



EHESP

Directeur des Soins

Promotion : **2013**

Date du Jury : **décembre 2013**

**Les mutualisations dans la formation
paramédicale : quels enjeux pour le
directeur des soins coordonnateur
général d'instituts ?**

Hervé QUINART

Remerciements

Je remercie particulièrement Pierrick MOREAU, qui m'a fait bénéficier de son expérience et de ses connaissances.

Merci également à Agnès WYNEN, avec qui j'ai découvert d'autres versants de l'hôpital.

Merci à toutes les personnes qui ont accepté de répondre à mes interrogations durant la rédaction de ce mémoire.

Merci, enfin, à Jean-René LEDOYEN pour ses conseils avisés.

Sommaire

Introduction.....	1
1 De profondes mutations dans la formation des paramédicaux	5
1.1 Une multiplicité d'acteurs.....	5
1.1.1 Le Conseil Régional.	5
1.1.2 L'ARS.....	7
1.1.3 La DRJSCS.....	8
1.1.4 L' Université.	8
1.1.5 L'organisme gestionnaire.	9
1.2 Un paysage très disparate.....	10
1.2.1 Des tutelles, des formations et des diplômes très hétérogènes	10
1.2.2 Des statuts, des structurations, et des implantations très divers.....	11
1.2.3 Une organisation juxtaposée encore prédominante mais des initiatives de rapprochements.	12
1.3 De nouveaux enjeux.....	13
1.3.1 Des contraintes et des opportunités nouvelles pour les Conseils Régionaux. 13	
1.3.2 De nouveaux choix à faire pour les hôpitaux publics.	15
1.3.3 De nouveaux enjeux pédagogiques pour les instituts.	17
2 De la mutualisation à la coordination: approches théoriques.	19
2.1 Mutualisation, regroupement, collaboration, de quoi parle-t-on ?	19
2.1.1 La mutualisation.....	19
2.1.2 Le regroupement.....	22
2.1.3 La collaboration.....	22
2.2 La coopération un concept fort dans le champ sanitaire.....	22
2.3 La coordination.	23
3 Une étude de terrain pour comprendre les liens entre mutualisations et coordination d'écoles et d'instituts.	27
3.1 Méthodologie de l'étude.	27
3.1.1 La population étudiée.....	27
3.1.2 L'outil d'observation.	28
3.1.3 Les limites de la méthode d'enquête.	29
3.2 Résultats des entretiens.....	29

3.2.1	Les différentes typologies de mutualisations.....	29
3.2.2	Les plus-values des mutualisations	30
3.2.3	Les obstacles aux mutualisations.	32
3.2.4	L'influence du coordonnateur général des instituts de formation sur les mutualisations.....	34
3.3	Analyse des résultats.....	36
3.3.1	Les aspects juridiques.	36
3.3.2	Les aspects économiques.	36
3.3.3	Les aspects pédagogiques.	37
3.3.4	Les aspects identitaires.	38
3.3.5	Les aspects managériaux.....	39
3.4	Synthèse.	39
4	Préconisations pour coordonner des mutualisations entre instituts.	41
4.1	Initier et piloter le changement.....	41
4.1.1	Une nécessaire co-construction.....	41
4.1.2	Une connaissance approfondie de l'environnement.....	42
4.2	Organiser et légitimer la gouvernance.....	43
4.3	Fonder la mutualisation sur un projet stratégique.....	47
4.4	Prendre en compte le temps.....	49
	Conclusion.....	51
	Sources et bibliographie.....	55
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ANDEP	Association Nationale des Directeurs d'Ecoles Paramédicales.
ARS	Agence Régionale de Santé.
CHT	Communauté Hospitalière de Territoire.
CHU	Centre Hospitalier Universitaire.
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales.
DRJSCS	Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports, et de la Cohésion Sociale.
FHF	Fédération Hospitalière de France.
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire.
IADE	Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat.
IBODE	Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat.
IFAP	Instituts de Formation d'Auxiliaires de Puériculture.
IFAS	Instituts de Formation d'Aides-Soignants.
IFCS	Institut de Formation de Cadres de Santé.
IFMEM	Instituts de Formation de Manipulateurs en Electroradiologie Médicale.
IFMK	Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie.
IFSI	Instituts de Formation en Soins Infirmiers.
INET	Institut National des Etudes Territoriales.
LMD	Licence, Master, Doctorat.
NTIC	Nouvelles Techniques de l'Information et de la Communication.
PAES	Première Année des Etudes en Santé.
PRE	Plan de Retour à l'Equilibre.
SROS	Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire ou Schémas Régionaux d'Organisation des Soins.
STAPS	Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives.
UFR	Unité de Formation et de Recherche.

Introduction

Les professions d'auxiliaires médicaux sont définies dans le livre III de la 4^{ème} partie du Code de la Santé Publique¹. Leurs formations, ainsi que celles des aides-soignants², des auxiliaires de puéricultures et des ambulanciers, sont réglementées. L'admission dans les écoles et instituts, leurs conditions de fonctionnement, les autorisations qui leur sont délivrées ainsi que les études préparatoires aux diplômes sont, ainsi, définies par les textes réglementaires. Ces formations peuvent, être dispensées dans des structures publiques et privées très différentes (écoles ou instituts attachés à des organismes gestionnaires, universités, lycées etc.) et répondre à de multiples configurations d'implantation et d'organisation juridique et administrative.

Or, ce monde disparate de la formation paramédicale a vécu, ces dernières années, de profondes mutations. Sous l'effet de nouvelles dispositions législatives et réglementaires, le cadre dans lequel s'inscrivaient jusqu'alors les structures de formation s'est considérablement modifié. L'arrivée de nouveaux acteurs aux rôles déterminants a, en particulier, considérablement modifié les équilibres qui s'étaient constitués entre les opérateurs traditionnels de la formation. Le Conseil Régional a maintenant un poids majeur dans la formation des professionnels paramédicaux, l'Université depuis l'entrée dans le processus de Bologne y est également partie prenante, l'Agence Régionale de Santé (ARS) et la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports, et de la Cohésion Sociale (DRJSCS) enfin, y représentent l'Etat en tant que garante du respect des textes. De nouvelles répartitions des rôles et des pouvoirs se sont donc constituées, leurs déclinaisons dépendant des acteurs et des contextes locaux. De nouveaux enjeux sont apparus relevant pour une grande part des orientations politiques, stratégiques et économiques données par les différents acteurs.

Durant les six dernières années, nous avons dirigé un institut de formation public attaché à un Centre Hospitalier Universitaire (CHU), et avons vécu ces évolutions. Nous avons en même temps constaté une tendance au développement des regroupements et des mutualisations entre écoles et instituts. Dans la plupart des CHU, en effet, sont apparus, des entités nouvelles de dénominations diverses : « pôles formation », « département des instituts », « instituts régionaux de formation », etc. Ces dernières ne relèvent pas d'une obligation réglementaire mais elles répondent à des logiques fonctionnelles de gestion, administrative, comptable et de ressources humaines.

Or, cadre de santé dans un service de soins d'un CHU nous avons, auparavant, vécu les bouleversements culturels et organisationnels qui ont accompagné la création

¹ Plutôt que d'utiliser le terme officiel d'« auxiliaires médicaux », nous utiliserons, le plus souvent, pour évoquer ces professionnels, le terme plus communément employé de « paramédicaux ».

² Lire, à chaque fois, « aide-soignant et aide soignantes », « infirmiers et infirmières » etc...

des pôles et des unités transversales de prestations mutualisées (brancardage, stérilisation etc.) En effet, depuis de nombreuses années déjà, les mouvements de mutualisation, de regroupement, de coopération, voire de fusion modifient régulièrement l'organisation et le fonctionnement des établissements de santé. Ils répondent à des objectifs d'amélioration de la qualité des prestations mais s'inscrivent souvent dans des projets d'optimisation de performances dictés par des impératifs économiques. Un solide dispositif réglementaire structure et encadre ces initiatives largement impulsées et contrôlées par les pouvoirs publics. Sous l'effet de ces politiques, l'optimisation des ressources et la rationalisation des dépenses imprègnent désormais le quotidien des professionnels.

Amené, dans un avenir proche à assurer, en tant que directeur des soins, une coordination d'écoles et d'instituts de formation dans un CHU, le vent de mutualisations qui souffle actuellement sur la formation paramédicale nous concerne particulièrement. Les aspects politiques induits par la multiplicité des acteurs, les contraintes économiques croissantes, les orientations pédagogiques imposées par la réingénierie des études conduisent les hôpitaux et leurs partenaires, à revoir leurs stratégies de gestion des écoles. La tendance qui émerge actuellement s'oriente vers les regroupements de structures et les mutualisations de moyens. La plupart des directeurs généraux de CHU, en accord avec l'ARS et le Conseil Régional, font le choix de réduire le nombre de Directeurs des Soins et de privilégier des organisations où un Directeur des Soins assure la coordination de plusieurs écoles et instituts. Il appartient en particulier à ce dernier de proposer, de mettre en œuvre et de piloter, l'organisation qui assure aux étudiants une formation de qualité en optimisant la gestion des ressources et des dépenses.

Le travail que nous nous proposons de mener, dans le cadre de ce mémoire, se place donc du point de vue du coordonnateur général d'instituts d'un CHU. Il vise précisément à essayer de comprendre quels types d'organisations mutualisées peuvent permettre d'optimiser les ressources humaines, matérielles et pédagogiques tout en garantissant la qualité des formations dispensées. Il se situe donc dans le champ de la gestion et du management plutôt que dans celui de la pédagogie.

Dans la perspective d'un réinvestissement futur, nous avons choisi de mener une enquête sur un terrain comparable à celui sur lequel nous allons travailler en tant que coordonnateur d'instituts.

La question à laquelle nous allons tenter de répondre est

- **En quoi les modalités de mutualisation influencent-elles la coordination des écoles et instituts de formation ?**

L'objectif étant de trouver des éléments concrets qui nous permettront ultérieurement de développer une organisation et un management efficient dans une

structure de formation mutualisée, nous avons choisi de décliner cette question en quatre sous questions :

- **Quelles sont les modalités de mutualisation mises en place entre écoles et instituts paramédicaux ?**
- **Quelles plus-values apportent ces mutualisations?**
- **Quels sont les obstacles aux mutualisations ?**
- **En quoi le coordonnateur influe sur ces mutualisations ?**

Pour conduire notre réflexion, nous commencerons, dans la première partie de notre mémoire, par approfondir les mutations vécues récemment par le monde de la formation. Les problématiques développées dans cette première partie sont éclairées par notre expérience personnelle mais également par les rencontres que nous avons faites dans le cadre d'entretiens exploratoires et par les lectures qui ont accompagné l'ensemble de notre travail. Dans une deuxième partie, nous mettrons en perspective les problématiques de terrain avec une approche théorique visant à circonscrire la notion de mutualisation. Nous présenterons dans une troisième partie l'étude qui nous permettra de répondre à notre questionnement puis nous terminerons en formulant quelques préconisations qui nous semblent pertinentes pour un directeur des soins coordonnateur général d'écoles et d'instituts³ en CHU.

³ Les termes « école » ou « institut » ont, dans la formation paramédicale une acception spécifique : on parle par exemple d'école d'ambulancier, d'école d'infirmiers anesthésistes diplômés d'état mais d'institut de formation d'aides-soignants. Toutefois, pour évoquer l'ensemble des écoles et instituts, et afin d'alléger la lecture de ce mémoire, nous utiliserons parfois indifféremment les termes « écoles » ou « instituts » (ex. « les écoles du CHU » au lieu de « les écoles et instituts du CHU »). De même, pour ne pas répéter systématiquement « directeur des soins coordonnateur général d'instituts de formation » nous utiliserons parfois simplement le terme de « directeur des soins coordonnateur ».

1 De profondes mutations dans la formation des paramédicaux

Même s'il n'est pas envisageable, tant elles sont diverses, et hétérogènes, d'amalgamer entre elles toutes les formations paramédicales et de généraliser les problématiques qui concernent chacune d'entre elles, il est toutefois possible de développer quelques analyses en observant les évolutions récentes de ces formations selon trois angles d'approche : les acteurs, le paysage, et les enjeux actuels.

1.1 Une multiplicité d'acteurs.

Les Lois de décentralisation et les accords de Bologne ont introduit de nouveaux acteurs dans les formations paramédicales. La création des ARS a redistribué les rôles de ceux qui étaient déjà en scène antérieurement.

1.1.1 Le Conseil Régional.

En confiant au Conseil Régional, par la loi du 13 août 2004⁴, l'organisation et le financement des formations paramédicales, l'acte II de la décentralisation lui a conféré un nouveau pouvoir sur les formations sanitaires, jusqu'alors détenu par les ministères. Le Conseil Régional s'est vu notamment transférer la compétence sur les budgets de fonctionnement et d'équipement des écoles et instituts de formation. Il a également acquis la responsabilité d'autoriser la création et l'ouverture de ces établissements, ainsi que l'agrément de leurs directeurs. Enfin, cette loi a donné au Conseil Régional, le droit de proposer au ministère un quota d'étudiants à former pour chaque filière et celui ensuite d'en répartir le nombre entre les instituts de la région.

De telles nouveautés ont conduit les Conseils Régionaux à s'organiser et à se structurer. Le directeur d'un service en charge des formations sanitaires et sociales interrogé dans le cadre d'entretiens exploratoires nous confie par exemple que, « les Conseils Régionaux ont appris sur le tas et dans la douleur la gestion des formations paramédicales » Dans un même ordre d'idée, le rapport sur le financement des IFSI édité en 2010 par la Fédération de l'Hospitalisation Privée⁵, affirme que « les régions ont d'autant rencontré de difficultés pour avoir une détermination exacte des coûts nouveaux à supporter qu'elles méconnaissaient les règles budgétaires et comptables des établissements hospitaliers » Le travail induit par le transfert de compétence a souvent, dans un premier temps, été réparti entre les services de directions existantes qui ont, alors été renommées pour intégrer les formations sanitaires. Puis progressivement, bien

⁴ REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi N° 2004-809 du 13 aout 2004 relative aux libertés et responsabilités locales. Journal Officiel de la République Française, 17 aout 2004.

⁵ FEDERATION DE L'HOSPITALISATION PRIVEE, *Le financement des instituts de formation en soins infirmiers-Synthèse documentaire*, 2010. Direction des Ressources Documentaires, p 9.

que selon des modalités diverses en fonction des régions, des entités spécifiques, (services ou directions) dédiées aux formations sanitaires ont vu le jour.

Aujourd'hui, près de dix ans plus tard, les Conseil Régionaux ont non seulement consolidé et structuré intrinsèquement leur appareil de gestion des formations, mais ils sont organisés et parfois regroupés pour occuper pleinement leur place dans le monde de la formation paramédicale. Par exemple, L'Association des Régions de France est représentée dans les groupes de travail ministériels sur la réingénierie des différentes filières. Elle a par ailleurs signé dès 2009 une convention cadre de coopération avec la Conférence des Présidents d'Université encadrant leur partenariat⁶. Autre exemple encore de structuration, les Régions du Grand Est ont réalisé, en 2008, une étude pour évaluer et établir en commun une politique d'actions répondant aux besoins en professionnels dans certaines professions paramédicales⁷.

Huit ans après la mise en œuvre de la loi de décentralisation les Conseil Régionaux ont largement investi le champ de pouvoir qui leur a été conféré. Les établissements de formation paramédicale et leurs hôpitaux « support » ont progressivement senti la volonté du nouvel acteur régional de remplir pleinement son rôle. Ainsi, comme l'expriment JAJKIEWICZ ET NIGEL⁸ dans un secteur paraissant jusqu'alors peu organisé, avec une gestion financière des hôpitaux de rattachement souvent opaque, les Conseils Régionaux affichent clairement une volonté de produire des diplômés à des coûts optimisés. Une étude réalisée par les mêmes auteurs fait apparaître que tous les directeurs de soins en charge d'institut « ont clairement identifié les injonctions d'efficacité des Conseils Régionaux »⁹.

Un directeur d'hôpital interrogé dans le cadre de notre préenquête a, pour sa part exprimé « l'emprise de la logique politique » sur la formation. Il reconnaissait en particulier ressentir une « volonté de contrôle et une ingérence du Conseil Régional dans les écoles et instituts de formation ». Pourtant, selon le rapport de l'Association Nationale des Directeurs d'Ecoles Paramédicales (ANDEP) qui reprend le rapport LE TAILLANDIER (2010)¹⁰ « Il semblerait toutefois que, malgré la prévalence de fortes disparités, la décentralisation de la formation professionnelle en 2004 ait globalement accru les moyens

⁶ CONFERENCE DES PRESIDENTS D'UNIVERSITE ET ASSOCIATION DES REGIONS DE FRANCE, Communiqué de presse, 12 octobre 2009, Bordeaux : 29 novembre 2009, p. 2.

⁷ INTERREGION GRAND EST, *étude interrégionale sur les besoins en professionnels qualifiés des régions du Grand-Est dans certaines professions paramédicales*, Novembre 2008. ITHAQUE.

⁸ NAGEL M., JAJKIEWICZ N., *efficacité et équité en formation*, 19, 20 et 21 novembre 2008 Rennes, Rennes, CREAD.

⁹ *ibid.*

¹⁰ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORT, *Le financement des investissements dans les instituts de formation paramédicaux et de sages-femmes*, avril 2010. Rapport établi par Vincent Le Taillandier de Gabory, conseiller général des établissements de santé.

financiers à disposition des instituts de formation paramédicale, tout en préservant les disparités préexistantes »¹¹.

1.1.2 L'ARS.

La création des ARS et des DRJSCS a conduit à une redistribution des compétences, des missions et des rôles qui étaient jusqu'alors dévolus aux Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS). Le Directeur Général de l'ARS est depuis 2010, le garant du suivi pédagogique des écoles et instituts de formation paramédicale. Lui incombent, en particulier, le contrôle des modalités d'admission dans les écoles et instituts paramédicaux, le suivi des programmes, la qualité des formations, la nomination des conseillers scientifiques ainsi que la présidence des conseils pédagogiques. De plus, le pilotage de la démographie des professionnels de santé ayant été confié par la loi du 21 juillet 2009 aux ARS¹², elles participent à la définition des quotas, et émettent un avis sur l'autorisation des établissements de formation et l'agrément de leur directeur¹³.

Le Directeur Général de l'ARS peut employer un conseiller pédagogique régional, directeur des soins de 1^{ère} classe, qui, selon les textes, « intervient dans le domaine de l'organisation de la formation paramédicale ». ¹⁴ Outre sa participation aux missions citées ci-dessus, il intervient également dans l'élaboration et la mise en œuvre du schéma régional des formations ainsi que dans l'évaluation des formations paramédicales et de l'adéquation entre enseignements et besoins des établissements de santé. Bien que dépendant de l'ARS, le conseiller pédagogique régional trouve donc sa place dans l'interface entre les différents acteurs de la formation. Le décret de 2010 portant statut particulier du corps de directeur des soins et modifiant le texte précédent est, en ce sens, révélateur puisqu'il dispose précisément que le conseiller pédagogique régional « participe avec les services compétents de la région à l'élaboration etc... »¹⁵ Toutefois, et selon le témoignage de deux conseillers pédagogiques, leurs missions et leurs champs d'activités sont très variables en fonction des régions et de la place qui leur est attribuée par le Directeur Général de l'ARS.

¹¹ ASSOCIATION NATIONALE DES DIRECTEURS D'ÉCOLES PARAMÉDICALES, *Avenirs pour la formation paramédicale en France Repères pour anticiper l'évolution des structures de formation paramédicale en France à l'horizon 2020*, 2012. INTERFACE Conseil, Etudes & formation, p 11.

¹² REPUBLIQUE FRANÇAISE. Loi N°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative au patient, à la santé et aux territoires. Journal Officiel de la République Française, 22 juillet 2009.

¹³ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS. Instruction DGOHS/RH1 N° 2010-228 du 11 juin 2010 relative à la répartition des missions relatives à la formation initiale et à l'exercice des professionnels de santé et de certaines missions relevant de la fonction publique hospitalière, dans le cadre des agences régionales de santé et des directions régionales de la jeunesse des sports et de la cohésion sociale.

¹⁴ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS. Décret N°2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret N°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière. Journal Officiel de la République Française, 30 septembre 2010.

¹⁵ Ibid.

1.1.3 La DRJSCS.

Depuis la disparition des DRASS, et conformément au décret 2009-1540 du 10 décembre 2009¹⁶, les DRJSCS exercent des missions de certification des diplômes pour toutes les professions paramédicales. Par délégation du préfet de région, les directeurs régionaux de la jeunesse, des sports, et de la cohésion sociale, désignent et président les jurys des diplômes d'État et sont compétents pour délivrer les diplômes. Toutefois, l'organisation des examens en vue de la délivrance de ces diplômes relève maintenant de la responsabilité des directeurs d'instituts. Ces derniers restent cependant, dans ce cadre, sous contrôle de la DRJSCS. De même le suivi et la gestion des scolarités incombent, sous contrôle de l'ARS aux directeurs d'instituts.

Selon deux directeurs d'instituts interrogés lors de la préenquête, le découpage des responsabilités entre ARS et DRJSCS a, dans certaines régions, induit une complexification des procédures de contrôle. L'organisation de ces dernières reste toutefois très différente selon les contextes locaux.

1.1.4 L' Université.

Le système «LMD » (Licence, Master, Doctorat) est maintenant le cadre de référence de la plupart des études paramédicales post-baccalauréat. L'Université, est donc maintenant réglementairement concernée par les enseignements dispensés et par le dispositif de validations. Les partenariats sont conclus sur les bases de conventions tripartites signées entre les organismes gestionnaires des instituts de formation, la Région et l'Université. Pour les Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI), en particulier, il y a obligation réglementaire à créer un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS-IFSI) qui sera signataire de cette convention. L'objectif de celle-ci est de garantir les conditions d'un partenariat de qualité entre la Région, l'Université et les instituts de formation. Le GCS permet à l'Université de disposer d'un interlocuteur unique regroupant les IFSI d'une même région ou d'une même académie et d'assurer une égalité de traitement entre ces IFSI. Il constitue également une organisation officielle permettant aux IFSI de porter auprès de l'Université la spécificité de leurs formations.

L'Université vit actuellement de profondes mutations. La loi relative aux libertés et responsabilités des universités de 2007¹⁷ (dite loi LRU ou loi Pécresse), et communément appelée loi d'autonomie des universités a en effet fortement impacté le milieu universitaire. Elle prévoit principalement que progressivement, toutes les universités accèdent à l'autonomie dans les domaines budgétaire et de gestion de leurs ressources humaines. C'est, selon l'expression d'un professeur de médecine, « le passage à la T2A

¹⁶ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Décret n°2009-1540 du 10 décembre 2009 relatif à l'organisation et aux missions des directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale. Journal Officiel de la République Française, 12 décembre 2009.

¹⁷ REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi N°2007-1199 du 10 août 2007 relative aux libertés et responsabilités des universités, Journal Officiel de la République Française, 11 août 2007.

(tarification à l'activité) de l'Université ». Bien que très approximative, cette comparaison traduit le besoin des Universités de générer des recettes et de gérer avec efficacité leurs dépenses.

La concomitance de la mise en œuvre de la loi LRU avec les vagues successives d'universitarisation des études paramédicales, les modifications d'organisations qui en découlent, et la difficulté, faute d'antériorité, d'en mesurer l'impact financier ont freiné parfois les partenariats. Certaines universités ne souhaitent pas signer de conventions avec les instituts hospitaliers sans connaître précisément le volume d'enseignement à dispenser et sans avoir obtenu de garanties financières du Conseil Régional. Or, le calendrier de la réingénierie, tenu par le ministère, n'est pas toujours synchronisé avec le calendrier des impératifs budgétaires.

La position des Universités en regard de l'universitarisation des études paramédicales est très variable selon les contextes locaux et les choix stratégiques et politiques des différents acteurs. Certains présidents d'Université et directeurs d'Unités de Formation et de Recherche sont très favorables à l'universitarisation des formations paramédicales. D'autres y sont plutôt opposés. La communauté paramédicale, quant à elle reste méfiante pour ce qui concerne l'engagement de l'Université dans la formation. Elle rejoint en cela FOURDRIGNIER qui pense que « Les universités disposent d'atouts pour contribuer de manière accrue à la professionnalisation des métiers du sanitaire et du social. Encore faut-il que cela constitue plus qu'une source de recrutement pour certains diplômés ou une modalité d'autofinancement des facultés ».¹⁸

1.1.5 L'organisme gestionnaire.

Les écoles et instituts de formation sont, pour la presque totalité d'entre eux, gérés par des organismes gestionnaires. Les établissements publics, en particulier, reçoivent annuellement du Conseil Régional une subvention de fonctionnement et d'équipement. Dépenses et recettes doivent être identifiées dans un budget annexe spécifique. Quand les écoles et instituts relèvent d'un établissement public de santé, ce dernier recrute, gère et rémunère leur personnel selon les dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière¹⁹. Selon plusieurs directeurs d'hôpital et d'instituts contactés dans le cadre de notre travail, les négociations avec le Conseil Régional lors des procédures contradictoires préalables à l'attribution de la subvention sont souvent sources de tensions. Au-delà de l'enveloppe allouée, souvent âprement discutée, les « velléités de contrôle » du Conseil Régional sont parfois, pour ces directeurs considérés comme pesantes.

¹⁸ FOURDRIGNIER M., 2009, « Professionnaliser les métiers du sanitaire et du social à l'université : une mission impossible ? », *Formation emploi* [En ligne], octobre-décembre 2009, [visité le 17 août 2013], disponible sur internet : <http://formationemploi.revues.org/index2096.html>.

¹⁹ REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi N° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales. Journal Officiel de la République Française, 17 août 2004.

1.2 Un paysage très disparate

1.2.1 Des tutelles, des formations et des diplômes très hétérogènes

Les établissements de formation qui préparent aux diplômes paramédicaux peuvent avoir des tutelles et des statuts très différents. Le plus grand nombre des auxiliaires médicaux mentionnés au livre III de la 4ème partie du Code de la Santé Publique est formé dans des écoles et instituts de formation paramédicaux publics ou privés : c'est le cas des infirmiers, des aides-soignants, des masseurs-kinésithérapeutes etc. Mais d'autres types d'établissement de formation existent pour d'autres métiers. Les orthophonistes et les orthoptistes, par exemple sont formés dans des Unités de Formations et de Recherche (UFR) de médecine. Les manipulateurs en électroradiologie médicale et les techniciens de laboratoire peuvent faire leurs études dans des lycées. Enfin, nombre de diététiciens ou de prothésistes et orthésistes sont également formés à l'Université mais dans des Instituts Universitaires de Technologie, établissements dotés de statuts particuliers.

Les diplômes délivrés à l'issue des études sont eux aussi différents : diplôme d'état délivré par les Préfets de Région pour le plus grand nombre des paramédicaux mais également certificats d'aptitudes, brevets de techniciens supérieurs ou diplômes universitaires de technologie pour d'autres. La plupart des auxiliaires médicaux exerçant le même métier ont, certes, le même diplôme : par exemple, tous les masseurs-kinésithérapeutes ont obtenu le diplôme d'état de masseur kinésithérapeute²⁰ et toutes les orthophonistes le certificat de capacité d'orthophonie²¹. Mais, alors qu'ils pratiquent le même métier, certains manipulateurs en électroradiologie médicale ont un diplôme d'état délivré par le Préfet de Région et d'autres un diplôme de technicien supérieur en imagerie médicale et radiologie thérapeutique délivré par le Ministère de l'Education Nationale.

Enfin, le nombre d'années d'études préparatoires et les modalités d'accès aux différents diplômes permettant l'exercice d'une profession paramédicale sont également très variables d'une filière à l'autre. Ainsi, alors que les orthophonistes seront désormais formés en 5 ans, les infirmiers le sont en trois ans et certains techniciens de laboratoire en deux ans. Pour ce qui concerne les modalités d'entrée dans les formations, chaque filière a logiquement des modes de sélection qui lui sont propres. Ainsi, dans les instituts de formation d'un même CHU, certains étudiants ont été recrutés par le concours commun organisé par l'Unité de Formation et de Recherche (UFR) de Santé en fin de Première Année des Etudes en Santé (PAES), d'autres en fin de L1 de Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS) par un concours mis en place conjointement avec l'UFR de STAPS, d'autres par des épreuves de sélection organisées

²⁰ Exception faite des diplômés de l'Union Européenne ayant obtenu une autorisation d'exercice en France.

²¹ Idem

en interne par les instituts du CHU et d'autres enfin grâce à des passerelles possibles entre certaines formations.

Cette diversité de filières de formation, de modalités d'accès et de types de diplômes engage, dans des organisations complexes, une pluralité d'acteurs issus de cultures différentes et répondant à des autorités de tutelles différentes. Par exemple, le proviseur d'un lycée qui prépare à un diplôme de technicien supérieur en imagerie médicale et radiologie thérapeutique est amené à rendre des comptes à l'ARS dans le cadre de l'évaluation des formations paramédicales, mais également à l'Université et au Ministère de l'Enseignement et de la Recherche dans le cadre de l'universitarisation des diplômes, au Conseil Régional qui finance la formation et enfin à son autorité de tutelle « naturelle » le Ministère de l'Education Nationale.

Cette multiplicité d'acteurs, de cultures et de logiques d'actions dans les formations paramédicales tend à beaucoup complexifier les prises de décision tant aux niveaux centraux que locaux. Le Ministère de la santé affiche une volonté de clarifier et de simplifier les formations paramédicales. Des initiatives telles que le projet de diplôme unique de manipulateur en électroradiologie en témoignent²². Toutefois, les écueils rencontrés dans la mise en œuvre de la réingénierie et de l'universitarisation des formations (cf. ci-dessous p 18) traduisent la difficulté de rassembler en un consensus, les acteurs des différents points de vue.

1.2.2 Des statuts, des structurations, et des implantations très divers.

Pour la grande majorité d'entre eux, les établissements de formation aux professions paramédicales n'ont pas de personnalité juridique propre et sont rattachés soit à des hôpitaux publics, soit à des groupes privés à but lucratif ou associatif. Nous avons vu (cf. ci-dessus p 10) que certains relèvent également de lycées ou d'universités. Les cultures, les finalités et les logiques de leurs organismes de rattachement sont donc très différentes et impactent la gouvernance et le fonctionnement de ces écoles et instituts.

Leur structuration et leur implantation sont par ailleurs très disparates. Soit ils sont isolés, une seule école étant alors rattachée, géographiquement ou non, à son établissement gestionnaire (c'est le cas de nombreux IFSI/IFAS attachés à des « petits » hôpitaux). Soit ils sont regroupés au sein d'entités plus importantes qui peuvent être géographiques et/ou organisationnelles et revêtir des formes et des dénominations très diverses. Les CHU en particulier ont, pour la plupart, organisé leurs formations paramédicales en regroupant dans une même entité administrative (institut régional de formation, pôle formation, département des instituts de formation etc...), leurs écoles et instituts. Dans le cadre de notre travail, nous nous intéresserons spécifiquement à ce

²² INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES - INSPECTION GENERALE DE L'ADMINISTRATION DE L'EDUCATION NATIONALE ET DE LA RECHERCHE, *Modalités de mise en œuvre d'un diplôme unique de manipulateur d'électroradiologie médicale*, avril 2013. Rapport définitif établi par Myriam Mesclon-Ravaud, membre de l'IGAS et Patrice Blemont, inspecteur général 1^{ère} classe de l'IGAENR.

dernier modèle qui correspond précisément à notre projet professionnel et lui donnerons le nom générique de « structure de formation mutualisée ».

1.2.3 Une organisation juxtaposée encore prédominante mais des initiatives de rapprochements.

Hormis les « couplages » naturels et historiques qui existent entre Instituts de Formation d'Aides-Soignants (IFAS) et IFSI ou Instituts de Formation d'Auxiliaires de Puériculture (IFAP) et Ecoles de Puériculture, il semble que, au regard des études réalisées dans le cadre de ce travail, la plupart des écoles et instituts de formations paramédicales continue à fonctionner pédagogiquement de façon indépendante. Pourtant l'intention de réunir les étudiants de filières différentes ou de favoriser entre eux des espaces d'échanges habite nombre de formateurs et de directeurs d'instituts. Les motivations les plus souvent évoquées relèvent de la culture commune à acquérir, de la nécessaire complémentarité des interventions entre les différents métiers et de la connaissance réciproque des rôles de chacun. Toutefois, il semble que, même lorsque la proximité géographique le permet et qu'un projet commun est élaboré, hormis quelques expériences satisfaisantes, les mutualisations pédagogiques mises en œuvre et les enseignements communs restent souvent très en deçà des ambitions initialement affichées. La différence des programmes d'étude, les impératifs d'organisation des formations et les différences de prérequis des apprenants semblent ne pas faciliter les rapprochements. .

Sur le plan administratif et organisationnel, les écoles et instituts des CHU, objets de notre étude, sont maintenant en général regroupés dans des entités rattachées à la direction en charge des ressources humaines et de la formation. La structure et l'organisation de ces entités administratives est très différente d'un hôpital à un autre et il est difficile d'en établir un modèle type. Pourtant, d'après une enquête téléphonique réalisée en préambule à notre travail auprès de 10 CHU, il semble que quelques invariants puissent se dégager. Tout d'abord, quand la gouvernance de ces pôles de formation, départements des instituts, instituts régionaux etc. est structurée et formalisée, elle est en général confiée à un directeur d'hôpital, responsable de la formation et à un « chef de pôle » ou coordonnateur, souvent nommé parmi les directeurs d'instituts. Parfois, un analyste de gestion ou un gestionnaire complète le trio. Des réunions régulières des directeurs d'écoles et d'instituts sont, presque partout, organisées autour desquelles sont débattues des problématiques communes à l'institution et aux différentes formations. Ces réunions sont-elles des espaces de concertation, de consultation, d'aide à la décision ? De nombreux directeurs d'instituts interrogés restent dubitatifs : « Les réunions du pôle formation n'apportent pas grand-chose à chacun d'entre nous » dit un directeur d'école. « Elles servent de caution à la direction de l'hôpital pour nous imposer

son fonctionnement. Nous n'avons pas attendu le pôle pour nous organiser ensemble quand nous en avons besoin » assure un autre.

La nature et les degrés de finalisation des regroupements sont très divers. Dans l'un des établissements enquêtés, l'un des plus avancé en matière de mutualisations, tous les postes du personnel sont maintenant mis en commun au sein de la structure mutualisée de formation. Les formateurs et les personnels administratifs ne relèvent plus, dans cet hôpital, du tableau des emplois d'une école ou un d'institut mais du pôle formation dans son ensemble. Le corollaire de cette organisation est, dans la limite de certains impératifs pédagogiques, une mobilité de tous au sein du pôle. Ce type d'avancée reste toutefois très isolé. Dans la plupart des CHU que nous avons étudiés, les ressources documentaires sont mises en commun au sein d'un centre de documentation, certaines procédures d'achats sont mutualisées ainsi que l'utilisation de certains services et équipements, la gestion de la taxe d'apprentissage est également parfois pensée en commun.

En résumé, dans la plupart des CHU auxquels nous nous sommes intéressés, les regroupements et les mutualisations sont initiés et impulsés par la direction générale mais chaque école ou institut continue souvent à avoir une logique dominante de fonctionnement très individuelle : « chacun a envie de rester maître chez lui » affirme un directeur d'institut, pourtant, la logique de se regrouper pour être plus efficient reste présente « le fait d'être plusieurs à avoir des problématiques communes nous a aidés dans les négociations avec l'Université » reconnaît par exemple ce même directeur.

1.3 De nouveaux enjeux.

1.3.1 Des contraintes et des opportunités nouvelles pour les Conseils Régionaux.

Depuis 2009, à la suite de la formation infirmière, toutes les formations paramédicales de niveau 2 et 3 (selon le Répertoire National des Certifications Professionnelles) entrent progressivement dans le dispositif LMD, déclinaison française du processus de Bologne, introduit dans la réglementation nationale en 2002²³. Ce dernier, initié le 25 mai 1998 à Bologne par les ministres allemands, britanniques, italiens et français en charge de l'enseignement supérieur visait à créer un Espace Européen d'Enseignement Supérieur destiné à harmoniser le système européen d'enseignement supérieur. L'objectif affiché était d'une part, d'améliorer la qualité de l'enseignement et le contenu des formations, d'autre part de décloisonner les filières grâce à un système de crédits transférables validant les acquisitions, (l'European Credit Transfer System), de permettre également, l'accès à des niveaux supérieurs d'étude et enfin de favoriser la

²³ PREMIER MINISTRE : Décret n° 2002-482 du 8 avril 2002 portant application au système français d'enseignement supérieur de la construction de l'Espace européen de l'enseignement supérieur. Journal Officiel de la République Française, 10 avril 2002.

mobilité en Europe des étudiants, des enseignants et des chercheurs. La grande nouveauté pour les professions paramédicales, est donc l'arrivée de l'Université dans leur système de formation. Arrivée qui prend la forme d'une validation d'une partie de la formation par l'Université et se caractérise par une participation des universitaires aux enseignements et au dispositif d'évaluation (pourcentage d'enseignement obligatoirement dispensé par des enseignants universitaires²⁴, participation de ceux-ci aux commissions et aux jurys etc...).

Conjointement à l'universitarisation des études, et intégrées dans ce processus, les professions paramédicales vivent également actuellement une refonte de leurs formations communément appelée « réingénierie des études ». Demandée depuis longtemps par les professionnels et pilotée par le Ministère de la Santé, cette réforme tend, pour toutes les formations, à mettre en adéquation l'activité réalisée par les professionnels, les compétences nécessaires pour pratiquer ces activités et la formation à acquérir pour accéder à ces compétences. L'objectif est de sortir d'une logique de formation, fondée sur l'accumulation de savoirs, pour entrer dans une logique de connaissances à mobiliser en situation de soins. L'organisation des études préparatoires à tous les diplômes paramédicaux a donc aujourd'hui été repensée, restructurée ou est en passe de l'être.

Il était nécessaire de s'attarder sur ces réformes majeures pour comprendre leur impact sur les prises de décisions du Conseil Régional.

Depuis la Loi du 13 août 2004, ce dernier a la responsabilité de l'organisation et du financement des formations paramédicales. Or, pour en assurer le financement, il est indispensable de connaître les coûts des instituts de formation. A la date du transfert de compétence, la plupart des hôpitaux ne furent pas en mesure de communiquer leurs coûts spécifiques liés à la formation, ces derniers étant le plus souvent intégrés dans leur budget global²⁵. Par ailleurs, la loi du 13 août 2004 disposait qu'un droit à compensation imposait à l'Etat de transférer aux Régions ce qu'il dépensait auparavant pour financer les formations. Or, en l'absence de comptabilité précise, les sommes transférées par l'Etat ont été estimées trop faibles et contestées par les Régions²⁶. Aujourd'hui les choses ont évolué mais, bien que la mise en place d'un budget annexe dédié aux formations soit maintenant effective, nombre de Conseils Régionaux souhaiteraient obtenir des hôpitaux une comptabilité analytique plus précise leur permettant d'apprécier exactement charges et recettes de chaque institut. Ainsi pour un centre hospitalier étudié dans le cadre de notre travail, un seul budget annexe retrace l'activité de 11 écoles présentant des disparités de fonctionnement importantes. De plus, l'Universitarisation des études et la

²⁴ SANTE.GOUV.FR, *Recommandation pour l'enseignement dans les IFSI*, [visité le 8 juillet 2013], disponible sur Internet: <http://www.sante.gouv.fr/formation-recommandations-pour-l-enseignement-dans-les-ifs.html>.

²⁵ FEDERATION DE L'HOSPITALISATION PRIVEE, *Le financement des instituts de formation en soins infirmiers-Synthèse documentaire*, 2010. Direction des Ressources Documentaires.

²⁶ *ibid.* p 7.

réingénierie des formations impactent considérablement les politiques budgétaires des Conseil Régionaux. En effet, les prestations d'enseignements assurées par les universitaires coûtent beaucoup plus cher que celles assurées par les formateurs « traditionnels » des écoles et instituts paramédicaux. De même, augmenter la durée d'une formation (par exemple la formation des orthophonistes qui vient de passer de 4 à 5 ans) peut avoir un impact retentissant sur les prévisions budgétaires. Dans un même ordre d'idées, l'Association des Régions de France lors d'un entretien avec Marisol Touraine le 18 décembre 2012, précise que « Les Présidents de Régions sont totalement opposés à ce que, à l'occasion de leur intégration à l'université, les écoles soient transformées en départements universitaires. Cela amènerait les Régions à être les *tiroirs-caisses* des universités, avec un financement global sans droit de regard sur l'utilisation et la traçabilité des fonds...»²⁷

Financeurs mais également en charge des autorisations des instituts et des agréments de leurs directeurs, les Conseils Régionaux entendent occuper pleinement l'espace d'expression que leur confèrent leurs responsabilités. Le milieu politique régional est désormais en mesure d'investir le monde des formations sanitaires. Ainsi, dans certaines Régions, les élus choisissent de siéger au conseil pédagogique des instituts plutôt que d'être représentés par des personnels administratifs. Autre signe d'évolution des choses, lors des dernières élections régionales de 2010, l'ouverture de nouvelles filières de formations a alimenté dans certaines régions le débat électoral. Les décisions prises par les Conseils régionaux traduisent également des choix politiques forts. Ainsi, alors que des logiques de rationalisation des coûts ou d'optimisation pédagogique liées à l'universitarisation pourraient inciter au regroupement des structures de formations, certains instituts sont créés dans des zones éloignées des CHU et des Universités. Aux logiques financières, pédagogiques, et démographiques viennent ainsi s'ajouter des logiques politiques et stratégiques.

1.3.2 De nouveaux choix à faire pour les hôpitaux publics.

Le positionnement des établissements de santé publics, en matière de formation paramédicales, a considérablement évolué. Nous avons vu que l'arrivée de nouveaux acteurs, a complexifié pour les hôpitaux, la gestion de leurs écoles et instituts (cf. ci-dessus pp 9-15). Les directeurs de ces hôpitaux sont maintenant amenés à prendre des positions qui tiennent compte de la nouvelle distribution des pouvoirs et des rôles.

Les choix politiques du Conseil Régional conditionnent en particulier le devenir de certaines formations telles que celles d'Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat (IADE), d'Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat (IBODE) ou de cadre de santé. En effet,

²⁷ ASSOCIATION DES RÉGIONS DE FRANCE, *Formations sanitaires et sociales: Marisol Touraine reçoit les Régions*. [visité le 8 juillet 2013], disponible sur Internet: <http://www.arf.asso.fr/2012/12/formations-sanitaires-et-sociales-marisol-touraine-recoit-les-regions.html>

selon les Régions, ces formations sont ou ne sont pas subventionnées par le Conseil Régional. Ce dernier peut en effet considérer que ces formations n'étant pas dans la continuité d'un cursus scolaire initial, elles n'entrent pas dans le cadre du transfert de compétences prévu par la loi de décentralisation. Or, compte tenu de leur situation financière, nombre d'hôpitaux ne sont pas disposés à financer les écoles sur leurs fonds propres. L'un des directeurs d'établissement rencontré nous exprimait par exemple ses craintes de devoir fermer une école d'IBODE qui n'a pas suffisamment d'inscrits pour s'autofinancer.

Le financement des investissements, et en particulier des bâtiments destinés aux écoles, est également pour les hôpitaux, une source de discussion avec le Conseil Régional. VIEZ dans la synthèse documentaire réalisée pour la FHP en septembre 2010 et portant sur le financement des IFSI²⁸, explique que « La région doit prendre en charge le financement des équipements mobiliers et immobiliers. Toutefois, les établissements supports des instituts de formation restent propriétaires du foncier et des équipements. Le périmètre physique pris en charge par la région se restreint aux locaux d'enseignement, à l'exclusion des foyers d'hébergement et des locaux de restauration qui relèvent des politiques d'établissement.» Elle explique par ailleurs que «Dans Tous les cas, les établissements hospitaliers devraient être présents sous la forme d'un apport foncier et/ou de financement de l'investissement selon leurs ressources et leurs politiques» ²⁹Or, de nombreux directeurs d'hôpitaux, n'ont pas la même lecture de la situation...

Dans ces problématiques de financement des écoles et instituts de formation, s'inscrivent les possibilités, pour les organismes gestionnaires, de générer des recettes. L'une des voies suivies par plusieurs établissements est en effet de développer l'offre de formation continue. Il s'agit plus précisément pour les écoles et instituts de «vendre» des prestations de formation continue : prévues réglementairement dans leurs missions elles peuvent constituer des revenus propres particulièrement attractifs pour les établissements de formation. La sortie des textes sur le Développement Personnel Continu pour les personnels paramédicaux ouvre, dans ce domaine, des perspectives nouvelles. Toutefois, si les recettes réalisées le sont grâce au personnel, au matériel et aux locaux financés par la subvention du Conseil Régional, ce dernier peut se considérer légitimement en droit de déduire le bénéfice dégagé de l'enveloppe qu'il accorde pour la formation initiale.

L'un des directeurs financiers des hôpitaux dans lequel nous avons mené nos enquêtes exprimait son pessimisme sur le maintien des écoles et instituts au sein des établissements de santé: «la formation devient trop compliquée à gérer. Il y a trop

²⁸ FEDERATION DE L'HOSPITALISATION PRIVEE, *Le financement des instituts de formation en soins infirmiers-Synthèse documentaire*, 2010. Direction des Ressources Documentaires - Marie-Claire VIEZ, p 11.

²⁹ Ibid. p 11.

d'intervenants, trop de comptes à rendre et les directeurs d'hôpital ne verraient pas d'un mauvais œil les écoles partir à la Région ou à l'Université. "

1.3.3 De nouveaux enjeux pédagogiques pour les instituts.

La réingénierie des études paramédicales engagée par le ministère modifie profondément les approches pédagogique et didactique des formations. Elle substitue une logique de savoirs structurés par champs disciplinaires et centrés sur la dispensation des soins à une approche par compétences. A la suite de la formation infirmière en 2009, un « grand chantier » de reconstruction se met actuellement en œuvre dans l'ensemble des filières paramédicales. Il impactera, à terme, l'ensemble des organisations et de leur fonctionnement. La formation des étudiants sur les terrains de stages et l'enseignement à distance seront en particulier au cœur des débats.

La réingénierie des études est fondée, dans toutes les filières, sur une approche par les compétences. Le postulat de départ est que les étudiants ne peuvent durant leur formation être confrontés à l'ensemble des situations qu'ils rencontreront au cours de leur vie professionnelle. Il s'agit donc pour eux, plutôt que d'accumuler des connaissances, d'acquérir des ressources, combinant connaissances, méthodes et comportements pour comprendre et agir dans toute situation nouvelle. Or, les compétences se mobilisent et donc s'évaluent en action, c'est sur le terrain professionnel que la progression des étudiants peut être la mieux mesurée. L'un des enjeux forts pour les instituts de formation réside donc dans les liens tissés avec les professionnels des terrains de stage et dans leurs capacités à appréhender le nouveau paradigme de formation pour et par la compétence. GIRAUD-ROCHON dans son mémoire de directeur des soins de l'EHESP³⁰ se demandait en 2010 si l'hôpital était apte à préparer au mieux les infirmiers aux nouvelles exigences du métier de demain. Il arrivait aux conclusions que, pour que ce dernier soit véritablement une organisation apprenante, il fallait renforcer la coopération entre directeur des soins de formation et directeur des soins de gestion afin de travailler les conditions d'une alternance réussie. De plus, pour GIRAUD-ROCHON, professionnaliser l'encadrement des étudiants est maintenant nécessaire. Or, Les contraintes économiques, démographiques, et sociales auxquelles sont soumis nombre d'établissements de santé interrogent sur leur capacité actuelle à être des organisations apprenantes. Un directeur d'une structure de soins de suite et de réadaptation explique ainsi qu'il se « pose la question de l'intérêt de prendre en stage des étudiants en masso-kinésithérapie qui nécessitent du temps d'encadrement alors qu'il n'arrive jamais à les embaucher une fois diplômés » Un chef de pôle, de CHU menace, dans le même ordre

³⁰ GIRAUD-ROCHON F., 2010, *L'hôpital une organisation apprenante pour les étudiants infirmiers ? L'incidence du nouveau programme de formation sur l'encadrement des étudiants infirmiers à l'hôpital* : mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique de Rennes, p 10.

d'idées « de ne plus accepter d'étudiants paramédicaux puisqu'il n'a aucune valorisation financière l'y incitant et qu'en plus, on lui réduit son personnel et ses moyens »

L'universitarisation des études paramédicales impose un volume horaire d'enseignement assuré par des enseignants de statut universitaire. Il peut atteindre, dans certains domaines, 70% à 100% du volume total³¹. Par ailleurs, certains cours sont plus spécialement demandés: les enseignants d'anatomie et de physiologie, par exemple, sont sollicités par presque toutes les formations paramédicales. Or, l'Université ne peut pas toujours fournir à chaque école paramédicale les enseignants suffisants pour assurer des cours dans les délais calendaires imposés par les programmes. Des solutions alternatives aux enseignements traditionnels doivent être certainement envisagées pour répondre aux nouvelles contraintes matérielles et logistiques.

Par ailleurs, tel que l'expriment DEPOVER et MARCHAND faisant référence à une conférence organisée en 2001 par l'OCDE³², il y aura nécessité pour les jeunes adultes d'aujourd'hui d'une formation tout au long de la vie. Il ressortait des conclusions de cette conférence « qu'Internet devient un outil privilégié pour un apprentissage à tout âge, pour un changement de carrière, pour une mise à niveau dans l'emploi et pour répondre aux défis de l'éducation dans le monde »³³. Dans la perspective de former des futurs professionnels compétents, il appartient aux instituts de formation de mettre, dès la formation initiale, les étudiants sur la voie de l'apprentissage tout au long de la vie. Il est donc indispensable que les instituts se dotent des nouvelles techniques de l'information et de la communication (NTIC) qui seront une grande part des outils d'apprentissage des futurs professionnels. De plus, cette évolution technique, didactique et pédagogique, peut également ouvrir des perspectives pour penser différemment la formation continue des professionnels actuellement en exercice.

³¹ SANTE.GOUV.FR, *Recommandation pour l'enseignement dans les IFSI*, [visité le 8 juillet 2013], disponible sur Internet: <http://www.sante.gouv.fr/formation-recommandations-pour-l-enseignement-dans-les-ifs.html>.

³² DEPOVER C., MARCHAND L., 2002, *E-learning et formation des adultes en contexte professionnel*, Paris : De Boeck, p 16.

³³ Ibid. : p 16

2 De la mutualisation à la coordination: approches théoriques.

Les mutualisations sont, des modes de réorganisation désormais couramment utilisés dans le secteur sanitaire. Elles sont en général motivées par des restrictions de moyens, des exigences d'efficacité et de performance. Les écoles et instituts de formation, assez peu concernés jusqu'alors commencent à connaître ce type de réorganisation. Nous avons déjà évoqué la tendance actuelle, dans les CHU, à développer ce type de réorganisation. Il convient toutefois d'essayer de comprendre plus précisément le sens des mutualisations opérées, et de commencer par définir la mutualisation par rapport à des concepts proches : regroupement, coopération, collaboration, coordination.

2.1 Mutualisation, regroupement, collaboration, de quoi parle-t-on ?

2.1.1 La mutualisation.

Le mot « mutualisation » vient de la racine latine « mutuus » qui signifie « qui s'échange entre deux ou plusieurs personnes, entre deux ou plusieurs choses »³⁴. Cette racine est commune à d'autres mots du même champ sémantique : « mutualiser », « mutuel », « mutualité », « mutualisme ». Ces mots portent des notions clefs telles que mise en commun, échange, partage, réciprocité. Mutualiser c'est donc établir un système de partage et d'échange qui peut porter sur des moyens humains, financiers ou matériels, mais aussi sur des savoirs et des services. Mutualiser, contient par ailleurs une idée de solidarité : c'est mettre en commun des ressources pour produire ensemble ou développer des services. Mutualiser s'entend donc à la fois comme une optimisation des moyens et une amélioration de la production ou du service rendu. SIMON, explique que, dans le champ de l'éducation et de la recherche, la mutualisation n'est pas nouvelle. « Tout chercheur s'appuie sur les travaux de ses confrères pour, lui-même, avancer dans sa recherche. Il publie à son tour afin que d'autres chercheurs puissent utiliser ses travaux. Les principaux outils de mutualisation de la recherche sont les conférences et les revues. C'est cette volonté de mutualiser entre chercheurs qui a amené Internet et le Web »³⁵.

Dans le champ sanitaire, la mutualisation est utilisée pour garantir le maintien ou le développement d'une activité en réduisant les coûts et en optimisant la qualité. Ainsi, beaucoup d'établissements ont opéré des mutualisations de leurs équipes de brancardages. La plupart des écoles et instituts des CHU ont mutualisé leur fonds documentaires en créant des centres de documentation.

³⁴ Le Littré, 2000, *Dictionnaire de la langue française en un volume*. Paris : Hachette

³⁵ SIMON J., 2006, « Mutualiser entre pairs », *Expressions*, n°27, Saint-Denis, p. 127.

Toutefois, dans nos organisations soumises à des contraintes de plus en plus fortes, il est important de garder à l'esprit le sens donné aux mutualisations. Une étude sur les mutualisations de services coécrite par l'Institut National des Etudes Territoriales (INET) et l'Assemblée des Communautés nous met ainsi en garde. « La mutualisation est un mode de gestion – gestion des compétences, des services, des agents, des ressources – parmi d'autres. En tant que telle, elle ne constitue pas une politique de pilotage des ressources ni un projet d'administration, encore moins un projet de territoire. Elle est un moyen, et non une fin. Pour autant, le choix de la mutualisation apparaît fortement lié à une impulsion politique.... »³⁶

Les fonctions publiques d'état et territoriale, particulièrement concernées par des réorganisations de leurs services, ont produit des documents d'aide à la mise en œuvre et d'évaluation des mutualisations. Nous y avons trouvé des typologies de mutualisations que nous avons tenté de circonscrire.

Il est possible de classer les mutualisations selon différentes logiques d'approches :

Selon la nature des ressources à mutualiser : Des structures peuvent tout d'abord mutualiser des ressources matérielles, principalement des moyens techniques ou des espaces collectifs : locaux, matériel technique et bureautique, supports de communication, logiciels, etc. Des structures peuvent également mutualiser des ressources humaines pour mener à bien leurs projets de mutualisation de ressources matérielles et immatérielles. Enfin, la mise en commun de compétences peut devenir l'objet même du projet de mutualisation. Certaines compétences pédagogiques par exemple, sont, par essence appelées à être mutualisées dans le monde de l'enseignement et de la formation.

Selon les degrés de formalisation. Il existe des mutualisations totalement informelles, qui relèvent en général de l'initiative individuelle de quelques personnes. Elles s'apparentent plutôt à du service rendu et, bien que plutôt limitées dans le temps, elles peuvent s'inscrire plus durablement dans la durée car fondées sur la confiance et l'engagement réciproque. Les « tours de rôle » pour aller chercher le courrier, ou pour remplir les photocopieurs sont de cet ordre. Certaines mutualisations font l'objet d'une organisation plus formelle : ce sont celles qui sont encadrées par des procédures ou des chartes : l'utilisation commune d'une salle informatique, par exemple, entre dans cette catégorie. Hormis les conventions signées dans le cadre de la réingénierie, (celles structurant les GCS-IFSI et celles encadrant les partenariats avec l'Université) ou certaines conventions régissant des actions de formation continue, peu de contractualisations concernent actuellement les mutualisations d'instituts.

³⁶ ASSEMBLEE DES COMMUNAUTES DE FRANCE, *La mutualisation des services: un enjeu d'intégration intercommunales études de cas*, Mai 2011. Ressources humaines, AdCF / INET, p 6.

Selon une logique temporelle³⁷.

Le premier niveau retient la mutualisation d'opportunité qui répond principalement à des logiques de court-terme. « Elle peut être liée à des pics d'activité imprévus, des besoins d'acquisition ou de remplacement de ressources dans l'urgence ou contrainte pour des raisons économiques. ». Cette mutualisation concerne majoritairement des relations entre deux structures proches.

La mutualisation contractualisée, selon le Centre des Ressources des Groupements d'Employeurs du Languedoc-Roussillon, répond plutôt à des logiques de court et moyen termes. Elle est liée à un besoin anticipé et découle d'une concertation entre les parties. Elle entraîne une relation contractuelle généralement entre un nombre restreint de structures.

Selon l'organisation hiérarchique : ³⁸

Certaines mutualisations n'induisent pas de transfert de l'autorité hiérarchique. Il s'agit le plus souvent de prestations de service telles que par exemple, dans les écoles, la gestion des salles communes par le secrétariat d'une des écoles.

D'autres s'appuient sur la création d'une autorité hiérarchique ou fonctionnelle : ainsi, les organisations donnant la responsabilité d'un pôle formation à un coordonnateur relèvent de ce modèle.

Selon le service rendu et la complexité d'organisation :³⁹

Le premier niveau décrit les mutualisations de type « mise en réseau structuré » et de type « coordination centralisée ». Ces dernières supposent la mise en place d'une structure d'encadrement ou de pilotage mais ne nécessitent pas de transfert de personnel ni d'organisation complexe à mettre en place au sein des services. C'est classiquement, dans le champ de la santé, le modèle des coordinations de pôles ou de réseaux.

Un deuxième niveau retient les mutualisations de type « structure d'appui mutualisée » dans ce modèle, une structure prend en charge une partie d'une activité des autres structures mais sans les dessaisir complètement de cette activité. La structure concernée devient alors structure d'appui, référente de cette activité.

Le dernier modèle de cette typologie décrit les mutualisations de type « centre de services ». Il s'agit d'une organisation dans laquelle une structure réalise l'intégralité d'une fonction support pour le compte des autres structures. Les centres de documentation dans CHU fonctionnent en général selon ce modèle.

³⁷ GROUPEMENTS D'EMPLOYEURS DU LANGUEDOC-ROUSSILLON, *Fiche outil*, 2010, p 82.

³⁸ ASSEMBLEE DES COMMUNAUTES DE FRANCE, *La mutualisation des services: un enjeu d'intégration intercommunales études de cas*, Mai 2011. Ressources humaines, AdCF / INET, pp 14-15

³⁹ PREMIER MINISTRE, *Mutualisation des fonctions support dans les services déconcentrés de l'Etat*, mars 2011. Guide de construction des schémas de mutualisation, pp 3-4.

2.1.2 Le regroupement.

Le mot « regroupement » quant à lui, selon le dictionnaire Larousse, s'adresse plutôt à ce qui est dispersé et qu'il s'agit de réunir, de rassembler pour former un tout. L'idée d'un rapprochement « physique », plutôt spatio-temporel prédomine donc. Ainsi, la construction d'un nouveau bâtiment permet de regrouper des écoles et instituts sur un même site. Ce regroupement « physique » ne traduit pas pour autant obligatoirement d'idée de travail en commun, de partage, de mutualisation.

2.1.3 La collaboration.

La collaboration, en revanche, traduit bien l'idée de travailler avec quelqu'un d'autre à une œuvre commune. Toutefois, la profondeur de la mise en commun est moins forte et moins aboutie, que dans une mutualisation : collaborer c'est selon le dictionnaire LAROUSSE⁴⁰ « participer à une œuvre avec d'autres », ça n'induit donc pas nécessairement une profondeur de partage.

SIMON⁴¹ définit la collaboration par rapport à la coopération. Bien que reconnaissant le caractère quelque peu arbitraire de la distinction, il estime, « qu'il y a coopération lorsque les gens partagent la tâche pour atteindre ce but en sous-tâches, chacun travaillant ensuite isolément sur sa sous-tâche et qu'il y a collaboration lorsque les gens continuent de travailler ensemble à la même tâche ».

Si l'on retient le sens que donne SCHWYER⁴² à la coopération, les mutualisations entreraient plutôt dans le champ des coopérations. Pour lui en effet, « les processus coopératifs se fondent sur l'échange d'information, de conseils, de savoirs, de contacts et la conscience d'intérêts communs dans les champs des coopérations ». Il précise par ailleurs que la coopération ne se décrète pas et que la confiance y joue un rôle essentiel. Sur un plan institutionnel, dans le monde hospitalier, la mutualisation des moyens est un des outils de la coopération. Or, la coopération a dans le secteur sanitaire un sens spécifique.

2.2 La coopération un concept fort dans le champ sanitaire.

La coopération a un sens particulier dans le champ sanitaire. Inscrite dans les textes juridiques, elle a été initiée par la loi du 31 décembre 1970⁴³ qui a donné un cadre juridique aux mutualisations en instituant les conventions et les Syndicats Inter

⁴⁰ Dictionnaire LAROUSSE [visité le 5 août 2013],

<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/collaboration/17137?q=collaboration#17010>

⁴¹ SIMON J., 2006, « Mutualiser entre pairs », *Expressions*, n°27, Saint-Denis, p 127.

⁴² SCHWEYER F.X., « Les conditions d'une coopération interdisciplinaire ou comment une solution est aussi un problème », *Cours aux élèves directeurs des soins 2013*, EHESP, Rennes. [4 juillet 2013], disponible sur Internet: <http://real.ehesp.fr/course/view.php?id=395>

⁴³ REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi N°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière Journal officiel de la république française, Journal Officiel de la République Française, 3 janvier 1971.

Hospitaliers (SIH). La loi du 31 juillet 1991⁴⁴ inscrit véritablement les coopérations dans le dispositif de planification sanitaire. Les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SRSO) venant compléter la carte sanitaire et les conférences sanitaires de secteur, chargées de promouvoir la coopération entre établissements, sont créés. De nouvelles formes juridiques, Groupements d'Intérêts Public (GIP) et Groupements d'Intérêt Economique (GIE) renforcent alors les possibilités de partenariat et de partage d'activité entre établissements. Cependant, les mutualisations ne rencontrant pas le succès escompté, une nouvelle modalité de coopération est créée par l'ordonnance du 24 avril 1996⁴⁵: il s'agit du groupement de coopération sanitaire (GCS) qui aura ensuite vocation à se substituer aux autres modes de coopération. Dans le champ de la formation et dans le cadre de la réingénierie des études en soins infirmiers, le GCS (GCS-IFSI) est la forme juridique imposée par le ministère pour regrouper les IFSI d'une même région ou d'une même académie dans l'optique de signer convention avec la région et l'Université de référence⁴⁶. La loi du 21 juillet 2009 (HPST)⁴⁷ vient donner une dimension nouvelle aux coopérations à l'échelle du territoire. La création des Communautés Hospitalières de Territoire (CHT) a deux objectifs principaux : mettre en œuvre une stratégie commune entre les établissements qui la composent, et gérer en commun certaines fonctions et activités grâce à des délégations ou à des transferts de compétences.

Hormis les GCS-IFSI, la coopération, telle que définie par ces textes ne concerne qu'indirectement les instituts de formation. Toutefois, ce rappel du cadre réglementaire qui régit la coopération sanitaire a pour objectif de montrer la prégnance des notions de coopération et de mutualisation dans le monde de la santé : elles participent d'une logique dominante dans ARS et les hôpitaux supports des instituts de formation.

2.3 La coordination.

Le décret du 19 avril 2002 constitutifs du corps de directeur des soins⁴⁸ dispose que ce dernier « peut être chargé » de « coordination générale des activités de soins », de « coordination d'études », et de, « le cas échéant, en outre, la coordination de plusieurs

⁴⁴ MINISTERE DELEGUE A LA SANTE. Loi N°91-748 du 31 juillet 91 portant réforme hospitalière, .Journal Officiel de la République Française, 2 aout 1991.

⁴⁵ PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE. Ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Journal Officiel de la République Française, 25 avril 1996.

⁴⁶ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS –MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE. Circulaire interministérielle DHOS/RH1/DGESIP N° 2009-202 du 9 juillet 2009 relative au conventionnement des instituts de formation en soins infirmiers avec l'université et la région dans le cadre de la mise en œuvre du processus licence-master-doctorat.

⁴⁷ REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi N°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative au patient, à la santé et aux territoires. Journal Officiel de la République Française, 22 juillet 2009.

⁴⁸ MINISTERE DE LA SANTE. Décret N°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du directeur des soins de la fonction publique hospitalière. Journal Officiel de la République Française, 23 avril 2002.

instituts ». Le décret du 29 septembre 2010⁴⁹ modifie le précédent en instaurant la « coordination générale d'instituts ».

Pour PAYETTE⁵⁰, la coordination peut être ce qui permet de passer de la multidisciplinarité (qui favorise un fonctionnement *en silos*) à l'interdisciplinarité. Il explique ainsi que « les membres du GRIPIUS (Groupe de recherche et d'intervention sur les pratiques interdisciplinaires de l'Université de Sherbrooke) se sont ralliés autour du concept de coordination. L'équipe multidisciplinaire, par exemple une équipe qui assume la planification et l'implantation d'un programme ou d'un plan de service, se doit de se concerter et de coordonner les interventions de chacun des membres qui interviennent auprès d'une même clientèle. La multidisciplinarité se concrétise alors par le partage régulier de l'information, la discussion de cas, la consultation auprès des collègues ou la référence de certains clients; ce faisant, les membres de l'équipe acceptent de s'influencer dans des choix et des orientations communes, de poursuivre des objectifs communs, de se donner des mécanismes requis pour que les interventions auprès d'un même client ou d'une même clientèle se conjugent autour des objectifs et des stratégies élaborés ensemble. Ainsi, une véritable collaboration inter- professionnelle s'établit et devient une valeur ajoutée pour la qualité des services ».

En 2005, ROBELET⁵¹ écrivait « La coordination (terme technique et neutre) est devenue depuis quelques années l'objet de nombreux discours et pratiques dans le système de santé. La coordination est ainsi invoquée à la fois comme un manque par les patients, comme une solution pour améliorer la qualité des prestations de santé par les hommes politiques et comme l'un des objectifs des réformes introduites dans le système de santé. » Elle précise en particulier, que « la façon dont elle est définie et mise en œuvre permet de considérer la coordination comme un *territoire* où se déploient, s'affrontent et/ou se concilient des dynamiques professionnelles et des *logiques gestionnaires*. Par *dynamique professionnelle*, on entend à la fois l'émergence de nouvelles pratiques professionnelles et les mobilisations collectives visant la reconnaissance d'une compétence et/ou d'un statut ou la défense d'un territoire professionnel. Les *logiques gestionnaires* désignent les processus et les stratégies portées par des acteurs *gestionnaires* participant aux instances de régulation du système de santé (membres de l'administration de la santé ou financeurs) et qui visent à rationaliser l'organisation du travail, gagner en transparence et garantir à la fois qualité et coût des soins. » Elle soutient enfin que, « le caractère novateur des incitations multiples à la coordination ne réside ni dans la fonction de coordination elle-même, qui existe dans toute situation de

⁴⁹ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Décret N°2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret N°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière. Journal Officiel de la République Française, 30 septembre 2010.

⁵⁰ PAYETTE M., 2001, « Interdisciplinarité: clarification des concepts », *Interactions*, n°5, p 29.

⁵¹ ROBELET M. et al., 2005, « La coordination dans les réseaux de santé: entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles », *Revue française des affaires sociales*, N°1, p 233.

travail mettant en relation plusieurs acteurs, ni dans son objectif, consensuel d'amélioration de la qualité des soins, mais dans l'injonction à la mise en place d'un mode particulier de coordination : la coordination formalisée »

A la lumière des éclairages théoriques et en les mettant en perspective avec notre préenquête et notre expérience de terrain, il apparaît qu'actuellement le milieu de la formation s'inscrit de plus en plus dans des logiques de mutualisation. Injonctions souvent, choix des acteurs parfois, elles se traduisent, en général, par la création de postes de coordonnateurs ou de missions de coordinations formalisées.

3 Une étude de terrain pour comprendre les liens entre mutualisations et coordination d'écoles et d'instituts.

3.1 Méthodologie de l'étude.

Nous avons vu que, dans l'environnement actuel des écoles et instituts de formation paramédicaux, les logiques de mutualisation, sont fortement présentes. Elles relèvent le plus souvent des responsabilités d'un coordonnateur directeur des soins.

Vraisemblablement confronté, dans un avenir professionnel proche, à cette mission, nous avons choisi de nous intéresser à la manière de la conduire de façon optimale. La question à laquelle nous allons tenter de répondre est :

- **En quoi les modalités de mutualisation influencent-elles la coordination des écoles et instituts de formation ?**

Afin de préciser cette question et les réponses qui y seront données, il nous faut nous intéresser aux différents types de mutualisations qui existent, puis arriver à définir, les facteurs favorisant et les obstacles à la réussite de ces mutualisations. Enfin, nous tenterons de définir la place et le rôle du coordonnateur d'instituts dans ces mutualisations.

Nous sommes donc amenés à formuler également les sous questions suivantes :

- **Quelles sont les modalités de mutualisation mises en place entre écoles et instituts paramédicaux ?**
- **Quelles plus-values apportent ces mutualisations?**
- **Quels sont les obstacles aux mutualisations ?**
- **En quoi le coordonnateur influe sur ces mutualisations ?**

Nous tenterons ensuite de formuler des préconisations professionnelles pour des fonctions de coordonnateur d'écoles et d'instituts

3.1.1 La population étudiée.

Afin de pouvoir en tirer des enseignements mobilisables dans nos futures fonctions, nous avons choisi d'étudier un terrain qui est comparable à celui sur lequel nous allons travailler en tant que coordonnateur d'instituts. L'étude a été donc réalisée dans les écoles et instituts de sept CHU de province. Ces établissements ont été retenus selon trois critères principaux :

- Un dimensionnement comparable en termes de nombre d'écoles, nombre d'étudiants, type de formations etc.
- Une organisation mutualisée suffisamment aboutie pour donner matière à étudier

- La possibilité de rencontrer des acteurs de divers horizons de la formation initiale pour avoir une diversité de point de vue suffisamment large.

Un tirage au sort a été réalisé parmi les 16 établissements répondant à ces critères et un échantillon de 7 CHU a été isolé.

Le nombre d'étudiants accueillis dans les écoles et instituts de ces établissements est compris entre 900 et 1200. Tous ces établissements disposent de filières de formation pour les cadres de santé, les infirmiers anesthésistes, les infirmiers, les aides-soignants, les ambulanciers et les sages-femmes. Deux d'entre eux n'ont pas de formation de manipulateurs en électroradiologie médicale ni de formation de puériculture, un n'a pas d'Institut de formation en masso-kinésithérapie. Deux proposent une formation de pédicure podologue et deux également des formations du secteur social (auxiliaire de vie et assistant social). Un seul a un institut de formation en ergothérapie.

Les personnes enquêtées ont été également sélectionnées par tirage au sort après définition des critères suivants :

- 2 personnes interrogées par établissement.
- 4 coordonnateurs d'instituts.
- 2 directeurs d'école ou d'institut, directeurs des soins.
- 2 directeurs d'école ou d'institut, cadres ou cadres supérieurs de santé.
- 2 directeurs d'hôpital en charge de la formation.
- 2 formateurs.
- 2 personnels administratifs exerçant des fonctions mutualisées (documentaliste, gestionnaire, secrétaire etc.).

Nous avons préalablement défini de manière aléatoire quelle catégorie de professionnels nous allions interroger dans chaque établissement. Ensuite, chaque personne a été tirée au sort parmi une population source initiale constituée de l'ensemble des professionnels de la même catégorie dans les écoles et instituts.

3.1.2 L'outil d'observation.

Souhaitant confronter à la théorie le ressenti des acteurs de la formation sur les mutualisations, l'enquête par entretiens semi-directifs nous est rapidement apparue comme l'outil d'investigation le plus adapté. En effet, « l'enquête par entretien est particulièrement pertinente lorsque l'on veut analyser le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques, aux événements dont il ont pu être les témoins actifs, lorsque l'on veut mettre en évidence les systèmes de valeur et les repères normatifs à partir desquels ils s'orientent et se déterminent. Elle aura pour spécificité de rapporter les

idées à l'expérience du sujet. »⁵². Il s'agissait donc de recueillir le discours des personnes concernées de façon structurée mais en les laissant s'exprimer. Un guide d'interview a été construit à cet effet après une phase de test réalisée lors d'une préenquête.

Six entretiens ont été menés en face à face, les huit autres par téléphone. Le mode opératoire a été le même pour tous les entretiens : rendez-vous téléphonique préalable sollicitant une plage de disponibilité de une heure puis, le jour fixé, conduite de l'entretien sur la base du guide d'entretien (ANNEXE 1) construit initialement. Les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits en respectant l'anonymat des personnes. Le corpus d'entretiens a ensuite fait l'objet d'une analyse par thèmes et sous thèmes en regard des questions posées.

3.1.3 Les limites de la méthode d'enquête.

Pour avoir un panel de mutualisations suffisamment riche à traiter nous avons fait le choix de travailler sur la moitié des CHU répondant aux critères de sélection. Cet échantillon a été constitué par tirage au sort. Il en a été de même pour les personnes interrogées. Notre objectif était de réduire les biais de sélection des échantillons. Un des CHU ne nous permettant pas de faire une enquête exploitable, il nous est resté un échantillon de 7 établissements. Toutefois, l'étude ne saurait être considérée comme exhaustive : en effet, le nombre d'entretiens réalisés et les proportions des catégories professionnelles retenues ne donnent pas une représentation significative des personnes concernées par les mutualisations. De plus, certains entretiens étant menés en face à face et d'autres par téléphone, les conditions de l'enquête ne sont pas identiques pour chacun des sujets interrogés. Enfin, bien que l'anonymat que nous garantissons tende à faciliter la libre expression des ressentis, notre statut d'élève directeur des soins a pu biaiser certaines réponses. Les analyses que nous proposons ne peuvent donc pas être transposées ni généralisées. Elles permettent simplement d'éclairer nos réflexions et, dans les conditions de l'étude, nous autorisent à donner quelques clefs de compréhension aux problématiques que nous soulevons.

3.2 Résultats des entretiens.

3.2.1 Les différentes typologies de mutualisations.

Le classement est réalisé selon les typologies de mutualisation décrites ci-dessus (p 21).

Les mutualisations de type « coordinations centralisées ».

Dans six des sept CHU étudiés, les fonctions de coordonnateur des instituts de formation et de directeur d'hôpital en charge de la formation sont identifiées et institutionnalisées. Deux d'entre eux ont structuré une gouvernance des écoles et instituts.

⁵² BLANCHET A., GOTMANN A., 2006, *L'enquête et ses méthodes*, Paris : Armand Colin, p 27.

Les mutualisations de type « centre de services » (certains services supports sont entièrement assurés par une structure dédiée).

Dans tous les CHU, des centres de documentation mutualisent l'ensemble des prestations de consultation et d'archivage documentaires. Il en est de même pour les prestations de contrôle de gestion. Quatre établissements disposent d'un technicien multimédia. Mais un seul d'une plateforme d'e-learning commune aux structures de formation et réellement performante et opérationnelle. Deux CHU ont pour leurs écoles un « bureau des stages » qui gère l'ensemble des stages des écoles. Deux CHU enfin, ont organisé une mutualisation du secrétariat des écoles et instituts mais elle n'est pas totale, certains secrétariats subsistant encore dans les écoles. Un seul a mutualisé l'organisation de la sélection des étudiants mais il reste également des procédures de sélection réalisées dans certains des instituts

Les mutualisations de type « structure d'appui mutualisée » (une structure prend en charge une partie d'une activité des autres structures devenant alors référente de cette activité).

Deux CHU ont des « bureaux qualité » destinés à l'ensemble des écoles et instituts mais leur organisation administrative dépend d'un institut. De même, trois CHU ont développé des transversalisations des procédures d'achat et de gestion de la formation continue sans structure dédiée, ces activités étant portées, sur le plan opérationnel, par un ou plusieurs des instituts. Un des CHU a, en plus, des « unité vie étudiante », et « diplômes et certification ». L'« unité recherche » est en cours de création.

Les mutualisations « informelles » ou « d'opportunité » (s'apparentent plutôt à du service rendu).

Décrites par 4 personnes (une secrétaire, un formateur, deux directeurs cadres de santé), elles concernent des activités de secrétariat et des moyens matériels et pédagogiques

Les mutualisations de ressources matérielles.

L'ensemble des personnes interrogées évoquent des mutualisations de moyens techniques et d'espaces collectifs : locaux, matériel technique, logiciels, etc.. De même, toutes évoquent des procédures communes généralisées aux écoles et instituts mais également à l'ensemble du CHU : achats, réparations etc.

3.2.2 Les plus-values des mutualisations

Des services communs performants.

Bien que quelques dysfonctionnements locaux soient soulignés, les centres de documentation font l'unanimité chez toutes les personnes interrogées. Ils sont cités comme des exemples de réussite de mutualisation. « J'ai connu une époque où les bibliothèques étaient gérées dans les écoles : nous perdions beaucoup de temps et personne n'était content. Documentaliste, c'est un métier dit une secrétaire ». La gestion

des stages par une structure dédiée est également citée comme une réussite : « Les formateurs ne s'occupent plus que des aspects pédagogiques du stage » explique un directeur d'école, « Tout va beaucoup mieux. Il n'y a plus de fausses notes, les conventions sont signées et envoyées dans les temps, les frais de stage sont comptabilisés et payés le mois suivant. Tout le monde s'y retrouve ». Les services de gestion dédiés aux écoles et instituts sont eux aussi plutôt considérés comme satisfaisants « Nous avons une bien meilleure lisibilité sur le fonctionnement de nos structures. Tout n'est pas encore complètement transparent mais les choses s'améliorent. », affirme un directeur des soins. « C'est une ressource essentielle pour le pilotage des instituts » dit un coordonnateur général « j'ai accès en temps réel au suivi des comptes, des ressources humaines et de la logistique. Je souhaiterais cependant avoir la responsabilité hiérarchique du gestionnaire : ça clarifierait les choses » poursuit-il. « Ca a contribué à améliorer la confiance entre le directeur en charge des formations et les directeurs d'écoles » Assure le premier en évoquant l'accès aux données chiffrées.

Un positionnement plus fort dans l'institution et dans la région.

« Le projet stratégique commun a contribué à renforcer la place des instituts de formation dans l'institution » dit un coordonnateur général. « Il fait partie intégrante du projet d'établissement et le coordonnateur général des instituts figure maintenant dans l'organigramme de l'établissement ». La mutualisation, permet aussi de faire corps pour avoir gain de cause : « Si nous étions restés isolés chacun dans nos instituts, nous n'aurions jamais obtenu de plateforme d'e-learning ni de poste de web master » affirme un directeur des soins.

Le renforcement du positionnement dans l'environnement de l'hôpital est également souligné. Un cadre supérieur directeur d'institut déclare ainsi « nous avons plus de poids auprès des tutelles, par exemple, ça nous a aidés pour discuter la réingénierie avec l'université ». « Nous devons également raisonner en tenant compte de la concurrence des autres établissements de formation initiale et continue de la région. Notre taille et notre poids fait aussi notre force » reprend le coordonnateur général.

Une solidarité plus grande.

Deux directeurs et une secrétaire évoquent la solidarité au sein des structures mutualisées. « Le soutien du coordonnateur et des autres directeurs est important en particulier pour les aspects politiques et stratégiques » dit un cadre supérieur directeur d'institut. « Nous ne sommes plus aussi isolées chacune dans nos secrétariats » explique la secrétaire « Nous nous rendons des services et pouvons profiter des conseils des autres ». Les relations pédagogiques peuvent aussi être renforcées. Evoquant la réingénierie des études, un directeur d'institut déclare « Sur le plan ingénierie de formation et pédagogie, l'aide des autres filières est intéressante par le regard distancié et

extérieur qu'elles apportent. Nous manquons malheureusement souvent de temps pour évoquer ces sujets»

Des avancées pédagogiques.

L'intérêt de mutualiser certaines séquences pédagogiques est avancé par quelques-uns des sujets enquêtés. « Les IADE et les IBODE vont travailler ensemble et ne se connaissent pas. Il y a des notions communes qu'il est nécessaire de travailler ensemble. Les mutualisations ont eu des effets positifs sur les comportements professionnels, on a constaté une meilleure vision de chose, une vraie approche interprofessionnelle » dit un coordonnateur d'instituts. « Mais il faut refondre tout l'enseignement, refaire tous les cours, c'est très long explique-t-il ». « Certains cours ont pu être fait en commun comme la prévention des risques nucléaires, bactériologiques et chimiques ou certains cours de santé publique. Mais ça reste à la marge. Il faudrait arriver à extraire des éléments communs à nos métiers pour construire un socle. Au début les bases pourraient être mises en commun puis, comme une pyramide, au fur et à mesure il y aurait moins de choses communes. C'était ce qu'on aurait pu attendre de la réingénierie mais ça n'a pas été coordonné » regrette un directeur des soins directeur d'institut. Un autre directeur, cadre supérieur de santé loue les bénéfices de la plateforme d'e-learning : « Chaque école (y) met ses cours et chacun peut avoir accès aux cours des autres ».

Une réduction des effectifs.

Cette vision de la gestion des ressources humaines a été abordée par un des directeurs d'hôpital en charge des formations. « La mise en place d'un coordonnateur nous a permis de gagner des postes de directeurs tout en restant en conformité avec les textes. C'était important pour nos négociations avec le Conseil Régional. On n'a plus les moyens de garder un directeur des soins par école »

3.2.3 Les obstacles aux mutualisations.

Les limites identifiées sont de deux ordres : d'une part celles qui empêchent les mutualisations de bien se mettre en œuvre, d'autres part celles qui, après expérimentation, engendrent des dysfonctionnements.

Les programmes et les calendriers de formation, les objectifs pédagogiques.

« Les essais de mutualisations entre filières ont été une grosse galère car aucune formation n'a le même calendrier, les programmes sont différents, les organisations temporelles différentes, les objectifs sont différents » dit un directeur des soins directeur d'institut. Il poursuit en précisant. « L'espace (les locaux, les lieux...) serait remédiable mais le problème du temps est crucial. Avec les Nouvelles Techniques de l'Information et de la Communication (NTIC) ce serait peut être possible ». Un autre directeur cadre supérieur de santé introduit le problème des prérequis « L'universitarisation nous a

conduit à mutualiser des cours de physiologie avec l'IFSI mais les niveaux de connaissance initiaux sont tellement différents que l'IFSI a voulu arrêter »

Les corporatismes, les aspects identitaires.

Les notions de corporatisme et d'identité reviennent à plusieurs reprises. « L'hégémonie de l'un ou de l'autre est une entrave majeure au processus de mutualisation » dit un directeur des soins, « Le poids de l'histoire pèse, la culture corporatiste du pré carré » constate un coordonnateur général. « La suprématie infirmière est prégnante » déclare par ailleurs, un formateur « tous les locaux sont pris par l'IFSI » poursuit-il. « Il y a un risque de lissage » continue un autre directeur, « par exemple il y a des choses que les kinés ne pourront jamais mettre par écrit. Il ne faudrait pas y perdre notre identité professionnelle ». Un directeur d'hôpital conclut : « Les corporatismes sont forts dans les instituts de formation ».

Les craintes de restrictions budgétaires.

Pour beaucoup d'acteurs, mutualisation est souvent associée à diminution des ressources humaines et matérielles. « On risque de perdre de la ressource humaine : mutualiser c'est souvent pour faire des économies de ressources humaines » déclare une directrice des soins bien qu'elle avoue que « chez nous, les économies ne sont pas encore à l'ordre du jour » Selon un coordonnateur d'instituts, la situation est plus tendue : « Les mutualisations rendent le fonctionnement d'ensemble plus cohérent mais ne génèrent pas de gains en terme de ressources humaines or, le Conseil Régional imagine que ça doit nous faire faire des économies ». Un autre coordonnateur nous livre ses inquiétudes « « Nous sommes en position précaire. Nos projets de mutualisations sont au point mort par manque de personnel. Quand on manque de personne, chacun gère le quotidien au jour le jour: ce sont les projets collectifs qui trinquent ». « Les directeurs craignent qu'on leur prenne des postes » déclare le gestionnaire. « ils n'ont peut-être pas tort... » poursuit-il.

Les infrastructures et les implantations inadaptées.

L'éloignement géographique, la configuration des locaux peuvent constituer des freins importants au développement des mutualisations. « Les choses ont été plus faciles quand on a été regroupés dans des nouveaux locaux » dit un directeur cadre supérieur de santé. « Comment voulez-vous être dans un état d'esprit de mutualisations quand on est éclaté sur trois sites distants de plusieurs kilomètres ! » déplore un directeur des soins.

L'absence de projet commun, le manque de sens.

« Les xxxxx ont accepté de monter leur capacité d'accueil alors que nous on a refusé mais maintenant ils frappent en permanence aux portes des autres. » constate un directeur des soins « Il faut que le sens qu'on veut donner aux mutualisations soit travaillé, sinon on part sur des visions fantasmées. » dit un autre. « Chacun doit y trouver

un intérêt » ajoute un troisième, « sinon les gens résistent ». « Les échanges doivent être gagnant/gagnant » remarque le même coordonnateur, « si ça n'est qu'un affichage politique, ça ne marche pas »

« Nous perdons trop de temps en réunions inutiles, les décisions importantes sont prises pour nous » s'insurge un directeur

La rationalisation extrême, la perte d'autonomie.

L'harmonisation des procédures est souvent évoquée comme une perte d'autonomie, parfois une perte de temps et d'énergie. Ainsi un directeur des soins déclare : « Les choses peuvent nous échapper et nuire à la souplesse et à la réactivité de fonctionnement, par exemple, la gestion des salles : si on programme un enseignement de dernière minute, on n'a plus la salle qu'on veut. Quand il n'y avait pas de coordination notre autonomie était sauvegardée. » Un directeur cadre supérieur de santé, craint de perdre certains champs de compétences : « le coordonnateur prend le juridique et je désinvestis certains champs » Il poursuit en précisant qu'il n'a plus autant d'importance dans les instances et auprès de la direction. Un des directeurs des soins nous livre ses inquiétudes « On risque de perdre de l'autonomie : mutualiser signifie droit de regard d'un autre, partage, planification. Ça peut compliquer, prendre du temps. »

Le manque de reconnaissance.

Evoqué par quelques personnes interrogées, il serait un motif de désinvestissement dans les projets de mutualisations. « Dans le co.pil. qui présentait les projets à tous il n'y avait que DGA et DRH. C'était une erreur stratégique. Les directeurs d'instituts auraient dûs être associés » dit un directeur des soins. « La formation continue réalisée par les écoles va dans les caisses du CHU. Quel intérêt avons-nous à y engager nos équipes » s'interroge un autre.

« Il y avait un gymnase dans le bâtiment, il a été pris par le DG du CHU pour l'association sportive » poursuit un formateur.

3.2.4 L'influence du coordonnateur général des instituts de formation sur les mutualisations.

Les résultats de l'enquête nous amènent, sur ce thème, à isoler deux types de discours : ceux qui expriment des éléments négatifs et ceux qui ressortent les aspects positifs du travail du coordonnateur. Ces deux versants sont le plus souvent présents dans les réponses de chaque personne enquêtée.

Des points négatifs.

Le point négatif le plus souvent exprimé tant par les coordonnateurs d'instituts interrogés que par les autres acteurs a trait à la disponibilité du coordonnateur. « Comment voulez-vous être directeur de toutes les écoles, coordonnateur de l'ensemble et encore avoir des missions transversales sur le CHU alors qu'il n'y a pas si longtemps il

y avait un directeur des soins par école » dit un directeur d'institut. « Il faudrait pouvoir se consacrer entièrement à la coordination » déclare un coordonnateur. « Etre à la fois coordonnateur et directeur d'un institut, c'est être à la fois dans l'opérationnel et dans le pilotage. C'est par exemple difficile d'être disponible pour la collectivité quand on est happé par son concours » affirme un autre. Trois des quatre coordonnateurs interrogés assurent que leurs fonctions de coordination imposeraient un poste dédié à temps plein. Un des directeurs de soins directeur d'institut interrogé exprime la même idée mais pour d'autres motifs « diriger une école et être le coordonnateur des autres c'est un peu être juge et partie : c'est bancal ».

Un autre point négatif soulevé a trait au pouvoir et à la reconnaissance du coordonnateur. « Toutes les décisions importantes sont prises par le DH chargé de la formation, le fait qu'il y ait un coordonnateur n'a rien changé » dit un directeur des soins directeur d'institut. « Ma marge de manœuvre est très dépendante de ma relation avec le directeur en charge de la formation. A chaque changement il faut redéployer de nouvelles stratégies » reconnaît un coordonnateur.

Un dernier point négatif soulevé est abordé par un cadre supérieur faisant fonction de directeur et par un formateur « On a l'impression qu'il s'occupe beaucoup des aspects politiques des relations avec l'extérieur. C'est sûrement dû à sa fonction mais parfois il y a des problèmes en interne qui ne sont pas résolus » regrette l'un. « On aimerait pouvoir sécuriser notre quotidien avant de nous engager dans des projets extérieurs. Il faut que le coordonnateur en tienne compte » dit l'autre.

Des points positifs.

La notion de reconnaissance et de poids des instituts de formation est la plus fréquemment exprimée par les personnes interrogées. « La mission du directeur d'institut est principalement centrée sur son école. Le coordonnateur travaille pour l'ensemble des écoles et il agit pour ça en direction de l'extérieur : la DG du CHU, les tutelles etc...Il est encore un peu tôt pour en évaluer les retombées mais on voit qu'il a un rayon d'action supérieur à ce chacun d'entre nous peut avoir » dit un cadre de santé directeur des soins. Après une réunion à laquelle il venait d'assister et qui présentait l'avancée du projet de coordination des instituts, un directeur des soins déclare : « Quand on voit le bilan de ce qui a été fait, on se rend compte que dans le contexte régional actuel, et pour le rayonnement des écoles, la coordination est indispensable. C'est une fonction à part entière »

Les intérêts managériaux sont évoqués par les deux directeurs d'hôpital en charge des formations. « Le coordonnateur est mon interlocuteur pour tout ce qui concerne les écoles. Les transmissions d'information entre la DG et les écoles sont beaucoup plus fluides grâce au coordonnateur. Les prises de décisions sont facilitées » dit l'un. « Nous

fonctionnons en binôme et toutes les décisions sont prises de concert. Le cadre gestionnaire est associée à nos réunions hebdomadaires » dit l'autre.

Le rôle de soutien du coordonnateur est également évoqué. « je m'appuie sur lui pour toutes les décisions difficiles » dit un cadre supérieur directeur d'école. « il connaît bien le terrain de la formation, il a des réseaux et ses conseils sont précieux » poursuit-il. « Le coordonnateur est un atout indéniable. C'est le moteur et le pilote des projets communs. Il nous rebooste régulièrement et nous aide à prendre de la distance » affirme un directeur des soins.

3.3 Analyse des résultats.

3.3.1 Les aspects juridiques.

Aucun des CHU enquêté n'a gardé la configuration, qui a parfois existé dans le passé, d'un directeur des soins par institut. Dans plusieurs établissements, les agréments pour diriger les instituts sont même attribués à des cadres supérieurs de santé. Cette disposition, non conforme aux textes réglementaires, est pourtant validée par le Conseil Régional, l'ARS, la DRJSCS et le directeur général du CHU. Dans ces établissements, il y a bien un coordonnateur des instituts mais il n'assure pas pour autant systématiquement la direction de toutes les écoles, certaines restant dirigées par un cadre supérieur de santé. Cette configuration, bien que relevant de décisions propres à chaque contexte régional, semblent se propager. Compte tenu de la démographie actuelle des directeurs des soins, du contexte financier ambiant, et dans la mesure où nombre de modifications réglementaires viennent légaliser des pratiques existantes, il est légitime de se questionner sur l'évolution des textes qui disposent qu'un institut de formation public doit être dirigé par un directeur des soins.

3.3.2 Les aspects économiques.

Les personnes interrogées évoquent presque toutes les dimensions économiques des mutualisations. La question la plus souvent abordée concerne les restrictions budgétaires et plus précisément l'impact sur les effectifs de personnel qu'elles pourraient avoir. Cette problématique est particulièrement présente à l'esprit des acteurs dans le contexte de Plan de Retour à l'Equilibre (PRE) développé dans la plupart des CHU.

La première chose que nous pouvons constater est la réduction du nombre de directeurs des soins et l'augmentation des directions assurées par des cadres supérieurs (cf supra). Selon les directeurs d'hôpital interrogés et les représentants des Conseils Régionaux rencontrés par ailleurs, elles sont clairement justifiées par des arguments financiers mais également par des logiques managériales.

Pour ce qui concerne les autres catégories de personnel, les éléments recueillis dans notre enquête relèvent des craintes et des appréhensions de vivre des réductions

d'effectifs. Les expériences de mutualisations vécues dans les services de soins, avec pour objectif, la diminution de personnel sont souvent citées en exemple. Pourtant il ne semble pas y avoir eu dans les CHU où nous avons enquêté, d'injonction à mutualiser pour réduire du personnel. Les réductions de personnel et les redéploiements concrètement évoqués étaient dus soit à une suppression de subvention du Conseil Régional, soit à une baisse du nombre d'étudiants. Elles ont pour certaines été développées avant les projets de coordination et quoiqu'il en soit, ne semblent pas avoir directement de corrélation avec la nomination d'un coordonnateur.

En contrepartie, il semble également que les mutualisations soient des opportunités pour générer de nouvelles activités et créer de nouveaux postes : secrétariat de coordination, web-master, gestionnaire de stages etc.

3.3.3 Les aspects pédagogiques.

Mutualiser des enseignements sur des thèmes qui seraient transversaux ou communs à plusieurs filières de formation semblent, de prime abord, logique et pertinent. Pourtant, les professionnels qui l'ont expérimenté expliquent que ce n'est pas aussi évident. Soit les prérequis nécessaires pour assimiler les enseignements sont trop différents (par exemple, entre étudiants d'IFMK issus de PAES et étudiants d'IFSI venus de toutes les terminales ou en formation professionnelle), soit les calendriers des programmes officiels ne concordent pas, soit les attentes sont trop différentes (par exemple les étudiants d'IFMEM ont besoin de connaissances plus poussées en anatomie que les étudiants d'IFSI). L'essentiel des enseignements restant par ailleurs centré sur les cœurs de métier, ceux qui pourraient répondre aux critères de mutualisation semblent peu nombreux. Toutefois, il nous semble que les dimensions corporatistes et les visions individualistes pèsent dans les représentations de nombre de formateurs de directeurs. Nous avons évoqué certaines expérimentations qui se sont avérées prometteuses. Certes les mises en œuvre décalées des réingénieries ne les facilitent pas mais elles mériteraient d'être plus souvent tentées. Il est en effet indispensable, pour préparer les étudiants à un paysage de santé dominé par l'ambulatoire et les maisons pluri-professionnelles de santé, d'initier dès la formation initiale, des rapprochements interprofessionnels. Il nous semble toutefois important de préciser que, si tel est l'objectif, mutualiser des enseignements ne signifie pas faire à deux promotions de filières différentes le cours qui aurait été fait à une seule d'entre elles. Quand le public est différent, que les objectifs visés sont différents, l'articulation avec les autres enseignements est différente et il est nécessaire de dégager un nouveau temps de formation consacré précisément à travailler la dimension interprofessionnelle. Si l'objectif est de former des professionnels différents, plus compétents pour travailler en

interprofessionnalité, la formation ne sera pas systématiquement moins coûteuse en temps et en personnel que la précédente.

3.3.4 Les aspects identitaires.

Ils semblent constituer des freins essentiels du processus de mutualisation. Plusieurs personnes interrogées craignent que les mutualisations participent à une forme de perte d'identité. Plus précisément, elles estiment que la mise en commun d'enseignements et d'organisations pourrait nuire à la construction de l'identité professionnelle des étudiants. La crainte majeure est en particulier, que les changements aillent « dans le sens du plus grand nombre », c'est-à-dire que les petits instituts soient contraints de s'adapter au fonctionnement qui convient aux plus gros (les IFSI dans la grande majorité des cas). Certains rééducateurs et médico-techniques argumentent leurs réticences en faisant référence à des expériences vécues à l'hôpital où l'ensemble des paramédicaux ont été, selon eux, soumis à la pensée et aux modes d'organisation de la profession infirmière dominante. La crainte formulée est donc bien que les mutualisations entre instituts de formation participent à une forme de nivellement et de globalisation qui soit préjudiciable à l'identité professionnelle. Si nous nous référons à DUBAR⁵³, « l'identité sociale n'est pas transmise par une génération à la suivante, elle est construite par chaque génération sur la base des catégories et des positions héritées de la génération précédente mais aussi à travers les stratégies identitaires déployées dans les institutions que traversent les individus et qu'ils contribuent à transformer réellement. Cette construction identitaire prend une importance particulière dans le champ du travail, de l'emploi et de la formation qui a acquis une forte légitimité pour la reconnaissance de l'identité sociale et l'attribution des statuts sociaux» Selon DUBAR, l'identité professionnelle ne saurait donc être « figée », elle se construit à partir de données transmises et d'acquisitions qui relèvent d'interactions entre les individus et les institutions. Elle est donc, quoi qu'il en soit, en permanente évolution et la crainte de perte d'identité formulée par certaines personnes enquêtées traduit donc une méconnaissance de ces processus et un fantasme d'une identité professionnelle immuable qu'il conviendrait de ne pas perdre et de transmettre. Il appartient au coordonnateur d'instituts de travailler pour que se crée une identité commune aux écoles et instituts qui viendra contrebalancer les identités propres à chaque formation. L'image de la structure mutualisée, la reconnaissance de sa légitimité, le positionnement de son coordonnateur, son « poids » dans l'institution et dans son environnement sont certainement des champs d'action qu'il lui revient d'investir.

⁵³ DUBAR C., 2000, *La socialisation : construction des identités sociales et professionnelles*, Paris : A.Colin, collection U, p 107.

3.3.5 Les aspects managériaux.

Ils sont très souvent évoqués dans les entretiens et ont effectivement une importance majeure car ils se répercutent sur tous les aspects des mutualisations développés précédemment. La presque totalité des acteurs qui s'expriment attendent du coordonnateur des instituts un positionnement fort au sein de l'institution et dans l'environnement de la structure mutualisée. L'enjeu de ce positionnement est la légitimité, la reconnaissance des écoles et instituts. En interne, les capacités du coordonnateur à piloter, à fédérer, à arbitrer par-delà les clivages corporatistes semblent primordiales. Quelques nuances doivent toutefois être soulignées. Ainsi, les directeurs d'instituts qui se sont exprimés, sont particulièrement attachés à leur autonomie. Les directeurs des soins l'expriment plus nettement que les cadres supérieurs qui dirigent des instituts. Le coordonnateur doit donc être particulièrement vigilant à sa stratégie managériale : laisser suffisamment de marge de manœuvre aux directeurs d'instituts pour qu'ils s'expriment, mais prendre toute sa place de coordonnateur. De plus, son champ d'action doit être clairement défini : il est attendu dans un rôle d'appui des directeurs, de pilote de projets collectifs, d'ambassadeur des instituts, plutôt que dans celui d'un « super-directeur » des instituts. Il ressort également des entretiens que son binôme avec le directeur d'hôpital, apparaît comme une des clefs de sa légitimité. La répartition des rôles, les processus de prise de décision et la communication doivent aussi être travaillés dans le cadre d'une politique managériale co-construite et validée institutionnellement.

3.4 Synthèse.

Notre étude, bien que très contextualisée et circonscrite dans le périmètre où nous l'avons réalisée, nous permet de revenir sur notre questionnement initial.

Nous avons tout d'abord pu mettre en évidence différentes modalités de mutualisations entre écoles et instituts des CHU. Certaines sont très semblables d'un établissement à un autre (centres de documentations, logiciels etc.), d'autres beaucoup plus originales (organisation managériale, gestion des stages). Toutes s'inscrivent dans un environnement et une histoire qui ne les rend jamais transposables « en l'état ». Certains modèles peuvent toutefois être repris et expérimentés hors de leur établissement d'origine.

Dans un même ordre d'idées, freins et plus-values sont très liés aux relations entre acteurs, aux structures et aux cultures. Nous avons toutefois tenté de dégager quelques éléments transversaux qui apparaissent comme fondamentaux pour le fonctionnement des mutualisations. Ces dimensions juridique, identitaire, managériale, etc. semblent impacter particulièrement la coordination des écoles et instituts. Nous avons ainsi pu donner des éléments de réponse, à notre question de départ qui était : « en quoi les modalités de mutualisation influent sur la coordination des instituts ? »

Sur les fondements de notre analyse nous allons maintenant tenter de donner quelques axes de préconisation pour mettre en œuvre des mutualisations dans le cadre d'une coordination d'instituts.

4 Préconisations pour coordonner des mutualisations entre instituts.

4.1 Initier et piloter le changement.

Opérer des mutualisations induit systématiquement des changements dans les organisations en place. Il est attendu du coordonnateur qu'il soit l'initiateur et le chef d'orchestre du changement.

4.1.1 Une nécessaire co-construction.

Comme l'écrit BERNOUX, on ne change pas la société par décret. On ne la change pas non plus sans les acteurs qui la composent. Pourtant, dans le monde de la formation actuellement, les injonctions à changer d'organisation sont réelles et multiples. Elles sont, pour la plupart, dues à des contraintes économiques (réduction des moyens humains par exemple) ou à des réorganisations des études (universitarisation, réingénierie). Or, si le changement est imposé par la contrainte, il a peu de chance de d'aboutir. En effet, s'ils n'ont d'autres choix que d'obéir et d'appliquer des décisions prises arbitrairement par la hiérarchie, les acteurs risquent de résister, de freiner les avancées et de se démobiliser. Pour BERNOUX, les acteurs adhèrent aux projets de changement s'ils ont une certaine autonomie et s'ils reconnaissent la légitimité des décisions prises. Cette adhésion passe par l'acceptation de nouvelles règles, de nouvelles manières de faire, de nouveaux types de relations. BERNOUX parle d' « appropriation » qui ne peut se faire que dans la co-construction. Cette appropriation, pour BERNOUX, « conditionne l'implication de l'individu car la maîtrise de son travail est une condition de reconnaissance sociale ». « Dans le cadre d'un changement, celui-ci n'est acceptable et ne sera accepté que s'il comporte un espace permettant la maîtrise de son travail par l'exécutant. Il faut donc introduire le point de vue de tous ceux, absolument tous ceux qui auront à faire ce changement dès sa conception. »⁵⁴. L'enquête que nous avons menée corrobore pleinement cette conception du management. Dans plusieurs entretiens, les manques d'information, de concertation et de participation sont clairement identifiés comme freins aux mutualisations.

Il est donc essentiel quand le changement est décidé, de mettre en place, dès le début de la phase opérationnelle, des *groupes projet* composés de manière la plus exhaustive possible de représentants des acteurs concernés. La présence des étudiants, nous semble essentielle dans ces groupes. De la même manière que les usagers sont de plus en plus présents à tous les échelons organisationnels des établissements de santé, ou que les étudiants sont associés aux différents niveaux d'opérations à l'Université,

⁵⁴ BERNOUX P., 2004, *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations*, Paris : Editions du Seuil, p 57.

engager concrètement les étudiants paramédicaux dans les démarches de changement de leurs structures de formation nous semble avoir un intérêt stratégique et pédagogique particulier. Leur présence aux groupes de travail contribue certainement à recentrer régulièrement les acteurs sur les objectifs premiers des instituts : la qualité des formations dispensées. Par ailleurs, sur un plan purement pédagogique, faire participer les étudiants à la construction de leurs structures de formation les aide à développer des compétences collectives qui seront utiles à leurs futures communautés professionnelles.

4.1.2 Une connaissance approfondie de l'environnement.

Il convient d'être extrêmement prudent car il n'existe pas de doctrine ni de recette qui permette de garantir la mise en œuvre du changement. BERNOUX retient toutefois quelques points qui lui semblent suffisamment importants pour conduire une meilleure mise en œuvre.

Il souligne en particulier la nécessité de connaître le système (au sens que l'entendent CROZIER et FRIEBERG dans « l'acteur et le système »⁵⁵). Il y a, a priori, maintenant, consensus sur le fait que toute organisation est un construit social, c'est-à-dire, le fruit d'interactions entre ses membres. Ces interactions ont, à la fois une forme de stabilité mais, en même temps une certaine labilité puisqu'elles se construisent et se reconstruisent sans cesse en fonction des situations. Le seul moyen de les connaître est d'en analyser l'expression donnée par les acteurs. Il est donc impératif d'étudier les représentations que se font chacun des acteurs de l'organisation dans laquelle ils évoluent et de faire émerger les problèmes réels qui pourraient entraver le changement. Souvent, les dirigeants ont une connaissance incomplète de leur entreprise « en partie en fonction de leur situation particulière –si le chef voit certaines choses, beaucoup lui échappent-, en fonction de leurs représentations voire de leurs désirs »⁵⁶.

Il est donc essentiel que le coordonnateur d'institut veille à avoir et à garder une connaissance approfondie des interactions qui se jouent entre les acteurs de la formation. En interne, il est nécessaire qu'il ménage des espaces d'expression individuelle et collective à ses collaborateurs afin qu'il puisse percevoir suffisamment finement leur état d'esprit. Si des réunions périodiques de directeurs sont incontournables, elles ne sont pas suffisantes : il est indispensable, par exemple, de prévoir avec chacun d'eux des « reporting » individuels. De plus, au-delà de la participation aux instances de chaque institut qui reste indispensable, des temps de rencontre collectifs avec chaque catégorie professionnelle nous semblent importants. Réunir, par exemple, les secrétaires, de tous les instituts nous semble un moyen de laisser exprimer des problématiques particulières tout en restant en cohérence avec une logique de mutualisation. En externe, le

⁵⁵ CROZIER M. FRIEDBERG, F. 1977, *L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective*, Paris : Éditions du Seuil.

⁵⁶ BERNOUX P., 2004, *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations*, Paris : Editions du Seuil.

coordonnateur doit être présent aux réunions, conférences, manifestations organisées par les autres acteurs de la formation (Conseil Régional, Université, organisations professionnelles etc.). Elles sont pour lui, autant d'occasions d'établir des relations qui alimenteront sa connaissance des structures, des personnes et des groupes.

Toutefois, une étude complète et efficace d'un environnement, impose parfois de prendre de la distance par rapport à l'objet étudié. Dans le cas précis d'une organisation, il peut être utile d'avoir recours à un observateur extérieur (un consultant par exemple) qui, moins impliqué, pourra avoir un point de vue plus distancié qu'un des membres. Le recours aux consultants pour établir des diagnostics et accompagner les réorganisations est très répandu dans les hôpitaux mais beaucoup moins courant dans le domaine de la formation. Cette piste doit pouvoir être activée par un coordonnateur général d'instituts le cas échéant.

4.2 Organiser et légitimer la gouvernance.

Le terme de gouvernance des instituts paramédicaux est introduit dans l'arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement de ces instituts⁵⁷. Ce texte précise la place, les missions et la composition des conseils pédagogique et de discipline dans le dispositif de formation. D'un point de vue plus général, et si l'on s'en réfère à la définition de PEREZ⁵⁸, il est convenu d'appeler « gouvernance » (de l'entreprise), « l'ensemble du dispositif institutionnel et comportemental concernant ses dirigeants, depuis la structuration de leurs missions et leurs nominations jusqu'au contrôle de leurs actions et aux décisions de régulation les concernant, au point que l'on a pu définir la gouvernance comme *le management du management.* » Selon cette définition, les conseils pédagogique et de discipline présidés par le directeur général de l'ARS assurent bien, le contrôle des actions des directeurs et les décisions de régulation les concernant. Pour ce qui concerne la nomination des directeurs, elle relève pour une part du président du Conseil Régional qui, en référence à la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, agréé les directeurs et autorise les instituts. Mais cette nomination relève également du directeur de l'hôpital support puisque ce dernier la propose et la dépose au président du Conseil Régional. De plus, selon les textes portant statut particulier du corps de directeur des soins, ce dernier, directeur d'institut de formation, exerce sous l'autorité du chef d'établissement. Le directeur général de l'ARS a pour sa part la responsabilité du contrôle de la qualité de la scolarité et le directeur de la DRJSCS celle de l'organisation des examens en vue de l'attribution des diplômes. Donc, si l'on s'en réfère aux critères de Perez, le directeur de l'hôpital gestionnaire, le président du Conseil

⁵⁷ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux. Journal Officiel de la République Française, 10 mai 2007.

⁵⁸ PEREZ R., 2012, « La gouvernance de l'entreprise », in SAUSSOIS JM (éd.), *Les Organisations - Etat des savoirs*, Auxerre : Sciences Humaines Edition, pp 206-213.

Régional, le directeur général de l'ARS et le directeur de la DRJSCS, partagent avec les conseils pédagogique et de discipline la gouvernance des instituts de formation.

Il s'agit toutefois de la gouvernance interne à chaque institut. Mais qu'en est-il de la gouvernance des structures de formation mutualisées (pôle formation, institut régional de formation etc.) et de la place du coordonnateur dans cette gouvernance ?

Si la fonction de coordonnateur général d'instituts de formation est bien identifiée dans les textes, la gouvernance des structures de formation mutualisées n'y est pas spécifiquement définie. Dans ce cadre, l'organisation de la structure de formation, comme celle de l'ensemble de l'hôpital, relève principalement du directeur d'établissement. Il n'est toutefois pas envisageable que le Conseil Régional, principal financeur, et l'ARS, garante de la qualité de la formation, ne soient pas associés aux réflexions sur cette organisation. Le positionnement du coordonnateur nous semble fondamental pour asseoir sa légitimité et garantir sa capacité à agir. Plusieurs situations sont envisageables. Soit il est directeur de chaque institut et assisté, à la tête de ceux-ci par des cadres supérieurs de santé. Ce cas de figure le positionne, de fait, plutôt au niveau de la gouvernance interne de chaque institut plutôt que dans un rôle de coordination. Soit il est directeur d'une ou plusieurs écoles, les autres étant dirigées par d'autres directeurs, et il a également une mission de coordination de l'ensemble de la structure mutualisée de formation. Cette configuration, bien que le positionnant comme coordonnateur, le met en situation délicate pour remplir cette mission. En effet, il est difficile d'être à la fois « dedans » et « dehors », juge et partie, arbitre et membre d'une équipe... Soit, enfin, et c'est, selon nous, la position idéale pour que le coordonnateur puisse assurer pleinement ses fonctions de coordination générale, il occupe un poste entièrement dédié à la coordination. Les directions sont alors confiées à des directeurs agréés pour diriger chacun un ou plusieurs instituts. Ce modèle, a toutefois un point faible car, juridiquement, seul le directeur disposant de l'agrément est responsable de certaines décisions et missions concernant la formation des étudiants et la préparation aux diplômes. Le positionnement du coordonnateur général « non directeur » pourrait donc s'en trouver fragilisé.

Il nous faut donc revenir sur la notion de positionnement telle que nous l'entendons. En l'absence de texte régissant sa fonction, le coordonnateur doit être positionné par le directeur de l'hôpital en position stratégique et hiérarchique qui lui donne les moyens d'apporter une plus-value aux écoles et instituts. Cela signifie, en particulier qu'il doit avoir une fiche de poste définissant ses missions de coordination et qu'il doit figurer sur l'organigramme de l'établissement en position qui lui assure les moyens d'exprimer ses compétences. Deux niveaux de positionnement sont particulièrement importants à définir. Un premier qui situe le coordonnateur par rapport au directeur adjoint en charge de la formation et un second qui le positionne par rapport aux directeurs d'écoles et d'instituts.

Bien qu'il réfute globalement les classifications établies par MINTZBERG, BERNOUX retient l'idée que lorsqu'une société change d'environnement, elle doit réfléchir à une nouvelle organisation à mettre en place⁵⁹. Or, nous avons vu que, depuis quelques années, l'environnement des écoles et instituts de formations paramédicales a considérablement changé. Il semble donc logique que l'organisation des structures de formation dans les hôpitaux change. En effet, alors que les directeurs d'écoles et d'instituts étaient jusqu'alors principalement occupés par des activités centrées sur des aspects pédagogiques et didactiques internes à leurs instituts, ils sont maintenant de plus en plus sollicités à l'extérieur. Relations avec les multiples acteurs de la formation (Conseil Régional, Université, ARS, DRJSCS etc.), prises de positions particulièrement engageantes (suppressions de certaines formations, ouvertures de nouvelles filières, développement de formations continues etc.), participations à de multiples projets (de développement durable, d'ouverture à l'international, de télé-enseignement etc) constituent désormais leur quotidien. Les directeurs d'hôpital, en charge des formations, qui classiquement s'occupaient des relations externes, des aspects stratégiques et financiers des instituts n'ont plus forcément le temps ni une connaissance suffisante du contexte pour gérer de façon satisfaisante tous les dossiers. Les résultats de notre enquête montrent que, selon les principaux acteurs, la structure de communication et de hiérarchie très centralisée mise en place quand les instituts de formation dépendaient uniquement en droite ligne du ministère, et de l'hôpital de rattachement n'est plus forcément adaptée : or, elle perdure encore parfois. Les modèles, que nous avons observés de binômes fonctionnels coordonnateur général d'institut/directeur d'hôpital en charge de la formation, positionnés au même niveau de l'organigramme, nous semblent les plus efficaces.

Pour ce qui concerne le positionnement du coordonnateur général d'institut par rapport aux directeurs de ces écoles et instituts, nous avons exprimé (cf supra) en quoi un organigramme dissociant complètement coordination générale et direction des écoles nous semblait plus favorable à une coordination efficace. Toutefois, compte tenu des contingences socio-économiques actuelles, le coordonnateur n'a parfois pas d'autre choix que d'assurer également une direction d'école. Dans ce cas, il est certainement préférable, stratégiquement, qu'il prenne en charge la direction de l'Institut de Formation de cadres de Santé (IFCS). Sociologiquement, en effet, le directeur de l'IFCS a, dans les représentations des professionnels de la formation paramédicale, une position qui ne le situe pas au même niveau que les autres directeurs d'écoles et d'instituts. De plus, la formation des cadres, plus que d'autres formations initiales, impose le recours à des partenaires et intervenants exerçant des fonctions de direction, d'encadrement supérieur

⁵⁹ BERNOUX P., 2004, *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations*, Paris : Editions du Seuil, p 94.

ou de formation dans des organisations « phares » de la région (établissements de santé, université, entreprises etc..). Stratégiquement, les relations établies entre ces personnes et le directeur l'IFCS peuvent être facilitantes pour ses éventuelles autres fonctions de coordonnateur général.

Toutefois, que le coordonnateur général d'instituts occupe à temps plein cette fonction ou qu'il soit également directeur d'une ou plusieurs écoles, ou instituts, le mode de relation qu'il établit avec les autres directeurs est fondamental pour la mise en œuvre de sa mission. Si nous nous référons aux théories de l'analyse stratégique nous savons qu'il existe une diversité de rationalités. Ainsi, aujourd'hui, il est communément acquis que, dans une organisation, il ne saurait y avoir consensus ni sur les valeurs, ni sur une rationalité unique. L'idée, qu'il y a, dans une entreprise, des valeurs unanimement partagées et des intérêts communs indéfectibles ne correspond pas à la réalité. En revanche, pour les sociologues qui soutiennent ces théories, les désaccords qui résultent de la diversité des représentations ont un effet vertueux car ils produisent des controverses qui permettent d'aboutir à des compromis. Il est donc indispensable pour mettre en œuvre le changement, de prendre en compte la rationalité de tous les acteurs. Le directeur est là pour faire émerger ces rationalités et non pour dicter les comportements qui seraient les seuls rationnels. Pour SAINSAULIEU (1987) « il est à présent prouvé que le schéma d'organisation rationnelle n'est plus universel, mais qu'il doit s'adapter aux traits spécifiques de contextes nationaux ou même locaux et régionaux ». Nous avons développé (cf ci-dessus p 43) la nécessité de la co-construction pour développer le changement. BERNOUX, introduit également une autre notion indissociable d'un changement réussi : il s'agit de la coopération. Pour comprendre l'importance de la coopération, il faut d'après lui, accepter l'idée que tout changement est aussi la remise en cause d'un système de règles⁶⁰. Or, si l'on se place du point de vue de REYNAUD⁶¹, chaque règle prévalant dans une organisation résulte d'un compromis entre une régulation de contrôle venue de la direction et une régulation autonome issue de la base. Impulser le changement c'est donc prévoir de nouvelles régulations entre ce qui vient du sommet et ce qui sera accepté par la base. Il nous semble que, pour créer les conditions opérationnelles de cette régulation, il faut instituer, dans la structure mutualisée regroupant les écoles et instituts, un espace qui va officialiser la prise en compte des rationalités différentes des acteurs et permettre la controverse. Cet espace de concertation, et d'expression doit, pour avoir toute sa légitimité, être une véritable instance consultative du pôle formation et non une simple réunion périodique des directeurs. Collège, comité de direction, ou encore conseil, doté de véritables statuts, et

⁶⁰ BERNOUX P., 2004, *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations*, Paris : Seuil, pp 270-271.

⁶¹ REYNAUD J.-D., 1988, *Les règles du jeu. Action collective et régulation sociale*, 3^{ème} édition, Paris, Armand Collin.

officialisé par le directeur de l'hôpital support, il ne doit pas faire l'économie d'une certaine solennité. La présence sans défection du coordonnateur général, du directeur d'hôpital en charge de la formation, des directeurs d'écoles et d'instituts mais également du documentaliste, du gestionnaire et selon les configurations, des autres cadres des entités transversales mutualisées est importante. Le gage de la légitimité de cette instance ainsi que sa plus-value en termes de conduite du changement sont sa capacité à jouer pleinement son rôle de régulation et non à être une chambre d'enregistrements de décisions venues de la hiérarchie et des tutelles. ALTER⁶², écrit : « Il convient d'accepter l'idée que les processus d'innovation réussis sont le résultat d'une transgression au moins relative, des missions envisagées initialement et cette conduite est une source d'efficacité inattendue. Le retour au réel, du point de vue managérial, suppose ainsi d'analyser les faits, le travail réel, les ressources des acteurs avant de décider »

Le coordonnateur général est le garant du fonctionnement efficient de cet organe consultatif, véritable outil de gouvernance. La gageure est de faire communiquer les acteurs et l'une des manières efficaces est certainement de les conduire à s'engager dans un projet commun dès sa conception. La mise en réseau de personnes qui jusque-là n'avaient que peu d'occasion de travailler ensemble, la réflexion sur des questions communes, la participation à des groupes de pilotage constituent les clefs de la coopération telle que BERNOUX l'a conceptualisée dans sa théorie de la traduction⁶³.

4.3 Fonder la mutualisation sur un projet stratégique.

Depuis le décret du 29 septembre 2010, le projet d'institut fait partie des responsabilités du coordonnateur général d'instituts de formations⁶⁴. Ce même texte introduit également la dimension politique de la fonction et les liens avec les acteurs régionaux de la formation. Si, dans cet arrêté, le projet d'institut remplace le projet pédagogique, ce dernier reste une obligation réglementaire puisque l'arrêté du 21 avril 2007 dispose que le conseil pédagogique de l'institut est consulté pour avis sur le projet pédagogique de chaque année de formation⁶⁵. Toutefois, aucun texte officiel ne précise le contenu des deux différents projets. De plus si, conformément au décret du 29 septembre 2010, le directeur des soins, coordonnateur général d'instituts de formation est bien responsable, sous l'autorité du chef d'établissement, de la conception du projet d'institut, rien ne précise s'il s'agit d'un projet mutualisé ou des projets de chaque institut qu'il

⁶² ALTER N., 1996, *Sociologie de l'entreprise et de l'innovation*, Paris : PUF.

⁶³ BERNOUX P., 2004, *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations*, Paris : Editions du Seuil, pp 270-271.

⁶⁴ MINISTÈRE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Décret N°2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret N°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière. Journal Officiel de la République Française, 30 septembre 2010.

MINISTÈRE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux. Journal Officiel de la République Française, 10 mai 2007.

⁶⁵ Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux. Journal Officiel de la République Française, 10 mai 2007

coordonne (mais dont il n'assure pas forcément la direction...). Les pratiques, pour ce qui concerne les projets d'instituts semblent, de fait, très diverses : certaines structures mutualisées ont uniquement un projet commun, d'autres, un projet commun et un projet par institut, d'autres encore uniquement des projets par institut et pas de projet commun. De plus, le discours de directeurs avec lesquels nous avons échangé, traduisent la confusion encore parfois existante entre projet pédagogique et projet d'institut déjà soulevée par LOMBARDO en 2005 dans son mémoire de l'ENSP « le projet d'école en institut de formation en soins infirmier »⁶⁶.

Il nous semble pourtant essentiel, que le coordonnateur général d'instituts, élabore un projet mutualisé des structures qu'il coordonne. En effet, que ce soit, dans les instituts, dans l'hôpital ou auprès des partenaires extérieurs, ce projet peut constituer un vecteur de sa légitimation interne et externe, un puissant instrument de gestion managériale et un support essentiel de communication.

En interne, entre les écoles et instituts, le projet mutualisé, présente l'intérêt que nous avons développé (cf. ci-dessus p 43) de faire travailler les acteurs en co-construction : nous avons vu que c'est incontournable pour qu'ils s'approprient le changement. La question du « sens » est, de plus, fondamentale, si l'individu ne comprend pas le sens des nouveautés, il les rejette : selon BERNOUX, « ce n'est pas de la résistance au changement c'est la volonté de maîtriser son travail, c'est le désir de rester soi-même, c'est la volonté d'exister par son travail. L'identité qui en est la cause est un facteur central du comportement »⁶⁷. Mais, au-delà de l'identité individuelle forgée dans la recherche de sens, le comportement d'appropriation, selon BERNOUX, renforce l'identité du groupe. « L'identité ne s'oppose pas au changement, elle en est un des pôles. Elle le renforce et peut le provoquer... ». Le travail de co-construction du projet, s'il est mené dans le respect de l'expression de chacun et dans une temporalité acceptable pour tous a donc pour effet de construire l'identité du groupe. Dans une structure de formation mutualisée, c'est le moyen de sortir du fonctionnement « en silos » des écoles et instituts pour créer une identité propre à la structure. C'est donc, de fait, pour le coordonnateur général, une manière d'asseoir sa légitimité. Dès lors qu'il est accepté par l'assemblée consultative réunissant les directeurs d'écoles et d'instituts (cf. ci-dessus p 48) le projet peut alors devenir un support pour l'organisation inter-instituts et une aide à la hiérarchisation des prises de décisions.

Au sein de l'hôpital, il y a un intérêt stratégique majeur à œuvrer pour inclure le projet mutualisé dans le projet d'établissement. L'objectif doit être d'en faire, au même titre que le projet de soins, un volet du projet d'établissement. Y travailler doit aider à

⁶⁶ LOMBARDO P., 2005, *Le projet d'école en institut de formation en soins infirmier, mémoire de directeur des soins* : mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique de Rennes.

⁶⁷ BERNOUX P., 2004, *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations*, Paris : Editions du Seuil, p 57.

structurer les relations entre le coordonnateur général, le directeur d'hôpital en charge de la formation mais également, dans une logique de co-construction externe à développer, le coordonnateur général des soins et le directeur des ressources humaines. La force du positionnement et la légitimité du coordonnateur général d'instituts dans l'établissement support sont les enjeux de la reconnaissance institutionnelle du projet mutualisé. Il est donc primordial que le coordonnateur général d'instituts convainque le directeur de l'hôpital de la plus-value apportée par son projet.

En externe, c'est-à-dire en direction du territoire, de la région ou de l'inter-région, le projet mutualisé doit s'inscrire dans le schéma régional des formations en santé élaboré par le Conseil Régional, le programme régional de santé de l'ARS et les projets de l'Université. Construire le projet mutualisé d'instituts en regard des orientations régionales de formation, d'emploi et d'innovation nous semble fondamental. Rapprochement entre formations sanitaires et sociales, développement de la formation continue, mais également recherche, enseignement à distance ou simulation sont par exemple des thématiques d'actualité. Les liens avec les autres établissements de formation de la région doivent également être abordés dans le projet.

Nous n'aborderons pas dans ce travail la méthodologie de projet. Nous tenons tout de même à souligner la nécessité, pour la portée stratégique du projet mutualisé, de prêter, à chacune de ses étapes d'élaboration, une attention particulière aux différentes dimensions et aux différents acteurs qu'il va impacter. En effet, il est essentiel de tenir compte des structures des organisations concernées mais également des rationalités individuelles et collectives des acteurs ainsi que des dimensions culturelles sollicitées.

Cette attention particulière ne saurait s'exprimer sans y consacrer suffisamment de temps.

4.4 Prendre en compte le temps.

La course contre le temps est une doléance récurrente chez la plupart des acteurs de la formation. Plus précisément, d'après notre enquête, l'un des freins au bon fonctionnement des mutualisations est la mise en œuvre trop rapide des modifications. D'une manière générale, il serait essentiel de penser, dès la conception d'un nouveau projet son temps d'appropriation. Or, il est bien difficile à évaluer a priori car dépendant pour une grande part des capacités intrinsèques des acteurs. De plus, des injonctions de respect d'échéances pèsent souvent sur le coordonnateur. Pourtant il est important pour ce dernier, de garder à l'esprit qu'une innovation organisationnelle ne saurait être une rupture radicale. Elle s'inscrit, chez chacun, dans un cadre cognitif et relationnel préexistant auquel elle va se combiner : ce processus nécessite toutefois du temps. La littérature a par ailleurs montré que les organisations « ouvertes » c'est-à-dire habituées aux changements sont plus facilement susceptibles d'évoluer favorablement que les

organisations « fermées », bloquées dans des habitudes et le poids des traditions⁶⁸. Il faut donc, pour un promoteur de projet et d'innovation, à la fois tenir compte du passé et, en même temps, ne pas considérer que les règles existantes sont immuables. Modifier des organisations s'inscrit donc tout autant dans la durée que dans la rupture. Nous avons vu (cf. ci-dessus p 43) qu'aucun changement ne sera efficient sans l'engagement des acteurs concernés et qu'il appartient au coordonnateur de connaître suffisamment son environnement pour évaluer la temporalité d'orchestration de ses projets. MARCH nous confirme que les organisations sont toujours en tension entre deux pôles, l'« exploration » et l'« exploitation »⁶⁹. L'exploration, consiste à explorer de nouvelles pistes, innover alors que l'exploitation consiste à fonctionner sur ce qu'on connaît, les compétences déjà accumulées. N'importe quel système, qu'il soit organisationnel ou sociétal, doit trouver le bon dosage entre l'exploration et l'exploitation. C'est, pour MARCH, difficile mais vital : une organisation qui s'inscrit dans l'innovation incessante ne récolte jamais le fruit de ses efforts. Le coordonnateur d'instituts doit donc savoir piloter « à vitesse contrôlée » et mettre à profit sa connaissance de son environnement pour savoir quand il doit freiner ou accélérer, pour passer de phases d'innovations à des phases plus calmes d'exploitation.

BERNOUX⁷⁰ présente par ailleurs deux cas de figure, parfois rencontrés dans le secteur hospitalier, qui, pour lui, « sont délétères aux bonnes conditions du changement : Le premier est celui où l'initiateur du changement se lance dans le projet sans s'assurer qu'il sera encore à son poste suffisamment longtemps pour voir aboutir la réforme ou s'occuper que ses successeurs s'y attacheront. Le deuxième est celui où l'acteur central utilise la mission qui lui est confiée à des fins personnelles pour briller ou s'assurer une promotion de carrière en se désintéressant de la mise en œuvre du projet. Dans ces deux situations, les acteurs vont rapidement se désinvestir de l'opération et risquent d'afficher un enthousiasme modéré pour les projets futurs». Ces situations relèvent des motivations personnelles, des projets professionnels, et de la gestion des carrières de directeur dans la fonction publique hospitalière. Il ne nous appartient pas d'émettre un avis, ni un jugement sur des choix personnels d'acteurs : cette analyse de BERNOUX nous apporte toutefois des éléments de compréhension sur certains ralentissements et accélérations de projets.

⁶⁸ BLAU P.M., 1984, *On the nature of organizations*, Malabar, Krieger.

⁶⁹ MARCH J.G., 1991, « Exploration and Exploitation in Organizational Learning », *Organization Sciences*, vol. 2, n°1.

BERNOUX P., 2004, *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations*, Paris : Editions du Seuil, p 264-265

⁷⁰ Ibid.

Conclusion.

Nous avons tenté, au travers de ce travail de rendre compte des profondes mutations vécues récemment par les formations paramédicales. Bien que centrée sur quelques CHU, l'étude révèle l'existence de nombreuses variabilités dans l'organisation et la gestion des écoles et instituts de ces établissements. Ces variabilités dépendent principalement de contextes locaux. Elles peuvent se comprendre au travers des différences de structures et de cultures des organisations, mais également par la singularité des acteurs en présence et de leurs relations. Toutefois, la tendance générale aux mutualisations et la place grandissante du coordonnateur général des instituts de formation est maintenant indéniable. Nous avons tenté, dans ce mémoire, de mettre en lumière les rôles politiques et stratégiques de ce dernier. Dans les prochaines années avec les évolutions annoncées dans le monde de la formation, ces aspects du métier de coordonnateur général pourraient se renforcer.

Toutefois, de nombreuses incertitudes subsistent pour ce qui concerne le devenir des formations paramédicales. Madame Lenoir-Salfati ; adjointe au sous-directeur des ressources humaines du système de santé, expliquait lors des premières rencontres annuelles des cadres organisées par la Fédération Hospitalière de France (FHF) que plusieurs solutions sont envisageables pour le devenir des formations paramédicales : soit aménager l'existant, soit fonder quelque chose de nouveau qui continuerait à donner compétence aux régions et aux instituts sur la formation, soit intégrer complètement la formation à l'université. La FHF s'est, de son côté, récemment positionnée « vis-à-vis des écoles de formation paramédicale »⁷¹ en formulant des propositions très précises.

Tout d'abord, elle rappelle la nécessité de ne pas sacrifier à la dimension universitaire, la finalité professionnelle des écoles : « la réingénierie doit (leur) permettre d'obtenir un diplôme professionnel (leur) permettant d'exercer et une valence universitaire et non pas le contraire »⁷². Elle donne ensuite des pistes de réflexion qui font une place importante à l'hôpital

Un institut de formation territoriale (régionale ou infra-régionale) est soutenu par la FHF⁷³. Il est vrai que si notre étude a ciblé les CHU, il faut tout de même souligner que, sur les 1000 établissements de formation paramédicale que compte environ la France⁷⁴, une minorité seulement est attachée à des CHU. Les autres couvrent l'ensemble du

⁷¹ FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE, *Positionnement de la FHF vis-à-vis des écoles de formation paramédicale*, 2013. Groupe de travail coordonné par Richard Barthes et Nadine Barbier. FHF, 6 p. [6octobre 2013], disponible sur Internet <http://www.ceeiade.fr/wp-content/uploads/note-fhf-juillet2013.pdf>

⁷² Ibid. p 3.

⁷³ Ibid. p 4.

⁷⁴ ASSOCIATION NATIONALE DES DIRECTEURS D'ECOLE PARAMEDICALE, *Avenirs pour la formation paramédicale en France Repères pour anticiper l'évolution des structures de formation paramédicale en France à l'horizon 2020*, 2012. INTERFACE Conseil, Etudes & formation, p 25.

territoire national et sont adossés à des établissements de santé de tailles très différentes. Actuellement la plupart d'entre eux est encore dirigée par un directeur en charge de son seul établissement. Toutefois des regroupements ont déjà commencé à s'opérer. Les logiques dominantes dans les hôpitaux et dans les Conseils Régionaux vont effectivement dans le sens des mutualisations. Les Universités souhaitent de leur côté ne pas multiplier les interlocuteurs. Toutefois, le scénario d'un « mega » institut régional de formation attaché vraisemblablement au CHU, serait-il satisfaisant pour nombre de maires de petites communes dont l'IFSI est le seul établissement de formation supérieur de la ville? Irait-il dans le sens de la politique, portée par l'ARS, de lutte contre la désertification en professionnels de santé et du maillage des territoires ? Quoi qu'il en soit, « mega » institut ou persistance de petits instituts organisés sur le territoire, nous pouvons affirmer qu'un coordonnateur général a une place à y tenir et un rôle à y jouer, les aspects politiques et stratégiques y étant essentiels.

La FHF porte également l'idée d'un GCS « instituts » de moyen qui permettrait de simplifier les relations entre les partenaires (Université, Région, ARS) et qui faciliterait le développement de projet de mutualisations et l'harmonisation des contenus de formation. (L'organisation de formations continues, le e-learning, la simulation seraient ainsi plus accessibles)⁷⁵. Là encore, une telle proposition laissant toute sa place à un coordonnateur général d'instituts s'inscrit dans la vision des choses que nous avons développée tout au long de notre travail.

La FHF, défend enfin un co financement Région-ARS- établissement de santé pour les équipements⁷⁶.

Cependant, en dépit des récentes réingénieries mises en œuvre, il faut admettre que la formation et l'universitarisation des paramédicaux ne sont pas encore stabilisées. Or, la configuration et la structuration des instituts de formation en sont dépendantes. Par exemple, alors que, les réingénieries des formations des masseurs-kinésithérapeutes et des puéricultrices sont toujours en discussion, les députés et sénateurs se sont récemment mis d'accord pour l'expérimentation d'une première année universitaire commune à plusieurs formations paramédicales⁷⁷. Un début d'intégration des formations paramédicales à l'université est ainsi envisagée par les élus. Par ailleurs, les conclusions de la mission sur « la démarche d'évaluation et de prospective » de l'universitarisation des formations paramédicales, conduite par les Inspections générale des affaires sociales (Igas) et de l'Education Nationale et de la Recherche (IGAENR)⁷⁸ ne sont toujours pas

⁷⁵ Ibid. p 4.

⁷⁶ Ibid. p.5.

⁷⁷ APM, *Première année commune aux études en santé*. [visité le 2 octobre 2013], <http://www.apmnews.com/story.php?mots=exp%C3%A9rimentation+ann%C3%A9e+commune+formations+param%C3%A9dicales&numero=238358&ctx=5941c4f641aaa569cbcd758a1be85db>

⁷⁸ APM, *Conclusion de la mission Igas-IGAENR attendues en automne*, [visité le 2 octobre 2013], <http://www.apmnews.com/story.php?mots=formations+param%C3%A9dicales&numero=239682&ctx=aa8f6d43f25c4973a062a6850406a2ac>

rendues : elles pourraient aussi venir modifier le paysage actuel. De plus, le troisième acte de la décentralisation traitant de l'investissement dans l'appareil de formation n'est toujours pas sorti : gageons qu'il sera déterminant pour redéfinir la place du Conseil Régional dans la formation paramédicale.

N'oublions pas enfin que Madame Lenoir-Salfati a évoqué également parmi d'autres éventualités d'une intégration complète des formations paramédicales à l'Université (cf. ci-dessus p 51). Dans une telle perspective, quelle serait alors la place et le rôle du directeur des soins coordonnateur général d'instituts de formation ? Il nous est, actuellement, assurément impossible de le dire.

Sources et bibliographie

Textes juridiques.

Lois.

REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi N°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière Journal officiel de la république française, Journal Officiel de la République Française, 3 janvier 1971.

MINISTERE DELEGUE A LA SANTE. Loi N°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, .Journal Officiel de la République Française, 2 aout 1991.

REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi N° 2004-809 du 13 aout 2004 relative aux libertés et responsabilités locales. Journal Officiel de la République Française, 17 aout 2004.

REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi N°2007-1199 du 10 août 2007 relative aux libertés et responsabilités des universités, Journal Officiel de la République Française, 11aout 2007.

REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi N°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative au patient, à la santé et aux territoires. Journal Officiel de la République Française, 22 juillet 2009.

Ordonnances.

PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE. Ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Journal Officiel de la République Française, 25 avril 1996.

Décrets.

PREMIER MINISTRE : Décret n° 2002-482 du 8 avril 2002 portant application au système français d'enseignement supérieur de la construction de l'Espace européen de l'enseignement supérieur. Journal Officiel de la République Française, 10 avril 2002.

MINISTERE DE LA SANTE. Décret N°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du directeur des soins de la fonction publique hospitalière. Journal Officiel de la République Française, 23 avril 2002.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Décret n°2009-1540 du 10 décembre 2009 relatif à l'organisation et aux missions des directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale. Journal Officiel de la République Française, 12 décembre 2009.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Décret N°2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret N°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière. Journal Officiel de la République Française, 30 septembre 2010.

Arrêtés.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux. Journal Officiel de la République Française, 10 mai 2007.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Arrêté du 31 juillet 2009 relatif aux autorisations des instituts de formation préparant aux diplômes d'infirmier, infirmier de bloc opératoire, infirmier anesthésiste, puéricultrice, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute, manipulateur d'électroradiologie médicale, aide-soignant, auxiliaire de puériculture, ambulancier, technicien de laboratoire d'analyses biomédicales, cadre de santé et aux agréments de leur directeur. Journal Officiel de la République Française, août 2009.

Circulaires et instructions.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS –MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE. Circulaire interministérielle DHOS/RH1/DGESIP N° 2009-202 du 9 juillet 2009 relative au conventionnement des instituts de formation en soins infirmiers avec l'université et la région dans le cadre de la mise en œuvre du processus licence-master-doctorat.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Instruction DGOHS/RH1 N° 2010-228 du 11 juin 2010 relative à la répartition des missions relatives à la formation initiale et à l'exercice des professionnels de santé et de certaines missions relevant de la fonction publique hospitalière, dans le cadre des agences régionales de santé et des directions régionales de la jeunesse des sports et de la cohésion sociale.

Ouvrages.

ALTER N., 1996, *Sociologie de l'entreprise et de l'innovation*. Paris : PUF, 256 p.

BLANCHET A., GOTMANN A., 2006, *L'enquête et ses méthodes*. Paris : Armand Colin. 128 p.

BLAU P.M., 1974, *On the nature of organizations*, Malabar: Krieger 358p.

CROZIER M. FRIEDBERG, F. 1977, *L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective*, Paris, Éditions du Seuil, 436 p.

DEPOVER C., MARCHAND L., 2002, *E-learning et formation des adultes en contexte professionnel*. Paris : De Boeck, 258p.

BERNOUX P., 2004, *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations*. Paris : Editions du Seuil, 308 p.

DUBAR C., 2000, *La socialisation : construction des identités sociales et professionnelles*. Paris : Armand Colin, collection U, 255 p.

PEREZ R., 2012, « La gouvernance de l'entreprise », in SAUSSOIS JM (ed), *Les Organisations - Etat des savoirs*, Auxerre : Sciences Humaines Edition pp 206-213.

REYNAUD J.-D., 1988, *Les règles du jeu. Action collective et régulation sociale*, 3^{ème} édition, Paris : Armand Collin, 348 p.

SAINSAULIEU R., 1977, *L'identité au travail*, 2ème édition, Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques, 480 p.

Articles.

ALTER N., 1998, « Organisation et innovation : une rencontre conflictuelle. », *Sciences Humaines, hors-série*, n°20, pp 56-59

FOURDRIGNIER M., 2009, « Professionnaliser les métiers du sanitaire et du social à l'université : une mission impossible ? », *Formation emploi* [En ligne], octobre-décembre

2009, [17 aout 2013], disponible sur Internet :

<http://formationemploi.revues.org/index2096.html>.

MARCH J.G., 1991, « Exploration and Exploitation in Organizational Learning », *Organization Sciences*, vol. 2, n°1, pp 71-87.

ROBELET M. et al., 2005, « La coordination dans les réseaux de santé: entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles », *Revue française des affaires sociales*, n°1, pp. 231-260.

PAYETTE M., 2001, « Interdisciplinarité: clarification des concepts », *Interactions*, n°5, pp 19-34.

SIMON J., 2006, « Mutualiser entre pairs », *Expressions*, n°27, Saint-Denis, pp 127-133.

Rapports :

ASSEMBLEE DES COMMUNAUTES DE FRANCE, *La mutualisation des services: un enjeu d'intégration intercommunales études de cas*, Mai 2011. Ressources humaines, AdCF / INET, 118 p.

ASSOCIATION NATIONALE DES DIRECTEURS D'ECOLES PARAMEDICALES, *Avenirs pour la formation paramédicale en France Repères pour anticiper l'évolution des structures de formation paramédicale en France à l'horizon 2020*, 2012. INTERFACE Conseil, Etudes & formation, 102 p.

FEDERATION DE L'HOSPITALISATION PRIVEE, *Le financement des instituts de formation en soins infirmiers-Synthèse documentaire*, 2010. Marie Claire Viez. Direction des Ressources Documentaires, 19 p.

FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE, *Positionnement de la FHF vis-à-vis des écoles de formation paramédicale*, 2013. Groupe de travail coordonné par Richard Barthes et Nadine Barbier. FHF, 6 p. [6octobre 2013], disponible sur Internet <http://www.ceeiade.fr/wp-content/uploads/note-fhf-juillet2013.pdf>.

GROUPEMENTS D'EMPLOYEURS DU LANGUEDOC-ROUSSILLON, *Fiche outil*, 2010, 13 p.

INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES - INSPECTION GENERALE DE L'ADMINISTRATION DE L'EDUCATION NATIONALE ET DE LA RECHERCHE, *Modalités de mise en œuvre d'un diplôme unique de manipulateur d'électroradiologie médicale*, avril 2013. Rapport définitif établi par Myriam Mesclon-Ravaud, membre de l'IGAS et Patrice Blemont, inspecteur général 1^{ère} classe de l'IGAENR, 110 p.

INTERREGION GRAND EST, *étude interrégionale sur les besoins en professionnels qualifiés des régions du Grand-Est dans certaines professions paramédicales*, Novembre 2008. ITHAQUE, 17 p.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORT, *Le financement des investissements dans les instituts de formation paramédicaux et de sages-femmes*, avril 2010. Rapport établi par Vincent Le Taillandier de Gabory, conseiller général des établissements de santé, 40 p.

PREMIER MINISTRE, *Mutualisation des fonctions support dans les services déconcentrés de l'Etat*, mars 2011. Guide de construction des schémas de mutualisation, 6 p.

Mémoires.

GIRAUD-ROCHON F., 2010, *L'hôpital une organisation apprenante pour les étudiants infirmiers ? L'incidence du nouveau programme de formation sur l'encadrement des étudiants infirmiers à l'hôpital*, mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique de Rennes.35 p.

LOMBARDO P., 2005, *Le projet d'école en institut de formation en soins infirmier, mémoire de directeur des soins*, mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique de Rennes.52 p.

Conférences, colloques et séminaires.

NAGEL M., JAJKIEWICZ N., *efficacité et équité en formation*, 19, 20 et 21 novembre 2008 Rennes, Rennes, CREAD.11 p.

CONFERENCE DES PRESIDENTS D'UNIVERSITE ET ASSOCIATION DES REGIONS DE FRANCE, Communiqué de presse, 12 octobre 2009, Bordeaux : 29 novembre 2009, 2 p.

SCHWEYER F.X., «Les conditions d'une coopération interdisciplinaire ou comment une solution est aussi un problème », *Cours aux élèves directeurs des soins 2013*, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, Rennes. [4 juillet 2013], disponible sur Internet:

<http://real.ehesp.fr/course/view.php?id=395>

Sites Internet :

ASSOCIATION DES RÉGIONS DE FRANCE, *Formations sanitaires et sociales: Marisol Touraine reçoit les Régions*, [8 juillet 2013], disponible sur Internet:

<http://www.arf.asso.fr/2012/12/formations-sanitaires-et-sociales-marisol-touraine-recoit-les-regions.html>

SANTE.GOUV.FR, *Recommandation pour l'enseignement dans les IFSI*, [8 juillet 2013], disponible sur Internet:

<http://www.sante.gouv.fr/formation-recommandations-pour-l-enseignement-dans-les-ifs.html>.

APM, *Première année commune aux études en santé*.

[2 octobre 2013], disponible sur Internet :

<http://www.apmnews.com/story.php?mots=exp%C3%A9rimentation+premi%C3%A8re+ann%C3%A9e+commune&numero=238358&ctx=5941c4f641aaa569cbcda758a1be85db>

APM, *Conclusion de la mission Igas-IGAENR attendues en automne*, [2 octobre 2013], disponible sur Internet

<http://www.apmnews.com/story.php?mots=formations+param%C3%A9dicales&numero=239682&ctx=aa8f6d43f25c4973a062a6850406a2ac>

Liste des annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien.....II

ANNEXE 1

GUIDE D'ENTRETIEN

PRESENTATION DE LA DEMARCHE :

Etude sur les mutualisations et la coordination d'instituts dans la formation paramédicale.

Réalisée dans le cadre d'un mémoire de Directeur des Soins (mentionner l'EHESP).

Merci d'apporter votre contribution à ce travail.

L'entretien sera enregistré mais la transcription sera anonyme et vous sera communiquée.

LA PERSONNE INTERROGEE ET LE TERRAIN ETUDIE :

Pourriez-vous commencer par vous présenter ?

Votre nom, votre prénom, vos fonctions, votre expérience de la formation.

Pouvez-vous me parler de la structure dans laquelle vous travaillez ?

Son nom, celui de l'établissement support, de l'organisme gestionnaire.

Est-ce une structure publique ou privée (associatif, but lucratif etc.) ?

Combien y a-t-il d'écoles et d'instituts ?, de formations différentes ?, d'étudiants dans chaque structure ?

Pouvez-vous me donner une idée de leur localisation ? (regroupées dans un bâtiment, dispersées, dans l'enceinte de l'hôpital, proche de l'université etc.)

Par qui sont-elles dirigées (Directeur des Soins, cadre supérieur faisant fonction de Directeur des Soins etc.) et comment la direction est-elle structurée (regroupées en pôle, coordination formalisée, présence d'un Directeur d'Hôpital délégué aux écoles, rattachées à la DRH etc.) ?

Quelles sont éventuellement les structures d'appui et les personnels attachés aux écoles (analyse de gestion, centre de documentation, service de formation continue, bureau des stages, personnel d'entretien, personnel technique, technicien multimédia etc.) ?

DEFINITION ET DESCRIPTION DES MUTUALISATIONS :

Pouvez-vous me parler de ce qui, pour la formation, est mutualisé ?

Qu'est-ce qui dans la structure ou vous travaillez est mutualisé ? (bâtiments, personnel, enseignement, services etc.)

Pouvez-vous me décrire comment ces mutualisations sont organisées ? (qui fait quoi ?, où ?, avec quels outils ?, selon quelles règles d'organisation etc.)

Pouvons-nous évoquer ce qui a conduit à mettre en place ces mutualisations ?

En connaissez-vous l'historique ?, les raisons qui ont motivé ces mutualisations ?

INTERETS ET LIMITES DE CES MUTUALISATIONS :

Parlez-moi des avantages que vous trouvez aux mutualisations ?

Qu'on-t-elles apporté de positif ?, comment les effets se sont-ils traduits ?, au bout de combien de temps ?, pour qui spécifiquement ?, etc.

En quoi constituent-elles des opportunités ?

Qu'est-ce qui a pu être développé grâce à ces mutualisations ?, Qu'est-ce qui va pouvoir se développer grâce à elles ?

Parlez-moi des limites que vous trouvez aux mutualisations ?

Qu'on-t-elles apporté de négatif ?, comment les effets se sont-ils traduits ?, au bout de combien de temps ?, pour qui spécifiquement ?, etc.

En quoi peuvent-elles représenter des menaces ?

Identifiez-vous des risques liés aux mutualisations ? Quels pourraient être ces risques ?

CONDITIONS DE MISE EN PLACE DES MUTUALISATIONS :

Qu'est ce qui, selon vous, constitue des entraves à la mise en place et au bon fonctionnement des mutualisations ?

Identifiez les motifs culturels, managériaux, structurels, etc.

Quels sont, selon vous, les facteurs qui conditionnent une mise en place favorable et un bon fonctionnement des mutualisations ?

Identifiez les facteurs culturels, managériaux, structurels, etc.

COORDINATION DES MUTUALISATIONS :

Quel doit être, selon vous, le rôle du coordonnateur d'instituts ?

En quoi, selon vous, a-t-il une influence sur les mutualisations ?

Influence positive, négative.

Directeur des Soins

Promotion 2013

**Les mutualisations dans la formation paramédicale :
quels enjeux pour le directeur des soins
coordonnateur général d'instituts ?****Résumé :**

De nombreux établissements de santé publics gèrent des écoles et des instituts de formation paramédicaux. Les CHU en particulier disposent d'un appareil de formation pouvant compter plus d'une dizaine d'écoles. Or, ces dernières années, sous l'effet de réformes majeures, ces formations ont vécu de profondes mutations : Conseil Régional, ARS, DRJSCS et Université sont venus modifier la répartition des rôles et des pouvoirs. Parallèlement, de nouvelles organisations ont vu le jour. Ainsi, dans les CHU en particulier, la tendance aux regroupements et aux mutualisations entre écoles se propage. Des directeurs des soins, coordonnateurs généraux d'instituts de formation, sont chargés d'en assurer la coordination. Quelles organisations peuvent-ils mettre en place et quelles stratégies peuvent-ils développer pour mener leur mission ? A partir d'une enquête menée dans sept CHU, ce travail tente de formuler quelques préconisations et d'ouvrir quelques perspectives.

Mots clés :

Directeur des soins - coordination - école paramédicale - CHU - mutualisation - regroupement - organisation - stratégie - management - gestion - établissement enseignement - ingénierie formation.

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.