



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur des Soins

Promotion : **2007**

Date du Jury : **septembre 2007**

***Impact des nouveaux modes
de financement des IFSI
sur les fonctions du directeur***

André ROUSSET

Remerciements

Nous tenons à remercier les personnes qui nous ont soutenu et fait confiance tout au long de ces années.

Nous remercions particulièrement les professionnels qui ont accepté d'être interviewés et les intervenants de l'ENSP qui nous ont accompagné dans la réalisation de ce mémoire.

Sommaire

| | |
|--|-----------|
| Introduction | 1 |
| 1 Approche réglementaire et conceptuelle | 4 |
| 1.1 Les fonctions d'un dirigeant | 4 |
| 1.1.1 Approche réglementaire des fonctions de directeur d'institut de formation | 4 |
| 1.1.2 Approche conceptuelle des fonctions de directeur : six fonctions et dix rôles..... | 6 |
| 1.2 La régionalisation des formations sanitaires | 9 |
| 1.2.1 Une répartition des pouvoirs entre État et régions | 9 |
| 1.2.2 Le budget des IF | 12 |
| 2 Analyse des points de vue des partenaires | 14 |
| 2.1 Méthodologie d'enquête | 14 |
| 2.1.1 Méthodologie suivie | 14 |
| 2.1.2 Critique de la méthodologie | 17 |
| 2.2 Le point de vue des partenaires | 18 |
| 2.2.1 Un environnement en évolution | 18 |
| 2.2.2 Les fonctions du directeur d'Institut de Formation..... | 22 |
| 3 Des fonctions émergentes pour le directeur d'IFSI | 42 |
| 3.1 Directeur d'IFSI : quel type de cadre ? | 42 |
| 3.1.1 Le directeur d'IF maître d'œuvre du projet de formation | 42 |
| 3.1.2 Le directeur d'IF veut participer aux décisions | 44 |
| 3.1.3 Le directeur d'IF est-il un « cadre politique » ?..... | 45 |
| 3.2 Des perspectives professionnelles | 47 |
| 3.2.1 La mise en place d'un projet d'école | 47 |
| 3.2.2 Un management par projets | 50 |
| 3.2.3 La création de tableaux de bord | 51 |
| 3.2.4 La participation à la gestion financière | 51 |
| 3.2.5 Le développement de la communication..... | 52 |
| 3.2.6 Le développement d'un réseau | 53 |
| Conclusion | 55 |
| Bibliographie | 57 |

Liste des sigles utilisés

| | |
|--------------|--|
| ARH | Agence Régionale de l'Hospitalisation |
| CME | Commission Médicale d'Etablissement |
| CHU | Centre Hospitalier Universitaire |
| CRPA | Compte de Résultat Prévisionnel Annexe |
| DREES | Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques |
| ENSP | Ecole Nationale de Santé Publique |
| EPRD | État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses |
| GPEC | Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences |
| HAS | Haute Autorité de Santé |
| IF | Institut de Formation |
| IFSI | Institut de Formation en Soins Infirmiers |
| PRDF | Plan Régional de Développement des Formations |
| SACD | Service A Comptabilité Distincte |
| T2A | Tarifcation à l'Activité |
| UF | Unité Fonctionnelle |

Introduction

La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales¹ confie aux régions la responsabilité de la gestion et du financement des formations sanitaires et sociales. Aussi, depuis juillet 2005, les instituts de formation (IF) préparant aux professions sanitaires reçoivent leur financement des régions ; la mise en place se fait lentement avec des approches locales différentes.

Dans le même temps, un budget annexe a été créé pour les instituts de formation² relevant d'établissements publics de santé³. Jusqu'à présent, pour ceux-ci, le financement était inclus dans la dotation globale de fonctionnement. Même si quelques centres hospitaliers utilisaient une comptabilité analytique, les coûts et recettes étaient difficiles à analyser.

Le directeur d'institut de formation **participe** à la gestion administrative et financière de l'institut et à sa gestion des ressources humaines⁴ mais il est **responsable** de ce qui est en lien direct avec la pédagogie et le fonctionnement de l'institut. Cependant dans les textes réglementaires, la nature de sa responsabilité et de son engagement dans la gestion financière apparaît peu.

La mise en place d'un budget annexe change les données. En effet, un tel budget dans la comptabilité publique doit permettre d'équilibrer recettes et dépenses. De ce fait le directeur a une responsabilité accrue dans l'organisation d'activités permettant des recettes, d'une part, et dans le contrôle des dépenses, d'autre part. Comme le note Patrice Lombardo, en citant Gérard Boronat,⁵ le directeur d'Institut de Formation en Soins

¹ Loi n°2004 – 809 du 13 août 2004 relatives aux libertés et responsabilités locales, Journal Officiel, n°190 du 17 août 2004, p 14545.

² Notre propos portera sur les Instituts de formation en Soins Infirmiers même si des données sont similaires pour des instituts ou écoles préparant à d'autres professions paramédicales.

³ Décret n° 2005-723 du 29 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 santé publique, Journal Officiel n° 151 du 30 juin 2005.

⁴ Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière, Journal Officiel, n° 95 du 23 avril 2002, p 7187.

⁵ LOMBARDO P., 2005, *Le projet d'école en institut de formation en soins infirmiers*, ENSP, Rennes, Mémoire, directeur des soins, p 24.

Infirmiers (IFSI) doit « connaître la nature des recettes et des dépenses pour assurer un suivi budgétaire. C'est un élément fondamental pour prendre des décisions et contrôler ».

Ce changement dans le financement et dans la gestion peut orienter les fonctions du directeur d'IF. Il est amené à évaluer avec précision les coûts et les ressources afin d'équilibrer recettes et dépenses ; l'utilisation d'outils de suivi semble indispensable. Il choisit avec stratégie, les formations à développer en fonction des besoins et ressources mais aussi des politiques impulsées. La gestion prévisionnelle des emplois et compétences est un élément de cette gestion de même qu'un management par projet. Il doit justifier ses choix et rendre des comptes.

MO Galant lors d'une intervention à l'École Nationale de Santé Publique a évoqué que ce qui se passait dans les IF « n'était pas une évolution mais une révolution »⁶. Elle traduit ainsi l'importance des modifications qui se dessinent dans les instituts suite à la décentralisation partielle auprès des Conseils Régionaux de la gouvernance des formations sanitaires et sociales

Dans ce travail nous étudions,

En quoi les modifications du financement des formations sanitaires orientent les fonctions de directeur d'IF ?

Pour préciser cette question, nous rechercherons :

- Quelles sont les fonctions essentielles du directeur d'IF ?
- En quoi le directeur d'IF participe-t-il à la gestion budgétaire ? Qu'est ce qui justifie cette participation ?
- Quelles sont les incidences de cette participation sur ses fonctions ? sur ses choix stratégiques ?

A la sortie de l'ENSP, nous allons assurer la direction d'un IFSI. Ayant fait fonction pendant trois ans de directeur dans cet institut, mais placé sous la responsabilité d'un coordonnateur des écoles, nous avons seulement pu appréhender les répercussions de la mise en place de cette décentralisation. Aussi, il nous apparaît essentiel de conduire une réflexion pour mieux percevoir les évolutions actuelles, pour identifier les attentes et mesurer les changements de la fonction de directeur d'institut de formation.

⁶ GALANT M. O., *Les représentations du métier*, ENSP, Rennes, cours le 26-01-2007, Formation des directeurs des soins.

Après avoir situé le contexte et défini les fonctions d'un directeur, nous présentons les points de vue des acteurs rencontrés sur les fonctions actuelles du directeur d'IFSI. Nous relevons les points de convergences mais aussi de tension avant de présenter des points d'attention pour notre prise de poste.

1 Approche réglementaire et conceptuelle

Avant de présenter l'avis des personnes interrogées sur l'évolution des fonctions de directeur d'Institut de Formation (IF)⁷, nous exposons succinctement le contexte de cette étude. Même si une approche réglementaire permet d'identifier les attendus sur les fonctions de directeur d'IF, nous sommes amené à les préciser grâce à des éclairages plus théoriques. Les nouvelles données sur le financement des IF sont exposées ensuite.

1.1 Les fonctions d'un dirigeant

1.1.1 Approche réglementaire des fonctions de directeur d'institut de formation

La littérature sur les rôles et fonctions des directeurs d'IF est presque inexistante. Les fonctions du directeur des soins directeur d'IFSI, rattaché à un établissement public hospitalier, sont précisées réglementairement⁸ ; il est responsable :

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

... Il participe aux jurys constitués en vue de l'admission dans les instituts de formation préparant aux professions paramédicales...et de la délivrance des diplômes ou certificats sanctionnant la formation dispensée dans ces instituts.

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

Un arrêté de 1992, s'adressant à tous les instituts de formation publics et privés, présente déjà les fonctions du directeur d'IFSI en utilisant pratiquement les mêmes mots⁹.

⁷ Tout au long de cet écrit, nous utiliserons indifféremment les abréviations « IF », « Institut de Formation » ou IFSI, « Institut de Formation en Soins Infirmiers ». Cependant l'appellation « IF » est plus générale et correspond aux Instituts de Formations sanitaires en général.

⁸ Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière, Journal Officiel, n° 95 du 23 avril 2002, p 7187.

⁹ Arrêté du 30 mars 1992 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation en soins infirmiers.

Le répertoire des métiers du ministère de la santé¹⁰ est plus précis dans la définition du métier de « directeur d'institut de formation en soins, management et pédagogie et activités paramédicales » ;

Sont notées dans les activités principales :

- « *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*
- *Coordination des activités pédagogiques, logistiques et administratives*
- *Préparation et organisation des conseils techniques¹¹, de discipline, des jurys d'examens et concours*
- *Gestion prévisionnelle des compétences dans l'équipe pédagogique*
- *Conseil dans les domaines de la formation des soins et des activités paramédicales auprès des instances et des partenaires*
- *Elaboration du rapport d'activité de l'institut ou de l'école »*

Nous retenons de ces données que le directeur d'IF **anime une équipe** et avec elle, **conçoit un projet** de formation et **le met en place**. Les instituts élaborent des projets pour la formation initiale mais aussi pour la formation continue.

Il **permet à l'institut d'assurer ses missions** ; pour cela, entre autre, il présente des dossiers et recueille des avis auprès d'**instances** réglementaires : conseil technique, conseil pédagogique et conseil de discipline.

Il organise le **recrutement et l'évaluation** des étudiants.

Il a une fonction de **gestion des ressources humaines** : animation, encadrement, coordination, supervision non seulement pour les personnels pédagogiques, mais aussi pour les personnes chargées de l'administration et de l'entretien de l'institut. Pour permettre la continuité du service, il doit réaliser une **gestion prévisionnelle** des emplois et des compétences pour les formateurs ; nous relevons que la GPEC ne prend pas en compte les autres personnels de l'IF.

¹⁰ MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS, *Répertoire des métiers de la fonction Publique hospitalière*, [mise à jour septembre 2006], disponible sur Internet :

http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/repert_metierfph/intro.htm.

¹¹ Il est à noter, comme nous le présenterons dans le chapitre suivant, que l'arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, Journal Officiel, n°108 du 10 mai 2007, substitue le conseil pédagogique au conseil technique.

Le contrôle est une autre de ses attributions : contrôle des études, de l'utilisation des ressources.

Il travaille avec d'autres acteurs et communique avec ceux-ci.

Il a une **expertise** qui le positionne dans une fonction de conseil ; il anime de la recherche en soins et pédagogie.

La fonction du directeur dans la gestion économique est peu énoncée.

Le répertoire des métiers présente la négociation des ressources, financières, humaines, techniques, logistiques, comme un savoir faire requis. Des connaissances détaillées en gestion budgétaire et en économie de la santé sont attendues.

Avant mai 2007, le directeur soumet pour avis au conseil technique qui l'assiste¹²

- Le budget prévisionnel
- Le cas échéant, le montant des droits d'inscriptions acquittés par les candidats aux épreuves d'admission.

De plus, il porte à sa connaissance :

- Le bilan pédagogique de l'année scolaire écoulée ;
- Les budgets approuvés ainsi que le compte administratif en fin d'exercice.

L'arrêté du 21 avril 2007¹³ relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux institue le conseil pédagogique qui remplace le conseil technique. Il doit être informé sur le budget de l'IF. Il est consulté pour avis, sur le rapport d'activité pédagogique qui doit présenter entre autre l'exécution du budget.

Ainsi il apparaît, alors que le mode de financement des IF a été modifié et qu'un budget spécifique doit être établi, que le conseil a une fonction moindre dans la gestion budgétaire. Il ne donne un avis que suite à l'exécution de ce budget. .

1.1.2 Approche conceptuelle des fonctions de directeur : six fonctions et dix rôles

Six fonctions principales

Il nous apparaît important de plus préciser les fonctions d'un directeur d'IF pour ensuite donner sens à ses actions.

Le guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé

¹² Arrêté du 19 janvier 1988 modifié relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux.

¹³ Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, Journal Officiel, n° 108 du 10 mai 2007, p 8324.

proposé par la Haute Autorité de Santé (HAS) précise cinq fonctions du directeur¹⁴ :

- Prévoir
- Organiser
- Décider
- Motiver
- Evaluer

Pour l'HAS, « *tout diagnostic de la qualité du management doit porter sur l'ensemble de ces différentes fonctions à partir d'un ensemble de références et d'éléments d'appréciation spécifiques... Il est nécessaire de préciser chacune de ces fonctions et d'élaborer ainsi une description plus fine du rôle des différents responsables.* »¹⁵

Ces cinq fonctions sont explicitées. Si les informations sont orientées sur les établissements de soins, elles nous apparaissent pertinentes pour analyser les pratiques de management des directeurs d'institut de formation.

Pour les auteurs,

- Prévoir c'est : anticiper, s'adapter, réactualiser, manager l'incertitude et maîtriser les risques, et mettre en place une structure de veille.¹⁶
- Organiser nécessite un organigramme dynamique, la définition des fonctions et la mise en place de procédures.¹⁷
- Décider requiert une « *adéquation entre le mode de décision et les objectifs et missions, de l'établissement et ses différents secteurs d'activités* ». La délégation est nécessaire, les processus de décision sont visibles pour les différents acteurs de l'établissement, des procédures envisagent la diffusion des décisions et leur explication.¹⁸
- Motiver est « *la capacité à faire adhérer les acteurs de l'établissement aux objectifs et aux missions afin d'assurer leur réalisation...* »¹⁹
- Evaluer porte sur « *les résultats, l'activité, les moyens mis en place, les personnels..., les décisions, la satisfaction....* »²⁰

Jean-Marie Miramon, Denis Couet et Jean-Bernard Paturet exposent dans leur ouvrage²¹ sur le métier de directeur dans le secteur social, des « repères pour l'action » construits

¹⁴ HAUTE AUTORITE DE LA SANTE, *Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de Santé*, Janvier 2005, p 8, disponible sur Internet : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_management.pdf

¹⁵ Idem.

¹⁶ Ibid., p 9.

¹⁷ Ibid., p 9.

¹⁸ Ibid., p 10.

¹⁹ HAUTE AUTORITE DE LA SANTE, op. cit., p 10.

²⁰ Idem.

autour de 8 principes qui peuvent permettre « *de situer la fonction de direction au sein d'une organisation* »²². Les auteurs présentent des fonctions proches de celles exposées ci-dessus : *décider, déléguer, planifier, mobiliser, diriger*. Cependant une fonction nouvelle peu présente dans les travaux de l'HAS est mise en exergue : communiquer.

Les auteurs divisent cette fonction en deux aspects :

- avoir une attitude de représentation
- rédiger.

Ils démontrent que cette fonction est indispensable dans leur secteur qui devient concurrentiel. Il apparaît que cette approche peut aussi être importante dans les IFSI alors que le contrôle de l'efficacité sera de plus en plus important, qu'une concurrence apparaît entre IF et que des lycées ouvrent des sections de formations pour les personnels de niveau V, aides soignants, auxiliaires de puériculture.

Ces six fonctions nous apparaissent essentielles à explorer pour étudier le travail du directeur d'IFSI aujourd'hui, et déterminer sa place de dirigeant.

Dix rôles joués par les directeurs

H Mintzberg critique cette approche fonctionnelle²³ car elle ne permet pas de classer aisément les activités des cadres. Il propose un autre axe d'approche qui consiste à repérer les rôles joués par tout cadre pour mieux appréhender son travail ; ces rôles, de plus, s'organisent en système. Pour les présenter et surtout pour les définir, nous citons longuement H Mintzberg. Ces rôles peuvent être « *répartis en trois sous ensembles : trois rôles **interpersonnels**²⁴, trois rôles liés à **l'information** et quatre rôles **décisionnels**...*

*Le cadre est défini « ... comme la personne qui a la responsabilité d'une unité de l'organisation. Cette autorité formelle lui confère une position statutaire d'où découlent les trois rôles interpersonnels. Le premier rôle, et le plus simple, est celui de **symbole**. Le cadre a le devoir de représenter son organisation dans toutes les occasions formelles. Son statut lui permet aussi de jouer celui d'**agent de liaison**, interagissant avec des pairs et des personnes extérieures à l'organisation, pour obtenir des faveurs et des informations. Le troisième rôle interpersonnel, celui de **leader**, définit les relations du cadre avec ses subordonnées : motivation, gestion de personnel, etc.*

²¹ MIRAMON J.M., COUET D., PATURET J. B., 2005, *Le métier de directeur, techniques et fictions*, Rennes, édition ENSP, 269 p.

²² Ibid., p 83

²³ MINTZBERG H, 2007, *Le manager au quotidien - Les 10 rôles du cadre*, 2^{ème} édition, Paris, Éditions d'Organisations, p 22 – 24.

²⁴ Les mots en gras sont soulignés par l'auteur.

Grâce à ses rôles *interpersonnels*, le cadre est dans une position privilégiée pour obtenir des informations aussi bien de l'extérieur, grâce à ses contacts avec des personnes situées hors de l'organisation, que de l'intérieur, grâce à ses activités de leader. Il en résulte qu'il émerge comme le centre nerveux et le point-clef d'un certain type d'informations organisationnelles. De là proviennent les trois rôles liés à l'information : dans le rôle d'**observateur actif**, le cadre reçoit et recherche des informations qui lui permettent de comprendre son organisation, dans le rôle de **diffuseur**, il transmet certaines informations à son organisation, et dans le rôle de **porte-parole** il communique à l'extérieur des informations sur son organisation.

La position remarquable du cadre dans le circuit des informations, son statut et son autorité, le place à un point central du système par lequel sont élaborées les décisions importantes (stratégiques). Dans ce domaine, on peut identifier l'initiative de changements ; dans le rôle d'**entrepreneur** la fonction du cadre est de prendre l'initiative de changements ; dans le rôle de **régulateur**, le cadre « monte en première ligne » quand son organisation est menacée ; et dans le rôle de **négociateur** il traite des situations dans lesquelles il se sent obligé d'entamer des négociations au nom de son organisation. »²⁵ De plus il est « répartiteur de ressources » ; « le cadre doit superviser le système par le biais duquel les ressources sont réparties »²⁶. Mintzberg nomme ressources : « l'argent, le temps, le matériel, l'équipement, la main d'œuvre et la réputation ». ²⁷

Nous relevons dans cet écrit, les liens qui existent entre sous ensembles et entre rôles. Le cadre les occupe chacun. Une dynamique amène à la décision qui apparaît être l'élément clé. Cette approche est une aide à la compréhension de certaines activités vécues par les directeurs d'IF.

1.2 La régionalisation des formations sanitaires

1.2.1 Une répartition des pouvoirs entre État et régions

Jusqu'au 1^{er} juillet 2005, le mode de financement des formations initiales des professions paramédicales repose sur les budgets de l'État et de l'Assurance Maladie. Le Conseil Régional et l'ASSEDIC participent au financement des formations d'aides soignants et d'auxiliaires de puériculture.²⁸

²⁵ MINTZBERG H., op. cit., pp 67-68.

²⁶ Ibid, p 96.

²⁷ Idem.

²⁸ CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL REGIONAL MIDI-PYRENNEES, La décentralisation des formations sanitaires et sociales : enjeux et conséquences, Juin 2005, [visité le 31-07-07], disponible sur Internet :

<http://www.cesdefrance.fr/pdf/4731.pdf?PHPSESSID=2055c4cde829a8308eb8679921ec525d>

C'est l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) qui répartit les dotations globales par établissement, la part attribuée au financement des formations professionnelles de la santé « *n'est pas isolée... sauf lorsqu'elle fait l'objet d'un financement supplémentaire* ». Le Ministère de la Santé attribue des subventions aux instituts de formation des professionnels paramédicaux et des sages femmes. Ces subventions sont déconcentrées vers les DRASS et servent particulièrement au financement des établissements privés et des bourses des étudiants.²⁹

La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales³⁰ précise les responsabilités de l'État et des régions dans les formations paramédicales sanitaires et sociales.

« *L'État fixe :*

- *Les conditions d'accès aux formations ;*
- *Les programmes de formation ;*
- *L'organisation des études ;*
- *Les modalités d'évaluation des étudiants ;*
- *La délivrance des diplômes ;*
- *La fixation du quota national et pour chaque région après avis de la Région en fonction des besoins de la population ;*
- *Le contrôle du suivi des programmes et de la qualité de la formation ;*

La région a compétence pour :

- *La création des instituts ou écoles de formation, après avis du représentant de l'État ;*
- *L'agrément des directeurs des instituts ou des écoles de formation, après avis du représentant de l'État, et par voie de conséquence, l'agrément de ces établissements ;*
- *La répartition du quota régional entre les établissements régionaux sur la base du Schéma Régional des Formations Sanitaires ;*
- *La charge de fonctionnement et équipement de ces écoles... ;*
- *La participation à l'investissement dans le cadre du contrat de Plan État Région ;*
- *Les bourses d'études des étudiants.³¹ »*

²⁹ Idem.

³⁰ Loi n°2004 – 809 du 13 août 2004 relatives aux libertés et responsabilités locales, Journal Officiel, n°190 du 17 août 2004, p 14545.

³¹ CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL REGIONAL MIDI - PYRENNEES op. cit., p 12.

Des enjeux forts apparaissent dans la participation financière des régions.

Le décret du 29 juin 2005 précise les charges et produits d'exploitation imputables à l'activité des instituts.³²

La région veille à l'adéquation entre offre de formation et besoins en personnel qualifié dans le domaine sanitaire³³, ce qui nécessite de s'assurer que le dispositif de formation est cohérent sur le territoire régional, a les capacités de s'adapter aux besoins tant quantitativement que qualitativement, est accessible à tous financièrement, est implanté équitablement sur le territoire...

Deux rapports, l'un adressé au Sénat³⁴, l'autre au Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion Sociale³⁵ présentent les mesures de décentralisation suite à la loi dite de modernisation sociale. L'intérêt de ces mesures est présenté, en particulier, celui d'avoir une approche plus concrète des besoins³⁶. Comme les autres formations professionnelles gérées par les régions, les formations sanitaires et sociales s'inscrivent sous forme de schéma spécifique dans un plan régional de développement des formations (PRDF). Ces plans, outils de pilotage des formations professionnelles sur le territoire régional, sont élaborés en concertation avec l'État, les collectivités territoriales et les organisations syndicales³⁷. Nous retenons que les formations sociales laissent plus de marge de manœuvre pour les régions car la loi ne fixe pas limitativement la liste. A l'opposé, elle « transfère aux régions une liste précise et exhaustive des formations sanitaires »³⁸. Ces rapports répertorient les questions soulevées par cette décentralisation. Les compensations financières sont envisagées ainsi que les liens entre État et régions. Sont relevées aussi les difficultés pour délimiter les champs des formations initiales, les régions

³² Décret n° 2005-723 du 29 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.

³³ Idem., p 46.

³⁴ KAROUTCHI R, juillet 2005, *La décentralisation de la formation professionnelle et de l'apprentissage*, rapport d'information au Sénat, n° 455, [visité le 31-07-2007], disponible sur Internet : <http://www.senat.fr/rap/r04-455/r04-4551.pdf>

³⁵ CHEVREUL P., 2005, *La mise en œuvre du transfert aux régions des formations sanitaires et sociales*, Rapport de mission Ministère délégué aux Relations du Travail, 2005, 79 p, [visité le 31-07-2007], disponible sur Internet : <http://www.cefiac.fr/ressources/alire/chevreul.pdf>

³⁶ CHEVREUL P., op.cit., p 9.

³⁷ Ibid, p 10.

³⁸ KAROUTCHI R., op.cit., p 41.

définissant ces formations en fonction du statut de la personne en formation, et le ministère en fonction de la nature diplômante de la formation³⁹.

1.2.2 Le budget des IF

Les écoles et instituts de formation font l'objet d'un compte de résultat prévisionnel annexe (CRPA) et font partie des « services à comptabilité distincte » (SACD)⁴⁰. « *Aucun compte de résultat annexe ne peut recevoir de subvention d'équilibre du compte de résultat principal... Le principe d'une présentation équilibrée des comptes demeure la règle : le total des charges doit être égal au total des produits.* »⁴¹

Les CRPA des écoles et instituts sont soumis aux règles budgétaires de l'établissement de rattachement.⁴² « *Le directeur de l'établissement gestionnaire doit adresser au président du conseil régional, avant le 31 octobre de l'année N-1, une demande de subvention destinée à la couverture des dépenses d'équipement et des charges de fonctionnement des écoles et instituts de formation qu'il gère, accompagnée des prévisions d'activités, de propositions de tarifs servant de base de facturation des produits pour l'exercice à venir et de propositions de dépenses et de recettes de fonctionnement... ainsi que de l'état récapitulatif des investissements.* »⁴³

La subvention de fonctionnement est calculée par différence entre la totalité des charges d'exploitation inscrites au CRPA et la totalité des recettes d'exploitation autres que la subvention. Les prévisions annuelles d'investissement, ainsi que les modalités de financement envisagées, sont identifiées dans un récapitulatif transmis au conseil régional qui arrête le montant de sa subvention d'équipement.⁴⁴

Au terme de la procédure contradictoire avec l'établissement, le président de conseil régional doit notifier au directeur de l'établissement et au directeur de l'ARH, le montant de la subvention de fonctionnement et d'équipement.

« *A la clôture de l'exercice et après le vote du compte financier, le directeur de l'établissement gestionnaire adresse le CRPA au président du conseil régional, accompagné d'un rapport d'activité et d'un état retraçant les dépenses et les recettes*

³⁹ Ibid, p 48

⁴⁰ PELJAK D., mai 2006, «De la T2A à l'EPRD », *Le bulletin juridique du patricien hospitalier*, cahier spécial, N° 88, p 10.

⁴¹ Idem.

⁴² Ibid., p 11.

⁴³ PELJAK D., op. cit., p 11.

⁴⁴ Idem.

*d'investissement réalisées au cours de l'exercice au bénéfice des écoles et instituts de formation. »*⁴⁵

Ces éléments réglementaires laissent percevoir la nécessité pour le directeur d'IF d'évaluer les frais de fonctionnement, de projeter les investissements nécessaires, ceci en lien avec la direction de l'établissement gestionnaire. En fonction des projets et des compétences internes, il identifie les recettes complémentaires qui peuvent être recherchées. Il se donne des outils de suivi des recettes et des dépenses en lien avec le service financier de l'établissement pour pouvoir être réactif et éventuellement impulser en cours d'année des mesures correctives. Chaque année, le rapport d'activité lui permet de mesurer l'atteinte des objectifs et de communiquer en interne et en externe les résultats obtenus.

Cette modification du financement et la création d'un budget annexe conduisent à des répercussions qui peuvent être comparées à celles induites par la mise en place de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) et de la tarification à l'activité (T2A) dans les centres hospitaliers. Le changement de financement des hôpitaux apparaît comme une « *révolution culturelle* »⁴⁶. Des ressources budgétaires sont à produire pour envisager des dépenses. « *La tarification à l'activité renverse le processus de penser dans l'hôpital: il ne s'agit plus de dépenser et de justifier ensuite les dépenses mais d'évaluer les recettes dont on va disposer pour calibrer les dépenses en fonction de celles-ci.* »⁴⁷ Ce changement conduit à réfléchir à l'optimisation des ressources, à l'organisation, aux outils de pilotage, à la facturation mais aussi aux missions de l'hôpital⁴⁸. De même, dans les IF, les nouveaux modes de financement doivent amener les différents acteurs à définir les missions de l'institut : formations initiales à conduire, formations continues à développer, partenariat à établir,... mais aussi à analyser les coûts engendrés. Une activité de formation ne peut être développée que si elle produit des recettes correspondant aux dépenses ou si d'autres recettes permettent de compenser les éventuelles pertes.

⁴⁵ Idem.

⁴⁶ HEVE D., BERNARD L., 2004, « Enjeux et principes de la tarification à l'activité », *Soins Cadres*, n°52, p 48.

⁴⁷ KOHLER F., TOUSSAINT E., février 2005, « Nouvelle gouvernance, T2A et contractualisation interne », *Gestions Hospitalières*, p 94.

⁴⁸ ALBERT M., septembre – octobre 2006, « EPRD et T2A - Quels enseignements tirer des réformes ? », *Revue Hospitalière de France*, n° 512, pp 54 – 59.

2 Analyse des points de vue des partenaires

Dans cette partie, après avoir présenté le cadre de l'enquête, nous exposons le point de vue des acteurs sur les fonctions du directeur d'IFSI dans un environnement changeant. Au fil de l'exposé, nous mettons en exergue les convergences, mais aussi les divergences de points de vue, nous les interrogeons et présentons les questions qu'elles suscitent.

2.1 Méthodologie d'enquête

2.1.1 Méthodologie suivie

Notre travail doit permettre d'identifier

En quoi les modifications du financement des formations sanitaires orientent les fonctions de directeur d'Institut de Formation ?

Pour ce faire nous recherchons :

- **Quelles sont les fonctions essentielles du directeur d'IF ?**
- **En quoi le directeur d'IF participe-t-il à la gestion budgétaire ? Qu'est-ce qui justifie cette participation ?**
- **Quelles sont les incidences de cette participation sur sa fonction ? sur ses choix stratégiques ?**

Mise en place de la méthodologie

Notre méthodologie a évolué au cours de l'étape de recherche. Nous avons souhaité conduire des entretiens semi directifs auprès de différents partenaires : directeurs d'instituts de formation, directeurs d'hôpitaux chargés des instituts de formation, directeurs de services financiers, responsables administratifs des formations sanitaires au Conseil Régional, conseillers pédagogiques régionaux. Cette méthode nous permet de recueillir des points de vue de différents acteurs et de les confronter pour identifier les éventuelles évolutions qui apparaissent dans la fonction de directeur d'IF. Elle nous permet une recherche de sens.

Pour commencer cette investigation, nous nous sommes entretenu lors d'un stage dans un grand CHU (CHU A) avec :

- Deux directeurs d'IFSI,
- Un directeur adjoint des services financiers,

- Le directeur d'hôpital chargé des écoles.

Nous avons participé, aussi, à une réunion organisée par le directeur des services financiers avec l'ensemble des directeurs d'IF pour échanger sur les budgets des écoles et les stratégies à développer pour en améliorer la lisibilité.

Nous avons échangé de façon informelle avec le directeur de l'institut, maître de stage, autour de ces problématiques, échanges qui nous ont permis de mieux appréhender la réalité et d'analyser avec une meilleure connaissance de l'environnement, les propos recueillis lors des entretiens.

Ces données nous ont permis de préciser nos guides d'entretien, organisés autour des trois axes cités ci-dessus avec des phrases de relance. Un guide a été réalisé par type de personne rencontrée, changeait l'ordre des questions.

Les personnes rencontrées

Nous avons poursuivi notre enquête dans 2 régions différentes qui ont été choisies pour leur facilité d'accès pendant les périodes de stages.

Nous avons privilégié les rencontres des directeurs d'IFSI et d'hôpitaux dans des CHU car à l'issue de la formation nous prendrons notre poste dans ce type d'établissement.

Au niveau du conseil régional, nous avons rencontré les salariés responsables des services chargés des formations sanitaires et sociales.

Une seule conseillère pédagogique régionale a été entendue.

Le tableau ci-dessous, présente les personnes que nous avons rencontrées. Un code a été attribué à chaque de ces personnes pour nous permettre de les désigner lors de l'analyse des entretiens.

Dans quatre situations, ces entretiens ont été conduits à deux élèves directeurs de soins. Cette attitude a permis de toucher des interviewés à l'emploi du temps chargé ; elle a été possible parce que les deux élèves travaillaient sur une problématique très proche, l'écart portant sur une différence de focale. Dans ces cas, les deux guides d'entretien ont été fondus, des questions étaient communes, d'autres spécifiques à chaque recherche.

| Région | Fonction | Code | Etablissement | Caractéristiques | Remarques |
|--------|--|--------------------|---------------|------------------------------------|--|
| A | Directeur IFSI | DSA1 ⁴⁹ | CHU A | 11 instituts ou écoles dans le CHU | |
| | Directeur IFSI | DSA2 | | | |
| | Directeur hôpital chargé des écoles | DHA1 | | | |
| | Directeur adjoint services financiers | DHA2 | | | |
| B | Directeur IFSI | DSB1 | CHU B | 7 instituts ou écoles dans le CHU | Entretien conduit à 2 élèves directeurs de soins |
| | Directeur Ressources Humaines, chargé des instituts | DHB | | | |
| | Directeur IFSI | DSB2 | CH B | | Entretien conduit à 2 élèves directeurs de soins |
| | Responsable des formations sanitaires et sociales au Conseil régional et Responsable financier des formations sanitaires et sociales | RRB | | | Entretien conduit à 2 élèves directeurs de soins |
| | Conseiller pédagogique DRASS | CPB | | | |
| C | Directeur IFSI | DSC | CHU C | 11 instituts ou écoles dans le CHU | |
| | Directeur hôpital chargé des écoles | DHC | | | |
| | Responsable des formations sanitaires et sociales au conseil Régional | RRC | | | Entretien conduit à 2 élèves directeurs de soins |

Lors de tous les entretiens, des notes ont été prises au plus près du discours et, sauf dans deux situations, un enregistrement a été réalisé. Ces écrits ont été complétés à l'issue, les bandes enregistrées étaient écoutées si besoin.

⁴⁹ Les codes sont créés à partir de la fonction exercée par la personne interviewée, la région d'appartenance, et le rang dans l'ordre des entretiens. Exemples : DSA1 = 1^{er} Directeur des Soins rencontré en région A, DHA = Directeur Hôpital région A ; RRB = responsable administratif au Conseil Régional de la région B, CPB = Conseiller Pédagogique région B...

Analyse des données

L'analyse des données s'est construite tout au long dans une approche inductive, les informations laissant apparaître des éléments de réponse à notre question, éléments que nous précisons par des lectures et par des entretiens complémentaires.

Cependant, très vite est apparue la nécessité d'affiner le mode de classement des données pour en dégager du sens. Nos lectures nous ont permis d'identifier des critères qui caractérisent les fonctions de dirigeant. Nous avons alors classé les différentes données en lien avec les critères présentés dans la partie précédente : prévoir, organiser, décider, évaluer, motiver, communiquer. De plus, des éléments contextuels en lien avec l'environnement, apparaissaient et ont été classés dans une rubrique spécifique. Certaines informations, cependant, pouvaient être classées dans différentes fonctions, nous avons choisi parfois de les regrouper pour limiter les répétitions.

L'approche fonctionnelle nous apparaît pertinente pour classer des points de vue qui portent plus sur des conceptions que sur des activités. Cependant nous mobilisons aussi l'approche par rôles proposée par Mintzberg car elle permet d'affiner l'analyse explicative et de plus faire apparaître les interactions entre éléments.

2.1.2 Critique de la méthodologie

Cette enquête permet de mieux appréhender les fonctions de directeur d'institut de formation. Le faible nombre de personnes rencontrées et leur diversité ne permettent pas de dresser un tableau généralisable mais conduisent à identifier des indices d'évolution. Ces derniers ont d'autant plus d'intérêt qu'ils sont issus de la confrontation des points de vue d'acteurs occupant des postes différents.

La durée du déroulement de l'enquête, trois mois environ, nuit à l'homogénéité; en effet, nous avons été amené à arrêter cette réflexion pour répondre à d'autres exigences de la formation. A chaque étape, il a été nécessaire de réinvestir l'objet de recherche, d'appréhender le décalage que l'arrêt a provoqué, de mesurer l'évolution dans la réflexion que la formation a permis.

La conduite de l'enquête particulièrement dans des CHU a certainement orienté notre regard ; dans les établissements importants avec plusieurs IF, la communication entre services, entre directions, est plus complexe et la circulation de l'information plus lente.

La conduite à deux de certains entretiens peut apparaître comme un handicap or, elle a été une aide. Les personnes interrogées étaient d'accord pour ce type de rencontre. La reformulation, les questionnements complémentaires... pour faire préciser des propos pas assez explicites ou précis ont été plus systématiques et ont enrichi la collecte de données. De plus à l'issue de l'interview l'échange entre élèves directeurs des soins a favorisé l'analyse.

2.2 Le point de vue des partenaires

2.2.1 Un environnement en évolution

L'environnement politique et structurel des formations est évoqué spontanément par l'ensemble des personnes rencontrées. Elles parlent d'une phase intermédiaire où les acteurs apprennent à se connaître à travailler ensemble ; ces derniers semblent être dans l'attente de décisions qui ne leur appartiennent pas. Des interactions entre État et régions, puis entre région et centres hospitaliers auxquels sont rattachés des IF, se développent.

Interactions État - région

L'État a la responsabilité des programmes et de la délivrance des diplômes. La Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) le représente localement, et a la responsabilité du contrôle pédagogique et des concours et examens (CPB). Ces attributions sont ressenties comme une garantie de la qualité des qualifications délivrées, il y a crainte que la région puisse intervenir dans la délivrance des diplômes.

« La région peut favoriser le développement de formations en fonction des besoins locaux mais risque aussi de faire pression pour que le diplôme soit donné à tous les élèves. » (DSC)

Cependant, l'État a donné aux régions les compétences pour financer et agréer les formations sanitaires et sociales. Les régions ne semblent pas avoir été demandeuses de cette évolution même si elles avaient la responsabilité des formations professionnelles depuis plusieurs années. Elles souhaitent mener à bien cette nouvelle mission. Elles ont eu des difficultés pour avoir une détermination exacte des coûts nouveaux à supporter. Un écart d'évaluation s'est fait jour entre État et régions. Cet écart persiste encore puisqu'une « *clause de revoyure* » est prévue en 2008 (RRB). Actuellement, des échanges ont lieu sur les catégories des étudiants financés par les régions. L'état veut retirer de l'argent aux régions qui ne financent pas les étudiants en formation promotionnelle (RRC).

L'État fixe en lien avec les régions les quotas régionaux d'étudiants à admettre pour les formations avec un *numérus clausus* ; la région distribue ces quotas par institut de formation. Les régions relèvent la difficulté pour faire correspondre cette offre aux besoins régionaux.

« Si nous pensons qu'il faut augmenter les quotas infirmiers, il faut nous y prendre un an et demi avant la date de l'arrêté pour présenter un dossier au ministère ».
(RRC)

De très fortes tensions apparaissent entre régions et État, en particulier pour établir le montant de l'enveloppe budgétaire. Chacun essaie de défendre ses prérogatives. Le

représentant de l'État est attentif à ce que la région n'intervienne pas sur le contenu des formations, les régions sont plus dans une attitude de découverte mais ne veulent pas être seulement des financeurs. Elles souhaitent développer leurs liens avec les DRASS, en particulier avec les conseillers pédagogiques.

« Nous voulons travailler les questions de stage, de vie des étudiants, de préparation des concours avec la conseillère pédagogique DRASS. » (RRC)

« Un travail commun avec les DRASS, la région, les centres hospitaliers est à mettre en place... La coopération est à construire. Il faut créer une dynamique partenariale, le dialogue est à rechercher. La relation est équilibrée si chacun reste dans son rôle. Il est nécessaire de s'approprier nos cultures réciproques, globalement ça se passe bien. Un vrai partenariat à trois se crée » (RRB)

Les régions souhaitent mieux comprendre l'organisation des formations sanitaires, mais désirent aussi influencer sur les différentes institutions qui participent à leur fonctionnement. Cette attitude semble nécessaire pour améliorer la cohérence entre les politiques. Vu la séparation des missions entre région et État, seul un travail commun peut permettre d'atteindre cet objectif.

Interactions région – centres hospitaliers

Le changement environnemental est lié à la nouvelle place de la région.

Elle finance les instituts de formation et pour ce faire, a besoin de données précises et explicitées. Ses principaux interlocuteurs sont les directions des centres hospitaliers, en particulier la direction des services financiers.

« Il a été nécessaire d'évaluer si le financement était correct » (RRB)

« La région veut comprendre les mécanismes de financement et l'imputation des dépenses ». (DHB)

Un directeur d'IF interrogé insiste et montre des tensions à cause d'intérêts divergents :

« La région a sa propre logique. Dans l'hôpital on discute de ce qu'on doit dire ou non à la région. » (DSC)

Un changement de logique apparaît. La compétence des établissements hospitaliers importants est même interrogée.

« Il y a changement de regard sur le coût des écoles. Avant il n'y avait pas d'analyse financière réelle. (DHA2)

« Dans les CHU il y a un empilement des écoles. - La concentration hospitalière - . Ils ne savent pas s'occuper des formations professionnelles. » (RRC)

Nous retenons que la région veut établir un budget sur des bases claires. Cependant, l'intérêt des centres hospitaliers peut diverger surtout au moment du changement du mode de financement des hôpitaux ; des CH ont intérêt à imputer sur le budget des écoles des charges qui relèvent du budget général.

Dans la même logique, la nature et le volume des investissements immobiliers sont très différents d'un institut à un autre. Des régions prennent en compte ces écarts.

« L'investissement dans les locaux est très différent d'un établissement à un autre. Certains, dans l'attente, n'investissaient plus. Aussi le coût moyen de formation par étudiant n'a pas de sens. Ce qui est important c'est la progression de ce coût. » (RRB)

« Dans les CHU passent en premier les besoins des services, pas ceux des instituts de formation ». (DHB)

Des demandes apparaissent.

« La région doit éponger l'investissement. » (DSC)

Les régions ont conscience que cette étape difficile nécessite temps, reconnaissance mutuelle.

« La région percute la logique de gestion hospitalière, c'est nouveau pour cette gestion » (RRC).

Toutefois, la région est reconnue comme une institution avec laquelle il faut co-agir.

Son rôle politique est présenté et reconnu.

« La région est l'espace de démocratie locale. » (DHA1)

« On peut avoir une politique de formation qui est une politique économique pour dynamiser une zone » (RRC)

« Ils [les conseillers régionaux] sont avant tout gestionnaires et soucieux de leur mission, donner du travail. On se sent proche d'eux. » (DHB)

« La région veut développer la qualification des jeunes au pays... Dans la région il y a la volonté que les jeunes soient formés localement même s'ils doivent travailler ailleurs après leurs études. La formation ne doit pas trop coûter aux familles. » (DSB1)

« La région a un objectif prioritaire : développer l'emploi surtout de niveau V. Cependant il n'y aura pas de financement à n'importe quel coût. » (DHB)

Les formations sanitaires apparaissent comme un élément d'une politique qui allie formation professionnelle, maintien des jeunes sur l'espace local, lutte contre le chômage. Elles sont un moyen pour dynamiser un territoire.

Les régions interrogent les situations de formation qui relèvent de leurs compétences.

« Les compétences portent sur les formations professionnelles initiales » (DHC)

« Il y a nécessité de se mettre d'accord sur la définition du terme « formation initiale » ». » (DSA2)

« Nous devons aider la promotion professionnelle en soutenant les efforts des établissements publics et privés. Mais les frais de formation des personnes en formation professionnelle doivent être facturés aux établissements employeurs » (RRC).

Apparaissent ainsi deux types d'étudiants et élèves :

- les étudiants en formation initiale, qui poursuivent leurs études sans interruption depuis le lycée ;
- les personnes salariées ou au chômage, en promotion ou reconversion professionnelle.

Les frais de formation des premiers sont pris en charge totalement par la région pour les formations sans frais de scolarité, les étudiants infirmiers par exemple, et totalement ou partiellement, suivant les régions, pour les formations avec frais de scolarité à la charge des élèves. Tous les frais de formation de personnes en promotion ou reconversion professionnelle ou au chômage sont financés par les employeurs ou des organismes de financement des formations professionnelles.

Les liens entre régions et centres hospitaliers sont en train de se créer. De nouveaux repères apparaissent. Certains acteurs vivent ces changements comme une opportunité.

« Une restructuration de l'appareil de formation est nécessaire. Il y a trop d'émiettement. » (DHB)

« La région a intérêt qu'on [les instituts de formation] sorte de nos tutelles hospitalières, nous aussi. » (DSB1)

La régionalisation est vécue comme une chance. Les structures sont obligées de repenser leur finalité, leur organisation.

Ces changements apparaissent aussi comme une source d'incertitude.

« Apparaissent des incertitudes : regroupements, montant du financement. » (DHA1)

« Ce qui peut faire peur ce n'est pas la région, mais l'impact de la région sur le CHU qui, lui, va décider où faire des économies. » (DSC)

« Il n'y a pas de situation acquise » [parle des IFSI dans les CHU]. » (DHB)

« Il y a une recherche de conditionnement des IF mais aussi d'aménagement du territoire ». (DSB1)

Nous avons tout au long de ce chapitre, montré les changements qui s'opèrent dans la gestion des IF et particulièrement dans leur financement. Nous retenons trois niveaux de décisions qui percutent le management des instituts de formations. L'État est garant du cadre réglementaire des formations et de l'établissement des quotas. Il décide de l'enveloppe financière qu'il laisse aux régions pour financer les formations sanitaires. Les régions veulent pouvoir conduire une politique de formation professionnelle dans le

domaine sanitaire. Il leur est nécessaire d'évaluer avec justesse les besoins et les coûts. Aussi, des tensions apparaissent tout d'abord avec l'État qui, au dire des régions, n'accorde pas le financement nécessaire et de plus, garde la maîtrise des quotas et du contenu des formations. Au niveau local, le conseil régional souhaite éclaircir le coût réel de chacune des formations sous sa responsabilité ; des écarts importants entre établissements apparaissent et l'évaluation exacte de ces coûts nécessite temps et étude. Les instituts de formation sont interrogés par le conseil régional sur l'atteinte de leurs objectifs, sur l'efficacité des moyens, sur la création de travaux en inter filières. La notion de concurrence entre établissements apparaît.

2.2.2 Les fonctions du directeur d'Institut de Formation

Nous avons présenté dans la précédente partie (partie 1) les grandes fonctions d'un dirigeant. Nous allons mettre en évidence pour chacune d'elles, les propos des différentes personnes rencontrées. Nous relevons au fur et à mesure les points convergents mais aussi les zones de tensions qui apparaissent.

Les personnes interrogées évoquent toutes les missions des instituts de formation. Les objectifs de la formation initiale sont rappelés ; ils sont présentés comme relevant de la fonction prioritaire du directeur de soins.

« La mission du directeur d'institut de formation est de permettre la formation de professionnels aptes à exercer comme IDE. » (DHB)

« La fonction principale du directeur est le développement de la pédagogie. Il se centre sur les élèves » (RRC)

Pour atteindre ces missions, la capacité à développer des projets est repérée comme fondamentale.

Prévoir

Il est attendu que le directeur rédige et mette en oeuvre le projet pédagogique (DHC). Les projets pédagogiques et de formation sont des moyens pour fixer des orientations et donner du sens⁵⁰. Le projet d'un établissement de formation est *« l'instrument de pilotage dont l'ambition est d'aboutir à davantage de cohérence »*⁵¹ Il traduit la capacité de prévision du directeur. Ce projet nécessite de faire le diagnostic de l'existant, de repérer

⁵⁰ Même si ces trois concepts sont différents, dans cet écrit nous utilisons indistinctement « projet d'école », « projet de formation » et « projet pédagogique ».

⁵¹ OBIN J. P., *Le projet d'établissement*, coll pédagogies pour demain, Hachette, Paris, 1995, p 25 cité par LOMBARDO P., op.cit..

les évolutions des métiers mais aussi de l'environnement pour faire émerger les orientations stratégiques et proposer un fonctionnement adapté⁵².

Les personnes interrogées évoquent les évolutions nécessaires de l'appareil de formations pour mieux répondre aux besoins locaux des populations et présentent de nouveaux moyens pédagogiques à développer.

L'analyse des besoins

Les personnes interrogées insistent sur la nécessité de prendre en compte le contexte et surtout de se projeter dans une évolution des formations. Le diagnostic stratégique est ainsi priorisé pour identifier les forces et faiblesses de l'institut mais aussi les menaces et les opportunités⁵³ qui apparaissent.

« Un directeur doit avoir une approche territoriale et non seulement centrée sur son établissement... Il a une lecture politique des sujets de santé et pas seulement hospitalière. » (RRB)

Ce responsable régional traduit ainsi la nécessité d'une part, de ne pas répondre seulement aux besoins en professionnels du centre hospitalier, mais de se situer avec une vocation régionale et d'autre part, d'avoir une analyse de santé publique en prenant en compte les demandes, les besoins des populations, l'offre en soins.

L'ouverture vers de nouvelles formations est évoquée. Le lien avec le social en particulier, apparaît important.

« Les IFSI doivent s'ouvrir à d'autres populations en formation que les infirmières et les aides soignantes. » (RRB)

« Il est nécessaire de s'ouvrir vers des formations sociales... Il a de moins en moins de frontières entre le sanitaire et le social. » (CPB)

« Le maillage sanitaire – social est à réaliser. » (DSB2)

Ces perspectives nouvelles prennent en compte le contexte régional et local en se situant dans un espace marchand avec l'apparition « d'études de marché » et la mise en concurrence des établissements.

« Il est nécessaire de faire une étude de marché puis de faire des choix et de se répartir ce marché avec les autres établissements suivant les compétences internes ». (DHB)

⁵² GALANT M.O., avril 2007, *Le projet d'école*, ENSP, Rennes, cours le 3-4-2007, Formation des directeurs des soins.

⁵³ TARDIF L., *Stratégie et analyse stratégique, quelques grilles de lecture*, Cours ENSP les 12 et 14 février 2007, Formation des directeurs des soins.

« Il est nécessaire d'être prospectif à partir de besoins réels et de proximité ».
(CPB)

« Les instituts sont en concurrence surtout pour les agréments ». (RRB)

Des évolutions souhaitables de la formation

Le renforcement des liens avec l'université est discuté. Alors qu'actuellement des revendications professionnelles demandent la reconnaissance du diplôme d'État au niveau licence, des instituts ont passé des conventions avec des universités pour permettre aux étudiants d'obtenir un double diplôme : Diplôme d'État d'Infirmier et licence. Pour des membres d'un conseil régional, les expérimentations sont à observer, à encourager comme signe d'ouverture et à analyser (RRB) ; pour d'autres personnes, elles sont risquées et peuvent conduire à une perte de la place des professionnels dans la formation.

« La région souhaite développer l'enseignement supérieur » (RRB)

« Il est nécessaire de réfléchir avant de passer conventions avec les universités. Il n'y a pas de « sciences infirmières » à l'université et les enseignants ne sont pas des infirmiers ». (CPB)

De nouvelles méthodes et techniques pédagogiques sont préconisées

L'évolution de la demande et des besoins des jeunes en formation conduit à envisager de nouvelles méthodes pédagogiques.

« Ne pas entrevoir de manière identique les formations différentes [niveau III et niveau V] » (DHA2)

« La pédagogie est encore adaptée à certains profils, elle est encore traditionnelle. Mais elle ne répond pas toujours aux besoins des candidats. Il faut développer des pédagogies différenciées... L'individualisation des formations est à développer. Le conseil régional le souhaite, c'est un gage de succès. Donner, à tous, la même pédagogie est contradictoire avec la demande d'individualisation. » (DSB2)

Des interviewés mettent un accent plus fort sur cet aspect pour montrer la nécessité de progresser dans la formation offerte. Ils interrogent la capacité des IFSI à adapter la formation aux particularités de la jeunesse et au monde actuel. Ainsi, ils laissent percevoir la place du directeur pour prévoir les modifications de l'offre de formation en fonction des besoins des populations accueillies.

« Il faut faire en sorte que les élèves se révèlent à eux même... Si mon fils était étudiant dans un IFSI, j'aurai peur qu'il se délite ». (DHA1)

« Notre système facilite la reproduction, son évolution est indispensable. »
(DSB2)⁵⁴

De plus, pour gagner en efficacité, l'utilisation de nouvelles techniques pédagogiques est souhaitée.

« Les techniques pédagogiques doivent évoluer ». (RRB)

« Il est aberrant qu'au CHU, il n'y ait pas de vidéo conférences. » (DHA1)

« Il pourrait être envisagé des moyens pour ne pas reproduire à plusieurs endroits le même enseignement. » (DHB)

Le projet doit prendre en compte la qualité de vie des étudiants et leur réussite.

« Il faut développer des préparations au concours avec stages pour éviter les abandons en début de formation ». (RRC)

La nécessité pour le directeur d'IF de prendre en considération les besoins en formations sanitaires mais aussi sociales dans un territoire, apparaît fortement dans les discours. Véritable spécialiste en ingénierie de formation, il amène à proposer des moyens diversifiés suivant le niveau et l'histoire des étudiants et élèves. L'évolution des demandes en formations, les changements dans l'identité professionnelle, les besoins ressentis par les soignants en exercice, le conduise à travailler avec de nouveaux partenaires : universités, formations sociales... Il a ainsi des éléments importants pour orienter le projet d'école.

Organiser

Organiser la formation

L'organisation apparaît comme une fonction importante, voire chronophage. Ce sont les directeurs d'IFSI qui surtout évoquent cet aspect. Nous avons pu de plus, observer pendant nos stages, le temps important passé par les directeurs pour cette fonction.

« C'est la première fonction, elle prend le plus de temps surtout dans les gros instituts. C'est un constat. » (DSC)

Elle est vécue très négativement par un des interviewés, il fait part d'effets délétères, l'ensemble des autres fonctions ne pouvant être réellement exercées.

« Gérer le quotidien, empêche de penser, c'est fait pour. » (DSC)

Cet interlocuteur pose ainsi les limites perçues des fonctions de directeur d'institut de formation, s'il est seulement organisateur, il ne peut occuper une place de dirigeant.

⁵⁴ La personne interrogée avait parlé auparavant de P BOURDIEU.

L'organisation se construit en prenant en compte les données et contraintes de l'institution. Ainsi, dans le discours des personnes rencontrées, plusieurs champs interfèrent et orientent l'organisation mise en place par le directeur de l'IFSI: la pédagogie, les ressources humaines, les collaborateurs, le suivi budgétaire.

La pédagogie oriente l'organisation

L'organisation n'a de sens que si elle permet d'atteindre les objectifs fixés ; aussi, dans le cadre d'une formation, elle facilite l'apprentissage des étudiants et permet de former des professionnels compétents.

« L'IFSI se doit de former des professionnels aptes à exercer comme infirmiers sans mettre en danger les personnes soignées. » (DHB)

Elle met en œuvre le projet pédagogique (DHC). La finalité est même très intéressée. Deux directeurs hospitaliers évoquent que l'IFSI forme des infirmiers pour leur établissement.

« Les étudiants actuels seront les infirmiers de demain de notre hôpital. » (DHB)

« Il faut développer la formation car en retour les étudiants vont majoritairement travailler au CHU » (DHC)

Les élèves et la formation orientent l'ordonnancement mis en place.

« Le directeur organise en partant des élèves et de la pédagogie. » (RRC)

Pour organiser la formation, le directeur s'appuie sur des travaux, des référentiels élaborés localement.

« Le directeur doit suivre les consignes régionales [éditées suite à travaux animés par la DRASS] par exemple les référentiels sur le travail de fin d'études, l'évaluation théorique, les mises en situations professionnelles, la formation aide soignante. » (CPB)

Il prend aussi en compte les difficultés liées au nombre d'étudiants.

« Pour faciliter l'encadrement des étudiants en stages, il faut développer à l'IFSI des travaux sur la clinique... réaliser plus de travaux pratiques... » (DSB2)

Gérer les ressources humaines

Responsable du service, il gère les compétences et organise la répartition des activités entre les différents membres.

« Il gère les effectifs. » (DHC)

« Il a des activités autres, en dehors de l'essence du métier : la gestion des ressources humaines, ... » (DSA2)

Cette gestion prend en compte des indicateurs qui permettent de s'assurer de l'efficience.

« Il y a nivellement des coûts pour les IFSI aussi il est important de repérer le taux d'encadrement, le nombre d'heures de face à face pédagogique. Il est nécessaire d'être toujours bon. » (DHB)

Travailler en équipe

Le directeur travaille avec des partenaires internes.

Tout d'abord, il a des collaborateurs proches auxquels il délègue des dossiers.

« Il est nécessaire de déléguer et de laisser faire les cadres supérieurs de santé et les responsables d'année » (DSC)

« Je délègue au directeur adjoint, il est très impliqué dans des projets du centre hospitalier. » (DSA2)

Ces propos laissent percevoir la nécessité pour les directeurs de confier certaines activités pour libérer du temps.

Nous notons que seulement les directeurs d'institut de formation évoquent ces adjoints, comme si leur reconnaissance ne dépassait pas l'IF. Les titres diffèrent : cadre supérieur de santé (DSB, DSC), directeur adjoint (DSA1, DSA2) ; dans un établissement, ce collaborateur est un « *technicien responsable* » de certaines activités, non positionné hiérarchiquement par rapport aux membres du personnel, sans délégation de signature (DSC), dans d'autres, il est membre de l'équipe de direction de l'IF, il analyse avec le directeur la plupart des dossiers et le remplace lors de ses absences (DSA1, DSA2).

Aucune fiche du répertoire national des métiers de la fonction publique hospitalière ne présente un métier de cadre intermédiaire en IFSI.

Le directeur d'IF travaille en lien direct avec le directeur du CH ou un de ses adjoints. Des dossiers sont analysés ensemble.

« Le directeur de l'hôpital travaille en lien direct avec le directeur de l'institut. » (RRC)

« Il y a un travail commun directeur d'école et directeur d'hôpital. » (RRB)

« Le directeur de l'école est un collaborateur direct du directeur [du Centre Hospitalier]. » (DHB)

« On se voit tous les deux mois avec le DG. Il est très à l'écoute, ça permet de faire le tour des dossiers. Pour lui le directeur de l'FSI est un directeur adjoint dans l'organigramme. » (DSB2)

Cependant, ce point de vue est contesté par certains acteurs. Suivant les centres hospitaliers, les liens de collaboration entre directeur d'hôpital et directeur d'institut varient. Les deux responsables régionaux rencontrés évoquent que lors de réunions région - centres hospitaliers de rattachement des IF, trois cas de figure apparaissent :

- Le directeur d'hôpital ou un directeur le représentant participe seul,
- Le directeur ou le directeur le représentant assiste avec le ou les directeurs d'IF,
- Le directeur d'IF est seul présent.

Cette remarque permet d'identifier des écarts importants dans la reconnaissance de la place et des fonctions du directeur d'IF, suivant les établissements.

Organiser le suivi budgétaire

Le directeur d'institut participe à l'organisation du suivi du budgétaire. Il assure le suivi des recettes et des dépenses.

« Il [le directeur d'IF] assure la gestion courante de l'IF dans la préparation et l'exécution budgétaire... Il donne les informations pour bien imputer les recettes, pour faciliter la transparence » (DHC)

Cependant, cette participation est très variable suivant les établissements. Dans certains, les directeurs d'IF disent ne pas avoir d'informations pour assurer ce suivi et surtout pour orienter éventuellement les décisions (DSC). Dans d'autres, le suivi budgétaire est apprécié et perçu comme un gain d'autonomie et un moyen de clarifier les coûts. (DSB1). Dans ce cas, le développement de compétences budgétaires apparaît indispensable pour assumer cette activité.

« Le directeur d'IFSI doit acquérir des compétences gestionnaires sans se laisser enfermer dedans. » (DHA1)

A l'issue de cette partie, il apparaît une nouvelle fois que la responsabilité de l'organisation pédagogique revient au directeur d'IF. Pour assurer cette fonction, il s'entoure dans les gros établissements de collaborateurs en interne. Les liens entre équipe de direction du CH et directeur d'IF diffèrent suivant les établissements. Parfois, le directeur d'IF semble avoir seulement un rôle de transmission d'informations ; dans d'autres, au contraire une collaboration s'établit avec un membre de l'équipe de direction du CH laissant supposer une analyse en commun des problématiques de l'IFSI.

Décider

« *Décider est l'acte majeur de toute fonction de direction... Décider c'est trancher en faveur d'une orientation, c'est choisir une voie – ce qui suppose d'en rejeter d'autres, avec le risque que cela comporte...* »⁵⁵ Cette fonction interroge l'autonomie du directeur d'IF.

L'autonomie

Il nous apparaît important de réfléchir à la marge d'autonomie du directeur d'IFSI. Nous définissons ce terme polysémique comme « *... la capacité d'agir avec réflexion et en pleine connaissance des enjeux personnels et sociaux... Elle est le moteur [des] ... décisions* ». ⁵⁶

Les discours sur ce sujet varient suivant les personnes rencontrées et les fonctions exercées.

Les directeurs d'IFSI ne sont pas univoques. Certains regrettent un manque d'autonomie.

« *Les directeurs d'IFSI ont peu de possibilités de faire des choix* » (DSC)

« *Il y a encore des Centres Hospitaliers où le directeur ouvre le courrier de l'IFSI.* »

(DSB2)

« *La région a été troublée par le manque d'implication des directeurs et la place de la hiérarchie.* » (DSC)

La nouvelle place de la région laisse craindre des pertes dans la prise de décision.

« *La région a des injonctions [souhait de voir augmenter le quota d'étudiants infirmiers, développement des formations de niveau V, rapprochement des formations sanitaires et sociales] ainsi on perd de l'autonomie et de la liberté.. Il est nécessaire que toutes les injonctions extérieures s'arrêtent [pour pouvoir se centrer sur la formation initiale].* » (DSC)

Un autre directeur évoque plus particulièrement le travail en concertation indispensable.

« *Nous sommes autonomes dans les décisions pédagogiques mais il est nécessaire d'informer la tutelle.* » (DSA2)

« *Lors des recrutements en interne, la négociation avec les autres directeurs de soins est indispensable.* » (DSA2)

Les directeurs hospitaliers mettent en avant la place essentielle des directeurs d'IF et leur autonomie dans la gestion des instituts.

« *Les directeurs d'IF sont autonomes dans la gestion de leur institut.* » (DHC)

⁵⁵ MIRAMON J.M., COUET D., PATURET J. B., op.cit., p 83.

⁵⁶ NOEL-HURAUX E., septembre 2004, « Un concept polysémique : l'autonomie », *Recherche en soins Infirmiers*, n° 78, p 61.

« Le directeur d'hôpital a un rôle limité [dans la gestion de l'IFSI], si on s'en mêle trop, ça dysfonctionne. » (DHB)

« Le directeur a une autonomie dans le recrutement. » (DHA1)

Une personne interrogée en souligne même la nécessité

« Les personnes se réalisent si elles ont de la latitude. » (DHA1)

Il apparaît des nuances importantes entre les deux groupes d'acteurs, les directeurs d'hôpitaux et les directeurs de soins. Les discours plus ou moins nuancés de certains de ces derniers laissent percevoir une tension entre le désir de pouvoir prendre des décisions et les limites dues aux contraintes extérieures. Il ne peut pour nous y avoir décision sans prise en compte de l'environnement, des informations contradictoires, du jeu des acteurs. « [L'autonomie [du directeur d'IFSI] se manifeste dans un cadre qui comporte des obligations et des contraintes prescrites par les tutelles administratives et pédagogiques.]⁵⁷

Nous remarquons que la question de l'autonomie est évoquée mais pas réellement précisée par les personnes interrogées. Ce concept peut apparaître comme un mot « valise », d'une part, agité positivement par les directeurs d'hôpitaux qui pensent que les directeurs d'IF gèrent leur institut sans trop de contraintes hiérarchiques et d'autre part, signe de revendications pour des directeurs d'IF en quête d'écoute et de reconnaissance.

Décider la pédagogie

La pédagogie est, nous l'avons déjà noté, le domaine privilégié du directeur d'institut de formation

Nous avons relevé l'importance dans la partie « prévoir » du projet de formation et de sa mise en place. Nous ne reprenons pas ces éléments qui cependant font appel à la capacité de décider du directeur. Dans ce paragraphe, nous mettons plus particulièrement en exergue la décision stratégique de développer des activités de formation continue.

L'opportunité de décider de la mise en place ou du développement d'activités de formation continue est très évoquée par les directeurs d'IFSI. Ils s'interrogent sur la stratégie à avancer.

« Faut-il stratégiquement développer la formation continue ? » (DSB2).

Certains attendent de voir si la région reconnaît ces efforts supplémentaires, cependant, dans le même temps, ils proposent quelques actions pour se positionner et ne pas laisser la place vide et inoccupée.

« Il faut développer la formation continue, mais pas trop. Le marché est difficile. Il y a peu de clients réels. Il est nécessaire que l'institut en tire un bénéfice sinon c'est un marché de dupe... Je saurai ce qu'il faut sauvegarder en fonction des coûts. »
(DSC)

D'autres pensent que le développement de la formation continue est important pour les IF. Il s'agit bien d'un choix stratégique qui peut optimiser les compétences internes de l'IFSI ou au contraire les fragiliser. De plus, l'analyse doit prendre en compte les politiques régionales différentes. La région B conformément à la réglementation⁵⁸, pour l'instant, déduit de la subvention les produits générés par la formation continue alors que la région C demande aux IF de l'autofinancer mais ne prend pas en considération ces produits. Aussi, en fonction de l'environnement du centre hospitalier de rattachement et des demandes, les choix sont différents.

L'intérêt de développer cette activité est analysé par certains comme un moyen de renforcer les compétences des formateurs en leur permettant de rencontrer des professionnels.

« La formation continue même si c'est une activité accessoire... permet une confrontation avec des adultes, intéressante pour des formateurs... Elle valorise leur expérience. » (DHB)

« La formation continue est à développer, c'est un moyen pour questionner les pratiques [des formateurs]. » (DSB1)

« Dans la formation continue il peut être conduit des réflexions sur des sujets en lien avec les soins. Il y a intérêt pour les formateurs de travailler avec les équipes sur des thématiques. » (DSB1)

La mise en place de formation continue fait débat et donne lieu à l'expression de points de vue divergents, signe que sur ce sujet, le directeur d'IFSI a un véritable choix à réaliser.

La gestion budgétaire

Nous avons déjà évoqué dans le chapitre précédent, l'organisation du suivi budgétaire. Dans cette partie, nous étudions plus particulièrement, les décisions sur ce sujet prises par le directeur d'IF. C'est dans ce domaine que des différences importantes apparaissent entre instituts. Dans les IF A1, A2, C, les directeurs ont peu de maîtrise du budget. Ces

⁵⁷ ARCHAMBAULT H., novembre 2000, «Le Management d'un IFSI », *Objectifs soins*, N° 90, p 13.

⁵⁸ Décret n° 2005-723 du 29 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, art. R. 714-3-59.

deux centres hospitaliers étudient encore les coûts de leurs différents instituts pour établir un CRPA le plus adapté possible. Les directeurs d'IF ont l'impression de ne pas être partie prenante. Pire, ils craignent que les financements des IFSI permettent de diminuer les déficits des formations spécialisées et des formations cadres, non financées pas les conseils régionaux.

La place du directeur d'IF dans la gestion financière est réellement discutée par l'ensemble des personnes interrogées.

Pour les responsables des régions, elle n'apparaît pas relever de sa compétence directe.

« Les infrastructures doivent « décharger » le directeur d'institut de formation des contingences financières. » (RRC)

« Nous avons plus de rapports pour la région avec le directeur financier. » (RRB)

Si le budget ne se négocie pas toujours avec le directeur d'institut de formation, la nécessité pour lui de prendre en compte le contexte financier, est évoquée par ses partenaires.

« Le directeur d'institut de formation doit être conscient des contingences financières » (RRC)

« Un travail en partenariat avec la direction du personnel et la direction des finances et de l'IFSI pour parler d'un même discours est indispensable. » (DHB)

A l'opposé des avis précédents, les directeurs d'IFSI souhaitent gagner en responsabilité dans la gestion budgétaire.

« J'ai demandé à être plus responsable de mon budget, d'avoir mon mot à dire par rapport aux orientations. On a à assumer notre budget, ça nous permet de faire des choix » (DSB2)

« En fonction des coûts, savoir ce que je vais sauvegarder » (DSC)

« Je souhaite participer à l'élaboration du budget. » (DSA2)

Certains d'entre eux désirent s'entourer de personnes compétentes pour les aider à mieux maîtriser l'aspect financier.

« Je souhaite travailler avec un comptable sur le budget et sur certaines lignes comptables. Par exemple j'ai relevé des confusions entre frais de déplacements des étudiants et des formateurs » (DSB1)

Comme précédemment, une scission entre les points de vue des directeurs d'IFSI et ceux des autres partenaires apparaît. Les directeurs d'IF souhaitent avoir une maîtrise budgétaire qui leur permette de faire des choix stratégiques. Ils sont conscients des limites de leurs compétences. Pour les autres personnes rencontrées, le directeur d'IF

doit s'occuper de pédagogie et de formation même si son avis peut être requis pour construire le budget. La gestion financière reste de la compétence des directions des centres hospitaliers. Nous interrogeons les répercussions du peu d'implication des directeurs d'IF souhaitée par certains partenaires. Ainsi échappe au directeur d'institut un des éléments importants pour réaliser des choix stratégiques. Cette observation nous fait rejoindre l'analyse de Xavier de la Véga⁵⁹ lorsqu'il relève la non participation des salariés et des cadres dans la définition des orientations stratégiques de l'entreprise même à l'heure de la démocratie participative.

Le conseil pédagogique : une aide à la décision ?

Ce conseil créé en avril 2007⁶⁰ remplace pour la formation infirmière, le conseil technique⁶¹. Cette dernière dénomination est toujours d'actualité pour le conseil mis en place pour donner des avis au directeur dans la formation aide soignante⁶². Ces instances sont consultées obligatoirement au moins deux fois par an par le directeur qui y présente pour avis le projet pédagogique, sa mise en œuvre, le règlement intérieur, des éléments budgétaires et des situations d'étudiants en difficulté. Une des nouveautés instaurées par le texte de 2007 est la participation avec voix consultative d'un représentant du conseil régional.

Les avis sur ces conseils des personnes interrogées sont difficilement comparables car elles n'abordent pas les mêmes aspects.

Des directeurs d'hôpitaux expriment les limites de ce type d'instance où le débat n'est pas réel.

« Le conseil technique, c'est une chambre d'enregistrement. » (DHA1)

« Le conseil régional est au conseil pédagogique, ils [les membres du conseil régional] veulent savoir ce qui se passe dans les IFSI mais c'est un conseil consensuel, sans enjeux de pouvoir » (DHC)

Les responsables rencontrés à la région vont faire des propositions au bureau du conseil régional pour décider le type de représentants qui y siégeront.

« J'étudie la faisabilité, je pense que c'est un élu qui siègera. Le conseil régional décidera en juillet. » (RRC)

⁵⁹ DE LA VEGA X., 2005, «De nouveaux dispositifs de pouvoir », in *Les organisations, État des savoirs*, 2^e édition, Auxerre, Editions Sciences Humaines, pp 176-177.

⁶⁰ Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, Journal Officiel, n° 108 du 10 mai 2007, p 8324.

⁶¹ Arrêté du 19 janvier 1988 modifié, relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux.

⁶² Arrêté du 22 octobre 2005 relatif au diplôme professionnel d'aide-soignant.

« Je pense que ce seront nous qui siègeront, mais nous ne pourrons pas participer à tous les conseils. Il faut poursuivre l'étude. Je ne pense pas que les élus siègent. » (RRB)

Surtout, la conseillère pédagogique, membre de droit, doute que la participation de la région dans cette instance lui permette d'appréhender les difficultés rencontrées dans la formation.

« Il serait important que le Conseil Régional puisse entendre les problèmes de la formation en analysant des dossiers d'étudiants. Mais il risque de venir au conseil pédagogique qui sera plus sur le projet mais pas à celui où seront traités les problèmes des étudiants. C'est là qu'il pourrait entendre les services qui encadrent les étudiants. »

De ces discours, nous retenons que le conseil pédagogique est une instance importante puisque des groupes souhaitent avoir une place. Cependant, elle apparaît peu comme un espace d'aide à la décision, les véritables débats ayant eu lieu en amont. De l'information est partagée pendant ce temps et aide à mieux comprendre les problématiques de formation.

Même si notre objectif n'est pas d'analyser le fonctionnement du conseil pédagogique, nous relevons cependant le jeu des acteurs qui apparaît en filigrane dans les réponses apportées. Les directeurs d'IFSI ne parlent pas de cette instance qui est importante pour eux. Lors d'un stage, j'ai pu observer qu'elle était vécue comme un soutien à la décision. La définition de l'ordre du jour est très orientée par le directeur. Pour lui, elle sert à recueillir des avis mais aussi à informer, à communiquer. Les directeurs des hôpitaux qui suivent régulièrement les problématiques, doutent de l'intérêt de ce conseil qui ne leur apporte pas des informations nouvelles. Pour la conseillère pédagogique, c'est un temps où elle recueille des données voire, où elle donne des orientations. La région pourra y recueillir des indications importantes sur le dynamisme de l'institut, ses orientations pédagogiques, la prise en compte des difficultés des étudiants.

Nous avons pu relever tout au long de cette partie, la difficulté à déterminer le champ des décisions des directeurs d'IFSI. Ils revendiquent de donner plus largement leur avis surtout au niveau économique, or les pratiques diffèrent selon les établissements. La région ne semble pas leur reconnaître une place dans les décisions budgétaires. Le conseil pédagogique apparaît plus comme une structure de diffusion d'informations que d'aide à la décision.

Animer

Les personnes rencontrées mettent en avant l'animation de l'équipe de l'IFSI, de l'équipe pédagogique en particulier, comme une fonction du directeur d'IFSI.

« Animer l'équipe est la fonction la plus noble. » (DSC)

« Il anime l'équipe pour la mise en place du projet. » (DHB)

« Il anime l'équipe au niveau pédagogique. » (CPB)

« Il anime l'école. » (DHC)

« J'organise des réunions secrétaires et formateurs ensemble pour échanger sur les préoccupations communes. » (DSA2)

Son rôle de soutien de l'équipe est évoqué, il la dynamise.

« On est là pour « booster » les équipes, pour préparer les projets à venir. » (CPB)

Des réunions et des temps d'écriture en commun apparaissent fédérateurs.

« L'écriture du projet pédagogique se fait en équipe pour avoir un sens commun. » (DSA2)

« Nous avons écrit en équipe une charte de qualité, c'est notre engagement. Elle nous servira pour retravailler le projet pédagogique. » (DHB2)

Surtout, le directeur apparaît de nouveau comme le « spécialiste » de la formation. Il défend les compétences spécifiques des formateurs.

« Le directeur doit avoir une présence forte dans l'IFSI... Sa place est de rester dans le monde de la formation. » (CPB)

« Je défends la spécificité de la formation, un formateur ne fait pas le même travail qu'un cadre. Il y a confusion entre information et formation. (DSB1)

Une personne relève l'importance pour le directeur de trouver pour lui-même de l'intérêt dans le travail effectué. (DSB1)

Le discours est assez homogène. Le directeur est l'animateur de l'équipe pédagogique et lui permet de développer et de faire vivre le projet d'école. Il crée de la cohésion. Il occupe le rôle de leader ainsi *« il assure la fusion d'éléments divers en une entreprise, en une entité coopérative. »*⁶³

Evaluer

La fonction d'évaluation semble très présente. Elle porte sur le suivi des recettes et des coûts et sur la mise en place de la formation.

⁶³ MINTZBERG, op. cit., p 73.

L'évaluation des recettes et des coûts

Cette évaluation apparaît importante, voire « *indispensable* » (DHA). Elle est fortement évoquée par les acteurs, peut-être, parce qu'elle se développe depuis la mise en place du financement régional.

Un directeur d'IFSI parle d'un changement profond d'habitudes :

« *Il faut acquérir un nouveau réflexe, chiffrer.* » (DSB2)

Tous les partenaires présentent la nécessité d'évaluer les coûts avant de s'engager. Des outils se mettent en place.

« *Il est nécessaire d'identifier les recettes et les dépenses mais c'est difficile à mettre en place et ce n'est pas spécifique à ...[cite le nom de son CHU].* » (DHA)

« *Le directeur d'IFSI doit savoir où il va en matière de finances.* » (CPB)

« *Nous avons de bons outils pour identifier les coûts exacts. Ca marche bien ici* » (DHB)

« *Il faut des outils pour suivre les coûts des intervenants extérieurs.* » (DHC)

« *Il y a nécessité de clarifier le budget des instituts de formation. La comptabilité analytique n'est pas exacte, il y a des erreurs d'UF.* » (DSB1)

Ces nouvelles pratiques sont facilitées si les directeurs de l'hôpital portent intérêt au suivi budgétaire de l'IFSI. (DSB1)

L'objet de cette évaluation est présenté plus finement en particulier par les directeurs d'IFSI.

« *J'évalue et contrôle tous les frais de déplacement des étudiants même si c'est contraignant. On est un peu ordonnateur des dépenses.* » (DSB2)

« *Pour calculer les coûts de formation il faut mesurer la charge de travail.* » (DSB1)

« *Il nous faut suivre les lignes budgétaires maîtrisables : déplacement, nombre d'heures de cours, les entrées, les sorties.* » (DSA2)

Cependant, la mise en place de ces nouvelles pratiques doit être expliquée aux agents, souligne un directeur d'IFSI (DSB1) sinon, elles sont ressenties comme des mesures de contrôle.

Les directeurs d'IFSI semblent se préoccuper très fortement de l'évaluation des recettes et dépenses. Dans la partie « décider », nous interrogeons la place laissée aux directeurs d'IFSI dans les décisions budgétaires, nous relevons dans ce chapitre qu'ils se créent des outils de suivi pour mieux appréhender les différents postes et pour peser sur les orientations ; ils se donnent des moyens pour exercer les nouvelles responsabilités qui leur incombent. En cohérence avec ce que nous avons relevé précédemment sur les

éléments budgétaires dans les parties « organiser » et « décider », les directeurs souhaitent recueillir et maîtriser des données qui pourront être utiles pour argumenter des choix.

L'évaluation de la formation

L'évaluation de l'efficacité de la formation est souvent évoquée. Deux éléments sont plus particulièrement mis en exergue : l'analyse des arrêts ou abandons de formation d'étudiants et l'évaluation de la qualité de la formation.

Les représentants des conseils régionaux ont été très surpris des départs en cours de formation ; le chiffre moyen de 25% d'étudiants infirmiers qui ne la terminent pas en trois ans sur la France, est avancé par des personnes interviewées. La dernière publication sur ce sujet de la Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) évoque le chiffre de 20%, tout en soulignant la forte augmentation de ces arrêts entre 2000 et 2004, plus 6%⁶⁴. Cette question est reprise par l'ensemble des acteurs.

« Il faut faire une étude des abandons. Ils sont trop nombreux. » (RRC)

« Il nous faut comprendre les causes de déperdition. » (DSB2)

« Il faut développer une sensibilité aux résultats et créer des outils pour identifier les causes [des échecs] y compris la mauvaise sélection. » (DHA)

« La qualité des stages et de l'encadrement est à évaluer. Des étudiants sont malheureux en stage. » (RRC)

Nous assistons à un changement dans l'approche de la problématique des arrêts de formation. Jusqu'à présent, elle était analysée comme une décision individuelle relevant de la responsabilité de l'étudiant, aujourd'hui elle exige d'interroger aussi le champ du pédagogique.

Des acteurs évoquent la nécessité de développer une démarche qualité dans tous les IFSI. Cette démarche permettrait de mieux se positionner dans un marché concurrentiel et d'être reconnu par la région.

« L'évaluation de la qualité est indispensable. Il doit être possible de négocier un budget à la région » (DSB1)

« Le directeur d'IFSI est responsable de la démarche qualité. La région y est très attentive. Ainsi on prouve qu'on utilise des outils pour atteindre les objectifs fixés. » (DHB)

« Les IF doivent être prêts pour la mise en place de la démarche qualité. » CPB

Les régions quant à elles, ont des points de vue plus nuancés.

⁶⁴ MARQUIER R, 2006, « Les étudiants en soins infirmiers en 2004 », *Etudes et Résultats*, N° 458, DREES, p 7.

« La qualité appartient à l'établissement, c'est de sa responsabilité. Le financement doit être pris sur le budget de fonctionnement. Une école qui ne montre pas son activité sera en difficulté, mais ce n'est pas l'accréditation qui la montre. » RRB

« Une charte de qualité est à développer par la région dans un deuxième temps. » (RRC)

L'évaluation de la qualité apparaît importante pour les professionnels hospitaliers qui ont suivi la mise en place de l'accréditation et de la certification des hôpitaux. Ils ont mesuré l'important travail permis par cette démarche pour harmoniser les pratiques et ainsi améliorer l'efficacité. La transparence liée à la publication des résultats entre autre, permet de repérer les forces et faiblesses des différents établissements et invite à entrer dans un processus d'amélioration. Toute évaluation de la qualité se fait en fonction d'objectifs recherchés. Pour les régions, les critères de qualité d'un IFSI peuvent être différents de ceux présentés par l'IFSI lui-même. Ainsi la place sur le territoire, la nature de l'offre de formation, le niveau des candidats admis, le travail en concertation avec d'autres instituts de formation peuvent leur apparaître essentiels. Les régions semblent vouloir influencer sur cette évaluation et ne pas accepter des critères qui leur seraient imposés.

Communiquer

La capacité à établir une communication efficace par oral mais aussi par la présentation de documents semble essentielle pour le directeur d'IFSI.

Se faire reconnaître en externe

La communication avec la région et les tutelles apparaît primordiale.

« Il y a une attente de communication IF - région et recherche de confiance. » (RRC)

« Les relations avec les services de l'État sont essentielles » DHA

« Il est nécessaire de se faire reconnaître par les institutions. » DSB1

« La fonction de représentation ... est augmentée par la régionalisation. » (DSC)

« Il faut prendre du temps pour présenter les choses au Conseil Régional... savoir à qui les présenter. » (DSB2)

« La communication entre établissements [centres hospitaliers], écoles [IFSI], région est essentielle. » (RRC)

De leur côté, les représentants des conseils régionaux rencontrés souhaitent développer les liens région - IFSI.

« Nous avons eu un échange avec chaque IFSI pour valider le budget 2007. » (RRB)

« La région doit d'abord, avant de mettre en place l'évaluation de la qualité, communiquer avec les établissements. » (RRC)

Si la communication apparaît comme un moyen pour les IF de se faire connaître par la tutelle, elle est encore plus essentielle envers la région qui découvre les éléments des formations sanitaires. Les deux partenaires, ou trois si nous différencions IFSI et CH, cherchent à mieux se comprendre. La région connaît la formation professionnelle dans l'Education Nationale mais peu, les formations sanitaires relevant du Ministère de la Santé ; elle souhaite en appréhender les spécificités, aussi des liens de confiance sont désirés. Cependant, les enjeux n'apparaissent pas similaires pour les deux institutions. La région veut évaluer l'efficacité de chaque IFSI et ses capacités à répondre aux objectifs fixés par le Schéma Régional de Formations Sanitaires et Sociales. Les IFSI veulent faire connaître leurs spécificités, leurs projets pour pouvoir recevoir des financements supplémentaires. Lors de nos entretiens et de nos stages, nous avons ressenti une volonté pour les régions rencontrées de recueillir des données fiables pour prendre des décisions équitables, justes, en lien avec la politique du conseil régional.

Des moyens divers de communication sont évoqués par les personnes enquêtées.

Le rapport d'activités est particulièrement cité.

« Le rapport d'activités est un moyen pour se faire connaître. » (DSB1)

« Il faut beaucoup travailler le rapport d'activité, ...mettre en valeur l'activité, toute l'activité. » (DHEA)

« Il nous faut produire des résultats qui se voient. » (DSA2)

« Nous sommes sensibles au rapport d'activités, il nous aide à mieux comprendre. » (RRB)

Le rapport d'activités semble devenir un document important. Un récent texte réglementaire en précise le plan type⁶⁵. Il est un outil de communication stratégique en interne : CH, personnel de l'IFSI, direction des soins..., et en externe : DRASS, région.

D'autres moyens sont évoqués. Il semble essentiel d'être connu et d'obtenir les informations nécessaires pour orienter les choix. La participation aux groupes de travail, aux réunions organisées par la région est prioritaire (DSB1). Un directeur évoque la nécessité d'être présent et d'utiliser les temps et espaces informels pour se faire connaître.

« Lors des réunions [avec les tutelles, la région, ...], il faut occuper le terrain, profiter des pauses café, des rencontres dans les couloirs. » (DHA2)

⁶⁵ Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, annexe IV.

La communication avec les différentes instances ne peut suffire. Il apparaît nécessaire aussi d'améliorer ou de maintenir la communication avec des collègues, et de développer des liens avec d'autres partenaires de la formation.

« Le directeur d'IFSI a son réseau de collègues qui lui permet d'avoir beaucoup d'informations. » (DHC)

« Il faut s'ouvrir sur l'extérieur, ne pas rester centré sur le CHU... Je travaille avec les collègues, les lycées, les centres de soins, je participe en tant qu'intervenant à des formations où l'IFSI est vu. » (DSB1)

« Investir l'aspect politique avec des rapprochements écoles, lycées, instituts, pour mieux envisager le recrutement par exemple. » (DHEA)

Cependant pour une de ces personnes, la communication entre directeurs d'IFSI est difficile, certains se sentant menacés.

« Dans le travail inter IFSI, on se positionne en concurrentiel, des échanges sont tabous (DSB1)

La communication interne

La communication est aussi interne à l'établissement.

« Le directeur de l'IFSI établit des liens avec le président de la CME. » DHEA

« Je participe aux réunions des directeurs de soins du CHU ». (DSA2)

« Le directeur d'IF doit être stratège et travailler en intelligence avec ces 3 interlocuteurs [région ,DRASS, CHU]. » (DSB1)

« Le directeur peut renvoyer aux équipes des coûts de formation car les budgets sont plus analytiques. » (CPB)

Nous repérons deux objectifs différents dans la communication. D'une part, elle permet à l'IF de faire connaître les projets développés, de montrer les activités mises en place, de traduire son dynamisme et d'autre part, elle donne accès à des informations que d'autres n'ont peut-être pas. Si le premier objectif favorise la reconnaissance de l'institut par les partenaires, le second peut favoriser la prise de décisions. Ces propos sont à mettre en lien avec les rôles définis par H Mintzberg. Le directeur occupe le rôle d'agent de liaison, mais surtout les rôles liés à l'information : diffuseur, observateur actif et porte parole. Le directeur d'IF semble être ou vouloir être au centre de la circulation de l'information, qui apparaît être un « outil » stratégique.

Tout au long de cette partie, nous avons montré des changements dans l'environnement des IFSI. La place occupée par la région conduit à redéfinir celles des différents acteurs : DRASS, direction des hôpitaux, direction des IFSI. Le métier de directeur d'IFSI change.

Si tous les acteurs pensent que son implication dans la conduite du projet pédagogique est essentielle, les avis divergent sur la place politique qu'il a à occuper. Les directeurs d'IF conscients d'enjeux, veulent influencer lors des choix d'orientations. Nous approfondissons ces aspects avant de présenter des éléments qui orienteront notre projet professionnel.

3 Des fonctions émergentes pour le directeur d'IFSI

Dans cette dernière partie, nous évoquons en synthèse de la partie précédente, les éléments forts mais aussi les tensions dans l'exercice des fonctions du directeur d'IFSI puis nous en tirons des orientations pour notre prochain poste.

3.1 Directeur d'IFSI : quel type de cadre ?

Pour mettre en perspective les regards apportés par les différents acteurs rencontrés, nous allons tenter de répondre aux questions qui ont guidé notre travail

3.1.1 Le directeur d'IF maître d'œuvre du projet de formation

Nous avons dans la partie précédente présenté des éléments pour décrire les fonctions du directeur. Nous allons à partir des points émergents, caractériser les axes que les partenaires ont mis plus particulièrement en exergue.

Le directeur d'IF pilote le projet de formation

La responsabilité exercée par le directeur dans l'IFSI au niveau pédagogique est reconnue unanimement. La pédagogie est au centre des actions du directeur. Il y trouve légitimité et source d'autonomie. Cet axe occupe les six niveaux fonctionnels que nous avons présentés. Cependant, nous avons montré que s'il est signe de la spécificité de ce « métier », il en traduit aussi ses limites.

La conduite d'une institution de formation apparaît être une mission importante au regard des compétences professionnelles à développer dans le secteur sanitaire, de la prise en compte des besoins et demandes des étudiants à former, de l'évolution des besoins des populations demandeuses de soins. Elle nécessite de mener en équipe un projet commun, d'organiser sa mise en œuvre, d'évaluer ses effets et de rester vigilant pour percevoir les évolutions.

Les personnes interrogées ont fait ressortir des éléments à prendre en compte dans le management de la formation, éléments nombreux, signes de la complexité de cette fonction :

- Les étudiants tout d'abord qui ne trouvent pas tous épanouissement dans cette formation, certains même l'arrêtant. L'analyse de leurs caractéristiques entre autres sociologiques apparaît importante pour orienter le projet de formation et choisir les techniques pédagogiques à utiliser,
- L'individualisation de la formation qui est une demande essentielle et incontournable,
- Le développement et l'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication qui facilitent l'apprentissage,

- L'offre de stages à identifier. De nouveaux terrains sont à explorer dans le secteur privé et dans les secteurs médico-social et social.

Le directeur apparaît comme le pilote du projet de formation. Il prend en compte les finalités de la formation, le public concerné avec ses spécificités, l'environnement interne, l'offre de stages en particulier, les évolutions réglementaires. A partir de ces données, il oriente le choix des méthodes et outils pédagogiques. La construction du projet de formation oriente son action et celle des formateurs.

Le directeur d'IF anime l'équipe pédagogique

L'animation de l'équipe de formateurs est essentielle pour fédérer ces professionnels autour d'un projet commun.

Philippe Perrenoud montre la place du chef d'établissement dans l'amélioration de l'efficacité des établissements scolaires. Si ses propos s'adressent plus aux structures relevant de l'Education Nationale, ils permettent d'interroger, aussi, avec pertinence la conduite des formations sanitaires. *« Si l'efficacité passe par un processus de développement à piloter localement, elle dépend de l'identité et des compétences de chefs d'établissements. Leithwood (2001) démontre que les établissements scolaires affichent des résultats supérieurs lorsque leurs leaders parviennent à impliquer la totalité des membres de la communauté scolaire dans un processus durable de développement et d'apprentissage organisationnel. »*⁶⁶

Le directeur permet d'« impliquer » les différents protagonistes de la formation, les formateurs permanents et vacataires, les tuteurs des stages autour de l'apprentissage et de la formation. La responsabilisation des partenaires apparaît être un point clé de réussite.

Le directeur a une responsabilité reconnue dans le recrutement du personnel de l'Institut. Ce point est important, même si sa rationalité est discutable⁶⁷, puisqu'il permet de choisir les nouveaux collaborateurs. Ce choix nécessite de prendre en compte les forces et les faiblesses de l'équipe pour choisir parmi les candidats ceux qui ont des caractéristiques améliorant le potentiel du service.

⁶⁶ GATHER THURLER M., PERRENOUD P., 2004, *Professionnalisation et formation des chefs d'établissement, Administration et Éducation*, n° 102, pp. 67-76., [visité le 19-09-2007], disponible sur internet :

http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_2004/2004_06.html

⁶⁷ CADIN L, GUERIN F, PIGEYRE F., 2007, *Gestion des ressources humaines*, 3ème édition, Paris, Dunod, chapitre 6, pp 289 – 368.

3.1.2 Le directeur d'IF veut participer aux décisions

L'approche des fonctions de directeur d'IFSI que nous avons choisie de conduire, prenait comme orientation particulière, l'analyse de la place du directeur dans la gestion budgétaire. Cette activité nous apparaissait nouvelle et peut-être signe d'évolution.

Nous avons pu identifier deux axes dans cette participation :

- La participation aux orientations budgétaires
- La participation au suivi des dépenses et recettes.

La participation aux orientations budgétaires

Pour ce premier axe, nous notons une variation forte suivant les établissements. Dans certains, le directeur est peu impliqué, il donne de l'information mais une opacité semble encore régner, opacité liée à l'histoire, à la grosseur des établissements. Dans d'autres, le directeur d'IFSI travaille en lien avec les directeurs hospitaliers chargés des écoles et des finances. Les directeurs d'IFSI souhaitent tous une implication forte dans ces dossiers qui ne peuvent être seulement perçus comme techniques. A l'opposé, les responsables régionaux rencontrés contestent la compétence du directeur d'IF dans l'élaboration du budget.

Nous avons déjà questionné les répercussions de cet état de fait sur les choix stratégiques conduits par le directeur d'IF. En effet, comment le directeur peut-il donner des orientations nouvelles au projet de formation s'il n'a de prise sur les choix budgétaires ? Comment peut-il tenir compte des perspectives nouvelles qui apparaissent s'il n'est pas associé à la création du CRPA de l'institut ? Cependant, nous relevons que nous sommes dans une phase nouvelle où les différents acteurs essaient de trouver leur place. Les directeurs d'IF revendiquent pour que leurs avis soient reconnus et pris en compte. Ils ne souhaitent pas rester seulement dans une fonction d'organisateur. Daniel Schaeffer l'affirme fortement dans un article récent⁶⁸ « *Les régions ont la volonté d'associer les directeurs d'IFSI à la gestion des différents dossiers et à les reconnaître comme de véritables partenaires. Mais qu'en sera-t-il des choix et priorités budgétaires ? L'essentiel reste à faire, mais les directeurs d'IFSI n'accepteront de prendre leurs responsabilités que s'ils sont considérés comme des acteurs à part entière.* » Cette question apparaît être un enjeu de reconnaissance pour les directeurs d'IF. De plus, la réponse apportée permet suivant l'option développée, soit de positionner la formation sanitaire publique sous domination hospitalière forte, soit de plus développer une culture de santé publique et extra hospitalière. Cependant, dans l'attente de cette

⁶⁸ SCHAEFFER D., février 2007, «Plaidoyer pour de meilleures conditions de formation des étudiants infirmiers », *Soins Cadres de Santé*, p 45.

reconnaissance, la politique de développement de la communication institutionnelle conduite par les directeurs d'IF leur permet de faire connaître leurs choix et actions. S'ils ne peuvent dans le temps présent, peser dans des décisions plus politico-économiques, ils donnent des informations pour faire apparaître les problématiques rencontrées, les moyens mis en œuvre, la dynamique de leur établissement.

La participation au suivi des dépenses et recettes.

Nous avons présenté l'investissement des directeurs pour suivre les recettes et les dépenses de l'IFSI. Il est possible que certains d'eux utilisaient ce suivi comme moyen d'aide à la décision avant la mise en place du budget annexe, cependant, tous les directeurs d'IF évoquent le changement opéré par ce nouveau financement. Ils sont vigilants pour identifier et contrôler notamment les dépenses sur lesquelles une action est possible : nombre d'heures d'intervenants, déplacements des étudiants, intendance... A partir des informations établies par les services financiers du Centre Hospitalier, ils calculent les coûts des formations, en particulier celles des formations continues, données qui sont ensuite validées par le Conseil d'Administration de Centre Hospitalier⁶⁹. Cette activité semble souhaitée par l'ensemble des partenaires. Le directeur, ainsi, d'une part fournit des renseignements fiables qui sont utilisés pour établir le budget et d'autre part, intervient en cas de dépassement des dépenses pour identifier les causes et amener des réajustements.

Les directeurs d'IF sont reconnus pour suivre les recettes et dépenses, pour apporter des mesures correctives éventuelles mais dans le même temps, leurs places dans les décisions qui orientent l'avenir de l'institut sont discutées.

Il apparaît que le directeur d'IFSI a une autonomie pour « manager » l'intérieur, mais doit faire sa place pour être reconnu à l'extérieur.

3.1.3 Le directeur d'IF est-il un « cadre politique » ?

A l'issue de cette analyse, nous interrogeons le type de dirigeant représenté par le directeur d'IF.

H Mintzberg présente huit types d'encadrement : homme de contact, cadre politique, entrepreneur, cadre interne, cadre en temps réel, cadre équipier, cadre expert, cadre nouvellement nommé⁷⁰ Parmi ces types, trois nous semblent correspondre aux qualificatifs relevés dans le discours des personnes rencontrées. Un écart apparaît entre

⁶⁹ BORONAT G., PICHON, *Gestion financière d'une école paramédicale*, ENSP, Rennes, cours des 11 au 13-07-07 26-01-2007, Formation des directeurs des soins.

⁷⁰ MINTZBERG H., op. cit., p 139.

le type souhaité par les directeurs d'IF eux-mêmes et celui évoqué par les autres partenaires.

Les directeurs de CH et les responsables administratifs des conseils régionaux présentent un directeur d'IF correspondant au « *cadre interne* » défini par Mintberg⁷¹. Ses préoccupations portent sur le fonctionnement de l'institut. Il occupe les rôles de « *répartiteur de ressources et, dans une moindre mesure, de leader.* »⁷² Ainsi, lorsque ces personnes interrogées évoquent sa place essentielle dans la mise en œuvre du projet pédagogique et sa non ou faible participation aux orientations budgétaires, ses actions s'orientent sur l'intérieur qu'il dynamise, anime, oriente. Son ouverture sur l'extérieur apparaît comme accessoire.

Les directeurs d'IF rencontrés ainsi que la conseillère pédagogique régionale, présentent une évolution vers, soit le « *cadre politique* », soit le « *cadre entrepreneur* ».

Le cadre politique concilie « *un grand nombre de forces politiques diverses pesant sur son organisation... Ce cadre doit passer une bonne partie de son temps en activités formelles, rencontrant régulièrement... le patron, ..., expliquant les actions de son organisation à des groupes intéressés. Ses rôles sont ceux de porte parole et de négociateur.* » Lorsque les directeurs défendent la place de l'institut dans le territoire, négocient des moyens pour la conduite du projet d'école, évoquent la place importante de la communication, la nécessité de créer des réseaux, de s'ouvrir à l'extérieur du Centre Hospitalier, ils essaient de tirer partie des divers acteurs avec lesquels ils sont en lien.

L'entrepreneur « *passé une bonne partie de son temps à rechercher des opportunités et à mettre en œuvre des changements dans son organisation. Son rôle clef est celui d'entrepreneur, mais il doit également passer un temps considérable à assumer le rôle de négociateur, pour la mise en œuvre des changements.* »⁷³ Ces directeurs plus centrés sur leur institut, développent des projets, des techniques pédagogiques adaptées, des nouvelles formations , ... pour positionner leur institut par rapport aux autres ; ils se placent dans un marché concurrentiel.

Ces écarts de points de vue sont certainement favorisés par le changement de financement des instituts et par la mise en place d'un budget annexe. Les directeurs de CH maintiennent la logique antérieure ; lorsque leurs établissements finançaient les IF à partir de la dotation globale de fonctionnement, ils occupaient la dimension politique, en

⁷¹ Ibid., p 141.

⁷² Idem.

⁷³ Ibid., p 140.

particulier lors des négociations avec l'agence régionale de l'hospitalisation, le directeur d'IF était alors centré sur la formation. Les responsables du conseil régional souhaitent avant tout avoir des relations avec le représentant de la personne morale de l'institut c'est-à-dire le directeur du CH.

Dans le même temps le directeur d'IFSI prend en compte les nouvelles capacités à développer chez les étudiants nécessitées par les évolutions de l'exercice professionnel, perçoit les demandes des conseils régionaux, prépare les changements à venir avec une formation infirmière centrée sur l'acquisition de compétences, anticipe l'évolution vers l'université. En influant sur ces points, il développe les liens avec l'extérieur, il cherche à être connu voire reconnu.

3.2 Des perspectives professionnelles

A l'issue de ce travail, nous retenons des axes que nous développerons lors de notre prise de fonction. Nous les présentons successivement sans pour autant envisager l'aspect opérationnel qui dépend fortement du contexte local.

3.2.1 La mise en place d'un projet d'école

Il nous apparaît important d'établir en équipe un projet d'école pour les trois ans à venir. Nos propos n'ont pas pour objectif de relever les étapes de construction de ce type de projet, mais de mettre l'accent sur les éléments qui nous apparaissent importants d'être pris en compte.

En effet, nous avons montré que la logique financière n'a de sens que si elle permet d'aboutir aux finalités recherchées. Le projet s'inscrit dans le temps et cherche à orienter l'avenir, « *Les conduites à projet sont des conduites cherchant à imprimer un sens à l'action qu'elles anticipent, que cette action soit le fait d'individus isolés, de groupes ou encore d'ensembles sociaux plus vastes.* »⁷⁴

⁷⁴ BOUTINET JP., 1996, *Anthropologie du projet*, Paris, PUF, p 1.

Un projet qui se préoccupe des demandes et besoins de l'établissement de rattachement et de la zone d'attractivité.

Ce projet comme le présente P Lombardo⁷⁵, prend appui d'une part, sur les missions fixées par le directeur du centre hospitalier de rattachement, d'autre part, sur les orientations du Schéma Régional des Formations Sanitaires et Sociales. Les missions fixées par le directeur du CH orientent fortement l'action du directeur d'IF, et permettent de prendre en compte les problématiques spécifiques de l'établissement. Les orientations régionales situent l'IF dans une logique territoriale et élargissent fortement sa place.

Ce projet est construit après avoir identifié les forces et faiblesses de l'IFSI et les menaces et opportunités issues de l'environnement général. Cette phase de collectes des données se réalise avec les différents membres de l'équipe en s'appuyant sur des documents formalisés : projets d'établissements⁷⁶, plan régional de santé publique, schéma régional des formations sanitaires et sociales...

Un projet qui permet à l'IFSI de développer de nouvelles activités

La nécessité d'équilibrer un budget nécessite de mettre en place des mesures pour maîtriser les recettes et les dépenses.

Tout d'abord, nous avons noté les questions soulevées par le développement de la formation continue. Une analyse des demandes et besoins semble une première étape. La formation « *est une activité économique. Les organismes de formation sont devenus des acteurs économiques, en ce sens qu'ils doivent se positionner sur un marché, celui de la formation.* »⁷⁷ Plus que dans le domaine de la formation initiale, les IF sont en concurrence les uns par rapport aux autres. Nous avons noté que les directeurs avaient des points de vue divergents sur ce développement.

De même, il apparaît important de se positionner pour offrir de nouvelles formations initiales en fonction des besoins locaux ou régionaux. L'institut doit être réactif aux demandes en particulier du Conseil Régional. Ainsi, il devient un partenaire incontournable sur un territoire.

Un projet qui favorise la réussite des étudiants.

⁷⁵ LOMBARDO P., op. cit.

⁷⁶ Volontairement nous employons le pluriel pour marquer notre désir de prendre en compte non seulement l'établissement de rattachement mais aussi les établissements du territoire d'attractivité de l'IFSI.

⁷⁷ D'IRIBARNE A., 2003, « Les stratégies marchandes de la formation », *Sciences Humaines*, N° 40 Hors Série, p 34.

Nous avons relevé le taux élevé d'étudiants infirmiers qui n'obtenaient pas leur diplôme en trois ans. Cette déperdition coûte cher humainement et financièrement. Nous pouvons reprendre les propos de Perrenoud en les adaptant à la formation post baccalauréat lorsqu'il écrit « *Les élèves, ce sont aussi... des personnes qui ont une culture, des goûts, des loisirs, des besoins que l'école, soucieuse de les instruire et de les orienter, ne prend pas toujours en compte. Le chef d'établissement, parce qu'il est responsable de l'ensemble des élèves et n'assume pas pour autant une relation pédagogique avec chacun, peut se faire le porte parole de leur intérêts... parfois contre les attentes des enseignants.* »⁷⁸ L'attention aux spécificités et aux difficultés sociales des étudiants apparaît devenir un nouvel enjeu, d'autant plus que c'est une demande des conseils régionaux. La prise en compte de ces données amène à réfléchir à l'individualisation de la formation et à la responsabilisation des étudiants. Tout en respectant le cadre réglementaire, la création de parcours différenciés peut faciliter la réussite des étudiants en prenant en compte leur projet personnel, en proposant des mesures de remédiation pour les aider à faire face à leurs difficultés. Une pédagogie du contrat les responsabilise et les aide à donner du sens.

Un projet qui identifie les méthodes pédagogiques développés.

Le projet présente les méthodes pédagogiques priorisées pour d'une part, répondre aux besoins des étudiants et d'autre part, permettre de former des professionnels adaptés aux besoins. Cette présentation conduit à exposer le modèle d'apprentissage choisi. En particulier sont définis l'autonomie laissée aux étudiants, l'individualisation de la formation, l'alternance, la formation à distance, l'enseignement clinique, ...

Un projet qui favorise le développement de nouvelles technologies pour la formation

Le développement en particulier de l'informatique dans l'enseignement permet à chaque étudiant qui le souhaite de pouvoir travailler à distance à partir d'un site où sont regroupés des cours, des exercices, des liens informatiques... Ainsi, il découvre le contenu des enseignements à son rythme ou utilise cet outil en renforcement.

Il a aussi grâce à cet outil accès à des bases de données qui lui permettent de compléter les enseignements, de conduire des recherches personnelles, de communiquer avec d'autres étudiants...

L'informatique peut aussi être développée pour amener les étudiants à travailler sur des dossiers de soins virtuels et ainsi se familiariser à la mobilisation de ces documents.

⁷⁸ PERRENOUD P., 1999, *Enseigner : agir dans l'urgence, décider dans l'incertitude*, 2^{ème} édition, Paris, ESF, p 48.

Un projet qui développe des liens entre formations

Le rapprochement entre les secteurs sanitaires et sociaux conduit à envisager des temps de formation, d'enseignements communs. Cette attitude a trois objectifs :

- favoriser la connaissance mutuelle, la création de liens, le développement de la conduite de projets communs,
- limiter les cloisonnements des formations et s'ouvrir à des problématiques en particulier sociétales plus larges,
- diminuer les coûts de certaines conférences.

Les deux premiers objectifs sont prioritaires. Dans les années à venir, les professionnels sanitaires et sociaux seront amenés à travailler ensemble pour mieux répondre aux besoins des populations en particulier des personnes âgées, des exclus, des personnes atteintes de pathologies chroniques invalidantes.... Le développement de coordinations, de réseaux est un des prémices.⁷⁹

Cette coopération peut aussi être développée avec des objectifs semblables entre formations du secteur sanitaire.

Un projet qui envisage des conventions avec l'Université

Les étudiants, la profession infirmière et des associations professionnelles demandent la reconnaissance du diplôme d'État d'infirmier au niveau baccalauréat plus trois années d'études. Des discussions sont engagées entre le ministère de la santé, de la jeunesse et des sports et le ministère de l'enseignement et de la recherche. Il est important pour renforcer l'ouverture de la formation, d'étudier des conventions possibles entre universités et IFSI. Les étudiants peuvent alors valider au cours de la formation infirmière en partie ou en totalité une licence.

L'intérêt est de négocier avec des universités des enseignements qui enrichissent la formation infirmière et qui développent des capacités nécessaires à l'exercice professionnel.

3.2.2 Un management par projets

Si le développement de la responsabilisation et de l'autonomie des étudiants est recherché, un management participatif mais surtout « déléгатif » apparaît opportun.⁸⁰ En effet, il est incohérent de demander aux formateurs de mettre en place des pratiques pédagogiques favorisant l'implication des étudiants si eux-mêmes ont une zone

⁷⁹ EVIN C., février 2006, « Des agences régionales de santé pour une meilleure articulation », *Soins Cadres* pp 54 – 55.

⁸⁰ ARCHAMBAUT H., op. cit., p 16.

d'autonomie restreinte. Il est évident que suivant l'histoire de l'équipe, un accompagnement est nécessaire pour permettre aux salariés d'accepter de prendre des risques. Une confiance entre manager et salariés est indispensable. Un travail en amont sur une charte de qualité et sur le projet pédagogique voire de formation, est une étape importante pour faciliter le travail des différentes personnes. « *La délégation...ou, en d'autres termes, l'intervention minimale de direction auprès de ses employés, serait l'approche la plus justifiée pour le niveau ... [où° les employés sont fortement engagés dans leur tâche qu'ils réalisent avec un grand niveau de maîtrise et de réussite].* »⁸¹ Il est souhaitable que les formateurs prennent des décisions en ce qui concerne les activités pédagogiques dont ils sont chargés, mais aussi la négociation des objectifs avec les enseignants vacataires, les méthodes et techniques pédagogiques à mettre en place, la contractualisation avec des étudiants en difficultés... La mise en place de temps d'analyse réflexive, d'analyse des pratiques pédagogiques, aide les enseignants à progresser dans cette prise de responsabilité.

3.2.3 La création de tableaux de bord

Le directeur crée des tableaux de bord, outils d'évaluation importants pour l'aider à suivre les évolutions, à analyser l'atteinte des objectifs fixés, à maîtriser les dépenses, à prendre des décisions en s'appuyant sur des informations pertinentes. Ils diffèrent suivant les objectifs poursuivis. Ils permettent de recueillir des informations sur l'attractivité de l'IFSI, l'activité des personnels permanents, la place des enseignants vacataires, la formation continue développée, l'utilisation du centre de documentation et d'informations et des postes multimédias...

Pour que les informations soient fiables, il est nécessaire d'envisager un recueil de données simple, réaliste.

3.2.4 La participation à la gestion financière

Les deux éléments que nous avons relevés dans la recherche sont à investir par le directeur, soit :

- La participation aux orientations budgétaires
- La participation au suivi des dépenses et recettes.

La participation aux orientations budgétaires

Plus que le contenu de cette participation, que nous avons développé antérieurement, nous mettons ici en exergue le « comment ». En effet nous avons relevé que la place du directeur d'IF est très variable suivant les établissements. Il apparaît nécessaire de

⁸¹ PELLETIER G., 1998, « Les formes de leadership- Approches américaines », *Sciences humaines*, N° 20, hors série, mars-avril, pp26 – 29.

pouvoir travailler en collaboration étroite avec les directions chargées des affaires financières pour présenter les projets, les orientations et analyser les marges de manœuvres budgétaires. Ces directions ont des compétences économiques que le directeur d'IF n'a pas, le directeur d'IF a la connaissance de la réalité du travail dans l'institut et est responsable de la mise en place du projet. Nous avons dans le même temps à développer nos compétences pour comprendre et utiliser avec plus de pertinence les données fournies par cette direction. La participation aux réunions organisées par la région est indispensable pour avoir les informations qui permettent de réaliser des choix stratégiques.

Ce travail de concertation avec les services du CH responsables des finances permet d'établir des clés de répartition pertinentes pour affecter les recettes et dépenses sur les comptes.

La participation au suivi des dépenses et recettes.

Des tableaux de bord facilitent le suivi des recettes et des dépenses. Une part des recettes en effet fluctue : recettes de sélections, de formation continue, de taxe d'apprentissage... Les dépenses sont analysées régulièrement⁸² pour contrôler leur bien-fondé et pour identifier d'éventuelles erreurs d'affectation sur un compte ou sur une unité fonctionnelle. Surtout cette analyse permet d'appréhender des écarts par rapport au CRPA de l'Institut et de mettre en place les mesures correctives nécessaires. Ce travail est réalisé en lien avec les services financiers du CH. Il permet aussi éventuellement de percevoir l'atteinte d'objectifs.

3.2.5 Le développement de la communication

Le développement de la communication est un autre axe à prendre en compte. Le directeur, en concertation avec le directeur du CH impulse une politique de communication interne mais surtout externe. Il fixe les objectifs à atteindre et appréhende les moyens à utiliser.

La communication⁸³ donne non seulement de l'information objective sur l'institution, mais aussi de l'information « symbolique ». Elle est ciblée, « la communication s'adresse « à »... ». Elle permet d'après C. Le Moenne « d'explicitier les buts collectifs, d'établir des

⁸² Lors de son cours à l'ENSP du 11 au 13-07-2007, sur « *La gestion financière d'une école paramédicale* », G BOUROUTAT évoque une périodicité de 2 mois.

⁸³ PARENT B, *Communication managériale, communication et gestion de crise*, Rennes, cours le 24-01-2007, Formation des directeurs des soins.

référentiels d'action et de communication, d'établir des référentiels d'interprétation pour faire émerger un sens commun. »⁸⁴

Cette politique est à préparer. Son contenu mais aussi sa forme, sont adaptés au public et travaillés en partie avec des professionnels de la communication.

Le rapport d'activité est un des outils importants de communication. Si les différentes parties qui le composent sont définies réglementairement, l'écriture, la mise en forme sont au service du message à communiquer. Il permet de mettre en avant les forces de l'institution pour répondre à la mission et de laisser percevoir les axes d'amélioration à envisager.

3.2.6 Le développement d'un réseau

Créer des liens entre IF

Le directeur d'IF pour mener à bien ses missions dans un environnement qui évolue très vite, participe à des temps de réflexions. Nous avons noté l'importance de développer les liens entre institutions de formation, il apparaît indispensable d'utiliser, voire de créer des espaces de concertation entre directeurs d'IF. Ces temps nécessaires pour s'informer mais aussi analyser ensemble les évolutions, appréhender les stratégies possibles, donnent aux directeurs des clés de lecture. Ils facilitent la mise en place de réponses complémentaires. Cependant, le développement de la concurrence entre instituts rend difficile cette approche qui nécessite confiance. La prise en compte des spécificités et des forces de chaque établissement invite à les positionner non seulement en concurrence mais aussi en complémentarité.

Créer des liens dans le centre hospitalier

Le directeur d'IF appréhende les problématiques de l'établissement de rattachement. Même s'il est membre de droit de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico techniques, lieu où sont présentés les différents projets de l'établissement, il est essentiel qu'il s'inscrive dans des groupes de travail, qu'il participe à des réunions avec l'équipe de direction si la structure n'est pas trop grande sinon avec des membres de cette équipe. La présence aux réunions de l'encadrement supérieur soignant permet de mieux se connaître mais surtout de rester les uns et les autres informés sur les projets conduits, les difficultés rencontrées. La participation du coordinateur général des soins au conseil pédagogique et technique favorise aussi ces liens et ces échanges.

Dans cette partie nous avons présenté des orientations pour notre prise de fonctions. Nous devons aussi prendre en compte le contexte de l'établissement son histoire, ses forces et ses faiblesses. Cependant notre mission est d'offrir des formations de qualité.

⁸⁴ Ibid., polycopié support de cours, p 9.

Pour cela nous favorisons la mise en oeuvre collective du projet de formation avec de l'ouverture vers d'autres formations, d'autres problématiques. En tant que directeur, nous anticipons les besoins et prévoyons les moyens pour répondre aux besoins de formation. Le développement d'un réseau pour échanger, analyser, s'informer est indispensable.

Conclusion

Notre expérience professionnelle nous laissait soupçonner des modifications dans les fonctions de directeur d'IFSI suite à la décentralisation des financements et des agréments des IF et à la mise en place d'un budget annexe pour les instituts relevant de centres hospitaliers publics.

Aussi, nous avons recherché :

En quoi les modifications du financement des formations sanitaires orientent les fonctions de directeur d'institut de formation ?

Le directeur d'IF opère dans un environnement qui bouge. La participation des conseils régionaux à la politique de formation sanitaire se met en place. Actuellement ils analysent l'existant et mesurent les capacités des institutions à développer les objectifs exposés dans les schémas régionaux des formations sanitaires et sociales. Les directions des hôpitaux prennent en compte ces changements rapides et se créent des outils pour évaluer avec plus de pertinence les recettes et les coûts des instituts de formations et infléchir les choix. Ces modifications du financement en particulier créent de la concurrence entre instituts.

Le directeur est qualifié par tous, comme le responsable de l'élaboration et de la mise en œuvre du projet d'école. La spécificité de son métier est de permettre de proposer des formations adaptées aux besoins des étudiants et au développement des compétences professionnelles recherchées. Il anime une équipe de professionnels, de formateurs en particulier qui permet la réalisation de cette mission. Il lui est demandé de favoriser les liens avec les formations sociales, voire avec l'Université. Il participe au suivi des dépenses et des recettes de l'IFSI pour pouvoir si nécessaire, apporter des mesures correctives.

Cependant, les attentes divergent lorsqu'est évoqué le rôle politique du directeur d'IFSI.

Les décisions stratégiques sur les orientations de l'IFSI, sur les choix budgétaires, relèvent des directions de centres hospitaliers avec parfois, surtout dans les établissements de grande taille, peu de concertations avec le directeur de l'IFSI. Ainsi il devient un cadre chargé de l'« interne », les liens importants avec l'extérieur sont tissés par d'autres. Les directeurs d'IFSI souhaitent pouvoir orienter les évolutions de l'institut en concertation avec leurs chefs d'établissements. Une tension apparaît entre les acteurs sur ce point, signe que des changements sont souhaités voire commencent à s'opérer.

Les directeurs d'IF peuvent, soit être attentistes, soit au contraire développer des stratégies pour former des professionnels compétents pour répondre aux demandes et

aux besoins de santé des populations. L'élaboration en concertation avec l'équipe de formateurs du projet d'école est un moyen tout comme le développement de liens en interne, dans le centre hospitalier, mais aussi en externe pour favoriser l'ouverture. La prise en compte des données économiques le conduit à faire des choix qui orientent la formation.

Bibliographie

OUVRAGES CITES

BOUTINET JP., 1996, *Anthropologie du projet*, Paris, PUF, 396 p.

CADIN L, GUERIN F, PIGEYRE F., 2007, *Gestion des ressources humaines*, 3ème édition, Paris, Dunod, 622 p.

DE LA VEGA X., 2005, « De nouveaux dispositifs de pouvoir », in *Les organisations, État des savoirs*, 2^e édition, Auxerre, Editions Sciences Humaines, pp 175 – 179.

MINTZBERG H, 2007, *Le manager au quotidien - Les 10 rôles du cadre*, 2^{ème} édition, Paris, Éditions d'Organisations, 283 p.

MIRAMON J.M., COUET D., PATURET J. B., 2005, *Le métier de directeur, techniques et fictions*, Rennes, édition ENSP, 269 p.

PERRENOUD P., 1999, *Enseigner : agir dans l'urgence, décider dans l'incertitude*, 2^{ème} édition, Paris, ESF, 198p.

ARTICLES CITES

ALBERT M., septembre – octobre 2006, « EPRD et T2A - Quels enseignements tirer des réformes ? », *Revue Hospitalière de France*, n° 512, pp 54–59.

ARCHAMBAULT H., novembre 2000, « Le Management d'un IFSI », *Objectifs soins*, N° 90, pp 13–16.

D'IRIBARNE A., 2003, « Les stratégies marchandes de la formation », *Sciences Humaines*, N° 40, Hors Série, pp 32-35.

EVIN C., février 2006, « Des agences régionales de santé pour une meilleure articulation », *Soins Cadres*, pp 54–55.

GATHER THURLER M., PERRENOUD P., 2004, *Professionnalisation et formation des chefs d'établissement*, Administration et Éducation, n° 102, pp. 67-76., [visité le 19-09-2007], disponible sur internet : http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_2004/2004_06.htm

HEVE D., BERNARD L., 2004, « Enjeux et principes de la tarification à l'activité », *Soins Cadres*, n°52, pp 47-52.

KOHLER F., TOUSSAINT E., février 2005, « Nouvelle gouvernance, T2A et contractualisation interne », *Gestions Hospitalières*, pp 93-99.

MARQUIER R, 2006, « Les étudiants en soins infirmiers en 2004 », *Etudes et Résultats*, N° 458, DREES, 12 p.

NOEL-HURAUX E., septembre 2004, « Un concept polysémique : l'autonomie », *Recherche en soins Infirmiers*, n° 78, pp 59–70.

PELJAK D., mai 2006, « De la T2A à l'EPRD », *Le bulletin juridique du praticien hospitalier*, cahier spécial, N° 88, pp 1-12.

PELLETIER G., 1998, « Les formes de leadership- Approches américaines », *Sciences humaines*, N° 20, hors série, mars-avril, pp 26-29.

SCHAEFFER D., février 2007, « Plaidoyer pour de meilleures conditions de formation des étudiants infirmiers », *Soins Cadres de Santé*, pp 43-46.

RAPPORTS – MEMOIRES CITES

CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL REGIONAL MIDI-PYRENEES, La décentralisation des formations sanitaires et sociales : enjeux et conséquences, Juin 2005, [visité le 31-07-07], disponible sur Internet : <http://www.cesdefrance.fr/pdf/4731.pdf?PHPSESSID=2055c4cde829a8308eb8679921ec525d>

CHEVREUL P., 2005, *La mise en œuvre du transfert aux régions des formations sanitaires et sociales*, Rapport de mission Ministère délégué aux Relations du Travail, 2005, 79 p, [visité le 31-07-2007], disponible sur Internet : <http://www.cefic.fr/ressources/alire/chevreul.pdf>

HAUTE AUTORITE DE LA SANTE, *Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de Santé*, Janvier 2005, disponible sur Internet : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_management.pdf

KAROUTCHI R, juillet 2005, *La décentralisation de la formation professionnelle et de l'apprentissage*, rapport d'information au Sénat, n° 455, [visité le 31-07-2007], disponible sur Internet : <http://www.senat.fr/rap/r04-455/r04-4551.pdf>

LOMBARDO P., 2005, *Le projet d'école en institut de formation en soins infirmiers*, ENSP, Rennes, Mémoire, directeur des soins, 60 p.

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS, *Répertoire des métiers de la fonction Publique hospitalière*, [mise à jour septembre 2006], disponible sur Internet : http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers/repert_metierfph/intro.htm

COURS

BORONAT G., PICHON, *Gestion financière d'une école paramédicale*, ENSP, Rennes, cours des 11 au 13-07-07 26-01-2007, Formation des directeurs des soins.

GALANT M. O., avril 2007, *Le projet d'école*, ENSP, Rennes, cours le 3-4-2007, Formation des directeurs des soins.

GALANT M. O., *Les représentations du métier*, ENSP, Rennes, cours le 26-01-2007, Formation des directeurs des soins.

PARENT B, *Communication managériale, communication et gestion de crise*, Rennes, cours le 24-01-2007, Formation des directeurs des soins.

TARDIF L., *Stratégie et analyse stratégique, quelques grilles de lecture*, Cours ENSP les 12 et 14 février 2007, Formation des directeurs des soins

TEXTES OFFICIELS

Loi n°2004 – 809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, Journal Officiel, n°190 du 17 août 2004, p 14545.

Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière, Journal Officiel, n° 95 du 23 avril 2002, p 7187.

Décret n° 2005-723 du 29 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 santé publique, Journal Officiel n° 151 du 30 juin 2005.

Arrêté du 19 janvier 1988 modifié relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux.

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

Arrêté du 22 octobre 2005 relatif au diplôme professionnel d'aide-soignant.

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

OUVRAGES CONSULTÉS

BARBIER J. M., 1991, *Elaboration de projets d'action et planification*, Paris, PUF, 287 p.

BŒUF, 2004, *Collectivités territoriales et décentralisation*, La documentation française, 2004.

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

CLEMENT J.M., 2006, *Mémento de droit hospitalier*, 11^{ème} édition, Paris, Berger – Levraut, 404 p.

FRIEDBERG Erhard, 1988, «L'analyse sociologique des organisations », *Pour*, N° 28, 1988.

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

GREFFE X., 2005, *La décentralisation*, Paris, La Découverte, 122 p.

GUSTIN A, 2001, *Management des établissements scolaires, De l'évaluation institutionnelle à la gestion stratégique*, Bruxelles, De Boeck.

JONNAERT Philippe, 1993, *De l'intention au projet. Concevoir un projet de formation*, Bruxelles, De Boeck, 140 p.

LE BOUEDEC G., TOMAMICHEL S. (dirs), 2003, *Former à la recherche en éducation et formation*, Paris, L'Harmattan, 209 p.

LE GOFF J. P., 1999, *La barbarie douce – La modernisation aveugle des entreprises et de l'école*, Paris, La Découverte, 126 p.

MOEGLIN Pierre (dir.), 1998, *L'industrialisation de la formation. État de la question*, Paris, CNDP, 269 p.

QUIVY R., VAN CAMPENHOUDT L., 1995, *Manuel de recherche en sciences sociales*, 2ème édition, Paris, Dunod, 287 p.

SORIANO Michel, 2007, *Vous êtes chef ? Ce n'est pas si grave !*, Paris, Maxima, 183 p.

ZELLER A., 2002, *La France enfin forte de ses régions*, Gualino éditeur, 296 p.

ARTICLES CONSULTÉS

DEKUSSCHE C., février 2006, «Décentralisation des formations, plus de moyens pour les régions », *Soins Cadres*, n° 57, p 10.

DUBREUIL B., avril 2005, «On ne gère pas des personnes, on travaille avec », *Lien Social*, N° 748, pp 10–11.

HOUDIN J., PLAZANET F., mai 2001, « Entretien Jean Marie Miramon », *Management solidaire et social*, N°4, pp12 –15.

LOUBAT J R., avril 2005, «Vers une mutation de la fonction de direction », *Lien Social*, N° 748, pp 4–8.

MIRAMON J. M., mai 2001, « La stratégie. Le jeu du directeur », *Management solidaire et social*, N°4, pp 3-11.

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

RAPPORTS – MEMOIRES CONSULTÉS

CEFIEC, 2000, *Indicateurs des coûts de formation en Institut de Formation en Soins Infirmiers et Institut de Formation de Cadres de Santé*,37 p, [visité le 31-07-2007], disponible sur Internet :
<http://www.cefiec.fr/pedagogie/travaux/para/indicateurcout.htm>

DHOS, *Etude prospective sur les métiers de la fonction publique hospitalière. Facteurs d'évolution, enjeux et impacts sur les ressources humaines*, [visité le 31-07-2007], disponible sur Internet :
http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/prospective_metiers/facteurs.pdf

REGION RHONE ALPES, *Les schémas régionaux des formations sanitaires et sociales de 2006-2010*, [visité le 31-07-2007], disponible sur Internet :
http://www.rhonealpes.fr/content_files/Schemas_FSS.pdf.

SIFFERLEN Brigitte, 2006, *Indicateurs d'activité : Quelles utilisations pour le directeur des soins en Institut de Formation en Soins Infirmiers ?* ENSP, Rennes, Mémoire ENSP, directeur des soins, 54 p.