, notamment en termes de recours à d'autres collectivités territoriales.

Les limites du travail, outre celles déjà évoquées et surtout relatives au faible niveau de représentativité de l'échantillon de population, résident pour moi dans la difficulté suivante : produire un travail de Recherche dans le sens « ouvert » du terme et en même temps élaborer une réflexion où l'opérationnalité est consacrée.

Parmi les intérêts retirés dans cette recherche, il est clair que ce travail m'a permis d'explorer une thématique dont les contours sont assez larges, d'autant plus que la réforme est très récente et s'est caractérisée par la rapidité de sa mise en œuvre. En outre, elle constitue une base solide pour débiter prochainement dans mes nouvelles fonctions. Un des éléments majeurs que j'ai découvert c'est le fait que le directeur d'IFSI doit désormais compter avec des acteurs politiques. Or, il n'est pas habitué à cela. Et à mon sens il existe du coup une certaine tension, née du fait que les rationalités de ces deux acteurs sont très différentes. En effet, la rationalité tendancielle d'un élu est de privilégier le court terme, la vie politique étant scandée par les échéances électorales. Celle d'un directeur d'IFSI est d'une autre nature. Et, sur le « terrain », le directeur d'IFSI va se trouver à l'interface entre le jeu des « politiques » et la qualité de la formation des professionnels qu'il doit garantir, animé par le service du cœur de métier. Quoiqu'il en soit, un directeur d'hôpital nous rappelle que « *la responsabilité d'un manager c'est de faire face aux évolutions actuelles avec le corps social existant.* »⁷⁶ Voilà une réflexion particulièrement intéressante qui nous recentre sur le débat amorcé et qui pourrait constituer la base d'un prolongement à cette recherche.

⁷⁶ DONIUS B., LA Gestion Prévisionnelle des Emplois, des Métiers et des Compétences. *Enseignement Filière Directeurs des soins*, ENSP, 17 avril 2007.

Bibliographie

1 - DOCUMENTS PUBLIES

1.1 - LIVRES

ABRIC J.C., *Pratiques sociales et représentations*. Paris ; P.U.F., 2001, 256 p.

AUBIN E., ROCHE C., *L'essentiel du droit de la décentralisation*. Paris ; Gualino, 2006, 118 p.

BAGUENARD J., *La décentralisation*. Paris ; P.U.F., Janvier 2004, 7^{ème} édition Que sais-je ? 126 p.

BARDIN L., *L'analyse de contenu*. Paris ; PUF, 6^{ème} éd., 1977, 291 p.

BROCH M.H., *Travailler en équipe à un projet pédagogique*. Lyon ; Chronique sociale, novembre 2004, 218 p., 3^{ème} édition.

CORDON C., PONTE C., RIOUFOL M.O., et al, *VAE aide-soignant Module de formation obligatoire Validation des acquis de l'expérience pour l'obtention du DPAS*. Paris ; Masson, 2005, XI Introduction.

DE KETELE J.-M., ROGIERS X., *Méthodologie du recueil d'informations, Fondements des méthodes d'observations, de questionnaires, d'interviews et d'études de documents*. Bruxelles ; De Boeck Université, 1996, Collection Méthodes en sciences humaines 3^{ème} édition, 226 p.

DE PERETTI A., *Encyclopédie de l'évaluation en formation et en éducation*. Paris ; ESF, 2^{ème} édition 2000, 556 p.

GEVART P., *70 fiches Comprendre les enjeux de la décentralisation*. Paris ; l'étudiant, 2006, 167 p.

GODET M., *Manuel de prospective stratégique Tome 1 Une indiscipline intellectuelle*. Paris ; Dunod, 1997, 260 p.

HERZLICH, Cité par MOSCOVICI S., *Psychologie sociale*. Paris ; P.U.F., 1984, 596 p.

JONNAERT P., *De l'intention au projet*. Bruxelles ; De Boeck Université, 1993, 140 p.

KAUFFMANN J.C., *L'entretien compréhensif*. Paris ; Ed. Nathan, 1996, 127 p.

MALIBEAU A., *Le système local en France*. Paris ; Montchrestien Ed., 1997, 157 p.,
Collection Clefs Politiques.

ZELLER A., STUSSI P., *La France enfin forte de ses régions. Glossaire engagé de la décentralisation*. Paris ; Gualino, 2002, 296 p.

1.2 - TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

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

Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière, Journal Officiel n°95 du 22 avril 2002, p.7187.

Décret n° 2005-723 du 22 juin 2005 relatif au régime budgétaire des écoles et instituts de formation de certains professionnels de santé relevant d'établissements publics de santé et modifiant le code de la santé publique, Journal Officiel n°151 du 30 juin 2005, texte n°63.

Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, Journal Officiel n°108 du 10 mai 2007, page 8324, texte n°91.

1.3 – REVUES ET SOURCES

ARCHIMBAUD J., Cité par MOREL A., « La bibliographie, fiche documentation n°3, Masson ». *Soins cadres*, décembre 1999, n°32, p.51.

BURDILLAT M., Evolution démographique des professions de santé paramédicales. *Soins cadres*, Août 2006, n°59, pp. 7-8.

COUDRAY M.A., Dossier La formation à l'heure de l'Europe. Pour contribuer à une lecture de sens. *Soins cadres*, Août 2006, n°59, pp. 66-69.

Enquête Deux ans après leur décentralisation Formations sociales : chacun cherche sa place. *Actualités Sociales Hebdomadaires Magazine*, Novembre-Décembre 2006, supplément n°18 au n°2483, pp.18-26.

GAUTHIER C., HURTAUD C., Rapprochement des formations initiales du sanitaire et du social. *Soins cadres*, n°57, février 2006, p.40-43.

HAS - Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques professionnelles. *Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé*. Janvier 2005, 40 p.

KOZLOWSKI J., Dossier Le CEFIEC et les formations soignantes. La VAE appliquée aux métiers de la santé : système de colmatage ou système professionnalisé ? *Les cahiers hospitaliers*, Novembre 2006, n° 228, pp.12-15.

LOUBAT J.R., Vers une mutation de la fonction de direction. *Lien social*, n°748 du 7 avril 2005, p.6.

PICHERAL H., L'articulation des secteurs sanitaire et social une formule incantatoire ? *Soins cadres*, n°57, février 2006, pp.20-23.

POLTON D., Quelle régionalisation du système de santé en France ? *Les cahiers hospitaliers*, n°192, Juillet-Août 2003, pp.6-8.

RUANO-BORBALAN J.C., WEMAERE J., Editorial A quoi sert la gouvernance ? *Sciences Humaines*, Mars-Avril-Mai 2004, Hors Série n°44, p.3.

VIGNATELLI W., La régionalisation des structures de formation de santé. *Soins cadres*, n°48, novembre 2003, pp.70-71.

VINCENT G., Quelle régionalisation ? *Cahiers hospitaliers*, 2003.

1.4 - DOCUMENTS ELECTRONIQUES

BERLAND Y., Rapport de Mission Commission Démographie médicale, avril 2005, 61 p. Disponible sur Internet : www.onsi.fr/docs/site/dossiers/consultation-infirmiere/berland2005.pdf

CHEVREUL P., Rapport de Mission, *La mise en œuvre du transfert aux régions des formations sanitaires et sociales*, Février 2005, 59 p. Disponible sur Internet : < <http://www.cefipec.fr/ressources/alire/chevreul.pdf>.

DEBOUZIE D., Rapport de Mission, *Commission pédagogique nationale de la première année des études de santé*, 20 juillet 2003, 58 p. Disponible sur Internet : www.sante.gouv.fr/htm/actu/debouzie/sommaire.htm

Délibération n°06.16.896 du Conseil Régional Rhône-Alpes *Adoption des schémas régionaux*, 29 & 30 novembre, 1^{er} décembre, 2006.

Fiche 1A405 Directeur d'Instituts de Formation en soins, Management et Pédagogie et activités paramédicales. Disponible sur Internet : Site du Ministère de la Santé et des solidarités.

KAROUTCHI R., *Rapport d'information fait au nom de l'Observatoire de la décentralisation sur la décentralisation de la formation professionnelle et de l'apprentissage*, 2005, 79 p. Disponible sur Internet : <http://www.senat.fr>

MATILLON Y., Rapport de Mission, *Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé*, Août 2003, 94 p. Disponible sur Internet : www.sante.gouv.fr/htm/actu/matillon/rapport-matillon.pdf

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

Ministère de la Santé et des Solidarités - DHOS / Observatoire National des Emplois et des Métiers de la FPH. *Facteurs d'évolution probables à moyen et long terme dans les champs sanitaire, social et médico-social publics impactant les ressources humaines et les organisations*. Mars 2007, 177 p.

PERISSOL P.A., Rapport de Mission, *Régionalisation de la formation professionnelle*, juin 2003, 20 p. Disponible sur Internet : www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics034000602/index.shtml

Premières Assises de la décentralisation des formations sanitaires et sociales, *Supplément à info flash*, 1^{er} au 15 avril 2006, n° 677, 8 p., Disponible sur Internet : <http://www.arf.asso.fr>

QUEYRANNE J.J., Délibération n°06.16.896 du Conseil Régional Rhône-Alpes Adoption des Schémas Régionaux 2006-2010, 29-30 novembre et 1^{er} décembre 2006, 57 p.

2 - DOCUMENTS NON PUBLIES

LOMBARDO P., Le projet d'école en Institut de Formation en Soins Infirmiers, *Mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique*, Filière Directeur des Soins, promotion 2005, septembre 2005, 54 p.

3 - AUTRES SOURCES DOCUMENTAIRES

3.1 - COURS

BORONAT G., Gestion Financière d'une Ecole Paramédicale ou d'un Institut de Formation et son analyse. *Enseignement Filière Directeurs des soins*, ENSP, 12 juillet 2007.

BOUDET G., Professions de santé : Perspectives. *Enseignement Filière Directeurs des soins*, ENSP, 24 avril 2007.

CHAUVIGNE C., Qualité, démarche Qualité, Assurance Qualité des formations supérieures professionnelles. *Enseignement Filière Directeurs des soins*, ENSP, 22 mai 2007.

COUDRAY M.A., L'universitarisation des professions de santé. *Enseignement Filière Directeurs des soins*, ENSP, 02 avril 2007.

DONIUS B., LA Gestion Prévisionnelle des Emplois, des Métiers et des Compétences. *Enseignement Filière Directeurs des soins*, ENSP, 17 avril 2007.

GALANT M.O., Le projet d'école. *Enseignement Filière Directeurs des soins*, ENSP, 3 avril 2007.

NAGELS M., L'accréditation des dispositifs de formation. *Enseignement Filière Directeurs des soins*, ENSP, 22 mai 2007.

REGNIER J.C., Enseignement ISPEF - Maîtrise sciences de l'éducation, *Méthodes qualitatives 4PA 16402*, Université Lumière Lyon 2, décembre 2000.

TARDIF L., Stratégies et projets d'établissements. Dossier documentaire et pédagogique pour la séquence d'introduction à la méthodologie de la prospective et des scénarios. *Enseignement Filière Directeurs des soins*, ENSP, 12 février 2007.

TARDIF L., La stratégie pour améliorer la performance des organisations. *Enseignement Filière Directeurs des soins*, ENSP, 14 février 2007.

Liste des annexes

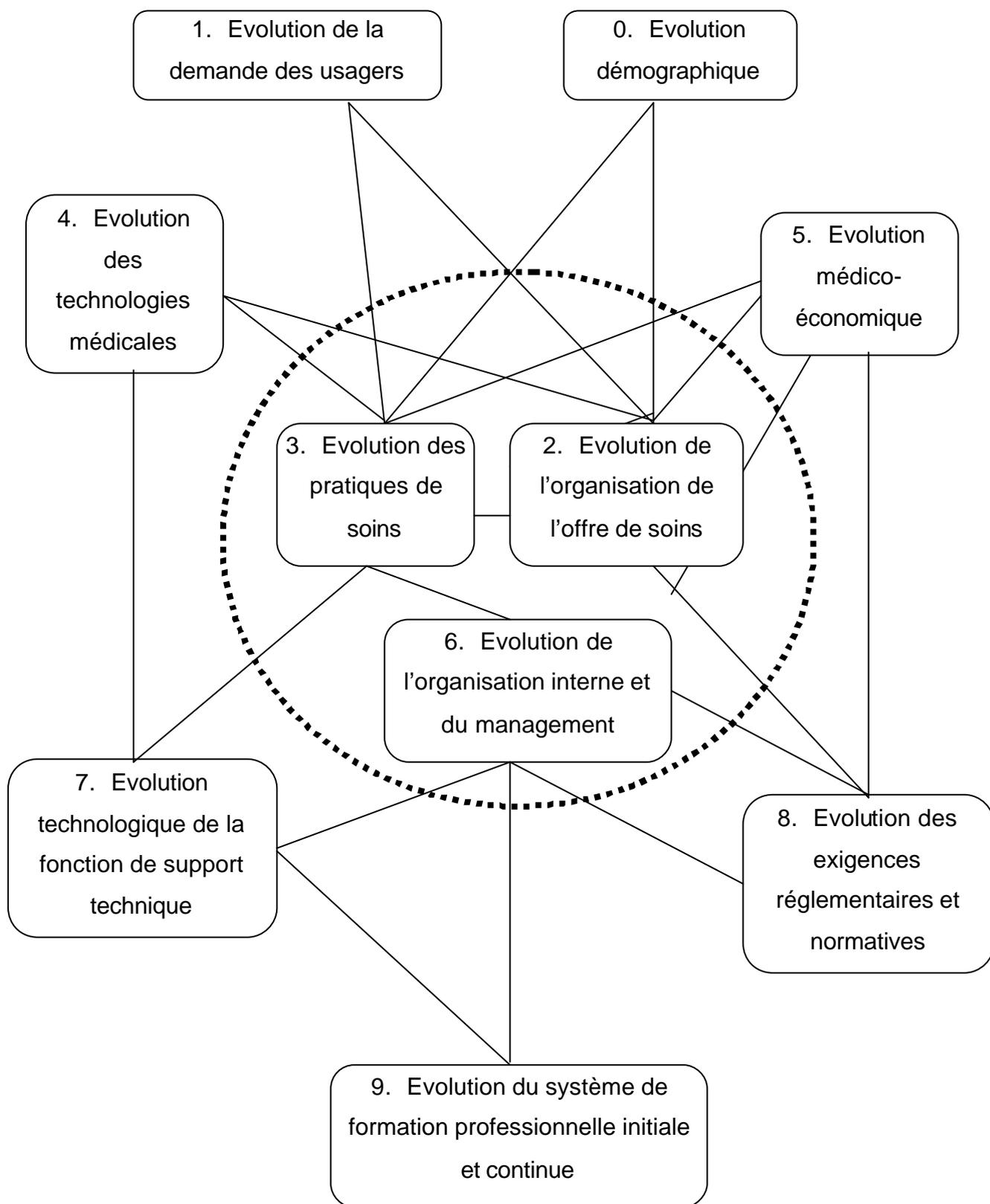
Annexe 1 : Présentation des facteurs d'évolution des métiers de la FPH (doc. DHOS)

Annexe 2 : Guide d'entretien semi-directif auprès des personnes interrogées

- entretien auprès de Directeur(s) des Soins directeur(s) d'IFSI ;
- entretien auprès de Directeur(s) d'Hôpital (CH et CHU) ;
- entretien auprès de Directeur(s) des Ressources Humaines ou Directeur (administratif) des écoles paramédicales (CHU) ;
- entretien auprès d'Attaché(s) d'Administration Hospitalière ;
- entretien auprès d'un Directeur des Soins, conseiller pédagogique auprès d'une DRASS ;
- entretien auprès d'un Directeur des Soins, responsable régional du CEFIEC ;
- entretien auprès d'un responsable régional des formations sanitaires et sociales.

Annexe 1

Présentation des facteurs d'évolution des métiers de la FPH



Annexe 2

GRILLE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF AUPRES DU DIRECTEUR D'IFSI

① **A propos de vous**

- ↳ Pouvez-vous vous présenter sur le plan professionnel ?
 - Date de formation de DS ?
 - Quel est votre parcours professionnel ?

② **A propos du pilotage d'une organisation**

- ↳ Comment définiriez-vous les notions de :
 - Pilotage ?
 - Projet ?
 - Stratégie ?
 - Quels degrés ? (anticipation ? prospection ? pro activité ?)

③ **A propos de l'IFSI et du Projet de l'Institut**

- ↳ Concernant le projet de l'IFSI :
 - De manière synthétique, pouvez-vous énoncer le Projet de l'institut ?
 - Ce Projet est-il formalisé ?
 - Comment est-il construit ?
 - Quel contenu ? (contexte ?
 - Comment est-il utilisé ? (instrument de pilotage ? d'action ? d'anticipation ?) S'appuie-t-il sur une stratégie ?
 - Outil participant à la régulation de l'offre de formation régionale ?

④ A PROPOS DE LA DECENTRALISATION / REGIONALISATION

- ↳ Qu'évoquent pour vous les termes suivants :
 - Décentralisation ?
 - Régionalisation ?
- ↳ Faites-vous un (des) lien(s) entre les deux ? Le(s)quel(s) ?

⑤ A propos de la mise en œuvre concrète du Transfert des formations sanitaires et sociales

- ↳ Vous êtes-vous préparé à cette réforme ? Comment ?
- ↳ Avez-vous anticipé cette réforme ? Quelle était votre position (fonctionnement) avant ? Qu'est-ce que ça a changé ? Concurrence ? Mutualisation ?
- ↳ Quels sont vos liens avec le Conseil Régional ?
 - Quelles attentes identifiées ?
 - Vos propres attentes ?
- ↳ Quels interlocuteurs pertinents ? (DG ? DRH ? Directeur financier ? autre ?)
- ↳ Quel niveau de collaboration ? Quelles intentions communes ? Quelles intentions différentes acceptées ?
- ↳ Quel système d'information devez-vous mettre en œuvre et/ou tenir à disposition pour la région ?
- ↳ Développez-vous des stratégies ? Définissez-vous des priorités ?
- ↳ La logique EPRD hospitalière influence-t-elle la logique de financement des IFSI ?

⑥ A propos des perspectives

- ↳ Quelle évolution prévisible ?
 - des projets des instituts ?
 - du positionnement des directeurs d'IFSI ? (renforcé ? affaibli ? stable ?)
 - des demandes de la région ?

GRILLE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF
AUPRES DU DIRECTEUR GENERAL DE CH + CHU

① **A propos de vous**

- ↳ Pouvez-vous vous présenter sur le plan professionnel ?
- Date de formation de EDH ?
 - Quel est votre parcours professionnel ?

② **A propos du pilotage d'une organisation**

- ↳ Comment définiriez-vous les notions de :
- Pilotage ?
 - Projet ?
 - Stratégie ?
 - Quels degrés ? (anticipation ? prospection ? pro activité ?)

③ **A propos de l'IFSI et du Projet de l'Institut**

- ↳ Concernant le projet de l'IFSI :
- De manière synthétique, quels éléments connaissez-vous du Projet de l'institut ? (que pouvez-vous énoncer ? quels contenus ?)
 - Savez-vous comment ce projet :
 - est construit ?
 - est-il utilisé ? (instrument de pilotage ? d'action ? d'anticipation ?)S'appuie-t-il sur une stratégie ?
 - Outil participant à la régulation de l'offre de formation régionale ?

④ **A PROPOS DE LA DECENTRALISATION / REGIONALISATION**

- ↳ Qu'évoquent pour vous les termes suivants :
- Décentralisation ?
 - Régionalisation ?
- ↳ Faites-vous un (des) lien(s) entre les deux ? Le(s)quel(s) ?

⑤ A propos de la mise en œuvre concrète du Transfert des formations sanitaires et sociales

- ↪ Quel est votre rôle dans ce dossier ?
- ↪ Vous êtes-vous préparé à cette réforme ? Comment ?
- ↪ Quelle était votre position (fonctionnement) avant ? Qu'est-ce que ça a changé ? Concurrence ? Mutualisation ?
- ↪ Quels sont vos liens avec :
 - le directeur de l'IFSI ? (comment le positionnez-vous ?)
 - le Conseil Régional ?
 - Quelles attentes identifiées ?
 - Vos propres attentes ?
- ↪ Quels interlocuteurs pertinents pour ? (DG ? DRH ? Directeur financier ? autre ?)
- ↪ Quel niveau de collaboration ? Quelles intentions communes ? Quelles intentions différentes acceptées ?
- ↪ Quel système d'information doit-il être mis à la disposition de la région ?
- ↪ Développez-vous des stratégies ? Définissez-vous des priorités ?
- ↪ La logique EPRD hospitalière influence-t-elle la logique de financement des IFSI ?

⑥ A propos des perspectives

- ↪ Quelle évolution prévisible ?
 - des projets des instituts ?
 - du positionnement :
 - des directeurs d'IFSI ? (renforcé ? affaibli ? stable ?)
 - des interlocuteurs privilégiés sur ces questions ?
 - des demandes de la région ?

GRILLE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF
AUPRES DU DIRECTEUR DES ECOLES ou DRH de CH + CHU

① **A propos de vous**

- ↳ Pouvez-vous vous présenter sur le plan professionnel ?
- Date de formation de EDH ?
 - Quel est votre parcours professionnel ?

② **A propos du pilotage d'une organisation**

- ↳ Comment définiriez-vous les notions de :
- Pilotage ?
 - Projet ?
 - Stratégie ?
 - Quels degrés ? (anticipation ? prospection ? pro activité ?)

③ **A propos de l'IFSI et du Projet de l'Institut**

- ↳ Concernant le projet de l'IFSI :
- De manière synthétique, quels éléments connaissez-vous du Projet de l'institut ? (que pouvez-vous énoncer ? quels contenus ?)
 - Savez-vous comment ce projet :
 - est construit ?
 - est-il utilisé ? (instrument de pilotage ? d'action ? d'anticipation ?)S'appuie-t-il sur une stratégie ?
 - Outil participant à la régulation de l'offre de formation régionale ?

④ **A PROPOS DE LA DECENTRALISATION / REGIONALISATION**

- ↳ Qu'évoquent pour vous les termes suivants :
- Décentralisation ?
 - Régionalisation ?
- ↳ Faites-vous un (des) lien(s) entre les deux ? Le(s)quel(s) ?

⑤ A propos de la mise en œuvre concrète du Transfert des formations sanitaires et sociales

- ↳ Quel est votre rôle dans ce dossier ?
- ↳ Vous êtes-vous préparé à cette réforme ? Comment ?
- ↳ Quelle était votre position (fonctionnement) avant ? Qu'est-ce que ça a changé ?
Concurrence ? Mutualisation ?
- ↳ Quels sont vos liens avec :
 - le directeur de l'IFSI ? (comment travaillez-vous avec lui ?)
 - le Conseil Régional ?
 - Quelles attentes identifiées ?
 - Vos propres attentes ?
- ↳ Quels interlocuteurs pertinents pour ? (DG ? Directeur financier ? DS IFSI ? autre ?)
- ↳ Quel niveau de collaboration ? Quelles intentions communes ? Quelles intentions différentes acceptées ?
- ↳ Quel système d'information doit-il être mis à la disposition de la région ?
- ↳ Développez-vous des stratégies ? Définissez-vous des priorités ?
- ↳ La logique EPRD hospitalière influence-t-elle la logique de financement des IFSI ?

⑥ A propos des perspectives

- ↳ Quelle évolution prévisible ?
 - des projets des instituts ?
 - du positionnement :
 - des directeurs d'IFSI ? (renforcé ? affaibli ? stable ?)
 - des interlocuteurs privilégiés sur ces questions ?
 - des demandes de la région ?

GRILLE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF
AUPRES DU DIRECTEUR DES SERVICES FINANCIERS (ou AAH) DE CH + CHU

① **A propos de vous**

- ↳ Pouvez-vous vous présenter sur le plan professionnel ?
- Date de formation de EDH ?
 - Quel est votre parcours professionnel ?

② **A propos du pilotage d'une organisation**

- ↳ Comment définiriez-vous les notions de :
- Pilotage ?
 - Projet ?
 - Stratégie ?
 - Quels degrés ? (anticipation ? prospection ? pro activité ?)

③ **A propos de l'IFSI et du Projet de l'Institut**

- ↳ Concernant le projet de l'IFSI :
- De manière synthétique, quels éléments connaissez-vous du Projet de l'institut ? (que pouvez-vous énoncer ? quels contenus ?)
 - Savez-vous comment ce projet :
 - est construit ?
 - est-il utilisé ? (instrument de pilotage ? d'action ? d'anticipation ?)S'appuie-t-il sur une stratégie ?
 - Outil participant à la régulation de l'offre de formation régionale ?

④ **A PROPOS DE LA DECENTRALISATION / REGIONALISATION**

- ↳ Qu'évoquent pour vous les termes suivants :
- Décentralisation ?
 - Régionalisation ?
- ↳ Faites-vous un (des) lien(s) entre les deux ? Le(s)quel(s) ?

⑤ A propos de la mise en œuvre concrète du Transfert des formations sanitaires et sociales

- ↪ Quel est votre rôle dans ce dossier ?
- ↪ Vous êtes-vous préparé à cette réforme ? Comment ?
- ↪ Quelle était votre position (fonctionnement) avant ? Qu'est-ce que ça a changé ?
Concurrence ? Mutualisation ?
- ↪ Quels sont vos liens avec :
 - le directeur de l'IFSI ? (comment travaillez-vous avec lui ?)
 - le Conseil Régional ?
 - Quelles attentes identifiées ?
 - Vos propres attentes ?
- ↪ Quels interlocuteurs pertinents pour ? (DG ? DRH ? DS IFSI ? autre ?)
- ↪ Quel niveau de collaboration ? Quelles intentions communes ? Quelles intentions différentes acceptées ?
- ↪ Quel système d'information doit-il être mis à la disposition de la région ?
- ↪ Développez-vous des stratégies ? Définissez-vous des priorités ?
- ↪ La logique EPRD hospitalière influence-t-elle la logique de financement des IFSI ?

⑥ A propos des perspectives

- ↪ Quelle évolution prévisible ?
 - des projets des instituts ?
 - du positionnement :
 - des directeurs d'IFSI ? (renforcé ? affaibli ? stable ?)
 - des interlocuteurs privilégiés sur ces questions ?
 - des demandes de la région ?

**GRILLE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF
AUPRES D'UN DIRECTEUR DES SOINS
CONSEILLER TECHNIQUE ou PEDAGOGIQUE AUPRES DE LA DRASS**

① **A propos de vous**

- ↳ Pouvez-vous vous présenter sur le plan professionnel ?
- Quel est votre parcours professionnel ?

② **A propos du pilotage d'une organisation**

- ↳ Comment définiriez-vous les notions de :
- Pilotage ?
 - Projet ?
 - Stratégie ?
 - Quels degrés ? (anticipation ? prospection ? pro activité ?)

③ **A propos des IFSI et des Projet des Instituts**

- ↳ Concernant les projets des IFSI :
- De manière synthétique, quels éléments connaissez-vous des Projet des instituts ? (que pouvez-vous énoncer ? quels contenus ?)
 - Savez-vous comment ces projets :
 - sont construits ?
 - sont utilisés ? (instruments de pilotage ? d'action ? d'anticipation ?)S'appuient t-ils sur une stratégie ?
 - Outils participant à la régulation de l'offre de formation régionale ?

④ **A PROPOS DE LA DECENTRALISATION / REGIONALISATION**

- ↳ Qu'évoquent pour vous les termes suivants :
- Décentralisation ?
 - Régionalisation ?
- ↳ Faites-vous un (des) lien(s) entre les deux ? Le(s)quel(s) ?

⑤ A propos de la mise en œuvre concrète du Transfert des formations sanitaires et sociales

- ↪ Quel est votre rôle dans ce dossier ? Quel regard porté ?
- ↪ Vous êtes-vous préparé à cette réforme ? Comment ?
- ↪ Quelle était votre position (fonctionnement) avant ? Qu'est-ce que ça a changé ?
Concurrence ? Mutualisation ?
- ↪ Quels sont vos liens avec :
 - les directeurs des IFSI ? (comment travaillez-vous avec eux ?)
 - le Conseil Régional ?
 - Quelles attentes identifiées ?
 - Vos propres attentes ?
- ↪ Quels interlocuteurs pertinents pour ? (DG ? DRH ? DS IFSI ? autre ?)
- ↪ Quel niveau de collaboration peut-on en attendre ? Quelles intentions communes ? Quelles intentions différentes acceptées ?
- ↪ Quel système d'information doit-il être mis à la disposition de la région ?
- ↪ Développez-vous des stratégies ? Définissez-vous des priorités ?
- ↪ La logique EPRD hospitalière influence-t-elle la logique de financement des IFSI ?

⑥ A propos des perspectives

- ↪ Quelle évolution prévisible ?
 - des projets des instituts ?
 - du positionnement :
 - des directeurs d'IFSI ? (renforcé ? affaibli ? stable ?)
 - des interlocuteurs privilégiés sur ces questions ?
 - des demandes de la région ?

GRILLE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF
AUPRES D'UN DIRECTEUR DES SOINS RESPONSABLE REGIONAL DU CEFIEC

① **A propos de vous**

- ↳ Pouvez-vous vous présenter sur le plan professionnel ?
- Quel est votre parcours professionnel ?
 - Quel est le rôle du CEFIEC ?

② **A propos du pilotage d'une organisation**

- ↳ Comment définiriez-vous les notions de :
- Pilotage ?
 - Projet ?
 - Stratégie ?
 - Quels degrés ? (anticipation ? prospection ? pro activité ?)

③ **A propos des IFSI et des Projet des Instituts**

- ↳ Concernant les projets des IFSI :
- De manière synthétique, quels éléments connaissez-vous des Projet des instituts ? (que pouvez-vous énoncer ? quels contenus ?)
 - Savez-vous comment ces projets :
 - sont construits ?
 - sont utilisés ? (instruments de pilotage ? d'action ? d'anticipation ?)S'appuient t-ils sur une stratégie ?
 - Outils participant à la régulation de l'offre de formation régionale ?

④ **A PROPOS DE LA DECENTRALISATION / REGIONALISATION**

- ↳ Qu'évoquent pour vous les termes suivants :
- Décentralisation ?
 - Régionalisation ?
- ↳ Faites-vous un (des) lien(s) entre les deux ? Le(s)quel(s) ?

⑤ A propos de la mise en œuvre concrète du Transfert des formations sanitaires et sociales

- ↪ Quel est votre rôle dans ce dossier ? Quel regard porté ?
- ↪ Vous êtes-vous préparé à cette réforme ? Comment ?
- ↪ Quelle était votre position (fonctionnement) avant ? Qu'est-ce que ça a changé ?
Concurrence ? Mutualisation ?
- ↪ Quels sont vos liens avec :
 - les directeurs des IFSI ? (comment travaillez-vous avec eux ?)
 - le Conseil Régional ?
 - Quelles attentes identifiées ?
 - Vos propres attentes ?
- ↪ Quels interlocuteurs pertinents pour ? (DG ? DRH ? DS IFSI ? autre ?)
- ↪ Quel niveau de collaboration peut-on en attendre ? Quelles intentions communes ? Quelles intentions différentes acceptées ?
- ↪ Quel système d'information doit-il être mis à la disposition de la région ?
- ↪ Développez-vous des stratégies ? Définissez-vous des priorités ?
- ↪ La logique EPRD hospitalière influence-t-elle la logique de financement des IFSI ?

⑥ A propos des perspectives

- ↪ Quelle évolution prévisible ?
 - des projets des instituts ?
 - du positionnement :
 - des directeurs d'IFSI ? (renforcé ? affaibli ? stable ?)
 - des interlocuteurs privilégiés sur ces questions ?
 - des demandes de la région ?

GRILLE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF
AUPRES D'UN DIRECTEUR (ou RESPONSABLE) REGIONAL
DES FORMATIONS SANITAIRES ET SOCIALES

① **A propos de vous**

- ↳ Pouvez-vous vous présenter sur le plan professionnel ?
- Quel est votre parcours professionnel ?
 - Quelles sont vos missions ?

② **A propos du pilotage d'une organisation**

- ↳ Comment définiriez-vous les notions de :
- Pilotage ?
 - Projet ?
 - Stratégie ?
 - Quels degrés ? (anticipation ? prospection ? pro activité ?)

③ **A propos des IFSI et des Projets des Instituts**

- ↳ Concernant les projets des IFSI :
- De manière synthétique, quels éléments connaissez-vous des Projets des instituts ? (que pouvez-vous énoncer ? quels contenus ?)
 - Savez-vous comment ces projets :
 - sont construits ?
 - sont utilisés ? (instruments de pilotage ? d'action ? d'anticipation ?)S'appuient t-ils sur une stratégie ?
 - Outils participant à la régulation de l'offre de formation régionale ?

④ **A PROPOS DE LA DECENTRALISATION / REGIONALISATION**

- ↳ Qu'évoquent pour vous les termes suivants :
- Décentralisation ?
 - Régionalisation ?
- ↳ Quels lien(s) entre les deux ?

⑤ A propos de la mise en œuvre concrète du Transfert des formations sanitaires et sociales

- ↳ Quel est votre rôle dans ce dossier ? Quel regard porté ?
- ↳ Vous êtes-vous préparé à cette réforme ? Comment ?
- ↳ Qu'est-ce que ça a changé dans le fonctionnement général ? Concurrence ? Mutualisation ?
- ↳ Quels sont vos liens avec :
 - les directeurs des IFSI ? (comment travaillez-vous avec eux ?)
 - les responsables des EPS (lesquels)?
 - Quelles attentes identifiées ?
 - Vos propres attentes ?
- ↳ Quels interlocuteurs pertinents pour ? (DG ? DRH ? DS IFSI ? autre ?)
- ↳ Quel niveau de collaboration peut-on en attendre ?
- ↳ Quel système d'information doit-il être mis à la disposition de la région ?
- ↳ Développez-vous des stratégies ? Définissez-vous des priorités ?
- ↳ La logique EPRD hospitalière influence-t-elle la logique de financement des IFSI ?

⑥ A propos des perspectives

- ↳ Quelle évolution prévisible ?
 - des projets des instituts ?
 - du positionnement :
 - des directeurs d'IFSI ? (renforcé ? affaibli ? stable ?)
 - des interlocuteurs privilégiés sur ces questions ?
 - des demandes de la région ?