

# Scenarii d'organisation des structures de formation paramédicale et évaluation de leurs impacts

*Rapport final*

**Mars 2015**

**Christian BATAL  
Hélène MACAIRE**



# Sommaire

<b>Partie I. Introduction.....</b>	<b>3</b>
I. Les objectifs et la méthodologie de l'étude.....	4
II. Les évolutions et les enjeux communs aux différents scenarii d'organisation .....	7
III. Des scenarii construits en fonction des dynamiques à l'œuvre et des stratégies des acteurs en présence.....	8
<b>Partie II. Description des scenarii d'organisation identifiés.....</b>	<b>14</b>
I. Le modèle « Département intégré au Centre Hospitalier Universitaire » .....	15
II. Le modèle « Mutualisation légère » .....	25
III. Le modèle « Macro-institut indépendant local » .....	32
IV. Le modèle « Réseau National d'Instituts » .....	41
V. Le modèle « Institut Universitaire Paramédical » .....	49
VI. Le modèle « Pôle Universitaire Paramédical » .....	57



# Partie I

## Introduction

- I. Les objectifs de l'étude**
- II. La méthodologie employée**
- III. Les évolutions et les enjeux transversaux aux six scénarii d'organisation**
- IV. Des scénarii construits en fonction des dynamiques à l'œuvre et des stratégies des acteurs en présence**

## I. Les objectifs de l'étude

Cette étude s'inscrit à la suite du rapport « Avenirs pour la formation paramédicale en France – Repères pour anticiper l'évolution des structures de formation paramédicale en France à horizon 2020 », produit en 2012 par le cabinet Interface.

Ce rapport mettait en évidence un contexte de transformations de grande ampleur dans le champ de la formation paramédicale, et dont les impacts de long terme sur l'organisation des instituts étaient encore mal appréhendés. Les évolutions saillantes relevaient principalement des phénomènes suivants :

- L'eupéanisation, comprise comme le double mouvement de mise en conformité des formations avec le cadre LMD et d'ouverture de l'exercice des métiers paramédicaux à des profils communautaires autorisés ;
- La régionalisation des politiques de santé et de formation, avec des Conseils régionaux qui se positionnent comme les pilotes de formations sur un territoire donné ;
- L'universitarisation ou le rapprochement de la formation paramédicale et des universités, impulsée depuis 2009, mais qui peine à se concrétiser pour l'ensemble des formations concernées ;
- La rationalisation du système, avec notamment une perspective de diminution du nombre d'établissements de formation, par le biais de regroupements pour atteindre la taille critique (seuil de 250-300 étudiants).

Le rapport soulignait également l'émergence de certains risques, liés principalement au processus d'universitarisation, et dont les impacts gagneraient à être évalués :

- La complexité du système de gouvernance des instituts de formation ;
- La « babélisation territoriale et entre formations paramédicales », freinant de fait les mutualisations ou économies d'échelle ainsi que la structuration d'une offre de formation cohérente à l'échelle nationale ;
- Le rallongement des parcours de formation (afin notamment de s'inscrire dans le cadre LMD) ;
- Le renchérissement des formations, à relier avec leur allongement ;
- Le « tropisme urbain » se cachant derrière la notion de rationalisation et posant la question de l'équité territoriale ;
- La perte de la dimension clinique et professionnalisante des formations, corollaire d'une plus grande théorisation des enseignements ;
- Des coûts de transition importants.

**Trois ans plus tard, le devenir des écoles paramédicales continue à poser question, notamment en termes de gouvernance et d'organisation.**

Le processus d'universitarisation entamé en 2006 n'est pas encore finalisé<sup>1</sup>, puisque les travaux de réingénierie ne sont achevés que pour les formations d'infirmier, d'infirmier-anesthésiste, d'ergothérapeute, de pédicure-podologue et de manipulateur en radiologie.

Par ailleurs, le système de gouvernance – critiqué pour sa complexité, voire sa « cacophonie tutélaire » – n'a pas évolué. Les compétences de l'Etat restent éclatées entre ARS – en charge du contrôle de la pédagogie –, DRJSCS – responsables de la certification des diplômes d'Etat – et Recteurs chanceliers – qui apposent leur signature au nom de l'Etat pour les grades universitaires. Le rattachement juridique des instituts aux établissements de santé, qui fait d'eux un simple service annexe des hôpitaux, est un facteur de complication, notamment pour l'organisation des circuits financiers entre le Conseil Régional – qui porte la compétence en matière de formation – et l'Université – à même de décerner les grades universitaires. La mise en place de Groupements de Coopération Sanitaire (GCS) pour faciliter le conventionnement entre établissements de santé supports des instituts, conseils généraux et universités, n'a pas produit les résultats escomptés, dans la mesure où ces instances restent des structures formelles ne permettant pas d'aborder les problématiques financières ou pédagogiques.

Des rapports récents – comme celui de l'IGAS IGAENR « Les formations paramédicales : bilan et poursuite du processus d'intégration dans le dispositif LMD » (2013) ; le « Rapport de la mission cadres hospitaliers » écrit par Chantal de Singly (2009), ou encore le rapport Le Déaut « Refonder l'Université, dynamiser la recherche » (2013) – formulent un certain nombre de propositions pour faire évoluer l'organisation des formations paramédicales et le modèle historique d'institut adossé à un établissement de santé. A titre d'exemple, le rapport IGAS propose de simplifier la gouvernance des écoles et les circuits financiers en rattachant juridiquement les instituts à un GCS de moyens, dont l'objet serait de gérer les crédits dévolus à la formation des professions paramédicales et qui aurait un rôle d'interface avec les universités et les régions, sans passage obligé par les établissements de santé. Le rapport de Singly propose quant à lui la création à l'échelon régional ou inter-régional d'Instituts Supérieurs de Formations de Management en Santé, sur la base des actuels IFCS, et qui auraient vocation à développer sur un territoire de santé les compétences managériales de l'ensemble des cadres de santé, du public et du privé, toutes filières confondues (médicale, paramédicale, voire sociale et médico-sociale). Enfin, le rapport Le Déaut propose de pousser le processus d'universitarisation en instaurant une première année commune à l'ensemble des formations médicales et paramédicales, sur la base de l'actuelle PACES.

---

<sup>1</sup> Rapport IGAS IGAENR « Les formations paramédicales : bilan et poursuite du processus d'intégration dans le dispositif LMD », 2013

**Néanmoins, et a contrario de ces réflexions ouvrant le champ des possibles en matière d'organisation de la formation paramédicale, le cadre légal « fixant les règles du jeu » a peu évolué ces dernières années et n'est pas venu trancher les questionnements en cours, notamment en matière de gouvernance.** A noter cependant, deux décisions légales allant dans le sens de l'universitarisation des formations paramédicales :

- D'une part, l'article 40 de la loi du 22 juillet 2013 relative à l'enseignement supérieur et à la recherche, qui autorise à titre expérimental et pour six ans, des modalités d'admission dans les formations paramédicales sous la forme d'une première année communes aux formations, à l'exception du diplôme d'Etat d'Infirmier.
- D'autre part, l'article 30 du projet de loi relatif à la santé (2014) fait état d'une prise en charge des formations en pratiques avancées par l'université.

**Pourtant, dans ce cadre légal relativement peu évolutif ces dernières années, de nouveaux modèles « expérimentaux » ou « innovants » d'organisation des instituts paramédicaux voient le jour dans divers territoires, sans toutefois faire l'objet d'un pilotage ou d'une visibilité nationales.** Connaître la nature de ces expérimentations et leurs impacts à moyen/long terme sur les établissements de formations et leur organisation s'avère essentiel pour saisir – outre les dynamiques structurelles de transformation – les pratiques émergentes et les pistes d'innovation.

C'est dans ce contexte en mutation, qui interroge le futur des écoles paramédicales et de leurs modèles organisationnels, que se positionne la demande de l'ANDEP.

**L'objectif est de dégager, au regard des dynamiques d'évolution à l'œuvre et des « expérimentations organisationnelles » qui fleurissent sur le territoire, des scénarii prospectifs d'organisation des instituts de formation paramédicale. Autrement dit, de quelle(s) manière(s) le « modèle historique » de l'institut de formation adossé à un établissement de santé peut-il évoluer à moyen terme ?**

Ces scénarii d'organisation prospectifs seront par ailleurs alimentés par un « benchmark » d'autres modèles organisationnels existant dans le champ de l'enseignement supérieur et de la recherche, en dehors du secteur paramédical, que ce soit en France ou dans d'autres pays européens.

**Une fois ces scénarii identifiés, l'enjeu de l'étude est de décrire et d'évaluer l'impact de chaque scénario en termes :**

- De gouvernance ;
- De maillage territorial ;
- De rationalisation des structures ;
- De pilotage ;
- De rôle et de fonction pour le directeur d'institut ;
- De ressources humaines et financières ;

- D'offre de formations.

## II. La méthodologie employée

Cette étude qualitative, qui vise à appréhender les transformations organisationnelles « potentielles » des écoles de formation paramédicale, s'est construite à partir :

- **D'une analyse documentaire<sup>2</sup> ;**
- **De treize entretiens semi-directifs avec des acteurs du secteur :**
  - GCS d'Albi – Martine Borrel, Directrice ;
  - GCS d'Epinal – Marie-Claire Salib, Directrice ;
  - GIP de Quimper – Brigitte Sifferlen, Directrice ;
  - CHU de Toulouse – Patrick Fernandez, Directeur des soins Coordination des écoles/Instituts de formation ;
  - CHU de Angers – Philippe Bourrel, Directeur des Soins Coordonnateur Général des Instituts de Formation des professions de santé ;
  - IFE de Tours et AFE – Eric Trouvé, Directeur de l'IFE Tours et Président de l'AFE ;
  - ARS Midi-Pyrénées – Nicole Rouch, Directeur de Soins Conseillère Pédagogique Régionale ;
  - Conseil Régional de Midi-Pyrénées – Nadia Benoit, Chef du service des formations sanitaires et sociales ;
  - Conseil Régional de Rhône-Alpes – Florence PERRIN, Conseillère déléguée aux formations sanitaires et sociales et à la vie étudiante ;
  - Université Marseille Méditerranée – Yvon Berland, Président ;
  - Université Marseille Méditerranée – Chantal Eymard, Maître de conférence, infirmière, cadre de santé
  - EHESP – Christophe Debout, Enseignant-chercheur, Département des Sciences Infirmières et Paramédicales
  - EHESP – Odessa Petit Dit Dariel, Enseignant-chercheur, Département des Sciences Infirmières et Paramédicales
- **De cinq entretiens semi-directifs avec des acteurs appartenant à d'autres établissements d'enseignement supérieur et de recherche en France et en Belgique, dans une logique de « benchmark » :**
  - ADIUT – Danielle Poder, Déléguée Générale
  - Institut Mines-Télécoms – Rachel Fracz-Vitani, Secrétaire Générale

---

<sup>2</sup> Voir bibliographie en annexe

- UTC – Cécile Legallais, Directeur de Recherche CNRS Responsable Filière Ingénieur Biomédical
  - Ecole Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée – Anne Demeester, Directrice
  - Haute Ecole Robert Schuman, Belgique – Jacinthe Dancot, Coordinatrice de la Section Soins Infirmiers
- **De deux groupes de travail d'exploration des six scenarii, dans leurs impacts, avantages et limites, avec des directeurs d'instituts, administrateurs de l'ANDEP.**

### **III. Les enjeux et évolutions transversaux aux six scenarii d'organisation identifiés**

En complément ou en nuance des conclusions apportées par la précédente étude commandée par l'ANDEP et conduite par le cabinet Interface en 2012, ont été identifiés dix enjeux et évolutions transversaux aux différents scenarii d'organisation détaillés dans la seconde partie du présent rapport.

**Ces dix évolutions structurantes – écrites sous la forme d'hypothèses – constituent les « facteurs de mise en mouvement » des organisations. Ce sont leur intensité et leur combinaison variables qui permettent la genèse des six scenarii prospectifs d'organisation, détaillés dans la seconde partie du rapport.**

**Hypothèse 1 : « La rationalisation du système de formation, via une diminution du nombre d'établissements de formation, va se poursuivre. »**

Cette rationalisation – justifiée par un contexte budgétaire tendu – s'opérera notamment par le biais de regroupements ou de fermetures, en vue d'atteindre la taille critique. Le modèle historique « Une école = Un directeur » n'est plus viable à terme. En outre, la réforme des régions en cours pourrait avoir des impacts en termes de rationalisation.

**Hypothèse 2 : « La dynamique d'universitarisation va se prolonger pour l'ensemble des formations paramédicales. »**

Néanmoins, l'intégration « pure et simple » à l'université sous forme de départements apparaît peu probable, notamment pour les formations comportant le plus grand nombre d'étudiants. L'intégration sous forme de « composante » de l'université (institut ou école) semble plus probable dans le cas d'établissements situés dans les grands centres urbains. En revanche, et ce quel que soit le scénario retenu, les partenariats et interactions avec l'université (mutualisation de moyens pédagogiques et matériels, construction d'offres de formation communes...) sont amenés à s'accroître. Par ailleurs, le choix récent de l'université comme instance

de formation pour les pratiques avancées (positionnées à un niveau de master) concoure à cette dynamique d'universitarisation, tout comme l'obligation d'un statut étudiant égalitaire inscrit dans la loi Fioraso.

**Hypothèse 3 : « Le rapprochement des filières d'enseignement paramédical et la convergence de ces formations avec celles relevant du domaine médical, sanitaire ou social vont s'accélérer. »**

Cette tendance est à mettre en perspective avec l'émergence de nouveaux métiers. La capacité des différents professionnels paramédicaux, sociaux et médicaux à travailler de manière coordonnée autour du parcours patient deviendra essentielle à moyen terme.

**Hypothèse 4 : « Le maillage territorial, comme politique publique au service des territoires de santé, restera un enjeu fort. »**

Malgré la dynamique de rationalisation agissant comme force contraire, le maillage territorial conservera son importance pour les Conseils Régionaux. Celui-ci sera néanmoins à comprendre au regard des effectifs de chaque filière d'enseignement paramédical : certaines formations drainant un faible nombre d'étudiants pourront ainsi être centralisées au niveau régional. Le maillage territorial sera de plus en plus assuré par le biais d'antennes locales non pérennes, ouvertes en fonction des besoins de chaque territoire.

**Hypothèse 5 : « La simplification de la gouvernance et la rationalisation des tutelles des établissements d'enseignement paramédical est un chantier d'avenir incontournable »**

Néanmoins, si cette question est évoquée par les diverses parties prenantes, les réponses apportées à ces questions divergent en fonction des stratégies mises en place par ces acteurs.

**Hypothèse 6 : « L'ouverture des écoles d'enseignement paramédical et leur inscription dans un écosystème à la fois partenarial et concurrentiel sont des phénomènes tendanciels. »**

Les écoles seront, davantage qu'aujourd'hui, amenées à tisser des liens forts avec d'autres acteurs extérieurs, que ce soit dans le champ de la formation initiale ou continue : universités, éducation nationale, autres établissements de formation paramédicale, instituts de formation sociale ou médico-sociale, écoles de commerce, opérateurs privés de formation... Cette logique partenariale s'avère d'autant plus prégnante que l'environnement de la formation devient de plus en plus concurrentiel, notamment sur le volet de la formation continue.

**Hypothèse 7 : « Pour les écoles, la prise en compte des logiques « business » va devenir incontournable. »**

Dans un contexte financier tendu, la capacité des écoles à développer leur fonds propres va devenir prégnante. Il devient par conséquent essentiel d'être en mesure de se positionner sur des champs d'activités

« rentables », tels que la formation continue clinique ou managériale. La récente loi sur la formation professionnelle tout comme l'instauration du DPC en 2010 incitent les instituts à se positionner sur ce créneau.

**Hypothèse 8 : « Encore émergente, la recherche en sciences paramédicales est amenée à se développer »**

La recherche constitue une ressource incontournable pour l'évolution des pratiques professionnelles, en congruence avec les évolutions cliniques actuelles qui poussent vers toujours plus de performance, de qualité et de sécurité des soins. Elle accompagne la montée en compétences des professionnels et l'enrichissement de celles-ci. Pour autant, les directeurs ou formateurs disposant d'un doctorat sont numériquement minoritaires dans les instituts, et les sciences paramédicales ne sont actuellement pas rattachées à une CNU ou une sous-section CNU spécifique.

**Hypothèse 9 : « La mise en concurrence pour les postes de directions d'instituts de formation paramédicale ira croissant. »**

Cette dynamique s'explique à la fois par la diminution du nombre d'établissements et par la mise en concurrence des directeurs de soins avec d'autres profils, notamment dans le secteur public : cadres de santé, universitaires, managers du privé... L'attrait pour ces profils alternatifs résulte à la fois de la montée en puissance des questions de coûts et de masse salariale ; de l'importance croissante donnée aux logiques commerciales ; et des questions de statuts et de diplômes soulevées par le processus d'universitarisation.

**Hypothèse 10 : « L'évolution du rôle de directeur d'établissement de formation paramédicale est incontournable »**

Quel que soit le scénario retenu, la fonction de direction est amenée à évoluer. Les orientations prises peuvent néanmoins être différentes, en fonction du modèle d'organisation et de la place du directeur dans le système.

Ainsi, la fonction de directeur peut évoluer vers :

- Un rôle de stratégie, de pilotage et de « développement commercial » ;
- Un rôle d'enseignant chercheur ;
- Un recentrage sur les seules dimensions pédagogiques ;
- Une prise en charge de deux rôles conjoints : directeur d'institut et directeur de service clinique.

## IV. Des scénarii construits en fonction des dynamiques à l'œuvre et des stratégies des acteurs en présence

A partir de ces dix hypothèses structurantes, et en croisant les stratégies des acteurs en présence, six scénarii d'organisation ont été construits.

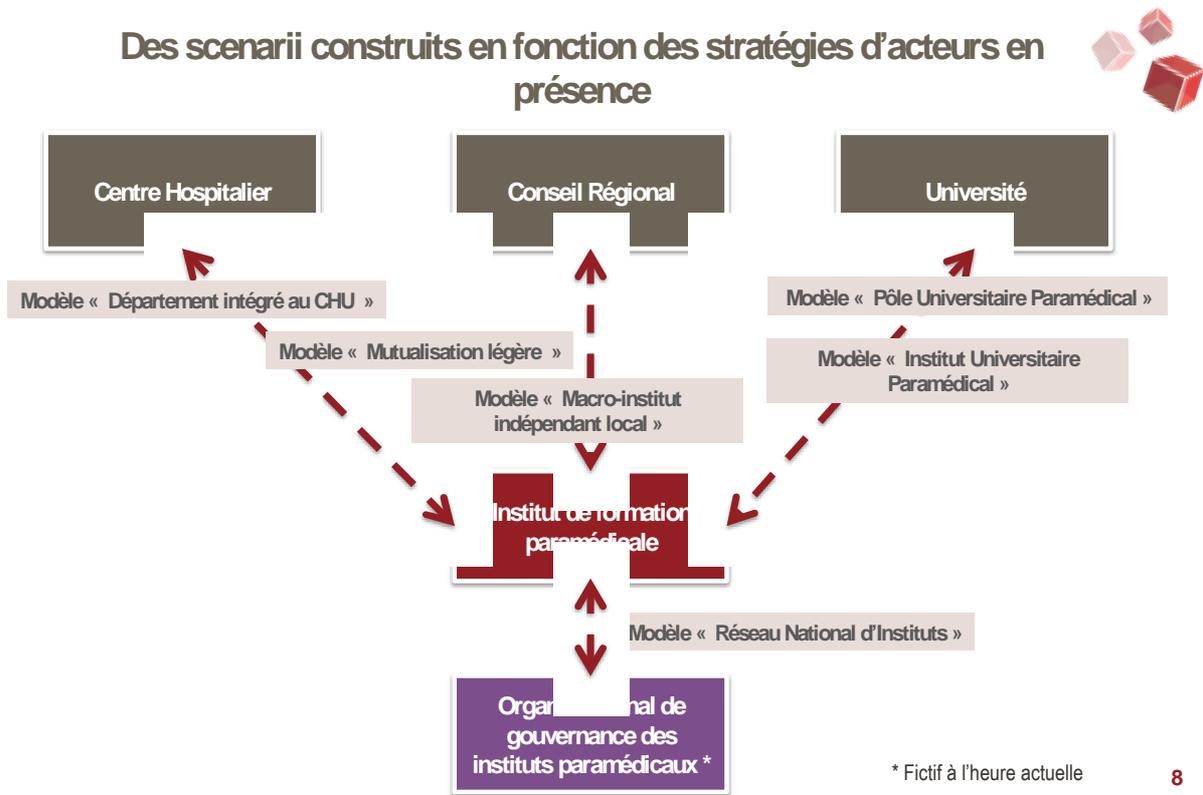
**Si l'on résume à grands traits les stratégies des parties prenantes de la formation paramédicale, le tableau suivant se dessine :**

- Les conseils régionaux cherchent à la fois à optimiser leurs financements, à rationaliser les circuits financiers, tout en préservant le maillage territorial, au service des politiques de santé et d'aménagement du territoire.
- Les centres hospitaliers universitaires souhaitent garder la main sur une activité stratégique, la développer et la structurer, notamment dans une perspective de professionnalisation de ses ressources humaines et de « développement commercial » à travers la formation continue.
- Les universités, poussées par la loi LRU à développer leurs ressources propres, s'intéressent à des formations professionnelles qui drainent une certaine masse d'étudiants et qui par ailleurs justifient d'un taux élevé d'insertion professionnelle. Néanmoins, l'attrait pour les formations paramédicales est à nuancer, du fait que les universités n'ont pas forcément obtenu lors de l'universitarisation des compensations financières satisfaisantes.
- Les instituts de formation paramédicales souhaitent gagner en autonomie et en pouvoir d'agir – ce qui passerait entre autres par une rationalisation des tutelles – tout en préservant ce qui fait leur cœur de métier historique : la pédagogie et la dimension professionnalisante de la formation.

**A partir de ces stratégies succinctement décrites, les six scénarii élaborés sont les suivants :**

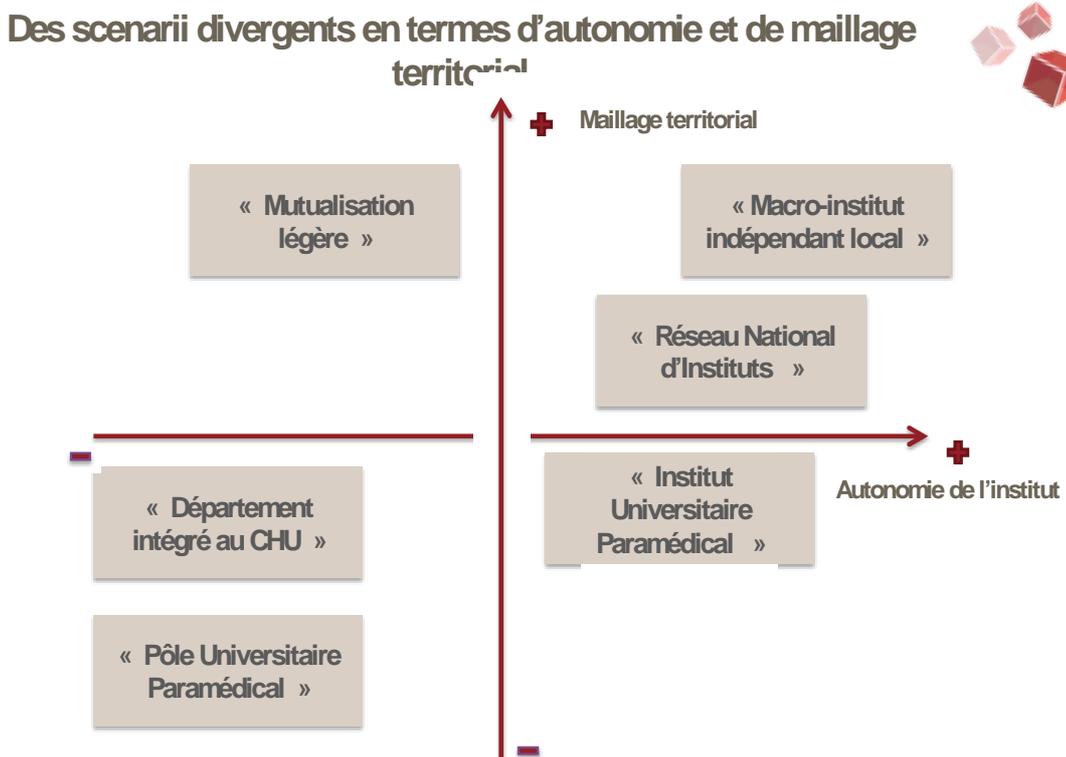
- I. « Le département intégré au CHU »
- II. « La mutualisation légère »
- III. « Le macro-institut indépendant local »
- IV. « Le réseau national d'instituts »
- V. « L'institut universitaire paramédical »
- VI. « Le pôle universitaire paramédical »

Ils peuvent se schématiser de la manière suivante :



8

Ces scénarii divergent en termes d'autonomie accordée à l'institut et de maillage territorial.



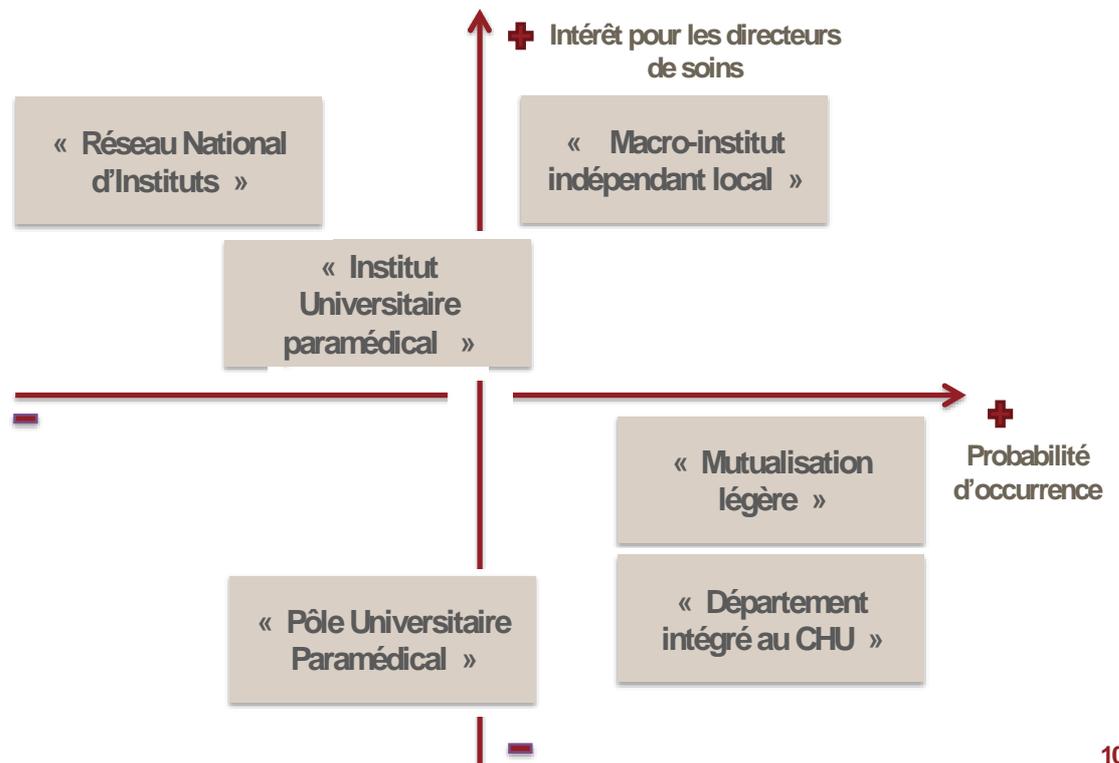
9

Ils sont par ailleurs variables en termes de probabilité d'occurrence et d'intérêt pour l'une des principales parties prenantes : les directeurs d'instituts.

La probabilité d'occurrence dépend de la nature et de l'intensité du changement à effectuer pour passer de l'organisation historique au scénario décrit. Elle dépend également de l'existence ou de la structuration d'organisations pouvant être rattachées au scénario en question.

L'intérêt du scénario pour les directeurs d'instituts est évalué, d'une part, à partir du gain ou de la perte d'autonomie induit par le scénario décrit par rapport à la configuration « historique », d'autre part, de la nature du changement à effectuer en termes de repositionnement professionnel et de montée en compétence sur des volets ne faisant pas partie du cœur de métier « traditionnel ».

## Des scénarii à la probabilité d'occurrence et à l'intérêt pour les directeurs de soins variables



Le cadre d'analyse global étant posé, les six scénarii d'organisation élaborés vont être à présent décrits.



## Partie II

# Description des scenarii d'organisation identifiés

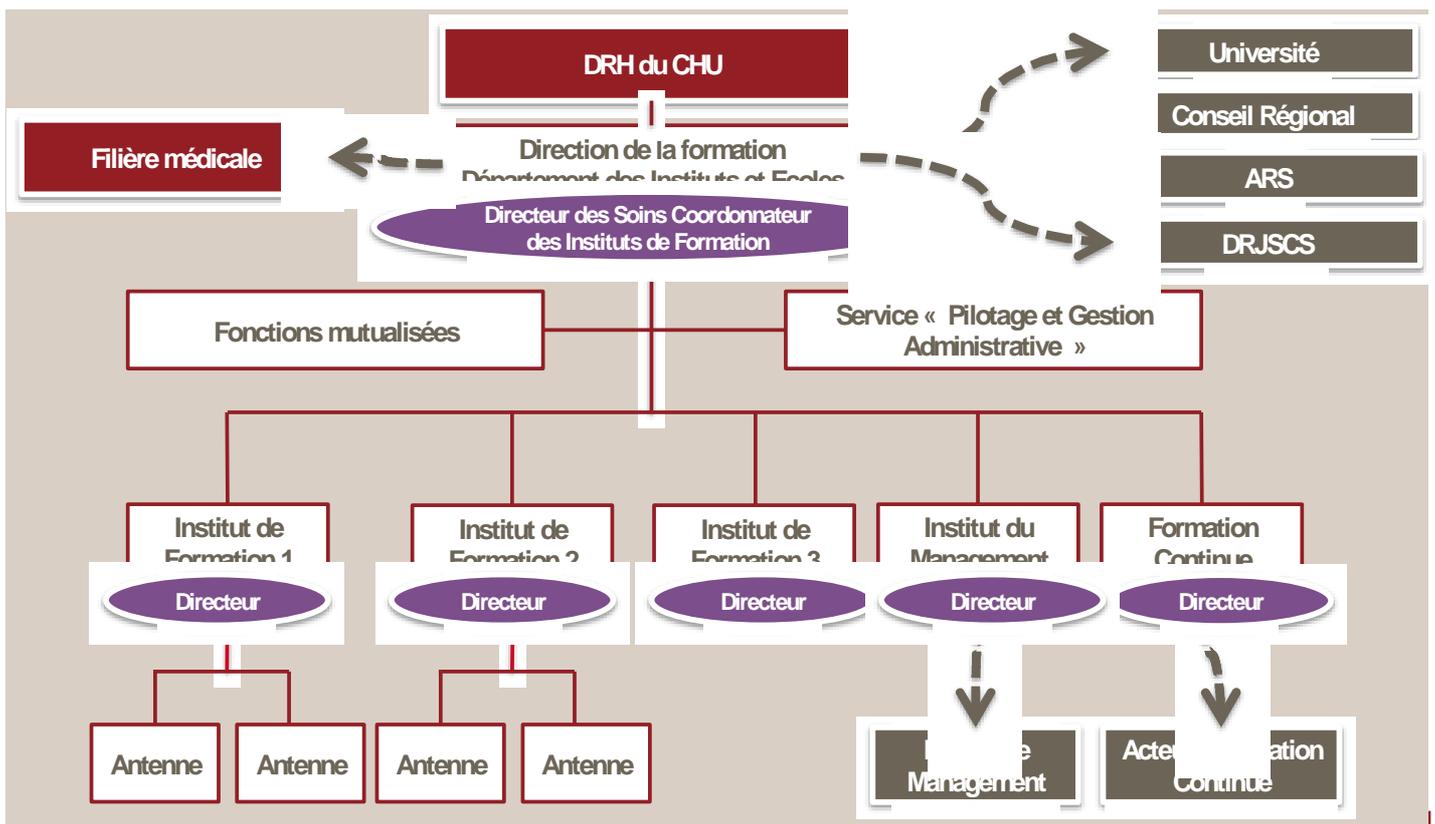
- I. Le modèle « Département intégré au Centre Hospitalier Universitaire »
- II. Le modèle « Mutualisation légère »
- III. Le modèle « Macro-institut indépendant local »
- IV. Le modèle « Réseau national d'institut »
- V. Le modèle « Institut Universitaire Paramédical »
- VI. Le modèle « Pôle Universitaire Paramédical »

# I. Le modèle « Département intégré au Centre Hospitalier Universitaire »

## A. Description du modèle

Avant de décrire ce modèle, il est important de souligner que des « instituts intégrés » existent déjà dans certains Centres Hospitaliers Universitaires, comme ceux de Toulouse, Angers, Nantes, ou encore Montpellier ou Marseille. Le modèle présenté ci-dessous est un « idéal-type » des formes d'organisation existantes ou en devenir et non la reproduction d'un organigramme spécifique à l'un de ces CHU.

### Modèle « Département intégré au CHU »



Dans ce premier scénario d'organisation, l'ensemble des écoles adossées au CHU ont été regroupées au sein d'un département unique « multi-filières ». Autrement dit, ce département intégré au sein de la Direction des Ressources Humaines du CHU et plus précisément au sein de la Direction de la Formation des écoles, pilote une dizaine d'écoles paramédicales, appartenant à des « métiers » distincts, et relevant soit de la

Formation Initiale, soit de la Formation Continue. A titre d'exemple, pour la formation initiale, peuvent être présentes les écoles suivantes : Institut de Formation en Soins Infirmiers, Institut de Formation d'Aides-Soignants, Ecole d'Infirmiers de Bloc Opératoire, Ecole d'Infirmiers Anesthésistes, Instituts de Formation de Manipulateurs d'Electroradiologie Médicale, Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie, Institut de Formation en Pédiatrie-Podologie, Institut de Formation en Ergothérapie, Institut de Formation en Psychomotricité... Pour les formations concernant de faibles effectifs d'étudiants (par exemple, les formations en pédiatrie-podologie ou en ergothérapie), les instituts se positionnent donc à l'échelon régional. Pour les formations dédiées à des promotions conséquentes d'étudiants (par exemple, les formations en soins infirmiers ou d'aides-soignants), ce modèle organisationnel laisse la possibilité d'une déconcentration partielle des enseignements avec la coexistence d'un échelon régional et d'antennes locales. La possibilité de mettre en place ces antennes à durée de vie limitée, en fonction des besoins du territoire, permet, d'une part, de préserver le maillage territorial et, d'autre part, de s'adapter de manière flexible aux enjeux locaux en matière de santé.

**Au sein de l'organigramme, ce département se positionne comme l'un des pôles du CHU, au même titre que des pôles médicaux ou supports.** Comme dans le modèle historique d'adossement des écoles à un établissement de santé, les instituts de formation n'ont pas de personnalité morale propre. En revanche, dans ce modèle-ci, l'intégration des instituts est plus poussée. Le pôle de formation paramédicale pilote et coordonne autour d'un projet pédagogique commun l'ensemble des instituts de formation placés sous sa responsabilité : il est par nature porteur d'une stratégie d'harmonisation des pratiques et de décloisonnement des fonctionnements historiques des écoles. Un des enjeux sous-jacents à cette stratégie est de mettre un terme à un fonctionnement « autarcique » et « en silo » des écoles adossées au Centre Hospitalier Universitaire. Il s'agit, par le biais du département des écoles et d'un directeur des soins coordonnateur, de pouvoir favoriser l'avènement d'une stratégie et d'une culture communes ainsi que de développer les synergies entre instituts.

**Ce modèle est par ailleurs porté par une volonté d'ouverture et de partenariat avec des acteurs multiples, dans une stratégie de développement commercial du Département. Ainsi, les volets « Formation Continue » et « Management » sont particulièrement investigués, via des Instituts dédiés.**

**Dans cette perspective, l'objectif est de mettre en place un « Institut du Management », construit sur la base de l'Institut des Formations des Cadres de Santé et en tissant des partenariats avec d'autres établissements d'enseignements spécialisés en management et en gestion (Ecoles de Management, Ecoles d'Ingénieurs, voire IRTS pour une convergence avec les problématiques du travail social...). Cet**

institut du management, qui se situe dans la droite ligne des préconisations émanant du rapport De Singly<sup>3</sup>, vise à promouvoir au sein des établissements de santé une culture managériale davantage « gestionnaire » et à faire converger des pratiques d'encadrement disparates. Les partenariats envisagés avec d'autres établissements doivent permettre d'élaborer le modèle de cadre du « futur » et d'œuvrer à une harmonisation des cultures professionnelles et des modes de faire. A cette fin, la culture « gestionnaire » portée par l'Institut du Management est à concevoir comme la « colonne vertébrale » de la formation dispensée. Le public visé par cet Institut du Management est large : cadres sanitaires, médicosociaux et sociaux, cadres administratifs... appartenant au CHU ou d'autres établissements de santé. A terme, l'institut du management pourrait élargir son périmètre d'intervention, en se positionnant également sur le créneau des sciences de l'éducation, et en s'adressant aux cadres de santé formateurs. In fine, l'objectif est de pouvoir fonctionner comme une entreprise de formation, en vendant ces prestations à d'autres acteurs, afin de jouer sur des effets volumes.

**Cette logique de partenariats et de développement d'affaires est très similaire pour l'institut de formation continue, qui se positionne sur le volet médical et paramédical.** La croissance de la part de la formation continue est un axe stratégique du Département : elle s'opère via une entité dédiée qui fonctionne comme un opérateur privé de formation (vente de prestations à d'autres centres hospitaliers, cliniques...), et qui propose des offres innovantes, à la pointe de la sciences et des techniques, par la mobilisation de centres de simulation par exemple. L'objectif est de pouvoir à termes proposer des formations continues mixtes (médicales et paramédicales), faisant la part belle à la simulation et au travail en équipe autour d'une situation concrète de travail. La création d'un GIP, avec d'autres acteurs de la santé et de la formation, peut s'avérer être une modalité pertinente pour développer le « business » autour de la formation continue. En effet, le GIP permet d'acheter et de vendre des prestations de formation de manière plus souple que les statuts de la Fonction Publique Hospitalière. Le GIP fonctionne sur la base d'adhérents qui peuvent acheter des formations à des tarifs préférentiels et vendre leurs propres prestations.

**Que ce soit en matière de formation initiale ou continue, l'enjeu est de pouvoir jouer sur un Département des Instituts et des Ecoles à la fois comme une instance de professionnalisation des Ressources Humaines du CHU** (formation des professionnels paramédicaux de l'établissement d'aujourd'hui et de demain), **et comme un organe de développement d'affaires vis-à-vis de l'extérieur** (vente de prestations à d'autres acteurs du secteurs).

**Cette notion d'instance de professionnalisation intégrée au CHU est particulièrement prégnante et se retrouve dans le concept « d'hôpital-école »,** développé par Yann Bubien et Philippe Bourrel,

---

<sup>3</sup> De Singly C., « Rapport de la mission cadres hospitaliers », Septembre 2009

respectivement Directeur Général et Directeur des Soins du CHU d'Angers<sup>4</sup>. L'enjeu est « d'associer davantage les professionnels en exercice dans les unités de soins aux dispositifs de formation au sein des instituts et parallèlement d'intégrer les cadres formateurs à la réalité des services hospitaliers. Il nécessite un rapprochement des deux espaces d'apprentissage en sollicitant et en amenant les professionnels à connaître, à reconnaître et à investir ces deux lieux et ces deux temporalités, selon la notion de bi-appartenance. (...) L'affirmation d'un département des instituts et des écoles de formation doit favoriser les partages et les mutualisations, et impulser le développement d'une vision collective et partagée par tous les instituts en collaboration avec les partenaires universitaires »<sup>5</sup>. Autrement dit, il s'agit de sortir de la dichotomie entre formation théorique et activité clinique opérationnelle et d'éviter un décrochage entre enseignements et pratiques professionnelles.

**Plus concrètement, l'hôpital-école se traduit par une Gestion des Ressources Humaines renouvelée et optimisée.** Pour concrétiser ce modèle intégré, l'objectif est de mettre en œuvre une stratégie de partage des temps de travail des directeurs d'instituts, voire des formateurs entre les pôles cliniques et les instituts de formations. Une telle stratégie pourrait aboutir à terme à une perte de la distinction entre métiers de la formation et métiers cliniques, à l'instar de ce qui existe déjà pour le médical (système du PUPH<sup>6</sup>). Par ailleurs, des parcours itératifs entre services cliniques et instituts de formation doivent œuvrer à cette convergence des deux univers professionnels : dans cette perspective, les formateurs disposent de contrat de trois ans renouvelable une fois, les obligeant à retourner sur le terrain.

**Dans cette perspective, ce scénario d'organisation privilégie la rationalisation et l'optimisation de l'allocation des ressources humaines, matérielles et financières.**

- Les moyens matériels (gestion des salles de classe, gestion des dossiers étudiants, systèmes d'information, plateforme e-learning...) et pédagogiques (projet pédagogique, cours et enseignements, relations avec l'université...) sont mutualisés entre les différents instituts et au niveau du Département des Ecoles.
- Il en va de même pour les fonctions supports, avec notamment la présence d'une entité administrative ou d'un cadre de gestion assistant le directeur coordonnateur sur le volet pilotage et suivi budgétaire.
- Les moyens financiers sont également mutualisés, tant dans une logique d'économie d'échelle que de redistribution/péréquation en fonction de la rentabilité des différents instituts. Ainsi, la taxe d'apprentissage n'est plus prise en charge au niveau de la direction des instituts de formations historiques : elle est mutualisée puis répartie par la Direction du Département des Instituts et des Ecoles en fonction de sa stratégie. A la différence du modèle « historique » d'instituts adossés à des

---

<sup>4</sup> Bubien Y., Bourrel P., « Hôpital-Ecole, une alliance entre instituts de formation et unités de soins », Soins Cadres, n°91, août 2014

<sup>5</sup> Ibid, p. 23

<sup>6</sup> Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

établissements de santé – notamment ceux de petite taille – qui éprouvent des difficultés à développer la formation continue du fait de capacités d'investissement limitées, ce modèle d'organisation permet de dédier plus facilement des financements à ces activités.

- La recherche d'optimisation passe également par la volonté de jouer sur les économies d'échelle et les effets volumes, éventuellement par le biais de partenariats avec d'autres établissements de santé publics ou privés et d'autres écoles/opérateurs de formation. Cette stratégie est notamment perceptible pour la formation continue (médicale, paramédicale, managériale).
- La recherche de synergies passe également dans ce modèle organisationnel par un rapprochement des filières paramédicales et médicales. Cette volonté se traduit par exemple par le développement de formations continues mixtes centrées sur la simulation ou encore par la mise en place d'un collège des formations de santé réunissant le Directeur coordonnateur du Département, le DRH du CHU les doyens des différentes facultés, les Directeurs des Instituts de Formation, un représentant de l'ARS. Ce collège doit, par le biais de plans d'actions concertés, à terme favoriser le rapprochement des formations médicales et paramédicales.
- Enfin, ce scénario d'organisation fait la part belle à l'optimisation en matière de GRH. Celle-ci s'organise à l'échelle du CHU dans sa globalité et non pas seulement au niveau d'un institut de formation. La gestion des compétences, des parcours professionnels peut être ainsi facilitée. A cette fin, plusieurs outils peuvent être mis en place : une cartographie des savoirs au niveau du CHU pour permettre des interventions ponctuelles en formation de cadres des services cliniques ; la mise en place d'une formation de formateurs à destination de cette même population ; la mutualisation de cadres formateurs sur plusieurs écoles...

**Il est important de remarquer enfin que ce scénario d'organisation décrit un institut de grande taille, positionné surtout à l'échelon régional et doté d'un certain pouvoir de négociation face aux autres acteurs du secteur.** Ainsi, au regard de sa taille, ce modèle permet au CHU de s'absoudre de passer par le GCS et de traiter en direct avec l'Université et le Conseil Régional.

**Enfin, si ce modèle très intégré et rationalisé possède des dynamiques centralisatrices par rapport au fonctionnement historique des instituts de formation adossés à des établissements de santé, que ce soit en terme de pilotage ou de concentration géographique à l'échelon régional, il permet néanmoins une certaine souplesse.** D'une part, au-delà du projet pédagogique commun, les instituts gardent certaines spécificités « métier ». D'autre part, le maillage territorial peut être pris en considération au travers d'antennes locales créées en fonction des besoins.

## **B. La répartition des rôles**

**Au sein de ce modèle d'organisation, les rôles se répartissent de la manière suivante :**

- **La Direction des Ressources Humaines définit la stratégie commune à l'ensemble des écoles et instituts, en cohérence avec la stratégie du CHU.** Elle noue et entretient des liens directs et personnalisés avec le Conseil Régional et l'Université, avec notamment la possibilité de mettre en place une relation ad hoc, hors GCS.
- **Le Directeur des Soins Coordonnateur, à la tête du Département des Ecoles et des Instituts, déploie la stratégie décidée au niveau de la DRH et des instances dirigeantes du CHU.** Il pilote le département, avec l'appui du service dédié. Enfin, il coordonne l'ensemble des instituts et écoles placés sous sa responsabilité.
- **Le service « Pilotage et Gestion administrative » est en charge notamment du pilotage et du suivi financier.** Dirigé par un cadre de gestion administrative, ce service doit permettre une analyse et un suivi financier fins, en adéquation avec les demandes de plus en plus exigeantes des Conseil Régionaux en matière de suivi de l'allocation et de l'utilisation des financements.
- **Des fonctions supports,** qui permettent une mutualisation des moyens matériels, techniques et pédagogiques.
- **Des directeurs d'instituts de formation, ayant la responsabilité de l'école par délégation du coordonnateur du département,** sont centrés sur la dimension pédagogique et l'animation de leurs équipes, et non sur le pilotage et la stratégie.

### **C. Les impacts du modèle**

**Vont être à présent passés en revue les impacts de ce scénario d'organisation, que soit en termes de gouvernance, de maillage territorial, de rationalisation de l'organisation, de pilotage, de rôle pour le Directeur d'Institut, de Ressources Humaines, de ressources financières, ou d'offre de formation.** La description de ces impacts est à mettre en relation avec le modèle historique encore dominant aujourd'hui d'institut adossé à un établissement de santé<sup>7</sup>.

**En termes de gouvernance,** le scénario décrit un département unique, regroupant l'ensemble des écoles du CHU et rattaché à la DRH du CHU. Ce département est en charge de déployer une stratégie définie par le CHU commune à l'ensemble des écoles. Il a par ailleurs la tâche de coordonner les différentes écoles entre elles, dans un souci de cohérence pédagogique et d'optimisation des ressources. Les instances décisionnaires en matière de stratégie se situent au sein du CHU, en lien direct avec le Conseil Régional et

---

<sup>7</sup> Ce postulat est à garder pour l'ensemble des scénarii décrits.

l'Université (structure ad hoc hors GCS). Des instances en charge de la formalisation de stratégies pédagogiques émergent, à l'instar du Collège des Formations de Santé, constitué du DRH du CHU, du Directeur Coordonnateur, des Doyens des UFR partenaires (médecine, sciences humaines, gestion...), des Directeurs d'Institut, qui doit formuler des plans d'action visant à faire converger formations médicales et paramédicales.

**En termes de maillage territorial**, ce scénario décrit un maillage inférieur à la configuration actuelle. Le niveau régional devient l'échelon pertinent. Néanmoins, ce scénario offre une gradation en la matière, puisqu'il peut aller d'un institut régional regroupant toutes les écoles sur un même campus à un maillage territorial plus fin assuré par la présence d'antennes délocalisées.

**En termes de rationalisation de l'organisation**, ce scénario, du fait du regroupement des structures qu'il induit, se situe dans « la fourchette haute ». D'une part, il permet une très forte mutualisation des fonctions supports, des moyens matériels et techniques (immobilier, SI, centre de simulation...), des moyens financiers (financements du Conseil Régional, taxe d'apprentissage, recettes issues de la formation continue...), des moyens pédagogiques et des enseignements, des Ressources Humaines (formateurs communs à plusieurs écoles, partage des temps entre formation et service clinique). D'autre part, il favorise une rationalisation poussée des modes de faire entre les écoles, à travers notamment un projet pédagogique commun. La possibilité de mettre en place une certification des instituts, dans une optique de qualité et d'amélioration continue, se situe dans cette même logique.

**En termes de pilotage**, celui-ci est porté par le Directeur Coordonnateur, avec l'appui du service « Pilotage et Gestion Administrative ». Les directeurs d'instituts, qui historiquement détenaient davantage de prérogatives en la matière, se concentrent dans ce scénario sur les aspects pédagogiques.

**En termes de rôle du Directeur d'Institut**, deux profils émergent dans ce modèle organisationnel. D'une part se trouve le Directeur Coordonnateur à la tête du Département des Instituts et des Ecoles, centré sur les dimensions de stratégie, pilotage, coordination et « développement commercial », à travers la formation continue et l'Institut du Management. D'autre part, se trouvent des directeurs d'instituts, centrés sur la dimension pédagogique, en perte de responsabilités par rapport au modèle historique d'organisation. En résumé, dans ce scénario, un profil « stratège, managérial et gestionnaire » coexiste à côté de profils « pédagogues ».

**En termes de Ressources Humaines**, la grande nouveauté réside dans la mise en place d'une GRH globale au niveau du CHU, avec la mise en place de stratégies et d'outils dédiés : cartographie des savoirs au niveau

du CHU pour permettre des interventions ponctuelles en formation de cadres des services cliniques ; mise en place d'une formation de formateurs à destination de cette même population ; mutualisation de cadres formateurs sur plusieurs écoles... Le modèle de « l'hôpital-école » fait la part belle aux parcours itératifs entre services cliniques et instituts de formation ainsi qu'au partage des temps de travail entre ces deux univers professionnels. Un des impacts potentiels à moyen terme pourrait être la perte de la distinction entre métiers de la formation et métiers cliniques. In fine, trois profils de formateurs émergent dans ce scénario organisationnel : des formateurs fixes spécialistes de la pédagogie et des sciences de l'éducation ; des formateurs effectuant des aller-retour entre les écoles et les services cliniques (par le biais de contrats de trois ans renouvelables une fois dans les instituts) ; des formateurs occasionnels issus des services cliniques du CHU. A noter que les formateurs sont « mutualisables » entre les différents instituts.

Autre impact notable dans ce scénario, la tendance à la sélection de cadres supérieurs de santé pour la fonction de directeur d'institut, pour des raisons de masse salariale et de compétences attendues (profil pédagogue plutôt que gestionnaire). Cela pourrait induire à moyen terme un recul de la demande de profils « Directeurs de soins » dans les départements des instituts et des écoles des CHU.

**En termes de ressources financières, la gestion des budgets s'opère au niveau du CHU. Le département mutualise les financements venant du Conseil Régional, la taxe d'apprentissage et les recettes issues des droits d'inscription et de la formation continue.** Ce modèle se caractérise par une force de frappe financière conséquente, du fait des opportunités de mutualisation et de péréquation. Néanmoins, un modèle dans lequel les ressources humaines des instituts travaillent à mi-temps dans les écoles et à mi-temps dans les services cliniques pourrait entraîner un surcroît de financement pour les conseils régionaux (deux mi-temps coûtant plus cher qu'un temps complet).

**En matière d'offre de formation,** ce modèle permet une mutualisation poussée des enseignements, du fait du regroupement et du pilotage centralisés des différents instituts. Il se caractérise par la volonté de mettre en place des pédagogies visant à rapprocher les formations paramédicales et médicales, dans la perspective de faire travailler en équipe les différents professionnels autour du « parcours patient » dans un centre de simulation dédié. Enfin, ce modèle se singularise par sa logique « business », via le développement de la formation continue « clinique » et managériale. L'objectif étant pour le volet managérial d'œuvrer également à l'instauration d'une culture commune parmi les cadres du CHU, centrée sur la gestion.

#### **D. Les avantages et limites du modèle**

**En conclusion, le scénario de « Département intégré au CHU » est en phase avec les évolutions à moyen terme suivantes :**

- La rationalisation des structures de formations paramédicales, avec la mise en place d'un département des instituts et des écoles ;
- La montée en puissance des partenariats avec des acteurs de l'enseignement supérieur, universitaires ou non ;
- Le développement des logiques commerciales, notamment dans le champ de la formation continue ;
- Le rapprochement des filières paramédicales et la convergence avec des formations relevant d'autres champs (notamment le médical) ;
- La simplification de la gouvernance, avec des relations en direct entre CHU, Université et Conseil Régional ;
- L'évolution du rôle de directeur d'établissement, avec l'émergence de deux rôles complémentaires, ce qui soulève à terme la question des profils et des compétences souhaités.

**Les avantages et limites de ce modèle peuvent se synthétiser de la manière suivante :**

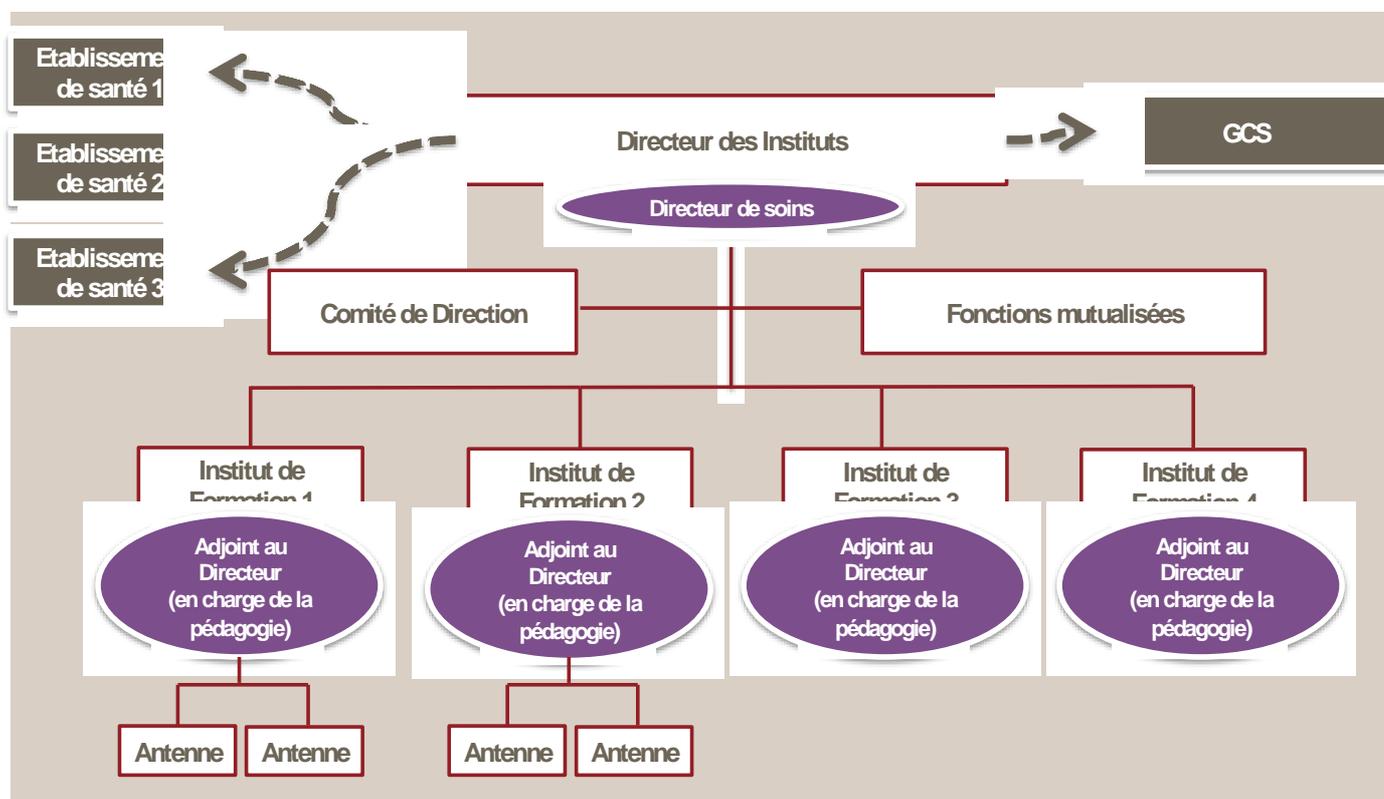
	<b>Avantages</b>	<b>Limites</b>
<b>Gouvernance</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Simplification de la gouvernance (traitement en direct avec le Conseil Général et l'Université)</li> <li>▪ Une stratégie et projet pédagogique communs</li> <li>▪ Un rapprochement des filières de santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un risque de prépondérance du CHU dans la gouvernance, aboutissant à une organisation très centrée sur les besoins et les projets de celui-ci</li> </ul>
<b>Maillage territorial</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La possibilité de mettre en place des antennes en fonction des besoins des territoires de santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une prépondérance du niveau régional</li> <li>▪ Un lien avec des terrains de stage autres que le CHU qui peuvent être difficiles à établir (pour les antennes locales)</li> </ul>
<b>Rationalisation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une forte mutualisation, notamment des fonctions supports et des moyens matériels</li> <li>▪ Une taille conséquente, avec des effets volumes et des économies d'échelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Des coûts d'investissement nécessaires à la mutualisation (locaux, systèmes d'information...)</li> <li>▪ Un risque de « bureaucratization »</li> </ul>
<b>Pilotage</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un pilotage unifié permettant d'opérationnaliser la stratégie commune</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un risque de centralisation des décisions et de fonctionnement verticalisé, source de rigidités et inhibant les initiatives des instituts</li> <li>▪ Une perte d'autonomie pour les directeurs d'instituts</li> </ul>
<b>Fonction de directeur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une double fonction permettant la spécialisation (directeur « pilote » et directeur « pédagogique »)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une « mise en concurrence » des directeurs de soins et cadres de santé pour la direction pédagogique des instituts de formation</li> </ul>
<b>Ressources financières</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une mutualisation des coûts et des recettes</li> <li>▪ Une capacité d'investissement plus forte</li> <li>▪ Un développement des fonds propres avec des logiques commerciales (formation continue, institut du management)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un système qui ne simplifie pas forcément le suivi financier pour le conseil régional</li> </ul>
<b>Ressources humaines</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une GRH situé au niveau du CHU</li> <li>▪ Un système d'hôpital-école, permettant des parcours professionnels entre clinique et instituts</li> <li>▪ Une actualisation des compétences des instituts par la pratique clinique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une mise en concurrence des directeurs de soins par d'autres profils (cadres de santé, gestionnaires...), qui pourrait aller jusqu'à la disparition du corps</li> <li>▪ Un risque de perte des compétences en pédagogie et sciences de l'éducation, du fait d'une polyvalence des profils (clinique et formation)</li> </ul>
<b>Offre de formation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une offre harmonisée et concertée</li> <li>▪ Des offres innovantes (centres de simulation)</li> <li>▪ Un développement de la formation continue (clinique et management)</li> <li>▪ La construction de nouvelles offres, avec des partenariats avec d'autres acteurs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une formation hospitalo-centrée</li> <li>▪ Un risque de moindre face-à-face pédagogique, notamment dans les antennes locales</li> </ul>

## II. Le modèle « Mutualisation légère »

### A. Description du modèle

Avant de décrire ce modèle, il est important de souligner que ce type de mutualisation émerge dans certaines structures de petites tailles, du fait d'une pénurie de directeurs ou d'une masse salariale trop conséquente. Du fait des logiques de rationalisation et d'optimisation des financements à l'œuvre, ce modèle pourrait se développer dans les années à venir.

### Modèle « Mutualisation légère »



Dans ce second scénario, les instituts de formation restent adossés à leurs établissements de santé d'origine. En revanche, existe un directeur des instituts qui « chapeaute » entre deux et cinq écoles, et qui constitue la « porte d'entrée » unique pour les différents centres hospitaliers. Ce directeur, qui endosse un rôle de pilotage et de coordination, sert également d'interface entre les différents établissements de santé, le GCS pour le conventionnement avec l'Université et le Conseil Régional. Il est donc chargé de la mise en œuvre de la stratégie et de la politique pédagogique transversales aux différentes écoles.

**Ce modèle aboutit à un regroupement d'instituts de petites ou moyennes tailles, facilitant les économies d'échelle et les synergies.** Ce regroupement, pouvant être mono-filière ou pluri-filières, concerne des instituts proches géographiquement. Ce scénario s'inscrit dans la droite ligne de la stratégie des Conseil Régionaux visant à optimiser voire diminuer les budgets alloués au financement des instituts paramédicaux.

Ce modèle favorise également la mise en place et le déploiement d'une stratégie et d'une politique pédagogique transversale aux différents instituts « chapeautés », et paraît ainsi porteur d'une plus grande cohérence territoriale. Il propose en effet une organisation moins morcelée, plus lisible pour les interlocuteurs extérieurs.

**Ce scénario ne constitue pour autant pas une organisation intégrée. En effet, ce regroupement d'instituts ne possède pas de personnalité morale propre.** Celle-ci reste portée par les établissements hospitaliers. On pourrait imaginer à terme que l'ensemble de ces instituts soient adossés à un établissement de santé « pivot », tel que celui-ci est prévu dans la loi HPST. Cela simplifierait la gouvernance et les relations entre le directeur des instituts et la sphère hospitalière.

Dans la mesure où ce regroupement d'instituts ne porte pas la personnalité morale, les financements venant du Conseil Régional continuent à transiter par les différents établissements de santé support des instituts. Bien que, dans cette configuration, les budgets des instituts restent « fléchés » et reliés aux établissements de santé support, ce modèle ouvre la possibilité de mutualisations et d'économies d'échelle. Le niveau de mutualisation attendu est par ailleurs variable – les enseignements, les intervenants, les fonctions supports pourraient être concernés par exemple – et gagnerait à se structurer dans la durée afin de prendre de l'ampleur. Les fonctions concernées sont multiples : ingénierie pédagogique, enseignements, moyens matériels, fonctions administratives et comptables...

**Ce scénario permet également au groupement d'instituts de renforcer son pouvoir de négociation vis-à-vis des établissements de santé et de l'université, de part son effet de taille.** Car, pour les écoles paramédicales, le fait de disposer d'un interlocuteur unique pour l'ensemble des établissements de santé peut favoriser une plus grande concertation de ces derniers et une meilleure allocation des moyens.

**Le modèle de la « mutualisation légère » permet également de préserver le maillage territorial et conserver de fait un lien fort avec les enjeux et les spécificités locales, telles qu'elles ont pu être formalisées dans le diagnostic de territoire.** On pourrait imaginer, dans une configuration davantage rationalisée (fusion d'instituts de petite taille), des antennes à durée de vie limitée qui verraient le jour en fonction des besoins décelés. Le regroupement pourrait se situer à l'échelle d'un département ou d'un territoire de santé.

**En termes d'organisation, le regroupement d'instituts est coordonné et piloté par un directeur de soins. Un comité de direction, composé du directeur du regroupement et des adjoints au directeur, est instauré.** Il fonctionne comme une instance de prise de décisions sur les aspects opérationnels et pédagogiques. Le fait de disposer d'une politique commune, incarnée par un Directeur des Instituts ne signifie pas pour autant l'uniformisation du fonctionnement des instituts du groupement : les capacités d'adaptation aux spécificités locales et l'innovation doivent perdurer au sein des écoles. Dans cette perspective, le caractère « collégial » du comité de direction est essentiel pour garantir la construction d'une politique et d'une vision partagée. Dans ce modèle, le directeur des instituts, interface entre les écoles, les établissements de santé supports et le GCS pour le conventionnement avec le Conseil Régional et l'Université, est centré sur les aspects stratégiques. Les adjoints au Directeur, à la tête des différents instituts de formation composant le regroupement, se positionnent davantage sur les volets opérationnels et pédagogiques. Ce modèle permet enfin une mutualisation de certaines fonctions, que ce soit en termes d'enseignements et d'ingénierie pédagogique, des moyens matériels (notamment les moyens pour les enseignements à distance), de projet pédagogique ou de fonctions comptables.

## **B. La répartition des rôles**

**Au sein de ce modèle d'organisation, les rôles se répartissent de la manière suivante :**

- **La Direction des Instituts porte le pilotage et la coordination des instituts, dans une logique de cohérence stratégique et pédagogique du regroupement.** Il est le garant de la politique de formation unifiée et de pratiques pédagogiques harmonisées. Il tient le rôle d'instance unique de dialogue avec les tutelles des instituts et porte l'agrément du Conseil Régional.
- **Le Comité de Direction fonctionne comme une instance régulière de délibération et de décision collégiale sur les aspects opérationnels.**
- **Les directeurs d'instituts de formation sont en charge du déploiement opérationnel du projet pédagogique.** Ils ont également un rôle d'animation de leurs équipes.
- **Certaines fonctions sont mutualisées** – enseignement, ingénierie pédagogique, moyens matériels, moyens informatiques, administration et comptabilité – et peuvent être portés par une petite cellule administrative et gestionnaire en appui au directeur des instituts. La configuration de cette cellule varierait en fonction de la taille du regroupement. Dans un scénario de petit regroupement, un seul agent pourrait prendre en charge ces fonctions.

## **C. Les impacts du modèle**

**En termes de gouvernance**, les établissements de formations restent « individuellement » adossés aux établissements de santé supports : ils ne portent pas de responsabilité morale et ne jouissent pas de l'autonomie budgétaire. La nouveauté réside dans la présence d'un directeur des instituts, assisté d'un comité de direction composés des adjoints au directeur, se trouvant à la tête des écoles. Dans la mesure où le directeur des instituts porte l'agrément du Conseil Régional et sert d'interlocuteur unique pour l'ensemble des tutelles, les relations avec ces dernières s'avèrent simplifiées. Ce regroupement jouit de fait d'un plus grand pouvoir de négociation et d'un positionnement numériquement plus fort face aux autres parties prenantes.

Dans l'optique où le regroupement pourrait être rattaché à un seul établissement « pivot », dans l'esprit de la loi HPST, la gouvernance du regroupement pourrait être encore rationalisée.

La mise en place d'un comité de direction permettrait de garantir la collégialité de la prise de décision, en fonctionnant comme un relais « descendant » et « ascendant » entre la stratégie et le « terrain ». Néanmoins, une telle configuration comporte le risque de générer des tensions liées à la répartition des rôles entre directeur des instituts et adjoints au directeur. Ces derniers pourraient voir en effet leurs marges de manœuvre réduites par rapport à la configuration actuelles, ce qui soulève la question de l'accompagnement du changement.

**En termes de maillage territorial**, cette organisation reste la plus « fidèle » au modèle actuel, avec un maillage territorial fin. Par ailleurs, le fait de disposer d'une stratégie unifiée portée par le directeur des instituts favoriserait une adéquation plus forte de l'offre et du maillage avec le diagnostic de territoire que dans la configuration actuelle.

Dans une version plus « avancée » temporellement de ce scénario, on pourrait imaginer que du fait de la rationalisation du nombre d'instituts, un système d'antennes flexibles voient le jour, dans un souci d'adaptation aux besoins locaux.

**En matière de rationalisation de l'organisation**, ce modèle offre une rationalisation « à géométrie variable », du fait de la possibilité de créer plus ou moins de synergies entre les différents instituts composant le regroupement. Le niveau de mutualisation – et donc le niveau de gains espéré en matière de performance économique ou pédagogique – dépend en effet de la nature des instituts membres : mono-filière ou multi-filières, proches ou plus éloignés géographiquement... Le temps est également un facteur important dans ce scénario, puisque les instituts doivent apprendre à se connaître et à travailler ensemble, afin de trouver les pistes de convergence.

Ce modèle ne permettrait néanmoins pas le regroupement d'un trop grand nombre d'instituts, car – sans intégration plus poussée – les coûts de transaction et de coordination deviendraient de plus en plus élevés.

**En ce qui concerne le pilotage**, cette fonction est portée par le directeur des instituts, avec éventuellement l'appui d'une cellule administrative mutualisée. La mise en œuvre d'une stratégie et d'un projet pédagogique communs suppose l'instauration d'outils et d'indicateurs partagés par l'ensemble des instituts et permettant tant la coordination que le partage de l'information.

**En matière de fonction de directeur d'institut**, ce scénario voit l'instauration de deux fonctions complémentaires : un directeur des instituts – centré sur la coordination interne et externe ainsi que sur le pilotage – et des adjoints au directeur, centrés sur la pédagogie et le fonctionnement opérationnel des instituts.

**En termes de ressources humaines**, le modèle de « mutualisation légère » suppose pour le directeur des instituts des compétences plus pointues en stratégie, pilotage, management et conduite du changement que dans la configuration historique.

En matière de profil, le directeur des instituts pourrait être un directeur de soins, afin de garder une expertise métier. Cela supposerait néanmoins de développer dans la formation actuellement dispensée aux directeurs de soins, les aspects managériaux et gestionnaires. Les adjoints au directeur, centrés sur la pédagogie, pourraient être des cadres de santé ou, dans une logique de parcours professionnels, de « jeunes » directeurs de soins.

En outre, dans ce scénario, le temps de certains formateurs pourrait être « mutualisé » au niveau du regroupement d'instituts.

**En ce qui concerne les ressources financières**, ce scénario offre des perspectives intéressantes en matière de synergies et d'économies d'échelles. En matière d'investissement, les capacités du regroupement seraient logiquement supérieures à celle d'un institut isolé, ce qui pourrait permettre de se développer dans des domaines « rentables » comme la formation continue ou de « rénover » certains moyens matériels ou technologiques. Il pourrait par ailleurs permettre une plus grande transparence budgétaire vis-à-vis du Conseil Régional, du fait d'un interlocuteur unique – le directeur des instituts – pour l'ensemble des établissements de santé.

**En termes d'offre de formation**, ce scénario ouvre la possibilité de mettre en place des enseignements, voire des tronc communs. Il favorise la mise en place d'une offre en cohérence avec les besoins du territoire, du fait d'un projet pédagogique unifié. Il permet également d'investir davantage le domaine de la formation continue, du fait d'une optimisation des ressources de chaque institut et d'une plus grande capacité d'investissement. En effet, dans le modèle « historique », les ETP sont définis au prorata du nombre

d'étudiants, ce qui, dans des petites structures, rend difficile la réallocation de ressources humaines au développement d'offres nouvelles.

## **D. Les avantages et limites du modèle**

**En conclusion, le scénario de « Mutualisation » est en phase avec les évolutions à moyen terme suivantes :**

- La rationalisation des structures de formations paramédicales, avec la mise en place d'un directeur des instituts, d'un comité de direction et de fonctions mutualisées ;
- La simplification de la gouvernance, avec un directeur des instituts constituant « la porte d'entrée unique » pour l'ensemble des tutelles ;
- L'instauration de groupements hospitaliers de territoire (loi de santé) ;
- Le maintien du maillage territorial avec une forte cohérence entre offre de formation – dans sa nature et sa répartition géographique – et diagnostic de territoire de santé.
- L'évolution du rôle de directeur d'établissement, avec l'émergence de deux rôles complémentaires, ce qui soulève à terme la question des profils et des compétences souhaités.
- La possibilité de développer les capacités d'investissement des instituts, notamment en matière de formation continue ;

**Les avantages et limites de ce modèle peuvent se synthétiser de la manière suivante :**

	<b>Avantages</b>	<b>Limites</b>
<b>Gouvernance</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un directeur « porte d'entrée unique » pour les tutelles</li> <li>▪ Une stratégie et projet pédagogique communs</li> <li>▪ La possibilité d'adosser cette organisation à un établissement de santé pivot</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une gouvernance qui reste complexe</li> <li>▪ Un risque de projet sans cohésion, du fait du caractère faiblement intégré de l'organisation</li> <li>▪ Un modèle de transition, potentiellement instable, qui nécessite à terme de revoir le statut et les liens avec les établissements de santé</li> </ul>
<b>Maillage territorial</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une densité territoriale préservée</li> <li>▪ Une organisation en lien avec le diagnostic de territoire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un « management à distance » pour le directeur des instituts</li> <li>▪ Une croissance du temps passé dans les transports</li> </ul>
<b>Rationalisation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une rationalisation plus poussée que dans le modèle historique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une rationalisation faiblement limitée du fait du caractère faiblement intégré du modèle</li> <li>▪ Un risque de démultiplication des temps de coordination (réunions de concertations, opérationnelles...)</li> </ul>
<b>Pilotage</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le pilotage de plusieurs instituts par un même directeur</li> <li>▪ Un comité de direction privilégiant la collégialité des décisions</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une capacité de pilotage limitée du fait du caractère non intégré de l'organisation</li> <li>▪ Un partage des pouvoirs et des responsabilités potentiellement difficiles à établir et à maintenir entre directeur des instituts et adjoints</li> </ul>
<b>Fonction de directeur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une double fonction permettant la spécialisation (directeur « pilote » et directeur « pédagogique »)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une « mise en concurrence » des directeurs de soins et cadres de santé pour la direction pédagogique des instituts de formation</li> </ul>
<b>Ressources financières</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une mutualisation des coûts et des recettes</li> <li>▪ Une capacité d'investissement plus forte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un système qui, du fait de sa faible rationalisation n'utilise pas tous les leviers d'optimisation financière</li> </ul>
<b>Ressources humaines</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une mutualisation des RH (directeur, formateurs, fonctions supports...)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une mise en concurrence des directeurs de soins par d'autres profils (cadres de santé ...)</li> </ul>
<b>Offre de formation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une adaptabilité de l'offre aux besoins du territoire</li> <li>▪ Une mutualisation possible des enseignements et des cours</li> <li>▪ Une cohérence du projet pédagogique</li> <li>▪ La possibilité d'investir davantage dans la formation continue</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un risque de moindre face-à-face pédagogique</li> </ul>

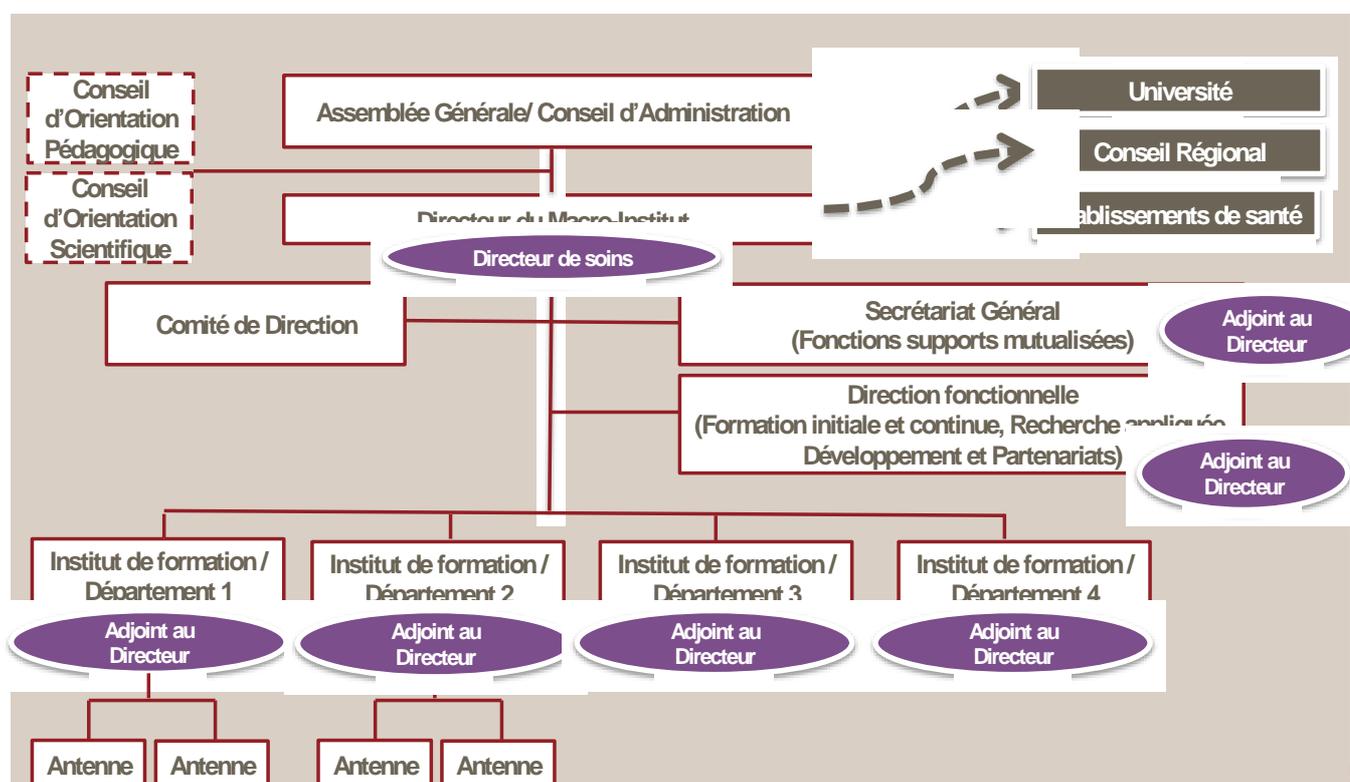
### III. Le modèle « Macro-Institut indépendant local »

#### A. Description du modèle

Ce scénario est issu de la confrontation, de la convergence et de la projection dans le futur de plusieurs formes organisationnelles que l'on peut trouver dans le secteur de la formation paramédicale en France (GIP, GCS de moyens) ou à l'étranger (Haute-Ecole belge) ou dans d'autres champs de l'enseignement supérieur et de la recherche (Ecole d'ingénieur, Université de Technologie).

Le modèle présenté ci-dessous est un « idéal-type » et non la reproduction de formes d'organisation réelles.

#### Modèle « Macro-Institut indépendant local »



A la différence des deux scénarios précédents, dans lesquels les instituts de formation restaient adossés à des établissements de santé support, ce scénario présente un institut indépendant, doté d'une personnalité morale et possédant par conséquent une autonomie budgétaire. Il dispose d'un budget de fonctionnement unique, constitué des financements du Conseil Régional, de la taxe d'apprentissage, des recettes issus des droits d'inscription des formations initiales et continues. Ce modèle, qui simplifie les circuits budgétaires et le « passage obligé » des financements des Conseils Régionaux par

les établissements de santé, est porteur d'une plus grande transparence financière et d'une plus grande réactivité.

A ce titre, ce scénario d'organisation est congruent avec la stratégie des Conseil Régionaux, puisqu'il permet une simplification de flux financiers et une plus grande lisibilité en termes de responsabilités. Le Conseil Régional est ainsi directement en relation avec le directeur de l'institut porteur de l'agrément.

**Il s'agit d'un modèle « intégré » d'organisation. Les instituts dont il est constitué fonctionnent comme des départements appartenant à une même école, réunis autour d'une stratégie et d'un projet pédagogique communs.** Cette intégration est à construire dans la durée, par une convergence des modes de fonctionnement et des projets. En effet, ce modèle peut se construire comme un regroupement d'instituts « fédératifs », pour évoluer peu à peu vers une organisation intégrée où les écoles historiques deviennent des départements.

Ces départements peuvent correspondre à des instituts d'une même filière ou de différentes filières paramédicales, selon que l'on soit dans une logique territoriale et/ou dans une logique multifilières. Il s'agit donc d'un institut de grande taille, issu du rapprochement puis de la fusion de plusieurs établissements de formation paramédicale. Ce macro-institut peut donc se situer à une échelle de territoire de santé, départementale, voire interdépartementale, en fonction des filières qui y sont présentes.

**Ce macro-institut fonctionne comme une entité indépendante, avec sa propre stratégie formulée en Assemblée Générale ou en Conseil d'Administration, et portée par le directeur.** L'opérationnalisation de la stratégie est ensuite portée au sein des départements par des adjoints au directeur du macro-institut ou des directeurs. Pour mener à bien sa stratégie, cet établissement jouit d'une autonomie financière. Pour les autres ressources nécessaires à son fonctionnement, et en fonction de sa taille, il pourrait également :

- Etre l'employeur de ses ressources humaines ou bien les laisser rattachées aux établissements de santé ;
- Etre propriétaire des locaux ;
- Disposer de la capacité à passer ou non des marchés pour disposer de services propres ;
- ...

**Ce mode d'organisation permet de combiner de manière flexible autonomie et interdépendance** avec d'autres parties prenantes, que ce soit les établissements de santé ou l'université, en matière d'utilisation des moyens matériels et de services (locaux, RH, bibliothèques, services de la vie étudiante...).

**Ce type d'organisation offre par ailleurs des opportunités en matière de rationalisation, de mutualisation de ressources et de développement d'activités nouvelles.** La taille de l'institut – dont on pourrait imaginer des promotions allant de 150 à 500 étudiants – permet en effet de jouer sur les économies

d'échelles et les synergies. A titre d'exemple, les fonctions supports, en charge de l'administration et du fonctionnement de l'établissement, regroupées sous le terme de « Secrétariat Général », seraient mutualisées au niveau de l'institut. Par ailleurs, des directions fonctionnelles transverses à l'ensemble du macro-institut pourraient voir le jour. Elles concerneraient les domaines suivants :

- **Le développement de la recherche dans le domaine paramédical, en lien avec les universités et les laboratoires de recherche.** Le macro-institut pourrait en effet recruter des enseignants-chercheurs, détenteurs d'une thèse de doctorat ou d'une habilitation à diriger des recherches (HDR), qui tisseraient des liens avec la communauté scientifique et viendraient nourrir la formation dispensée au sein des départements par les dernières avancées de la recherche. La formation des praticiens paramédicaux pourrait ainsi gagner en théorisation et en réflexivité tout en tout en gardant un caractère professionnalisant. A la différence d'un institut isolé, ce macro-institut dispose d'une « force de frappe » plus conséquente pour tisser des liens avec la sphère académique. Cette option est d'autant plus intéressante que la recherche dans le domaine paramédical apparaît comme difficile à développer en France – a contrario des pays anglo-saxons – notamment en raison de l'éloignement des instituts actuels par rapport à l'université. Disposer d'une direction fonctionnelle intégrée à l'institut permettrait de sensibiliser les formateurs et les étudiants aux questions académiques.
- **Le développement de la formation continue,** notamment dans une perspective de rentabilité financière et de croissance des fonds propres de l'établissement. Par ailleurs, l'essor d'une offre en formation continue propre à l'institut est facilitée par des capacités d'investissement supérieures à celle d'un institut de petite taille isolé.
- **Le rayonnement de l'institut et son développement,** que ce soit en termes de construction de partenariats pédagogiques et professionnels ou de logique commerciale. Une entité dédiée pourrait être en charge de promouvoir l'institut et son positionnement vis-à-vis de son environnement, que ce soit pour collecter les taxes d'apprentissage, vendre de nouvelles offres de formations continues, et faciliter la co-construction d'offres nouvelles avec l'université ou d'autres établissements d'enseignement supérieur.

**Il apparaît donc clairement que ce scénario d'organisation permet aux écoles paramédicales de se positionner de manière proactive par rapport aux enjeux en matière de formation.** Tout d'abord, il dispose de capacités d'ingénierie pédagogique plus conséquentes. Ensuite, de par l'effet « taille », les écoles sont davantage à même de se lancer dans la création et la co-construction d'offres de formation nouvelles (masters en partenariat avec l'université...), dans le développement de la formation continue, et répondre ainsi à l'émergence des nouveaux métiers. C'est enfin un modèle permettant de développer la recherche paramédicale appliquée, pour consolider sa légitimité et sa capacité d'innovation.

**Le « macro-institut » serait donc en mesure de se positionner comme un acteur local fort et de tisser des partenariats, en cohérence avec sa propre stratégie. Cette capacité à « s'autodéterminer » est à mettre en lien avec une simplification des tutelles et de la gouvernance.** En effet, dans ce modèle le macro-institut pourrait, du fait de son « poids », s'affranchir du GCS et traiter en direct avec l'université. La tutelle hospitalière n'existe plus : seuls des liens de partenariats pour l'organisation des terrains de stages perdurent.

**La composition de l'organe de gouvernance de l'institut – l'Assemblée Générale ou le Conseil d'Administration – pourrait prendre différentes formes, en fonction notamment du statut du macro-institut.** Par exemple, pour des statuts comme le GCS ou le GIP, l'Assemblée Générale comporte un président ou un administrateur, des représentants des établissements fondateurs (en l'occurrence des établissements de santé), et le directeur du macro-institut. Pour des statuts tels que l'EPSCP ou l'EPA – statuts des écoles d'enseignement supérieur et de recherche – la composition du Conseil d'Administration est plus variée : président élu, représentants des tutelles, personnalités extérieures, représentants du personnel et des étudiants. Quoi qu'il en soit, si la question statutaire est importante, elle gagne à être tranchée une fois l'architecture organisationnelle et la stratégie définies.

**Ce modèle d'organisation est de fait davantage rationalisé et concentré géographiquement que le modèle « historique », avec un positionnement à l'échelle départementale, interdépartementale, voire régionale. Il permet néanmoins un maillage territorial relativement fin, soit par le biais de départements délocalisés sur le territoire, soit par le biais d'antennes à durée de vie limitée, en cohérence avec le diagnostic territorial.**

Néanmoins, il s'agit d'un mode d'organisation qui reste relativement atomisé : il pourrait à ce titre être intéressant de développer des réseaux d'instituts locaux, que ce soit l'échelon régional ou national, afin de partager les bonnes pratiques et mutualiser éventuellement certaines ressources.

## **B. La répartition des rôles**

**Au sein de ce modèle d'organisation, les rôles se répartissent de la manière suivante :**

- **L'Assemblée Générale ou le Conseil d'Administration est l'instance de décision et d'élaboration de la stratégie du Macro-Institut.** Cet organe de gouvernance peut être assisté par des Conseils Pédagogiques et Scientifiques qui ont un rôle consultatif et formulent des orientations et recommandations en amont pour des assemblées ou des conseils pour éclairer la prise de décision.
- **Le directeur du macro-institut, nommé par l'AG ou par le CA, porte l'agrément du Conseil Régional.** Il est chargé de porter et de déployer la stratégie, ainsi que de piloter et coordonner les départements. Il s'occupe de l'administration et de la gestion financière (ordonnateur des dépenses et

des recettes), avec l'appui de l'entité administrative dédiée. Il est par ailleurs en relation très forte avec les tutelles et partenaires extérieurs, dans une logique de rayonnement de la politique de l'institut et de développement. En matière de compétences, le directeur doit être en mesure de gérer son établissement en autonomie, en tissant des partenariats et en se positionnant au sein d'un réseau d'acteurs complexe. L'autonomie de l'institut doit permettre au directeur de nouer ces relations diverses, de travailler en partenariat avec l'université et de réfléchir aux besoins en émergence ainsi qu'aux offres de formation à construire. En termes de profils, le directeur du macro-institut pourrait être un directeur de soins, afin de pouvoir garantir une lecture « multi-critères » de la stratégie : à la fois « métier » et gestionnaire.

- **Le comité de direction, constitué de l'ensemble des adjoints au directeur et du directeur du macro-institut, fonctionne comme une instance de délibération et de décision collégiale pour les aspects pédagogiques et opérationnels.** Contrairement au CA ou à l'AG, qui se réunissent trois à quatre fois dans l'année, le comité de direction se mobilise plus fréquemment, de manière hebdomadaire ou bi-mensuelle par exemple.
- **Le secrétariat général, dirigé par un cadre de gestion administrative, rassemble l'intégralité des fonctions support :** finances, informatique, RH, administration, achats, juridique, communication... Il sert d'appui au directeur dans le pilotage et la gestion administrative de plus en plus poussés, pour satisfaire les exigences croissantes des Conseil Régionaux en la matière. Il fonctionne comme une instance d'optimisation et de mutualisation et d'optimisation des moyens matériels, techniques, pédagogiques et financiers. Selon la taille du macro-institut, le secrétariat général peut être plus ou moins étoffé.
- **Les directions fonctionnelles viennent soutenir les départements sur trois dimensions :** la formation continue et la construction d'offres nouvelles éventuellement avec des partenaires extérieurs ; la recherche appliquée au champ paramédical en lien avec des laboratoires et des centres de recherche ; le rayonnement extérieur de l'institut et le développement d'un réseau.
- **Les adjoints au directeur, à la tête des départements (ou anciens instituts de formation regroupés au sein du macro-institut) sont davantage centrés sur la dimension pédagogique que sur les aspects stratégiques.** En termes de profils, ces postes pourraient être occupés par des cadres de santé ou de « jeunes » directeurs de soins, dans une logique de parcours professionnels. En fonction de la taille du macro-institut, ce poste peut éventuellement être occupé à temps partiel par le directeur.
- **Au niveau des départements, des synergies peuvent s'opérer, avec la possibilité de mettre en place des cours et enseignements communs ou de mutualisation des formateurs et intervenants.**

## C. Les impacts du modèle

**La gouvernance** est profondément renouvelée avec l'indépendance de l'institut, qui est désormais dirigé par un Conseil d'Administration ou une Assemblée Générale.

**En matière de maillage territorial**, la macro-institut est porteur de centralisation et de rationalisation, mais permet néanmoins la préservation du maillage territorial, avec la possibilité d'avoir des départements « décentralisés » ou des antennes ad hoc, en fonction des besoins locaux actuels et futurs. Il est donc envisageable d'avoir une forme de spécialisation territoriale au sein du macro-institut.

Ce scénario est fortement porteur de **rationalisation**, du fait du regroupement de plusieurs instituts auparavant adossés à plusieurs établissements de santé. Ce modèle favorise les synergies, les économies d'échelle, la mutualisation, que ce soit à l'intérieur du regroupement – fonctions supports, directions fonctionnelles, troncs et enseignements communs... – ou à l'extérieur, avec d'autres acteurs comme l'université ou des établissements d'enseignement supérieur et de recherche : co-construction d'offre de formation, e-learning, projets de recherche communs... A noter que le niveau de mutualisation varie, selon que l'on raisonne par instituts historiquement séparés ou par départements intégrés. Comme dans le modèle précédent de la « mutualisation légère », le temps, la connaissance mutuelle et l'accompagnement du changement constituent des facteurs de convergence et d'intégration essentiels.

La rationalisation porte également sur les circuits de financement : le directeur du macro-institut joue le rôle d'interlocuteur unique avec le conseil régional.

**En termes de pilotage**, cette fonction revient au directeur du macro-institut, avec l'appui du secrétariat général. Du fait de l'autonomie budgétaire de l'institut, le directeur est en capacité de mettre en adéquation sa stratégie et l'allocation des moyens, ainsi que de connaître et maîtriser son budget.

La question du pilotage par un directeur dans une organisation intégrée soulève néanmoins le point de vigilance suivant : quid du niveau de centralisation de la prise de décision ? En effet, les directeurs d'instituts devenus départements risquent de perdre en pouvoir d'agir, ce qui peut occasionner frottements et résistances lors de la mise en place d'un tel scénario. Autrement dit, un fonctionnement collégial incarné par le comité de direction serait de nature à faciliter la transition.

Dans ce scénario, **la fonction de directeur d'institut** évolue fortement, vers un rôle de manager « stratège », garant de la performance économique mais également pédagogique et professionnelle de l'institut. Dans la perspective où le directeur serait un directeur de soins, le fait d'être porteur de la dimension « métier »

constitue un réel atout dans la direction de l'institut. Néanmoins, des compétences plus pointues seraient à développer pour les directeurs en matière de :

- Stratégie
- Pilotage
- Conduite du changement
- Construction de partenariat
- Positionnement dans un réseau d'acteurs complexe
- Développement commercial (réponse à des appels d'offre, recherche de fonds, développement de la formation continue)

Dans les départements, les adjoints au directeurs seraient centrés sur la pédagogie et l'animation de leurs équipes. A la tête du secrétariat général, se trouverait un cadre de gestion administrative. Pour les directions fonctionnelles, des profils métiers avec une tonalité commerciale et des profils d'enseignants-chercheurs pourraient être envisagés.

**En matière de ressources humaines**, deux options s'offrent au macro-institut. Soit, au moins dans un premier temps, le groupement n'est pas employeur : les ressources humaines restent rattachées à la FPH, via les établissements de santé. Cette option, la plus simple dans un premier temps, a certains avantages : pas d'instances propres (par exemple le CHSCT), mais une voix en matière de recrutement des agents, d'évaluation et de mobilité. Soit, dans un second temps et dans une optique de développement, le macro-institut peut être employeur à terme.

Ce scénario favorise bien évidemment la mutualisation des ressources humaines, au sein de l'institut (formateurs, intervenants, fonction support).

Afin de développer la recherche, ce scénario suppose d'intégrer des agents détenteurs d'un doctorat.

**En termes d'offre de formation**, ce modèle propose un homogénéisation des modes de faire et des projets pédagogiques. Les capacités en ingénierie pédagogique s'en trouvent par ailleurs renforcées, d'autant que la dimension partenariale intrinsèque à ce scénario permet par exemple d'envisager la co-construction d'offres avec l'université ou d'autres établissements. Par ailleurs, le développement de la recherche au sein du macro-institut, en lien avec des laboratoires extérieurs, permet de venir nourrir les formations des derniers questionnements et avancées scientifiques, tout en gardant leur visée professionnalisante.

Enfin, ce modèle favorise le développement de la formation continue, notamment dans un perspective d'autonomie et de rentabilité financière à long terme de l'institut. Dans un institut de grande taille où s'opèrent des mutualisation et des économies d'échelle, il est plus simple d'allouer des fonds au développement de cette activité que dans un institut isolé.

## D. Les avantages et limites du modèle

**En conclusion, le scénario de « Macro-Institut indépendant local » est en phase avec les évolutions à moyen terme suivantes :**

- La rationalisation des structures de formations paramédicales, avec la fusion des instituts historiques et l'instauration d'un institut de grande taille ;
- La simplification de la gouvernance, avec la création d'un institut indépendant disposant de la personnalité morale ;
- Un maillage territorial moins dense, mais qui reste préservé à travers un système d'antennes ;
- La convergence des filières paramédicales, avec la possibilité de mettre en place un institut multi-filières ;
- Le positionnement de l'institut dans un système ouvert, avec le développement de partenariats – avec l'université notamment – et une stratégie de « rayonnement » local ;
- Le développement de la recherche dans le champ du paramédical, à travers la mise en place d'une direction fonctionnelle dédiée ;
- L'évolution du rôle de directeur d'établissement, avec la consolidation de deux rôles complémentaires : un directeur « stratège » et des directeurs de départements « pédagogues » ;
- La mise en place d'une stratégie de recherche de développement des fonds propres de l'institut.

**Les avantages et limites de ce modèle peuvent se synthétiser de la manière suivante :**

	<b>Avantages</b>	<b>Limites</b>
<b>Gouvernance</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une gouvernance simplifiée</li> <li>▪ Un institut indépendant, à même d'impulser sa propre stratégie</li> <li>▪ Une prise en compte de l'ensemble des parties prenantes</li> <li>▪ Des projets inscrits dans un environnement local et au plus près des problématiques des territoires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une conduite du changement à anticiper, et qui suppose une acculturation des acteurs à la nouvelle gouvernance</li> </ul>
<b>Maillage territorial</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La possibilité de mettre en place des antennes en fonction des besoins des territoires de santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un maillage moindre que dans la configuration actuelle</li> </ul>
<b>Rationalisation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une taille critique, qui permet d'être un interlocuteur de « poids »</li> <li>▪ Une rationalisation poussée, permettant les économies d'échelle et les synergies</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un risque de bureaucratisation</li> <li>▪ Des coûts d'investissements nécessaires à la mutualisation et à la construction d'une organisation « intégrée » (locaux, SI...)</li> </ul>
<b>Pilotage</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une autonomie du directeur d'institut dans le pilotage</li> <li>▪ Une collégialité des décisions opérationnelles à travers un comité de direction</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un risque de centralisation des décisions</li> <li>▪ Une perte d'autonomie pour les anciens directeurs d'instituts</li> </ul>
<b>Fonction de directeur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une double fonction permettant la spécialisation (directeur « pilote » et directeur « pédagogique »)</li> <li>▪ Une fonction de directeur reconnue et valorisée (du fait de l'indépendance)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une « mise en concurrence » des directeurs de soins et cadres de santé pour la direction pédagogique des instituts de formation</li> <li>▪ Un accompagnement au repositionnement de la fonction de directeur (« directeur stratège d'une structure de plus grande taille ») à anticiper</li> </ul>
<b>Ressources financières</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une simplification des circuits financiers pour le Conseil Régional</li> <li>▪ Une mutualisation des coûts et des recettes</li> <li>▪ Une capacité d'investissement plus forte</li> <li>▪ Un développement des fonds propres avec des logiques commerciales</li> </ul>	
<b>Ressources humaines</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une mutualisation des RH</li> <li>▪ La gestion des RH sur un plus grand « bassin d'emploi » local</li> <li>▪ Des parcours de carrière pour les directeurs qui peuvent se construire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une montée en compétences à anticiper pour les activités nouvelles (recherche, développement commercial...)</li> <li>▪ La nécessité d'étudier l'opportunité pour l'institut d'être l'employeur</li> </ul>
<b>Offre de formation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une homogénéisation et une plus grande cohérence des pratiques et projets pédagogiques sur un territoire donné</li> <li>▪ Une convergence et une interpénétration des filières métiers</li> <li>▪ Le développement de la formation continue</li> <li>▪ Le développement de la recherche venant « nourrir » les offres de formations</li> <li>▪ La construction de nouvelles offres, avec des partenariats avec d'autres acteurs</li> </ul>	

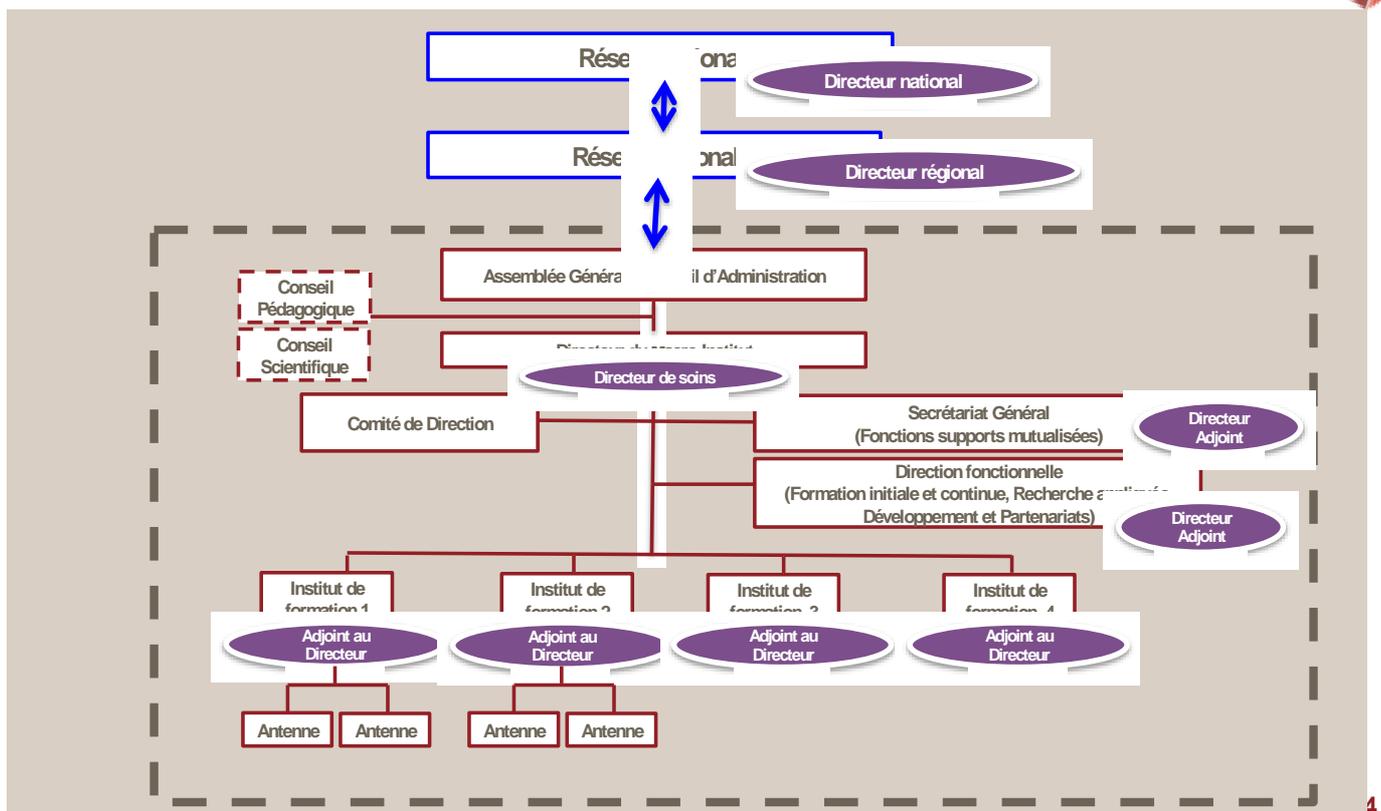
## IV. Le modèle « Réseau National d'Instituts »

### A. Description du modèle

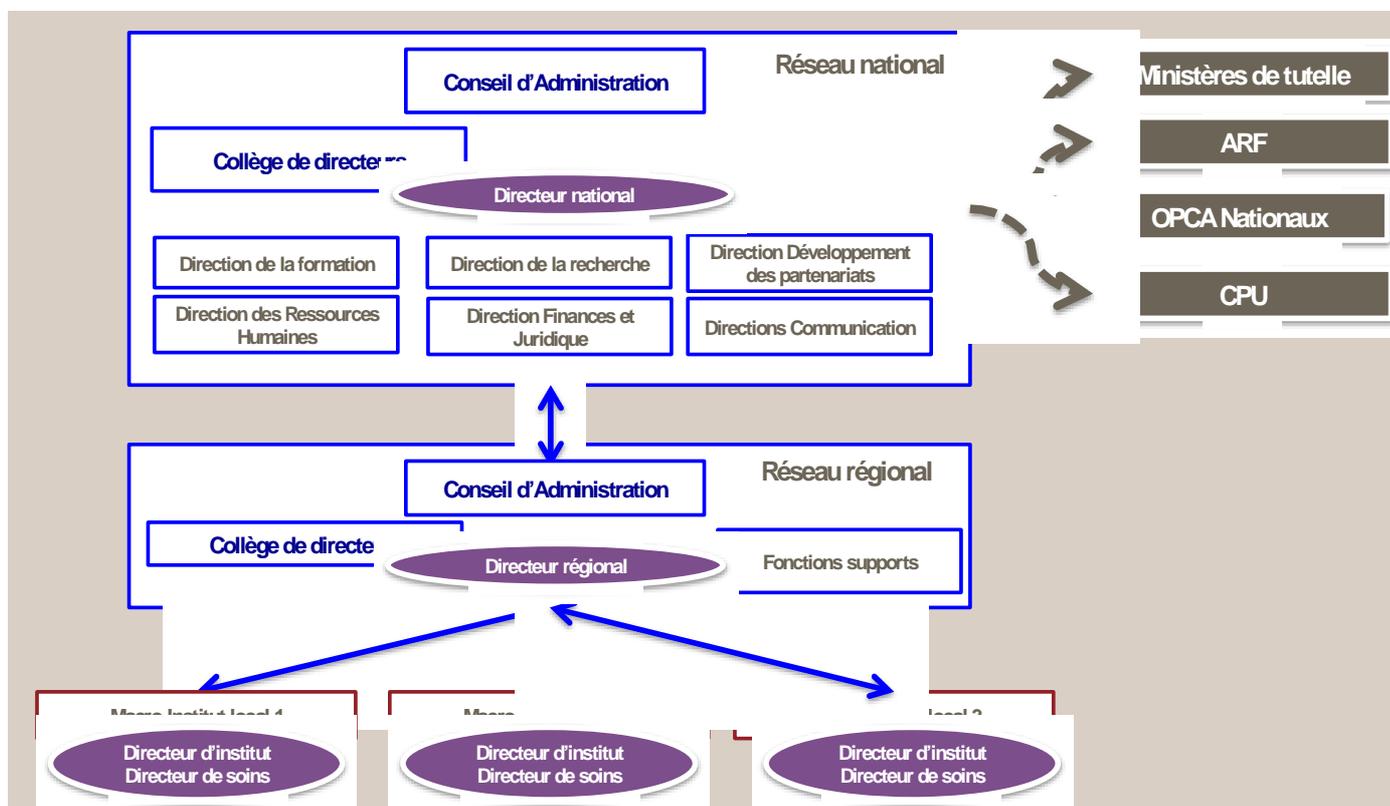
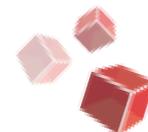
Ce scénario n'existe pas encore. Il est issu de la confrontation, de la convergence et de la projection dans le futur de plusieurs formes organisationnelles que l'on peut trouver dans le secteur de la formation paramédicale en France (Croix-Rouge) ou dans d'autres champs de l'enseignement supérieur et de la recherche (Réseau National d'Ecoles d'ingénieurs).

Le modèle présenté ci-dessous est un « idéal-type » et non la reproduction de formes d'organisation réelles.

### Modèle « Réseau National d'Instituts »



## Modèle « Réseau National d'Instituts »



Ce scénario prend pour point de départ des « macro-instituts locaux », tels qu'ils ont été décrits dans le modèle précédent. **En revanche, a contrario du scénario antérieur dans lequel chaque institut formulait de manière indépendante et locale sa stratégie et sa politique pédagogique, dans ce modèle de « Réseau National d'Instituts », l'ensemble des instituts est « chapeauté » par une instance de gouvernance et de pilotage nationale.** En fonction du nombre de macro-instituts, un échelon de gouvernance et de pilotage intermédiaire pourrait être instauré également au niveau régional. L'opportunité de construire un échelon régional est à mettre en relation avec le caractère mono-filière ou multi-filières paramédicales du Réseau National d'Instituts. Ainsi, dans le cadre de formations regroupant de « petites » promotions dans des macro-instituts locaux mono-filière à rayonnement régional ou interdépartemental, il est possible d'envisager une instance de coordination nationale seulement. A l'inverse, dans le cadre d'instituts multi-filières ou d'un nombre conséquent de macro-instituts sur un territoire régional, la présence d'un échelon de régulation intermédiaire peut s'avérer pertinente.

**La présence d'une instance de gouvernance et de pilotage nationale favorise une stratégie unifiée des établissements de formation paramédicale, ainsi qu'une représentation et un positionnement renforcés face aux acteurs nationaux (Ministère de tutelles, ARF, OPCA Nationaux, CPU...), dans des optiques de négociation ou de lobbying.** Cette direction nationale fonctionne comme une instance de structuration de l'action collective des instituts et offre une plus grande lisibilité de la formation paramédicale, en mettant fin au morcellement des acteurs du secteur. Du fait d'une organisation nationale et non plus locale comme dans les scénarii précédents, les écoles disposent ici de la capacité à s'extraire d'un jeu d'acteurs purement local et possèdent une « force de frappe » nationale.

**Ce modèle permet de déployer des politiques pensées et coordonnées nationalement par la profession paramédicale.** Le positionnement est concerté et homogène, notamment sur les sujets en émergence tels que la recherche dans le domaine paramédical, les nouveaux métiers, les modalités pédagogiques innovantes... Ce scénario permet de capitaliser et de jouer d'un effet de « marque » et de différenciation par rapports aux acteurs concurrents.

**Ce modèle rationalisé et mutualisé joue également en faveur des effets de taille et d'économies d'échelle. Des fonctions peuvent être mutualisées au niveau national et régional, et font office de ressources pour les établissements locaux.** Par exemple, la mise en place d'une Gestion des Ressources Humaines à un niveau national permet d'avoir une approche prévisionnelle de la GRH et de construire des parcours professionnels sur un bassin d'emploi national, en prenant en compte tout à la fois les besoins de chaque territoire, les orientations stratégiques nationales et les projets professionnels des agents. Dans la même logique, des stratégies et des ressources pourraient être formalisées et mises à disposition par l'échelon national en matière de communication, de recherche, de formation, de gestion juridique et financière, de développement de partenariats...

**S'il possède un certain nombre d'avantages, ce modèle soulève néanmoins une série de questions, notamment en matière de répartition des rôles et de pilotage.**

- **A quel niveau de situe la personnalité morale ?** Cette question soulève en effet celle du niveau de décision et de la marge manœuvre de chacun des « niveaux » de cette organisation en matière de formulation et de déploiement de sa stratégie. En effet, plusieurs options sont à envisager. Comme dans le scénario précédent, les instituts locaux peuvent continuer à disposer d'une autonomie juridique et budgétaire. Dans cette perspective, la prise de décision se situerait en bonne partie au niveau local, l'instance nationale servant avant tout à la mutualisation de ressources et à la consolidation d'une vision partagée par l'ensemble des instituts membres. Plus que dans une organisation nationale et verticale intégrée, ce modèle s'apparenterait à la fédération ou au réseau.

Cette autonomie peut à l'inverse se situer au niveau régional ou nationale, ce qui orienterait plutôt le réseau national d'instituts vers un fonctionnement fortement intégré et piloté.

- **Quel est le rôle et le pouvoir de contrôle de cet institut national ?** En écho à la question précédente sur la répartition des rôles, il convient de s'interroger sur les pouvoirs et la responsabilité de l'institut national. Celui-ci doit-il par exemple disposer de moyens d'évaluation de la façon dont les différents instituts concourent à la stratégie nationale ? Dans quelle mesure doit-il « piloter la performance » de chaque macro-institut ?
- **Comment financer ce réseau national alors que dans la configuration actuelle les financements sont régionaux ?** Pourrait-on envisager un système de « cotisation » de l'ensemble des établissements locaux à l'échelon national ? Ou envisager une dotation de l'Etat pour financer cette strate qui permet notamment de faire le lien entre les ministères et le terrain ?
- **Comment éviter les pièges de ce genre d'organisation ?** En effet, les risques de ce scénario sont ceux de toute organisation de grande taille, en fonctionnement verticalisé : bureaucratisation, forte centralisation des décisions, lenteur de prise de décision...

## B. La répartition des rôles

**Au sein de ce modèle d'organisation, les rôles se répartissent de la manière suivante :**

- **A l'échelon national, le Conseil d'Administration** est en charge de l'élaboration de la stratégie nationale de formation paramédicale. Il est constitué entre autres des représentants des tutelles, des représentants des salariés et des étudiants, du directeur national. Ce conseil s'appuie pour ses décisions sur un **Collège de Directeurs**, composé de directeurs régionaux et locaux, qui est positionnée comme une instance de réflexion et de proposition en amont des choix stratégiques opérés par le conseil d'administration. Le **Directeur du Réseau National** s'appuie, opérationnellement, sur des **directions nationales** qui peuvent – selon le rôle de l'échelon national – fonctionner soit comme des entités en charge du déploiement, du pilotage et de la coordination des décisions prises par le Conseil d'Administration et le Directeur National, soit comme des fonctions « ressources » pour les entités locales.
- **Au niveau régional, peut se trouver un échelon, dont le rôle dépend du statut qui lui est accordé.** Si cet échelon porte la personnalité morale, il fonctionne alors comme une instance de formalisation de la stratégie locale et de pilotage. Si la personnalité morale est portée par les macro-instituts locaux, il tendrait plutôt à jouer le rôle d'une instance collaborative et de représentation vis-à-vis des parties prenantes. Enfin, si l'organisation est très intégrée, avec une stratégie exclusivement portée par le réseau national, l'échelon régional tendrait dans ce cas plutôt à avoir un rôle de relais

entre central et local. En ce qui concerne les fonctions supports, leur taille et la nature de leurs attributions dépendant du rôle alloué à l'échelon régional.

- **Au niveau local, assez logiquement, le rôle du directeur dépend du statut de l'établissement et de la marge de manœuvre qui lui est allouée en matière d'impulsion stratégique.**

### **C. Les impacts du modèle**

**La gouvernance** s'éloigne fortement du modèle actuel. Ce scénario met en effet en scène une pluralité d'échelons – national, régional et local – avec une répartition des rôles et des responsabilités qui reste à clarifier. Deux possibilités s'offrent en effet : soit une configuration dans laquelle le réseau national joue un rôle de « ressources », de mutualisation et de visibilité pour le réseau (local ou régional) ; soit un modèle « intégré » dans lequel le pilotage national est plus structurant.

Dans ce scénario, il est possible d'imaginer des conseils d'administration situés aux différents échelons territoriaux, et qui sont chargés de prendre les décisions qui seront ensuite portées par les différents niveaux de direction. Assez logiquement, dans ce modèle, les GCS actuel n'apparaît plus nécessaire, dans la mesure où les instituts ou le niveau régional peuvent, du fait de leur taille, entrer directement en relation avec l'université et le conseil régional.

**En termes de maillage territorial**, ce modèle présente une structuration en gros établissements – locaux voire régionaux – qui peuvent s'intégrer dans le territoire par un système d'antennes décentralisées. Ce modèle a l'avantage de permettre d'élaborer une stratégie qui soit cohérente et transversale aux différents échelons territoriaux : national, régional et local.

Logiquement, **ce scénario est le plus rationalisé**, notamment du fait de la mutualisation systématique de certaines fonctions à des échelons territoriaux supérieurs. Néanmoins, cette rationalisation apparente peut masquer des coûts de coordination et de « transaction » importants, du fait de la « bureaucratisation » des modes de fonctionnements.

La façon dont **le pilotage** s'effectue au sein de ce réseau national d'instituts est à trancher, puisque cela dépend du rôle alloué à la tête de réseau national. Quoi qu'il en soit, un tel modèle suppose à minima l'harmonisation et le partage des tableaux de bord, afin de pouvoir créer de la transversalité et de la comparabilité entre instituts.

Ce modèle décrit des directeurs d'instituts locaux plus « contraints » dans leur latitude décisionnelle que dans le scénario précédent d'institut local indépendant. Néanmoins, ces directeurs apparaissent moins isolés, du fait des ressources régionales et nationales mises à leur disposition.

Si l'on s'intéresse à présent à **la fonction de directeur**, ce modèle est favorable à l'avènement de postes de direction « stratégiques », quel que soit l'échelon considéré.

Au niveau local, les directeurs des macro-instituts sont à la fois garants du métier et porteur d'une logique managériale et gestionnaire. Au niveau régional, des postes de « super-directeurs » coordonnateurs de plusieurs macro-instituts pourraient advenir, surtout si l'échelon régional porte la personnalité morale ou si l'organisation est très intégrée verticalement. Enfin, au niveau national, la dimension stratégique et politique du poste de directeur est particulièrement marquée.

A tous les échelons, de tels directeurs doivent détenir des compétences en matière de stratégie, de pilotage, de conduite du changement, de construction de partenariats, de positionnement dans des réseaux d'acteurs complexes, tout en gardant conscience des aspects « métiers ».

**En matière de Ressources Humaines**, ce scénario permet l'instauration d'une GRH à un niveau national, ce qui ouvre de plus grandes possibilités en matière de constructions de parcours professionnels, de mobilité, de gestion prospective, de professionnalisation des agents... Cela suppose néanmoins l'élaboration d'outils communs (SIRH).

En ce qui concerne **les aspects financiers**, ce scénario permet de disposer d'une « force de frappe » nettement plus conséquente, du fait de la mutualisation et des synergies. Il facilite les investissements dans d'autres champs que la stricte formation initiale : recherche, modalités pédagogiques innovantes (centres de simulation par exemple), formation continue... Néanmoins, la question du financement de la tête de réseau nationale reste posée, dans la mesure où les ressources allouées aux instituts sont octroyées par les conseils régionaux.

Enfin, ce scénario favorise la mise en place d'une **offre de formation** harmonisée nationalement, tout en gardant la possibilité de développer des formations en accord avec les spécificités locales et les diagnostics de territoires de santé.

Les capacités en ingénierie pédagogique se trouvent renforcées, du fait des possibilités de mutualisation et d'investissements communs. Un tel modèle organisationnel permettrait de développer des dispositifs pédagogiques à vocation régionale ou nationale : MOOC, plateformes d'e-learning...

La présence d'enseignants-chercheurs et de directions axées sur la recherche – que ce soit au niveau national ou local – favoriserait également l'élaboration d'offres de formation en lien étroit avec la recherche en sciences paramédicales.

Enfin, ce modèle permet tant le développement d'offres conjointes avec d'autres établissements d'enseignement supérieur (Université, Ecoles...) que d'offres de formation continue – notamment dans une perspective de développement des fonds propres du réseau national d'instituts.

#### **D. Les avantages et limites du modèle**

**En conclusion, le scénario de « Réseau National d'Instituts » est en phase avec les évolutions à moyen terme suivantes :**

- La rationalisation des écoles paramédicales, avec la structuration d'un réseau national ;
- La simplification de la gouvernance, avec la création d'une tête de réseau ou d'un niveau régional portant la personnalité morale ;
- Un maillage territorial moins dense, mais qui laisse la possibilité de créer des antennes en fonction des besoins ;
- La convergence des filières paramédicales ;
- Le positionnement de l'institut dans un système ouvert, avec une stratégie de « rayonnement » national ;
- Le développement de la recherche dans le champ du paramédical, à travers la mise en place d'une direction fonctionnelle dédiée aux différents niveaux de l'organisation ;
- L'évolution du rôle de directeur d'établissement, avec la montée en puissance de rôle de « super-directeurs » stratèges ;
- La mise en place d'une stratégie d'autonomie financière portée par les différents échelons du réseau.

**Les avantages et limites de ce modèle peuvent se synthétiser de la manière suivante :**

	<b>Avantages</b>	<b>Limites</b>
<b>Gouvernance</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une lisibilité et une force nationale de l'institut, par rapport aux différentes parties prenantes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un « mille-feuille » de niveaux de gouvernance, pouvant ralentir la prise de décision et augmenter les incohérences</li> <li>▪ Un système pyramidal pouvant conduire à une absence d'autonomie en local</li> </ul>
<b>Maillage territorial</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La possibilité de mettre en place des antennes en fonction des besoins des territoires de santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un système allant à l'encontre du mouvement de décentralisation</li> </ul>
<b>Rationalisation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une taille critique, qui permet d'être un interlocuteur de « poids »</li> <li>▪ Une rationalisation poussée, permettant les économies d'échelle et les synergies</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un risque de bureaucratisation et d'augmentation des coûts de transaction</li> <li>▪ Un éloignement des réalités locales</li> </ul>
<b>Pilotage</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un pilotage porté nationalement ou régionalement, pour une plus grande cohérence territoriale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un risque de centralisation des décisions</li> <li>▪ Une perte d'autonomie pour les anciens directeurs d'instituts</li> </ul>
<b>Fonction de directeur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une multiplicité de fonctions aux échelons nationaux, régionaux et locaux permettant la construction de parcours professionnels et des logiques de spécialisation en fonction des expertises</li> <li>▪ Une fonction qui monte en puissance au niveau régional ou national</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un système pouvant être « coercitif » pour le directeur local</li> <li>▪ Une « mise en concurrence » des directeurs de soins et cadres de santé pour la direction pédagogique des instituts de formation</li> <li>▪ Un accompagnement au repositionnement de la fonction de directeur (« directeur stratège d'une structure de très grande taille ») à anticiper</li> </ul>
<b>Ressources financières</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une mutualisation des coûts et des recettes</li> <li>▪ Une forte capacité d'investissement</li> <li>▪ Un développement des fonds propres avec des logiques commerciales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La question du financement de la tête de réseau nationale qui reste à trancher</li> </ul>
<b>Ressources humaines</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une mutualisation des RH</li> <li>▪ La gestion des RH sur un « bassin d'emploi » national</li> <li>▪ Des parcours de carrière pour les directeurs qui peuvent se construire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une mise en concurrence des directeurs de soins par d'autres profils (cadres de santé, gestionnaires...)</li> <li>▪ Un risque de mise en place d'une GRH où les logiques « gestionnaires » et administratives prennent le pas</li> <li>▪ Une montée en compétences à anticiper pour les activités nouvelles (recherche, développement commercial...)</li> <li>▪ La nécessité d'étudier l'opportunité pour l'institut d'être l'employeur</li> </ul>
<b>Offre de formation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une homogénéisation et une plus grande cohérence des pratiques et projets pédagogiques à une échelle nationale</li> <li>▪ Des formations pluri-professionnelles</li> <li>▪ Le développement de la formation continue</li> <li>▪ Le développement de la recherche venant « nourrir » les offres de formations</li> <li>▪ La construction de nouvelles offres, avec des partenariats avec d'autres acteurs</li> <li>▪ La mise en place d'infrastructures pédagogiques à une échelle nationale (MOOC, plateforme e-learning...)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Des directives nationales qui peuvent aller à l'encontre des besoins locaux</li> </ul>

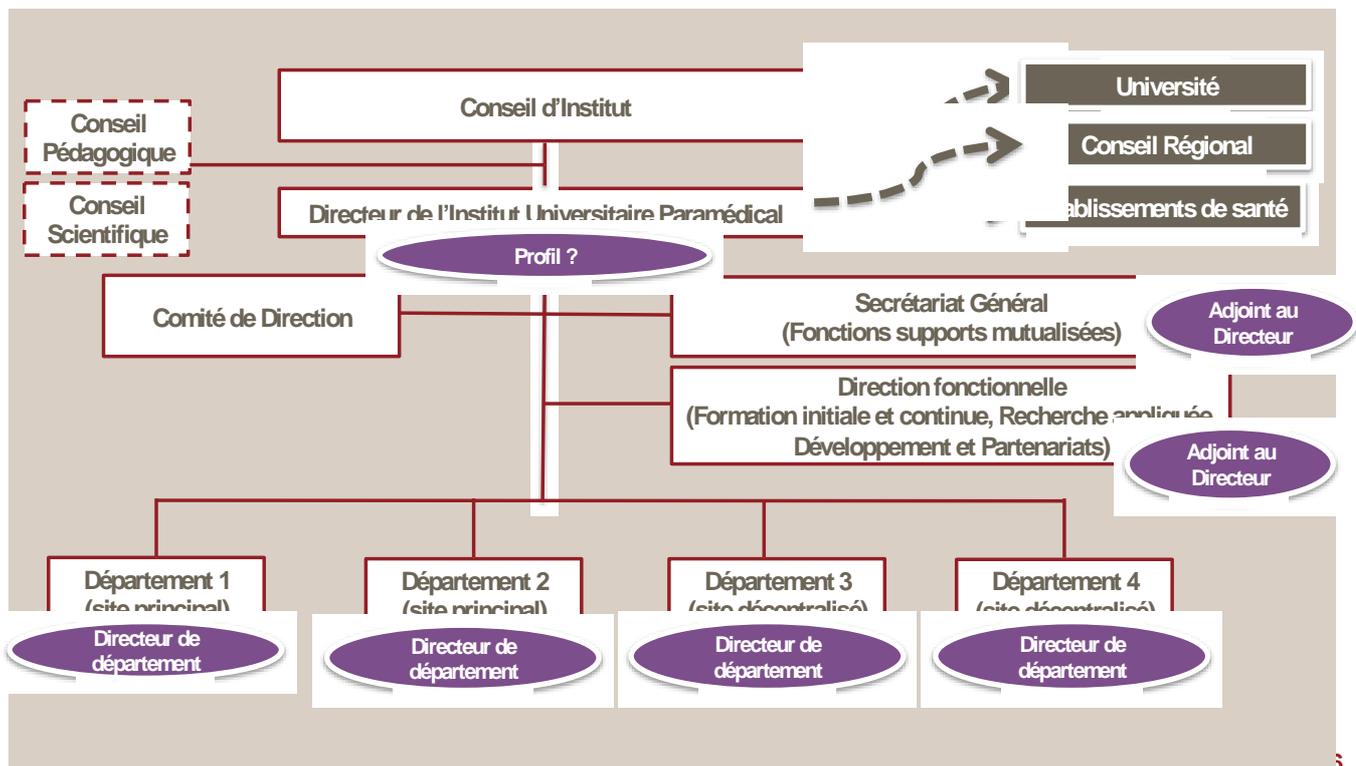
## V. Le modèle « Institut Universitaire Paramédical »

### A. Description du modèle

Ce scénario n'existe pas encore. Il est issu de la confrontation, de la convergence et de la projection dans le futur de plusieurs formes organisationnelles que l'on peut trouver dans le champ de la l'enseignement supérieur et de la recherche (Institut Universitaire de Technologie, Ecole de Maïeutique).

Le modèle présenté ci-dessous est un « idéal-type » et non la reproduction de formes d'organisation réelles.

### Modèle « Institut Universitaire Paramédical »



A l'inverse des scénarii précédents, dans lesquels les instituts étaient soit intégrés à la sphère hospitalière soit en situation d'indépendance, dans ce modèle, les instituts rejoignent l'université.

**Dans le cas présent, l'institut est une composante de l'université (article 713-9 du code de l'éducation).**

Il dispose par conséquent d'une autonomie par rapport au reste de l'université (et a la capacité à décider et mettre en œuvre une stratégie propre. La dimension « professionnalisante » de la formation peut donc être

largement préservée, d'autant que ce modèle permettrait de délivrer à la fois un diplôme universitaire et un diplôme d'Etat. Cet institut serait a priori concentré sur les cycles courts (niveau L3).

Cet institut universitaire paramédical – qui présente un niveau de probabilité plus important que le scénario de « pôle paramédical », notamment au regard du fait que le principe de l'école reste conservé – pourrait être mono ou multi-filières. Il pourrait concerner soit une filière avec un grand nombre d'étudiants (par exemple une école universitaire en soins infirmiers), soit des filières avec des socles communs d'enseignements (par exemple une école en rééducation regroupant les métiers de kinésithérapeute, psychomotricien, orthophoniste, orthoptiste). Ce modèle semble plus délicat à instaurer s'il regroupe l'intégralité des filières paramédicales, du fait d'une plus grande divergence des activités, cultures professionnelles et modes de faire.

**L'Institut Universitaire Paramédical dispose d'une autonomie budgétaire.** Le budget est négocié chaque année avec le Conseil Régional, sans intermédiation de l'université. Pour l'ensemble du budget, à savoir la dotation du conseil régional, la taxe d'apprentissage, les recettes issues des droits de formation initiale et continue, l'institut doit néanmoins présenter son plan budgétaire à l'université lors d'une conférence budgétaire annuelle. En fonction de la latitude vis-à-vis de l'université, l'institut peut formaliser ou non ses relations budgétaires avec cette dernière à travers un contrat d'objectifs et de moyens.

Cependant, indépendance ne signifie en aucun cas absence de relations. Ainsi, pour que l'intégration de l'école à l'université soit source de cohérence et de performance, le directeur de l'Institut gagne à être présent dans les instances de gouvernance de l'université (Conseil d'Administration, Conseil des Etudes et de la Vie Universitaire, Conseil scientifique...) ou en lien étroit avec celles-ci.

**Ce modèle permet une forte mutualisation avec l'université,** que ce soit en matière d'outils de gestion, de modalités de recrutement des étudiants, de centres de ressources, de laboratoires de recherche... Cette intégration et ces synergies ne vont cependant pas à l'encontre de la relative indépendance de l'institut qui peut garder sa spécificité et disposer de ses propres services, notamment sur les fonctions jugées « stratégiques », comme par exemple la direction de la formation, le service de scolarité ou encore une cellule de pilotage et gestion financière.

**Du fait de l'intégration à l'Université, ce modèle rend les écoles indépendantes des établissements de santé et les dispensent de l'autorisation du conseil régional.** Par ailleurs, le GCS permettant le conventionnement avec l'université et le conseil régional devient a priori inutile. Enfin, les relations avec les CHU tendent à se simplifier puisque celles-ci s'inscrivent dans le cadre de la convention CH et U signée pour toutes les formations médicales et paramédicales.

En revanche, cela suppose une obligation de répondre aux normes universitaires, que ce soit en termes pédagogiques (les modalités de contrôle de connaissance, par exemple) ou de statuts des agents de l'institut (un système de mandats de cinq ans renouvelables une fois pour la fonction de directeur).

**Un des avantages de ce scénario réside dans sa « plasticité ». En effet, ce modèle convient tant à des instituts universitaires de petite taille (promotion de 50 étudiants) qu'à des instituts de plus grande taille (promotion de 500 étudiants).** En effet, comme en témoigne les modèles approchants – les IUT et l'École de Maïeutique – le système de l'école ou de l'institut « composante de l'université » s'adapte à des masses d'étudiantes d'ampleur variable. L'organisation s'adapte bien évidemment à ces effets « volumes », avec notamment un secrétariat général et des directions fonctionnelles plus ou moins étoffées, et une interdépendance avec les ressources universitaires plus ou moins importante.

**En termes de maillage territorial, celui-ci tend à être plus faible que dans la configuration actuelle,** du fait de l'intégration à l'université et d'un positionnement à l'échelon régional. Néanmoins, ce système permet l'existence de départements décentralisés. In fine, ce scénario pourrait se structurer selon la dichotomie suivante : un site principal dans la métropole régionale et de sites décentralisés dans les villes moyennes. Ces « antennes » pourraient rejoindre les pôles universitaires locaux.

**Ce modèle reste néanmoins assez fragile, et ce pour au moins deux raisons.** D'une part, le positionnement des instituts universitaires paramédicaux gagnerait à se structurer par le biais d'un réseau national porteur de cohérence et de visibilité, comme c'est le cas actuellement pour les IUT.

D'autre part, ce scénario soulève une série de questionnements autour du statut et du profil des agents de l'institut, notamment du directeur. Le fait de ne pas être un personnel universitaire fait courir le risque d'un remplacement par d'autres profils que ceux de directeurs de soins et de cadres de santé, occupant actuellement les postes de direction des instituts. Une telle transformation supposerait d'accompagner les ressources humaines dans une transition professionnelle et notamment une universitarisation (accompagnement à l'obtention d'un doctorat, voire d'une Habilitation à Diriger des Recherches).

## **B. La répartition des rôles**

**Au sein de ce modèle d'organisation, les rôles se répartissent de la manière suivante :**

- **Le Conseil d'Institut joue le rôle d'instance de décision et d'élaboration de la stratégie. Il s'occupe notamment du vote du budget, de la validation des formations, de la validation du règlement intérieur...** Il peut être assisté dans sa prise de décision par le conseil pédagogique et le conseil scientifique qui formulent des orientations et des recommandations en amont.

- **Le directeur de l'Institut Universitaire Paramédical, nommé par le Conseil d'Institut, porte la stratégie définie et la met en œuvre.** Il pilote et coordonne les départements placés sous sa responsabilité. Il prend par ailleurs en charge l'administration et la gestion financière, avec le soutien du Secrétariat Général. Enfin, sa fonction comporte une dimension de relations et de partenariats, qu'il s'agisse des autres instances de l'université ou d'acteurs extérieurs : dans cette perspective, le directeur porte la politique de l'institut et son développement. Dans le cas d'une école universitaire, le directeur est nommé par le ministère de l'éducation nationale et le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, sur proposition du conseil d'institut. Il est également agréé par le conseil régional. Dans le cas d'un institut universitaire, le directeur est élu par le conseil d'institut.
- **Le comité de direction, constitué de l'ensemble des directeurs de département et du directeur de l'institut universitaire paramédical, fonctionne comme une instance de délibération et de décision collégiale pour les aspects pédagogiques et opérationnels.** Contrairement au Conseil d'Institut, qui se réunit trois à quatre fois dans l'année, le comité de direction se mobilise plus fréquemment, de manière hebdomadaire ou bi-mensuelle par exemple.
- **Le secrétariat général, dirigé par un cadre de gestion administrative, rassemble l'intégralité des fonctions support de l'institut universitaire paramédical :** finances, informatique, RH, administration, achats, juridique, communication... Il fonctionne comme un instance de mutualisation et d'optimisation des moyens matériels, techniques, pédagogiques et financiers et sert d'appui au directeur dans le pilotage et la gestion administrative.
- **Les directions fonctionnelles viennent soutenir les départements sur trois dimensions :** la formation continue et la construction d'offres nouvelles ; la recherche appliquée au champ paramédical en lien avec les laboratoires de l'université ; le rayonnement extérieur de l'institut.
- **Les adjoints au directeur, à la tête des départements sont davantage centrés sur la dimension pédagogique que sur les aspects stratégiques.** Les départements sont réunis autour d'un projet pédagogique commun et jouent la carte de la mutualisation, avec par exemple des enseignements, des intervenants et des formateurs communs.

### C. Les impacts du modèle

**En termes de gouvernance,** l'Institut Universitaire Paramédical possède un « conseil d'administration » propre, dont les membres sont à identifier. Le directeur de l'Institut, le Président de l'Université, les représentants des enseignants formateurs pourraient en faire partie. Par ailleurs, le directeur de l'institut est présent dans les autres instances de gouvernance de l'université, afin de représenter et faire entendre le point de vue de l'école.

Quelques questions demeurent en suspens, au regard des transformations en cours dans la sphère universitaire. Avec la mise en place des Communautés d'Universités et d'Etablissements (COMUE), comment les instituts universitaires paramédicaux peuvent-ils trouver une place et une visibilité pour ne pas « se dissoudre dans la masse » ? Une des pistes à explorer pour répondre à cette interrogation consisterait à mettre en place un réseau d'instituts universitaires paramédicaux à l'échelle nationale, pour gagner en pouvoir de négociation et en représentation, à l'image de ce qui existe aujourd'hui pour les IUT.

En ce qui concerne **le maillage territorial**, celui-ci serait a priori moindre que dans la configuration actuelle. Ce scénario comprendrait un niveau régional et des sites décentralisés dans quelques villes de taille moyenne.

Il s'agit d'une organisation rationalisée, dans la mesure où beaucoup de fonctions peuvent être mutualisées avec l'université. Néanmoins, l'institut détient l'autonomie nécessaire pour internaliser certaines fonctions jugées stratégiques ou essentielles à son fonctionnement (cellule de pilotage financier, direction de la formation, service scolarité...)

**Le pilotage** de l'institut est porté par son directeur, avec l'appui du secrétariat général ou du cadre dédié à la gestion. L'institut dispose d'une autonomie budgétaire, avec une négociation annuelle directe avec le conseil régional. L'interface avec l'université sur les aspects financiers se fait via un plan budgétaire présenté lors d'une conférence annuelle.

En matière de **fonction du directeur d'institut**, l'intégration à l'université pose directement la question du profil et du statut de ce dernier.

Le directeur est un enseignant-chercheur : il dispose par conséquent d'un doctorat. En outre, il exerce cette fonction pour un mandat de cinq ans renouvelable une fois. Il ne s'agit pas, comme dans le modèle actuel d'organisation des instituts de formation, d'un poste que l'on peut occuper sans durée limitée. Par ailleurs, le statut d'enseignant-chercheur suppose que le directeur continue à consacrer une partie de son temps de travail à ces activités. En termes de compétences, le directeur d'un institut universitaire paramédical doit donc être capable de se positionner à la fois sur les volets « pédagogie », « recherche », « pilotage », « management d'équipe ».

Dans une optique d'accompagnement du changement, une direction bicéphale – un professeur d'université et un directeur – pourrait être mise en place dans les premières années d'existence de l'institut, en attendant que les directeurs de soins se soient « universitarisés ».

Cette question du statut du directeur fait écho aux problématiques plus larges en termes de **gestion des ressources humaines** que suppose ce scénario. La question des statuts – fonction publique hospitalière versus personnel universitaire – pose de fait un véritable enjeu d'évolution des RH. Le risque étant qu'une mise en concurrence se fasse entre enseignants-chercheurs et directeurs de soins ou formateurs, au détriment de ces derniers. Un accompagnement des directeurs d'instituts et des formateurs vers l'obtention du doctorat serait à mettre en place, afin de minimiser les impacts de l'intégration à l'université. Par ailleurs, le basculement des personnels relevant de la fonction publique hospitalière vers une statut universitaire soulève l'épineuse question de la gestion des carrières, des statuts et des rémunérations.

**En termes d'offres de formation**, ce modèle présente un certain nombre d'attraits. Tout d'abord, le modèle de l'institut composante de l'université permet de garder la dimension professionnalisante, tout en bénéficiant des ressources académiques produites les facultés. Ensuite, ce modèle est particulièrement favorable au développement de la recherche. Enfin, ce scénario permet de creuser les synergies à établir entre sphères paramédicale, médicale, sciences humaines et sociales... La proximité avec d'autres UFR pourrait favoriser à termes les enseignements « croisés », les offres de formation communes, les passerelles entre formations. Dans cette perspective, la question de la première année commune aux formations médicales et paramédicales, telle qu'elle a été formalisée par Jean-Yves Le Déaut<sup>8</sup>, se soulève avec davantage de prégnance.

Néanmoins, ce modèle risque d'offrir de plus faibles marges de manœuvre concernant le développement d'offres nouvelles, notamment pour ce qui relève de la formation paramédicale continue. Cela est à relier une culture de la formation continue médicale ou paramédicale plus faible à l'université que dans les centres hospitaliers<sup>9</sup>, même si les universités s'emparent de plus en plus de cette thématique.

## **D. Les avantages et limites du modèle**

**En conclusion, le scénario de « Institut Universitaire Paramédical » est en phase avec les évolutions à moyen terme suivantes :**

- La rationalisation des écoles paramédicales, avec la mise en place d'un institut ou d'une école « composante » de l'université, au niveau régional ;
- La simplification de la gouvernance, avec une intégration à l'université permettant néanmoins de garder autonomie et souplesse ;

---

<sup>8</sup> Le Déaut J-Y. « Refonder l'Université, dynamiser la recherche » (2013)

<sup>9</sup> Rapport IGAS IGAENR « Les formations paramédicales : bilan et poursuite du processus d'intégration dans le dispositif LMD », 2013

- Un maillage territorial moins dense, mais qui laisse la possibilité de départements décentralisés dans des villes moyennes ;
- La convergence des filières paramédicales ;
- Le développement de la recherche dans le champ du paramédical, à travers la mise en place d'une direction fonctionnelle dédiée aux différents niveaux de l'organisation ;
- L'évolution du rôle de directeur d'établissement, avec l'avènement du modèle d'enseignant-chercheur élu pour un mandat de cinq ans renouvelable une fois ;
- La mise en concurrence des directeurs et formateurs avec des profils universitaires.

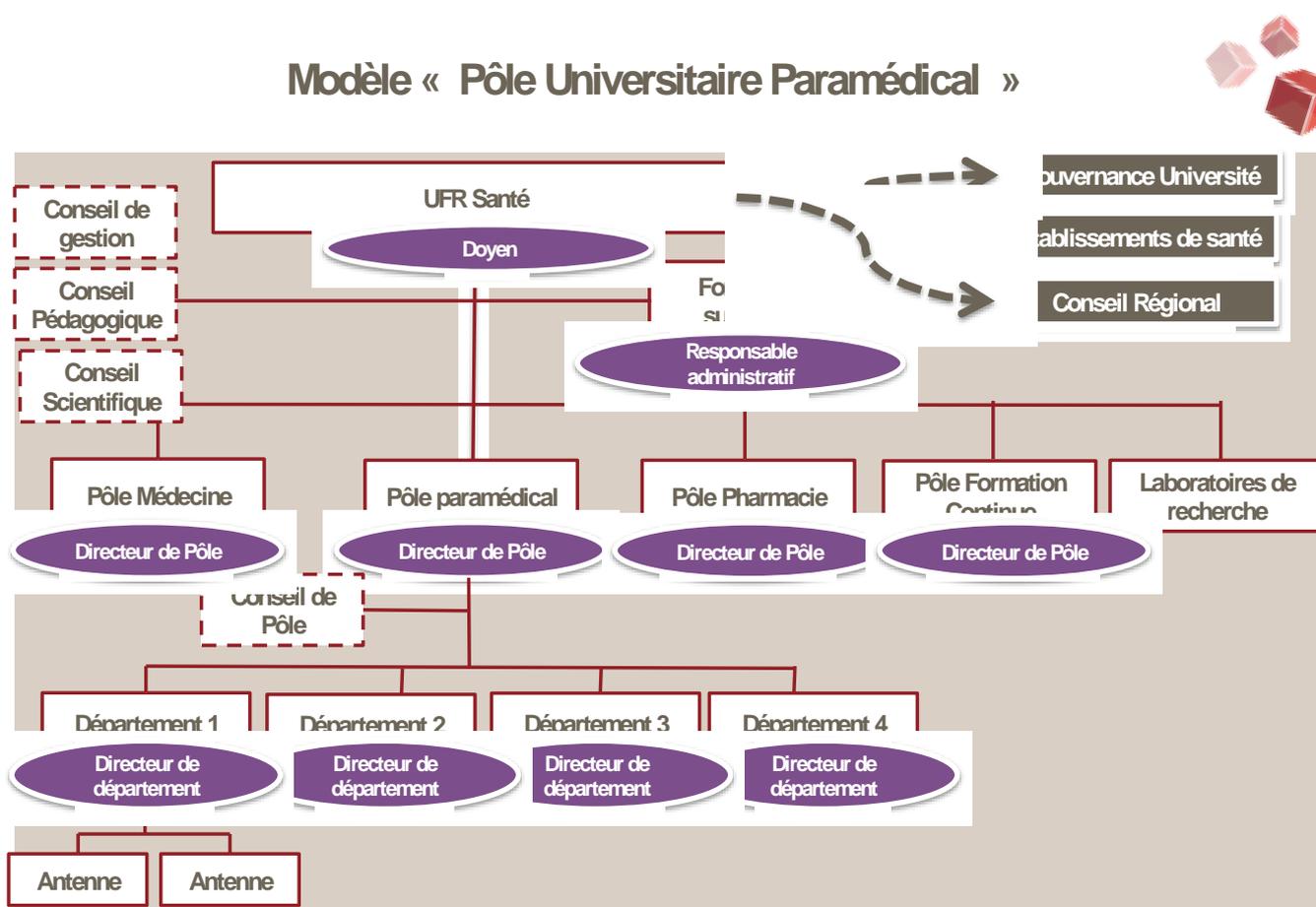
**Les avantages et limites de ce modèle peuvent se synthétiser de la manière suivante :**

	<b>Avantages</b>	<b>Limites</b>
<b>Gouvernance</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une gouvernance simplifiée</li> <li>▪ Une capacité pour l'institut à mettre en œuvre une stratégie propre, au sein de l'université</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un risque d'isolement des instituts, dans l'université ou dans les COMUE</li> </ul>
<b>Maillage territorial</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La possibilité de mettre en place des départements décentralisés, en fonction des besoins des territoires de santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un moindre maillage territorial que dans la configuration actuelle</li> <li>▪ La question de l'articulation avec les lieux de stages</li> </ul>
<b>Rationalisation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une mutualisation forte avec l'université</li> <li>▪ La possibilité d'internaliser certaines fonctions « stratégiques »</li> <li>▪ La souplesse dans la taille à atteindre pour l'institut</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un risque de bureaucratisation</li> </ul>
<b>Pilotage</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une autonomie du directeur d'institut dans le pilotage</li> <li>▪ Une collégialité des décisions opérationnelles à travers un comité de direction</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une perte d'autonomie pour les anciens directeurs d'instituts devenus « directeurs de départements »</li> </ul>
<b>Fonction de directeur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une plus grande autonomie du directeur du fait de la rationalisation des tutelles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une « mise en concurrence » pour la direction des instituts de formation et des départements avec des profils universitaires</li> <li>▪ Un accompagnement au repositionnement de la fonction de directeur vers le métier d'enseignant-chercheur à anticiper</li> <li>▪ Le passage d'un poste à un mandat pour la fonction de direction à anticiper</li> </ul>
<b>Ressources financières</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une autonomie budgétaire avec négociation en direct avec le conseil régional</li> <li>▪ Une mutualisation forte avec l'université sur certains postes de coûts</li> <li>▪ Une plus forte capacité d'investissement et de développement des fonds propres</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une moindre culture universitaire de la formation continue, qui peut limiter son développement et son « apport financier »</li> </ul>
<b>Ressources humaines</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La possibilité de mutualiser les RH avec l'université</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une mise en concurrence avec des profils universitaires</li> <li>▪ La question des statuts, salaires et carrière avec l'universitarisation des agents</li> <li>▪ Un accompagnement pour l'obtention d'un doctorat pour les directeurs/formateurs à anticiper</li> </ul>
<b>Offre de formation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une formation à la fois professionnalisante et nourrie par la recherche</li> <li>▪ Des formations pluri-professionnelles et pluridisciplinaires, diversifiées</li> <li>▪ La possibilité de mutualiser les enseignements (question de la première année commune aux formations médicales et paramédicales ?)</li> <li>▪ La capacité à construire de nouvelles offres innovantes, en s'appuyant sur les ressources et les réseaux universitaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un risque de théorisation de la formation</li> <li>▪ Une plus faible culture de la formation continue à l'université</li> </ul>

## VI. Le modèle « Pôle Universitaire Paramédical »

### A. Description du modèle

Ce scénario n'existe pas encore. Il s'inspire des Unités de Formation et de Recherche et des Pôles universitaires et donne à voir ce à quoi pourrait ressembler une « universitarisation aboutie » des formations paramédicales.



Dans ce scénario, les instituts paramédicaux sont totalement intégrés à l'Université, sous la forme de départements regroupés au sein d'un pôle paramédical. Ce pôle, qui se positionne comme l'une des entités d'une UFR « Santé », « coexiste » avec d'autres pôles, comme celui de médecine, de pharmacie, de formation continue et avec des laboratoires de recherche. L'UFR « Santé » permet de positionner dans l'organisation toutes les disciplines sur un même pied d'égalité, et éviter ainsi une suprématie du médical sur le paramédical.

Au sein de ce pôle se trouvent des départements, correspondant aux différentes disciplines paramédicales. Si, juridiquement, la notion de département n'existe plus, ceux-ci néanmoins perdurent en tant qu'entités dans de nombreux pôles d'UFR. Tout ou partie des disciplines paramédicales peuvent être présentes au sein du pôle, dont le périmètre d'activité serait plus ou moins étendu : pôle « paramédical », pôle « soins infirmiers », pôle « rééducation »...

De part sa nature transverse et son intégration au sein d'une UFR « Santé », ce pôle se situe dans une logique de transdisciplinarité, dans un souci de mutualisation des enseignements (médicaux et paramédicaux) et dans une volonté de collaboration des différents corps de métier autour du patient.

Par ailleurs, la création de « pôles universitaires paramédicaux » s'inscrit dans la dynamique impulsée par les accords de Bologne et constitue une réponse à l'enjeu d'uniformisation de la formation paramédicale au niveau européen et international. Elle converge en outre avec l'universitarisation qu'appellent de leurs vœux les associations étudiantes.

**En termes d'organisation, la personnalité morale est portée par l'université. Pour le volet financier, un dialogue de gestion s'opère entre les UFR et celle-ci.** Les UFR disposent donc d'une marge de manœuvre dans l'allocation des moyens et l'élaboration de leur stratégie, mais il s'agit d'une autonomie relative. Les orientations stratégiques sont données par le système de gouvernance centrale de l'université (Conseil d'Administration, Comité scientifique, Commission de la formation et de la vie étudiante).

Assez logiquement, le pôle ne dispose pas d'autonomie budgétaire. Il conviendrait de s'interroger de manière plus précise sur les circuits financiers à mettre en place dans ce scénario : est-il possible d'envisager que le budget négocié chaque année avec le conseil régional soit directement fléché vers le pôle, à l'image de ce qui se fait actuellement pour le financement des contrats de recherche ?

Du fait de son caractère « intégré », ce modèle rationalise l'organisation des instituts paramédicaux et permet des économies d'échelle, en jouant sur des effets volumes. Dans un souci de maillage territorial, il est néanmoins possible de créer des antennes ou des sites délocalisés, rattachés à des départements thématiques.

Cependant, ce modèle suppose de réfléchir à la maîtrise du coût que représente l'intégration des écoles paramédicales pour l'université. L'évaluation du processus d'universitarisation tend à démontrer que ses impacts financiers sont ambivalents pour les universités<sup>10</sup>, qui peuvent par conséquent être réticentes à cette dynamique.

**Ce scénario induit de lourdes transformations en matière de relation entre instituts et parties prenantes du secteur de la formation paramédicale.**

---

<sup>10</sup> Rapport IGAS IGAENR « Les formations paramédicales : bilan et poursuite du processus d'intégration dans le dispositif LMD », 2013

Ce modèle rend les écoles, regroupées en pôle intégré à l'université, indépendantes des établissements de santé et les dispensent de l'agrément du conseil régional.

Les relations avec les CHU tendent à se simplifier puisque celles-ci s'inscrivent dans le cadre de la convention CH et U signée pour toutes les formations médicales et paramédicales.

En revanche, il y a obligation de répondre aux normes universitaires, notamment en termes de statuts et de niveau de diplôme des ressources humaines. Comme dans le scénario d'institut universitaire paramédical, se pose la question de l'obtention d'un doctorat ou d'une HDR pour les directeurs et les formateurs des actuelles écoles.

**Ce modèle constitue en effet une révolution « culturelle » en termes de fonctionnement et d'identités professionnelles. A ce titre, il suppose un accompagnement du changement anticipé, notamment en termes de gestion des ressources humaines.** Pour les formateurs et directeurs d'instituts paramédicaux, le fait de ne pas être un personnel universitaire fait courir le risque d'un remplacement par d'autres profils que ceux de directeurs de soins et de cadres de santé. Il convient donc d'accompagner leur repositionnement vers des postes d'enseignant-chercheur, en facilitant notamment l'obtention d'un doctorat et d'une qualification comme maître de conférence.

Dans cette perspective, il est pourrait être pertinent de juxtaposer deux modèles d'organisation afin de faciliter le processus d'universitarisation. Un premier modèle correspondrait à l'intégration au sein d'un département universitaire pour les instituts qui sont prêts à franchir le pas. A côté de celui-ci, un second modèle correspondrait à la persistance d'écoles paramédicales locales, amenées à développer des liens de partenariats forts avec le pôle paramédical de l'université. De même, durant cette période transitoire, il est possible d'imaginer des directions bicéphales dans les départements – un ex-directeur d'école et un enseignant-chercheur –, le temps que les ex-directeurs « s'universitarisent ».

La montée en puissance des ressources humaines sur la dimension scientifique constitue un enjeu d'autant plus prégnant que ce scénario d'organisation est particulièrement favorable au développement et à l'institutionnalisation de la recherche en sciences paramédicales. Le pôle paramédical est de fait en lien étroit avec les laboratoires de recherche pluridisciplinaire de l'UFR Santé et des autres UFR de l'université.

## **B. La répartition des rôles**

**Au sein de ce modèle d'organisation, les rôles se répartissent de la manière suivante :**

- **Le Conseil de Gestion de l'UFR « Santé » détermine la stratégie de l'UFR en conformité avec les orientations politiques de l'université.** A titre indicatif, son périmètre d'intervention porterait sur les champs suivants : propositions d'affectation ou de création des postes hospitalo-universitaires ;

établissement des programmes généraux d'activité et organisation des enseignements ; détermination des méthodes pédagogiques, des procédés de contrôle des connaissances et de l'organisation des examens ; répartition des moyens ; adoption du budget ; adoption des conventions et contrats avec d'autres unités ou organismes, établissement et révision des statuts et du règlement intérieur... Ce conseil est constitué des collèges élus (Collège des Professeurs et personnels assimilés ; Collège des autres Enseignants et assimilés ; Collège des Praticiens Hospitaliers ; Collège des usagers ; Collège des personnels administratifs et techniques) ainsi que de personnalités extérieures (CR, ARS, Conseil de l'ordre, DR du service médical CNAM, DG CHU...). Le collège de gestion élit le directeur de l'UFR.

- **Le directeur de l'UFR ou doyen est élu parmi les enseignants-chercheurs pour un mandat de cinq ans renouvelable une fois. Il prépare, met en œuvre les décisions du conseil de gestion et assure le fonctionnement de l'unité.** Il est notamment en charge de la gestion administrative et financière de l'UFR : à ce titre, il élabore le budget et peut recevoir délégation de signature du président de l'université pour l'ordonnancement des recettes et des dépenses de l'UFR. Il est pour ce faire assisté par le responsable administratif des fonctions supports. Le directeur a par ailleurs qualité pour signer, au nom de l'Université, la Convention ayant pour objet de déterminer la structure et les modalités de fonctionnement du CHU après qu'elle ait été soumise à l'approbation du Président de l'Université et votée par le Conseil d'administration de l'Université. Plus généralement, il a un rôle de représentation de l'UFR « Santé » auprès des organismes extérieurs
- **Le conseil scientifique et le conseil pédagogique**, situés au niveau de l'UFR, jouent le rôle d'organes consultatifs en matière de développement de la recherche en sciences médicales et paramédicales et de politique pédagogique de l'UFR « Santé ».
- **Le directeur de pôle** gère le pôle et concrétise opérationnellement les orientations prises par le conseil de gestion de l'UFR et le conseil de Pôle.
- **Le conseil de pôle, constitué du directeur de pôle et des directeurs de départements**, dessine collégalement les orientations du pôle, dans la ligne stratégique de l'UFR : organisation du travail et des activités pédagogiques, gestions des stages, développement de relations et partenariats...
- **Le directeur de département** gère et manage le département dans ses aspects opérationnels.

### C. Les impacts du modèle

**En termes de gouvernance**, ce scénario s'inscrit dans le système universitaire, avec ses différents niveaux de prise de décision : le niveau « central » (avec un conseil d'administration, un conseil scientifique, une commission de la formation et de la vie étudiante), le niveau de l'UFR (comprenant un conseil de gestion, un conseil scientifique et un conseil pédagogique) et le niveau du Pôle Paramédical (Conseil de Pôle). Si l'on s'intéresse plus précisément à la répartition des rôles, les organes centraux de gouvernance se positionnent

sur la formulation de la stratégie. Les instances situées au niveau de l'UFR Santé sont dotées d'une certaine autonomie et capacité à fixer la stratégie de l'unité, dans le cadre des grandes orientations politiques formulées par l'université. Le conseil de pôle se situe davantage sur les dimensions opérationnelles (pédagogie, organisation de l'activité...).

**En ce qui concerne le maillage territorial**, celui-ci est moindre que dans la configuration actuelle, malgré la possibilité de mettre en place des systèmes d'antennes délocalisées et rattachés aux différents départements paramédicaux. Ce scénario est même a priori celui où le maillage territorial serait le moins dense, avec une concentration des formations à l'échelon régional et dans quelques villes de taille moyenne.

**Ce modèle est de fait très rationalisé** et mutualisé, puisque les départements correspondant aux « anciens instituts » ont désormais accès à une multitude de ressources matérielles et immatérielles : centres de simulations partagés avec les autres pôles de l'UFR Santé, visioconférences, e-learning, centres de ressources documentaires...

**En matière de pilotage**, celui-ci est porté par le directeur de l'UFR, avec une autonomie relative, comme en témoigne le dialogue de gestion qui s'opère entre l'unité et l'université. L'U.F.R. peut porter la responsabilité administrative et financière des enseignements, des laboratoires et des services communs qui lui sont rattachés par décision du Conseil d'Administration de l'Université. Elle dispose de la latitude nécessaire, par conséquent, pour intervenir en matière de locaux, de personnels et de gestion de matériels, notamment pour répartir les moyens qui lui sont attribués par les instances de l'Université.

Si l'on s'intéresse à présent **aux fonctions de directeur de pôle et de département**, force est de constater qu'elles sont assez différentes de l'actuel poste de directeur d'institut paramédical. En termes de profils notamment, il s'agit désormais d'enseignants-chercheurs, auxquels l'université alloue une décharge d'activité pour l'organisation fonctionnelle, la coordination, le management, le projet pédagogique (du département ou du pôle), une représentation et une participation dans les différentes instances de l'université.

Ces fonctions jouiraient a priori d'une moindre autonomie que dans la configuration actuelle, dans la mesure où la stratégie et le pilotage sont portés par le directeur de l'UFR et les instances « centrales » de gouvernance de l'université.

Comme évoqué précédemment, durant la période transitoire d'universitarisation des directeurs d'institut paramédical, il pourrait être intéressant de mettre en place une direction de département bicéphale composé d'un ancien directeur d'institut et d'un enseignant-chercheur. La répartition des rôles resterait néanmoins à clarifier.

Dans ce scénario, les impacts sur **les ressources humaines** sont conséquents, du fait de l'intégration à l'université. Le métier de formateur et de directeur d'institut évolue vers celui d'enseignant-chercheur, ce qui suppose une montée en compétences sur de nouveaux champs d'activité – recherche, publications scientifiques, communications nationales et internationales, recherche de financements pour les projets de recherche ... – et une recomposition de l'identité professionnelle. Un accompagnement vers l'obtention du doctorat pour les professionnels concernés serait à envisager dans ce scénario. Des systèmes de détachements ou de temps partiels pourraient être proposés dans les instituts de formation paramédicale, en amont de l'intégration à l'université, de afin de pouvoir disposer d'un nombre suffisant d'agents détenteurs d'un doctorat.

A terme, un système équivalent au PUPH pourrait se mettre en place pour les enseignants-chercheurs paramédicaux.

Comme dans le scénario précédent d'institut universitaire paramédical, se pose ici avec acuité la question des statuts, des parcours professionnels et des grilles salariales. D'autant que, dans ce modèle d'organisation, émerge le risque d'une mise en concurrence et d'un remplacement des agents issus de la Fonction Publique Hospitalière par des personnels universitaires.

En matière de **ressources financières**, se pose la question des circuits à mettre en place pour les subventions du Conseil Régional : un système de fléchage « direct » vers le pôle paramédical est-il à envisager ? Le pôle disposerait également des ressources financières que pourrait lui octroyer l'université dans le cadre du dialogue de gestion et du plan budgétaire établi annuellement au sein de l'UFR.

En termes **d'offres de formation**, ce scénario présente un certain nombre de similitudes avec le modèle précédent d'institut universitaire paramédical.

Du fait d'une intégration au sein d'une UFR Santé, la question de la première année de formation commune aux formations médicales et paramédicales<sup>11</sup> se pose avec davantage d'acuité.

La formation peut, dans ce cadre universitaire, évoluer vers davantage de pluridisciplinarité et de pluri-professionnalité, avec par exemple la mise en place de cours mutualisés pour les étudiants médicaux et paramédicaux, des mises en situation « testant » la capacité de différents métiers à collaborer autour du patient...

L'intégration à l'université facilite également à l'accès à des formations de niveau master ou doctorat pour les étudiants, et ouvre ainsi les possibilités en matière de projets professionnels.

La formation tendra à se théoriser, ce qui permettra aux étudiants de gagner en réflexivité (soit l'analyse de sa propre pratique à partir d'un référentiel). Cette théorisation des apprentissages comporte néanmoins le risque de moindre professionnalisation ou opérationnalisation du cursus de formation proposé. Dans ce scénario, la

---

<sup>11</sup> Le Déaut J-Y. « Refonder l'Université, dynamiser la recherche » (2013)

formation est nourrie et actualisée en permanence par la recherche. Les étudiants peuvent être formés aux travaux de recherche et en mesure, en tant que professionnels de se nourrir au fil de leurs parcours des avancées scientifiques.

Enfin, en matière de recherche, ce modèle est l'un des plus favorables au développement et à la reconnaissance de ces activités de recherche dans le champ paramédical. La structuration progressive de la recherche appliquée aux problématiques paramédicales pourrait à terme évoluer vers la création d'une section ou d'une sous-section CNU spécifique. Néanmoins, l'intégration à l'université porte le risque pour la recherche paramédicale de se voir appliquer d'emblée les règles de fonctionnement universitaire alors même qu'il s'agit d'un champ en structuration. Les objectifs de publications ou de recherche de financements pour les projets de recherche pourraient avoir des effets « inhibiteurs » sur une organisation naissante.

#### **D. Les avantages et limites du modèle**

**En conclusion, le scénario de « Pôle Universitaire Paramédical » est en phase avec les évolutions à moyen terme suivantes :**

- La rationalisation des écoles paramédicales, avec l'intégration des instituts au sein d'une UFR « Santé » sous la forme d'un pôle dédié ;
- La simplification de la gouvernance, avec l'intégration à l'université ;
- Un maillage territorial moins dense, mais qui laisse la possibilité de sites décentralisés dans des villes moyennes ;
- La convergence des filières paramédicales et médicales ;
- Le développement de la recherche dans le champ du paramédical, avec la présence de laboratoires de recherche dans l'UFR « Santé » ;
- L'évolution du rôle de directeur, avec l'avènement du modèle d'enseignant-chercheur ;
- La mise en concurrence des directeurs et formateurs avec des profils universitaires.

**Les avantages et limites de ce modèle peuvent se synthétiser de la manière suivante :**

	<b>Avantages</b>	<b>Limites</b>
<b>Gouvernance</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une gouvernance simplifiée</li> <li>▪ Un positionnement « égalitaire » par rapport aux autres disciplines</li> <li>▪ Un positionnement renforcé par rapport aux parties prenantes extérieures</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un risque de moindre autonomie et de centralisation des décisions, du fait des nombreuses instances de gouvernance et de décision</li> </ul>
<b>Maillage territorial</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La possibilité de mettre en place des antennes, dans des villes de tailles moyennes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un maillage territorial plus faible que dans la configuration actuelle</li> <li>▪ La question de l'articulation avec les lieux de stages</li> </ul>
<b>Rationalisation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une modèle rationalisé et intégré, que ce soit à l'intérieur du pôle paramédical ou hors de celui-ci</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un risque de bureaucratisation</li> </ul>
<b>Pilotage</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un pilotage transversal aux différentes disciplines relevant de la santé, permettant une mise en cohérence inédite</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une perte d'autonomie pour les anciens directeurs d'instituts devenus « directeurs de départements »</li> </ul>
<b>Fonction de directeur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un directeur de pôle paramédical sur un pied d'égalité avec les autres directeurs de pôles de l'UFR « Santé »</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une « mise en concurrence » pour la direction des instituts de formation et des départements avec des profils universitaires</li> <li>▪ Un accompagnement au repositionnement de la fonction de directeur vers le métier d'enseignant-chercheur à anticiper</li> <li>▪ Le passage d'un poste à un mandat pour la fonction de direction à anticiper</li> <li>▪ Un directeur de pôle a priori centré davantage sur les aspects opérationnels et pédagogiques que stratégiques</li> </ul>
<b>Ressources financières</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une plus grande force de frappe financière</li> <li>▪ Une forte mutualisation des coûts et des recettes</li> <li>▪ Une plus forte capacité d'investissement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une plus faible marge de manœuvre en termes d'allocation des budgets</li> <li>▪ Une moindre culture universitaire de la formation continue, qui peut limiter son développement et son « apport financier »</li> </ul>
<b>Ressources humaines</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La possibilité de mutualiser les RH avec l'université</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une mise en concurrence avec des profils universitaires</li> <li>▪ La question des statuts, salaires et carrière avec l'universitarisation des agents</li> <li>▪ Un accompagnement pour l'obtention d'un doctorat pour les directeurs/formateurs à anticiper</li> </ul>
<b>Offre de formation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une formation à la fois professionnalisante et nourrie par la recherche</li> <li>▪ Des formations pluri-professionnelles et pluridisciplinaires, diversifiées</li> <li>▪ La possibilité de mutualiser les enseignements (question de la première année commune aux formations médicales et paramédicales ?)</li> <li>▪ La capacité à construire de nouvelles offres innovantes, en s'appuyant sur les ressources et les réseaux universitaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un risque de théorisation de la formation</li> <li>▪ Une plus faible culture de la formation continue à l'université</li> </ul>



# Partie III

## Annexes

### I. Bibliographie

## I. Bibliographie

- Bubien Y., Bourrel P., « Hôpital-Ecole, une alliance entre instituts de formation et unités de soins », Soins Cadres, n°91, août 2014
- De Singly C., « Rapport de la mission cadres hospitaliers », Septembre 2009
- IGAS IGAENR « Les formations paramédicales : bilan et poursuite du processus d'intégration dans le dispositif LMD », 2013
- Interface, « Avenirs pour la formation paramédicale en France – Repères pour anticiper l'évolution des structures de formation paramédicale en France à horizon 2020 », 2012
- Le Déaut J-Y. « Refonder l'Université, dynamiser la recherche », 2013
- Ministère des affaires sociales et de la santé, Stratégie Nationale de Santé, feuille de route, septembre 2013