



Directeurs des soins

Promotion : **2008**

Date du Jury : **septembre 2008**

**La démarche qualité,
un outil de management pour le
Directeur d'Institut de formation en
soins infirmiers**

Elisabeth GUILLEMAIN

Remerciements

Je souhaite adresser mes remerciements :

à l'ensemble des personnes qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire ;

à Madame Claudine HEMERY dont les conseils avisés m'ont permis de progresser dans l'écriture de ce travail ;

à Monsieur Daniel SCHAEFFER qui, depuis plusieurs années, me guide dans ma construction professionnelle ;

à mon mari et mes enfants pour leur soutien et leur patience.

Sommaire

Introduction	1
1 ETAT DE LA QUESTION	5
1.1 La démarche qualité : quelques concepts clés	5
1.1.1 Une histoire.....	5
1.1.2 Le management des processus.....	5
1.1.3 La certification et la normalisation.....	6
1.1.4 La labellisation	7
1.1.5 L'accréditation.....	7
1.2 La démarche qualité en formation professionnelle.....	7
1.2.1 Une histoire récente.....	7
1.2.2 Une multiplicité de bénéficiaires, un service co-construit	8
1.2.3 Une qualité co-construite, relative et négociée	10
1.2.4 Le choix du référentiel, une étape clé	11
1.2.5 Quelques difficultés dans la mise en place de démarches qualité en formation infirmière	12
2 Le point de vue des acteurs.....	15
2.1 La méthodologie de l'enquête	15
2.1.1 Les entretiens	15
2.1.2 Les limites de l'étude	16
2.2 Analyse des résultats.....	17
2.2.1 Les méthodes utilisées et les objectifs poursuivis dans les instituts de formation enquêtés.....	17
2.2.2 Le point de vue des professionnels exerçant dans des instituts de formation inscrits dans une démarche qualité	19
2.2.3 Le point de vue des autres bénéficiaires	22

3	Stratégie d'un directeur d'I.F.S.I. dans la mise en œuvre d'une démarche qualité.....	25
3.1	Préconisations dans la mise en œuvre de toute démarche qualité	25
3.1.1	Être accompagné par un consultant externe, spécialiste de la qualité, afin d'éviter les résistances liées au manque de culture qualité et de connaissances	25
3.1.2	Travailler le concept d'évaluation afin de lutter contre les réticences à questionner ses pratiques et pérenniser la qualité.....	26
3.1.3	Nommer un référent qualité mais veiller à l'implication de tous afin de ne pas s'épuiser.....	26
3.1.4	Prendre en compte les attentes des bénéficiaires afin de les satisfaire.....	27
3.2	La démarche qualité, véritable outil de management	28
3.2.1	Rêver l'institut de demain à partir d'un diagnostic	29
3.2.2	Choisir un référentiel qualité.....	31
3.2.3	La démarche qualité, une démarche participative.....	32
	Conclusion	35
	Bibliographie.....	37
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles et acronymes utilisés

AFNOR :	Agence Française de NORmalisation
A.N.A.E.S. :	Agence Nationale d'Accréditation en Santé
A.N.D.E.P. :	Association Nationale des Directeurs d'Ecoles Paramédicales
A.N.P.E. :	Agence Nationale pour l'Emploi
ASSEDIC :	ASSociation pour l'Emploi Dans l'Industrie et le Commerce
C.E.F.I.E.C. :	Comité d'Entente des Formations Infirmières Et Cadres
C.P.R. :	Conseiller Pédagogique Régional
C.S.P. :	Code de la Santé Publique
D.D.A.S.S. :	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
D.R.A.S.S. :	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
E.A.S. :	Elève Aide-Soignant
E.M.K :	Etudiant Masseur Kinésithérapeute
E.N.S.P. :	Ecole Nationale de la santé Publique
E.S.I. :	Etudiant en Soins Infirmiers
E.T.P. :	Equivalent Temps Plein
G.E.R.A.C.F.A.S :	Groupe d'Etudes de Recherche et d'Action pour la Formation d'Aides-Soignants
I.F.A.S. :	Institut de Formation d'Aides-Soignants
I.F.M.K. :	Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie
I.F.S.I. :	Institut de Formation en Soins Infirmiers
I.S.O. :	International Organization for Standardization (organisation internationale de normalisation)
L.M.D. :	Licence Master Doctorat
N.A. :	Non Applicable
O.P.C.A. :	Organisme Paritaire Collecteur Agréé
T.Q.M. :	Management par la Qualité Totale

Introduction

Aujourd'hui la qualité des soins est devenue une préoccupation majeure de nos concitoyens. Ainsi la moitié des Français font de la santé un élément indispensable à leur bien-être¹ et la qualité des soins est classée en deuxième position de leurs préoccupations. Le concept qualité est apparu dans le monde hospitalier dans les années 90² et s'est véritablement développé avec la création de l'Agence Nationale d'Accréditation en Santé (A.N.A.E.S.)³ et l'obligation pour les établissements de développer une politique d'évaluation des soins et des pratiques professionnelles. L'accréditation est une procédure d'évaluation externe aux établissements qui porte « *une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement (...) à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur des procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement.* »⁴, afin de garantir la « *qualité de la prise en charge des patients* »⁵ et « *l'efficience* »⁶. Ces procédures d'accréditation (terme aujourd'hui réservé à l'évaluation des pratiques professionnelles individuelles ou collectives) puis de certification (terme dédié depuis la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie) ont conduit les établissements à s'inscrire dans une démarche qualité, ce qui en soi est une véritable révolution culturelle et marque un tournant dans l'histoire hospitalière.

Dans le domaine de la formation professionnelle continue, de nombreux travaux ont été conduits dès la loi de 1971⁷ relative à la qualité de l'offre de formation continue, mais c'est, pour André VOISIN⁸, spécialiste de l'ingénierie et de la qualité de la formation, à partir de 1989 que s'est posée la question de la qualité intrinsèque de la formation. Cette question a notamment été soulevée, à cette époque, dans le rapport Brunhes sur les formations professionnelles financées par l'Etat et en lien avec le projet gouvernemental d'habilitation des organismes de formation.

¹ Sondage Sofres TNS juillet 2007.

² Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

³ Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

⁴ Art. L.6113-3 du Code de la santé publique (CSP).

⁵ Art. L.1112-2 du CSP.

⁶ Art. L.6113-2 du CSP.

⁷ Loi n°71-575 du 16 juillet 1971 portant organisation de la formation professionnelle continue dans le cadre de l'éducation permanente.

⁸ VOISIN A. « Les idées sur la qualité de la formation : panorama 1989-2000 », *Education permanente*, n°147, p. 7.

Au travers la démarche qualité, les organismes de formation recherchent aujourd'hui « à la fois des outils de management interne et des signaux externes de positionnement sur le marché »⁹, alors que les financeurs y voient « un moyen de réduire les coûts, d'accroître l'adéquation des prestations avec leurs attentes »¹⁰.

Dans le domaine sanitaire, l'évaluation des pratiques professionnelles et la création de parcours personnalisés et professionnalisant conformément à la loi n°2002-73 du 17 janvier 2002 relative à la modernisation sociale, l'approche métier avec notamment la création de référentiels métiers, de référentiels de compétences, de référentiels d'activités et de formation, et la réingénierie des diplômes, sont autant d'éléments qui imposent d'objectiver et de mesurer la qualité des formations initiales.

Par ailleurs, la formation infirmière s'inscrit dans l'espace européen de la formation supérieure, celui des accords de Bologne signés en 1999, qui ont pour objectifs de bâtir des programmes de formation communs, de créer des réseaux entre les différents organismes, de s'accorder sur des indicateurs qualité et d'inscrire les formations dans le système Licence, Master, Doctorat (L.M.D.).

De plus, la loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales a transféré la gestion des Instituts de Formation en Soins Infirmiers (I.F.S.I.) aux Conseils régionaux et a inscrit la formation infirmière dans le plan régional des formations professionnelles. La Région assure donc le financement des instituts de formation, propose le nombre des étudiants à former selon les besoins de la population puis répartit les quotas dans les différents instituts et attribue des aides aux étudiants. L'Etat a cependant conservé certaines prérogatives, il fixe les conditions d'accès aux formations, les programmes de formation et les modalités d'évaluation. Le représentant de l'Etat dans la région fixe les quotas, délivre les diplômes et contrôle le suivi des programmes et la qualité de la formation. Ce suivi est assuré par les services de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (D.R.A.S.S.).

En outre, notre expérience de formateur en soins infirmiers nous a permis d'identifier que pour le personnel administratif et les formateurs, il existe une difficulté forte, à la prise de poste, d'appréhender l'organisation dans son ensemble.

⁹ LE DOUARON P. « Une vision renouvelée de la qualité en formation : avancées et limites », *Education permanente*, n°147, p. 141.

¹⁰ LE DOUARON P. « Une vision renouvelée de la qualité en formation : avancées et limites », *Education permanente*, n°147, p. 141.

En effet un institut de formation a un fonctionnement très différent d'un service hospitalier. Cette difficulté est majorée par le fait que dans certains instituts demeurent de nombreux dysfonctionnements liés à une insuffisance de formalisation par écrit, une absence de traçabilité et des circuits de l'information pas toujours identifiés. D'autre part, il convient de s'interroger non seulement sur la qualité de l'organisation mais sur celle du cœur de métier, c'est-à-dire celle de la formation d'un point de vue pédagogique.

Enfin, l'institut de formation dans lequel nous prendrons nos fonctions est un institut qui connaît des difficultés de recrutement (nécessité de se faire connaître et reconnaître) et qui, dans le cadre d'une intégration sur le site d'un lycée professionnel de l'Education nationale en 2009, devra à court terme répondre à une exigence de labellisation « lycée des métiers »¹¹.

Bien que le décret n°2002-550 portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière ne fasse pas référence à la qualité dans son article 5 fixant les missions du directeur d'institut de formation ; alors que le coordonnateur général « *met en œuvre une politique d'amélioration de la qualité* » (article 4) et que la conseillère pédagogique régionale « *intervient dans le domaine de l'évaluation de la formation (...) participe à la mise au point d'indicateurs* » (article 8). Il apparaît qu'inscrire la démarche qualité comme un véritable outil de stratégie managériale pour le Directeur d'un I.F.S.I. semble pouvoir répondre aux exigences futures d'accréditation, de labellisation ou de certification. En outre, cette démarche permet au Directeur et également à l'ensemble du personnel d'appréhender pleinement l'organisation, d'en comprendre le fonctionnement, d'en découvrir les limites, de mettre en exergue les points forts et les dysfonctionnements et donc de dégager des axes d'amélioration.

Il est donc vraisemblable que dans le cadre de l'allocation des ressources, les I.F.S.I. devront répondre à des critères d'efficience, notamment dans le contexte actuel d'ouverture de filières de formation à la concurrence, du taux croissant de la « *déperdition* »¹² d'étudiants en cours de formation et de la baisse d'attractivité des professions du secteur de la santé. Par ailleurs la D.R.A.S.S. pourrait décider la mise en place d'outils afin de s'assurer de la qualité de la formation délivrée.

Nous souhaitons donc inscrire notre réflexion puis notre action dans cette évolution. Nos objectifs en qualité de futur directeur d'un Institut de formation en soins infirmiers sont de :

¹¹ Articles D.335-1 à D.335-4 du Code de l'éducation.

¹² ALLIOT S., CUBAS C., HAMMAR H., NOEL M., EL FASHI-NABILA R., février 2008, "Sorties anticipées des étudiants en Ifsi, motifs et préconisations », *Soins cadres de santé*, n°65, pp. 50-53.

- développer nos connaissances en matière de démarche qualité dans le domaine de la formation, à travers une recherche théorique et une investigation sur le terrain,
- identifier les différents clients d'un I.F.S.I. puisque la démarche qualité est par nature au service des clients d'une organisation, que nous qualifierons de bénéficiaires,
- identifier les attentes des différents bénéficiaires et se faire connaître d'eux en allant à leur rencontre,
- proposer une stratégie managériale du directeur dans la mise en œuvre d'une démarche qualité pour mieux répondre aux besoins actuels de formation.

Mais, notre expérience de l'accréditation d'un établissement de santé laisse à penser que mettre en place une démarche qualité n'est pas sans difficulté. Afin d'atteindre les objectifs fixés, il nous faut donc investiguer les difficultés possibles qui font l'objet de nos hypothèses et ce afin de développer une stratégie mieux adaptée.

Pour ce faire, notre réflexion sera guidée par la question suivante :

Pourquoi une démarche qualité peut-elle être difficile à mettre en place pour le directeur d'un Institut de formation en soins infirmiers ?

Notre recherche sera guidée par les hypothèses suivantes :

- le manque de culture qualité et de connaissances de la part des personnels administratifs et formateurs entraîne des résistances,
- la crainte de l'évaluation et l'obligation de questionner ses pratiques est un frein à la mise en place d'une démarche qualité,
- la démarche qualité nécessite un investissement réel et chronophage,
- les attentes des différents bénéficiaires répondent à des besoins multiples et pas nécessairement convergents.

Dans une première partie nous poserons l'état de la question à ce jour en tentant de clarifier les concepts en lien avec la démarche qualité et en nous appuyant sur des expériences ayant fait l'objet de publications.

Dans une deuxième partie nous présenterons la méthodologie et les résultats de l'enquête réalisée auprès de professionnels exerçant dans des instituts de formation paramédicaux ayant mis en place une démarche qualité et auprès de quelques bénéficiaires afin de cerner leurs attentes.

Dans une troisième partie nous effectuerons la synthèse des deux premières parties et élaborerons des préconisations pour le directeur d'un I.F.S.I. qui souhaite mettre en place une démarche qualité, avant de conclure ce travail de recherche professionnelle.

1 ETAT DE LA QUESTION

1.1 La démarche qualité : quelques concepts clés

1.1.1 Une histoire

Le concept de démarche qualité est issu de l'industrie. Il s'est développé à partir des années 50 en prenant appui sur les travaux de William Edwards DEMING, père de la célèbre roue (Plan : préparer, planifier ; Do : mettre en œuvre, réaliser ; Check : contrôler, évaluer ; Act : réagir, améliorer). L'objectif est d'améliorer la qualité définie comme « *l'ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites* »¹³.

Dès les années 70, au Japon, aux Etats-Unis puis en Europe, le Management par la Qualité Totale (T.Q.M.) s'est développé. « *Le T.Q.M. est dédié à la recherche de l'excellence dans le management de l'efficacité et de l'efficience opérationnelles* »¹⁴ afin de satisfaire du premier coup les attentes des clients. Le T.Q.M. adopte une approche intégrée et non partielle, l'approche partielle se réduisant souvent à un contrôle qualité à posteriori du produit fini et à une approche incident. Il s'appuie notamment sur une approche processus.

1.1.2 Le management des processus

« *Un processus est une unité opérationnelle qui rassemble un ensemble homogène de tâches de création de valeurs* »¹⁵. Une organisation peut être décrite en plusieurs processus, chaque processus pouvant lui-même être découpé en unités élémentaires. Afin de définir ces processus et unités élémentaires, une méthodologie stricte est utilisée.

Il convient, tout d'abord, de constituer un comité de pilotage qui aura la mission de définir les processus-clés. Puis, pour chaque processus-clé déterminé, un comité sera nommé, sa mission consistant à décomposer le processus-clé en processus élémentaires qui eux-mêmes seront décomposés en succession de tâches. Ainsi chaque processus sera cartographié. A partir de cette cartographie et de l'enchaînement plus ou moins

¹³ Norme ISO 8402.

¹⁴ BERNARD C. Y., Le management par la qualité totale, p. 9 et 10.

¹⁵ BERNARD C. Y., Le management par la qualité totale, p. 199.

harmonieux des tâches, des éléments de satisfaction et des dysfonctionnements seront identifiés. Un projet d'amélioration pourra alors être conduit au niveau opérationnel.

Il existe donc une double approche, globale et locale qui nécessite l'engagement de chacun des acteurs de l'organisation. Pour Claude Yves BERNARD, le management par les processus permet de « focaliser les actions de tous sur quelques priorités », susciter « l'engagement de tous », chacun peut « s'approprier une part de l'objectif » et « mesurer la valeur de sa propre contribution », « le travail en équipe s'en trouve renforcé » et enfin le management par la qualité totale « en tant que système de communication et d'apprentissage, constitue l'épine dorsale de l'organisation apprenante »¹⁶.

1.1.3 La certification et la normalisation

Il s'agit ici de vérifier la conformité aux exigences énoncées, cette conformité conduisant à la certification en regard de la norme.

La norme ISO 9001 version 2000 est particulièrement utilisée pour la certification des entreprises. Elle s'intéresse aux modes d'organisation et de régulation existant. Ce n'est donc pas le produit ou le service qui doit être conforme mais les modes d'organisation. Cette norme, qui s'intitule « système de management de la qualité », intègre le concept de management des processus, mais l'approche est simplifiée par rapport au T.Q.M. afin de permettre aux entreprises, qui n'ont pas les moyens de développer un service qualité conséquent, d'en bénéficier. Il s'agit de proposer une démarche intégrée basée selon Claude Yves BERNARD¹⁷ sur cinq principes fondamentaux : engager totalement les dirigeants, apprendre et améliorer sans cesse, manager par les faits, impliquer tout le personnel et orienter l'entreprise vers ses clients. L'objectif recherché est l'efficacité et la meilleure réponse aux besoins des clients par le management de la qualité.

La démarche s'appuie sur un référentiel d'autoévaluation tel la norme ISO 9004¹⁸ version 2000, qui permet aux dirigeants de « comprendre et d'évaluer : comment leur management fonctionne concrètement, quel est son niveau d'excellence réel, comment il

¹⁶ BERNARD C. Y., Le management par la qualité totale, p. 247.

¹⁷ BERNARD C. Y., Le management par la qualité totale, p. 306 à 308.

¹⁸ Les normes de la série ISO 9000 : 2000 : ISO 9000 « système de management de la qualité – principes essentiels et vocabulaire », ISO 9001 « Système de management de la qualité – exigences », ISO 9004 « Système de management de la qualité – lignes directrices pour l'amélioration des performances ».

se compare à celui des entreprises de classe mondiale, quels sont les progrès à réaliser, quels sont les domaines à améliorer »¹⁹.

La démarche de certification vise donc la normalisation qui « *consiste à définir des manières de procéder reproductibles et permanentes afin d'assurer des caractéristiques identiques à un produit ou un service* »²⁰. Elle vise également l'assurance qualité, c'est à dire « *donner confiance en ce que les exigences pour la qualité seront satisfaites* »²¹. En France, l'organisme de normalisation est l'Agence Française de Normalisation (AFNOR). Mais l'assurance qualité peut également être recherchée au travers d'autres voies comme une labellisation ou à une accréditation.

1.1.4 La labellisation

Le label est délivré par un organisme indépendant qui garantit que le produit ou le service répond aux exigences définies par un référentiel donné. A la différence de la certification ISO, chaque label est spécifique à un référentiel particulier.

1.1.5 L'accréditation

L'accréditation est une « *procédure par laquelle un organisme faisant autorité reconnaît formellement qu'un organisme ou un individu est compétent pour effectuer des tâches spécifiques* »²². Il s'agit de reconnaître des compétences qui confèrent une qualité au produit ou au service. L'organisme accrédité se voit légitimé. L'accréditation est prononcée en regard de la réponse à un référentiel qui décrit les critères d'évaluation élaboré par un ensemble d'experts.

1.2 La démarche qualité en formation professionnelle

1.2.1 Une histoire récente

La démarche qualité ayant fait les preuves de son efficacité dans le domaine industriel, elle s'est développée dans le monde de la formation à la fin des années 80. Il s'est agi alors de passer de la notion de produit à celle de service entre un client et un fournisseur. Deux types de normes sont utilisés, les normes internationales ISO de la série 9000 et les

¹⁹ BERNARD C. Y., Le management par la qualité totale, p. 287 et 288.

²⁰ ENSP, Accréditation de dispositifs de formation, référentiel qualité, p. 4.

²¹ Norme ISO 9000-2000.

²² ENSP, Accréditation de dispositifs de formation, référentiel qualité, p. 5.

normes françaises de la série AFNOR. Les normes ISO 9000 s'appliquent à tous les secteurs d'activité, ce sont des outils de management qui permettent de travailler l'organisation afin de prévenir tout dysfonctionnement. Depuis quelques années AFNOR a développé des normes spécifiques pour la formation professionnelle, au nombre de six, dont certaines sont à destination des clients, afin d'aider l'entreprise à formuler ses besoins de formation et d'autres, au nombre de deux, au service du fournisseur: la norme NF X 50-760 dont l'objectif est de faciliter l'expression de l'offre de formation et sa présentation à travers une plaquette et la norme NF X 50-761 qui examine les caractéristiques du service fourni par l'organisme de formation et les moyens nécessaires à sa réalisation.

L'approche est ici centrée sur l'aspect économique de marché de services avec une offre et une demande de formation. Une autre approche sur l'axe relationnel et pédagogique d'apprentissage s'est développée plus récemment²³. Nous l'évoquons dans les paragraphes qui suivent.

1.2.2 Une multiplicité de bénéficiaires, un service co-construit

Le client au sens de la démarche qualité désigne les bénéficiaires et les interlocuteurs internes et externes d'une entreprise. Pour certains auteurs comme Christian CHAUVIGNE, différents types d'acteurs peuvent être identifiés dans le domaine de l'enseignement supérieur et désignés sous le terme générique de bénéficiaires, intégrant alors les notions de bénéficiaires directs et indirects, internes et externes. Dans le domaine qui nous intéresse, le premier bénéficiaire de la formation délivrée est l'étudiant infirmier. Nous pouvons également évoquer les futurs employeurs et le milieu professionnel qui bénéficient de l'enrichissement des compétences, sans oublier les personnes soignées, c'est-à-dire « *les consommateurs ou les citoyens concernés par l'action des professionnels formés* »²⁴.

Il s'agit également des financeurs de l'organisme de formation, à savoir le Conseil régional, l'ASSociation pour l'Emploi Dans l'Industrie et le Commerce (ASSEDIC), les Organismes Paritaires Collecteurs Agréés (O.P.C.A.), les établissements finançant la formation de leur personnel, les étudiants eux-mêmes ; mais aussi des tutelles que sont la D.R.A.S.S. et la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (D.D.A.S.S.) et également de l'établissement de santé gestionnaire.

²³ KREMER X., 2001, « (Trans)-formation de l'apprenant et qualité de la formation », *Education permanente*, n°147, p. 89.

²⁴ ENSP, Accréditation de dispositifs de formation, référentiel qualité, p. 3.

La direction des soins des différents établissements terrains de stage et particulièrement celle de l'établissement de rattachement sont des partenaires incontournables. Les professionnels qui accueillent les stagiaires, dispensent un enseignement théorique en institut ou participent à la sélection et aux épreuves de fin de formation, sont co-constructeurs de la formation et bénéficient de « *l'enrichissement des compétences (qui) participe de la reconnaissance de la profession* »²⁵.

Les autres organismes de formation (instituts de formation paramédicaux et autres) font partie des interlocuteurs, voire sont partenaires. Il convient également de ne pas oublier les personnels des instituts, formateurs, administratifs et logistiques.

Cette liste n'est certainement pas exhaustive et déjà nous mesurons le large panel des besoins à identifier et à couvrir, les bénéficiaires étant multiples, « *leurs besoins ne sont pas nécessairement homogènes et cohérents* »²⁶, d'où la difficulté à les satisfaire.

Il existe, de plus, une difficulté spécifique à prendre réellement en compte les besoins des apprenants, difficulté qui a été le sujet d'étude du projet « L'apprenant dans les démarches qualité de la formation » conduit par la France dans le cadre du programme européen *Leonardo da Vinci* de 1995 à 1997. Pour André VOISIN, il faut réaliser une formation individualisée et personnalisée. Ainsi, « *ce n'est pas parce que, dans la formation individualisée, il y a accès direct au savoir, qu'il y a forcément prise en compte par le formateur des attentes de la personne ou de son mode d'apprentissage. Les objectifs, attentes et motivations (a), les connaissances et compétences déjà détenues (b), les rythmes et modes propres d'apprentissage (c) doivent être pris en compte de manière personnalisée, et non seulement individualisée. La personnalisation du niveau (b) est de l'ordre de la construction de parcours de formation, celle du niveau (c) est de l'ordre de la méthode pédagogique, celle du niveau (a) relève d'une ingénierie de formation (formation « sur mesure ») et d'une personnalisation ou d'une négociation des objectifs de formation* »²⁷.

L'étudiant n'est donc pas seulement consommateur mais il participe à la production du service, il y a co-construction.

²⁵ ENSP, Accréditation de dispositifs de formation, référentiel qualité, p. 3.

²⁶ CHAUVIGNE C. (sous la direction de), Accréditation des formations supérieures professionnelles et amélioration continue de la qualité, p. 53.

²⁷ VOISIN A., 2001, « L'apprenant introuvable, ou les incertitudes de la recherche », *Revue Education Permanente*, n°147, p. 72.

1.2.3 Une qualité co-construite, relative et négociée

Christian CHAUVIGNE développe le concept « *d'assurance co-construite d'une qualité relative* »²⁸ dans le domaine de la formation. En effet, il met en exergue le fait qu'en fonction des acteurs impliqués dans la définition de la qualité attendue et des enjeux associés, la qualité aura une dimension et un contenu variables. C'est pourquoi la qualité ainsi construite sera toujours, relative, valorisant certains besoins par rapport à d'autres, couvrant plus ou moins les attentes, il s'agit d'une « *qualité négociée et relative* ». Par ailleurs, les acteurs étant nombreux, « *le jugement porté sur la qualité en formation ne (peut) être que pluriel et contradictoire* »²⁹.

Les auditeurs externes peuvent participer réellement à cette co-construction. Leur mission est d'élaborer un rapport à destination du comité d'accréditation (de labellisation ou de certification) qui rendra alors sa décision. Ce rapport est basé sur les observations réalisées et notamment les entretiens avec les membres de l'organisme. L'évaluation peut viser la conformité au référentiel et mesurer l'écart entre le réel et le référentiel ou peut être « *pensée à partir de trois éléments structurants : la qualité, l'altérité et le développement* »³⁰. La qualité est alors définie au regard des besoins identifiés et des critères d'évaluation. L'altérité est entendue comme la prise en compte des particularités et différences propres à chaque institution. Le développement, quant à lui, fait référence aux perspectives d'évolution que se donne l'institution. Il s'agit donc de réaliser une évaluation externe en prenant en compte l'opinion des représentants de l'institution et les motivations des choix réalisés, tout en garantissant la qualité.

Pour Christian CHAUVIGNE, l'assurance qualité externe doit être au service du développement de l'assurance qualité interne, en réalisant une véritable co-construction et non pas de simples visites pour vérifier la conformité à la norme. La philosophie de la démarche, distingue alors accréditation et certification ISO.

La qualité est également co-construite en interne dans la phase d'auto-évaluation. Ainsi, pour l'ensemble des représentants des 24 agences d'accréditation réparties dans 18 pays qui se sont réunis en France en 2003³¹, l'auto-évaluation, « *élément essentiel de la*

²⁸ CHAUVIGNE C., 2008, « L'assurance co-construite d'une qualité relative », *Techniques hospitalières, revue des technologies de la santé*, n°707.

²⁹ VOISIN A., 2001, « Les idées sur la qualité de la formation : panorama 1989-2000 », *Education permanente*, n°147, p. 13.

³⁰ CHAUVIGNE C., juillet-août 2007, « Directeurs d'établissement médico-social : qualité partagée et accréditation des formations ». *Revue hospitalière de France*, n°517, p. 31.

³¹ CHAUVIGNE C. (sous la direction de), *Accréditation des formations supérieures professionnelles et amélioration continue de la qualité*, pp. 31-37.

décision d'accréditation », n'est pas qu'un outil au service des experts visiteurs, elle est également et surtout un facteur de mobilisation interne, « *un support, pour l'organisme d'une démarche réflexive sur les actions conduites* ». Par ailleurs, il convient de souligner que ces agences préconisent un pilotage interne par un comité spécifique et la participation des étudiants au processus d'auto-évaluation. Cette phase d'auto-évaluation nécessite donc une mobilisation de tous au sein de la structure.

1.2.4 Le choix du référentiel, une étape clé

Nous ne visons pas ici l'exhaustivité, nous souhaitons simplement montrer qu'il existe différents référentiels, répondant à l'atteinte d'objectifs propres et mus par des philosophies distinctes. Les outils sont issus de deux grands courants : d'une part, un courant normatif visant à garantir le respect des procédures avec une démarche axée sur la qualité de leurs services (NF X 50-760 et NF X 50-761) et une démarche axée sur la qualité de leur organisation (FD X 50-764, lecture de la norme ISO 9001 adapté aux organismes de formation) et d'autre part, un courant s'intéressant au processus de formation et à l'atteinte des résultats en regard d'objectifs centrés sur l'apprenant.

Le référentiel illustrant le mieux ce deuxième courant, dans l'état actuel de nos recherches et selon notre analyse, est celui développé par l'Ecole Nationale de la Santé Publique (E.N.S.P.) qui vise à l'accréditation des dispositifs de formation de façon graduée, c'est-à-dire des « *références seuils pour être accrédité puis des références dynamiques pour stimuler la qualité ; (...) inscrites dans la recherche de l'excellence* »³². Ce dispositif incite au développement de la qualité et de la capacité d'autorégulation au travers les pratiques d'auto-évaluation notamment, « *la qualité est alors pensée comme vivante, évolutive* »³³.

Ce référentiel est dédié aux formations professionnelles supérieures et peut donc être utilisé pour la formation infirmière. Il est structuré en trois parties que sont l'organisme (missions et politiques, organisation, ressources), la formation (orientations de la formation, ingénierie de la formation, ingénierie pédagogique), l'assurance qualité interne (évaluation, démarche qualité, amélioration continue de la qualité). Il est composé de 122 références ce qui rend son approche difficile, d'autant plus qu'il nécessite une véritable appropriation de chaque référence. En effet, il ne s'agit pas simplement de répondre par oui ou non, mais de s'interroger sur le sens des choix réalisés. En outre, nous souhaitons

³² ENSP, Accréditation de dispositifs de formation, référentiel qualité, p. 7.

³³ ENSP, Accréditation de dispositifs de formation, référentiel qualité, p. 8.

mettre en exergue le fait que les valeurs, les finalités, les missions, l'identité de l'organisme sont les premiers éléments questionnés par le référentiel.

Nous souhaitons également saluer le travail réalisé en 1999 par le Comité d'Entente des Formations Infirmières Et Cadres (C.E.F.I.E.C.), qui fut novateur et qui demeure d'une grande aide pour un jeune directeur d'I.F.S.I. car il permet d'identifier aisément les différents partenaires et les procédures clés à développer (check-list).

Par ailleurs l'Association Nationale des Directeurs d'Ecoles Paramédicales (A.N.D.E.P.) a développé un référentiel visant à l'accréditation des écoles paramédicales relatif aux ressources humaines. Ce référentiel détaille pour chaque type de postes les effectifs préconisés, la qualification exigée, les compétences à développer et l'évaluation de celles-ci. Le travail réalisé n'est pas dénué d'intérêt, mais n'est pas, selon nous, un référentiel qualité, il s'apparente davantage aux fiches métiers de la Fonction publique.

Le GERACFAS³⁴ a, quant à lui, développé un référentiel qualité dédié à la formation aide-soignante, qui est un outil visant l'opérationnalité et centré sur l'élève. Quelques Conseils régionaux ont également créé leur propre référentiel, de même que certains instituts de formation en s'inspirant de différentes sources.

Le choix du référentiel est donc une étape clé qui doit être guidée par l'objectif à atteindre : pure amélioration de l'organisation interne et sécurisation du système ou démarche interrogeant le projet d'institut, les projets pédagogiques, c'est-à-dire la philosophie de l'organisme tout en respectant ses particularités.

1.2.5 Quelques difficultés dans la mise en place de démarches qualité en formation infirmière

Nous nous appuyons d'une part, sur une étude³⁵ réalisée par deux étudiants en ingénierie psychosociale et cognitive, à la demande d'un directeur d'I.F.S.I. qui souhaitait une évaluation de la démarche qualité mise en œuvre sans accompagnement externe et

³⁴ Groupe d'Etudes, de Recherche et d'action pour la Formation d'Aides-Soignants.

³⁵ GALY D., GUERREIRO L., Evaluation de la mise en œuvre d'une assurance qualité interne : l'institut de formation en soins infirmiers de Lorient, Master professionnel 2^{ème} année en psychologie du travail et ingénierie psychologique, option ingénierie psychosociale et cognitive, Université de Haute Bretagne Rennes 2, 2007.

basée sur le référentiel E.N.S.P. et d'autre part, sur le témoignage d'une équipe pédagogique³⁶ ayant vécu « *l'aventure de la certification* ».

Les difficultés évoquées sont les suivantes :

- le choc des cultures : la norme ISO a été perçue au départ comme inadéquate par l'équipe de l'I.F.S.I. de Paray Le Monial : « *comment appliquer une démarche initialement construite pour le domaine de l'industrie à un domaine où la conception humaine prévaut ?* ». Le comité de pilotage de l'I.F.S.I. de Lorient a mis en avant des arguments semblables et choisi le référentiel E.N.S.P. versus la norme ISO ;
- la peur d'une normalisation des pratiques a été exprimée par certains formateurs de l'une des équipes en lien avec la « *Crainte de s'immiscer dans les espaces de liberté du formateur* » ;
- la nécessité d'adapter la norme au domaine de la formation et d'adapter le référentiel E.N.S.P. aux besoins de l'institut de formation ;
- le manque de connaissances et de compréhension de la démarche mis en avant par l'étude réalisée à Lorient, qui apparaît moins dans le deuxième I.F.S.I., l'équipe ayant suivi une formation-action conduite par un consultant externe ;
- le passage d'une « *logique de transmission orale* », « *individuelle* » à celle d'une « *formalisation collective* » des pratiques pour une des équipes ;
- la gestion de la charge de travail difficile dans les deux I.F.S.I. et notamment dans le plus petit où un formateur est devenu référent qualité à mi-temps sans ressource humaine supplémentaire, alors que dans l'autre un « *phénomène d'usure* » est observé ;
- des problèmes de méthodologie selon les auteurs de l'étude réalisée à l'I.F.S.I. de Lorient qui n'ont pas favorisé l'appropriation de la démarche car le choix du référentiel n'a pas été réalisé par l'ensemble du personnel, l'auto-évaluation n'a été réalisée que par deux personnes et l'équipe administrative est restée en retrait des groupes de travail ;
- un manque de communication entre les groupes de travail, le comité de pilotage ne jouant pas son rôle dans un des I.F.S.I. ;
- l'excès de procédures : un des instituts « *s'est enfermé dans un carcan, une vision conformiste de la qualité aboutissant à une profusion de procédures* », il convient

³⁶ Equipe pédagogique IFSI Paray Le Monial. « La certification : une aventure... », *Info CEFIEC*, n°14, p. 12.

selon les auteurs de l'étude citée de « *revenir sur le sens donné au référentiel en lien avec sa philosophie première* »³⁷.

Ces deux expériences montrent que le directeur d'un institut de formation ne peut pas improviser un projet qualité. Il convient de respecter certains principes comme la constitution d'un comité de pilotage, la participation de tous les membres du personnel et l'accompagnement par un spécialiste afin d'explicitier le sens, de permettre l'adaptation de la norme ou du référentiel et son appropriation. La communication est également un élément déterminant en amont et tout au long de la démarche.

Afin de répondre à la question de départ de notre recherche :

Pourquoi une démarche qualité peut-elle être difficile à mettre en place pour le directeur d'un institut de formation en soins infirmiers ?,

nous proposons, à présent, de vérifier quels sont les freins à la mise en œuvre d'une démarche qualité au travers deux axes d'hypothèses, l'un en direction des auteurs de la démarche :

- le manque de culture qualité et de connaissances de la part des personnels administratifs et formateurs entraîne des résistances,
- la crainte de l'évaluation et l'obligation de questionner ses pratiques est un frein à la mise en place d'une démarche qualité,
- la démarche qualité nécessite un investissement réel et chronophage,

et l'autre en direction des bénéficiaires directs et indirects :

- les attentes des différents bénéficiaires répondent à des besoins multiples et pas nécessairement convergents.

Dans la partie suivante, nous explorons le point de vue des différents acteurs à travers une enquête dont nous présentons la méthodologie puis les résultats.

³⁷ GALY D., GUERREIRO L., Evaluation de la mise en œuvre d'une assurance qualité interne : l'institut de formation en soins infirmiers de Lorient, Master professionnel 2^{ème} année en psychologie du travail et ingénierie psychologique, option ingénierie psychosociale et cognitive, Université de Haute Bretagne Rennes 2, 2007, p. 34.

2 Le point de vue des acteurs

2.1 La méthodologie de l'enquête

Nous avons fait le choix de mener une enquête auprès de professionnels exerçant dans des instituts de formation inscrits dans une démarche qualité et auprès de quelques bénéficiaires.

2.1.1 Les entretiens

A) L'outil d'enquête

Nous avons choisi d'utiliser l'entretien et non le questionnaire car les éléments recueillis sont généralement beaucoup plus riches, puisque l'enquêteur peut reformuler, peut faire préciser certains points et creuser d'autres aspects. L'entretien permet, par ailleurs, de rencontrer les personnes. Cette dimension humaine nous paraît incontournable et cette méthode d'enquête beaucoup plus valorisante pour les personnes interrogées. Nous avons pu le mesurer de par l'accueil qui nous a été réservé et les liens tissés.

Nous avons choisi la technique de l'entretien semi-directif. A partir d'une consigne formulée comme une demande de réponse discursive « *Pouvez-vous me raconter ...* », nous avons fait parler notre interlocuteur à sa guise en ponctuant l'interview de relances.

Deux types d'entretiens ont été réalisés. Tout d'abord auprès des professionnels exerçant dans des instituts de formation engagés dans une démarche qualité, soit des professionnels ayant participé à la mise en place de la démarche, soit ayant intégré l'institut de formation par la suite. La question posée est la suivante : « *Pouvez-vous me raconter la mise en place de la démarche qualité dans votre institut ?* ».

Un deuxième type de population a été notre cible, à savoir quelques bénéficiaires de la formation. Nous avons cherché à identifier leurs attentes. La question posée est la suivante : « *J'aimerais savoir ce que vous attendez d'un institut de formation en soins infirmiers ?* ». Une deuxième question vise à identifier d'autres éléments susceptibles d'aider un directeur d'I.F.S.I. à développer une stratégie managériale pour la mise en œuvre d'une démarche qualité, à savoir : « *Quelles sont, selon vous, les pistes à explorer afin d'améliorer la qualité de la formation ?* ». Nous utiliserons les pistes évoquées dans la troisième partie de ce travail.

Avant de débiter l'entretien, nous avons resitué le cadre de notre recherche, puis recueilli des éléments de présentation de la personne interrogée et de la structure d'exercice.

Au total nous avons effectué vingt-trois entretiens (guides en annexe I) d'une durée de vingt minutes à deux heures dans les bureaux des professionnels et dans des salles de cours pour les étudiants et élèves interrogés. Tous ces entretiens ont été programmés et ont fait l'objet d'une prise de note soigneuse et/ou d'un enregistrement (problèmes techniques). Il est à noter que nous avons testé notre guide d'entretien au préalable.

B) Les lieux d'enquête

Le tableau en annexe II permet de prendre connaissance des caractéristiques des instituts dans lesquels nous avons mené notre enquête. Nous avons profité de nos stages pour effectuer les entretiens. Deux des instituts sont situés dans une région A où il n'existe aucune incitation particulière à entrer dans une démarche qualité. En revanche, les trois autres instituts (I.F.A.S.) dont l'un est I.F.S.I./I.F.A.S. sont situés dans une région B où une démarche de labellisation a été initiée par le Conseil régional.

C) La population interrogée

Le tableau en annexe III présente les caractéristiques de la population auprès de laquelle nous avons réalisé notre enquête en instituts de formation. Outre les six étudiants et élèves, bénéficiaires directs de la formation assurée, nous avons interrogé trois directeurs des soins exerçant en établissements de santé. Nous nous sommes également entretenue avec un conseiller pédagogique régional et des représentants du Conseil régional : le responsable des formations sanitaires et sociales de la région A et le responsable de la qualité pour les formations professionnelles de la région B, interrogé spécifiquement sur la démarche régionale de labellisation.

Il convient de préciser qu'initialement nous avons prévu d'interviewer dans chaque structure, son directeur, une secrétaire et un formateur. Cela n'a pas été possible en raison de l'absence de directeur, de l'impossibilité de convenir d'un rendez-vous ou du refus qui nous a été opposé dans une structure.

2.1.2 Les limites de l'étude

Il est indéniable que notre étude est plus qualitative que quantitative. Le nombre d'instituts investigués et de personnes interrogées permet de dégager une tendance mais n'autorise pas une généralisation des résultats obtenus. Nous aurions souhaité mener notre enquête dans des I.F.S.I. certifiés ISO et des établissements accrédités à l'aide du référentiel E.N.S.P., mais la contrainte temporelle nous a conduit à réduire le champ de notre étude.

2.2 Analyse des résultats

2.2.1 Les méthodes utilisées et les objectifs poursuivis dans les instituts de formation enquêtés

Les trois I.F.A.S. concernés par notre étude ont réalisé une démarche volontaire dans le cadre d'une labellisation conduite conjointement par le Conseil régional et la Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle. Les directeurs de ces instituts ont été conviés en 2001 à une réunion d'information. Deux de ces I.F.A.S. se sont engagés aussitôt dans la démarche et se sont regroupés afin d'étudier le référentiel. Puis, ils ont sollicité un nouvel entretien au Conseil régional pour clarifier certains points, notamment de terminologie, le référentiel étant rédigé avec un vocabulaire emprunté à la formation continue. Ces deux instituts ont réalisé leur auto-évaluation en 2003 (40% de conformité au référentiel). Puis en 2004, chaque institut a été accompagné dans la rédaction des procédures par un consultant externe financé par l'Etat et la Région et a bénéficié d'un nouvel audit d'accompagnement (70% de conformité). En 2006, les deux instituts ont obtenu le label complet.

Ce label est délivré par une commission composée de représentants de l'Etat et de la Région (Préfet de Région, Président du Conseil régional, les Directeurs départementaux du Travail de l'emploi et de la formation professionnelle, le Directeur du pôle de la formation et celui du pôle de la formation professionnelle et de l'apprentissage du Conseil régional). La commission valide les conclusions relatives à l'instruction des guides d'autodiagnostic transmis par les organismes de formation, déclenche les processus d'audit et d'accompagnement, délivre le label qualité complet ou transitoire au vu des rapports de synthèse établis suite à la réalisation des audits de labellisation. La commission valide par la suite les rapports de suivi annuels et elle a également pour mission de notifier le maintien ou le retrait du label.

Le troisième I.F.A.S. dans lequel nous avons mené notre enquête, s'est inscrit dans le projet, en 2004, après plusieurs sollicitations du Conseil régional et à l'occasion d'un changement de directeur. L'institut est actuellement dans l'attente de l'audit externe.

Dans les trois instituts, le directeur exerce la mission de référent qualité, estimant que l'équipe étant de taille réduite, il est inconcevable de confier cette référence à un formateur. En outre, deux des directeurs interrogés précisent que le Conseil régional aurait laissé entendre que le montant de la subvention allouée serait influencé par le choix de s'inscrire ou non dans la démarche, ce que dément le responsable du programme qualité du Conseil régional. Enfin, il convient de noter que les trois directeurs ont sollicité en vain l'aide du qualificateur de leur établissement.

Pour l'Institut de formation en masso-kinésithérapie (I.F.M.K.), nous nous appuyons sur les propos recueillis auprès du qualicien de cet institut privé. La démarche a été initiée en 1999 par le directeur de l'institut, suite à l'analyse de plusieurs référentiels qualité. Il souhaitait d'une part, développer un « *outil de management en s'engageant dans la démarche de certification* » et d'autre part, anticiper une injonction future. Le directeur a assuré la fonction de responsable qualité. Un consultant externe financé par l'I.F.M.K., qui est devenu salarié de l'institut lors du regroupement avec deux autres instituts, a effectué un accompagnement à raison d'une intervention mensuelle sur 18 mois. « *Ça a été plus une formalisation, car il existait déjà beaucoup de choses* ». La démarche s'est compliquée lors du regroupement en pôle avec deux autres instituts de formation, car « *il a fallu tout passer dans le détail pour expliquer le projet, puis travailler par secteur* ».

L'I.F.M.K. a obtenu sa certification en 2001. Elle est délivrée pour 3 ans avec un suivi annuel. Une revue de processus est organisée chaque année, un bilan des événements indésirables est réalisé. Le qualicien insiste quant à l'importance de « *communiquer sur l'intérêt du projet, de sensibiliser* ».

En ce qui concerne l'I.F.S.I., l'idée a été portée auprès du directeur par un formateur qui a témoigné de l'expérience de l'I.F.S.I. de Privas, certifié ISO. Le directeur a fait le choix de s'engager en 2002 dans une démarche qualité compte tenu du contexte : accréditation des établissements de santé et possible injonction future. Un groupe de travail de treize personnes, soit la moitié de l'équipe, a été constitué (le directeur, le cadre supérieur, deux secrétaires et des formateurs). Un des formateurs, celui avec lequel nous nous sommes entretenue, a été désigné référent qualité. La mission confiée au groupe était le choix d'un référentiel : « *lecture en groupe de la norme ISO* » et visite d'un institut certifié : « *dix classeurs de procédures, très enfermant* ». Les membres du groupe se sont interrogés : « *est-ce vraiment cela que l'on souhaite ?* », « *l'étudiant en soins infirmiers est-il client ?* ». Puis une étude du référentiel E.N.S.P. a été réalisée. Il a été choisi à l'unanimité car « *plus pédagogie* ». L'analyse de l'existant a été réalisée par le directeur et le référent qualité, « *pour aller plus vite* ». Cet état des lieux a mis en évidence qu'il existait déjà de « *nombreux documents. En revanche, des manques ont été identifiés* ». Des axes de travail ont alors été définis. Le groupe de travail initial a été décliné en sous groupes, chacun ayant en charge une partie du référentiel. Fin 2006, le directeur a sollicité un regard extérieur car le travail était laborieux et les personnels étaient démobilisés. A l'issue de cet audit, il a décidé d'instituer un comité de pilotage chargé de valider les procédures et d'effectuer, chaque mois, une information à destination de l'équipe.

2.2.2 Le point de vue des professionnels exerçant dans des instituts de formation inscrits dans une démarche qualité

Avant de traiter des difficultés à mettre en place et faire vivre une démarche qualité, il convient de présenter les bénéfices obtenus. Il nous faut préciser que les trois directeurs d'I.F.A.S. ont débuté l'entretien par une présentation des bénéfices, contrairement aux cinq formateurs interrogés (quatre en I.F.A.S. et un en I.F.S.I.) et aux deux secrétaires d'I.F.A.S. rencontrées, qui se sont essentiellement exprimés en terme de difficultés.

A) Des bénéfices essentiellement mis en avant par les directeurs

➤ L'intégration facilitée d'un nouveau collaborateur, le bénéfice le plus cité :

Tous mettent en avant l'intérêt pour l'intégration d'un nouveau collaborateur ou collègue qui « *d'emblée va s'y retrouver* », ce qui est confirmé par deux formateurs qui ont été recrutés récemment. Mais l'un d'eux souligne le revers du système : « *cela coupe la communication avec les collègues* ».

➤ L'amélioration de l'organisation des instituts et la visibilité

Pour les trois directeurs et une des secrétaires, ce travail a conduit à une clarification de « *qui fait quoi* » et a apporté de la visibilité. Cependant toutes les personnes interrogées affirment ne consulter les procédures que très rarement.

➤ La transparence

Les directeurs mettent en exergue la transparence interne, « *transparence par la mutualisation des documents* » et externe, « *on affiche notre façon de travailler* ». Un des formateurs insiste sur l'intérêt de la mutualisation des documents et de la création d'un « *fonds commun des cours* ».

➤ L'autonomie et la valorisation des personnels

Deux des directeurs soulignent que la démarche qualité a permis d'autonomiser les formateurs, « *s'il m'arrive quelque chose la boutique va continuer à tourner* », « *on est passé d'une dimension enseignant à une dimension formateur* ».

Le troisième directeur insiste sur la valorisation du personnel, « *le label a été une reconnaissance de leur travail* », mais le Directeur du Centre hospitalier « *s'en fout* ».

➤ Le management et la dimension stratégique et politique

Le qualicien parle de la certification comme « *outil de management, de pilotage* » indéniable pour le directeur, de même que deux formateurs pour la labellisation.

L'un des directeurs souligne que cela l'a obligé à positionner l'institut dans le S.R.F.S.S., à se poser la question des besoins, à interroger l'efficacité de son institut et à se comparer aux autres.

Seul le qualiticien met en avant la « *reconnaissance officielle, une image de marque qu'on peut véhiculer* » au travers la certification.

➤ Quelques bénéficiaires externes cités

Les directeurs sont les seuls à nommer un bénéfice en regard de partenaires tels l'Agence Nationale pour l'Emploi (A.N.P.E.), les ASSEDIC ou les établissements dont les agents sont en formation, en terme de meilleure connaissance des contraintes de chacun.

➤ Des bénéfices pour les élèves ?

Seul un directeur parle spontanément de bénéfices pour les élèves en parcours partiel au travers l'utilisation d'un outil de positionnement qui permet de construire des parcours individualisés et de contractualiser le cursus de formation. Après relance de notre part, les autres personnes interrogées affirment que « *ça n'a rien changé pour les élèves* ».

➤ L'évaluation

Cet aspect de la qualité est peu cité. Un des directeurs se félicite des taux élevés de satisfaction des employeurs, mais déplore que le taux de réponse de l'établissement de rattachement soit presque nul. Un formateur souligne l'importance de la mesure du taux de satisfaction des élèves comme aide indispensable au processus d'amélioration.

➤ Les autres bénéfices

Enfin, certains éléments ne sont cités qu'une fois. Un directeur indique que la « *remise en question permanente* » est fondamentale et un formateur évoque la sécurisation des pratiques : « *moins de doublon dans les documents et amélioration de la traçabilité* ».

B) Les difficultés évoquées

Nous avons réalisé l'analyse des difficultés évoquées dans les entretiens en regard de nos hypothèses de travail. Mais, avant de présenter nos résultats, il nous faut préciser qu'un des directeurs n'évoque aucune difficulté, ayant bénéficié d'une formation spécifique à la qualité. Mais il met en garde : « *cela ne doit pas être une usine à gaz, la procédure ne doit exister que si risque* ». Il précise que « *nos formations sont très réglementées, très bordées* » et qu'il est donc aisé de satisfaire au référentiel régional.

➤ Le manque de culture qualité et de connaissances de la part des personnels administratifs et formateurs entraîne des résistances

Le manque de culture qualité n'est évoqué que par un directeur en parlant d'une secrétaire. Un autre directeur évoque ses propres difficultés liées à un manque de connaissances. Tous, hormis le qualiticien, évoquent longuement la difficulté liée à la sémantique. Le formateur de l'I.F.S.I. dit « *patauger par rapport aux concepts* ».

Tous insistent sur la nécessité de se former et d'être accompagné afin de s'approprier la démarche et le référentiel. La participation antérieure à l'élaboration du référentiel qualité

GERACFAS et l'existence d'une culture de la transparence ont été déterminantes. Un des directeurs s'est appuyé sur l'expérience d'un de ses collègues, l'autre ayant « *refusé de montrer son travail* ».

- La crainte de l'évaluation et l'obligation de questionner ses pratiques est un frein à la mise en place d'une démarche qualité

Le qualicien insiste prioritairement sur les « *freins liés aux personnes* », les plus réfractaires étant les formateurs. Il existe d'une part « *une difficulté par rapport à la notion de transparence* », d'autre part une difficulté « *à se remettre en cause, à remettre en cause ses compétences* » et à admettre ses erreurs et donc à accéder à l'analyse du dysfonctionnement. Il est le seul à évoquer cette dimension.

- La démarche qualité nécessite un investissement réel et chronophage

Les difficultés sont liées à une période peu favorable (nouveau programme, départ en formation du directeur). Deux directeurs évoquent également la durée : « *sept ans de boulot pour en voir les fruits* » et un travail long et difficile « *une demie journée de travail par semaine pendant 4 ans pour obtenir le label* », « *gros travail, c'est lourd* ».

Enfin, toutes les personnes interrogées s'accordent à dire que le travail a surtout été lourd pour le directeur.

- Les autres difficultés évoquées

L'un des directeurs évoque la difficulté de « *faire le deuil du référentiel GERACFAS* ».

Un autre insiste sur la difficulté à faire vivre le dispositif et projette d'instituer un « *système de revue des problèmes tous les trois mois pour faire évoluer les procédures* ».

Dans un I.F.A.S., les formateurs et la secrétaire dénoncent le nombre excessif de procédures (quatre-vingts) : « *on a des procédures qui explique comment ouvrir le livre et lire de haut en bas* » et l'inadaptation du mode de classement effectué en regard des références. Par ailleurs ils ne comprennent pas que l'institut soit labellisé, bien que ne répondant pas aux critères du référentiel en terme de moyens pédagogiques : une grande salle et deux salles de travaux pratiques pour soixante-quinze élèves, pas de salle de détente, absence de matériel informatique et de bibliothèque. En s'engageant dans ce travail, ils espéraient l'allocation de moyens supplémentaires.

Le formateur exerçant en I.F.S.I. parle, quant à lui, d'« *erreurs de méthodologie* », notamment une communication insuffisante et l'absence de comité de pilotage.

Questionné sur la prise en compte des attentes des bénéficiaires, le qualicien répond « *qu'on peut prendre en compte les attentes des étudiants en terme de logistique, mais plus difficile par rapport aux attentes pédagogiques* ».

➤ Quelques éléments facilitants

La taille réduite de l'équipe est citée par toutes les personnes comme élément déterminant. Par ailleurs un directeur et un formateur soulignent l'importance du regard apporté par le consultant externe, puis les auditeurs, ce qui permet de progresser. Enfin, un directeur indique qu'il a apprécié l'espace liberté laissé par le référentiel, les procédures étant élaborées en fonction des besoins.

2.2.3 Le point de vue des autres bénéficiaires

Les attentes des bénéficiaires ont souvent été formulées en regard des manques identifiés, c'est pourquoi il apparaît primordial de présenter dans un premier temps les éléments de satisfaction évoqués.

A) Les éléments de satisfaction

➤ Pour les quatre étudiants en soins infirmiers et les deux élèves aides-soignants : un discours unanime. Ils apprécient :

- les cours de soins infirmiers ou aides-soignants qu'ils jugent « *bien faits* » ;
- la disponibilité des formateurs qui « *sont très proches, nous accompagnent bien* » ;
- l'écoute des secrétaires et celle d'un des directeurs.

➤ Pour les trois directeurs des soins : des avis partagés

Deux d'entre eux exercent la fonction de coordonnateur général des soins dans des établissements gestionnaires d'instituts, alors que le troisième exerce dans un établissement de santé privé.

Les deux coordonnateurs évoquent le fait d'avoir un I.F.S.I. adossé au Centre hospitalier comme une chance en soi, une véritable opportunité pour travailler ensemble. Mais pour l'un d'entre eux « *le rythme est devenu infernal, on ne se voit plus* ».

Deux des directeurs sont satisfaits des jeunes diplômés recrutés « *sauf les 2 à 3% habituels* ». L'un d'entre eux précise : « *je ne vois pas trop de différences avec nous à l'époque, c'est après, quand il faut des papiers, ils sont beaucoup plus exigeants* ».

➤ Pour le représentant du Conseil régional et le conseiller pédagogique régional

Le représentant du Conseil régional que nous avons rencontré est responsable du pôle des formations sanitaires et sociales depuis quatre ans. Son rôle est de « *fournir les conditions pour que les étudiants diplômés répondent aux besoins des employeurs et des patients* ». Le Conseiller Pédagogique Régional (C.P.R.) est également en poste depuis 2004. Il « *tente d'apporter une aide* » à ses collègues directeurs d'instituts. Il insiste sur le fait que la D.R.A.S.S. est responsable de la pédagogie et que le Conseil régional n'a pas de prérogative en la matière.

Tous deux partagent une même satisfaction liée à la mise en place de groupes de travail : d'une part, des groupes de travail thématiques composés des directeurs des différents instituts de formation et de techniciens du Conseil régional ; d'autre part des groupes de travail constitués de formateurs et de directeurs, créés à l'initiative du C.P.R., qui ont élaboré différents référentiels (épreuves du diplôme d'Etat infirmier, épreuves des études d'aide-soignant, concours aide-soignant régional ...). L'élaboration de ces référentiels s'inscrit pleinement, selon le C.P.R., dans la logique qualité.

B) Les attentes

➤ Les étudiants et élèves attendent :

- des formateurs compétents, ayant une expérience du terrain, un personnel disponible et notamment un directeur à l'écoute, ce qui est le cas selon eux,
- davantage de travaux pratiques et de travail en petit groupe axé sur leur réalité future ; les problèmes étant liés, à l'unanimité, au niveau non adapté des cours délivrés par les médecins, l'un dit « *ça pollue l'essentiel, pas assez de rôle infirmier* »,
- un accueil et un encadrement en stage de qualité. Les critiques les plus vives concernent le manque d'encadrement en stage par défaut de personnel et le manque de professionnalisme de certains « *c'est comme cela qu'il faut faire et surtout pas comme je fais* ». Dans un des instituts, il existe un problème particulier dans plusieurs services de l'établissement de rattachement, les propos employés sont éloquentes : « *on est traité comme des chiens* », « *elles ont un sentiment de supériorité, elles nous méprisent, elles subissent les stagiaires* », « *on est pris pour des merdes* ».

L'objectif des quatre étudiants en soins infirmiers est d'obtenir le diplôme ; alors que pour les deux élèves aides-soignants, le but est d'obtenir un travail.

➤ Les trois directeurs des soins attendent :

- la formation de nouveaux professionnels : pour deux d'entre eux, des jeunes professionnels « *compétents* », « *ayant l'esprit de solidarité, des valeurs, le sens du soin, en capacité de se positionner* », ayant « *un cerveau et un regard neuf qui permette d'interroger les pratiques des professionnels* ». Pour le troisième, des professionnels « *capables d'occuper des postes de façon rapide et satisfaisante* » car ils ne sont plus opérationnels assez vite,
- plus de collaboration, « *pour rapprocher ceux des écoles de la réalité et participer à l'écriture du projet pédagogique* » pour l'un, « *pour participer à l'écriture du projet de soins* » pour un autre. Le troisième (établissement privé) attend « *un soutien fort de l'I.F.S.I. en terme d'informations sur l'évolution des métiers et des formations initiales* ». Il utilise par ailleurs les services de l'I.F.S.I. au titre de la formation continue du personnel et se dit très satisfait de cette collaboration,

- un travail particulier sur la qualité de l'encadrement des stagiaires, qui pour les deux coordonnateurs, est insuffisante. Pour l'un, le concept d'encadrement doit impérativement être réinterrogé en regard de la formation par compétences et pour l'autre, en dépit du travail réalisé conjointement avec l'I.F.S.I., des difficultés demeurent. Ils se disent inquiets quant à l'évolution de l'hôpital « avec la T2A, est-ce qu'on prend soin ou est-ce qu'on produit des soins ? », « si on ne fait plus de l'infirmière qu'une technicienne et qu'on oublie le relationnel, alors on les forme en trois mois et on ferme les I.F.S.I. ». Enfin, l'un d'eux s'inquiète de la possibilité réelle de mettre en place un tutorat, en lien avec le nouveau programme de formation infirmière, sans allocation de moyens.

➤ Le responsable du pôle des formations sanitaires et sociales attend :

- une relation plus partenariale avec les directeurs d'institut ;
- des directeurs plus au fait des questions budgétaires, certains y étant totalement étrangers ;
- une ouverture des I.F.S.I. sur l'extérieur : liens inter instituts, partenariats avec l'université et l'international.

Quant à la mise en place d'une labellisation ou autre par la région, cela ne lui semble pas concevable si le volet pédagogique n'est pas traité, or « ce serait vécu comme une ingérence ». Cependant, les discussions autour de l'agrément des instituts seront peut-être, selon lui, l'occasion d'en débattre.

En outre, il demeure un manque de connaissances en terme de besoins et en terme d'attentes des employeurs et des étudiants. Une enquête régionale est en cours.

➤ Le C.P.R., quant à lui, attend :

- des directeurs d'instituts qui respectent les textes et les fassent respecter par les formateurs ;
- une harmonisation des pratiques grâce aux travaux régionaux ;
- une ouverture des instituts, plus de transparence et d'échanges ;
- un renforcement de l'encadrement des étudiants en stage et des jeunes diplômés par le développement du tutorat.

Il déplore également l'absence de budget propre, car il souhaiterait financer des formations afin d'accompagner la mise en œuvre du nouveau programme.

En confrontant ces éléments d'analyse à l'état de la question réalisé en amont, nous tentons, dans une troisième partie, de dégager des préconisations quant à la stratégie à développer lors de la mise en œuvre d'une démarche qualité en institut de formation en soins infirmiers.

3 Stratégie d'un directeur d'I.F.S.I. dans la mise en œuvre d'une démarche qualité

3.1 Préconisations dans la mise en œuvre de toute démarche qualité

La confrontation des résultats de l'enquête réalisée et de l'état de la question établi dans la première partie de ce travail, nous conduit à formuler des préconisations en regard des quatre axes de recherche que nous avons développés.

3.1.1 Être accompagné par un consultant externe, spécialiste de la qualité, afin d'éviter les résistances liées au manque de culture qualité et de connaissances

Le manque de culture qualité n'est cité qu'une seule fois, en effet comme le souligne Anne-Marie BOIX³⁸, la culture qualité s'est aujourd'hui imposée dans notre société. Elle imprègne notre quotidien de citoyen qui réclame le risque zéro dans de nombreux domaines.

C'est surtout le manque de connaissances du domaine de la qualité de la part du directeur, des personnels administratifs et des formateurs qui entraînent de réelles incapacités. En effet, il est impossible de produire quand la commande est incomprise. Notre première hypothèse est donc validée.

En conséquence, il apparaît indispensable d'être accompagné dans la démarche par des spécialistes de la qualité. Le premier travail à réaliser après avoir explicité les objectifs poursuivis, est de s'entendre sur la sémantique. Cet obstacle est celui classiquement rencontré par tout débutant dans n'importe quel domaine. Par ailleurs, il nous semble important que l'accompagnement soit réalisé par un consultant externe et non pas par le directeur, même s'il en a les compétences, car le regard extérieur vient questionner les pratiques existantes. Le rôle du consultant externe est à certains moments celui du candide qui s'étonne et pose la question du pourquoi, du sens.

³⁸ BOIX A.M., 2003, *L'accréditation hospitalière : Quel impact sur la culture et le management des établissements de santé*, pp. 35-37.

3.1.2 Travailler le concept d'évaluation afin de lutter contre les réticences à questionner ses pratiques et pérenniser la qualité

La crainte de l'évaluation et la réticence à questionner ses pratiques sont identifiées dans un seul institut. Nous ne pouvons donc considérer que cette hypothèse soit validée. Néanmoins, une transparence des pratiques est citée comme un atout à la mise en place d'une démarche qualité. En effet, lorsque l'équipe est très réduite, à savoir un directeur, une secrétaire et un formateur, la coopération est indispensable au quotidien et la transparence est donc de fait. En revanche, dans des équipes plus importantes, les formateurs notamment peuvent travailler de façon individuelle, sans réelle collaboration. Chacun gère « son » module, « ses » intervenants sans interconnexion avec les autres. La démarche qualité peut alors heurter en obligeant à mettre à nu ses pratiques par la mutualisation des documents notamment.

Nous n'avons pas pu l'objectiver dans notre enquête, mais il nous semble que dans les instituts où il n'existe aucune évaluation, par les étudiants, de la qualité des enseignements, il est nécessaire de travailler le concept d'évaluation et de répondre à la question suivante : « qu'est-ce qu'on évalue ? ». En effet, il s'agit d'évaluer la qualité d'un service et non pas la personne qui rend ce service. En outre, l'objectif n'est pas de sanctionner mais d'identifier des marges d'amélioration.

Par ailleurs, il apparaît que d'une manière générale dans les instituts enquêtés la dimension d'évaluation n'est pas intégrée. Les procédures existent mais les indicateurs de suivi des résultats sont assez rarement identifiés. En outre, la mesure de la satisfaction des élèves ou étudiants et des employeurs reste insuffisamment développée. Travailler l'évaluation est donc indispensable afin de lutter contre les réticences mais également pour faire vivre le système : évaluer et réagir pour pérenniser afin que la roue de DEMING tourne.

3.1.3 Nommer un référent qualité mais veiller à l'implication de tous afin de ne pas s'épuiser

L'enquête démontre que la démarche qualité nécessite un investissement chronophage avec une charge de travail lourde pendant un minimum de deux ans, en particulier pour le directeur de l'institut et notamment lorsqu'il est référent qualité. En effet, les directeurs que nous avons rencontrés se sont tous désignés référent qualité et ont écrit pratiquement toutes les procédures.

Il nous semble que le rôle du référent est de coordonner le travail qui doit être réalisé par chacun dans son domaine de compétence. La charge de travail est ainsi répartie de façon plus homogène. De plus, il ne nous semble pas opportun de faire reposer un projet sur les épaules d'une seule personne car si cette personne quitte l'institut alors le projet risque de périlcliter.

En outre, l'enquête réalisée montre que quand l'équipe grandit (cas de l'I.F.M.K.) ou est déjà conséquente (I.F.S.I.), il faut constituer un comité de pilotage et faire circuler l'information car nul ne doit être tenu à l'écart de la démarche, la qualité étant l'affaire de tous. Lorsque la taille de l'équipe (ensemble des personnels administratifs et formateurs) excède douze personnes, la cohésion du groupe de travail est difficile à maintenir. En effet, selon les travaux de Roger MUCCHIELLI, la taille du groupe idéal est de cinq à dix personnes avec un optimum de six à huit participants³⁹.

Enfin, il faut également rester vigilant afin de ne pas succomber à la tentation de la sur-qualité⁴⁰, c'est-à-dire répondre au-delà de la commande, par exemple en produisant de multiples procédures. Le risque est alors de générer de la non-qualité et un découragement des personnels.

3.1.4 Prendre en compte les attentes des bénéficiaires afin de les satisfaire

La démarche qualité est par essence au service des bénéficiaires, or l'absence de bénéfices pour les élèves et étudiants questionne sur le sens des démarches qualité menées dans les instituts enquêtés. Il s'agit logiquement d'améliorer le service rendu, d'optimiser la qualité de la formation. Or cette réalité n'a pas été objectivée.

L'enquête montre que mieux connaître ses interlocuteurs tels l'A.N.P.E., les ASSEDIC ou les employeurs est un atout pour les directeurs, car cela permet de mieux comprendre le fonctionnement et les contraintes de chacun. Il s'agit ici d'une première phase mais qui reste insuffisante car dans aucun institut enquêté, la question des attentes des bénéficiaires n'a été travaillée. Cela questionne la qualité même des démarches entreprises.

³⁹ MUCCHIELLI R., *La dynamique des groupes*, p.77.

⁴⁰ NAGELS M., 8 et 9 avril 2008, *Certification et accréditation des organismes de formation*, cours aux Directeurs des soins stagiaires, Rennes, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.

Qu'attendent donc les bénéficiaires et interlocuteurs des instituts de formation en soins infirmiers ?

Ils attendent la « production » de professionnels non seulement diplômés mais compétents. Le directeur doit donc mettre à disposition les moyens humains et logistiques nécessaires à une pédagogie mieux adaptée aux besoins actuels. De plus, le stage occupant une place prépondérante dans les formations par alternance, l'accueil et l'encadrement des stagiaires doivent être travaillés conjointement.

La collaboration à cette fin mais pas seulement est donc incontournable et un véritable partenariat avec les terrains de stage est à développer, de même qu'une collaboration étroite entre le directeur d'I.F.S.I. et le coordonnateur général des soins. De plus, l'I.F.S.I. a un devoir d'information quant à l'évolution de la formation.

Par ailleurs, l'institut de formation doit se concevoir ouvert sur l'extérieur. Un I.F.S.I. ne peut pas vivre en autarcie. Il lui faut développer des partenariats du niveau local au niveau international et en fonction des évolutions de la formation (L.M.D., université). De plus, il est attendu du directeur un professionnalisme sans faille. Il est garant des textes et doit mener si besoin un travail de mise en conformité des pratiques en regard des obligations légales et réglementaires et des recommandations. Il doit également être compétent dans la gestion financière de l'institut et il lui faut à ce titre développer une collaboration étroite avec les services financiers de l'établissement de rattachement.

Les attentes des différents bénéficiaires répondent donc à des besoins multiples, en revanche nous n'avons pas démontré qu'ils ne sont pas convergents.

3.2 La démarche qualité, véritable outil de management

Plusieurs personnes interrogées et pas seulement les directeurs, ont évoqué la démarche qualité comme « *outil de management, de pilotage* » ; or les propos recueillis mettent en exergue une dimension purement organisationnelle à laquelle le management ne peut être réduit. Le management est défini par Raymond-Alain THIETART comme « *l'action, l'art ou la manière de conduire une organisation, de la diriger, de planifier son développement, de la contrôler* »⁴¹. Le management implique donc une dimension stratégique, c'est-à-dire la définition d'objectifs clairement identifiés, mais aussi une dimension politique citée par un des directeurs.

⁴¹ THUDEROZ C., 2006, *Histoire et sociologie du management*, p.14.

Il est donc indispensable de réaliser un diagnostic de l'existant avant d'élaborer une stratégie.

3.2.1 Rêver l'institut de demain à partir d'un diagnostic

Entrer dans une démarche qualité, c'est viser l'amélioration du service rendu. Pour ce faire il nous semble indispensable de se décoller de la réalité. C'est-à-dire qu'il ne faut pas se contenter d'écrire ce que l'on fait, mais il faut penser à ce que l'on voudrait faire, à ce qu'il conviendrait de faire. Il nous semble qu'il faut rêver à l'institut de demain, c'est-à-dire l'imaginer à cinq ans par exemple, à partir d'un état des lieux, c'est-à-dire d'un diagnostic externe à la structure et d'un diagnostic interne.

A) Le diagnostic externe

Le diagnostic externe consiste en l'étude des opportunités et des menaces de l'environnement⁴². Quatre voies sont à explorer : la demande, l'offre, la stratégie des autres instituts et organismes de formation et la réglementation du secteur.

La demande s'identifie au travers une étude des besoins de formation couverts et non couverts et notamment au travers une étude du marché de l'emploi et une analyse des besoins de la population. Le directeur s'appuie alors sur des études régionales et locales s'il en existe ou il peut réaliser un audit dans les établissements du bassin d'emploi. Les formations paramédicales sont certes encadrées par des quotas, mais il existe des marges de manœuvre et notamment dans l'ouverture de nouvelles filières de formation comme les ambulanciers, les formations sociales de niveau cinq telles les auxiliaires de vie sociale ou le développement de filière de formation continue dans le cadre des parcours partiels en formation aide-soignante.

Il convient également d'analyser l'environnement en terme d'offre de formation apportée par d'autres organismes et une connaissance du S.R.F.S.S. est un préalable incontournable. L'institut doit également s'interroger quant à la possibilité de s'inscrire dans une offre de formation continue à destination des professionnels.

⁴² LOUAZEL M., LACROIX D., 5 février 2008, *Introduction à l'analyse stratégique*, cours aux Directeurs des soins stagiaires, Rennes, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.

Par ailleurs, le choix des axes de développement de l'institut ne peut se faire que si le directeur a une connaissance de la stratégie de ses concurrents (il s'agit d'un vocabulaire nouveau dans le domaine des formations paramédicales mais de plus en plus opportun).

En outre, l'institut de formation inscrit son activité dans une réglementation stricte et doit penser la mise en place de la réingénierie de la formation infirmière. Il convient à ce titre de mettre en place un axe de professionnalisation des formateurs et d'interroger les partenariats possibles avec l'université, d'autres I.F.S.I. et organismes de formation.

Enfin, le directeur de l'institut doit évaluer la qualité des relations et identifier les enjeux existant entre les tutelles anciennes D.R.A.S.S. et D.D.A.S.S., la tutelle nouvelle qu'est le Conseil régional, financeur des instituts et l'établissement de santé gestionnaire.

B) Le diagnostic interne

Le diagnostic interne repose sur l'identification et l'analyse des ressources et des compétences. Tout d'abord, il faut connaître les missions de l'institut et les formations délivrées à ce jour, puis investiguer les ressources humaines : ratios, compétences, politique de formation des personnels. Il faut inventorier les moyens matériels en locaux, équipements et matériel pédagogique. Enfin il est indispensable d'acquérir une bonne connaissance des moyens financiers et étudier la gestion budgétaire sur les trois dernières années⁴³. Le diagnostic interne implique également l'étude des pratiques professionnelles, l'organisation de la structure et les relations avec les services de l'établissement gestionnaire et les autres partenaires.

Cet état des lieux s'appuie sur une recherche documentaire : documents internes (projet d'institut s'il existe, projets pédagogiques et de formation, tableaux de bord et autres), réglementation, recommandations professionnelles, banques de données notamment. La rédaction d'un rapport d'étonnement⁴⁴ à partir de notes prises pendant quelques mois sur un carnet de bord peut également aider à l'élaboration de cet état des lieux. La consultation de l'ensemble des bénéficiaires en interne (personnels, étudiants et élèves notamment) et en externe est par ailleurs un élément déterminant à la réalisation du diagnostic.

⁴³ GUERIN E., PICHON S., 15 au 18 juillet 2008, *La gestion financière d'un institut de formation*, cours aux Directeurs des soins stagiaires, Rennes, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.

⁴⁴ GAUTIER C., 20 août 2008, *Le projet d'institut*, cours aux Directeurs des soins stagiaires, Rennes, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.

Une stratégie de développement ne peut être pensée que si cette analyse a été effectuée en amont. Ce diagnostic doit être inhérent à toute démarche qualité et doit être croisé avec l'analyse des attentes des bénéficiaires (identification des besoins actuels et futurs, identification des attentes). A l'occasion de la réalisation de ce diagnostic, le directeur rencontre le directeur de l'établissement de santé de rattachement et le coordonnateur général des soins, les représentants des tutelles, les différents partenaires de l'institut, les personnels, les étudiants et les élèves. Il lui faut alors recenser leurs attentes, les points de satisfaction et d'insatisfaction, leurs propositions d'amélioration.

3.2.2 Choisir un référentiel qualité

Fort de cet état des lieux, le choix d'un référentiel peut être effectué. Différents auteurs, C. CHAUVIGNE notamment, ont mis en exergue que les bénéfices escomptés dépendent du référentiel utilisé. En outre, l'enquête réalisée montre que des résultats très différents peuvent être obtenus avec un même référentiel selon la lecture qui en est faite (labellisation de trois I.F.A.S.).

Néanmoins, certains bénéfices sont inhérents à toute démarche qualité. Ainsi, l'existence de procédures ne peut qu'aider un nouveau collaborateur ou collègue à la compréhension de l'organisation, en revanche une intégration réussie ne se résume pas à leur existence. Les procédures rassurent également les professionnels en poste et notamment le personnel administratif quant à la croyance que chacun peut alors être remplacé « *au pied levé* », comme s'ils étaient interchangeables. Il nous semble que cette vision que les secrétaires ont de leur propre travail est très réductrice. En effet, d'une part le travail des secrétaires en institut de formation s'est complexifié ces dernières années et d'autre part la procédure ne révèle pas tous les « tours de main », le savoir faire acquis.

De même, il est heureux que la démarche qualité permette de clarifier l'organisation puisque c'est l'objectif recherché dans les instituts enquêtés. En revanche, il est frappant de constater que les procédures sont finalement peu utilisées. En effet, le travail effectué a le plus souvent constitué à identifier les points clés de l'organisation et à écrire ce qui est fait, sans nécessairement réfléchir à des améliorations possibles. L'observation que nous avons réalisée au cours d'un stage nous a également permis d'identifier que dans l'institut en question la démarche qualité n'était pas intégrée comme visant à éviter les risques ou à traiter les problèmes.

En travaillant l'organisation et les interfaces, chacun découvre plus avant l'institution et prend conscience du travail de l'autre. Les acteurs sont donc autonomisés et valorisés

puisque leur travail est reconnu en interne mais aussi en externe grâce à une labellisation par exemple.

Il est vrai que la norme ISO 9001 et le référentiel de labellisation régional que nous avons étudiés interrogent l'existence d'un projet d'institut, d'un projet pédagogique ou encore d'un projet social, même si ce ne sont pas nécessairement les termes utilisés. Mais ils n'interrogent pas le sens et l'essence même de ces projets.

Par ailleurs, les propos recueillis au travers les entretiens montrent qu'une démarche qui conduit à une simple amélioration organisationnelle, implique essentiellement le personnel administratif. En effet, le travail d'un secrétariat d'institut de formation est complexe, les agents doivent être polyvalents et bien comprendre le rôle des différents acteurs du système. Mais un projet qualité doit également répondre aux attentes des formateurs. En conséquence, une démarche qualité qui s'intéresse à la qualité intrinsèque de la formation et interroge les besoins et les attentes des différents bénéficiaires a beaucoup plus de chance de mobiliser les formateurs.

Le choix du référentiel qualité est une étape clé, il est lié à l'objectif à atteindre : objectif pur de normalisation et de clarification de l'organisation avec une recherche de l'efficacité voire de l'efficience ou questionnement plus profond de l'identité même de l'institut, de ses missions, de sa politique et du cœur de métier au travers notamment l'ingénierie pédagogique afin de répondre au mieux aux besoins de formation et aux attentes des bénéficiaires.

Il s'agit là d'un choix hautement stratégique, car même si l'enquête montre qu'en utilisant un même référentiel, des résultats très différents peuvent être obtenus, le référentiel utilisé ne peut produire des fruits qu'en regard des thématiques traitées.

Ce choix, parce qu'il est stratégique, appartient donc au directeur qui doit s'appuyer sur le diagnostic de l'existant et les entretiens menés avec les membres du personnel.

3.2.3 La démarche qualité, une démarche participative

L'enquête réalisée démontre que le degré d'implication des personnels conditionne la réussite du projet et confirme les préconisations des spécialistes (C.Y. BERNARD, C. CHAUVIGNE). Il convient donc d'impliquer l'équipe au plus tôt.

Il nous semble que le directeur doit se montrer directif dans la phase de choix du référentiel, de définition et de cadrage du projet. Il doit expliciter sa politique et communiquer afin que chacun soit informé, comprenne les enjeux, les objectifs et puisse s'approprier la démarche.

En revanche, une fois le cadre posé, il est indispensable que chaque membre du personnel soit dans un premier temps formé, puis s'inscrive dans les différentes étapes du projet. La qualité est l'affaire de tous, nul ne doit en être écarté.

Il nous semble à ce titre fondamental d'impliquer les étudiants. L'enquête réalisée montre, s'il en était besoin, la pertinence de leur discours. Il est important de mener des enquêtes de satisfaction, de réaliser des bilans des enseignements, de s'appuyer sur certains éléments mis en avant lors des suivis pédagogiques et autres. Mais il est primordial d'en tenir compte et de réajuster pour s'améliorer selon le principe de la roue de DEMING.

Mais il faut aller plus loin en créant une instance d'échange et de travail entre les représentants des étudiants, les formateurs, les secrétaires et le directeur. Il faut garder à l'esprit que les étudiants sont co-constructeurs de leur propre formation et de la formation dispensée et qu'ils doivent être pleinement co-constructeurs d'une qualité qui est relative et négociée.

Le directeur doit appuyer son management sur les trois fondements théoriques⁴⁵ pour l'amélioration continue de la qualité, qui sont :

- la théorie de l'autodétermination de DECI et RYAN : plus les individus se sentent responsables de leurs choix et plus ils développent une motivation intrinsèque ;
- la théorie de l'engagement de KIESLER : l'engagement d'un individu dans un acte correspond au degré auquel il peut être assimilé à cet acte et un acte public produit avec un sentiment de liberté a plus de chance d'être suivi d'actes allant dans le même sens ;
- la théorie de la justice organisationnelle de GREENBERG : plus les individus participent à la décision, sont informés, peuvent se justifier, donner une opinion, faire des objections, plus ils seront mobilisés face au changement et démontreront des comportements organisationnels positifs.

Le directeur se doit de créer les conditions permettant l'application de ces théories, néanmoins, il ne doit pas confondre management participatif et management laisser-faire.

⁴⁵ NAGELS M., cours aux directeurs des soins stagiaires, Certification et accréditation des dispositifs de formation, EHESP, 9 avril 2008.

Conclusion

Nous avons choisi de traiter du thème de la qualité en I.F.S.I. en réponse à des préoccupations actuelles qui concernent l'ensemble de la profession et en lien avec le contexte particulier de l'institut de formation dans lequel nous prendrons nos fonctions et notamment l'obligation de répondre à une exigence de labellisation « lycée des métiers ». Nos recherches nous ont rapidement permis de comprendre qu'il ne s'agissait pas d'un label qui s'intéressait à la qualité intrinsèque de la formation mais au panel de formations offert : proposer une offre de formation variée dans le domaine des métiers de la santé.

Les lectures réalisées et l'enquête menée dans cinq instituts de formation nous ont permis de mûrir notre réflexion et d'atteindre les objectifs fixés. Ce travail nous a conduit à mettre en évidence qu'une démarche qualité pouvait avoir une visée d'amélioration au niveau strictement organisationnel ou pouvait être conçue comme un véritable outil de management et conduire à penser l'institut dans une vision prospective.

Nous avons établi des préconisations afin d'aider un directeur d'I.F.S.I. dans la mise en œuvre d'une démarche qualité. Un premier niveau de préconisations vise à éviter certaines difficultés identifiées. Il s'agit tout d'abord de la nécessité d'être accompagné par un consultant externe afin d'éviter les résistances induites par le manque de compréhension et de connaissances du domaine de la qualité. Il s'agit également de l'importance de travailler le concept d'évaluation afin d'une part, de lutter contre les réticences à questionner ses pratiques et d'autre part, afin de s'améliorer et de pérenniser la démarche. Il convient par ailleurs de nommer un référent qualité, chef de projet, tout en veillant à l'implication de tous afin de répartir la charge de travail et enfin de prendre en compte les attentes des bénéficiaires afin de les satisfaire, ce qui est primordial.

Nous avons établi un deuxième niveau de préconisations afin de penser la démarche qualité comme un véritable outil de management pour le directeur, le choix de l'outil appartenant, selon nous, au directeur. Ce choix est effectué après avoir réalisé un diagnostic interne et externe de l'institut qui est le premier temps de la démarche qualité. Enfin, nous avons mis en exergue le fait que la qualité est l'affaire de tous, un état d'esprit qui doit animer tous les personnels, il s'agit donc d'une démarche hautement participative.

La mise en place d'une démarche qualité nécessite donc un réel investissement humain. Le directeur doit assurer les conditions de faisabilité du projet et se pose alors la question cruciale de son financement.

Bibliographie

TEXTES LEGISLATIFS et REGLEMENTAIRES

Lois et ordonnances

Loi n°71-575 du 16 juillet 1971 portant organisation de la formation professionnelle continue dans le cadre de l'éducation permanente. Journal officiel du 17 juillet 1971, p. 7035.

Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Journal officiel, n° 179 du 2 août 1991, p. 10255.

Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Journal officiel, n°98 du 25 avril 1996, p. 6324.

Loi n°2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale. Journal officiel du 18 janvier 2002, p. 1008.

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

Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie. Journal officiel, n°190 du 17 août 2004, p 14598.

Décrets

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière. Journal officiel, n°95 du 23 avril 2002, p. 7187.

OUVRAGES

BALLE M., CHAMPION-DAVILLER M.N., 2004, *Organiser les services de soins : le management par la qualité*, 2ème édition, Paris : Masson, 214 p.

BELLENGER L., 2005, *Managez un projet avec succès*, 1ère édition, Paris : ESF, 126 p.

BERNARD C.-Y., 2000, *Le management par la qualité totale. L'excellence en efficacité et en efficience opérationnelles*, 1ère édition, Paris : AFNOR, 327 p.

BLANCHET A., GOTMAN A., 2007, *L'enquête et ses méthodes*, 2ème édition, Paris : Armand Colin, 126 p.

BOIX A.M., 2003, *L'accréditation hospitalière : Quel impact sur la culture et le management des établissements de santé*, 1ère édition, Paris : L'Harmattan, 197 p.

CARRE C., 1999, *Savoir communiquer avec un groupe*, 1ère édition, Paris : Retz, 156 p.

CHAUVIGNE C., 2004, *Accréditation des formations supérieures professionnelles et amélioration continue de la qualité*, 1ère édition, Paris : ENSP, 175 p.

MUCCHIELLI R., 2004, *La dynamique des groupes*, 17ème édition, Paris : ESF, 220 p.

THUDEROZ C., 2006, *Histoire et sociologie du management*, 1ère édition, Lausanne: Presses polytechniques et universitaires romandes, 400 p.

PERIODIQUES

ALLIOT S., CUBAS C., HAMMAR H., NOEL M., EL FASHI-NABILA R., février 2008, « Sorties anticipées des étudiants en IFSI, motifs et préconisations ». *Soins cadres de santé*, n°65, pp. 50-53.

ARCHAMBAULT H., novembre 2000, « Le management d'un IFSI ». *Objectif soins*, n°90, pp 13-16.

AUBRY F., août 2006, « Pour une qualité de la formation initiale en soins infirmiers ». *Soins cadres*, n°59, pp. 27-29.

BONAMY J. et VOISIN A., 2001, « Les idées sur la qualité de la formation : panorama 1989-2000 ». *Education permanente*, « La qualité de la formation en débat », n°147, pp. 1-198.

CHAUVIGNE C., juillet-août 2007, « Directeurs d'établissement médico-social : qualité partagée et accréditation des formations ». *Revue hospitalière de France*, n°517, pp. 31-32.

CHAUVIGNE C., janvier-février 2008, « L'assurance co-construite d'une qualité relative ». *Techniques hospitalières, revue des technologies de la santé*, n°707, pp. 71-75.

EQUIPE PEDAGOGIQUE IFSI Paray Le Monial, février 2008, « La certification : une aventure... ». *Info CEFIEC*, n°14, p.12.

KREMER X., 2001, « (Trans)-formation de l'apprenant et qualité de la formation ». *Education permanente*, n°147, p. 87-97.

LE DOUARON P., 2001, « Une vision renouvelée de la qualité en formation : avancées et limites ». *Education permanente*, n°147, p. 141-150.

SCHAEFFER D., février 2007, « Plaidoyer pour de meilleures conditions de formation des étudiants infirmiers », *Soins cadres de santé*, n°61, pp. 43-46.

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

VOISIN A., 2001, « Les idées sur la qualité de la formation : panorama 1989-2000 ». *Education permanente*, n°147, p. 7-17.

REFERENTIELS QUALITE

COMITE D'ENTENTE DES FORMATIONS INFIRMIERES ET CADRES, 1999, *Guide pour un auto diagnostic de la qualité de formation en I.F.S.I.*, 37 p.

CONSEIL REGIONAL DE LA REGION X, 2003, *Démarche qualité : manuel qualité de la formation*, 51 p.

DIRECTION DE L'EVALUATION ET DU DEVELOPPEMENT PEDAGOGIQUE,
Novembre 2005, *Accréditation de dispositifs de formations supérieures professionnelles : référentiel qualité*, Rennes : E.N.S.P., 53 p.

GROUPE D'ETUDES DE RECHERCHE ET D'ACTION POUR LA FORMATION
D'AIDES-SOIGNANTS, 2001, *Référentiel qualité des écoles d'aides-soignants*, 44 p.

MEMOIRES

DAGORET C., 2006, *L'adéquation entre les attentes des clients et la stratégie managériale : place de la démarche qualité dans la formation professionnelle*, Rennes : Ecole Nationale de la Santé Publique, 57 p.

DORE M.C., 2005, *La démarche qualité : un enjeu pour les instituts de formation en soins infirmiers*, Rennes : Ecole Nationale de la Santé Publique, 56 p.

ESTEBAN M.K., 2006, *Certification des instituts de formations paramédicales : vecteur de management par la qualité ?*, Rennes : Ecole Nationale de la Santé Publique, 59 p.

GALY D., GUERREIRO L., 2007, *Evaluation de la mise en œuvre d'une assurance qualité interne : l'institut de formation en soins infirmiers de Lorient*, Master professionnel 2^{ème} année en psychologie du travail et ingénierie psychologique, option ingénierie psychosociale et cognitive, Université de Haute Bretagne Rennes 2, 48 p.

COURS

BOUSSEMAERE S., DEBLONDE L., LORRE V., 10 et 11 avril 2008, *Exercices pratiques d'utilisation d'un référentiel*, cours aux Directeurs des soins stagiaires, Rennes, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.

GALANT M.O., 1^{er} et 2 avril 2008, *Le projet d'institut et le projet pédagogique*, cours aux Directeurs des soins stagiaires, Rennes, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.

GAUTIER C., 20 août 2008, *Le projet d'institut*, cours aux Directeurs des soins stagiaires, Rennes, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.

GUERIN E., PICHON S., 15 au 18 juillet 2008, *La gestion financière d'un institut de formation*, cours aux Directeurs des soins stagiaires, Rennes, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.

HERMADINQUER M., 9 avril 2008, *Nancy-Université, formation continue : Expérience certification norme ISO 9001 :2000*, cours aux Directeurs des soins stagiaires, Rennes, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.

LOUAZEL M., LACROIX D., 5 février 2008, *Introduction à l'analyse stratégique*, cours aux Directeurs des soins stagiaires, Rennes, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.

NAGELS M., 8 et 9 avril 2008, *Certification et accréditation des organismes de formation*, cours aux Directeurs des soins stagiaires, Rennes, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.

OTTENWAEALTER M.O., 8 avril 2008, *Qualité, démarche qualité, assurance qualité des formations supérieures professionnelles : Concepts et enjeux*, cours aux Directeurs des soins stagiaires, Rennes, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.

Liste des annexes

ANNEXE I : Guides des entretiens

ANNEXE II : Caractéristiques des instituts de formation dans lesquels l'enquête a été réalisée

ANNEXE III : Population auprès de laquelle l'enquête a été réalisée en instituts de formation

ANNEXE I

Guides des entretiens

Guide d'entretien N° 1

A l'attention des directeurs d'Institut de formation, formateurs et secrétaires d'instituts ayant mis en place une démarche qualité.

Objectif global :

Répondre aux trois premières hypothèses de recherche :

- le manque de culture qualité et de connaissances de la part des personnels administratifs et formateurs entraîne des résistances,
- la crainte de l'évaluation et l'obligation de questionner ses pratiques est un frein à la mise en place d'une démarche qualité,
- la démarche qualité nécessite un investissement réel et chronophage ;

et identifier des éléments susceptibles de nous aider à développer dans la partie discussion une stratégie managériale pour la mise en œuvre d'une démarche qualité.

Question :

Pouvez-vous me raconter la mise en place de la démarche d'amélioration de la qualité dans votre institut ?

Eléments à investiguer :

- Difficultés liées à :
 - professionnels non convaincus du bien fondé de cette démarche qualité
 - manque de culture qualité
 - manque de connaissances
 - difficile d'obtenir la participation de tous les personnels à titre individuel et collectif
 - travail long et intense avec risque de démobilisation
 - quasi nécessité de nommer un référent qualité
 - évaluation des pratiques professionnelles
 - résistances autres
 - attentes des différents clients pas nécessairement identifiées

- stratégie mise en place pour limiter ces difficultés

Guide d'entretien N° 2

A l'attention des étudiants et élèves.

Objectif global : répondre à la dernière hypothèse : « l'identification des attentes des différents clients permet de mieux répondre aux exigences et aux besoins de formation actuels » et identifier des éléments susceptibles de nous aider à développer dans la partie discussion une stratégie managériale pour la mise en œuvre d'une démarche qualité.

Objectif 1 : identifier les attentes en regard de l'IFSI

Question n°1 : J'aimerais savoir ce que vous attendez d'un institut de formation en soins infirmiers ?

Éléments à investiguer :

- Par rapport à votre propre formation
 - Qu'est-ce qui est apprécié ?
 - Qu'est-ce qui est moins bien, à modifier ?
- Par rapport à votre exercice professionnel futur
 - Appréhendez-vous la prise de poste ?
 - Les nouveaux diplômés rencontrent-ils des difficultés particulières lors de la prise de poste ? *Lesquelles ? A quoi est-ce lié, selon vous ?*
 - Existe-t-il un écart entre le professionnel attendu et le professionnel formé ?
 - De quel infirmier a-t-on besoin aujourd'hui sur le marché du travail ?
 - Difficultés de recrutement ?
- Relations avec l'institut de formation : formateurs, secrétaires, directeur

Objectif 2 : Identifier d'autres éléments susceptibles de nous aider à développer une stratégie managériale pour la mise en œuvre d'une démarche qualité

Question n°2 :

Quelles sont, selon vous, les pistes à explorer afin d'améliorer la qualité de la formation ?

Guide d'entretien N°3

A l'attention du représentant du Conseil régional, du conseiller pédagogique régional et des directeurs des soins en établissement de santé.

Objectif global : répondre à la dernière hypothèse : « l'identification des attentes des différents clients permet de mieux répondre aux exigences et aux besoins de formation actuels » et identifier des éléments susceptibles de nous aider à développer dans la partie discussion une stratégie managériale pour la mise en œuvre d'une démarche qualité.

Objectif 1 : identifier les attentes en regard de l'IFSI

Question n°1 : **J'aimerais savoir ce que vous attendez d'un institut de formation en soins infirmiers ?**

Éléments à investiguer :

- Etudiants infirmiers en cours de formation accueillis en stage
- Infirmiers jeunes diplômés
 - Existe-t-il un écart entre le professionnel attendu et le professionnel formé ?
 - De quel infirmier a-t-on besoin aujourd'hui sur le marché du travail ?
 - Existe-t-il des difficultés de recrutement ? Et pourquoi ?
 - Les nouveaux diplômés rencontrent-ils des difficultés particulières lors de la prise de poste ? *Lesquelles ? A quoi est-ce lié, selon vous ?*
- Relations avec l'institut de formation
- Relations avec le directeur de l'IFSI
- Relations avec l'établissement gestionnaire

Objectif 2 : identifier d'autres éléments susceptibles de nous aider à développer une stratégie managériale pour la mise en œuvre d'une démarche qualité

Question n°2 : **Quelles sont, selon vous, les pistes à explorer afin d'améliorer la qualité de la formation ?**

Objectif 3 : identifier les projets des tutelles en terme de labellisation ou certification des IFSI (pour Conseil régional et DRASS)

Question n°3 : **Est-ce qu'une obligation de mise en place de démarche qualité avec labellisation, certification ou autre est envisagée de votre part à l'égard des instituts de formation en soins infirmiers ?**

Éléments à investiguer :

- Un financement est-il envisagé ?
- Référent qualité financé dans les instituts ou en région pour aider à la mise en place et au suivi de la démarche ?

ANNEXE II

Caractéristiques des instituts de formation dans lesquels
l'enquête a été réalisée

**Caractéristiques des instituts de formation dans lesquels
l'enquête a été réalisée**

Structures Caractéristiques	I.F.M.K. Région A	I.F.S.I. Région A	I.F.A.S. 1 Région B	I.F.A.S. 2 Région B	I.F.A.S. 3 Région B
Nombre d'étudiants ou élèves par promotion	80 E.M.K. (Aujourd'hui : 175 étudiants sur le pôle)	110 E.S.I. 50 E.A.S.	75 E.A.S.	40 E.A.S.	30 E.A.S.
Direction	1 Poste vacant	1 directeur 2 cadres supérieurs de santé	1 cadre de santé, directeur	1 cadre de santé, directeur	1 directeur (I.F.S.I. et I.F.A.S.)
Nombre de secrétaires en E.T.P.	2	3,60	1	0,25	0,50
Nombre de formateurs en E.T.P.	7	20,10	3,80	2	1,50
Référentiel utilisé	ISO 9001 (2000)	E.N.S.P.	Référentiel régional	Référentiel régional	Référentiel régional
Niveau d'avancée dans la démarche qualité	Certification ISO	Ecriture des procédures	Label complet	Label complet	En attente audit externe

Légende :

- E.A.S. : Elève Aide-Soignant
- E.M.K : Etudiant Masseur Kinésithérapeute
- E.S.I. : Etudiant en Soins Infirmiers
- E.T.P. : Equivalent Temps Plein
- I.F.A.S. : Institut de Formation d'Aides-Soignants
- I.F.M.K. : Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie
- I.F.S.I. : Institut de Formation en Soins Infirmiers

ANNEXE III

Population auprès de laquelle l'enquête a été réalisée en instituts de formation

Population auprès de laquelle l'enquête a été réalisée en instituts de formation

Structures Professionnels interrogés	I.F.M.K. Région A	I.F.S.I. Région A	I.F.A.S. 1 Région B	I.F.A.S. 2 Région B	I.F.A.S. 3 / I.F.S.I. Région B
	Directeurs	NA	Annulé par le Directeur	1	1
Qualiticiens	1	NA	NA	NA	NA
Formateurs	Refus	1	3	Pas de demande	1
Secrétaires	Refus	Pas de demande	1	Pas de demande	1
Etudiants ou élèves	Refus	1 E.S.I. 2 ^{ème} année	Pas de demande	Pas de demande	2 E.A.S. 1 E.S.I. 1 ^{ère} année 2 E.S.I. 3 ^{ème} année

Légende :

- E.A.S. : Elève Aide-Soignant
- E.S.I. : Etudiant en Soins Infirmiers
- I.F.A.S. : Institut de Formation d'Aides-Soignants
- I.F.M.K. : Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie
- I.F.S.I. : Institut de Formation en Soins Infirmiers
- N.A. : Non Applicable